

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n°02. - Paris : Masson, 1938.

Cote : 90152



(c) Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris)
Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90152x1938x02>

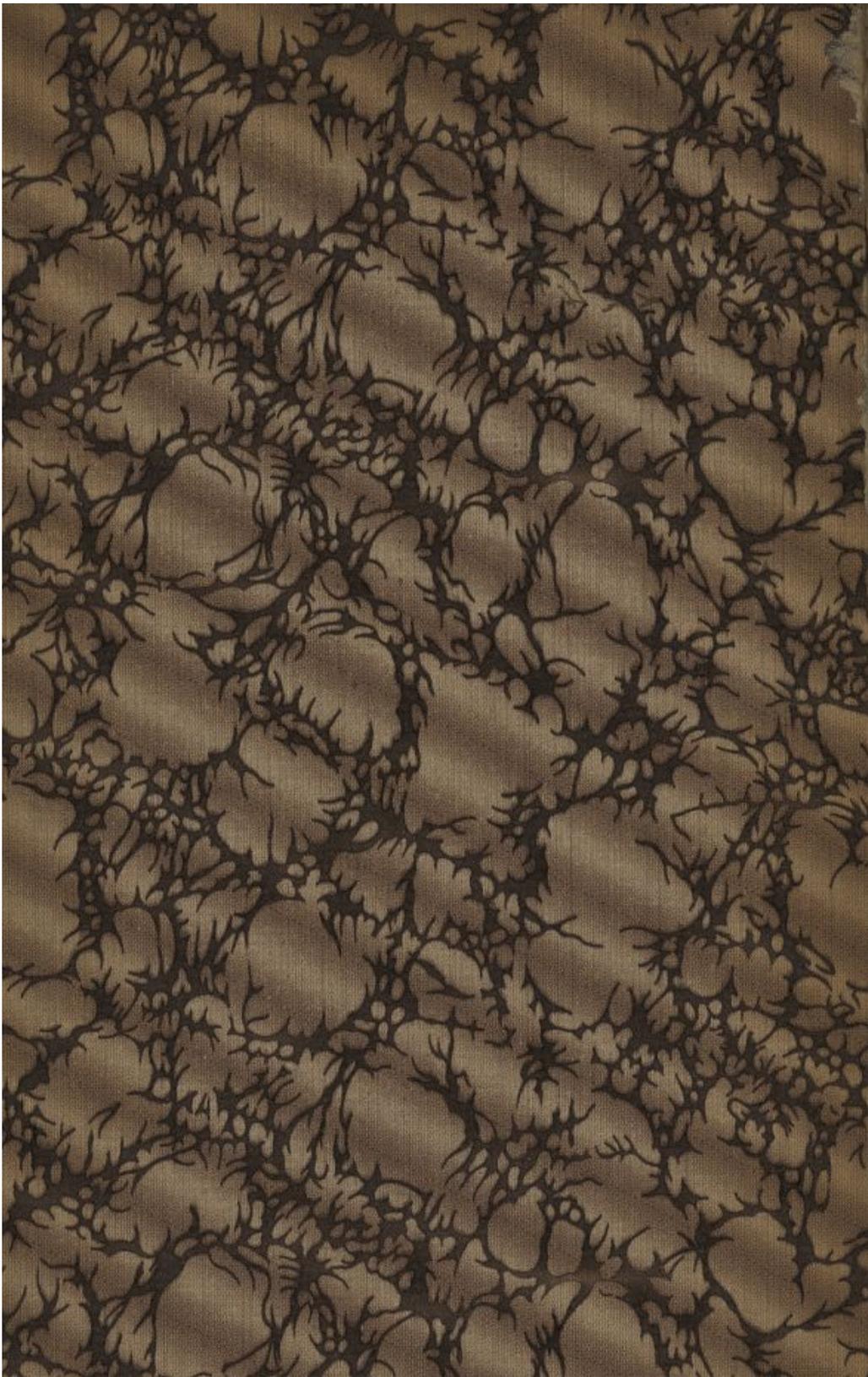
Ayez le respect des Livres

BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

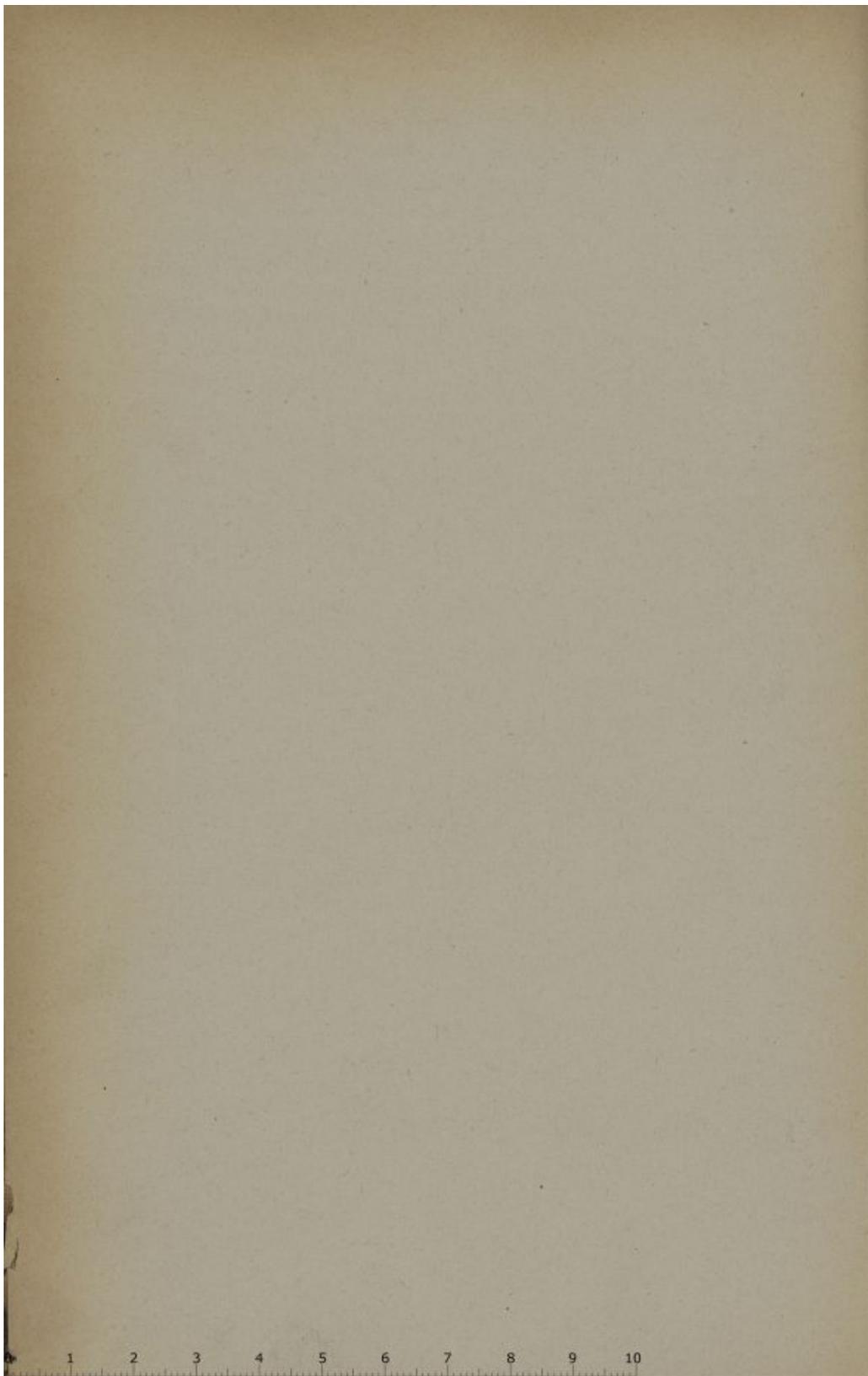
Salles de Lecture

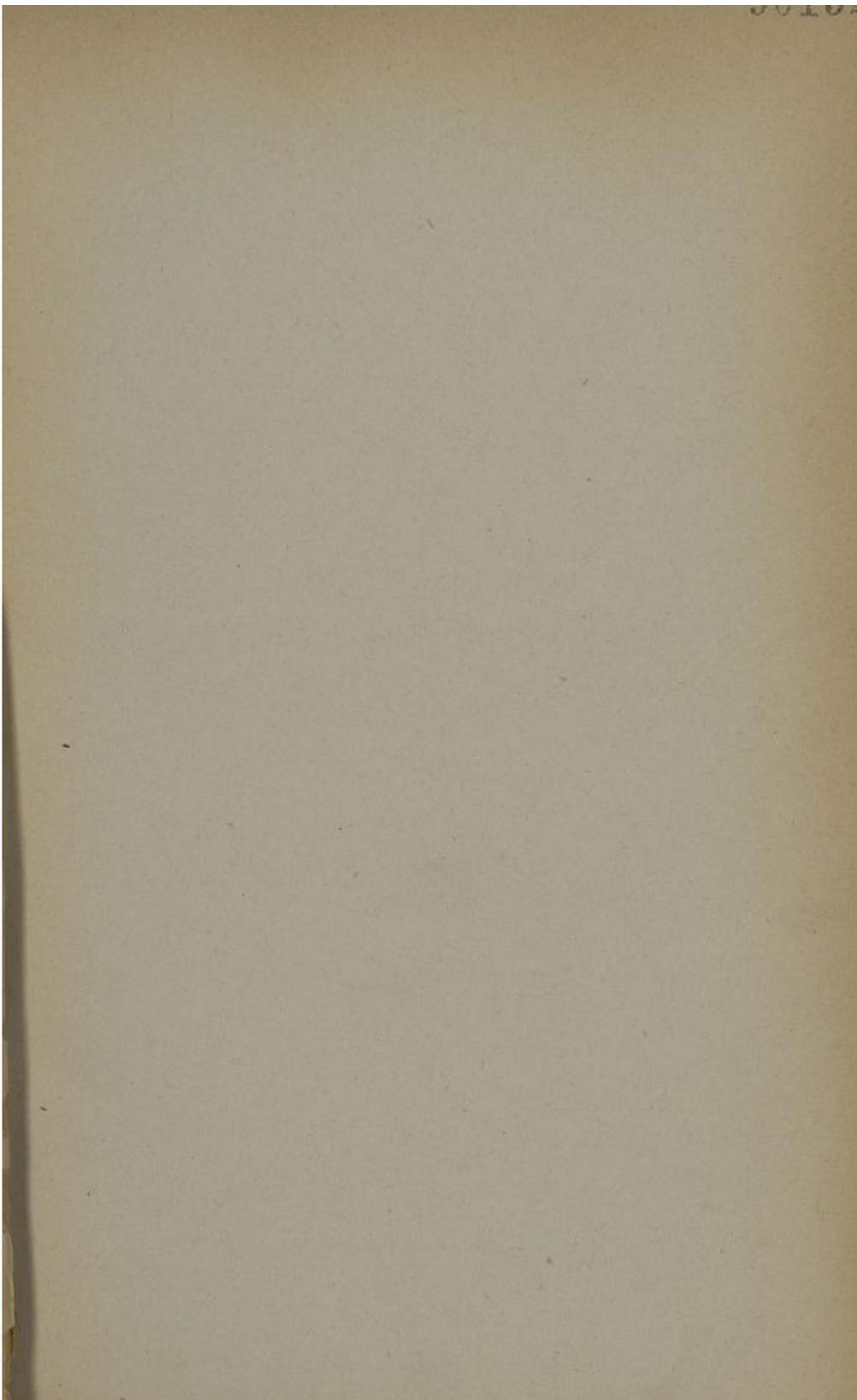
Remettez ce livre à sa place

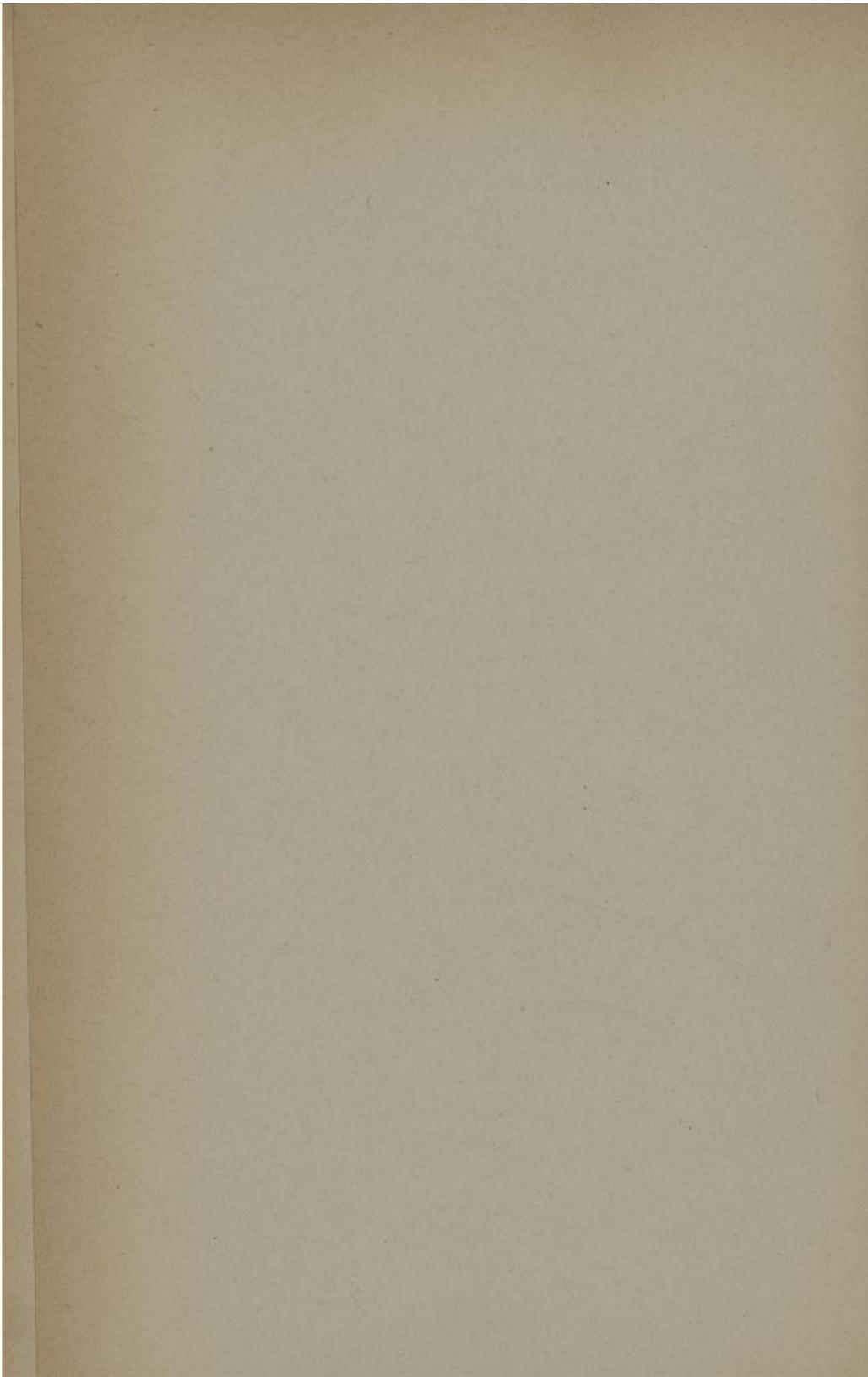
après consultation











90147
90152

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER



XV^e Série - 96^e Année - T. II - N^o 2
Juillet 1938

90145
90152

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

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS 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 REDACTION :

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

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Colonies, 190 fr., prix du n^o, 24 fr., changement d'adresse, 1 fr.

Etranger	Tarif n ^o 1.....	210 fr.
	Tarif n ^o 2.....	220 fr.

N. B. — Ne bénéficient du tarif réduit n^o 1 que les abonnés des pays qui, conformément à la convention postale universelle de Stockholm, ont accepté une réduction sur les affranchissements des publications périodiques. Ces pays sont : Albanie, Allemagne, République Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Congo belge, Costa-Rica, Cuba, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Guatemala, Haïti, Hedjaz, Honduras, Hongrie, Iran, Irak, Lettonie, Libéria, Lituanie, Mexique, Nicaragua Panama, Paraguay, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Portugal et ses colonies, République Dominicaine, Roumanie, San-Salvador, Suisse, Tchéco-Slovaquie, Turquie, Union Afrique du Sud, Uruguay, U. R. S. S., Venezuela, Yougoslavie.

CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS :

I ^{re} série, par BAILLARGER, CERISE et LONGET (1843 à 1848), 12 vol. in-8, avec planches. Les années 1846-1847 sont épuisées. 8 volumes in-8.....	725 fr.
II ^{re} série (1849 à 1854), par BAILLARGER, BRIERRE DE BOISMONT et CERISE. 6 volumes in-8.....	825 fr.
III ^{re} série (1855 à 1862), par BAILLARGER, MOREAU (de Tours) et CERISE. 8 volumes in-8.....	1.075 fr.
IV ^{re} série (1863 à 1868), par BAILLARGER, CERISE et LUNIER. 12 volumes in-8....	750 fr.
V ^{re} série (1869 à 1878), par BAILLARGER, CERISE et LUNIER. 20 volumes in-8....	1.325 fr.
Table générale et alphabétique (1843 à 1866). 1 volume in-8.....	75 fr.
Table générale et alphabétique (1866 à 1878). 1 volume in-8.....	75 fr.
VI ^{re} série (1879 à 1884), par BAILLARGER, LUNIER et FOVILLE. 12 volumes in-8..	750 fr.
VII ^{re} série (1885 à 1894), publiée par BAILLARGER, FOVILLE et RITTI. 20 vol. in-8.	1.250 fr.
VIII ^{re} série (1895 à 1904), publiée par ANTOINE RITTI. 20 volumes in-8.....	1.250 fr.
IX ^{re} série (1905 à 1911), publiée par A. RITTI. 14 volumes in-8.....	875 fr.
X ^{re} série (1912-1920), publiée par A. RITTI et H. COLIN. 12 volumes in-8.....	875 fr.
XI ^{re} série (1921), publiée par HENRI COLIN, 2 volumes in-8.....	125 fr.
XII ^{re} série (1922 à 1930), publiée par HENRI COLIN. 18 volumes in-8.....	1.125 fr.
XIII ^{re} série (1931), publiée par René CHARPENTIER. 2 volumes in-8.....	160 fr.
XIV ^{re} série (1932 à 1934), publiée par René CHARPENTIER. 6 volumes in-8.....	480 fr.
XV ^{re} série (1935 à 1937), publiée par René CHARPENTIER. 6 volumes in-8.....	660 fr.

Les *Annales médico-psychologiques* forment chaque année 2 volumes in-8^o

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

90132

9015

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1938

TOME DEUXIÈME



90152

i.

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

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

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

ANNALES

90152
90152

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

XV^e SÉRIE — 96^e ANNÉE — 1938
TOME DEUXIÈME



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

90152

90152



PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

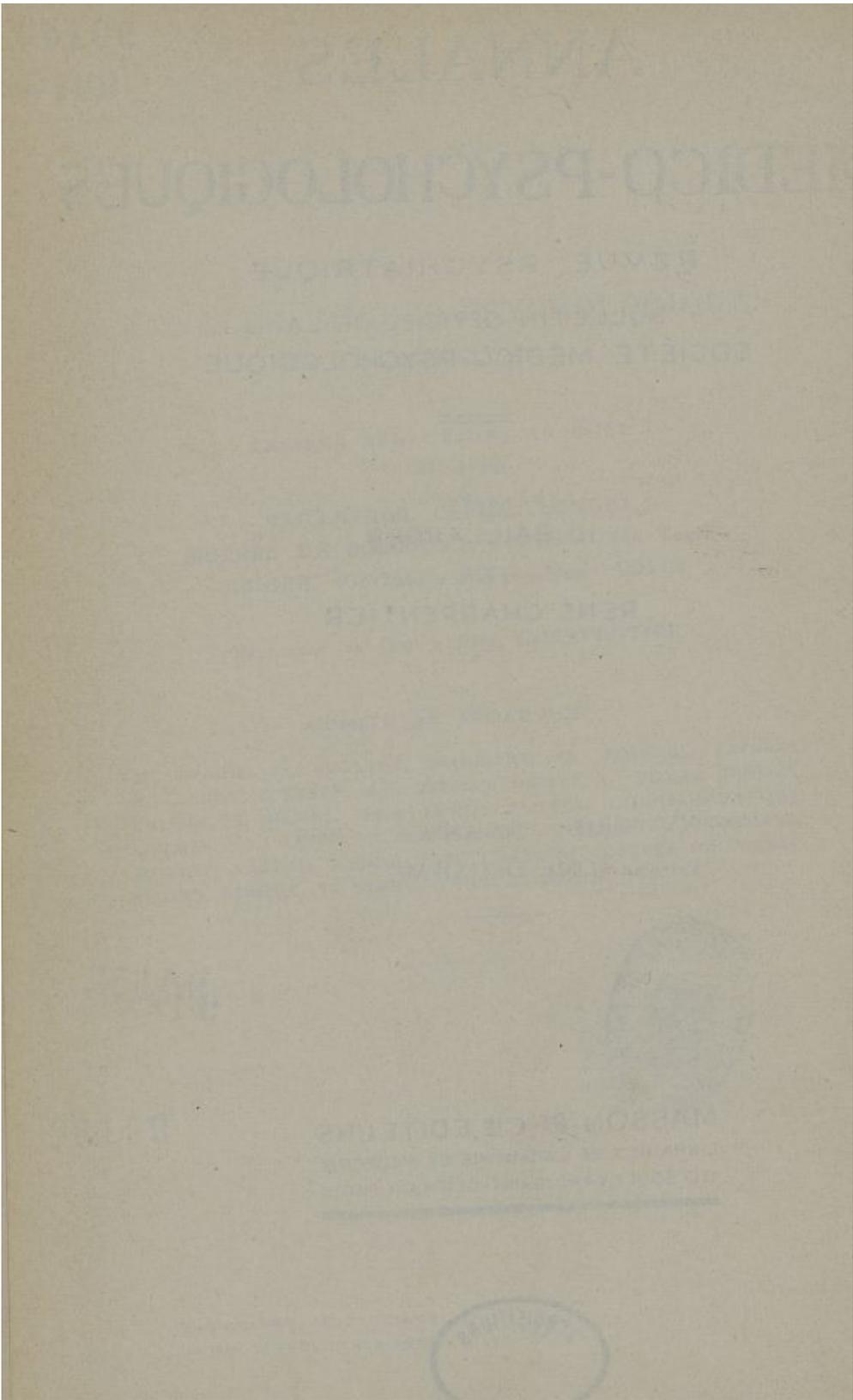


TABLE DES MATIÈRES

QUINZIÈME SÉRIE - 96^e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1938

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Le rôle de la syphilis dans la genèse de certains syndromes psychopathiques de l'adulte (Formes frustes de la syphilis cérébrale), par M. J. DUBLINEAU.....	1
Nouvelle note relative aux psychoses grippales, par M. C.-I. URECHIA...	22
Une forme de glossolalie (glossolalie par suppression littérale), par M. G. TEULIÉ.....	31
Sur l'alexie d'évolution familiale et héréditaire, par M. A. LEY.....	145
Etudes cliniques et considérations nosographiques sur la « démence précoce », par M. H. EY et M ^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX.....	151, 360
Sur la schizophrénie tardive, par MM. D. KOURETAS et G. STRINGARIS.....	182
Essais de traitement de quelques états de démence précoce par la tuberculine, par MM. TOYE et RUFF.....	194
Les tendances du développement de la psychiatrie allemande, par M. R. GAUPP.....	321
La réforme de la loi de 1838 vue par un Médecin-Directeur de Maison de Santé privée, par M. J. VIGNAUD.....	395
Sur un cas de mythomanie hystérique avec considérations sur la physiopathologie de l'hystéropithiatisme et de l'hypnotisme, par M. G. MARINESCO et M ^{me} Marie NICOLESCO.....	497
Le réveil des anesthésiés, par M. G. DESHAIES.....	519
La gaucherie. Les troubles fonctionnels d'origine psychogénique chez les gauchers contrariés, par M ^{me} Véra KOVARSKY.....	545
L'assistance aux aliénés chez les Arabes du VIII ^e au XII ^e siècle. Contribution à l'histoire de l'assistance aux aliénés, par MM. DESRUELLES et H. BERSOT.....	689
ANN. MÉD.-PSYCH., 15 ^e SÉRIE. — Tables du Tome II, 1938.	α.

	Pages
Troubles du langage parlé et du langage écrit chez trois démentes précoces à forme paranoïde, par MM. A. LATAPIE et J. LECLERC.....	710
Sur le « signe du capuchon » dans la démence précoce, par M. A. BROCHADO.....	720
La créatinurie chez les déments précoces, par MM. R. STORA et P. TCHERNIAKOVSKY).....	726

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 9 juin 1938

Action favorable d'une infection aiguë (ostéomyélite du maxillaire inférieur) sur une démence précoce évoluant depuis cinq ans, par MM. G. DEMAY et J. NAUDASCHER.....	52
Syndrome aphaso-agnoso-apraxique et troubles démentiels, par MM. J. FRETET et J. CARRIER.....	58
Guérison et réembauchage des psychopathes, par MM. P. COURBON et J. ASUAD.....	64
La phonopsychographie, par M. P. COURBON.....	67

Séance du lundi 27 juin 1938

Adoption du procès-verbal.....	73
Correspondance.....	73
Table générale et alphabétique des Annales Médico-Psychologiques.....	73
Election à une place de membre titulaire.....	74
Election à une place de membre correspondant national.....	74
Prix de la Société : Rapport sur le mémoire présenté pour le prix Moreau de Tours.....	75
Grève de la faim poursuivie depuis 8 ans par un revendicateur pur, par M ^{lle} S. ROUSSET, MM. G. DAUMEZON et J. MASSON.....	76
Apparition tardive de troubles psycho-sensoriels et d'un syndrome parkinsonien chez une kleptomane vingt fois condamnée, par M. P. SCHERRER.....	88
Dépersonnalisation. Déréalisation. Aproprioceptivité. Esquisse anatomo-clinique, par M. DIDE.....	95
Quelques traitements de malades du type démence précoce par l'insuline et le cardiazol, par MM. LEULIER, LECLERQ et CASALIS.....	103
L'épreuve de Lombard appliquée en psychiatrie (Contribution à l'étude des réflexes conditionnels), par MM. P. RUBENOVITCH et J. PASTIER.....	116

Séance du jeudi 21 juillet 1938

	Pages
Adoption du procès-verbal.....	203
Deux cas de fugues épileptiques conscientes et mnésiques, par M.-J. CARRIER.....	203
Syndrome hallucinatoire chez une paralytique générale, par M. LÉVY-VALENSI, M ^{me} TEYSSIER et M. R. STORA.....	208
Résultats actuellement obtenus à la Clinique psychiatrique de Paris par l'insulinothérapie et la cardiazolthérapie, par M.-H. CLAUDE et ses collaborateurs.....	213
Maladie de Dupuytren chez une mélancolique (Considérations et étude bio-chimique), par MM. P. CHATAGNON, A. SOULAIRAC et M ^{lle} C. CHATAGNON.....	238
Suicide par ingestion d'objets divers. Dissimulation du syndrome subjectif d'un phlegmon péritonéal, par MM. H. EY et D. COLOMB.....	245
La maladie de Pick, la maladie d'Alzheimer et la démence sénile sans athérome cérébral sont-elles les trois modalités d'un même processus dégénératif ? par MM. L. MARCHAND, R. ANGLADE J. FRETET, M. ROUGEON et P. ROYER.....	249

Séance du lundi 24 octobre 1938

Adoption du procès-verbal.....	400
Correspondance.....	400
Date de l'Assemblée générale.....	401
Election de 4 membres correspondants nationaux.....	401
Le syndrome psychologique dans les cas de perversité par encéphalite épidémique chronique à forme retardée, par MM. J. DELMOND et J. CARRÈRE.....	401
Erotomane et jaloux de sa mère, par MM. X. ABÉLY et J. FRETET.....	412
Un nouveau symptôme des traumatismes crâniens : la mydriase consécutive, par M. A. BROCHADO.....	417
Vagotonie et syndrome de démence précoce. Disparition par l'atropine, par M. A. DONNADIEU.....	421
Epilepsie post-malariathérapique. Etiologie. Mécanisme, par M. A. DONNADIEU.....	424

Séance du jeudi 16 novembre 1938

Suspension rapide des hallucinations lors de l'internement chez des délirants préséniles, par MM. J. VIÉ et A. PATEL.....	563
Deux cas de psychose polynévritique, par MM. X. ABÉLY et J. MAILLARD.....	571
Pathogénie des symptômes du délire aigu, par MM. P. GUJRAUD et L. SAUNET.....	574
Remarque sur un délire chez une débile mentale, par M. L. SAUNET.....	580

Séance du lundi 28 novembre 1938

Adoption du procès-verbal.....	585
Correspondance.....	585
Déclaration de vacances de places de membre titulaire.....	586

	Pages
Elections d'un membre associé étranger.....	586
Décès du D ^r CROUZON et du D ^r TRUELLE.....	586
Indications du placement familial des paralytiques généraux traités (thérapeutique et assistance), par M. P. SIVADON et M ^{lle} G. BRATANOVA...	588
Automutilation punitive : amputation de la langue par morsure, par MM. P. SIVADON et P. QUÉRON.....	594
La vitamine B en neuro-psychiatrie, par M. H. BERSOT	600

Séance du jeudi 8 décembre 1938

Un cas d'érotomanie, par M. G. HEUYER et M ^{me} GAULTIER.....	738
Fugues d'origine confusionnelle chez un spécifique paludéen, par MM. R. ROGÉ et R. VERCIER.....	746
Etat démentiel simulant une psychose présénile. Tuberculose encé- phalique, par MM. L. MARCHAND, G. DEMAY et NAUDASCHER.....	751

Séance du jeudi 22 décembre 1938

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Adoption du procès-verbal.....	755
Correspondance.....	755
Election d'un membre titulaire honoraire.....	755
Vacance de 4 places de membre titulaire.....	756
Election de 4 membres correspondants nationaux.....	756
Election de 2 membres associés étrangers.....	756
Rapport de la Commission des Finances.....	757
Rapport du Secrétaire général.....	757
Prix de la Société Médico-Psychologique.....	758
Election du Bureau de la Société pour l'année 1939.....	759
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1939.....	760
Conseil d'Administration.....	760
Commission des Finances.....	760

Séance ordinaire

Psychopathie et criminalité dans quatre générations de Tziganes d'Alsace, par MM. J. DELMOND et J. CARRÈRE.....	761
Epilepsie et paralysie générale. Les épilepsies paralytiques post- thérapeutiques, par MM. H. ROGER et J. ALLIEZ.....	767
Troubles psychiques et neurofibromatose de Recklinghausen. Consi- dérations statistiques à propos d'une observation de cyclothymie associée, par MM. BARRAUX et ALLIEZ.....	776
Le traitement de l'épilepsie par l'association gardénal-strychnine, par MM. LAIGNEÉ-LAVASTINE et H.-M. GALLOT.....	783
Catatonie-Discordance. Noyau fondamental de la démence précoce, par M. J. VIÉ.....	789
La discordance, catatonie appliquée, par M. J. VIÉ.....	793
Rapports de l'érotomanie et de l'hypocondrie, par MM. J. FRETET et J. MASSON.....	802

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVII^e RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

(Paris, 31 mai-1^{er} juin 1938)

Rapports	Pages
Les pupilles à l'état statique, par M. J. BOLLACK	129
Les pupilles à l'état dynamique, par M. A. MONBRUN	129
Les pupilles dans les affections neurologiques médicales, par M. Ed. WELTER	130
Les pupilles dans les traumatismes crâniens et les tumeurs cérébrales, par M. Ed. HARTMANN	131
Recherches d'explications physiopathologiques, par M. A. TOURNAY ...	131
 Communications 	
Réactions pupillaires consécutives à l'excitation faradique du tronc cérébral chez le singe, par M. M. MONNIER	132
Quelques remarques sur les modifications statiques et dynamiques des pupilles, et l'état de l'iris dans la syphilis nerveuse, par MM. SCHAEFFER, MEGIROT de TREIGNY et LÉGER	133
Troubles pupillaires spéciaux et compression tumorale cervico-dorsale, par MM. J.-A. BARRÉ, KABAKER et Mlle d'HAUTEVILLE	133
De la mydriase consécutive à l'alcoolisation du ganglion de Gasser dans le traitement de la névralgie faciale, par MM. THIÉBAUD, LEMOYNE et GUILLAUME	133
A propos de la pupillométrie (Méthode de Loewenstein), par M. FRANCESCHETTI	133
La neuro-uvéoparotidite (maladie de Heerfordt) avec troubles cérébraux, par MM. de MORSIER et FRANCESCHETTI	133
 Travaux du fonds Déjerine 	
a) Les polynévrites expérimentales, par M. AJURIAGUERRA	134
b) Etude électrophysiologique de la régulation posturale, par M. MOLLARET	134

XI^e CONGRÈS DES SOCIÉTÉS D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

(Bordeaux, 3-5 juin 1938)

Les hallucinations. Etude oto-neuro-ophtalmologique, par M. G. de MORSIER	433
---	-----

Communications diverses	Pages
Les visions d'un poète, par M. J. LHERMITTE	438
Sur le rapport entre les phosphènes mécaniques provoqués et certaines affections oculaires, par M. FRANCESCHETTI	438
Sur la structure du chiasma optique humain, par MM. QUERCY et LA-CHAUD	438
Les phantopsies de Truc ; 3 nouvelles observations ; essai pathogénique, par M. Ch. DEJEAN	439
Formes rares d'hallucinations visuelles chez les aveugles, par M. G. WEILL	439
Hallucinations et fonctions vestibulaires, par MM. LHERMITTE et BINEAU.	439
Recherches sur l'audition colorée, par M. H. PROBY	439
Hémichromatopsie avec hallucinose hémianopsique, par MM. P. DELMAS-MARSALET et BESSIÈRE	439
Hallucinose visuelle sénile type Charles-Bonnet, par M. P. PESME.....	440
Un cas d'hallucinose auditivo-visuelle et générale chez une ancienne otopathique, par MM. E. et M. ESCAT	440
Education médico-pédagogique des déficients sensoriels, par MM. H. HOFFER et G. HIRTZ	441
Une observation d'audition colorée, par M. A. VIOLA	441

CONGRÈS HOLLANDO-BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(II^e Session, Gand-Bruxelles, 24-25 septembre 1938)

Sur les rapports cliniques entre la démence précoce et les encéphalites, par M. G. VERMEYLEN	442
Sur les indications de la méthode psychologique individuelle, par M. E.-A.-D.-E. CABP	445
Trois cas d'encéphalite avec stase papillaire, par M. van GEUCHTEN	445
Un cas de démence précoce post-encéphalitique, par M. J. TITECA	446
Sur la signification du sentiment de la mort au cours des chocs à l'insuline et au cardiazol, par M. J. FORTANIER	446
Deux cas de névrose obsessionnelle, par M. de MONCHY	446
Recherches sérologiques dans les psychoses, par MM. SIMONS et LIGTERINK	446
Le problème des plaques séniles, par M. DIVRY	447
Les modes réactionnels individuels à l'examen psychophysiologique, par M. STOKVIS	447
Symptômes nerveux déclenchés par la compression du sinus carotidien, par MM. C. HEYMANS et J. BOUCKAERT	447
Idiotie avec amaurose chez un enfant d'israélites polonais, en dehors de la forme de Tay Sachs, par M. L. van BOGAERT	447
Constatactions expérimentales relatives à la signification des changements du niveau pléthysmographique, par MM. R. NYSSEN et R. BUSSCHAERT	448

	Pages
A propos d'un nouveau traitement d'affections allergiques, par M. A. LEROY	448
Les affections parenchymateuses du cervelet et leur signification du point de vue de l'anatomie et de la physiologie de cet organe, par MM. R. BROUWER et A. BIÉMOND	448
Les connections afférentes et efférentes du centre hypothalamique autonome, et la question de la localisation des fonctions ortho- et parasymphathiques dans l'hypothalamus, par M. C.-U.-A. KAPPERS	451
L'organisation du thalamus et du cortex cérébral, par M. J. STOFFELS ...	451
A propos de la catatonie expérimentale, par M. H. de JONG	451
Kyste dermoïde de la queue de cheval dans un cas de rachischisis, par M. H. de JONG	451
A propos du diagnostic et du traitement chirurgical des anomalies congénitales du système nerveux central et des méninges, par M. I. OLJENICK.	451
La neurochirurgie des nerfs crâniens, par M. F. VERBEEK	452
Atrophie lobaire de Pick, par MM. V. SCHENK, J. SANDERS et P. van VEEN.	452
A propos de quelques cas d'hyperostose frontale interne, par M. G. MUYLE.	452
Chondrome s'étant substitué à presque tout l'hémisphère cérébral gauche d'un enfant de 13 ans, par M. J. de BUSSCHER	452
Les formes de croissance des gliomes et leur importance pratique, par M. H.-J. SCHERER	453
Projection des voies sensitives dans le thalamus, par M. M. GEREBTZOFF.	453

V^e RÉUNION EUROPÉENNE D'HYGIÈNE MENTALE

(Munich, 22-25 août 1938)

La prophylaxie du mariage et l'hygiène mentale, par M. W. MORGENTHALER	626
La prophylaxie du mariage, par M. E. RÜDIN	628
Prophylaxie des toxicomanes, par M. L. STANOJEVIC	632
La prophylaxie de l'abus des stupéfiants, par M. POHLISCH	633
La prophylaxie de l'abus des stupéfiants (Mesures d'assistance et mesures législatives), par M. PANSE	638
Mesures de la police criminelle pour combattre l'abus des stupéfiants, par M. W. THOMAS	642
Importance de Pergothérapie pour la guérison des maladies mentales, par M. BONFIGLIO	645
L'importance de la thérapeutique d'occupation pour le traitement des maladies mentales, par M. K. BERINGER	650

CONGRÈS INTERNATIONAL DE CRIMINOLOGIE

(Rome, 3-8 octobre 1938)

L'expérience des mesures de sûreté en Allemagne, par M. R. FREISLER...	821
L'expérience des mesures de sûreté en Belgique, par M. L. VERVAECK.....	823

	Pages
L'expérience des mesures de sûreté en Italie, par S. E. M. Giovanni NOVELLI	824
L'expérience des mesures de sûreté en Yougoslavie, par M. A. MAKLESOW. Etiologie et diagnostic de la criminalité des mineurs et influence des résultats de ces recherches sur les systèmes juridiques, par MM. P. de CASABIANCA, A. de MARSICO et D. PISANI	825
L'étude de la personnalité du délinquant, par MM. G. BATTAGLINI, G. MEZGER, F. SAPORITO et L. VERVAECK	827
Le rôle du juge dans la lutte contre la criminalité et sa préparation cri- minologique, par MM. T. GIVANOVITCH, G. MORIANI et A. SANTORO	829
La Société internationale de criminologie, par M. B. di TULLIO	831
L'organisation de la prophylaxie criminelle dans les divers pays, par MM. G. FALCO, O. KINBERG, T. KRYCHOWSKI et L. LLOMBART	833
Ethnologie et criminologie, par M. S. SERGI	834
	835

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

<i>Séance du jeudi 2 juin 1938</i>	122
<i>Séance du jeudi 7 juillet 1938</i>	256
<i>Séance du jeudi 10 novembre 1938</i>	614
<i>Séance du jeudi 1^{er} décembre 1938</i>	810

Société de Médecine légale de France

<i>Séance du lundi 13 juin 1938</i>	125
---	-----

Groupement français de Neuro-psychiatrie infantile

<i>Séance du lundi 21 novembre 1938</i>	618
---	-----

Société de Médecine mentale de Belgique

<i>Séance du samedi 28 mai 1938</i>	126
<i>Séance du samedi 25 juin 1938</i>	259
<i>Séance du samedi 30 juillet 1938</i>	430
<i>Séance du samedi 29 octobre 1938</i>	620
<i>Séance du samedi 19 novembre 1938</i>	622
<i>Séance du samedi 17 décembre 1938</i>	812

Société Belge de Neurologie

<i>Séance du samedi 28 mai 1938</i>	127
<i>Séance du samedi 30 juillet 1938</i>	431
<i>Séance du samedi 19 novembre 1938</i>	623

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

	Pages
<i>Séance du samedi 25 juin 1938</i>	260
<i>Réunion annuelle du dimanche 18 décembre 1938</i>	814

XLIV^e Réunion de la Société suisse de Neurologie

<i>Séances des 13-14 novembre 1937 sur LA NÉVROSE TRAUMATIQUE</i>	816
---	-----

VARIÉTÉS

Académie de médecine : Prix décernés en 1938	877
Assistance et Législation : Circulaire Ministérielle relative au régime des aliénés	873
— — — Etrangers aliénés internés en France	877
Hôpitaux Psychiatriques : Distinction honorifique	140
— — — Honorariat	140, 492, 870
— — — Nominations	141, 312, 492, 870
— — — Postes vacants	141, 492, 687
— — — Association amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés	141
— — — Médecins des Hôpitaux psychiatriques et clientèle privée	141
— — — Légion d'Honneur	311, 492, 870
— — — Ordre de la Santé publique	312
— — — Nécrologie	491, 870
— — — Faculté de Médecine de l'Université de Lille	492
— — — Concours pour 2 postes de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Blida-Joinville (Algérie)	493
— — — Concours pour l'Internat en Médecine des Hôpitaux psychiatriques de la Seine	493, 871
— — — Arrêt du Conseil d'Etat	687
— — — L'assistance hospitalière psychiatrique dans le département de la Vienne	687
— — — Prochaine mise en service de l'Hôpital psychiatrique du département des Vosges	688
— — — Concours de l'Internat en médecine de l'Hôpital psychiatrique de Montpellier	872
— — — Prochaine inauguration de l'Hôpital psychiatrique du département des Hautes-Pyrénées	872

	Pages
Hygiène et Prophylaxie : Comité national de l'enfance	142
— — Conseil supérieur d'Hygiène sociale	313
— — Nouvelle société de patronage des psychopathes convalescents	494
— — Statistique des stérilisations pour troubles mentaux effectuées aux Etats-Unis de 1910 à 1937	495
— — La réaction de Bordet-Wassermann pré-matrimoniale à New-York	495
— — L'intoxication par le Haschich en Afrique du Sud	495
— — L'examen prénuptial en Australie	688
— — Conseil supérieur de l'Enfance	872
Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police :	
Comité des amis et des élèves du D ^r G.-G. de CLÉRAMBAULT	142
Instruction publique (Conseil supérieur de l')	320
Médecine légale : Responsabilité à l'égard des malades en traitement dans une Maison de Santé en cas de suicide du malade	143
— — En l'honneur du D ^r Louis Vervaeck, Directeur général du Service d'Anthropologie criminelle de Belgique	319
— — Création d'Ecoles de Criminologie en Belgique	319
— — Responsabilité des Médecins des Hôpitaux. Jurisprudence	320
— — Pratique illégale de la Psychothérapie	496
— — La défense sociale en Belgique	688
— — Enseignement de l'Anthropologie criminelle en Italie.	877
Réunions et Congrès : Réunion annuelle de la Royal Medico-Psychological Association	142
— — Comptes rendus du Deuxième Congrès International d'Hygiène mentale (Paris, 19-23 juillet 1937)	314
— — V ^e Réunion Européenne d'Hygiène mentale (Munich, 22-25 août 1938)	315
— — Réunion annuelle de la Société des Neurologistes et Psychiatres allemands (Cologne, 22-27 septembre 1938)	316
— — I ^{er} Congrès national du Néo-Hippocratisme (Marseille, 29 septembre 1938)	316
— — Congrès international de Criminologie (Rome, 3-8 octobre 1938)	317
— — Réunion de la Société suisse de Psychiatrie (Lausanne, 19-20 novembre 1938)	493
— — Troisième Réunion de Psychothérapeutes (Lausanne, 18 novembre 1938)	494
Santé publique (Ministère de la) : Direction de l'Hygiène et de l'Assistance	496

	Pages
Société Médico-Psychologique : Séances	140, 311, 491, 686, 868
— — — Prix de la Société	140, 869
— — — Légion d'Honneur	311, 486, 868
— — — Nécrologie	491
Sociétés : American Psychiatric Association	879
— Société de Psychologie de Buenos-Aires	880
Universités : Paris : Faculté de Médecine, Création de chaire	144
— Lyon : Faculté de Médecine	496
— Lille : Nécrologie (P ^r Fr. COMBEMALE)	496
— Nancy : Nécrologie (P ^r P. PARISOT)	496
— Bruxelles : Nécrologie (P ^r à l'Université libre, E. VANDER- VELDE)	880

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES ⁽¹⁾

A

- Acinésie frontale** (syndrome s'accompagnant d') (R. ALMQUIST), 283.
- Adie** (syndrome d') (M. DRESSLER et H. WAGNER), 290.
- Affectivité** subconsciente (R. DESOILLE), 270.
- Agraphie** (localisation de l') (H. MARCUS), 287.
- Albuminurie orthostatique**. Mécanisme (Pasteur VALLÉRY-RADOT, Pierre FRUMUSAN et Jean HAMBURGER), 859.
- Alcool** (l') n'est pas utilisé pour le travail musculaire (G. SCHAEFFER et E. LE BRETON), 301.
- (réaction à l') dans certains types de psychoses (Carl E. TRAPP et Purcell G. SCHUBE), 676.
- Alcoolisme** chez la femme (J. H. WALL), 466.
- chronique. Histopathologie cérébrale (F. CARDONA), 670.
- Allergiques** (affections). Nouveau traitement (A. LEROY), 448.
- Ame** (l') et le corps (R. BIOT), 267.
- Amnésie post-typhique** (P. CHEVILLET), 284.
- (R. D. GILLEPSIE), 460.
- Amyotrophie** vraisemblablement myopathique chez deux jumelles univertébrales (André-THOMAS, PAISSEAU, SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE), 292.
- Anesthésiés** (le réveil des) (G. DESHAIES), 549.
- Angiomatose** de la main avec troubles de développement des os sous-jacents (MOREAU), 625.
- Angoisse** (la notion d') (Georges PARCHEMINEY), 280.
- Anorexie mentale** (L. VIDART), 284.
- — —. Traitement (M. CAHANE), 867.
- Anormaux** (écoles d'). Le certificat d'études primaires (Mme J. JANET et M. BRISSOT), 275.
- Antisociales** (réactions) dans les troubles mentaux (I. CONSTANTINESCO, E. MITROFAN et M. STOICECO), 466.
- Aphasie** (troubles intellectuels dans l') et les états similaires (Torsten LINQUIST), 282.
- croisée (G. MARINESCO, D. GRIGORESCO et S. AXENTE), 669.
- Aphasique** (le trouble) ne constitue pas un déficit statique (P. DELMAS-MARSALET), 460.
- (syndrome) de Wernicke (GIUSEPPE), 660.
- Aphaso-agnoso-apraxique** (syndrome) et troubles démentiels (Jean FRETET et Jean CARRIER), 58.
- Aréflexie tendineuse généralisée** et tétanie (Ludo van BOGAERT et NUYTTEMANS), 432.
- Armine** et bulbo-caprine. Action combinée chez les chats (Pasquale PEUTA et Antonio VETA), 677.
- Ascorbique** (acide) dans le liquide céphalo-rachidien (J. HEERNU), 620.
- — —. Elimination dans les maladies mentales (H. TOMASINO), 859.
- Assistance judiciaire des aliénés** (MEL-LOR), 125.
- des aliénés (Baltazar CARAVEDO), 272.
- des aliénés. Etats baltes, U.R.S.S., Pologne, Etats scandinaves (M. DESRUELLES et H. BERSOT), 489.
- aux épileptiques (P. SIVADON), 681.
- aux psychopathes périodiques (P. DOUSSINET et El. JACOB), 681.
- des aliénés chez les Arabes (M. DESRUELLES et H. BERSOT), 689.
- Asymbolie tactile** (LHERMITTE et AJURIAGUERRA), 618.
- Atrophie cérébrale** (pathogénie de l') observée dans la démence paralytique (R. HOUSTON MERRITT, Tracy J. PUTNAM et A. C. P. CAMPBELL), 294.
- lobaire de Pick (V. SCHENK, J. SANDERS et P. van VEEN), 452.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

- Atropine** (disparition par l') d'un syndrome de démence précoce avec vagotonie (A. DONNADIEU), 424.
- Audition colorée** (H. PROBY), 439 ; (A. VIELA), 441.
- Automatisme mental** (syndrome d') et altérations diencéphalo-hypophysaires (Marcos VICTORIA), 679.
- Auto-mutilation punitive** (P. SIVADON et P. QUÉRON), 594.
- Aversion et négativisme** (Oskar DIETHELM), 663.
- Avertine** (effets de la solution d') sur le tronc cérébral (Robert R. WHITE, Rowland T. BELLOWS et William P. van WAGENEN), 677.
- B**
- Basedowiens** (syndromes) d'origine encéphalitique (ROCH), 679.
- Benedikt** (syndrome de) double (J. MAGE), 128.
- Biotypologie et aptitudes scolaires** (H. LAUGIER, E. TOULOUSE et Mlle D. WEINBERG), 139.
- Bras** (phénomène de l'ascension du). Valeur sémiologique (J.-A. BARRÉ et J. KABAKER), 617.
- Brucellose** (troubles psychiques dans la) (D. V. AFANASIEW), 853.
- Bulbocapnine et armine**. Action combinée chez les chats (Pasquale PEUTA et Antonio VETA), 677.
- C**
- Calcémie** dans l'épilepsie essentielle (R. L. HAVILAND MINCHIN), 673.
- Camphre** (bromure de) et crises épileptiques (Ph. PAGNIEZ, A. PLICHET et A. VARAY), 481.
- Caractérologie normale et pathologique** (Francesco del GRECO), 665.
- Carbone** (oxyde de). Persévérance de la parole et astasie-abasie consécutives à l'intoxication (Louis H. COHEN), 288.
- Cardiaque** (insuffisance). Phénomènes psychiques associés (Norlan D. C. LEWIS), 464.
- Cardiazol** (thérapeutique convulsivante par le) (H. HOVEN), 259.
- Cardiazolthérapie et insulinothérapie**. Résultats obtenus à la Clinique psychiatrique de Paris (H. CLAUDE et ses collaborateurs), 243.
- Catatonie expérimentale** (H. de JONG), 451.
- (thérapeutique de la) (Samuel B. BRODER), 685.
- , Discordance. Noyau fondamental de la démence précoce (Jacques VIÉ), 789.
- Catatonique** (syndrome) dû à l'insuffisance ovarienne (TOMESCO et Al. VASILESCO), 678.
- Catatonisante** (action) d'une urine de schizophrénique (P. TOMESCO, G. BARDENSKI et I. COSMULESCO), 674.
- Centres nerveux**. Reviviscence après suspension de la circulation (C. HEYMANS et J. J. BOUKAERT), 671.
- Céphalo-rachidien** (Liquide) et physiopathologie ventriculo-méningée (M. RISER), 302.
- dans la syphilis (V. KAFKA), 303.
- , Pouvoir cérébrolytique (P. BÜCHLER), 303.
- après les opérations (S. TZOVARU et Dem. THEODORESCO), 303.
- dans les processus hyperplasiques intra-craniens (A. SZEHY), 303.
- et Sang. Les polypeptides dans les maladies mentales (H. CLAUDE, J. DUBLINEAU, H. EY et Mlle BONNARD), 304.
- , Réaction de Bordet-Wassermann (MUYLE), 622.
- , Teneur en Vitamine C (Michio KASAHARA et Hayao GAMMO), 675.
- , Réactions cytologiques au cours de la « réactivation » par les sels de bismuth (Luigi PONZONI), 675.
- , Accroissement des protéines dans les tumeurs cérébrales (James S. DEANE), 675.
- , Teneur en brome dans les maladies nerveuses et mentales (Michael NAGY et Johann STRAUB), 860.
- , Pression chez les épileptiques à la suite d'insufflation d'air (Cesare RONCATI), 861.
- Cérébelleuse** (atrophie) marginale bi-basale de Chr. Jakob (Julio ARANOVICH), 857.
- Cérébrale** (écorce). Recherches anatomico-expérimentales (A. GEREBTZOFF), 624.
- Cérébro-sclérose vasculaire** à forme clinique de paralysie générale (G.-A. PIERSON et GENEUL), 292.
- Cerveau** (réactions vasculaires du) au cours des embolies solides et gazeuses (Maurice VILLARET, René CACHEIRA et R. FAUVERT), 671.
- Cervelet** (affections parenchymateuses du) (B. BROUWER et A. BIEMOND), 448.
- Chiasma optique**. Structure (QUERCY et LACHAUD), 438.

- (arachnoïdite du) (Manuel BALADO et Elisabeth FRANKE), 857.
- Chocs** par l'insuline et le cardiazol. Signification du sentiment de la mort (J. FORTANIER), 446.
- Cholestérolémie** des épileptiques (J. DEREUX, M. PAGET et E. ALEXANDRE), 256.
- Chondrome** substitué à presque tout un hémisphère cérébral (J. de BUSSCHER), 452.
- Chorée gravidique** (Walter C. WEIGNER), 482.
- fibrillaire de Morvan avec prédominance de troubles psychiques (H. ROGER, A. CRÉMIEUX, J. PAILLAS et Y. VAGUE), 662.
- Choréique** (démence) ou démence précoce ? (A. LEROY), 259.
- Circulation cérébrale** (régulation de la) (J. J. BOUCKAERT), 127.
- Clinique psychiatrique** de l'Université de Lausanne. Historique (H. STECK), 137.
- Colloïdes** du sérum dans les maladies mentales (V. A. GLAZOV), 860.
- Coma hypoglycémique** et hypertension rétinienne (COSSA, BOUJEAUT et CARLOTTI), 123.
- Commotion** cérébrale par accident d'auto. Auto-observation (M. TRAMER), 819.
- — — Complexe neuro-végétatif. Auto-observation (E. FREY), 819.
- Comportement** (troubles du) des enfants à intelligence sub-normale (Louis A. LURIE), 462.
- Conscience** et mécanismes du cerveau (W. DRABOVITCH), 664.
- du Moi. Psychologie et psychopathologie (Honorio DELGADO), 665.
- Corps** (le) et l'âme (R. BIOT), 267.
- Corps calleux.** Anatomie et pathologie (NISSL von MAYENDORFF), 124.
- — — Agénésie découverte par ventriculographie (Olan HYNDMAN et Wilder PENFIELD), 667.
- — — (tumeur du) (BARRÉ, PERNOT, KABAKER et LEDOUX), 810.
- Corticale** (atrophie) de l'adulte (Vicente DIMITRI et Julio ABRANOVITCH), 668.
- Crâne** (blessés du). Répercussions sociales de l'expertise (H. MEIER-MÜLLER), 819.
- Créatinurie** chez les déments précoces (R. STORA et P. TCHERNIAKOVSKY), 726.
- Criminalité** des mineurs. Etiologie et diagnostic (P. de CASABIANCA, A. de MARSICO et D. PISANI), 827.
- Rôle du juge (T. GIVANOVICH, G. MORIANI, A. SANTORO), 831.
- Criminelle** (prophylaxie) (G. FALCO, Ol. KINBERG, T. KRYCHOWSKI, L. LOMBART), 834.
- Criminologie.** Mesures de sûreté en Allemagne (Roland FREISLER), 821 ; — en Belgique (Louis VERVAECK), 823 ; — en Italie (Giovanni NOVELLI), 824 ; — en Yougoslavie (Alex. MARLESOW), 825.
- (la Société internationale de) (B. di TULLIO), 833.
- et ethnologie (Sergio SERGI), 835.
- Cushing** (syndrome de) avec compression du chiasme. Epilepsie à chaque tentative d'exérèse de la tumeur (D. PETIT-DUTAILLIS, J. SIGWALD et Mlle SEYRIG), 257.
- Cyclophrénie** cataméniale (I. CONSTANTINESCO et D. CONSTANTINESCO), 678.
- Cysticerose** méningée (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et Th. HORNET), 292.

D

- Dangereux** (l'état) (Susana SOLANO), 845.
- Débile** mentale (délire chez une) (L. SAUNET), 580.
- Débilité** mentale. Définition (Th. SIMON), 274.
- Déficients** sensoriels. Education (H. HOFFER et G. HIRTZ), 441.
- Dégénérescence** et dégénérés (Francisco de VEYGA), 840.
- Délinquant** (personnalité du) (G. BATTAGLINI, G. MEZGER, F. SAPORITO, L. VERVAECK), 829.
- Délire** (certaines formes de) (D. J. RACHMAN), 279.
- Délire aigu.** Pathogénie des symptômes (P. GUIRAUD et L. SAUNET), 574.
- Démence** infantile (I. ZAPPERT), 275.
- Démence précoce.** Influence favorable d'une infection aiguë sur l'évolution (G. DEMAY et J. NAUDASCHER), 52.
- (maladies du type) traitées par l'insuline et le cardiazol (LEULIER, LECLERCQ et CASALIS), 403.
- Clinique et nosographie (Henri EY et Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX), 454, 360.
- — — Traitement par la tuberculine (TOYE et RUFF), 494 ; (RUFF), 658.
- — — et encéphalites. Rapports (G. VERMEYLEN), 442.
- — — post-encéphalitique (J. TITECA), 446.
- — — Etiologie de la soi-disant « démence » (Mary Phyllis WITTMAN), 468.
- — — Réaction colloïdale de la coagulation (V. A. GLAZOV et G. M. ZIMMER), 672.

- , Traitement par le choc insulini-
que (Joseph ALLIEZ), 684.
- , « Signe du capuchon » (Alber-
to BROCHADO), 720.
- (José Julio de CALASANS), 839.
- Déments précoces (la créatinurie chez
les) (R. STORA et P. TCHERNIA-
KOFKY), 726.
- Dépersonnalisation. Déréalisation.
Aproprioceptivité (Maurice DIDE),
95.
- Dépression constitutionnelle (M. MON-
TASSUT), 838.
- Déséquilibre mental (René VERCIER),
455.
- Désorientations temporo - spatiales.
Diagnostic anatomo-clinique (Mau-
rice DIDE), 122.
- Dessins de maisons par des enfants
(Madeline KERR), 461.
- Détenus psychopathes avaleurs de
ferraille (P. VERSTRAETEN et O. van
HAUWAERT), 259.
- Diabète (le), trouble de la régulation
endocrinienne (B.-A. HOUSSAY), 680.
- Diencéphale et hystérie (Clovis VIN-
CENT et A. RADOVICI), 473.
- Diencéphaloses (G. BYCHOWSKI), 289.
- Discordance, catatonie appliquée (Jac-
ques VIÉ), 793.
- Douleur (étude expérimentale de la)
(R. LERICHE), 287.
- Douleurs centrales d'origine bulbo-
protubérantielle (J. de AJURIAGUERRA
et G. DAUMÉZON), 479.
- Dupuytren (maladie de) chez une mé-
lancolique (P. CHATAGNON, A. SOU-
LAIRAC et Mlle C. CHATAGNON), 238.
- Dysbasie lordotique chez un débile
mental et myopathie scapulo-humé-
rale et pelvienne chez son frère
(H. ROGER, J.-E. PAILLAS et J. BOU-
DOURESQUES), 122.
- Dyssynergie cérébelleuse progressive
avec myoclonie-épilepsie (Raymond
ROGÉ et James FARFOR), 256.
- Dystrophie intermédiaire entre le syn-
drome d'Apert et celui de Hurler
(G. MUYLE et Ludo van BOGAERT),
289.
- E**
- Ecorce basale (importance de l') (H.
SPATZ), 847.
- Electrique (étude) d'un malade (BOUR-
GUIGNON), 616.
- Emotion et méthodes éducatives (Da-
niel Alfred PRESCOTT), 843.
- Emotions (investigations sur la phy-
siologie des) (H. I. SCHOU), 268.
- Emotivité chez l'enfant (DUBLINEAU),
276.
- Encéphalite avec stase papillaire (P.
van GEHUGHTEN), 445.
- rhumatismale (A. POPEA, R. DEME-
TRESKO et A. DOSIOS), 463.
- chronique (régulation thermique
dans l') (Isidore FINKELMAN et W.
Mary STEPHENS), 676.
- infantile à type de névrafite épi-
démique (Germain BLECHMANN, A.
PAYCHERE, A. HALPHEN et J. AU-
CLAIR), 863.
- Encéphalite épidémique. Mode d'infec-
tion (R. INADA), 300, 488.
- , Psychopathologie des crises ocu-
logyres (Erwin VEXBERG), 464.
- Encéphalite léthargique chronique et
arachnoïdite cérébrale postérieure
(Ludo van BOGAERT et P. MARTIN),
431.
- Encéphalographie par voie lombaire
(Th. de MARTEL et J. GUILLAUME),
302.
- appliquée en clinique psychiatri-
que (S. N. ANDREITCHIKOV, I. J. BER-
CHIN, E. M. ZALKIND et A. A. JAKOV-
LEV), 851.
- Encéphalose centrolobaire symétrique
(G. BOSCH et R. ORLANDO), 465.
- Endocardite subaiguë bactérienne.
Complications nerveuses centrales
(Russell N. de JONG), 662.
- Endocrines (glandes) dans les psycho-
ses émotionnelles (J. L. CLEGG), 298.
- , Innervation cérébrospinale (L. PI-
NES), 680.
- Enfance (maladies simulées dans l').
Hystérie, pithiatisme, mythomanie
(R. LIÈGE), 461.
- Enseignement. Technique rationnelle
(Mlle ABRAMSON), 618.
- Enurésie (R. GRÜNEBERG), 280 ; (M.
REISS), 286 ; (F.-R. BIZE), 461.
- Epilepsie amaurotique aiguë du singe
(L. van BOGAERT), 258.
- , Origine (J. COMBY), 280.
- , Applications électro-encéphalogra-
phiques (Ph. PAGNIEZ), 296 ; (F.
GOLLA, S. GRAHAM et W. GREY WAL-
TER), 296.
- , Etudes physico-chimiques (Meyer
BROWN et Harry A. PASKIND), 296.
- et manifestations intracrâniennes
de la maladie de Hodgkin (Mlle S.
ROUSSET), 481.
- bravaï-jacksonienne (Louis RA-
MOND), 481.
- « essentielle » avec lésions cra-
niennes décelables à la radiographie
(L. BABONNEIX), 481.
- essentielle (la calcémie dans l')
(R. L. HAVILAND MINCHIN), 673.
- et paralysie générale. Les épilep-
sies paralytiques post-thérapeuti-

ques (Henri ROGER et Joseph ALLIEZ), 767.

— Traitement par l'association gardénal-strychnine (LAIGNEL-LAVASTINE et H.-M. GALLOT), 783 ; (G. MAILLARD et P. BOULANGER), 863.

— et traumatismes crâniens (E. KATZENSTEIN-SUTRO), 820 ; (S. VOLKOR et E. ROSSELS), 854.

— et pyknolepsie (Manuel GUEVARA OROPESA), 854.

— Pathogénie. Rôle du système nerveux autonome (K. ORZECZOWSKI), 855.

— Choix des barbituriques (Ph. PAGNIEZ), 863.

— Thérapeutique endocrinienne (Calvert STEIN), 864.

Epileptique (crise). Taux de la phosphorémie (Arthur WEIL et Erich LIEBERT), 673.

— (accès) provoqué par l'anesthésie au chlorure d'éthyle de la région radiale (Paolo MANINZA), 676.

Epileptiques (assistance aux) et lutte contre l'invalidité (P. SIVADON), 681.

Ergothérapie dans les maladies mentales (BONFIGLIO), 645 ; (Kurt BERINGER), 650.

Erotomane et jaloux de sa mère (Xavier ABÉLY et Jean FRETET), 412.

Erotomanie (G. HEUYER et Mme GAULTIER), 738.

— et hypochondrie (J. FRETET et J. MASSON), 802.

Esprit (l') et le réel dans les limites du nombre et de la grandeur (Francis MAUGÉ), 841.

Ethnologie et criminologie (Sergio SERGI), 835.

Ethylisme chronique. Les syndromes médullaires (H. L. PLAZA et S. RODRIGUEZ), 485.

Eugénique. 1^{er} Congrès de la Fédération internationale, 843.

F

Facial (le nerf) et ses états névralgiques (J. Ramsay HUNT), 486.

— (vulnérabilité insolite du) dans l'aqueduc de Fallope (E. de CERQUIERA FALCAO), 487.

Faciale (paralysie) d'origine poliomyélitique (KISSEL), 124.

— (névralgie). Mydriase consécutive à l'alcoolisation du ganglion de Gasser (THIÉBAUD, LEMOYNE et GUILLAUMAT), 133.

Faim (grève de la) pendant 8 ans par un revendicateur. (Mlle S. ROUSSET, G. DAUMÉZON et J. MASSON), 76.

Fibres de Rosenthal (nature des) (Amour F. LIBER), 667.

Foi (profession de) d'un professeur de l'Université (O. LOURDET), 284.

Foie et troubles mentaux (Lucien CORNIL et Joseph ALLIEZ), 464.

Folie à deux (M. GROVER), 467.

Fonctionnels (troubles) et réflexes conditionnels (Max DESMONTS), 656.

Fracture spontanée chez un paralytique général (A. DOSIOS et N. DEMETRIU), 462.

Fractures du crâne chez les enfants (E. SORREL, Mme SORREL-DÉJERINE et GIGON), 277.

Frigidité (G. PARCHEMINEY), 286.

Fugue d'origine confusionnelle chez un spécifique paludéen (Raymond ROGÉ et René VERCIER), 746.

Fugues épileptiques conscientes et mnésiques (Jean CARRIER), 203.

G

Galvano-cutanée (réaction) dans les névroses et les états limitrophes (A. A. CHIROKOV), 296.

Gaucherie (la) (Vera KOVARSKY), 545.

Gauchers (faut-il réduire les?) (Mlle Vera KOVARSKY), 682.

Géomanie (S. N. ANDREITCHIKOV), 284.

Gliome diffus (J. HANDELSMAN et Z. MESSING), 295.

Gliomes avec crises de sympathalgies guéries par interventions chirurgicales (Dem. PAULIAN, I. BISTRICEANO et C. FORTUNESCO), 293.

— Formes de croissance (H. H. SCHERRER), 453.

Glossolalie par suppression littérale (Guilhem TEULIÉ), 31.

Goître lingual et hypothyroïdie (P. SAINTON, G. ARDOIN et P. FRANKFURT), 298.

Goître exophtalmique. Traitement (Paul SAVY), 864.

Goîtres avec hyperthyroïdie. Traitement (MASSABUAU), 865.

Goût (hémihyperpathie du) (I. SILBERPENNIG et H. URBAN), 479.

Grippales (psychoses) (C. I. URECHIA), 22.

H

Hallucinations des amputés. Pathologie de l'image de soi (J. LHERMITTE et Z. SUSIC), 278.

— et délire (E.-A. PERELMOUTER), 279 ; (A. CHEVALEV et E.-A. PERELMOUTER), 279.

- Etude oto-neuro-ophtalmologique (G. de MORSIER), 433.
- visuelles chez les aveugles (G. WEILL), 439.
- et fonctions vestibulaires (LHERMITTE et BINEAU), 439.
- Suspension rapide lors de l'internement chez des délirantes séniles (J. VIÉ et A. PATEL), 563.
- Hallucinoze visuelle sénile type Charles Bonnet (P. PESME), 440.
- auditivo-sensorielle et générale chez une ancienne otopathique (E. et M. ESCAT), 440.
- chronique (PREDA, IONASIU et STANESCU), 466.
- Hémato-méningée (barrière). Sa perméabilité dans la neuro-syphilis avant et après la pyrétothérapie (Paulo PINTO PUPO et Julio de ANDRADE SILVA jr.), 304.
- Hémichromatopsie avec hallucinoze hémianopsique (P. DELMAS-MARSALET et BESSIÈRE), 439.
- Hémi-cône (syndrome de l') médullaire par hématomyélie (E. MONIZ et L. PACHECO), 293.
- Hémi-parésies (E. HERMAN), 480.
- Hémiplégie dans les tumeurs cérébrales (J.-A. CHAVANY et Alexandre PLACA), 480.
- Hémisphère cérébral gauche. Affaiblissement intellectuel dans les lésions focales (Leland B. ALFORD), 851.
- gauche (atrophie de l'). Asymbolie et hallucination (J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA), 616.
- Hémorragies cérébrales consécutives à la ponction lombaire (P. G. SCHUBE et Naomi RASKIN), 291.
- pétéchiales multiples associées au trauma cérébral (Walter F. SCHALLER, K. TAMAKI et Henry NEWMAN), 669.
- Hépatique (extrait) désinsuliné. Influence sur certains états épileptiques (ROUVROY), 260.
- (insuffisance) dans la genèse des délires toxi-infectieux (Ch. MATTEI et M. RECORDIER), 866.
- Hépatothérapie dans les syndromes neuro-anémiques (Jean OLMER), 866.
- Héréditaires (les syndromes) dans les maladies du système nerveux (G. STROESCO), 288.
- Hérédité de l'épilepsie et de la schizophrénie. Constitution épileptoïde et structure de l'épilepsie (Mme F. MINKOWSKA), 135.
- (l') psychologique. La genèse sociale (I. POPESCU), 488.
- Hôpital psychiatrique de Matzuzawa (G.-A. PATEY), 681.
- Hôpitaux psychiatriques London County Council. Organisation des Laboratoires (Y. PORC'HER), 681.
- Hygiène (l') et la prophylaxie mentales (C. HAYE et LAUZIER), 487.
- Hyperleucocytoses sympathiques (Jean FRETET), 673.
- Hyperostose frontale interne (G. MUYLE), 452 ; (F. DONINI), 851.
- Hypertension artérielle maligne. Forme cérébrale (F. THIÉBAUT, L. GUILLAUMAT et A. PLACA), 300.
- Hyperthermie (le système neuro-végétatif au cours de l') (Pasteur VALLEBY-RADOT, G. MAURIC et J. LEMANT), 675.
- Hyperthyroïdie (les formes psychiques pures et prévalentes de l') (P. COSSA et P. SASSI), 297.
- avec accidents cardiaques. Traitement chirurgical (H. WELTI et Roland LEVEN), 865.
- Hypertonique (solution) pour le traitement de la migraine et de l'épilepsie (Jean-François BUVAT), 458.
- Hypnose et hystérie (PREDA et STANESCU), 475 ; (PREDA), 476, 477.
- Hypocondrie et épilepsie (R. HINSCH), 280.
- et érotomanie (J. FRETET et J. MASSON), 802.
- Hypoglycémiques (les états). Manifestations endo et exogènes (M. J. SEREISKY), 309.
- Hypophysaire (troubles du développement d'origine) (BARIÉTY), 680.
- Hypophyse (l') chez l'homme adulte (QUERCY et LACHAUD), 614.
- Hypothalamiques (les noyaux) dans la vie psycho-affective (Albert SALMON), 459.
- Hypothalamus (localisation des fonctions ortho- et para-sympathiques dans l') (C. U. ARIËNS KAPPERS), 451.
- (modifications pathologiques de l') dans le diabète sucré (L. O. MORGAN, A. R. VONDERAHE et E. F. MALONE), 856.
- Hystérie pithiatique. Physiopathologie (J. FROMENT), 281.
- (l') et la schizophrénie (H. CLAUDE), 469.
- Connaissances actuelles (D. PAULIAN), 470.
- (l') et ses dilemmes (J. FROMENT), 470.
- Position du problème (H. BARUK), 470 ; (A. SALMON), 471.
- Point de vue biologique (V. M. BUSCAINO), 472.
- Troubles sensitifs et rôle des réflexes conditionnés (G. MARINESCO), 472.
- et diencéphale (Clovis VINCENT), (A. RADOVICI), 473.

- et pithiatisme vus par un psychiatre (Eugène GELMA), 474.
- (l') dans les services de maladies mentales (I. CONSTANTINESCO et D. CONSTANTINESCO), 474.
- Facteurs sociaux (I. POPESCU), 475.
- et Hypnose (PREDA et STOENESCU), 475 ; (PREDA), 476, 477.
- Etude du métabolisme hydro-salin (C. PERO), 674.

Hystériques (syndromes) à formule psychiatrique (A. HESNARD), 282.

I

- Ictus paralytique. Traitement (P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO), 862.**
- Idiotie (un cas d') acquise (Th. SIMON, Mme GAULTIER et R. STORA), 275.**
- avec amaurose sans maladie de Tay Sachs (L. van BOGAERT), 447.
- amaurotique familiale. Forme adulte jusqu'à la pré-sénilité (Ludo van BOGAERT et Pierre BORREMANS), 660.
- Impuissances sexuelles d'origine émotive (PALAZZOLI), 463.**
- Impulsifs (mouvements oppositionnistes) (R. GARCIN), 258.**
- Insuline (sécrétion d'). Excitation des nerfs vagues (A. O. ETCHEVERRY), 299.**
- Insulinique (choc). Traitement de la schizophrénie. Coma et troubles de la réflexivité (M. LIEPMANN), 684.**
- (choc). Traitement de la démence précoce (Joseph ALLIEZ), 684.
- Insuliniques (chocs) (F. BÜDINGEN), 310.**
- (chocs) à la clinique de Budapest (B. HORANYI-HECHST et SZATMARI), 310.
- Insulinothérapie dans la catatonie expérimentale (H. BARUK, M. RACINE et DELAVILLE), 124.**
- de la schizophrénie dans une clinique anglaise (G. W. B. JAMES), 126.
- et cardiathérapie. Résultats obtenus à la clinique psychiatrique de Paris (H. CLAUDE et ses collaborateurs), 243.
- (l') des psychoses schizophréniques (H. SCHMID), 308.
- Intelligence (fonctions de l') et champs architectoniques du lobe frontal (Annibal SILVEIRA), 661.**
- Intuition (les conditions anatomo-cliniques de l') (M. DIDE), 266.**
- Involution (mélancolie d') (M. MALZBERG), 467.**

K

Kleptomane vingt fois condamnée. Apparition tardive de troubles psychosensoriels et d'un syndrome parkinsonien (P. SCHERRER), 88.

L

- Langage parlé et écrit (troubles du) chez trois déments paranoïdes (A. LATAPIE et J. LECLERC), 740.**
- Lepto-méningite hypertrophique luétique (A. P. SMITH), 484.**
- Leucotomie préfrontale dans les troubles mentaux (Egas MONIZ), 867.**
- Lipidoses (les) dans la neuro-pathologie. Lipidoses à phosphatides et à cérébrosides (Ludo van BOGAERT), 305.**
- Lipiodol obtenu après injection (J. H. GLOBUS), 485.**
- Lobe frontal (champs architectoniques du) et fonctions de l'intelligence (Annibal SILVEIRA), 661.**
- Localisation (notion de) ou de totalité dans le système nerveux central (A. E. KORNMULLER), 849.**
- Localisations cérébrales. Hypothèses pathomorphologiques (W. SCHOLZ), 848.**
- Conception de Kleist (J. LANGE), 848.
- Loi de 1838 (la) vue par un Directeur de Maison de Santé (J. VIGNAUD), 395.**

M

- Marcus Gunn (phénomène de) chez un oligophrène (MUYLE), 261.**
- Mariage (prophylaxie du) et Hygiène mentale (W. MORGENTHALER), 626 ; (E. RÜDIN), 628.**
- Médecine légale et Identification (Leonidio RIBEIRO), 272.**
- Mélancolie (R. BENON), 655.**
- Mémoire (la) dans les troubles mentaux (L. IONASIU et S. CUPCEA), 663.**
- Méningiome de la fosse cérébelleuse. Paralyse unilatérale des six derniers nerfs crâniens (André-THOMAS), 486.**
- Méningiomes (les) olfactifs (M. DAVID et H. ASKENASY), 484.**
- Méningite bénigne des porchers (M. RAYMOND), 483.**
- Méningites. Essai de classification (H. ABOLKER), 483.**
- séreuses circonscrites (Th. de MARTEL et J. GUILLAUME), 483.

- Méningo-encéphalite saturnine (A. DOSIOS et N. DEMETRIU), 482.
- Méningo-neuro-brucelloses (Henri ROGER et Yves POURSIKES), 456.
- Mescaliniques (visions). Etiologie (C. R. MARSHALL), 677.
- Métaphore (psychopathologie de la) (Wendell MUNCIE), 663.
- Microcéphalie chez une fillette de 4 ans 1/2 (G. KUJATH), 277.
- Migraineuses (arrêt de crises) par les injections intraveineuses de sérum salé hypertonique (G. VILLEY et J.-F. BUVAT), 863.
- Moelle épinière (la structure de la) en coupes longitudinales (L. LARUELLE), 294.
- Mort (mécanisme de) (Paul van GEHUCHTEN), 290.
- Moteurs (troubles) psychogènes. Pathophysiologie (H. ALTENBURGER), 850.
- Mouvements involontaires. Etude expérimentale (Mme Nathalie ZAND), 670.
- Muscle strié. Transmission des impulsions nerveuses (A. ROSENBLUETH), 858.
- Musculaire (hypertrophie) congénitale (DARRÉ, P. MOLLARET, Mme ZAGDOUM et Mlle OEMICHEN), 615.
- (hypertrophie) chez un adulte : facteur hypothyroïdien (MOLLARET et SIGWALD), 616.
- Mutisme hystérique. Mécanisme et traitement (A. DIMOLESCO), 475.
- Myasthénie myopathique (J. MAGE et MOLDAVER), 127.
- et myotonie. Traitement par la quinine et la prostigmine (Foster KENNEDY et Alexander WOLF), 866.
- grave et dystrophie musculaire traités par la prostigmine (N. W. WINKELMAN et Matthew T. MOORE), 867.
- Mydriase consécutive aux traumatismes crâniens (Alberto BROCHADO), 417.
- Myoclonie-épilepsie de Unverricht (G. PINTUS), 853.
- Myopathie atrophie avec troubles du métabolisme nutritif (BETHOUX, Mlle M. GAUTHIER et ROCHEDIX), 811.
- Mythomanie hystérique (G. MARINESCO et Marie NICOLESCO), 497.
- Nerfs crâniens. Neurochirurgie (F. VERBEEK), 452.
- Neurinome latérobulbaire avec myoclonies palato-pharyngo-laryngées (E. de SAVITSCH et R.-A. LEV), 293.
- Neurocrinie, neuricrinie et transmission humorale des excitations nerveuses (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 297.
- Neuro-dyscrinies diencéphalo-thyroïdiennes (Gino PATRASSI), 678.
- Neurofibromatose de Recklinghausen et troubles psychiques (BARRAUX et ALLIEZ), 776.
- Neurolymphomatose des gallinacés (J. LHERMITTE, AJURIAGUERRA et FOUQUET), 258.
- Neuropathologie du chien. La maladie de Cairé (H.-J. SCHERER et L. COLLET), 128.
- Neuro-uvéoparotidite, maladie de Heerfordt, avec troubles cérébraux (de MORSIER et FRANCESCHETTI), 133.
- Neuro-végétatif (système) au cours de l'hyperthermie (Pasteur VALÉRY-RADOT, G. MAURIC et J. LEMANT), 675.
- Névrite bulbo-ponto-cérébelleuse aiguë et curable de l'enfance (J.-A. CHAVANY), 291.
- Névrose obsessionnelle (de MONCHY), 446.
- traumatique (le problème de la causalité dans la) (W. RIESE), 818.
- Névroses (les fonctions intellectuelles dans les) (L. A. MIRELSON, A. J. TALAL et A. A. CHIROKOW), 282.
- infantiles et la pupillographie (LOEVENSTEIN), 619.
- (hérédité dans les) (R. G. Mc. INNES), 660.
- consécutives aux traumatismes du crâne (R. BRUN), 816 ; (G. de MORSIER et F. NAVILLE), 818.
- traumatiques et théories de Janet (L. SCHWARTZ), 819.
- Noyau rouge (syndrome controlatéral du) avec hallucinations (J. LHERMITTE, Mme DELTHIL et GARNIER), 812.
- Nutrition (maladies de la) et psychoses (Pasquale PEUTA), 853.
- Nystagmus apparu après exentération d'un œil (MOREAU et JACQUEMOTTE), 260.

N

- Narcolepsie. Mécanisme (Ernest-G. LION), 659.
- Narcose thérapeutique par le soneryl (J. Stephen HORSLEY), 863.
- Négativisme et aversion (Oskar DIETHELM), 663.

O

- Occipitale (région). Physiologie (Hubert URBAN), 858.
- Œdème cérébral tardif post-traumatique (COSSA, GRINDA et GLEICHENHAM), 125.
- (l') aigu cérébro-méningé (Th. ALAJOUANINE et M. BASCOURET), 484.

Olfactive (physiologie). Dernières acquisitions (Charles A. ELSBERG), 670.
Oligophrènes (urine des). Présence de l'acide phényl-pyruvique (E. GIOS-SAN), 674.
Ophthalmoplégie externe récidivante et alternante (J. MAGE), 128.
Optiques (voies). Recherches histologiques (P. QUERCY et R. de LA-CHAUD), 666.
Ordonnances du médecin praticien (ABATUCCI, BOZO, COMBY, etc...), 844.
Osseuses (lésions) dans les maladies nerveuses. Pathogénie (André-THOMAS), 258.
Ostéopathique (syndrome) de Greig-Morel. Hyperostose frontale interne (José Maria ESTAPÉ), 679.
Ovariennne (insuffisance) cause du syndrome catatonique (TOMESCO et AL. VASILESCO), 678.
Oxycarbonée (intoxication) avec manifestations striées (Vicente DIMITRI et Felipe M. CIA), 662.

P

Paget (maladie osseuse de) (DELMAS-MARSALET), 811.
Paralysés (enfants). Mise en traitement (Aug. TOURNAY), 683.
Paralyse générale juvénile (L. CONSTANTINESCO, D. CONSTANTINESCO et M. STOICESCO), 462.
 —. Formes similaires chez deux frères (G. CONSTANTINESCO et A. DOSIOS), 462.
 —. évoluant au début sous le masque d'une striatite syphilitique (H. CLAUDE et J. CUEL), 482.
 —. fruste (B. DUJARDIN), 623.
 —. (les spirochètes dans la) (P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO), 668.
 —. Cas traités à la Clinique d'Innsbruck (F. SCHMUTTERMAYER), 685.
Paralytique (démence) de Lissauer (P. DIVRY), 622 ; (W. MALAMUD), 852.
Paralytique générale (syndrome hallucinatoire chez une) (LÉVY-VALENSI, Mme TEYSSIER et R. STORA), 208.
Paralytiques généraux. Placement familial (P. SIVADON et Mlle G. BRATANOVA), 588.
 —. Traitement par le Stovarsol sodique (A. SÉZARY et A. BARBÉ), 861.
Parkinson (maladie de) post-traumatique (F. PETROSELLI), 662.
Parkinsonien (syndrome) post-encéphalitique. Psychopathologie et traitement (Wallace MARSCHALL), 862.
Parkinsonisme traumatique (Mathieu-Pierre WEIL et V. OUMANSKY), 291.
 — et traumatisme périphérique (FAURE-BEAULIEU et FELD), 617.
 — encéphalitique d'apparition tardive (Francesco VIZIOLI), 661.
Pathologie (la) humaine. Les idées de Petersen (A. BROUSSEAU), 488.
Pathologie cérébrale. Son importance neuro-psychiatrique (K. KLEIST), 846 ; (R. THIELE), 849.
Pensée à haute voix dans les maladies mentales (E. A. CHEVALEV), 279.
Perception (troubles de la) de l'espace dans l'alcoolisme (J. M. KOGAN), 283.
Périodicité (la) dans les maladies mentales (J. BELFILS), 265.
Perversion sexuelle. Habitus acromégalique (F. MOREL), 299.
Perversité par encéphalite épidémique à forme retardée (Jacques DELMOND et Jean CARRÈRE), 404.
Pétrosite. Aspects neurologiques (J. C. YASKIN et K. KORNBLUM), 483.
Peur (la) (L. VAUTHIER), 269.
 —. Panique aux armées (FRIBOURG-BLANC), 285.
Phantopsies de Truc (Ch. DEJEAN), 439.
Phonopsychographie (Paul COURBON), 67.
Phosphènes mécaniques et affections oculaires (FRANCESCHETTI), 438.
Pick (maladie de) (Ferdinando BARISSON), 852.
Pithiatisme. Mécanismes psycho-physiologiques (M. LAIGNEL-LAVASTINE), 472.
Placement familial des paralytiques généraux (P. SIVADON et Mlle G. BRATANOVA), 588.
Pléthysmographie (R. NYSSSEN et R. BUSSCHAERT), 448.
Plexus brachial. Paralyse consécutive à la sérothérapie anti-gangréneuse (J. LHERMITTE, L. BOUR et AJURIA-GUERRA), 614.
 —. Compression (J. LHERMITTE et SÉBILLOTTE), 615.
Plomb tétra-éthyle. Utilisation comme antidétonant (H. DESOILLE et H. VALENTIN), 301.
Poisons stupéfiants et excitants (E. HESSE), 844.
Polynévrites expérimentales (AJURIA-GUERRA), 134.
 — (Jacques BOUDOURESQUES), 657.
Polynévritique (psychose) (Xavier ABÉLY et Jean MAILLARD), 571.
Polyradiculonévrite spontanément curable (COSSA, GAGLIO et CASTILLANI), 123.
 — en évolution (FAURE-BEAULIEU et FELD), 257.
Polyradiculonévrites avec dissociation albumino-cytologique et à évolution favorable, 455.
Ponction sous-occipitale (Ed.-A. PÉRIER), 302.

- Porphyriurie primitive à forme paralytique** (R. BOULIN, R. GARCIN, NEPVEUX et ORTOLAN), 859.
- Posturale (régulation)**. Electrophysiologie (MOLLARET), 134.
- Posturomètre**. Utilité pour l'examen des commotionnés cérébraux (H. BRANDT et H. BERSOT), 820.
- Précentrale (région)**. Encéphalogramme (G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER), 671.
- Préfrontal (syndrome psychique)** (G. MOSSA), 850.
- Prémoteur (syndrome)** (Alexander T. ROSS), 479.
- Pression sanguine des malades mentaux** (A. MAZZY), 860.
- Prostigmine (traitement par la)** dans la myasthénie (Foster KENNEDY et Alexander WOLF), 866 ; (N. W. WINKELMAN et Matthew T. MOORE), 867.
- Protéidoglycémie dans la schizophrénie** (P. TOMESCO, I. COSMULESCO et E. GIOSSAN), 673.
- Psychanalyse**. Opinions de Freud (BORNSZTAJN), 665.
- Psychasthénie**. Evolution cyclique (J. VINCHON), 281.
- Démembrement (A. AUSTREGESILO), 660.
- Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale** (H. BARUK), 262.
- (Manuel de) (Henrique ROXO), 264.
- allemande. Tendances actuelles (Robert GAUPP), 321.
- (la) et les sciences de l'homme (G. VILLEY), 655.
- Psychiatrique (clinique) de Strasbourg** (PERSDORFF), 654.
- Psychologie (Archives de)** (Ed. CLAPARÈDE, Pierre BOVET, J. LARGUIER des BANCELLES et Jean PIAGET), 265.
- Psychologique (méthode) individuelle** (E.-A.-D.-E. CARP), 445.
- Psychonévroses**. Structure et classification (P. HARTENBERG), 281.
- (variations de la tension de l'oxygène dans les) (R. A. MC. FARLAND et A. L. BARACH), 301.
- Psychopathes**. Guérison et réembauchage (Paul COURBON et Julio ASUAD), 64.
- Psychopathie (étude des relations de la)** avec l'Etat (John F. PERKINS, Erland F. FISH, Otis F. KELLY, Joseph W. MONOHAN, L. VERNON BRIGGS, Thomas P. DILLON et John GRAY), 490.
- et criminalité dans quatre générations de Tziganes d'Alsace (Jacques DELMOND et Jean CARRÈRE), 761.
- Psychophysiologique (examen)**. Modes réactionnels individuels (STOKVIS), 447.
- Psychophysiologiques (examens) et permis de conduire** (A. GALAND, P. GIROD et A. HUDELO), 300.
- Psychoses (structure des tableaux cliniques des)** (Mme G. E. SOUCHARIEVA), 277.
- Recherches sérologiques (SIMONS et LIGTERINK), 446.
- aiguës. Pathogénie (P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO), 463.
- Psychothérapie**. Tendances actuelles (William MALAMUD), 682.
- Puerpérales (psychoses) et séquelles** (Louis J. KARNOSH et Justin M. HOPE), 852.
- Pupillaires (réactions) par excitation faradique du tronc cérébral chez le singe** (Marcel MONNIER), 132.
- (troubles) spéciaux et compression tumorale cervico-dorsale (J.-A. BARRE, KABAKER et Mlle d'HAUTEVILLE), 133.
- (réflexes) dans la syphilis nerveuse (H. SCHARFFER et LÉGER), 289.
- Pupilles à l'état statique** (Jacques BOLLACK), 129.
- à l'état dynamique (Albert MONBRUN), 129.
- dans les affections neurologiques médicales (Edouard WELTER), 130.
- dans les traumatismes crâniens et les tumeurs cérébrales (Edward HARTMANN), 131.
- Recherches d'explications physiopathologiques (Aug. TOURNAY), 131.
- Pupillométrie** (FRANCESCHETTI), 133.
- Pyknolepsie et épilepsie** (Manuel GUEVARA OROPESA), 854.
- Pyrétothérapie (réactions focales de la)** dans les affections nerveuses (J. HAGUENAU et R. CLAISSE), 685.
- Modifications de la formule leucocytaire (G. SOGLIANI), 859.
- et glycémie (Luigi TELATIN), 860.

Q

Quinine (action de la) sur la maladie de Thomsen et la maladie de Steiner (J. DEREUX et L. BAUDU), 256.

R

Rachischisis (kyste dermoïde de la queue de cheval dans un cas de) (H. de JONG), 451.

Ramollissement cérébral ancien. Nécrose de coagulation (J. LEY), 624.

Récurrentielle (Paralysie) (L. RAMOND), 293.

- Réflexes conditionnels.** L'épreuve de Lombard en psychiatrie (P. RUBENOVITCH et J. PASTIER), 446.
 — conditionnels dans certaines psychoses (Mares et Tatiana CAHANE), 459.
Refroidissement local en neurochirurgie (M. PASCHOND), 820.
Rétine. Pléthysmographie et neurologie (A. FRITZ), 814.
 — Exploration fonctionnelle (BAILLIART), 815.
 — (tension artérielle de la). Influence de l'excitation vestibulaire (E.-B. STREIFF et BIANCHI), 815.
 — (hypotension artérielle de la) dans les tumeurs intracrâniennes (G. de MORSIER), 816.
 — Tension des artères dans le diagnostic des traumatismes crâniens (F. RINTELEN), 820.

S

- Saisonnier (rythme).** Influence sur la fréquence des maladies mentales (E. Eduardo KRAFT), 488.
Sang (réflexes psycho-chimiques dans le) (E. WILCZKOWSKI), 672.
Schizobasies (les) (Carl Julius MUNCH-PETERSEN), 288.
Schizophrènes. Observations cliniques (E. GUTTMANN et W. S. MACLAY), 467.
Schizophrénie. Psychopathologie et délimitation clinique (HOBORIO DELGADO), 138.
 — tardive (D. KOURETAS et M. G. STRINGARIS), 182.
 — Pronostic (H. SCHAEFFER), 273 ; (G. LANGFELDT), 468.
 — chez l'enfant (I. LUTZ), 274.
 — (le taux de Pœstréine sanguine dans la) (H.-A. MORTER, Marie SIMONSEN et C. WILLIAMS), 299.
 — Thérapeutique. Evolution du pronostic (M. STECK), 305.
 — Traitement par l'épilepsie provoquée au moyen du cardiazol (Ph. PAGNIEZ), 306 ; (N.-M. ARCALIDES), 306.
 — Action de l'insulinothérapie et du traitement par le cardiazol (L. van ANGYAL), 307.
 — Effets de la thérapeutique convulsivante (I. NYIRÖ), 307.
 — Traitement par le choc hypoglycémique de l'insuline (E.-K. KRASNOUCHKIN et G.-M. CHANLARIAN), 308 ; (K.-A. VANGUENHEIM et Mme P.-L. MAGRATCHEVA), 309.
 — chez les jumeaux (L. IONASIU et C. LUNGU), 467.
 — Traitement par l'insuline (H. BAONVILLE, J. LEY et A. et J. TITECA), 621.
 — (la protéidoglycémie dans la) (P. TOMESCO, I. COSMULESCO et E. GIOSAN), 673.
 — traitée par l'insuline. Possibilité d'un pronostic précoce (A. ERB), 683.
 — traitée par les chocs insuliniques. Coma et troubles de la réactivité (W. LIEPMANN), 684.
 — infantile (R. BUSSCHAERT), 813.
 — (y a-t-il une anatomie pathologique de la) ? (Gerd PETERS), 855.
 — Histopathologie (E. FUNEGELD), 856.
 — Localisation des altérations cérébrales (D. MISKOLCZY), 856.
Schizophrénies (les). Pronostic et application à l'hygiène mentale (R. RIBEIRO), 468.
Schizophréniformes (psychoses) dans l'enfance (LANGFELDT), 274.
Schizophréniques (syndromes) (Alberto BROCHADO), 454.
Sclérose latérale amyotrophique (syndrome de) subaigu chez une typhique (POUPONNEAU et C.-A. PIERSON), 292.
Sclérose multiple. Formes d'ataxie familiale (G. W. HALL et R. P. MACKAY), 485.
Scléroses diffuses hémisphériques de la substance blanche (Ludo van BOGAERT), 811.
Sélénium (empoisonnement par le) et pellagre (R. ROHAN-BARONDES), 287.
Sénile (démence) sans athérome cérébral, maladie de Pick et maladie d'Alzheimer, modalités d'un même processus dégénératif ? (L. MARCHAND, R. ANGLADE, J. FRETET, M. ROUGEAN et P. ROYER), 249.
Séniles (psychoses). Modifications pathologiques (D. ROTHSCHILD), 294.
 — (plaques) (DIVRY), 447.
Sensations (transmission des) gustatives chez l'homme (HOWSI et LECHNITZKY), 614.
Sensibilité (troubles de la), type syringomyélique avec amyotrophie (BOL-LACK, HAGUENAU et KAUFFMANN), 811.
Services ouverts (F. d'HOLLANDER), 430.
Sexuelle (Psycho-physiologie) (L. STROMINGER), 271.
Sinus carotidien (symptômes nerveux par compression du) (C. HEYMANS et J. BOUCKAERT), 447.
 — système nerveux automatique et névroses (Eugène B. FERRIS, Richard B. CAPPS et SONNA WEISS), 478.
Sinus cérébraux (thrombo-phlébite des) dans une confusion mentale (I. CONSTANTINESCO, S. CONSTANTINESCO et D. CONSTANTINESCO), 669.

- Société Médico-Psychologique.** Table générale et alphabétique des *Annales*, 73.
- , Prix Moreau de Tours. Rapport de M. Rayneau, 75.
- , Date de l'Assemblée générale, 401.
- , Décès du D^r Crouzon et du D^r Truelle, 586.
- , Rapport de la Commission des finances, 757.
- , Rapport du Secrétaire général, 757.
- , Prix de la Société, 758.
- , Election du Bureau pour 1939, 759.
- , Bureau pour 1939, 760.
- , Conseil d'Administration, 760.
- , Commission des Finances, 760.
- , NOMINATIONS. *Membres titulaires*: CHATAGNON, 74.
- , *Membres correspondants nationaux*: BELEY, 74; BESSIÈRE, LÉCONTE, FRETET, FAILL, 401; DUCOURDRAY, GALLOT, MENUAU, SOULAIRAC, 756.
- , *Membres associés étrangers*: HANSEN, 586; LOWELL-SELLING, Fahreddin KERIM GÖKAY, 756.
- , *Membres honoraires*: CAPGRAS, 755.
- Solitude (la) et le syndrome paranoïde** (D. N. PARFITT), 469.
- Soneryl** (narcose thérapeutique par le) (J. Stephen HORSLEY), 863.
- Spirochètes dans la paralysie générale** (P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO), 668.
- Stovarsol sodique pour le traitement des paralytiques généraux** (A. SÉZARY et A. BARBÉ), 861.
- et atrophie optique (BÉGUÉ), 861.
- Stupéfiants.** Prophylaxie (POHLISCH), 633; (PANSE), 638.
- (mesures de Police criminelle contre l'abus des) (Werner THOMAS), 642.
- Stupeur négativiste au cours d'une tabo-paralysie** (Mme H. JANKOWSKA), 283.
- Suicide par ingestion d'objets divers.** Dissimulation du syndrome subjectif d'un phlegmon péritonéal (Henri EY et D. COLOMB), 245.
- Surrénale (insuffisance).** Le facteur potassium dans l'insuffisance surrénale (MARTINY), 299.
- Sympathique (anatomie du)** (J. DELMAS), 293.
- (troubles d'origine). Thérapeutique (Jean LHERMITTE), 682.
- Sympathologie clinique** (Introduction à la) (LAIGNEL-LAVASTINE), 478.
- Syphilis.** Rôle dans la genèse de certains syndromes psychopathiques. Formes frustes de syphilis cérébrale (J. DUBLINEAU), 1.
- neuro-parenchymateuse et paludisme chez l'indigène algérien (DUMOLARD, AUBRY, LARROUY et PORTIER), 125.
- et syndrome de Landry (H. ROGER, J. PAILLAS et J. VAGUE), 486.
- Syphilis nerveuse** (les pupilles et l'iris dans la) (SCHAEFFER, MERIGOT de TREIGNY et LÉGER), 133.
- (A. SÉZARY), 457.
- Syphilitiques (hérédo-).** Particularités de la paralysie générale et du tabes (A. SÉZARY et Mlle A. ROUDINESCO), 661.
- Système nerveux central et méninges.** Anomalies congénitales (I. OLJEVICK), 451.
- (affections du) (S. de SÈZE), 487.

T

- Tabes.** Atrophie bilatérale de la langue (M. FELICI), 857.
- Tabétique** (fracture spontanée du calcaneum chez un) (H.-M. GALLOT et P. PAUGAM), 616.
- Tachycardie sinusale, équivalent épileptique** (C. SANI), 854.
- Talents exceptionnels et mécanismes cérébraux** (DÖLLKEN), 664.
- Temporale (corne).** Etudes anatomiques et pneumographiques (A. E. CHILDE et Wilder PENFIELD), 666.
- Tests-images de Binet-Obertag.** Valeur diagnostique (A. WEBER), 663.
- de forme et de couleur à l'âge scolaire et chez l'adulte (Bengt J. LINDBERG), 842.
- Tétanos humain** (lésions histologiques nerveuses du) (DRAGONES), 812.
- Thalamique** (syndrome hémialgique) progressif (J. LHERMITTE), 258.
- Thalamus** (organisation du) et du cortex cérébral (J. STOFFELS), 451, 624; (A. Earl WALKER), 666.
- Projection des voies sensitives (GEREBTZOFF), 453.
- Thérapeutique physiohyrexique en psychiatrie** (BESSEMANS), 812.
- Thymique** (opothérapie) (Henri-Pierre KLOTZ), 866.
- Thymus.** Rôle physiologique et physio-pathologique (G. WORMS et P. KLOTZ), 298.
- Thyréotoxicoses.** Valeur de l'angle d'impédance (F. BARTOLI), 298.
- Thyroïdectomie totale et insuffisance cardiaque** (J. CALVET), 865.

- dans les maladies de cœur non-thyrotoxiqnes (Joseph LEWIS), 865.
- Thyroïdothérapie** (A. TÉPHANY), 864.
- Tonométrie cérébrale directe** (Henri ABOLKER), 479.
- Toxicomanies**. Prophylaxie (L. STANOJEVIC), 632; (POLISCH), 633; (PANSE), 638.
- Traumatisme cérébral**. Examen histologique (F. MOREL), 820.
- cranien. Equivalents psychiques atypiques consécutifs (Gualtiero GLÜCK), 855.
- Traumatismes du rachis cervical**. Traitement chirurgical (D. PETIT-DUTAILLIS), 484.
- Traumatismes crâniens chez les enfants et les adolescents**. Troubles psychiques (Mme G. E. SOUCHARIEVA et D. L. EINHORN), 276.
- Mydriase consécutive (Alberto BROCHADO), 417.
- et épilepsie (S. VOLKOV et E. ROSSELS), 854.
- Tremblement parkinsonien, synchrone ou asynchrone?** (R. NYSSSEN, R. BUSSCHAERT et R. DELLAERT), 432.
- Trépidation épileptoïde** (FROMENT, HERMANN et JOURDAN), 124.
- Tuberculeuse avec purpura**. Hémiplegie corticale et rétinite brightique (Henri SCHAEFFER), 480.
- Tuberculinothérapie dans la démence précoce** (I. RUFF), 658.
- Tuberculose méningée à forme tumorale** (PETIT-DUTAILLIS, MICHAUX et SIGWALD), 257.
- encéphalique. Etat démentiel simulant une psychose présénile (L. MARCHAND, G. DEMAY et J. NAUDASCHER), 751.
- Tumeur d'allure bénigne de la région gassérienne** (EVRARD), 261.
- subtectoriale. Symptômes mentaux (Moses KESCHNER, M.-B. BENDER et J. STRAUSS), 465.
- Tumeur cérébrale sans signes de localisation**. Troubles mentaux (I. CONSTANTINESCO, D. BAGDOSAR et M. STOICESCO), 668.
- Modifications psychiques consécutives à l'ablation de l'hémisphère droit (Stuart N. ROWE), 850.
- Tumeurs cérébrales métastatiques** (H. ROGER et J.-E. PAILLAS), 122.
- Hémiplegie (J.-A. CHAVANY et Alexandre PLACA), 480.
- de la fosse postérieure. Signe du trapèze (H. ROGER, Marcel ARNAUD et J.-E. PAILLAS), 481.
- Accroissement des protéines du liquide céphalo-rachidien (James S. DEANE), 675.
- Thyphoïdique** (confusion mentale post-) (C.-A. PIERSON), 283.

U

- Urémie et température inverse** (J. LEYRITZ), 288.
- Urine d'une schizophrénique**. Action catatonisante (P. TOMESCO, G. BADENSKI et I. COSMULESCO), 674.
- des oligophrènes. Présence de l'acide phényl-pyruvique (E. GIOSAN), 674.

V

- Vagotonie et syndrome de démence précoce**. Disparition par l'atropine (A. DONNADIEU), 421.
- Végétatif (système)**. Procédés d'exploration (André-THOMAS), 295.
- central. Influence sur les fonctions psychiques (M. MONNIER), 295.
- Ventricule (troisième)**. Commissure anormale (A. R. VONDERAHE), 667.
- Vestibulaires (centres) corticaux et hallucinations lilliputiennes** (G. de MORSIER), 459.
- Visions d'un poète** (J. LHERMITTE), 438.
- Vitamine A du foie et chronaxie motrice** (A. CHEVALLIER et Leo ESPY), 301.
- Vitamine B (1a) en neuro-psychiatrie** (H. BERSOT), 600.

W

- Wilson (maladie de)** (H. SCHWYN), 291.

Z

- Zona du plexus cervical; paralysie faciale** (B. DUJARDIN), 623.

TABLE ALPHABETIQUE DES NOMS D'AUTEURS ⁽¹⁾

A

ABATUCCI, BOZO, COMBY, etc... Les ordonnances du médecin praticien, 844.

ABÉLY (P.). *Discussion*, 598.

ABÉLY (X.) et MAILLARD (J.). Deux cas de psychoses polynévritiques, 574.
— *Discussion*, 580.

ABULKER (Henri). Tonométrie cérébrale directe, 479.
— Les méningites d'origine otitique, 483.

ABRAMSON (Mlle). Technique rationnelle de l'enseignement à la première année scolaire, 618.

ABRANOVITCH (J.). V. *Dimitri*.

AFANASIEW (D.-V.). Troubles psychiques dans la brucellose, 853.

AJURIAGUERRA (J. DE). Les polynévrites expérimentales, 134.
— V. *Lhermitte*.
— et DAUMÉZON (G.). Douleurs centrales d'origine bulboprotubérantielle, 479.

ALAJOUANINE (Th.), THUREL (R.) et HORNET (Th.). Cysticerose méningée, 292.

— et BASCOURET (M.). Le syndrome de l'œdème aigu cérébro-méningé, 484.

ALEXANDRE (É.). V. *Dereux*.

ALFORD (L.-B.). L'affaiblissement intellectuel dans les lésions focales du centre de l'hémisphère cérébral gauche, 851.

ALLIEZ (Joseph). V. *Cornil*.
— Traitement de la démence précoce par le choc insulinaire, 684.
— V. *Roger*.
— V. *Barraux*.

ALMQVIST (R.). Syndrome s'accompagnant d'acinésie « frontale », 283.

ALTENBURGER (H.). La pathophysiologie des troubles moteurs psychogènes, 850.

ANDRADE SILVA jr. (Julio de). V. *Pinto Pupo*.

ANDREITCHIKOV (S. N.). Géomanie, 284.
—, BERCHIN (I.-J.), ZALKIND (E.-M.) et JAKOVLEV (A.-A.). L'encéphalographie en clinique psychiatrique, 851.

ANGLADE (R.). V. *Marchand*.

ANGYAL (L.-V.). Mécanisme de l'insulinothérapie et de la cardiathérapie dans la schizophrénie, 307.

ARANOVICH (J.). L'atrophie cérébelleuse marginale bibasale de Chr. Jakob, 857.

ARCALIDES (N.-M.). Traitement de la schizophrénie par l'épilepsie provoquée à l'Hôpital Dromokaition (Athènes), 306.

ARDOUIN (G.). V. *Sainton*.

ARIËNS KAPPERS (C. U.). Les connections afférentes et efférentes du centre hypothalamique autonome, 451.

ARNAUD (M.). V. *Roger*.

ASKENAZY (H.). V. *David*.

ASUAD (Julio). V. *Courbon*.

AUBRY. V. *Dumolard*.

AUCLAIR (J.). V. *Blechlmann*.

AUSTREGESILLO (A.). Démembrement de la psychasthénie, 660.

AXENTE (S.). V. *Marinesco*.

B

BABONNEIX (L.). Epilepsie « essentielle » et lésions crâniennes, 481.

BADENSKI (G.). V. *Tomesco*.

BAGDOSAR (D.). V. *Constantinesco* (L.).

BAILLIART. Utilité de l'exploration fonctionnelle de la rétine, 815.

(1) Les chiffres en caractère **gras** correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

- BALADO (M.) et FRANKE (E.). Altérations chiasmiques dans l'arachnoïdite, 857.
- BAONVILLE (H.), LEY (J.) et TITECA (A. et J.). Traitement de la schizophrénie par l'insuline, 621.
- BARACH (A.L.), V. *Mc. Farland*.
- BARBÉ (A.), V. *Sézary*.
- BARIÉTY (M.). Troubles du développement d'origine hypophysaire, 680.
- BARISON (F.). Maladie de Pick, 852.
- BARRAUX et ALLIEZ. Troubles psychiques et neurofibromatose de Recklinghausen, 776.
- BARRÉ (J.-A.), KABAKER et HAUTEVILLE (Mlle D'). Troubles pupillaires spéciaux et compression tumorale cervico-dorsale, 133.
- et KABAKER (J.). L'ascension du bras et sa valeur sémiologique, 617.
- , PERNOT, KABAKER et LEDOUX. Tumeur du corps calleux, 810.
- BARTOLI (F.). Test électrique de l'angle d'impédance, 298.
- BARUK (H.), RACINE (M.) et DELAVILLE. Action électro-cardiographique et neurovégétative de l'insulinothérapie dans la catatonie expérimentale, 124.
- , Psychiatrie médicale physiologique et expérimentale, 282.
- , Remarques sur la position du problème de l'hystérie, 470.
- , *Discussion*, 798.
- BASCOURRET (M.), V. *Alajouanine*.
- BATTAGLINI (G.), MEZGER (G.), SAPORITO (F.) et VERVAECK (L.). Personnalité du délinquant, 829.
- BAUDU (L.), V. *Dereux*.
- BÉGUÉ (M.). Atrophie optique et stovarsol, 861.
- BELFILS (Jean). De la périodicité dans les maladies mentales, 265.
- BELLOWS (B. T.), V. *White*.
- BENDER (M. B.), V. *Keschner*.
- BENON (R.). La mélancolie, 655.
- BERCHIN (I.-J.), V. *Andreitchikov*.
- BERINGER (Kurt). La thérapeutique pour le traitement des maladies mentales, 650.
- BERSOT (H.), V. *Schmid*.
- , V. *Desruelles*.
- , La vitamine B, en neuro-psychiatrie, 600.
- , V. *Brandt*.
- BESSEMANS. Indications psychiatriques de la thérapeutique physiocopyrexique, 812.
- BESSIÈRE, V. *Delmas-Marsalet*.
- BETHOUS, GAUTHIER (Mlle M.) et ROCHEDIN (M.). Myopathie atrophique avec troubles du métabolisme nutritif, 811.
- BIANCHI, V. *Streiff*.
- BINEAU, V. *Lhermitte*.
- BIOT (René). Le corps et l'âme, 267.
- BISTRICEANO (I.), V. *Paulian*.
- BIZE (P.-R.). Le problème de l'énurésie, 461.
- BLECHMANN (G.), PAYCHERE (A.), HALPHEN (X.) et AUCLAIR (J.). Encéphalite infantile à type de névrite épidémique, 863.
- BOGAERT (L. van). L'épilepsie amaurotique aiguë du singe, 258.
- , Les lipidoses en neuro-pathologie, 305.
- , V. *Muyte*.
- et MARTIN (P.). Encéphalite léthargique chronique et arachnoïdite occlusive de la fosse cérébrale postérieure, 431.
- et NUYTEMANS. Le complexe aréflexie tendineuse généralisée et tétanie, 432.
- , Idiotie avec amaurose chez un enfant d'Israélites polonais, 447.
- et BORREMANS (P.). Forme d'idiotie amaurotique évoluant jusqu'à la présénilité, 660.
- , Sclérose inflammatoire de la substance blanche des hémisphères, 811.
- BOLLACK (Jacques). Les pupilles à l'état statique, 129.
- , HAGUENAU et KAUFFMANN. Névrite syphilitique avec troubles du type syringomyélique et amyotrophie, 811.
- BONFIGLIO. L'ergothérapie pour la guérison des maladies mentales, 645.
- BONHOMME, *Discussion*, 57.
- BONNAFOUS-SÉRIEUX (Mme), V. *Ey*.
- BONNARD (Mlle), V. *Claude*.
- BORNSTAJN. Destinée du traitement par la psychanalyse, 665.
- BORREMANS (P.), V. *Bogaert*.
- BOSCH (G.) et ORLANDO (R.). Forme tardive de l'encéphalose centrolobaire symétrique, 465.
- BOUCKAERT (J.-J.). La régulation de la circulation cérébrale, 127.
- , V. *Heymans*.
- BOUDOURESQUES (J.), V. *Roger*.
- , Les polynévrites, 657.
- BOUJEAUT, V. *Cossa*.
- BOULENJE (P.), V. *Maillard*.
- BOULIN (R.), GARCIN (R.), NEPVEUX et ORTOLAN. Porphyrie primitive à forme paralytique, 859.
- BOURGUIGNON. Etude électrique d'une hypertrophie musculaire, 616.
- BOVET (Pierre), V. *Claparède*.
- BOZO, V. *Abatucci*.
- BRANDT (H.) et BERSOT (H.). Le posturomètre utilisé chez les commotionnés cérébraux, 820.
- BRATANOVA (Mlle G.), V. *Sivadon*.
- BRIGGS (Vernon L.), V. *Perkins*.
- BRISSOT (M.), *Discussion*, 87, 597, 788.
- , V. *Jamet*.
- BROCHADO (A.), *Discussion* 421.

- , Etudes sur les syndromes schizo-phréniques, 454.
 —, « Signe du capuchon » dans la démence précoce, 720.
 BRODER (Samuel B.). Thérapeutique de la catatonie, 685.
 BROUSSEAU (A.). Corrélations entre pathologie humaine et météorologie, 488.
 BROUWER (B.) et BIÉMOND (A.). Les affections parenchymateuses du cer-velet et leur signification, 448.
 BROWN (Meyer) et PASKIND (Harry A.). Etudes physico-chimiques dans l'épilepsie, 296.
 BRUN (R.). Névroses consécutives aux traumatismes du crâne, 816.
 BÜCHLER (P.). Pouvoir cérébrolitique du liquide céphalo-rachidien, 303.
 BÜDINGEN (F.). La méthode des chocs insuliniques appréciée par l'expérience clinique actuelle, 310.
 BUSCAINO (V.-M.). L'hystérie au point de vue biologique, 472.
 BUSSCHAERT (R.). V. *Nyssen*.
 —, Schizophrénie infantile, 813.
 BUSSCHER (J. de). Chondrome envahissant l'hémisphère cérébral gauche, 452.
 BUVAT (Jean-François). Traitement de la migraine et de l'épilepsie par les solutions hypertoniques, 458.
 —, V. *Villeg*.
 BYCHOWSKI (G.). Les diencéphaloses, 289.
- C
- CACHERA (R.). V. *Villaret*.
 CAHANE (Marès) et CAHANE (T.). Réflexes conditionnels dans certaines psychoses, 459.
 —, Traitement de l'anorexie mentale, 867.
 CAHANE (T.). V. *Cahane (M.)*.
 CALASANS (J.-J. de). Démence précoce, 839.
 CALVET (J.). Thyroïdectomie totale et insuffisance cardiaque, 865.
 CAMPBELL (A. C. P.). V. *Merritt*.
 CAPGRAS. *Discussion*, 88.
 CAPPS (Richard-B.). V. *Ferris*.
 CARAVEDO (Baltazar). Organisation de l'Assistance des aliénés, 272.
 CARDONA (F.). Histopathologie cérébrale de l'alcoolisme chronique, 670.
 CARLOTTI. V. *Cossa*.
 CARON. *Discussion*, 809.
 CARP (E. A. D. E.). Méthode psychologique individuelle, 445.
 CARRÈRE (Jean). V. *Delmond*.
 CARRETTE. *Discussion*, 66, 71, 249.
 CARRIER (Jean). V. *Fretet*.
 —, Fugues épileptiques conscientes et mnésiques, 203.
 CASABIANCA (P. de), MARSICO (A. de) et PISANI (D.). Criminalité des mineurs, 827.
 CASALIS. V. *Leulier*.
 CASTILLIANI. V. *Cossa*.
 CELLIER. *Discussion*, 429.
 CERQUIERA (E. de). Vulnérabilité insolite du facial dans l'aqueduc de Fallope, 487.
 CHANLARIAN (G.-M.). V. *Krasnouchkin*.
 CHARPENTIER (René). *Discussion*, 593, 598.
 CHATAGNON (Mlle C.). V. *Chatagnon (P.)*.
 CHATAGNON (P.). *Discussion*, 66.
 —, SOULAIRAC (A.) et CHATAGNON (Mlle C.). Maladie de Dupuytren chez une mélancolique, 238.
 CHAVANY (J.-A.). Névrite bulbo-ponto-cérébelleuse aiguë et curable de l'enfance, 291.
 — et PLACA (A.). L'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales, 480.
 CHEVALEV (E. A.) et PERELMONTER (E. A.). Corrélation entre les hallucinations et le délire, 279.
 —, De la pensée à haute voix dans les maladies mentales, 279.
 CHEVALLIER (André) et ESPY (Léo). Relation entre la teneur du foie en vitamine A et la chronaxie motrice, 301.
 CHEVILLET (Pierre). L'amnésie post-typhique, 284.
 CHILDE (A. E.) et PENFIELD (W.). Etudes anatomiques et pneumographiques de la corne temporale, 666.
 CHIROKOW (A. A.). V. *Mirelson*.
 —, Réaction galvano-cutanée dans les névroses et les états limitrophes, 296.
 CIA (Felipe M.). V. *Dimitri*.
 CLAISSE (R.). V. *Haguenau*.
 CLAPARÈDE (Ed.), BOVET (Pierre) et LARGIER DES BANCELIS (J.) et PIAGET (Jean). Archives de Psychologie, 265.
 CLAUDE (H.). *Discussion*, 71, 115.
 — et ses Collaborateurs. Résultats obtenus à la clinique psychiatrique de Paris par l'insulinothérapie et la cardiazolthérapie, 243.
 —, DUBLINEAU (J.), EY (H.) et BONNARD (Mlle). Les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales, 304.
 —, Rapports de l'hystérie et la schizophrénie, 469.
 — et CUEL (J.). Paralyse générale évoluant au début sous le masque d'une striatite syphilitique, 482.
 CLEGG (J.-L.). Les glandes endocrines dans les psychoses émotionnelles, 298.
 COHEN (Louis-H.). Persévérance de la parole et astasie-abasie après in-

- toxication par l'oxyde de carbone, 288.
- COLLET (L.). V. *Scherer*.
- COLOMB (D.). V. *Ey*.
- COMBY (J.). Les origines de l'épilepsie, 280.
- V. *Abatucci*.
- CONSTANTINESCO (D.). V. *Constantinesco (I.)*.
- CONSTANTINESCO (G.) et DOSIOS (A.). Formes cliniques similaires de paralysie générale chez deux frères, 462.
- CONSTANTINESCO (I.), CONSTANTINESCO (D.) et STOICESCO (M.). Paralysie générale juvénile, 462.
- , MITROFAN (E.) et STOICESCO (M.). Troubles mentaux survenus tardivement à la suite d'un traumatisme cérébral, 466.
- et CONSTANTINESCO (D.). L'hystérie dans les services de maladies mentales, 474.
- , BAGDOSAR (D.) et STOICESCO (M.). Troubles mentaux dus à une tumeur cérébrale, 668.
- , CONSTANTINESCO (S.) et CONSTANTINESCO (D.). Thrombo-phlébite des sinus cérébraux dans une confusion mentale, 669.
- et CONSTANTINESCO (D.). Cyclophrénie cataméniale, 678.
- CONSTANTINESCO (S.). V. *Tomesco*.
- V. *Constantinesco (I.)*.
- CORNIL (L.) et ALLIEZ (J.). Foie et troubles mentaux, 464.
- COSSA (P.), GAGLIO et CASTILLIANT. Polyadiculonévrite spontanément curable, 123.
- , BOUJEAUT et CARLOTTI. Hypertension artérielle rétinienne et coma hypoglycémique, 123.
- , GRINDA et GLEICHENHAM. Œdème cérébral tardif post-traumatique, 125.
- et SASSI (Pierre). Les formes psychiques pures et prévalentes de l'hypertyroïdie, 297.
- COURBON (Paul). *Discussion*, 57, 235, 248, 570, 600, 613.
- et ASUAD (J.). Guérison et réembauchage des psychopathies, 64.
- La phonopsychographie, 67.
- CUEL (J.). V. *Claude*.
- CUPCEA (S.). V. *Ionasiu*.
- D
- DARRÉ, MOLLARET (P.), ZAGDOUN (Mme) et EMICHEN (Mlle). Hypertrophie musculaire congénitale, 615.
- DAUMÉZON (G.). V. *Rousset*.
- *Discussion*, 233, 570.
- V. *Ajuriaquerria*.
- DAVID (M.) et ASKENAZY (H.). Les méningiomes olfactifs, 484.
- DEANE (J.-S.). L'accroissement des protéines du liquide céphalo-rachidien, 675.
- DEJEAN (Ch.). Les phantopsies de Truc, 439.
- DELAVILLE, V. *Baruk*.
- DELGADO (Honorio). Psychopathologie et délimitation clinique de la schizophrénie, 138.
- Psychologie et psychopathologie de la conscience du Moi, 665.
- DELLAERT (R.). V. *Nyssen*.
- DELMAS (J.). Anatomie du sympathique, 293.
- DELMAS-MARSALET (P.) et BESSIÈRE. Hémiachromatopsie avec hallucinose hémianopsique, 439.
- Le trouble aphasique, 460.
- Traitement de la maladie osseuse de Paget, 811.
- DELMOND (Jacques) et CARRÈRE (J.). Le syndrome psychologique dans les cas de perversité par encéphalite épidémique chronique, 401.
- et CARRÈRE (J.). Psychopathie et criminalité dans quatre générations de Tziganes d'Alsace, 761.
- DELTHIL (Mme). V. *Lhermitte*.
- DEMAY (G.) et NAUDASCHER (Jean). Action favorable d'une infection aiguë sur une démence précoce évoluant depuis cinq ans, 52.
- *Discussion*, 67.
- V. *Marchand*.
- DEMETRESCO (R.). V. *Papea*.
- DEMETRIU (N.). V. *Dosios*.
- DEREUX (J.), PAGET (M.) et ALEXANDRE (E.). La cholestérolémie des épileptiques, 256.
- et BAUDU (L.). Maladie de Thomsen. Maladie de Steinert. Action de la quinine, 256.
- DESPOSES. V. *Abatucci*.
- DESHAIES (G.). Le réveil des anesthésies, 549.
- DESMONTS (Max). Troubles fonctionnels et réflexes conditionnels, 656.
- DESOILLE (H.) et VALENTIN (Harold). Dangers du plomb tétra-éthyle comme antidétonant, 301.
- DESOILLE (R.). Exploration de l'affectivité subconsciente, 270.
- DESRUÉLLES (Maurice) et BERSOT (H.). L'assistance aux aliénés en Europe, 489.
- et BERSOT (H.). L'assistance aux aliénés chez les Arabes du VIII^e au XII^e siècle, 689.
- DIDE (Maurice). Dépersonnalisation. Dé-réalisation. Aproprioceptivité, 95.
- Diagnostic anatomo-clinique des désorientations temporo-spatiales, 122.
- Les conditions anatomo-cliniques de l'intuition et de la représentation

- tion de soi-même et du monde extérieur, 266.
- DIETHELM (O.). Aversion et négativisme, 663.
- DILLON (Thomas-P.), V. Perkins.
- DIMITRI (Vicente) et CIA (Felipe M.). Intoxication oxycarbonée avec manifestations striées, 662.
- et ABRANOVITCH (J.). L'atrophie corticale de l'adulte, 668.
- DIMOLESCO (A.). Mécanisme et traitement du mutisme hystérique, 475.
- DIVRY (P.). Les plaques séniles, 447.
- Paralyse de Lissauer, 622.
- DÖLLKEN. Les hommes doués de talents exceptionnels, 664.
- DONINI (F.). L'hyperostose frontale interne, 851.
- DONNADIEU (A.). Vagotonie et syndrome de démence précoce, 424.
- Epilepsie post-malariathérapie, 424.
- DOSIOS (A.). V. Constantinesco (G.).
- et DEMETRIU (N.). Fracture spontanée chez un paralytique général, 462.
- V. Popea.
- et DEMETRIU (N.). Méningo-encéphalite saturnine, 482.
- DOSSOT. V. Abatucci.
- DOUSSINET (P.) et JACOB (EL.). L'assistance préventive aux psychopathes périodiques, 681.
- Discussion, 788.
- DRABOVITCH (W.). Conscience et mécanisme du cerveau, 664.
- DRAGONES. Lésions histologiques nerveuse du tétanos humain, 812.
- DRESSLER (M.) et WAGNER (H.). Le syndrome d'Adie, 290.
- DUBLINEAU (J.). Formes frustes de la syphilis cérébrale, 4.
- Troubles de l'émotivité chez l'enfant, 276.
- V. Claude.
- DUJARDIN (B.). Zona du plexus cervical; paralysie faciale, 623.
- Paralysie générale fruste, 623.
- DUMOLARD, AUBRY, LARROU et PORTIER. Syphilis neuro-parenchymateuse et paludisme chez l'indigène algérien, 125.

E

- EINHORN (D.L.). V. Soucharieva.
- ELSBERG (Charles-A.). Dernières acquisitions de la physiologie olfactive, 670.
- ERB (A.). Un pronostic précoce dans la schizophrénie traitée par l'insuline, 683.
- ESCAT (E. et M.). Hallucinosité auditivo-visuelle chez une ancienne otopathique, 440.

- ESPY (Léo). V. Chevallier.
- ESTAPÉ (José Maria). Le syndrome ostéopathique du Greig-Morel, 679.
- ETCHEVERRY (A.-O.). Excitation des nerfs vagues et sécrétion d'insuline, 299.
- EVARD. Tumeur d'allure bénigne de la région gassérienne, 261.
- EY (Henri) et BONNAFOUS-SÉRIEUX (Mme). Etudes cliniques et considérations nosographiques sur la « démence précoce », 454, 360.
- et COLOMBS (D.). Suicide par ingestion d'objets divers. Dissimulation du syndrome subjectif d'un phlegmon péritonéal, 245.
- V. Claude.

F

- FALCO (G.), KINBERG (O.), KRYCHOWSKI (T.) et LOMBARD (L.). La prophylaxie criminelle dans les divers pays, 834.
- FARFOR (James). V. Rogé.
- FAURE-BEAULIEU et FELD. Polyradiculonévrite en évolution. Syndrome de Guillain et Barré, 257.
- et FELD. Parkinsonisme et traumatisme périphérique, 617.
- FAUVERT (R.). V. Villaret.
- FEELD. V. Faure-Beaulieu.
- FELDSTEIN. V. Abatucci.
- FELICI (M.). Atrophie bilatérale de la langue dans le tabès, 857.
- FERRIÈRE (G.). Discussion, 744.
- FERRIS (Eugène-B.), CAPPS (Richard-B.) et WEISS (Soma). Le sinus carotidien, le système nerveux automatique et les névroses, 478.
- FILLASSIER. Discussion, 67, 249.
- FINKELMAN (I.) et STEPHENS (W.-M.). Régulation thermique dans l'encéphalite chronique, 676.
- FISH (E.-F.). V. Perkins.
- FORTANIER (J.). Du sentiment de la mort, au cours des chocs à l'insuline et au cardiazol, 446.
- FORTUNESCO (C.). V. Paulian.
- FOUQUET. V. Lhermitte.
- FRANCESCHETTI. La pupillométrie. Méthode de Lowenstein, 133.
- V. Morsier.
- Rapports entre les rhosphènes mécaniques provoqués et certaines affections oculaires, 438.
- FRANKE (E.). V. Balado.
- FRANKFURT (P.). V. Sainton.
- FREISLER (R.). Mesures de sûreté en Allemagne, 821.
- FRETET (Jean) et CARRIER (Jean). Syndrome aphaso-agnoso-apraxique et troubles démentiels, 58.
- V. Marchand.
- Discussion, 573, 580, 584.

- L'étude des hémorleucocytoses sympathiques. Cautérisations de la muqueuse pituitaire, 673.
 — et MASSON (J.). Rapports de l'érotomanie et de l'hypocondrie, 802.
 FREY (E.). Auto-observation de commotion cérébrale avec complexe neuro-végétatif, 819.
 FRIBOURG-BLANC. La panique aux Armées, 285.
 —. *Discussion*, 429.
 FRITZ (A.). Plétnysmographie rétinienne et neurologie, 814.
 FROMENT (Jules), HERMANN et JOURDAN. Trépidations épileptiques organique et artificielle à déclenchement volontaire, 124.
 —. L'accident hystérique pithiatique et la physio-pathologie dite hystérique, 281.
 —. Le problème de l'hystérie et ses dilemmes, 470.
 FRUMUSAN (P.). V. *Vallery-Radot*.
 FUNEGELD (E.). Histopathologie de la schizophrénie, 856.

G

- GAGLIO. V. *Cossa*.
 GALAND (André), GIROD (Paul) et HUDELLO (André). Permis de conduire et examens psycho-physiologique, 300.
 GALLOT (H.-M.). V. *Laignel-Lavastine*.
 GAMMO (H.). V. *Ksahara*.
 GARCIN. Les mouvements oppositionnistes impulsifs, 258.
 —. V. *Boulin*.
 GARNIER (M.). V. *Lhermitte*.
 GAULTIER (Mme). V. *Simon*.
 —. V. *Heuyer*.
 GAUPP (R.). Les tendances du développement de la psychiatrie allemande, 324.
 GAUTHIER (Mlle M.). V. *Bethous*.
 GEHUCHTEN (Paul van). Le mécanisme de la mort dans certaines tumeurs cérébrales, 290.
 —. Trois cas d'encéphalite avec stase papillaire, 445.
 GELMA (E.). L'hystérie et le pithiatisme vus par un psychiatre, 474.
 GENEUIL. V. *Pierson*.
 GENNES (R. de). V. *Abatucci*.
 GERBETZOFF. Les voies sensitives dans le thalamus, 453.
 —. Sur quelques voies d'association de l'écorce cérébrale, 624.
 GIGON. V. *Sorrel*.
 GILLEPSIE (R.-D.). Amnésie, 460.
 GIOSSAN (E.). V. *Tomesco*.
 —. La présence de l'acide phényl-pyruvique dans l'urine des oligophrènes, 674.

- GIROD (Paul). V. *Galand*.
 GIUSEPPE. Le syndrome aphasique de Wernicke, 660.
 GIVANOVITCH (T.), MORTANI (G.) et SANTORO (A.). Rôle du juge dans la lutte contre la criminalité, 831.
 GLAZOW (V.-A.) et ZIMMER (G.-M.). La coagulation dans la démence précoce, 672.
 —. Colloïdes du sérum dans les maladies psychiques, 860.
 GLEICHENHAM. V. *Cossa*.
 GLÉNARD. V. *Abatucci*.
 GLOBUS (J.-H.). Roentgenogrammes obtenus après injection de lipiodol, 485.
 GLÜCK (G.). Equivalents psychiques atypiques consécutifs à un trauma crânien, 855.
 GOLLA (F.), GRAHAM (S.) et GREY-WALTER (W.). L'électro-encéphalogramme dans l'épilepsie, 296.
 GOURION. *Discussion*, 235, 248, 249.
 GRAHAM (S.). V. *Golla*.
 GRAY (John-M.). V. *Perkins*.
 GRAY WALTER (W.). V. *Golla*.
 GRECO (F. del). Caractérologie normale et pathologique, 665.
 GRIGORFSCO (D.). V. *Marinesco*.
 GRINDA. V. *Cossa*.
 GROVER. Cas de folie à deux, 467.
 GRÜNEBERG (R.). Cas « typique » d'énurésie nocturne, 280.
 GUEVARA OROPESA (Manuel). Pyknolepsie et épilepsie, 854.
 GUILLAUMAT (L.). V. *Thiébaud*.
 GUILLAUME (J.). V. *Martel*.
 GUIRAUD. *Discussion*, 212, 237, 238, 574, 592, 612, 775, 788, 800.
 — et SAUNET (L.). Pathogénie des symptômes du délire aigu, 574.
 GUTTMANN (E.) et MACLAY (W.-S.). Dessins de schizophrènes, 467.

H

- HAGUENAU (J.) et CLAISSE (R.). Les réactions focales de la pvrétothérapie dans les affections nerveuses, 685.
 —. V. *Bollack*.
 HALL (G.-W.) et MACKAY (R.-P.). Forme d'ataxie familiale ressemblant à la sclérose multiple, 485.
 HALPHEN (A.). V. *Blechmann*.
 HAMBURGER (J.). V. *Vallery-Radot*.
 HANDELSMAN (J.) et MESSING (Z.). Gliome diffus, 295.
 HARTENBERG (P.). Structure et classification des psychonévroses, 281.
 —. *Discussion*, 593.
 HARTMANN (Edward). Les pupilles dans les traumatismes crâniens et les tumeurs cérébrales, 131.
 HAUTEVILLE (Mlle d'). V. *Barré*.

- HAUWAERT (O. van). V. *Verstraeten*.
 HAVILAND MINCHIN (R.-L.). La calcémie dans l'épilepsie essentielle, 673.
 HAYE (C.) et LAUZIER. L'hygiène et la prophylaxie mentales, 46.
 HEERNU (J.). L'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien, 620.
 HERMAN (E.). Nouveau signe dans les hémiparésies, 480.
 —. V. *Froment*.
 HESNARD (A.). Les syndromes hystériques à formule psychiatrique, 282.
 —. *Discussion*, 429, 570, 573, 750.
 HESSE (E.). Poisons stupéfiants et excitants, 844.
 HEUYER. *Discussion*, 211, 233.
 — et GAULTIER (Mme). Erotomanie, 738.
 HEYMANS (C.) et BOUCKAERT (J.). Symptômes nerveux déclanchés par la compression du sinus carotidien, 447.
 — et BOUCKAERT (J.). Survie et reviviscence des centres nerveux après suspension de la circulation, 671.
 HIRSCH (R.). Hypochondrie et épilepsie, 280.
 HIRTZ (G.). V. *Hoffer*.
 HOFFER (H.) et HIRTZ (G.). Education médico-pédagogique des déficients sensoriels, 441.
 HOLLANDER (F. d'). Services ouverts, 430.
 HOPE (J.-M.). V. *Karnosh*.
 HORANYI-HECHST (B.) et SZATMÁRI (A.). La thérapeutique par les chocs insuliniques à la clinique neuropsychiatrique de Budapest, 310.
 HORDET (Th.). V. *Alajouanine*.
 HORSLEY (J.-S.). Narcose thérapeutique par le sonéryl, 863.
 HOUSSAY (B.-A.). Le diabète, trouble de la régulation endocrinienne, 680.
 HOVEN (H.). La thérapeutique convulsivante par le pentaméthylène-tétrazol 259.
 HOWSI et LECHNITZKY. Voies de transmission des sensations gustatives chez l'homme 614.
 HUDELO (André). V. *Galand*.
 HUNT (J. Ramsay). Névrалgie géniculée. Système sensoriel du nerf facial et ses états névrалgiques, 486.
 HYNEMAN (O.) et PENFIELD (W.). Agnésie du corps calleux, 667.
- I
- INADA (Ryokichi). Du mode d'infection dans l'encéphalite épidémique au Japon, 300, 488.
 INNES (R. G. Mc.). L'hérédité dans les névroses, 660.
 IONASIU. V. *Preda*.
 — et LUNGU (C.). La schizophrénie chez les jumeaux, 467.
 — et CUPCEA (S.). La mémoire dans les troubles mentaux, 663.
- J
- JACQUEMOTTE. V. *Moreau*.
 JACOB (El.). V. *Doussinet*.
 JAKOVLER (A.-A.). V. *Andreitchikov*.
 JAMES (G.-W.-B.). L'insulinothérapie de la schizophrénie dans une clinique anglaise, 126.
 JAMET (Mme J.) et BRISSET (M.). Le certificat d'études primaires dans les écoles d'anormaux, 275.
 JANET (P.). *Discussion*, 598.
 JANKOWSKA (Mme H.). Crises de stupeur négativiste au cours d'une tabo-paralysie, 283.
 JAYLE. V. *Abatucci*.
 JONG (H. de). La catatonie expérimentale, 451.
 —. Kyste dermoïde de la queue de cheval dans un cas de rachischisis, 451.
 JONG (Russel N. de). L'endocardite subaiguë bactérienne au niveau du système nerveux central, 662.
 JOURDAN. V. *Froment*.
 JOURNÉ. V. *Abatucci*.
 JOYEUX. V. *Abatucci*.
 JUSTER. V. *Abatucci*.
- K
- KABAKER. V. *Barré*.
 KAFKA (V.). Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis, 303.
 KARNOSCH (Louis J.) et HOPE (Justin M.). Les psychoses puerpérales et leurs séquelles, 852.
 KASAHARA (M.) et GAMMO (H.). La teneur du liquide céphalo-rachidien en vitamine C, 675.
 KATZENSTEIN-SUTRO (E.). Epilepsie traumatique, 820.
 KAUFFMANN. V. *Bollack*.
 KELLY (Otis F.). V. *Perkins*.
 KEDDEDY (Foster) et WOLF (Alexander). Traitement de la myotonie de la myasthénie par la quinine et la prostigmine, 866.
 KERR (M.). Dessins de maisons par des enfants, 461.
 KESCHNER (M.), BENDER (M.-B.) et STRAUSS (I.). Symptômes mentaux dans les cas de tumeur sub-tectoriale, 465.
 KINBERG (Ol.). V. *Falco*.
 KISSEL. Epidémie de paralysie faciale d'origine poliomyélitique, 124.

- KLEIST (K.). Pathologie cérébrale et neuro-psychiatrie, 846.
 KLOTZ (H.-Pierre). V. *Worms*.
 —. L'opothérapie thymique, 866.
 KOGAN (J.-M.). Troubles de la perception de l'espace dans l'alcoolisme, 283.
 KORNBLUM (K.). V. *Yaskin*.
 KORNMULLER (A.-E.). Notion de localisation ou de totalité dans le système nerveux central, 849.
 KOURETAS (D.) et STRINGARIS (M.-G.). La schizophrénie tardive, 482.
 KOVARSKY (Mlle Vera). La gaucherie, 545.
 —. Faut-il rééduquer les gauchers, 682.
 KRAFT (E. Eduardo). L'influence du rythme saisonnier sur la fréquence des maladies mentales, 488.
 KRASNOUCHKIN (E.-K.) et CHANLARIAN (G.-M.). Le traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire, 308.
 KREINDLER (A.). V. *Marinesco*.
 KRYCHOWSKI (T.). V. *Falco*.
 KUJATH (G.). Microcéphalie chez une fillette, 277.
- L
- LACHAUD, V. *Quercy*.
 LAGACHE. *Discussion*, 249.
 LAIGNEL-LAVASTINE. *Discussion*, 233, 421, 429, 600, 613.
 —. Psychophysiologie de certains cas de pithiatisme, 472.
 —. Introduction à la sympathologie clinique, 478.
 —. GALLOT (H.-M.) et PAUGAM (P.). Fracture spontanée du calcaneum chez un tabétique, 616.
 — et GALLOT (H.-M.). Traitement de l'épilepsie par l'association gardénal-strychnine, 783.
 LANGE (J.). Conception cérébro-pathologique de Kleist, 848.
 LANGFELDT (G.). Psychoses schizo-phréniques dans l'enfance, 274.
 —. Le pronostic dans la schizophrénie et les facteurs qui influencent le cours de la maladie, 468.
 LARGUIER des BANCELS (J.). V. *Claparède*.
 LARROUX, V. *Dumolard*.
 LARUELLE (L.). La structure de la moelle épinière en coupes longitudinales, 294.
 LATAPIE (A.) et LECLERC (J.). Troubles du langage parlé et du langage écrit chez trois déments paranoïdes, 740.
 LAUGIER (H.), TOULOUSE (E.) et WEINBERG (Mlle D.). Biotypologie et aptitudes scolaires, 139.
 LAURENS, V. *Abatucci*.
 LAUZIER, V. *Hane*.
 LEA PLAZA (H.) et RODRIGUEZ (S.). Les syndromes médullaires dans l'éthylisme chronique, 485.
 LE BRETON (E.). V. *Schaeffer*.
 LECHNITZKY, V. *Howsi*.
 LECLERC (J.). V. *Latapie*.
 LECLERCQ, V. *Leulier*.
 LEDOUX, V. *Barré*.
 LÉGER, V. *Schaeffer*.
 LEMANT (J.). V. *Vallery-Radot*.
 LEMOYNE, V. *Thiébaud*.
 LERICHE (R.). Etude expérimentale de la douleur, 287.
 LERMOYEZ, V. *Abatucci*.
 LEROY (A.). Démence choréique ou démence précoce, 259.
 —. Nouveau traitement d'affections allergiques, 448.
 LEULIER, LECLERCQ et CASALIS. Traitements de malades du type démence précoce par l'insuline et le cardiazol, 103.
 LEVEN (R.). V. *Abatucci*.
 —. V. *Welli*.
 LÉVY-VALENSI, TEYSSIER (Mme) et STORRA (R.). Syndrome hallucinatoire chez une paralytique générale, 208.
 LEWIS (J.). La thyroïdectomie dans les maladies du cœur non-thycotoxiques, 865.
 LEWIS (N. D. C.). Phénomènes psychiques associés à l'insuffisance cardiaque, 464.
 LEY (Aug.). L'alexie d'évolution familiale et héréditaire, 145.
 LEY (J.). V. *Baonville*.
 —. Nécrose de coagulation au sein d'un ramollissement cérébral ancien, 624.
 LEY (R.-A.). V. *Savitsch*.
 LEYRITZ (J.). Température inverse et urémie, 288.
 LHERMITTE (J.), AJURIAGUERRA et FOUQUET. La neurolymphomatose des gallinacés et ses relations avec la neurolymphomatose humaine, 258.
 —. Le syndrome hémialgique thalamique à évolution progressive, 258.
 — et SUSIC (Zvonimir). Pathologie de l'image de soi. Les hallucinations des amputés, 278.
 —. Les visions d'un poète, 438.
 — et BINEAU. Hallucinations et fonctions vestibulaires, 439.
 —, BOUR (L.) et AJURIAGUERRA. Paralyse brachiale consécutive à la pérothérapie antigangréneuse, 614.
 — et SERILLOTTE. Fantôme par compression du plexus brachial, 615.
 — et AJURIAGUERRA. Hallucination du toucher dans l'atrophie de l'hémisphère gauche, 616.

- et AJURIAGUERRA. Un cas d'asym-
bolie tactile, 618.
- , Troubles d'origine sympathique,
683.
- , DELTHIL (Mme) et GARNIER (M.).
Syndrome controlatéral du noyau
rouge avec hallucinations, 812.
- LIBER (A.-F.). La nature des fibres de
Rosenthal, 667.
- LIEBERT (E.). V. *Weil*.
- LIÈGE (R.). Hystérie, pithiatisme, my-
thomanie et maladies simulées dans
l'enfance, 461.
- LIEPMANN (W.). Le coma et les trou-
bles de la réflectivité au cours du
traitement de la schizophrénie par
les choes insuliniqnes, 684.
- LIGTÉRINK. V. *Simons*.
- LINDBERG (Bengt J.). Tests de forme et
de couleur chez l'enfant et l'adulte,
842.
- LINQVIST (Torsten). Les troubles intel-
lectuels dans l'aphasie et les états
similaires, 282.
- LIÓN (E.-G.). Mécanisme de la narco-
lepsie, 659.
- LLOMBART (L.). V. *Falco*.
- LEVENSTEIN. Les névroses infantiles
et la pupillographie, 619.
- LOUDET (Oswaldo). Profession de foi
d'un professeur d'Université, 284.
- LUNGER (C.). V. *Jonasiu*.
- LURIE (L.-A.). Troubles du comporte-
ment des enfants dont l'intelligence
est sub-normale, 462.
- LUTHER. V. *Abatucci*.
- LUTZ (I.). La schizophrénie chez l'en-
fant, 274.
- M**
- MACKAY (R.-P.). V. *Hall*.
- MACLAY (W.-S.). V. *Guttman*.
- MAGE (J.) et MOLDAVER. Myasthénie
myopathique, 127.
- , Ophthalmoplégie externe réci-
dante et alternante, 128.
- , Double syndrome de Benedikt, 128.
- MAGRATCHEVA (Mme P.-L.). V. *Van-
guenheim*.
- MAILLARD (G.) et BOULENGER (P.). Trai-
tement de l'épilepsie par l'associa-
tion gardénal-strychnine, 863.
- MAILLARD (J.). V. *Abély (X)*.
- MANLSON (Alex.). Mesures de sûreté
en Yougoslavie, 825.
- MALAMUD (W.). Les tendances actuelles
en psychothérapie, 682.
- , Démence paralytique de Lissauer.
Pathogénie, 852.
- MALONE (E.-F.). V. *Morgan*.
- MALZBERG (B.). Mortalité des malades
atteints de mélancolie d'involution,
467.
- MAMINZA (P.). Anesthésie au chlorure
d'éthyle de la région radiale, 676.
- MARCHAND (L.). *Discussion*, 64, 237,
245, 248, 429, 569, 573, 579, 750, 775,
788.
- , ANGLADE (R.), FRETET (J.), ROU-
GEAN (M.) et ROYER (P.). La maladie
de Pick, la maladie d'Alzheimer et
la démence sénile sans athérome cé-
rébral, modalités possibles d'un mé-
me processus dégénératif, 249.
- , DEMAY (G.) et NAUDASCHER (J.).
Etat démentiel simulant une psy-
chose présénile. Tuberculose encé-
phalique, 751.
- MARCUS (H.). Localisation de l'agra-
phie, 287.
- MARINESCO (G.). Troubles sensitifs et
réflexes conditionnés dans l'hysté-
rie, 472.
- et NICOLESCO (Marie). Un cas de
mythomanie hystérique, 497.
- , SAGER (O.) et KREINDLER (A.). L'en-
céphalogramme de la région précen-
trale chez l'homme, 671.
- , GRIGORESCO (D.) et AXENTE (S.).
L'aphasie croisée, 669.
- MARSHALL (C.-R.). Recherches sur
l'étiologie des visions mescalini-
ques, 677.
- MARSHALL (Wallace). Psychopathologie
et traitement du syndrome parkin-
sonien post-encéphalitique, 862.
- MARSICO (A. de). V. *Casabianca*.
- MARTEL (Th. de) et GUILLAUME (J.).
L'encéphalographie gazeuse par voie
lombaire, 302.
- et GUILLAUME (J.). Les méningites
séreuses circonscrites, 483.
- MARTIN (P.). V. *Bogaert*.
- MARTINET. V. *Abatucci*.
- MARTINY (Marcel). Le facteur potas-
sium dans l'insuffisance surrénale,
299.
- MASSABUAU. Traitement des goitres
avec hyperthyroïdie, 865.
- MASSON (J.). V. *Rousset*.
- , V. *Fretet*.
- MATTEI (Ch.) et RECORDIER (M.). Rôle
de l'insuffisance hépatique dans les
délires toxico-infectieux, 866.
- MAUGÉ (Francis). L'esprit et le réel,
841.
- MAURIC (G.). V. *Vallery-Radot*.
- MAZZY (A.). La pression moyenne san-
guine des malades mentaux, 860.
- Mc. FARLAND (R.-A.) et BARACH (A.-L.).
Effets des variations de la tension
d'oxygène dans les psychonévroses,
301.
- MEIER-MÜLLER (H.). Répercussions so-
ciales de l'expertise des blessés du
crâne et du cerveau, 819.
- MELLOR. Les aliénés et l'Assistance
judiciaire, 125.

- MÉRIGOT de TREIGNY, V. *Schaeffer*.
- MERRITT (H. Houston), PUTNAM (Tracy J.) et CAMPBELL (A. C. P.). Pathogénie de l'atrophie corticale observée dans la démence paralytique, 294.
- MESSING (Z.). V. *Handelsman*.
- MEUNIER (Léon), V. *Abatucci*.
- MEZGER (G.). V. *Battaglini*.
- MICHAUX, V. *Petit-Dutaillis*.
- MIGNON (P.). V. *Abatucci*.
- MIGNOT (R.). V. *Abatucci*.
- MINKOWSKA (Mme F.). L'hérédité de l'épilepsie et de la schizophrénie en considérant la constitution épiléptoïde et la structure de l'épilepsie, 135.
- MINKOWSKI, *Discussion*, 86.
- MIRELSON (L.-A.), TALAL (A.-J.) et CHIBOKOW (A. A.). Affaiblissement transitive des fonctions intellectuelles dans les névroses, 282.
- MISKOLCZY (D.). Localisation des altérations cérébrales dans la schizophrénie, 856.
- MITROFAN (E.). V. *Constantinesco* (I.).
- MOLDAVER, V. *Mage*.
- MOLIN de TEYSSIEU, *Discussion*, 67.
- MOLLABET, Electrophysiologie de la régulation posturale, 134.
- V. *Darré*.
- et SIGWALD. Hypertrophie musculaire chez un adulte, 616.
- MONBRUN (Albert). Les pupilles à l'état dynamique, 129.
- MONCHY (de). Deux cas de névrose obsessionnelle, 446.
- MONDOR, V. *Abatucci*.
- MONIZ (Égas) et PACHECO (Luiz). Syndrome de l'hémicône médullaire par hématomyélie, 293.
- La leucotomie préfrontale dans le traitement des troubles mentaux, 867.
- MONNIER (Marcel). Réactions pupillaires consécutives à l'excitation faradique du tronc cérébral chez le singe, 132.
- Influence du système végétatif sur les fonctions psychiques, 295.
- MONOHAN (J. W.). V. *Perkins*.
- MOORE (Matthew T.). V. *Winkelman*.
- MONTASSUT (M.). La dépression constitutionnelle, 838.
- MOREAU et JACQUEMOTTE. Nystagmus apparu après exentération d'un œil, 260.
- Angiomatose de la main avec troubles de développement des os sous-jacents, 623.
- MOREL (Ferdinand). Habitus acromégalyque et perversion sexuelle, 299.
- Trauma cérébral. Histologie, 820.
- MORGAN (L.-O.), VONDERAHE (A.-R.) et MALONE (E.-F.). Modifications pathologiques de l'hypothalamus dans le diabète sucré, 856.
- MORGENTHAUER (W.). La prophylaxie du mariage et l'hygiène mentale, 626.
- MORIANI (G.). V. *Givanovitch*.
- MORSIER (G. de) et FRANCESCHETTI. La neuro-uvéoparotidite, maladie de Heerfordt, avec troubles cérébraux, 133.
- Les hallucinations. Etude otoneuro-ophthalmologique, 433.
- Centres vestibulaires corticaux et hallucinations lilliputiennes, 459.
- Hypotension artérielle rétinienne dans les tumeurs intracrâniennes, 816.
- Névrozes consécutives aux traumatismes crâniocérébraux, 818.
- MORTER (H.-A.), SIMONSEN (Marie) et WILLIAMS (Claude). Le taux d'oestrogène sanguine dans la schizophrénie, 299.
- MOSINGER (M.). V. *Roussy*.
- MOSSA (G.). Le syndrome psychique préfrontal, 850.
- MUNCH-PETERSEN (Carl Julius). Les schizobasies, 288.
- MUNCIE (W.). La psychopathologie de la métaphore, 663.
- MUYLE. Phénomène de Marcus Gunn chez un oligophrène, 261.
- et BOGAERT (Ludo van). Dystrophie intermédiaire entre le syndrome d'Apert et celui de Hurber, 289.
- Quelques cas d'hyperostose frontale interne, 452.
- La réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien, 622.

N

- NAGY (Michael) et STRAUB (Johann). Teneur en brome de liquide céphalo-rachidien dans les maladies nerveuses et mentales, 860.
- NAUDASCHER (Jean), V. *Demay*.
- V. *Marchand*.
- NAVILLE (F.). Névrozes consécutives aux traumatismes crâniens, 818.
- NEPVEUX, V. *Boulin*.
- NEWMAN (H.). V. *Schaller*.
- NICOLESKO (Marie), V. *Marinesco*.
- NISSL von MAYENDORFF. Anatomie et pathologie du corps calleux, 124.
- NOBÉCOURT, V. *Abatucci*.
- NOVELLI (Giovanni). Mesures de sûreté en Italie, 824.
- NUYTEMANS, V. *Bogaert* (Ludo van).
- NYIRÖ (I.). Effets de la thérapeutique convulsivante dans la schizophrénie, 307.

- NYSSSEN (R.), BUSSCHAERT (R.) et DELLAERT (R.). Le tremblement parkinsonien est-il synchrone ou asynchrone ? 432.
— et BUSSCHAERT (R.). La signification des changements du niveau pléthysmographique, 448.

O

- OEMICHEN (Mlle). V. *Darré*.
OLJENICK (I.). Les anomalies congénitales du système nerveux central et des méninges, 451.
OLMER (Jean). L'hépatothérapie dans les syndromes neuro-anémiques, 866.
ORLANDO (R.). V. *Bosch*.
ORTOLAN. V. *Boulin*.
ORZEGHOWSKI (K.). Le système nerveux autonome dans la pathogénie de l'épilepsie, 855.
OUMANSKY (Victor). V. *Weil*.

P

- PACHECO (Luiz). V. *Moniz*.
PAGET (M.). V. *Dereux*.
PAGNEZ (Ph.). L'électroencéphalographie appliquée à l'épilepsie, 296.
—. Traitement de la schizophrénie par les crises d'épilepsie provoquées par le cardiazol, 306.
—, Plichet (A.) et VARAY (A.). Crises épileptiques par bromure de camphre, 481.
—. Les barbituriques dans l'épilepsie, 864.
PAILLAS (J.-E.). V. *Roger*.
PAISSEAU. V. *Thomas*.
PALAZZOLI. Pathogénie des impuissances sexuelles, 463.
PANSE. La prophylaxie de l'abus des stupéfiants, 638.
PARCHEMINEY (G.). La notion d'angoisse, 280.
—. Cas de frigidity, 286.
PARFITT (D.N.). La solitude et le syndrome paranoïde, 469.
PASCHOND (M.). Refroidissement local en neurochirurgie, 820.
PASKIND (Harry A.). V. *Brown*.
PASTIER (J.). V. *Rubenovitch*.
PATEL (A.). V. *Vié*.
PATEY (G.-A.). L'hôpital psychiatrique de Matsuzawa, 681.
PATRASSI (G.). A propos des neurodysérinies diencéphalo-thyroïdiennes, 678.
PAUGAM (P.). V. *Laignel-Lavastine*.
PAULIAN (Dem.). BISTRICEANO (I.) et FORTUNESCO (C.). Gliome périphérique

que d'origine neuro-vasculaire avec crises de sympathalgie guéries par intervention chirurgicale, 293.
—. Les connaissances actuelles sur l'hystérie, 470.

- PAUTHIER. V. *Abatucci*.
PAYCHERE (A.). V. *Blechmann*.
PENFIELD (W.). V. *Hyndman*.
—, V. *Childe*.
PERELMOUTER (E.A.). Analyse de certains états hallucinatoires, 279.
—, V. *Chevaley*.
PÉRIER (Ed.-A.). La ponction sous-occipitale n'est pas dangereuse, 302.
PERO (C.). Le métabolisme hydro-salin dans un cas d'hystérie, 674.
PERKINS (J.F.), FISH (E.F.), KELLY (O.F.), MONOHAM (J.W.), BRIGGS (Vernon L.), DILLON (Thomas-P.) et GRAY (John M.). Les relations de la psychopathie avec l'Etat, 490.
PERNOT. V. *Barré*.
PÉRON (Noël). *Discussion*, 775.
PESME (P.). Hallucinosse visuelle sénile, 440.
PETERS (Gerd). Y a-t-il une anatomie pathologique de la schizophrénie ? 855.
PETIT-DUTAILLIS (D.), MICHAUX et SIGWALD. Tuberculose méningée à forme tumorale, 257.
—, SIGWALD (J.) et SEYRIG (Mlle). Syndrome de Cushing avec compression du chiasma par tumeur non basophile de l'hypophyse. Épilepsie déclenchée par l'essai d'exercice, 257.
—. Les traumatismes méconnus du rachis cervical et leur traitement chirurgical, 484.
PETROSELLI (F.). Maladie de Parkinson post-traumatique, 662.
PEUTA (Pasquale) et VETA (A.). L'armine et la bulbo-capnine chez les chats, 677.
—. Psychoses et maladies de la nutrition, 853.
PFERSDORFF. Travaux de la Clinique psychiatrique de Strasbourg, 654.
PIAGET (Jean). V. *Claparède*.
PICARD. *Discussion*, 235, 237, 245, 248.
PIERSON (C.-A.). Confusion mentale post-typhoïdienne tardive, 283.
— et GENEUIL. Cérébro-sclérose vasculaire à forme clinique de paralysie générale, 292.
—, V. *Pouponneau*.
PIGNOT. V. *Abatucci*.
PINES (L.). L'innervation cérébro-spinale des glandes endocrines, 680.
PINTO PUPO (Paulo) et ANDRADE SILVA jr. (Julio de). La barrière hémato-méningée dans la neuro-syphilis, 304.
PINTUS (G.). Myoclonos-épilepsie de Unverricht, 853.
PISANI (D.). V. *Casabianca*.

- PLACA (A.). V. *Thiébaud*.
— V. *Chavany*.
PLICHET (A.). V. *Pagniez*.
POHLISCH. La prophylaxie de l'abus des stupéfiants, 633.
POIX. V. *Abatucci*.
PONZONI (L.). Réactions cytologiques dans le liquide céphalo-rachidien, 675.
POPEA (A.), DEMETRESKO (R.) et DOSIOS (A.). Etiologie de certains symptômes psychiques, 463.
POPESCU (I.). La genèse sociale de l'hérédité psychologique, 488.
— Les facteurs sociaux dans le mécanisme de l'hystérie, 475.
PORCHER (Y.). Laboratoires et hôpitaux pour maladies mentales du London County Council, 681.
PORTIER. V. *Dumolard*.
POUPONNEAU et PIERSON (C.-A.). Syndrome de sclérose latérale amyotrophique subaigu au 48^e jour d'une typhoïde, 292.
POURSINES (Yves). V. *Roger*.
PREDÄ, IONASIU et STAENESCU. Hallucinoïse chronique avec multiples personnalités, 466.
— et STÄENESCU. Hystérie et hypnose, 475.
— Causes qui rendent plus rare l'hystérie et l'emploi de l'hypnose, 476.
— Parallélisme de l'évolution dans l'hystérie et l'hypnose, 476.
— L'hystérie, névrose spontanée et l'hypnose, névrose provoquée, 477.
— La bonne foi dans les névroses, 477.
PRESCOTT (Daniel-Alfred). Emotion et méthodes éducatives, 843.
PROBY (H.). Recherches sur l'audition colorée, 439.
PUTNAM (Tracy J.). V. *Merritt*.

Q

- QUERCY et LACHAUD (R. de). Sur la structure du chiasma optique humain, 438.
— et LACHAUD. Structure de l'hypophyse chez l'homme adulte, 614.
— et LACHAUD. Recherches histologiques sur les voies optiques, 666.
QUÉRON (P.). V. *Sivadon*.

R

- RACHMAN (D.-J.). Etude de certaines formes de délire, 279.
RACINE (M.). V. *Baruk*.
RADOVICI (A.). L'hystérie et le diencéphale, 473.

- RAMOND (Louis). Paralyse récurrentielle, 293.
— Epilepsie bravaï-jacksonienne, 481.
RASKIN (Naomi). V. *Schube*.
RAVINA. V. *Abatucci*.
RAYMOND (M.). Méningite bénigne des porchers, 483.
RAYNEAU. *Discussion*, 57.
RECORDIER (M.). V. *Mattei*.
REISS (M.). L'énurésie chez l'enfant, 286.
RIBEIRO (Leonidio). Archives de médecine légale et d'identification, 273.
RIBEIRO (R.). Les schizophrénies statistiques et hygiène mentale, 468.
RIESE (W.). Causalité dans la névrose traumatique, 818.
RINTELEN (F.). Importance de la tension artérielle rétinienne dans les traumas crâniens, 820.
RISER (M.). Le liquide céphalo-rachidien et la physio-pathologie ventriculo-méningée, 302.
RIVET. V. *Abatucci*.
ROCH (M.). Syndromes basedowiens d'origine encéphalitique 679.
ROCHEDIX. V. *Bethoux*.
RODRIGUEZ (S.). V. *Lea Plaza*.
ROGE (Raymond) et FARFOR (James). La dyssynergie cérébelleuse progressive avec myoclonie-épilepsie, 256.
— et VECIER (René). Fugue d'origine confusionnelle chez un spécifique paludéen, 746.
ROGER (H.) et PAILLAS (J.-E.). Tumeurs cérébrales métastatiques, 122.
—, PAILLAS (J.-E.) et BOUDOURESQUE (J.). Dysbasie lordotique chez un débile mental et myopathie chez son frère, 122.
— et POURSINES (Yves). Les méningo-neurobrucelloses, 456.
—, ARNAUD (M.) et PAILLAS (J.-E.). Le signe du trapèze dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, 481.
—, PAILLAS (J.) et VAGUE (J.). Syndrome de Landry et syphilis, 486.
—, CRÉMIEUX (A.), PAILLAS (J.) et VAGUE (Y.). Chorée fibrillaire de Morvan avec prédominance de troubles psychiques, 662.
— et ALLIEZ (J.). Epilepsie et paralysie générale. Les épilepsies paralytiques post-thérapeutiques, 767.
ROHAN-BAROUDES (R. de). Relations entre l'empoisonnement par le sélénium et la pellagre, 287.
RONCATI (Cesare). Modifications de la pression du liquide céphalo-rachidien chez les épileptiques à la suite d'insufflation d'air, 861.
RONDEPIERRE. *Discussion*, 115, 237, 429.
ROSENBLUETH (A.). Transmission des impulsions nerveuses motrices au muscle strié, 858.

- Ross (Alexander-T.). Le syndrome pré-moteur, 479.
- ROSSELS (E.), V. *Volkov*.
- ROTHSCHILD (D.). Les modifications pathologiques dans les psychoses séniles et leur signification psychologique, 294.
- ROUDINESCO (Mlle A.), V. *Sezary*.
- ROUGEAN (M.), V. *Marchand*.
- ROUSSET (Mlle S.), DAUMÉZON (G.) et MASSON (J.). Grève de la faim poursuivie depuis 8 ans par un revendeur, 76.
- , Epilepsie et manifestations intracranéennes de la maladie de Hodgkin, 481.
- ROUSSY (G.) et MOSINGER (M.). Neurocrinie, neurierinie et transmission humorale des excitations nerveuses, 297.
- ROUVROY. Influence de l'extrait hépatique désinsuliné sur certains états épileptiques, 260.
- Roxo (Henrique). Manuel de Psychiatrie, 264.
- ROWE (Stuart N.). Modifications psychiques dans l'ablation de l'hémisphère cérébral droit, 850.
- ROYER (P.), V. *Marchand*.
- RUBENOVITCH (P.). *Discussion*, 238, 245.
- et PASTIER (J.). L'épreuve de Lombard en psychiatrie. Contribution à l'étude des réflexes conditionnels, 116.
- RUDIN (E.). La prophylaxie du mariage, 628.
- RUFF, V. *Toge*.
- , La tuberculinothérapie dans la démence précoce, 658.
- S
- SAGER (O.), V. *Marinesco*.
- SANTON (P.), ARDOIN (G.) et FRANKFURT (P.). Goitre lingual et hypothyroïdie, 298.
- SALMON (A.). Les noyaux hypothalamiques dans la vie psycho-affective, 459.
- , Le problème de l'hystérie, 471.
- SANDERS (J.), V. *Schenk*.
- SANI (C.). Tachycardie sinusale, équivalent épileptique, 854.
- SANTORO (A.), V. *Givanovitch*.
- SAPORITO (F.), V. *Battaglini*.
- SASSI (Pierre), V. *Cossa*.
- SAUNET (L.), V. *Guiraud*.
- , Délire chez une débile mentale, 580.
- SAVITSCH (E. de) et LEY (R.-A.). Myoelonies palato-pharyngo-laryngées au cours d'un neurinome de la région latérobulbaire, 293.
- SAVY (Paul). Traitement du goitre exophtalmique, 864.
- SCHAEFFER (G.) et LE BRETON (E.). L'alcool n'est pas utilisé pour le travail musculaire, 301.
- SCHAEFFER (Henri), MERIGOT de TREIGNY et LÉGER. Modifications statiques et dynamiques des pupilles et état de l'iris dans la syphilis nerveuse, 133.
- , Le pronostic de la schizophrénie, 273.
- et LÉGER. Modification des réflexes pupillaires dans la syphilis nerveuse, 289.
- , Hémiplegie corticale et rétinite brightique chez une tuberculeuse avec purpura, 480.
- SCHALLER (W. F.), TAMAKI (R.) et NEWMAN (H.). Hémorragies pétéchiales associées au trauma cérébral, 669.
- SCHENK (V.), SANDERS (J.) et VAN VEEN (P.). Atrophie lobaire de Pick, 452.
- SCHERER (H.-J.) et COLLET (L.). Neuropathologie du chien. La maladie de Carré, 128.
- , Croissance des gliomes et leur importance pratique, 453.
- SCHERRER (P.). Troubles psychosensoriels et syndrome parkinsonien tardifs chez une kleptomane vingt fois condamnée, 88.
- SCHMID (H.) et BERSOT (H.). L'insulinothérapie des psychoses schizophréniques, 308.
- SCHMUTTERMAYER (F.). Paralysies générales traitées à la clinique neuropsychiatrique d'Innsbruck, 685.
- SCHOLZ (W.). Hypothèses pathomorphologiques sur les localisations cérébrales, 848.
- SCHOU (H.-I.). La physiologie des émotions, 268.
- SCHUBE (Purcell-G.) et RASKIN (Naomi). Hémorragies cérébrales consécutives à la ponction lombaire, 291.
- , V. *Trapp*.
- SCHWARTZ (L.). Névroses consécutives aux traumas crâniens d'après les théories de Janet, 819.
- SCHWYN (H.). Maladie de Wilson chez le frère et la sœur, 291.
- SEBILLOTTE, V. *Lhermitte*.
- SEREISKY (M.-J.). Manifestations endo et exogènes dans les états hypoglycémiques, 309.
- SERGI (Sergio). Ethnologie et criminologie, 835.
- SEYRIG (Mlle), V. *Petit-Dutaillis*.
- SÉZARY (A.). La syphilis du système nerveux, 457.
- et ROUDINESCO (Mlle A.). Particularités de la paralysie générale et du tabès hérédo-syphilitiques, 661.
- , V. *Abatucci*.

- et BARBÉ (A.). Traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique, 861.
- SÈZE (S. de). A propos de quelques affections du système nerveux, 487.
- SIGWALD (J.). V. *Petit-Dutaillis*.
- V. *Jollaret*.
- SILBERPFENNIG (I.) et URBAN (H.). Hémi-hyperpathie au goût, 479.
- SILVEIRA (A.). Champs architectoniques du lobe frontal, 661.
- SIMON (Th.). *Discussion*, 66, 67.
- Définition de la débilité mentale, 274.
- GAULTIER (Mme) et STORA (R.). Idiotie acquise, 275.
- SIMONS et LIGTERING. Recherches sérologiques dans les psychoses, 446.
- SIMONSEN (Marie). V. *Mortier*.
- SIVADON (P.). L'assistance aux épileptiques, 681.
- et BRATANOVA (Mlle G.). Placement familial des paralytiques généraux, 588.
- et QUÉRON (P.). Automutilation punitive : amputation de la langue par morsure, 594.
- SMITH (Alan-P.). Lepto-méningite hypertrophique luétique, 484.
- SOGLIANI (G.). Modifications de la formule leucocytaire dans la pyrétothérapie, 859.
- SOLANO (Susana). L'état dangereux, 845.
- SORREL (E.), SORREL-DÉJERINE (Mme) et GIGON. Fractures du crâne chez les enfants, 277.
- V. *Thomas*.
- SORREL-DÉJERINE (Mme). V. *Sorrel*.
- V. *Thomas*.
- SOUCHARIEVA (Mme G.-E.) et EINHORN (D.-L.). Troubles psychiques et traumatismes crâniens chez les enfants et les adolescents, 276.
- Les directives de la structure des tableaux cliniques des psychoses, 277.
- SOULAIRAC (A.). V. *Chatagnon*.
- SPATZ (H.). Importance de l'écorce basale, 847.
- STAENESCU. V. *Preda*.
- STANOJEVIC (L.). Prophylaxie des toxicomanes, 632.
- STECK (H.). Historique de la clinique psychiatrique de l'Université de Lausanne, 137.
- L'évolution du pronostic et de la thérapeutique de la schizophrénie, 305.
- STEIN (Calvert). Thérapeutique endocrinienne dans l'épilepsie, 864.
- STEPHENS (W.-M.). V. *Finkelman*.
- STOENESCU. V. *Preda*.
- STOFFELS (J.). L'organisation du thalamus et du cortex cérébral, 451.
- Le thalamus et le cortex cérébral chez différents mammifères, 624.
- STOICESCO (M.). V. *Constantinesco (L.)*.
- STOKVIS. Les modes réactionnels individuels à l'examen psycho-physiologique, 447.
- STORA (R.). V. *Lévy-Valensi*.
- V. *Simon*.
- et TCHERNIAKOVSKY (P.). La créatinurie chez les déments précoces, 726.
- STRAUB (Johann). V. *Nagy*.
- STRAUSS (L.). V. *Keschner*.
- STREIFF (E.-B.) et BIANCHI. Influence de l'excitation vestibulaire sur la tension artérielle rétinienne, 815.
- STRINGARIS (M.-G.). V. *Kouretas*.
- STROESCO (Georges). Les syndromes héréditaires dans quelques maladies nerveuses héréditaires, 288.
- STROMINGER (L.). Psycho-physiologie sexuelle, 217.
- SUSIC (Zvonimir). V. *Lhermitte*.
- SZATMARI (A.). V. *Horányi-Hecnst*.
- SZEHY (Anton). Le liquide-céphalo-rachidien dans les processus hyperplasiques intracrâniens, 303.

T

- TALAL. V. *Mirelson*.
- TAMAKI (R.). V. *Schaller*.
- TCHERNIAKOVSKY (P.). V. *Stora*.
- TELATIN (Luigi). Pyrétothérapie et glycémie, 860.
- TÉPHANY (A.). Thyroïdothérapie, 864.
- TERRIEN (F.). V. *Abatucci*.
- TERSON. V. *Abatucci*.
- TEULÉ (Guilhem). Glossolalie par suppression littérale, 34.
- TEYSSIER (Mme). V. *Lévy-Valensi*.
- THEODORESCO (Dem.). V. *Tzovaru*.
- THIÉBAUD, LEMOYNE et GUILLAUMAT. Mydriase consécutive à l'alcoolisation du ganglion de Gasser dans le traitement de la névralgie faciale, 133.
- GUILLAUMAT (L.) et PLACA (A.). Forme cérébrale de l'hypertension artérielle maligne, 300.
- THIELE (R.). Pathologie cérébrale, 849.
- THOMAS (André). Pathogénie des lésions osseuses dans les maladies nerveuses, 258.
- PAISSEAU, SORREL et SORREL-DÉJERINE (Mme). Amyotrophie vraisemblablement myopathique chez deux jumelles univitelles, 292.
- Les procédés d'explorations du système nerveux végétatif, 295.
- Paralyse unilatérale. Méningiome de la fosse cérébrale, 486.
- V. *Abatucci*.
- THOMAS (Werner). Mesures de la Police criminelle pour combattre l'abus des stupéfiants, 642.

- TOMESCO (P.) et CONSTANTINESCO (S.). Les spirochètes dans la paralysie générale, 668.
- THUREL (R.). V. *Alajouanine*.
- TITECA (A. et J.). V. *Baonville*.
- TITECA (J.). Démence précoce post-encéphalitique, 446.
- TOMASINO (H.). Elimination de l'acide ascorbique dans les maladies mentales, 859.
- TOMESCO (P.) et CONSTANTINESCO (S.). Quelques psychoses aiguës, 463.
- , COSMULESCO (I.) et GIOSSAN (E.). La protéidoglycémie dans la schizophrénie, 673.
- , BADENSKI (G.) et COSMULESCO (I.). L'action catatonisante d'une schizophrénie catatonique et colibacillurique, 674.
- et VASILESCO (Al.). Le syndrome catatonique dû à l'insuffisance ovarienne, 678.
- et CONSTANTINESCO (S.). Traitement de l'ictus paralytique, 862.
- TOULOUSE (E.). V. *Laugier*.
- TOURNAY (Aug.). Les pupilles : recherches d'explications physio-pathologiques, 131.
- , Traitement des enfants paralysés, 683.
- TOYE et RUFF. Essais de traitement d'états de démence précoce par la tuberculine, 194.
- TRAMER (M.). Auto-observation sur un accident d'auto avec commotion, 819.
- TRAPP (Carl-E.) et SCHUBE (P.-G.). La réaction de l'alcool dans certains types de psychoses, 676.
- TULLIO (B. di). La Société internationale de criminologie, 833.
- TUSQUES. *Discussion*, 72, 750, 801.
- TZOVARU (S.) et THEODORESCO (Dem.). Modifications du liquide céphalo-rachidien après les opérations, 303.
- U
- URBAN (H.). V. *Silberpfennig*.
- , Physiologie de la région occipitale, 858.
- URECHIA (C.-I.). Les psychoses grippales, 22.
- V
- VAGUE (J.). V. *Roger*.
- VALENTIN (Harold). V. *Desoille*.
- VALLÉRY-RADOT (P.), MAURIC (G.) et LEMANT (J.). Le système neuro-végétatif au cours de l'hyperthermie, 675.
- , FRUMUSAN (P.) et HAMBURGER (J.). Mécanisme de l'albuminurie orthostatique 859.
- VANDERELST. V. *Abatucci*.
- VENCUNHEIM (K.-A.) et MAGRATCHEVA (Mme P.-L.). Traitement de la schizophrénie par l'hypoglycémie insulinaire et le choc, 309.
- VAN VEEN (P.). V. *Schenk*.
- VARAY (A.). V. *Pagniez*.
- VASILESCO (Al.). V. *Tomesco*.
- VAUTHIER (A.). La neur, 269.
- VERBEEK (F.). La neuro-chirurgie des nerfs crâniens, 452.
- VERCIER (R.). Les états de déséquilibre mental, 455.
- , V. *Roger*.
- VERMEYLEN (G.). Rapports cliniques entre la démence précoce et les encéphalites, 442.
- VERSTRAETEN (P.) et HAUWAERT (O van). Détenus psychopathes avaleurs de ferraille, 259.
- VERVAECK (Louis). Mesures de sûreté en Belgique, 823.
- , V. *Battaglioni*.
- VETA (A.). V. *Penta*.
- VEYGA (Francisco de). Dégénérescence et dégénérés, 840.
- VICTORIA (M.). Automatismes mentaux et altérations diencéphalo-hypophysaires, 679.
- , VIDART (Lionel). L'anorexie mentale, 284.
- VIÉ (J.) et PATEL (A.). Suspension des hallucinations lors de l'internement, 563.
- , *Discussion*, 593, 594, 600.
- , Catatonie et discordance dans la démence précoce, 789, 793.
- VIELA (A.). Observation d'audition colofée, 441.
- VIGNAUD (J.). La réforme de la loi de 1838, 395.
- VIGNES. V. *Abatucci*.
- VILLARÉ (M.), CACHERA (R.) et FAUVERT (R.). Les réactions vasculaires du cerveau au cours des embolies solides et gazeuses, 671.
- VILLEY (G.). *Discussion*, 116.
- , La psychiatrie et les sciences de l'homme, 655.
- et BUVAT (J.-F.). Arrêt des crises angineuses par le sérum salé hypertonique intra-veineux, 863.
- VINCENT (C.). L'hystérie et les fonctions diencéphaliques, 473.
- VINCHON (J.). L'évolution cyclique de la psychasthénie, 281.
- VIZIOLI (F.). Apparition tardive de parkinsonisme encéphalitique, 661.
- VOLKOV (S.) et ROSSELS (E.). Traumatismes crâniens et épilepsie, 854.
- VONDERAHE (A.-R.). Décussation aberrante dorsale supra-optique, 667.
- , V. *Morgan*.

W

- WAGENER (W. P. van). V. *White*.
 WAGNER (H.). V. *Dressler*.
 WALKER (A. Earl). Relations du thalamus avec le cortex cérébral, 666.
 WALL (James H.). L'alcoolisme chez la femme, 466.
 WEBER (A.). Les tests-images de Binet-Robertag, la personnalité et leur valeur diagnostique, 663.
 WEGNER (W. C.). Chorée gravidique, 482.
 WEIL (Mathieu-Pierre) et OUMANSKY (V.). Parkinsonisme traumatique, 291.
 WEIL (A.) et LIEBERT (E.). Le taux du phosphore dans le sérum sanguin pendant la crise épileptique, 673.
 WEILL (G.). Hallucinations visuelles chez les aveugles, 439.
 WEINBERG (Mlle D.). V. *Langier*.
 WEISS (Soma). V. *Ferris*.
 WELTER (E.). Les pupilles dans les affections neurologiques médicales, 130.
 WELTI (H.) et LEVEN (Roland). Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdie avec accidents cardiaques, 865.
 WEXBERG (E.). La psychopathologie des crises oculogyres dans l'encéphalite épidémique, 464.
 WHITE (Robert-R.), BELLOWS (B. T.) et WAGENER (W. P. van). Effets de la

- solution d'avertine sur le tronc cérébral, 677.
 WILCZKOWSKI (E.). Réflexes psychochimiques dans le sang, 672.
 WILLIAMS (Claude). V. *Morter*.
 WINKELMAN (N. W.) et MOORE (Matthew T.). La prostigmine dans la myasthénie grave et la dystrophie musculaire, 867.
 WITTMAN (Mary-Phyllis). L'étiologie de la soi-disant « démence » dans la démence précoce, 468.
 WOLF (Alexander). V. *Kennedy*.
 WORMS (G.) et KLOTZ (H.-Pierre). Le rôle du thymus, 298.

Y

- YASKIN (J. C.) et KORNBLUM (K.). Aspects neurologiques de la pétrosite, 483.

Z

- ZAGDOUX (Mme). V. *Darré*.
 ZALKIND (E. M.). V. *Andreitchikov*.
 ZAND (Mme N.). Les mouvements involontaires, 670.
 ZAPPERT (I.). La démence infantile, 275.
 ZIMMER (G. M.). V. *Glazow*.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



LE RÔLE DE LA SYPHILIS DANS LA GENÈSE DE CERTAINS SYNDROMES PSYCHOPATHIQUES DE L'ADULTE

Formes frustes de la Syphilis cérébrale

PAR

J. DUBLINEAU

A côté des formes typiques de syphilis nerveuse, existent des formes frustes. On connaît depuis longtemps les formes biologiques pures (syphilis inapparente de Ravaut). On connaît moins bien les formes plus ou moins avérées cliniquement, mais biologiquement muettes, sans signature étiologique. Ce sont elles que nous étudierons ici. Elles ont fait de notre part l'objet d'un certain nombre de publications dont ce travail est la synthèse.

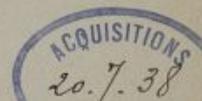
I

Formes frustes de paralysie générale avérée

Nous rappellerons d'abord quelques faits connus dans la paralysie générale. Ils nous permettront de mieux poser les éléments du problème.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Juin 1938.

1.



A. FORMES CLINIQUEMENT ATYPIQUES

1° *Formes démentielles simples sans délire.* — Comment dépis-ter la paralysie générale au milieu des multiples formes d'affai-blissement de l'âge mûr, ou de la cinquantaine ? Si toutes les paralysies générales avaient le type asilaire classique (euphorie, absurdité, mégalomanie), ce serait assez facile. Or, ces formes ne sont pas, loin de là, les plus fréquentes. Elles ne figurent pas dans notre statistique avec Dupouy (1) pour plus de 25 % des cas. Est de plus en plus observée, au contraire, la paralysie générale démentielle simple, véritable paralysie générale d'hôpi-tal ; de tels sujets peuvent être traités en ville ou dans les services ouverts sans être internés. La forme démentielle simple est d'ailleurs plus fréquente chez les anciens syphilitiques traités (45 % des cas) que chez les syphilitiques méconnus ou non traités (32 %). Mais, comme on le voit, le pourcentage, même dans ce dernier cas, est encore très élevé. On peut donc dire que, dans un tiers de cas de paralysie générale au moins, on se trouve en présence d'un sujet se présentant comme un dément, dont il s'agit de faire la preuve étiologique. Or, souvent le malade est amené sans renseignements. Comment retrouver la syphilis, les traitements antérieurs chez cet affaibli ? Si le syn-drome biologique est typique, aucune difficulté. S'il est absent, la clinique permet-elle le diagnostic ?

2° *Formes délirantes avec affaiblissement minimum.* — Cer-taines paralysies générales s'accompagnent, avec un affaiblisse-ment minimum, de troubles psycho-sensoriels avec délire souvent très actif évoquant en tous points la psychose hallucinatoire chronique : formes dites « avec automatisme mental », para-noïdes, schizophréniques, etc... Elles sont bien connues égale-ment depuis l'impaludation thérapeutique, qui, une fois amélioré l'état mental, laisse derrière elle un délire chronique. Que ce dernier s'accompagne d'une réduction post-malarique de la for-mule, et rien, apparemment, si ce n'est certains signes physi-ques, ne rappelle la paralysie générale du début. De même, lorsqu'une paralysie générale à forme schizophrénique s'accom-pagne d'emblée d'un syndrome biologique discret ou atypique (c'est assez souvent le cas en effet), dans quelle mesure pour-rait-on le rapporter à la syphilis ? Une série de formes de transition rattachent ces types à la psychose hallucinatoire chronique classique (Royer).

(1) *Ann. méd.-psych.*, mai 1930.

B. FORMES A SIGNES PHYSIQUES ATYPIQUES

Les cas seraient faciles à reconnaître si, à défaut du syndrome biologique, les signes physiques donnaient des renseignements d'une valeur absolue. En est-il ainsi ? On n'oserait plus le soutenir aujourd'hui. La dysarthrie, classique « signe mortel », est-elle vraiment pathognomonique ? Nombre d'états démentiels s'accompagnent plus ou moins de troubles de l'élocution. Les modifications pupillaires sont également très diverses. Le signe d'Argyll-Robertson a été signalé dans d'autres états que la syphilis cérébrale. Inversement, des paralysies générales typiques peuvent exister sans lui (30 % des cas d'après certains auteurs). La valeur des signes pupillaires est donc loin d'être absolue. De même pour les modifications des réflexes tendineux. En présence d'une formule biologique négative, on sera plus volontiers tenté de rapporter une aréflexie localisée, achilléenne par exemple, et isolée, à un éthylisme, même incertain.

C. FORMES BIOLOGIQUEMENT ATYPIQUES

Dans les tabès et les syphilis médullaires les plus typiques, on sait l'infidélité des réponses du Laboratoire.

On a longtemps soutenu, par contre, que la paralysie générale s'accompagnait toujours d'une formule positive. « Sans syndrome liquidien », disait-on, « pas de paralysie générale ». Il est loin en fait d'en être toujours ainsi.

1° La *discordance* est assez fréquente entre les réactions sanguines et liquidiennes dans les formes les plus indiscutables.

2° Par ailleurs, on connaît bien les formules liminaires des paralysies générales anciennes *fixées* après réduction spontanée du syndrome humoral. Marchionini, cité par Ravaut (1), n'aurait trouvé de résultats typiques, sur 322 liquides avec les réactions colloïdales, que dans 57 % des cas de paralysie générale, dans 28 % des cas de tabès, et 15 % des cas de syphilis cérébro-spinale. Les paralysies générales d'asile comprennent un grand nombre de ces sujets à formule *actuellement* normale.

3° En fait, même dans les formes *récentes* de paralysie générale, les formules atypiques ne sont pas exceptionnelles. Avec Dupouy, nous avons naguère examiné le résultat des ponctions lombaires effectuées chez 204 paralytiques généraux entrés en

(1) RAVAUT. — Une nouvelle syphilis nerveuse. Ses formes cliniquement inapparentes, 1 vol., Masson.

quelques mois à l'Hôpital Henri-Rousselle. Il s'agissait de malades récents pour la plupart. Le type de formule se révéla assez différent selon l'aspect clinique de la maladie. Très accusé dans les formes confusionnelles, qui représentent 8 % des cas, le syndrome biologique était d'intensité moyenne dans les formes classiques, expansives ou dépressives, et dans les formes démentielles simples (ces trois types groupant au total 76 % des malades). Par contre, il devenait atypique dans les formes tabétiques ou paranoïdes (16 % des cas). D'autre part, sur ces 204 cas, on trouvait un certain nombre de formules presque complètement négatives.

Envisagées en fonction des traitements antérieurs, les formules biologiques paraissent nettement influencées par ces derniers ; en d'autres termes, une *syphilis reconnue et traitée — même insuffisamment — a toutes chances, si elle se complique ultérieurement de paralysie générale, de donner à cette dernière une formule biologique atypique*. Ce, quel qu'ait été le traitement antérieur, même minime et incomplet.

La formule peut d'ailleurs être négative. Nombre d'auteurs en ont rapporté des cas dans la paralysie générale la plus typique, et en l'absence de tout traitement antérieur. Ces formes sont donc incontestables. Il n'en saurait d'ailleurs être autrement : la pratique des impaludations thérapeutiques a montré surabondamment que la récupération psychique était souvent indépendante de l'évolution biologique : déchéances continues avec formules normalisées, récupérations professionnelles dans des formes biologiquement résistantes.

Des réactions biologiques, par ailleurs, aucune, considérée isolément, n'est vraiment spécifique. L'albuminorachie est une réaction banale, la globulinose s'observe dans les états les plus divers. Enfin, la réaction du benjoin colloïdal, dès qu'elle donne des précipitations atypiques, peut prêter à bien des interprétations. On sait d'ailleurs que l'étendue de la précipitation est fonction des propriétés physiques (pH) du liquide (Guy Laroche, Brück). Ainsi, la classique séparation des tubes en trois zones a-t-elle une valeur plus pratique que spécifique. Il n'est pas jusqu'à la réaction de Bordet-Wassermann qui ne soit parfois positive en dehors de la syphilis du névraxe (Tumeurs du cerveau en particulier).

A plus forte raison sera-t-on en droit de discuter la valeur des « réactions liminaires » (réactions limites de Ravaut). Nombre d'auteurs ne leur reconnaissent aucune spécificité, les attribuant à des désintégrations pathologiques *in situ*, dont elles ne seraient que les témoins.

D. DISCUSSION

Cependant, nombre de faits s'accordent à montrer la nature syphilitique de certaines de ces réactions.

1) Rappelons d'abord qu'on peut trouver, dans les paralysies générales les plus authentiques, des réactions liminaires. Leur valeur est confirmée par l'existence, dans les mois antérieurs, d'une formule caractéristique. Persistent seulement une globulino-nose discrète, surtout, quelques modifications de la courbe du benjoin colloïdal, dont la zone de précipitation gagne, soit le quatrième, soit le onzième tube, soit l'un et l'autre à la fois. Chez de tels sujets, il n'est pas jusqu'aux réactions sanguines frustes, tel qu'un Meinicke à la limite de la sub-positivité, qui, authentifiées par des réactions antérieures positives, ne puissent être, chez certains sujets, prises en considération.

2) D'autre part, l'étude sérologique de l'hérédosyphilis, telle qu'elle ressort des travaux les plus qualifiés, montre ce que l'on peut et doit attendre d'une réaction même faible ou douteuse dans le sang. Demanche, dans le *Traité de Jeanselme*, n'hésite pas à conseiller de prendre en considération même les réactions sub-positives, étant donnée la rareté relative des résultats positifs dans l'hérédosyphilis. Or, le rôle de la syphilis héréditaire en psychiatrie nous paraît fort important. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

3) D'ailleurs, l'expérimentation montre l'intérêt des formules frustes. Avec M. Charles Richet fils et Mme Michel (1), nous avons inoculé des lapins ou des souris avec du liquide céphalo-rachidien de malades atteints de paralysie générale. Chez le lapin, des réactions de Meinicke positives sont ainsi obtenues (à l'exclusion de tout accident apparent). Elles sont d'intensités variables, parfois même discutables, le Meinicke étant spontanément positif chez le lapin dans 5 % des cas. Mais l'épreuve de la réinoculation avec une souche tréponémique habituelle (souche Truffi) donne des formes de chancres atypiques, tantôt atténuées, tantôt hypertrophiques, montrant que le lapin avait été allergisé par la primo-inoculation, et authentifiant ainsi indirectement la valeur des résultats de cette dernière. De telles modifications de terrain s'observent même chez des animaux dont les réactions biologiques étaient demeurées négatives après l'inoculation du liquide : dans ce cas, par conséquent, le terrain avait été égale-

(1) *Bull. Acad. Médecine*, CXIII, n° 38, 1934, p. 637-641 ; CXIV, n° 8, 1935, p. 284-287 ; CXIV, n° 15, 1935, p. 504-510.

ment modifié. Dans ces conditions, une réaction, même minime, doit être reconnue comme valable ; comme on le verra, il en va de même aussi chez l'homme.

4) Enfin, nul ne conteste aujourd'hui que certaines réactions biologiques manquent de sensibilité pour le dépistage de la syphilis du système nerveux. C'est le cas, en particulier, de la réaction de fixation pratiquée selon la technique habituelle.

Parant et Bocage, Steinfeld, Marchionini ont montré qu'il était possible d'augmenter sa sensibilité en utilisant des antigènes à base de cerveau normal ou pathologique. Pour Demanche, l'utilisation comme antigène d'extraits de cerveau de sujets morts de paralysie générale permettrait même le diagnostic entre cette affection et la neuro-syphilis banale.

L'utilisation des réactions de floculation a étendu le champ du dépistage de la syphilis par leur plus grande sensibilité.

Par ailleurs, d'autres réactions, plus récentes, ont été préconisées, qui permettraient un dépistage plus parfait de la syphilis du système nerveux. Citons, en particulier, la réaction de Klyne, étudiée en France par Alice Ullmo dans le service de Pautrier. Sur onze syphilis du névraxe ou cardio-vasculaires où elle fut expérimentée, elle fut positive dans six cas qui avaient échappé à la sensibilité de la réaction de fixation classique ou des réactions de floculation.

Au total, se dégage une double notion :

a) D'une part, l'existence de formes dégradées de syphilis cérébrale, allant de la paralysie générale classique à la démence simple ou à la psychose hallucinatoire chronique la plus typique.

b) La difficulté, pour nombre d'entre elles, de faire la preuve de leur étiologie, vu l'infidélité des réactions biologiques existantes. Certains auteurs ont essayé d'augmenter le champ de positivité en réduisant certaines manipulations qui paraissent sacrifier par trop la sensibilité au nécessaire souci de la spécificité.

c) La nécessité, en conséquence, d'étudier, soit dans les syndromes psycho-cliniques, soit dans les syndromes biologiques, les éléments susceptibles de faire suspecter la syphilis. On peut, en effet, affirmer, par l'exemple de la paralysie générale, où toutes les gradations cliniques et biologiques s'observent, que nombre de ces réactions liminaires sont de nature syphilitique. Dans la masse de ces faits, il y a donc des cas de syphilis nerveuse fruste, à « récupérer » en vue d'un traitement. La difficulté commence quand il s'agit de les identifier.

II

Etude bio-clinique de la syphilis cérébrale fruste

A. SUJETS A SYPHILIS CLINIQUE OU BIOLOGIQUE CERTAINE

Nous considérerons d'abord les sujets présentant une formule sérologique positive lors du premier examen systématique, avec chancre connu ou non, dans leurs antécédents. Nous ne tiendrons pas compte, d'ailleurs, dans cette description clinique, du caractère acquis ou héréditaire de la syphilis.

Le chancre n'a pas, semble-t-il, présenté de caractères particuliers. Notons cependant que, dans aucun de nos cas, il ne s'agissait d'un chancre céphalique, mais dans la règle, d'un chancre génital. Les réactions biologiques sont assez souvent dissociées ; le Bordet-Wassermann ou le Kahn sont sub-positifs (+ ou ++). Généralement, l'une des deux réactions est négative. Le Meïnicke (réaction d'opacification) donne des résultats variables, non seulement selon les malades, mais encore pour un même malade, à des examens rapprochés : il est plus souvent positif que les deux autres réactions, mais peut être négatif, alors que l'une de ces deux est positive. Enfin, dans quelques cas, la réaction de Meïnicke n'est que très faiblement positive. Seules alors l'authentifient, comme il a été dit plus haut, soit la notion du chancre antérieur, soit la positivité antérieure d'une autre réaction de fixation ou de floculation, soit des réactions liquidiennes positives.

En réalité, la constatation d'une syphilis antérieure, avec ou sans réactions humorales, ne suffit pas pour affirmer la nature syphilitique de la maladie mentale. Comment éliminer la coïncidence ? Par l'analyse clinique et biologique. Mais, et nous insistons sur ce point pour éviter toute équivoque, il faut, pour étayer le diagnostic, assurer ce dernier par la mise en évidence de plusieurs symptômes.

1) LES MODES DE DÉBUT. — Quelle que soit la forme clinique, il est fréquent que le début ait été marqué par des *actes médico-légaux ou scandaleux* rappelant en tous points ceux décrits dans nos observations : l'attentat à la pudeur, la fugue avec voyage sans billet, le vagabondage, du scandale sur la voie publique, des démarches absurdes chez l'un, réclamation de décorations à l'Elysée après un voyage (coiffé d'un chapeau

haut-de-forme) de Constantine à Paris ; chez l'autre, voyage de Marseille à Paris pour protester auprès d'un ministre contre le commerce des femmes. Dans un de nos derniers cas publiés, le sujet était, depuis sa 30^e année, entré de plain-pied dans la délinquance et depuis, partageait son temps entre l'Asile et la prison. Enfin, la tentative de suicide est retrouvée une fois.

2) FORMES CLINIQUES. — a) *Formes démentielles simples.* — Ce sont les plus fréquemment rencontrées : elles se rapprochent plus ou moins de la forme démentielle simple de la paralysie générale. On les observe à tout âge. Cette notion est importante. Chez le sujet jeune, en effet, on a tendance à les rapporter aux faits de démence précoce. Chez le sujet âgé, au contraire, on parle naturellement pour lui de démence sénile. Chez le sujet d'âge moyen, le diagnostic porté est généralement fonction de la pureté du type clinique. On parlera, selon les cas, « d'affaiblissement chez un éthylique », de « délire de persécution avec affaiblissement », « d'affaiblissement artériopathique », voire de « débilité mentale ». Dans tous ces cas, malgré une réaction positive ou sub-positive dans le sang, on préfère s'en tenir à ces seules constatations sans rattacher le syndrome psychique à la syphilis.

L'analyse du fonds mental révèle des signes variables. Il n'existe surtout, en fait, du moins au début, qu'un minimum de troubles. Seules, alors, sont atteintes l'orientation, les notions de fixation. Les évocations sont à peu près satisfaisantes ; le sujet, en particulier, est souvent capable de dire qu'il a eu un chancre, de donner des indications sur les traitements suivis, ainsi que quelques renseignements familiaux. Le tout est cependant un peu flou. Les dates en particulier sont très difficilement évoquées, et toujours avec imprécision. Il s'agit, en somme, d'un affaiblissement global, notion importante chez les sujets âgés où il diffère de l'aspect classique, antérogradé, de la démence sénile.

Le *comportement* général, à l'asile, est variable ; assez souvent on est frappé, dès l'abord, par cette euphorie très spéciale, qui évoque indiscutablement la paralysie générale, cette humeur un peu légère avec fausse vivacité des propos. Cet état, quand on le constate, paraît assez fixe ; il ne s'atténue pas avec le temps. Il peut se traduire par une manière d'humeur affable un peu particulière qui, dans certains cas, pourrait rappeler la moria des tumeurs du lobe frontal.

Chez d'autres malades, les plus nombreux, existe au contraire

une indifférence foncière, avec incurie, apragmatisme. Dans un cas, la mimique était, par moments, éclairée par un rire muet, assez stéréotypé, donnant au sujet un aspect catatonique.

Si le tableau se dessine assez nettement à l'exposé didactique, il faut insister sur le fait qu'il se présente souvent, en clinique, d'une façon partielle. Dominent un ou deux des caractères précédents; on a plutôt l'impression d'une paralysie générale, mais on manque d'éléments susceptibles d'affirmer, d'une façon absolue, le diagnostic clinique et, dès que l'on constate une formule liquidienne « non positive » (nous ne disons pas négative, encore qu'elle soit considérée souvent comme telle à un examen superficiel), on a tendance, devant ces cas, à rejeter automatiquement l'hypothèse d'une syphilis cérébrale.

Autour de ces formes démentielles simples, on observe, comme dans la paralysie générale, des cas de types divers et d'interprétation variable.

b) Formes confusionnelles. — Un appoint confusionnel peut se surajouter à l'affaiblissement démentiel. Généralement il est d'origine toxique, alcoolique en particulier; la confusion se dissipe dans les premiers jours. La démence demeure. Par ailleurs, le rôle de la syphilis dans la confusion mentale est des plus discutés. A juste titre, la confusion étant un syndrome banal. Notre attention, avec Tarbouriech, a toutefois été attirée par la fréquence d'un terrain hérédospécifique dans l'apparition de confusions périodiques ou prolongées, sans signes physiques nets, chez des malades entrés pour état mélancolique et confusionnel, et des éthyliques. L'institution d'un traitement dans les deux cas entraîna la régression des troubles.

c) Formes schizophréniques. — Dans deux cas, existait un délire mégalomane (1). Il s'agissait les deux fois de sujets âgés (73 et 74 ans). Dans un autre, on notait une ébauche de syndrome d'influence et de persécution.

Enfin, dans trois cas de schizomanie typique, survenus chez des sujets présentant par ailleurs des stigmates de dégénérescence, existaient, avec des signes biologiques très frustes, chez tous trois, quelques signes somatiques, en particulier une inertie pupillaire absolue chez l'un d'eux.

d) Formes avec troubles marqués de l'affectivité. — A ces cas, il faut ajouter celui d'un mélancolique, avec plaintes puériles et

(1) Cités dans DUBLINEAU (J.) et TARBOURIECH : Délires de grandeur avec signes neurologiques. — Discussion de leur étiologie. *Réunion méd.-chir. des Hôp. de Lille*, févr. 1936.

monotones sur fond de débilité mentale, qui tournait à la chronicité et faisait craindre, par le passage à une indifférence croissante, un affaiblissement surajouté. L'albuminose était de 0 gr. 56, le benjoin était précipité dans le deuxième tube. Un traitement spécifique et pyrétothérapique tenté après l'échec des traitements symptomatiques, amena une régression lente des troubles. On trouvait chez lui, en fin de traitement, un Meinicke sub-positif (+) dans le sang. L'homme, finalement, put sortir, mais fut réintégré par la suite. Il est d'ailleurs beaucoup plus actif que lors de son premier séjour.

e) *Formes limitées à des troubles du comportement.* — Dans un cas que nous avons publié récemment, le sujet, âgé de 37 ans (1), avait présenté un chancre à 27 ans. Normal jusqu'à 30 ans, il était depuis lors entré de plain-pied dans la délinquance, partageant son temps entre l'asile et la prison, stéréotypant ses fugues et ses vols (vols de vélos). Finalement, il avait été interné à nouveau après que l'expert eût porté chez lui le diagnostic de paralysie générale. En réalité, il n'y avait pas de troubles marqués du fonds mental. L'homme se présentait essentiellement comme un déséquilibré ; son cas rappelait absolument celui des troubles du caractère post-encéphaliques. Il s'agissait, semble-t-il, d'une *encéphalite syphilitique*. Il y a quelques mois, cet homme s'est évadé, mais fut repris au bout de quelques semaines à l'occasion d'un nouveau délit. Son état mental est stationnaire.

3) EXAMEN SOMATIQUE. — L'examen dans ces cas, si divers au point de vue psychiatrique, peut mettre en évidence les signes suivants, mais souvent difficiles à interpréter : le *tremblement* est rare ou peu marqué. Il est plus net à la langue. On observe chez certains une véritable dysarthrie, mais fruste, mise en évidence seulement par les mots d'épreuve. L'étude des *réflexes* tendineux donne peu d'indications : ils sont assez souvent inégaux. Dans deux cas, les achilléens étaient abolis (dans le premier, il s'agissait d'un buveur d'habitude ; l'autre, par contre, était fort intéressant, car l'aréflexie (ainsi que la paresse pupillaire) n'était apparue que progressivement et avait pu être suivie au cours d'internements successifs). Chez un autre malade, existait de l'aréflexie patellaire. Parfois, on trouve des réflexes modifiés seulement aux membres supérieurs. Enfin, il nous a semblé, dans quelques cas, observer, à plusieurs examens successifs, quelques variations dans leur intensité.

(1) *Ann. méd.-psych.*, n° 4, avril 1937.

Pratiquement, ce sont les signes pupillaires qui attirent surtout l'attention. Presque toujours, en effet, l'examen des pupilles relève quelques anomalies. Tout peut s'observer : inégalité, irrégularité, myosis, inégalité de la réaction à la lumière pour les deux côtés... Paresse ou modifications de rapidité dans la contraction ou la décontraction à la lumière, ou encore variations selon les examens ; parfois enfin le signe d'Argyl-Robertson existe, typique ; plus souvent, rigidité complète. Il existe au total des troubles presque constants, mais rarement typiques. En tout cas, rarement existent les critères exigés par Babinski pour rapporter à la syphilis des troubles pupillaires. Mais on sait aujourd'hui combien nombreuses sont les exceptions à ces règles, même dans les paralysies générales les plus authentiques.

Le reste de l'examen somatique est négatif. Dans un cas cependant, nous avons constaté une leucoplasie unilatérale. Chez le vieillard, le gérontoxon est fréquent.

La *formule biologique liquidienn*e est moins intéressante en soi *que suivie au cours d'examens répétés*. La répétition des examens révèle, en effet, une véritable évolution humorale, avec balancement dans les divers éléments de la formule, qui en authentifient d'autant la signification.

Une réaction est le plus souvent négative : la réaction de Bordet-Wassermann. Elle ne fut sub-positive (+) que dans deux cas sur une douzaine de cas d'affaiblissement simple. Encore dans l'un des deux fût-elle transitoire.

L'albuminose est variable. Elle est rarement très élevée, sauf peut-être au début de l'évolution. Elle peut varier au cours de ponctions successives, même à intervalles assez rapprochés. Dans deux cas suivis à peu près parallèlement, et que nous rapportons par ailleurs (1), elle passe de 0,10 à 0,40 dans l'un ; de 0,10 à 0,22 dans l'autre. Il semblerait que ce dernier chiffre dût n'avoir aucune signification pathologique. En fait, considéré dans l'ensemble des formules liquidiennes successives du sujet, il coïncidait avec une poussée transitoire que traduisait la sub-positivité des autres réactions. L'albuminose peut être isolée ou ne coïncider qu'avec des réactions frustes de globulino-se. Elle peut coïncider ou alterner avec une extension vers la droite ou la gauche de la précipitation du benjoin.

L'étude de cette dernière réaction donne des résultats inté-

(1) DUBLINEAU (J.) et PICHULT. — Importance des examens biologiques répétés dans le dépistage des formes frustes de syphilis nerveuse. *Réunion méd.-chir. des Hôp. de Lille*, févr. 1936.

ressants. Dans un travail préliminaire, avec Tarbouriech (1), nous avons insisté sur l'extension vers la droite de la courbe de positivité. Dans cette étude, nous trouvons cette extension 47 fois sur 290 ponctions pratiquées dans nos deux services en quelques mois. Sur ces 47 cas, la syphilis se retrouvait, cliniquement ou biologiquement, dans 7 cas, plus 6 cas de paralysie générale à liquide redevenu subnormal. Bien entendu, d'autres étiologies étaient retrouvées : traumatisme, alcoolisme, voire peut-être tuberculose. Aussi bien nous gardions-nous de toute interprétation univoque quant à la valeur du fait au point de vue syphilitis. Il n'en demeurerait pas moins que son existence, isolée, dans plusieurs cas de paralysie générale, montrait qu'il pouvait être le seul témoin d'une syphilis larvée.

Depuis ce travail, nous avons étendu cette recherche aux autres modalités de précipitation atypique. Sans donner ici le détail de nos investigations, publié par ailleurs (2), nous rappellerons que ces modifications se retrouvent dans un très grand nombre de cas. Très souvent, elles varient au cours de ponctions successives, la précipitation s'étendant alternativement à droite et à gauche, ou redevenant normale, cependant qu'apparaît une hyperalbuminorachie — généralement modérée — à moins enfin que l'extension ne se fasse simultanément dans les deux sens. Cette extension est toujours modérée. Elle n'a jamais dépassé le 12° tube à droite, ni le 4° tube à gauche ; en règle générale, elle coïncide, ainsi que Targowla l'avait jadis noté, avec la globulinoïdose (surtout réaction de Weichbrodt, beaucoup plus rarement réaction de Pandy). Enfin, on la trouve très souvent associée à d'autres réactions colloïdales liquidiennes.

Parmi ces dernières, nous avons utilisé les réactions de Meinicke, et de Takata-Ara. De la réaction de Meinicke, il est difficile de se faire une opinion précise au point de vue des formes liminaires : la valeur d'un trouble léger est d'appréciation délicate. Même dans les liquides normaux existe toujours une certaine opalescence. Aussi les résultats nous paraissent-ils n'avoir de valeur indicative quelconque que si la floculation est déjà assez marquée.

Il n'en va pas de même de la réaction de Takata-Ara, qui nous paraît très intéressante pour le dépistage des syphilitis

(1) *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Bruxelles, juillet 1935, 1 vol., Masson.

(2) DUBLINEAU (J.). — Quelle valeur attribuer, au point de vue syphilitis, aux réactions biologiques liminaires en psychiatrie ? *Ann. médico-psychol.*, nov. 1935.

nerveuses frustes. Une réaction sub-positive (précipitation bleue), même avec (+), a le plus souvent une réelle valeur indicative. Inversement, dans les syphilis nerveuses typiques, nous ne l'avons jamais trouvée en défaut. Signalons cependant que nous avons observé une floculation intense avec un liquide de tuberculeux pottique, dément précoce, chez lequel rien ne permettait de penser à la syphilis.

Au total, les réactions biologiques liquidiennes, chez des sujets ayant eu la syphilis ou présentant actuellement des réactions sanguines positives (même partielles), donnent des renseignements suffisants pour rapporter à la syphilis les troubles psychiques constatés.

Mais nous rappelons que l'on doit suivre les réactions biologiques sanguines et liquidiennes par des examens répétés. Comme il a été dit, on peut assister à une régression spontanée de la formule, laquelle redevient absolument normale. Le traitement spécifique, même s'il n'amène pas de régression des signes psychiques, est suivi d'un retour de la formule à la normale. Ici encore, les faits se passent comme dans la malariathérapie, où les modifications post-malariques de la formule se font indépendamment du résultat clinique. Il n'en demeure pas moins que cette action du traitement peut être retenue en faveur de la nature syphilitique des réactions liminaires en cause.

Peut-on, artificiellement, renforcer l'intensité des réactions liminaires ? Ravaut proposait la réactivation par injection intrarachidienne de 1 à 2 cc. d'eau distillée pour voir apparaître une réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide. Nous avons utilisé les injections intra-veineuses de novarsénobenzol ; le plus souvent, nous avons obtenu un accroissement de l'albumine, des modifications du benjoin. Jamais le Bordet-Wassermann n'a été positif par ces réactivations.

B. SUJETS A SYPHILIS NON CONNUE

Reste à discuter la valeur, au point de vue syphilis, d'un certain nombre d'autres syndromes, pour lesquels rien, dans les antécédents ou l'examen du sang, ne permet de penser à la syphilis, mais dont l'aspect clinique de la maladie est tel, cependant, qu'il évoque cette étiologie.

a) Nous retrouvons ici ces états d'affaiblissement de tous âges dans lesquels l'inertie ou la paresse pupillaire, une certaine euphorie démentielle, parfois un tremblement avec ou sans

dysarthrie évoqueraient irrésistiblement la paralysie générale si toutes les réactions n'étaient négatives, sauf cependant quelques petits éléments de la formule liquidienne (albuminose, extension du benjoin vers la droite ou la gauche, globulinoïde légère, etc.) Le diagnostic se pose en particulier dans les états démentiels séniles, qui ont fait, à ce point de vue, l'objet de la thèse de notre élève Pichault (1).

b) Des états dits artériopathiques chez des sujets à hérédité vésanique, ayant perdu des enfants en bas-âge et pour lesquels, sans étiologie bien précise, on parle d'artériopathie.

c) Egalement des états mélancoliques avec hyperalbuminose, modifications de la courbe du benjoin, évolution plus ou moins nettement démentielle ; dans l'un de ces cas, une pelade est apparue récemment.

d) Des états paraphréniques, évoluant rapidement vers le type paranoïde avec réactions bizarres ou absurdes au début. L'un des malades avait voulu se pendre « pour rire » devant un de ses parents, quelques jours après avoir, à l'église, allumé toutes les bougies et vidé son porte-monnaie dans le tronc.

Si, dans ses débuts, le classique délire chronique de persécution ne s'accompagne pas de signes physiques, il n'est pas rare, dans les asiles, chez les vieux délirants, de trouver des modifications des réflexes tendineux (assez souvent diminués), des modifications pupillaires des types les plus divers. Ces petits signes neurologiques sont délicats à interpréter. Dans l'état actuel, rien n'autorise à les rattacher formellement à la syphilis. Et pourtant, on ne saurait se dispenser d'y penser.

Dans l'état actuel des choses, d'ailleurs, cette notion ne pourrait avoir qu'un intérêt doctrinal, les modifications neurologiques s'observant en général trop tardivement pour que le traitement spécifique puisse être utilement tenté. De toutes façons, nos tentatives en ce sens ont systématiquement échoué. Seul a paru rétrocéder un état paranoïde, en rapport avec une syphilis nerveuse incontestable, mais les hallucinations ont repris au bout de quelques mois, la formule étant devenue presque entièrement négative.

e) Il n'est pas jusqu'à certains délires de débiles, étiquetés « bouffées délirantes », qui ne pourraient être rapportés à des manifestations plus ou moins frustes de syphilis héréditaire.

f) Enfin, c'est surtout ici que les formes médico-légales pren-

(1) PICHULT. — Contribution à l'étiologie de certaines psychoses dites séniles. *Th. Lille*, 1937.

nent toute leur importance. Nous ne ferons que citer le cas d'un sujet, entré sur expertise à la suite d'une tentative d'assassinat. Il s'agissait d'un paranoïaque typique, protestataire et quérulant, père de 6 enfants bien portants, mais dont le liquide céphalo-rachidien présentait, à l'entrée, un Wassermann ++. A des ponctions ultérieures, cette positivité ne reparut plus, mais le benjoin était précipité légèrement dans la zone méningitique. Cet homme était porteur, entre autres stigmates dysmorphiques, d'une rhinite chronique atrophique qui disparut complètement après traitement. Par ailleurs, il présentait des antécédents collatéraux révélateurs d'une spécificité héréditaire.

Un autre cas concernait un sujet arrêté pour outrages publics à la pudeur, qui avait eu son grand-père maternel interné pour paralysie générale. Il avait été condamné une première fois avec sursis : il s'était exhibé en pleine rue, sans raison, et prétendait n'avoir absolument pas gardé le souvenir de son acte. Il avait toutefois été déclaré responsable sur la foi d'une ponction lombaire entièrement négative. Examiné 4 ans plus tard, à l'occasion d'une deuxième affaire, en tous points semblable, il subit une première ponction lombaire. Le liquide est très hypertendu (plus de 80 au manomètre en position assise). La formule, par ailleurs, était entièrement négative. Quelques semaines plus tard, une deuxième ponction montrait un Bordet-Wassermann ++ dans le liquide céphalo-rachidien. Par ailleurs, le sujet paraissait absolument normal, sauf, toutefois, des réflexes rotuliens variables (faibles à un premier examen, normaux au second) et des pupilles en mydriase réagissant assez mal.

Chez un autre sujet de 40 ans, devenu impuissant depuis quelques années, et arrêté pour attentat aux mœurs, il s'agissait d'un fils de paralytique général. L'examen somatique était d'ailleurs négatif chez lui, en dehors, toutefois, d'une certaine atonie des traits. Existait au point de vue mental une certaine perte de l'autocritique.

III

Étude biologique et anatomique

L'étude biologique, en dehors des réactions sérologiques ou liquidiennes plus haut mentionnées, est encore peu développée. Elle paraît en droit de retenir l'attention : l'étude des interactions mutuelles des globules et du sérum des sujets atteints

de syphilis nerveuse évidente met en effet en évidence des faits assez curieux d'hémolyse indépendants des questions de groupes.

Tout se passe, semble-t-il, comme si le sérum des sujets suspects de syphilis cérébrale fruste (formes étudiées plus haut) ou celui des paralysies générales atypiques (paralysie générale tabès ou paralysie générale à formules fixées) réagissait d'une façon particulière à l'endroit des globules de paralysie générale en activité ou de sujets atteints de syphilis nerveuse évidente.

L'étude *anatomique* de ces formes n'est encore qu'ébauchée. Les lésions paraissent cependant fort différentes de celles de la paralysie générale typique. Dans un cas de Crouzon, de syphilis cérébrale à forme fruste (hyperalbuminose simple), l'examen macroscopique était négatif. Personnellement, nous avons eu l'occasion de faire une constatation analogue à l'autopsie d'un homme de 73 ans, entré pour démence sénile, et présentant une formule liquidienne fruste. On constatait simplement un épaississement et une adhérence diffuse de la dure-mère sur la convexité du cerveau.

Déjà, en 1922, Lhermitte et Parant (1) avaient publié le cas d'un paralytique général authentique dont le syndrome clinique s'était réduit spontanément. Le sujet ne présentait plus qu'un délire de négation avec affaiblissement minimum. Quand ce sujet mourut, plus de 13 ans après le début de sa maladie, l'examen macroscopique du cerveau fut également négatif. Par contre, existaient microscopiquement des lésions typiques de paralysie générale.

Récemment, Rouvroy (2) (de Lowenjoul) a publié un cas se rapprochant davantage des nôtres : il s'agissait d'un dément artériopathique, présentant une courbe du benjoin sub-positive dans quelques tubes de la zone syphilitique. Le Bordet-Wassermann était négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Il y avait un signe d'Argyll-Robertson. Le sujet mourut d'une affection intercurrente. L'autopsie ne montra aucune lésion macroscopique. Seules, au microscope, présentaient des lésions (d'ailleurs légères, mais particulières), les parois artérielles. Ces lésions permirent, sur la foi de travaux antérieurs d'autres auteurs, de rapporter l'affection cérébrale à la syphilis ; l'auteur concluait en insistant à son tour sur ces formes, frustes à tous points de vue, de la syphilis nerveuse.

(1) *Centenaire de Bayle*, Paris, 1922, Masson, 1 vol.

(2) ROUVROY. — A propos d'un cas de démence organique ; étude anatomo-clinique. *Soc. de Méd. mentale de Belgique*, séance du 30 mars 1935.

IV

Diagnostic

Il faut évidemment se garder de l'écueil de voir la syphilis partout.

Il est classique également de se méfier des coïncidences. On peut être syphilitique et psychopathe. La possible dissociation entre les syndromes clinique et biologique empêche toute relation systématique de cause à effet. Nous avons également insisté suffisamment sur l'incertitude des signes apparemment les mieux établis, tel le signe d'Argyll-Robertson. Enfin, comme nous l'avons signalé, les réactions liminaires sont, en définitive, prises isolément, banales. Seul leur groupement, et surtout leur association, soit avec des signes physiques suspects, soit avec des formes psychopathiques particulières (délire mégalomaniacque, réactions médico-légales, etc.), pourront autoriser à les prendre en considération. Ce qu'il faut, à notre sens, retenir d'une telle étude, c'est que, dans la masse des cas limites pour lesquels une étiologie ne paraîtrait pas se dégager manifestement, on peut être amené à individualiser, en vue d'un traitement, des états relevant, selon toute apparence, de la syphilis.

Outre la syphilis acquise, on devra parfois penser à la syphilis héréditaire (nous y reviendrons plus loin). L'état des ascendants, des collatéraux garde, dans ce cas, sa valeur habituelle.

V

Pathogénie

Déjà, en ce qui concerne la paralysie générale authentique, le rôle du terrain paraît important, tant dans sa détermination que dans l'aspect de ses formes cliniques. Mais, que faut-il entendre par terrain ? La constitution somato-morphique, certes, élément statique, mais aussi les multiples facteurs qui sont venus modifier les humeurs et expliquent la diversité des réactions individuelles.

Comment expliquer la diversité des formes de syphilis cérébrale fruste ? Ici encore, divers facteurs doivent être distingués,

sur lesquels nous avons insisté à plusieurs reprises dans nos publications.

I. A ce titre, il n'est pas douteux, nous l'avons vu, que *le traitement de la syphilis antérieure* exerce de notables modifications. Nous ne reviendrons pas sur ces faits.

II. Dans quelle mesure les maladies antérieures interviennent-elles pour modifier les réactions d'immunité ? On connaît bien leur action dans la paralysie générale confirmée, où elles entraînent parfois des rémissions remarquables. Par ailleurs, l'impaludation préventive a été à l'ordre du jour plusieurs années dans les Congrès de Syphiligraphie. Pourquoi des affections spontanément apparues n'agiraient-elles pas dans le même sens ? La typhoïde, des phlegmons peuvent se retrouver dans les antécédents de certains malades et paraissent les seuls facteurs susceptibles d'expliquer l'état réfractaire du sujet. Certes, c'est un fait acquis que le paludisme n'empêche pas l'éclosion ultérieure d'une paralysie générale. Dorolle, Porot, Fribourg-Blanc y ont insisté à diverses reprises. Pourtant, on peut noter avec Messiaz qu'étant donné le nombre de syphilitiques dans les pays d'Extrême-Orient, le nombre absolu de paralysies générales est relativement restreint. Il faut bien rechercher une cause à cette disproportion. Quoiqu'il en soit, nous avons insisté à diverses reprises sur la concomitance chez des sujets présentant un syndrome pseudo-paralytique sans réactions liquidiennes, de syphilis avérée et de paludisme. La fréquence de ces cas nous paraît trop grande pour qu'il s'agisse là d'une simple coïncidence (1).

III. Certains sujets présentent par ailleurs un *état réfractaire héréditaire*. Nombre de ces états psychopathiques frustes sont liés à des syphilis héréditaires. A. Marie avait naguère insisté sur cette question. Nous y sommes revenus avec Tarbouriech à propos de certains délires mégalomaniaques. Nous connaissons bien la paralysie générale infantile et juvénile. Avec Heuyer, nous avons personnellement décrit la démence simple hérédosyphilitique du jeune enfant ; mais au-delà de l'adolescence, il est rare que l'on fasse intervenir la syphilis héréditaire dans la pathogénie des syndromes psychopathiques.

En fait, le nombre de stigmates de dégénérescence chez les adultes aliénés montre la probabilité d'une importante pathogénie réelle de l'hérédo-syphilis. La débilité foncière observée

(1) *Ann. méd.-psychol.*, févr. 1936.

chez nombre de délirants chroniques, la sénilité prématurée, certaines formes d'artériopathie, voire de démences séniles, en sont les manifestations. Enfin, nombre de réactions sérologiques frustes doivent certainement lui être rapportées. Quoi qu'il en soit, l'étude des antécédents du sujet, de son hérédité demeurent, ici encore, les meilleurs éléments d'un diagnostic par ailleurs difficile, la notion de syphilis parentale étant difficile à retrouver dans le passé, déjà lointain, des malades en cause. Rappelons qu'on l'observait dans deux cas à réaction médico-légale simple.

IV. D'ailleurs, comme on sait, une hérédo-syphilis peut ne pas s'opposer à une *super-infection syphilitique*. Dans un cas (1), que nous avons rapporté, une telle hypothèse n'était pas invraisemblable. Si l'on se réfère aux résultats de l'expérimentation sur l'animal, et aux formes allergiques de réinoculation obtenues chez ce dernier, il n'est pas impossible d'expliquer, par un mécanisme de cette sorte, certaines des formes frustes plus haut décrites.

VI

Intérêt médico-légal

Nous avons insisté plus haut sur l'intérêt médico-légal de la notion de syphilis cérébrale fruste. Le problème peut se poser de diverses façons à l'occasion d'un acte médico-légal absurde, en dépit de réactions biologiques négatives, à l'occasion d'une délinquance à répétition, voire à l'occasion d'un acte quelconque chez un ancien syphilitique. Enfin, quelle est la part de la syphilis dans certaines démences post-traumatiques ? Le problème s'est posé récemment pour un de nos malades, victime d'un accident de rue (renversé par une automobile) : fracture de jambe, long séjour à l'hôpital (près d'un an). Rentré chez lui, le sujet s'avère impuissant. En même temps, apparaissent indifférence et incurie nécessitant l'internement. Expertise quelques mois plus tard aux fins d'indemnité ; on constate un signe d'Argyll-Robertson typique. La ponction lombaire donne un liquide presque complètement négatif, sauf une légère globulinoïdose et une extension vers la gauche de la précipitation du benjoin. Une réactivation par le novarsénobenzol (0,15, 0,30, 0,45) donne, une semaine

(1) DUBLINEAU (J.). — *Ann. médico-psychol.*, février 1936.

après la dernière injection, une extension à droite et à gauche du benjoin ainsi qu'une légère albuminorachie. Rien dans les antécédents. Est-on en droit de parler de syphilis, et, si oui, dans quelle mesure ?

VII

Traitement

Dans ces formes apparemment fixes, le traitement peut-il agir ? Les cas que nous avons observés étaient, pour la plupart, anciens. Dans un cas de mélancolie, dans un cas d'état paranoïde, dans un cas de démence simple, une amélioration certaine a été obtenue assez rapidement (transitoire dans les deux premiers cas). Chez d'autres sujets, la formule est redevenue normale, sans modification de l'état mental.

Il faut remarquer qu'à s'en tenir aux données pathogéniques plus haut énoncées, il ne faut pas trop s'étonner que le traitement n'agisse que rarement. Il s'agit de sujets allergisés, chez lesquels la psychose a pris une forme mineure, ne mettant pas en jeu l'existence de l'intéressé, mais se bornant à l'affaiblir légèrement, à le déséquilibrer ou à le dissocier. Ces formes n'influent pas fâcheusement sur l'état général. En revanche, elles prêtent peu à la récupération psychique. Seuls peuvent rétrocéder les états confusionnels (même prolongés), comme nous avons pu l'observer chez des alcooliques subaigus présentant, par ailleurs, des signes de spécificité, sans doute héréditaires.

La malariathérapie est-elle indiquée ? Dans aucun cas nous ne l'avons tentée. Par contre, dans l'un des cas précédents, le traitement comportait la pyrétothérapie simple associée au stovarsol. L'association chimio-pyrétotherapique nous paraît, pour ces formes frustes, où la part du terrain est importante, la meilleure technique à utiliser. Souvent même, on devra se contenter de la seule pyrétothérapie, le traitement se réduisant alors aux méthodes générales indépendantes de toute question pathogénique.

Conclusions

Dans la masse des réactions liminaires observées au cours des états psychopathiques les plus divers (surtout états d'affaiblissement à type de démences dites artériopathiques, de démen-

ces précoces dégénératives ou de démences séniles), il est possible d'en rattacher un certain nombre — et probablement un grand nombre — à une syphilis larvée. En témoignent, soit la notion d'un chancre dans les antécédents, soit des réactions sanguines positives ou sub-positives. Il ne faut compter que rarement sur une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien. Par contre, l'albuminose, la courbe du benjoin colloïdal, dont la précipitation s'étend à droite ou à gauche, ou simultanément, des deux côtés, les réactions de flocculation (globulinose, Meinicke, Takata-Ara), indiquent l'existence d'une atteinte du système nerveux. Celle-ci peut d'ailleurs être mieux — quoique toujours imparfaitement — mise en évidence par une réactivation. D'autre part, existent souvent des signes physiques (modifications des réflexes tendineux ou pupillaires) souvent superposables à ceux que l'on rencontre dans la syphilis du névraxe. Enfin, les conditions d'apparition de la psychose, les réactions médico-légales fréquentes, surtout au début, une sorte d'affaiblissement et d'euphorie plus ou moins puérile, ou de dépression hypochondriaque, complètent fréquemment le tableau clinique. On peut se demander dans quelle mesure le terrain intervient dans leur pathogénie : soit terrain de syphilis héréditaire avec virulence atténuée, soit rôle des traitements antérieurs lors d'une syphilis primaire reconnue et traitée, soit enfin affections intercurrentes (paludisme, typhoïde, etc.).

Quoi qu'il en soit, ces formes frustes de neuro-syphilis ne sauraient être négligées. En dehors de leur intérêt médico-légal, quelques améliorations, dans quelques cas, pourtant tardifs, ont été obtenues. Il n'est pas interdit de penser que serait indiqué, ne fût-ce qu'à titre d'épreuve indirecte, le traitement de certaines de ces formes, même en l'absence de syphilis connue ou de réactions sanguines positives. Des réactions liquidiennes liminaires s'associant à ces états cliniques constitueraient au besoin une indication complémentaire du traitement.

NOUVELLE NOTE RELATIVE AUX PSYCHOSES GRIPPALES

PAR

C. I. URECHIA (de Cluj, Roumanie)

Dans deux notes précédentes, je me suis occupé des psychoses grippales (*Ann. Méd.-Psych.*, 1931, p. 177, et 1933, p. 455). Une nouvelle petite épidémie de ces psychoses m'a déterminé à y revenir. Dans le cadre de cette note, je veux insister sur quelques points cliniques, de même que sur la nature de ces psychoses. Dans l'intervalle de trois mois, nous avons eu huit cas dans notre clinique. En contrôlant les diagnostics des cliniques médicales, de même que de plusieurs autres hôpitaux, nous avons pu nous convaincre qu'il ne s'agit pas d'une vraie épidémie de grippe, et qu'il n'existe dans la population de la ville et des régions avoisinantes que de simples refroidissements qui ne dépassent pas le taux habituel à cette saison ; et que ces prétendues gripes ne présentent pas en général de complications. Et à ce point de vue, se pose la nature de ces psychoses. La grippe qui est assez protéiforme, et variée comme gravité, et en partie comme localisation, d'après des épidémies, n'a pas une étiologie assez bien établie. Nous ne possédons pas non plus des réactions biologiques précises pour affirmer ou infirmer la nature grippale d'une affection. Peut-on si facilement étiqueter de grippale, une affection qui se caractérise seulement par de la fièvre ? et de psychose grippale une affection se caractérisant par une fièvre plus ou moins élevée et des troubles psychiques ? Une analyse un peu scrupuleuse nous impose des réserves, parce que ces psychoses ont apparu, dans une époque où il n'existait pas une épidémie de grippe, et parce que le mouvement fébrile n'est pas suffisant d'affirmer la nature grippale de ces psychoses. D'autre part, ces psychoses n'ont pas été observées pendant l'été, et elles se répètent depuis quelques années pendant la saison froide, avec une

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Juin 1938.

fréquence variable suivant les années. Vis-à-vis de ces considérations, nous devons faire des réserves et nous demander s'il s'agit des psychoses grippales, ou d'une autre affection de nature inconnue, ou d'une grippe à affinité spéciale, pour le cerveau ; mais dans cette dernière hypothèse, il est curieux que la grippe conserve cette affinité neurotrophe depuis six ans, car nous savons que ces affinités n'ont pas en général une telle durée et qu'elles varient d'une année à l'autre. Nous avons donc fait ces réserves et ces remarques, et jusqu'à une épreuve contraire ou décisive, nous étiquetons ces psychoses de grippales. L'autopsie de quelques cas, que nous avons pu effectuer jusqu'à présent, nous a montré des lésions simplement dégénératives.

OBS. I. — *Tep. Ioan*, 40 ans, nulle tare nerveuse dans la famille, nulle maladie infectieuse dans ses antécédents. Alcoolisme marqué ; le malade étant marchand de vins, il consomme journalièrement des grandes quantités d'eau-de-vie, ou de vin.

Au mois de février 1937, à l'occasion d'une fête dans sa famille, il a bu quatre ou cinq kilos de vin, et a pris froid ; il a fait le lendemain une grippe avec grande fièvre (40-41°1), avec des myalgies et arthralgies, qui ont duré à peu près deux semaines. Le troisième jour de sa grippe, il a commencé d'avoir des hallucinations et idées délirantes. Il voyait en effet un nain avec une grande barbe, tout aussi longue que lui, qui tenait un drapeau noir à la main et se postait toujours près de lui ; un autre très poilu, avec une grande barbe noire, et un habit de fourrure qui se postait près de la porte ; un autre nain enfin à la figure d'un ange « habillé en blanc et avec un drapeau blanc à la main. » « Les nains à drapeau noir me faisaient signe de la tête de fermer les yeux, tandis que moi au contraire je faisais signe de ma tête que j'irai à l'hôpital où je vais guérir ; ils me faisaient cependant continuellement des signes que je vais mourir. Ces deux nains hideux étaient accompagnés par la « grippe », un fantôme horrible qui attendait dehors que je meure. Je voyais aussi deux musiciens avec des instruments ressemblant à un appareil photographique, et des pieds qu'ils pouvaient allonger ou écourter à volonté, qui suivaient ma voiture en chantant ; quand la voiture s'arrêtait, ils s'arrêtaient aussi ; ils m'ont conduit au prêtre qui m'a communiqué, et puis en criant après moi « la grippe, la grippe » m'ont reconduit à la maison et m'ont mis dans mon lit, tandis que dehors « les gripes » en société se sont amusées jusqu'au lendemain. Ces fantômes m'appelaient auprès d'eux, mais ma femme qui restait tout le temps près de moi m'a aidé à résister jusqu'à ce qu'ils soient partis. Un autre jour quelqu'un me donne l'ordre de me présenter immédiatement dans un village voisin, où je recevrais l'ordre que je leur appartienne ; je communique, contrarié, ce fait à

ma femme, mais à peine assis dans mon lit je me trouve à l'endroit indiqué où se trouvait le paradis et l'enfer ; « la grippe » se lance sur moi pour m'attraper, mais ma femme m'a sauvé. Des vedettes m'ont dit d'aller un peu plus loin, où se trouve le patron ; chemin faisant je rencontre un gendarme qui me demande ce que je cherche, auquel j'ai répondu que je suis cité par son chef. Plus loin je rencontre un homme avec un grand chapeau, lequel interrogé par mon serviteur, lui répond qu'il est le Dieu. Le serviteur l'a prié de m'élitberer à la maison et le Dieu lui a demandé si j'ai des péchés ; le serviteur a montré un morceau de bois long de 10-12 mètres, et un autre identique qui se trouve dans la forêt, et qui constituent mes péchés ; le Dieu m'a pardonné pour le premier morceau de bois, et pour le second il a ordonné de mettre une monnaie auprès de lui, et d'aller visiter l'enfer et le paradis ; en même temps il lui montre sur un papier la liste de mes péchés, en me disant de ne plus injurier le Dieu. Je suis allé en conséquence le long d'un ruisseau pour voir l'Enfer et le Paradis ; je n'ai pu trouver le Paradis qui se trouvait situé au-delà d'un grand feu, mais j'ai trouvé l'Enfer. L'Enfer était constitué d'un grand étang vert, rempli de flèches, et le serviteur m'a dit que là-bas se trouve tout ce que la « grippe » peut ramasser. Un autre jour « la grippe » vient de nouveau et se promène autour de la maison, se montre aux fenêtres, et me lance des courants électriques qui me paralysaient dans mon lit ; un ami vient me voir, et des musiciens envoyés par la « grippe », en chantant, veulent m'emmener, et me tuer ; je raconte toutes ces choses à mon ami, qui me dit de ne rien craindre car il va me sauver, et en les menaçant d'un couteau, les musiciens ont disparu. Un autre jour beaucoup de bohémiens sont arrivés avec des tonneaux remplis de vin, qu'ils distribuaient le long de la rivière à tous les marchands de vin. Les gendarmes les ont battu et ont versé le vin dans la rivière. Plusieurs bohémiens et ennemis accompagnés par la « grippe » ont fait tout le possible pour me tuer. La grippe avait une figure terrible, avec un grand bec de vautour et des cornes de cerf. » Après trois semaines en moyenne tous ces symptômes ont disparu. Mais comme le malade est encore très inquiet et un peu agité à la suite de ces hallucinations, il va consulter de nouveau un médecin qui soupçonne une psychose et l'envoie chez nous. A l'examen physique, on ne constate rien d'anormal. Rien d'anormal dans l'urine et dans le liquide céphalo-rachidien. A l'examen psychique on ne constate qu'une seule anomalie ; le malade qui se rend compte que tous les symptômes racontés n'ont pas existé en réalité et qu'ils étaient dus à la maladie, est venu nous consulter et nous demander un traitement, ayant l'air de craindre une maladie cérébrale, étant inquiet et obsédé par ces onirismes ; il ne peut plus travailler régulièrement à cause de ces idées, qui sont devenues pour ainsi dire obsédantes. Il a même l'air par moments de ne pas être complètement convaincu de l'irréalité de ses idées, et qu'une lutte inconsciente se passe encore dans son intérieur.

Obs. II. — *Bal. Viorel*, 36 ans; nulle tare héréditaire dans la famille, fièvre typhoïde à 13 ans; nulle autre infection ou intoxication.

Au mois de juin grippe avec fièvre élevée pendant 10 à 12 jours, et mouvement sous-fébrile pendant quatre semaines. Après la disparition de la fièvre, il a eu de la céphalée, il sentait la tête lourde, il se sentait obnubilé, obtus, agité, il avait de l'insomnie, et pendant la nuit il avait de la tendance à partir; et quelquefois même il s'habillait et partait à l'aventure dans le village, sans s'en rendre compte. Pendant le peu de temps qu'il avait des cauchemars, il était mordu par des chiens, ou battu et ses os brisés. Depuis deux mois il entend un bruit analogue au chant des poussins; il a peur de son chien qui sent le soufre; il craint que le chien empoisonne ses enfants, et le tue. Le moindre bruit le fait tressaillir et le rend anxieux. Il a souvent l'impression que quelqu'un marche dans le grenier ou dans la cour. Pendant son voyage vers la clinique, il n'a pu retrouver son wagon après être descendu un moment, et à un moment donné il a commencé à rire, en disant que toutes les choses lui semblent curieuses et bizarres. Il a plusieurs fois maltraité sa femme, qu'il soupçonnait de le tromper ou qu'il accusait de ne pas travailler; il observait comme sa femme parlait sur son compte avec sa belle-mère, se faisaient des signes, ou se taisaient en sa présence et le taxaient de fou vis-à-vis de sa famille quand il avait l'air de ne pas observer ce qu'elles disaient. Sa femme et la famille craignant d'être tuées l'ont amené dans notre clinique.

A l'examen physique et neurologique on ne constate rien d'anormal. La ponction sous-occipitale est négative, l'urine ne contient ni albumine ni sucre.

A l'examen psychique le malade se présente poli et ordonné, et se comporte assez bien. Il se rend compte qu'il a été malade, accorde en partie que quelques-uns de ces symptômes ont été dus à la maladie, mais reste encore convaincu que son chien sentait le soufre et qu'il était capable d'empoisonner ses enfants, que quelqu'un marchait dans son grenier et que sa femme ne travaillait pas suffisamment; sa figure traduit encore des préoccupations.

Un mois plus tard il se rend compte de la nature de ces idées, et quitte la clinique complètement guéri.

Obs. III. — *N. Nicolas*, 29 ans, nulle tare héréditaire dans la famille, scarlatine à trois ans, compliquée d'otite chronique; à 10 ans, paludisme.

Le 18-11-1937 il fait un petit mouvement fébrile, ce qui ne l'empêche pas de sortir, et le lendemain matin, à la grande surprise des collègues et des élèves (notre malade est professeur) apparaît à l'école en costume blanc, d'été, il est très gai et rit beaucoup, en parlant à tout le monde. Le directeur du lycée lui demande pourquoi s'est-il habillé au mois de novembre, comme en plein été, et il répond qu'il veut être bien mis pour l'heure d'exercices physiques. Dans l'après-

midi, pendant qu'il était avec son directeur, il le salue et le quitte brusquement en disant qu'il va faire son cours ; mais il n'avait pas de cours, et en même temps il était en train d'arranger une question administrative. Le soir vers 10 heures il est vu posté au coin d'une rue, restant sans aucun but, tout à fait seul et un peu confus ; plus tard il reste aussi sans bouger vis-à-vis du jardin public, et interrogé par un ami qu'est-ce qu'il fait là-bas, il devient violent et l'injurie en le menaçant. Ses amis voyant son état ont annoncé la police qui l'a transporté à l'hôpital, où il est devenu violent, a crié, a menacé, a été incohérent.

Transporté dans notre clinique — 19-11-1937 — on constate : rien d'anormal à l'appareil respiratoire, température 37°6 le soir, 37°2 dans la matinée ; langue saburrale, hyperhémie des amygdales et du pharynx, le foie et la rate ne sont pas sensibles à la palpation, ou hypertrophiés à la percussion. L'urine ne contient ni albumine, ni sucre. Dans la ponction sous-occipitale : Pandy : opalescence, lymphocytes : 4, réaction colloïdale et Bordet-Wassermann négatifs. A l'examen du système nerveux rien d'anormal. Au point de vue psychique une agitation psycho-motrice du type plutôt maniacal. Le lendemain le malade est relativement calme, mais il est fatigué, asthénique et dépressif ; il répond tardivement et d'une voix faible à nos questions, et l'examen méthodique de ses facultés ne montre aucun trouble. Cet état cependant ne dure que peu de temps, quelques heures seulement, et l'agitation recommence. Il a la conscience de sa maladie et nous dit comme il a eu de la fièvre et a senti la bouche et la gorge sèches, et qu'il s'est senti très nerveux.

20-11 : mouvement sous fébrile. Vers le soir avec l'ascension fébrile, agitation, avec une nuance confusive.

22-11 : refus d'aliments ; accalmie de quelques heures suivie d'agitation avec idées délirantes de persécution ; il craint d'être assassiné par ses concitoyens parce qu'il a des sympathies pour les parties d'extrême-droite. Le lendemain et les jours suivants les mêmes idées persistent.

25-11 : anxiété et idées de persécution ; il nous prie de le protéger et le sauver car il n'est pas fautif ; il n'est pas fou et il est injustement accusé d'avoir répandu des manifestes incendiaires. Il énumère plusieurs collègues qui le persécutent et l'accusent de fascisme ; il refuse de boire l'eau qu'on lui offre, et prend tout seul un verre d'eau au robinet après avoir soigneusement lavé le verre qu'il soupçonne d'être empoisonné. Les fascistes lui ont proposé de s'inscrire dans leur parti et comme il a refusé on a essayé de l'empoisonner avec des gâteaux. Un canif qu'il avait dans sa poche a été magnétisé et par ce magnétisme a été involontairement attiré vers une maison où siégeaient les fascistes ; il a observé des lumières qui s'allumaient irrégulièrement et qui étaient des signaux.

Il a des phases courtes d'accalmie suivies de phases plus longues

d'agitation quand il déchire ses vêtements et les draps du lit. La température oscille entre 37°6 et 38°.

26-11 : la température monte de 37°2 à 38°9 ; même état d'agitation apparaissant après l'ascension fébrile.

27-11 : la température monte pendant la nuit à 40°3 et le malade est extrêmement agité ; le lendemain la fièvre tombe à 37°2 et le malade est calme ; il croit avoir du poison au niveau de la rate et cherche à se produire des vomissements pour s'en débarrasser ; le soir la fièvre ne monte qu'à 37°6.

28, 29, 30-11, 1, 2-12 : la fièvre ne monte qu'à 37°4.

Le 3-12 et les jours suivants, pas de fièvre.

6-12 : complètement normal, se rend compte et se rappelle de ses troubles psychiques. Il se sent fatigué et asthénique.

Quitte la clinique le 15-12.

Obs. IV. — *Rub Ana*, 45 ans, une sœur avec psychose périodique. Pneumonie à 30 ans, rhumatisme sous-aigu à plusieurs reprises ; deux enfants nés prématurément et morts. Malade depuis deux mois, quand elle a eu une grippe avec 39° qui a duré cinq jours. Trois jours après la disparition de la fièvre, apparaissent les symptômes psychiques. La malade se sent fatiguée et déprimée, elle pleure et se lamente qu'elle va mourir et que ses enfants resteront sans appui. Elle croyait porter un fardeau sur son dos, accusait des douleurs dans le thorax, et dans l'abdomen, avait de l'insomnie, et de l'inappétence, et devenait par moments confuse.

Internée dans la clinique on constate un mouvement sous-fébrile qui ne dépasse pas 37°2. Au cœur les bruits sont un peu sourds, pouls 80, tension 13-7 ; rien d'anormal au foie, à la rate, au système nerveux, l'urine ne contient ni sucre, ni albumine. Dans la ponction sous-occipitale : Pandy opalescent, lymphocytes 8, urée sanguine 0,60 centigrammes ; les réactions colloïdales et le Bordet-Wassermann sont négatifs. Au point de vue psychique agitation psychomotrice avec incohérence, fuite des idées, logorrhée, et notes confuses ; par moments des idées dépressives : « J'ai beaucoup souffert, vaut mieux mourir » ; tendance à l'automutilation. Inappétence.

1-12 : parle très peu spontanément ; en s'inquiétant sur ses enfants, et en gémissant. Agitation motrice, avec obnubilation ; inappétence, quelquefois de l'incontinence urinaire. Le pouls est accéléré, et dépressible, les bruits cardiaques sont très sourds. Malgré tous les toniques cardiaques qu'on a administré la malade succombe le lendemain. L'autopsie a été refusée par la famille.

Obs. V. — *Sz. Iolande*, 18 ans, un frère de la malade est aliéné ; à part une mastite, nulle autre maladie infectieuse ou toxique.

Dix jours auparavant avait une température atteignant 39°8 qui a duré deux jours, après quoi un mouvement sous-fébrile qui a duré encore dix jours. Pendant le mouvement fébrile la famille a remarqué des troubles mentaux, elle tenait des propos incohérents, était

irascible, mettait à la porte les membres de la famille qui venaient s'intéresser à elle, n'en voulait pas de son enfant, était inappétente. L'état persiste même après la guérison, et la famille l'amène chez nous. A l'examen physique et neurologique on ne constate rien d'anormal ; la température ne dépasse pas 37° ; l'urine ne contient ni albumine, ni sucre, la ponction sous-occipitale est négative. Au point de vue psychique on constate un état d'obnubilation légère ; elle a le regard hagard et sans expression, semble fatiguée, répond tardivement et après des efforts à nos questions, et dans ses réponses on constate une légère confusion. Après trois jours elle devient calme et complètement normale, se sentant seulement fatiguée et asthénique. Elle se rend compte de sa maladie, mais ne se rappelle que très peu de son agitation et des choses passées pendant deux semaines.

OBS. VI. — *Mur. Eugénie*, 26 ans, nulle tare héréditaire dans la famille, menstruation tardive à 16 ans ; aucune maladie infectieuse ou toxique.

Malade depuis dix jours quand elle a eu la grippe avec température élevée pendant trois jours ; le quatrième jour, quand la fièvre descend à 37°2, la malade devient confuse, elle regarde toutes les personnes de son entourage avec curiosité sans les reconnaître ; répond tardivement, après efforts, et en disant qu'elle ne peut pas réfléchir ; elle pleurait souvent et avait des hallucinations, voyant souvent le fils de sa sœur qui est mort depuis deux années ; s'alimente très peu, et après insistance, dort très peu, et reste beaucoup de temps immobile et sans aucune initiative.

A l'examen physique température qui monte le soir de 37°2 à 37°8 ; rien d'anormal dans le reste de même qu'à l'examen psychique ; l'urine ne contient pas d'albumine, la ponction sous-occipitale est négative. Au point de vue psychique les mêmes symptômes cités dans l'anamnèse.

Après cinq jours la température ne monte plus qu'à 36°8 et la malade devient complètement claire et elle nous raconte qu'au commencement de la maladie quand elle regardait d'un air curieux la famille qui l'entourait elle les voyait malades, avec des figures maigres, pâles et souffrantes, qu'elle n'osait pas parler n'ayant pas la certitude si ces membres de la famille sont vraiment malades ou si ce n'est qu'une simple illusion ; d'autres fois elle hésitait de répondre craignant de ne pas dire des bêtises et n'ayant pas la certitude si elle se trouve dans une clinique ou à la maison ; elle doutait de tout, avait une peur vague, et une conscience vague de son état maladif, la dominait. Elle nous dit en même temps qu'elle avait aimé l'enfant de sa sœur aînée et qu'elle désire d'être mariée aussi et d'avoir des enfants.

OBS. VII. — *Pres. Ana*, 23 ans, sans tare nerveuse dans la famille, menstruation à début tardif à 16 ans ; nulle maladie infectieuse dans ses antécédents.

Malade depuis deux semaines à l'occasion d'une grippe qui a duré une semaine avec une grande fièvre. Le quatrième jour de sa maladie elle s'est agitée brusquement avec logorrhée, incohérence, accès de rire, agitation motrice ; en même temps des hallucinations visuelles, animaux menaçants, serpents, chiens, loups, qui la rendaient anxieuse. Quoique depuis cinq jours elle n'a plus de fièvre, les symptômes persistent, et la famille alarmée, l'amène dans la clinique.

A l'examen physique on constate des ecchymoses multiples sur les membres supérieurs et inférieurs ; pas de mouvement fébrile, l'urine ne contient pas d'albumine ; la ponction sous-occipitale est négative. Au point de vue psychique le tableau de la manie confuse avec une grande labilité émotive, pleurant assez souvent et racontant des choses tristes ; demande des injections, frappe les autres malades ; aime beaucoup les enfants, qu'elle confond souvent avec son propre enfant.

Guérison après trois semaines.

Obs. VIII. — *Sil. Grégoire*, 37 ans, sans tare nerveuse dans la famille ; a eu une infiltration du sommet pulmonaire droit dont il est guéri.

Malade depuis quinze jours ; il a pris froid et n'a pas mis de thermomètre. Il a continué à sortir pour son travail ; mais le quatrième jour il présente des troubles psychiques qui déterminent son internement. Le malade est pâle ; tension artérielle 15-8, température 38 le soir, 36,5 le matin ; le mouvement sous-fébrile se maintient pendant un mois ; l'urine ne contient pas d'albumine ; la ponction sous-occipitale est négative ; anémie ; globules rouges 3.640.000, hémoglobine 70 0/0.

Au point de vue psychique on constate une confusion mentale asthénique, avec un tableau classique que nous croyons inutile de décrire.

Ces huit nouveaux cas, à part les caractères communs à toutes ces psychoses en général, nous obligent cependant d'insister sur quelques points. Nous n'avons pas la prétention de relever des choses inconnues, mais seulement de mettre en relief des symptômes peu décrits et surtout trop peu interprétés. Chez quelques-uns de nos malades, on pouvait très bien constater, traduites d'une manière symbolique ou délirante, des peurs ou des préoccupations émotives, déterminées par la maladie, et qui traduisaient une lutte et une déformation entre le conscient et le sous-conscient.

Chez le malade de notre première observation, on observait la crainte qu'il avait de mourir, qui se traduisait par les nains avec les barbes noires et des drapeaux noirs, de même que par d'autres symboles comme « la grippe » ou « les grippons », un monstre avec des cornes et un bec d'oiseau, par les monstres qui

l'attendaient dehors et l'invitaient de venir, par des musiciens qui l'accompagnaient, comme on accompagne un cortège funèbre, etc., et en même temps, son désir et son espérance de guérir et d'échapper à la mort (le délire d'espérance, ou le désir délirant), traduits symboliquement par les nains blancs avec des drapeaux blancs, symbolisant les anges gardiens, par la protection de sa femme, et de ses amis ; il a vu le Dieu qui lui a reproché ses péchés ; mais en même temps l'a pardonné ; il a vu l'enfer et le paradis. Ce malade était en même temps un alcoolique et il se faisait des reproches, et en même temps il craignait que cette intempérance n'aggrave sa maladie ; dans son délire, en effet, il voyait des bohémiens, avec des tonneaux de vin, que les gendarmes ont versé dans la rivière traduisant son désir de se débarrasser de la toxicomanie ; et le Dieu qui lui a fait des reproches qui se rapportent à cette intempérance. On voit donc comment les préoccupations du malade, ses craintes de mourir, les reproches qu'il se faisait de son alcoolisme, se sont imprimés et traduits dans ses idées délirantes, en même temps que son désir d'échapper à la mort. Toutes ces idées traduites symboliquement dans son délire méritent d'être relevées. Des idées du même genre et d'un mécanisme plus ou moins identique se retrouvent dans l'observation II ; le malade craint que son chien qui répand une odeur de soufre pourrait empoisonner ses enfants, et le tue ; et en même temps il vagabonde pendant la nuit ; il a donc transmis sur ses enfants la crainte de mort, et en même temps s'enfuit de la maison, pour se dérober au danger d'être empoisonné. Dans la troisième observation, le malade craint d'être empoisonné et nous prie de le sauver. Dans la sixième observation, nous voyons aussi comme la malade transposait son état sur les membres de sa famille, qu'elle voyait pâles et malades, et le désir de ne pas mourir, par la conviction que son petit-neveu n'est pas mort. Dans la dernière observation, enfin, on voit comme la malade, quoique confuse, demande des injections. On pourrait dire, à propos de quelques-unes de ces observations, que dans le tableau confusif on peut distinguer par transparence et par moments, l'effort du conscient, qui ne réussit qu'à se traduire dénaturé et symbolique. Cette crainte de mort et le désir de s'en échapper peuvent être rencontrés aussi dans beaucoup d'autres psychoses, et nous les avons signalés par exemple dans quelques cas de psychoses post-opératoires (*Archiv. internat. de Neurol.*, 1937, p. 241). Elles sont à rapprocher aussi du « délire de mort », qu'on peut constater dans différentes psychoses, dans le rhumatisme cérébral, etc.

Comme nous le disions donc, ces faits méritent une plus grande attention, et leur mécanisme ne manque pas d'être intéressant.

UNE FORME DE GLOSSOLALIE

Glossolalie par suppression littérale

PAR

GUILHEM TEULIÉ

La glossolalie est un syndrome psychiatrique rare : seuls quatre cas en ont été publiés, à notre connaissance. Le premier (1910) est celui d'un malade de Maeder, qui appelait son langage néologique la « Langue des Excellences ». Le deuxième (1921) est celui d'une Allemande, observée par Tucek, qui disait parler « français » ou « latin » et en réalité employait un langage néologique. Le troisième (1925), publié par Cénac, est celui d'une femme qui parlait la « Langue des Elus ». Le quatrième (1927) est celui d'une malade observée par nous-même.

Le syndrome qui fait l'objet de l'étude présente est aussi une glossolalie, mais une glossolalie différente par sa forme de celles des quatre malades précédents. Les néologismes y sont créés par un mécanisme psycho-linguistique particulier.

Voici l'observation :

OBSERVATION

Antécédents et histoire de la maladie

Mlle G..., âgée actuellement de 55 ans, est une pensionnaire de l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne).

Elle est née à Paris, en 1882, d'une mère plus tard décédée à 52 ans, après cinq ans de paralysie, et d'un père inconnu. Elle n'a ni frère ni sœur. Elle n'a aucune famille. Seule, une ancienne amie écrit de temps en temps au médecin pour avoir des nouvelles et lui adresse quelque argent.

Enfant, Mlle G... est mise de bonne heure à l'école. Tandis que sa mère travaille dans un bureau de tabac ou fait des ouvrages de couture, la petite fille va en classe. « Elle aimait bien l'étude, dit-elle ». Elle obtient, en effet, dès onze ans, son certificat d'études primaires.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Juin 1938.

Elle reste encore un an à l'école, puis entre dans un ouvrage religieux pour apprendre la couture. Elle y reste quelques années tout en continuant d'habiter chez sa mère. Puis, un jour, elle s'installe chez les religieuses où elle est chargée de la surveillance d'enfants de trois à seize ans. A cette époque elle ne va plus voir sa mère que tous les trois mois.

A 23 ans, elle fait un essai de vie religieuse chez les sœurs garde-malades d'Angers. Après deux ans elle renonce parce que, dit-elle, elle avait des difficultés morales, des doutes.

Elle est alors garde-malade laïque pendant un an. Mais son âme mystique n'est pas satisfaite. Elle fait une demande au Carmel pour être religieuse tourière. Elle reste dans cet ordre neuf mois, après lesquels elle abandonne encore la vie religieuse, ayant des doutes sur sa vocation, dit-elle.

Au cours d'un voyage à Lourdes, effectué à 27 ans, et payé sur les économies faites au cours des années précédentes, elle rencontre une sœur d'un autre ordre qui la présente à sa Supérieure. Elle est agréée et reste dans cette nouvelle congrégation où elle soigne des malades. Mais au bout d'un an elle s'en va encore. « Je cherchais ma voie, dit-elle ».

Par la suite, elle travaille pour son compte, soignant à domicile des malades que lui indique l'Institut catholique. Elle mène une vie des plus modestes, gagnant de dix à douze francs par jour.

Pendant la guerre, sa situation devient plus misérable encore. Elle travaille dans des ouvrages religieux pour les blessés. Elle est nourrie et gagne un franc par jour. « La guerre, c'est dur, dit-elle ».

Après 1918, elle fait successivement des robes d'enfants, puis de la lingerie de luxe et enfin de simples raccommodages. Elle vit grâce à l'Armée du Salut qui l'héberge.

Enfin, un soir d'avril 1925, étant sans travail depuis plusieurs jours, à peu près à bout de ressources, elle décide de prendre quelques provisions et « d'aller mourir tout gentiment ». Elle est arrêtée par la police au Bois de Boulogne et conduite à la Maison de Santé de Nanterre.

Là, elle se fait remarquer par ses troubles mentaux. Elle est transférée à l'Infirmierie Spéciale du Dépôt où elle fait l'objet du certificat médical suivant : « Automatisme mental avec idées de possession, d'influence et de persécution. Quelques interprétations morbides. Des personnages disparaissent dévorés par les anthropophages (*sic*) ; ceux-ci sont des individus dont l'esprit est allé habiter dans le corps des bêtes et est devenu carnassier. Métempsychose. Devenus anthropophages, ils sont capables de dévorer d'autres hommes et de les restituer ensuite. Mouvements spéciaux des mâchoires des anthropophages. Elle-même a senti qu'elle était dévorée et que son esprit était au pouvoir des anthropophages. Prise et écho de la pensée d'autrui. Elle a l'intuition des âmes par la grâce de Dieu. Hallucinations auditives. Monosyllabes et bruits inarticulés. Hallucinations

psycho-motrices surtout d'ordre génital. Des personnes qui ne sont pas des anthropophages mettent les corps ensemble et les obligent à faire des mouvements qu'on ne doit faire que lorsqu'on est marié. Troubles cénesthésiques. Souffrances. Malaises. Se sent engouffrée, étouffée. Illusions visuelles. Géants qui ne peuvent être que les anthropophages. Idées mystiques. Sentiment de protection, de providence divine. Lutte entre Dieu et les anthropophages. Ceux-ci sont quelquefois homicides contre la loi de Dieu. Quelques tendances paranoïaques. Ton irrité, hautain. Récriminations. Désordre des actes. Trouvée errante au Bois de Boulogne. Misère. Hospitalisée à Nanterre. Aurait présenté des impulsions violentes. Aucun signe neurologique. »

Les certificats médicaux dont, par la suite, Mlle G... est l'objet tant à l'Asile Clinique Sainte-Anne qu'à l'Asile de Maison-Blanche, indiquent qu'elle est atteinte de délire hallucinatoire mystique évoluant sur un fonds mental de faible niveau.

En 1933, la malade est transférée de l'Asile de Maison-Blanche à celui de Vauclaire, en Dordogne. A cette époque les idées délirantes mystiques dominent les idées de persécution. Mlle G... emploie son temps à se perfectionner constamment. En particulier, elle modifie son langage pour en éliminer ce qui peut avoir un caractère vulgaire; elle supprime des consonnes et des syllabes qui ne lui paraissent pas convenables et s'exprime ainsi en un langage néologique dont on trouvera l'étude plus loin.

Etat mental actuel

Actuellement, Mlle G... est une vieille demoiselle qui mène dans un quartier d'aliénés une vie toute de discipline et de piété. C'est une femme plutôt petite, portant physiquement ses 55 ans.

Elle se présente correctement chaque fois que le médecin lui demande de venir s'entretenir avec lui. Elle arrive les mains jointes sur l'abdomen à la façon des religieux, un gros sac noué à l'un de ses poignets, les yeux baissés, la tête enveloppée jusqu'au cou d'une voilette protectrice qu'elle a confectionnée spécialement au crochet. Certains jours, désirant faire honneur à qui la reçoit, elle porte des gants, eux aussi très adroitement fabriqués en dentelle au crochet.

Elle n'est pas toujours d'égale humeur. Certaines fois, très aimable, elle cause volontiers. D'autres fois, surtout si elle a été contrariée, elle répond tout net qu'elle n'a pas de temps à perdre en paroles inutiles.

Interrogée au sujet de sa voilette protectrice, elle explique que « lorsque certaines autres malades ouvrent la bouche sur elle ou lui tirent la langue, un esprit ou un autre s'accroche à cette voilette » qu'elle est obligée de secouer pour l'en débarrasser. Sans voilette elle éprouve une « surexcitation des muscles du visage » ou bien « on la trafique dans la vue et on la fait coudre de travers », ce qui l'oblige

à riposter violemment aux personnes qui l'ennuient. C'est là une protection « à la façon dont Jésus-Christ portait ses cheveux longs jusqu'aux épaules ». Quant à ses gants, elle les porte parce que « c'est plus convenable et plus propre ».

Ces quelques considérations sur son accoutrement indiquent déjà quelles sont les tendances de Mlle G... : le mysticisme et le perfectionnement de soi-même.

Autrefois la malade était en relations suivies avec Dieu. Non seulement elle l'entendait, mais elle le voyait tous les jours. Actuellement, elle ne le voit plus, mais elle l'entend encore. Il lui parle, mais de plus en plus rarement. Elle sent qu'il « se retire d'elle », il la conseille, la félicite si elle fait bien, la réprimande si elle se laisse aller, la défend contre les gens qui voudraient lui faire du mal. En particulier, il la défend contre le Diable qui se manifeste surtout sous la forme « d'anthropophages ». Les « anthropophages » sont des êtres malfaisants que personne ne voit et qui sont en lutte constante avec Dieu. Elle les entend parfois, mais surtout elle constate leurs actes néfastes : ils font disparaître les gens, ils créent des difficultés aux chrétiens ; c'est ainsi qu'ils donnent assez souvent de l'incontinence d'urine à cette pauvre demoiselle. Parfois le Diable prend d'autres formes ; c'est ce que Mlle G... appelle la métempsychose.

Bref, la malade est l'objet d'hallucinations auditives antagonistes. Son être est le lieu d'une lutte constante entre Dieu, qui la protège, et le Diable, qui agit sous diverses formes pour tenter de la faire pécher. Elle se protège des mauvaises influences de celui-ci par de nombreux signes de croix qu'elle fait chaque fois qu'il est nécessaire, c'est-à-dire quand elle entre dans une pièce, quand elle commence à parler, quand elle prononce un mot malpropre, etc...

Elle est aussi l'objet d'hallucinations psychiques qu'elle attribue à Dieu : « Quand le bon Dieu m'instruit, c'est sans bruit de paroles, dit-elle. C'est une idée qui passe ; on ne peut pas expliquer ça. C'est comme une voix sans paroles. C'est de l'entendement intérieur. C'est une idée qui nous est proposée. »

L'attitude religieuse de Mlle G... a frappé le personnel de l'établissement qui spontanément l'a appelée « Sœur G... ».

Une conséquence naturelle du mysticisme de la malade est le perfectionnement d'elle-même auquel elle travaille constamment. Elle cherche à mener le plus possible une vie correcte et exempte de péchés.

C'est ainsi qu'elle fait un signe de croix dès qu'elle entre dans le bureau du médecin, puis elle attend debout qu'on l'invite à s'asseoir et elle ne parle que si on l'interroge.

Elle explique que si elle voulait mourir quand on l'a arrêtée au Bois de Boulogne ce n'était pas pour se suicider, mais seulement pour éviter de faire des dettes et gagner ainsi « tout gentiment le royaume de Dieu ».

Elle estime que celui qui fait bien est récompensé et celui qui fait mal est puni. Elle est d'ailleurs aidée par Dieu qui la guide constamment. Il lui dit de ne pas perdre son temps et elle fait chaque jour le compte de ses heures de travail. Elle s'occupe au ménage, au raccommodage et à ses moments libres elle transcrit les Évangiles. Quand elle coud et qu'elle est tentée de perdre un petit bout de fil, une « inspiration » (hallucination psychique), émanant de Dieu, lui fait savoir qu'elle doit l'employer.

Quand elle oublie un de ses devoirs, c'est que quelqu'un l'empêche d'accomplir correctement sa tâche. « Il y a toujours, dit-elle, des gens plus ou moins consciencieux pour vous dérober. Si j'oublie un de mes devoirs, le lendemain je me dis que c'est quelqu'un qui m'a encore dérobée. »

Elle évite de donner du travail aux gens. Ainsi elle réclame sa sortie, mais ne se résigne que très exceptionnellement à envoyer une lettre en ce sens parce qu'elle « ne veut pas faire marcher les facteurs. Ça ne lui porterait pas bonheur de faire marcher les gens par le mauvais temps ».

À côté de son mysticisme et de son désir de perfectionnement la malade présente des idées délirantes bizarres. Ainsi elle voudrait, à sa sortie de l'asile, obtenir une place de couturière au Jardin des Plantes, pour se procurer une mâchoire de quadrumane (animal qui s'apparente le plus à l'homme), de façon à faire remplacer les vingt et une dents qui lui manquent. Il est indispensable qu'elle obtienne cette mâchoire, car actuellement elle est obligée de se servir des mâchoires de ses voisines. Quand elle se sera procuré une mâchoire de singe, elle « réduira les dents en poudre, fera bien bouillir et boira le bouillon. Ce qui en restera elle l'écrasera avec un marteau, le passera dans un moulin à café et le prendra dans la boisson par pincées, à la façon d'une poudre médicamenteuse. Ses dents repousseront, comme nos muscles se renouvellent lorsque nous mangeons de la viande ».

Mlle G... a besoin de lunettes, l'âge affaiblit sa vue, mais elle croit que c'est des gens qui agissent sur ses yeux « parce qu'ils sont malades eux-mêmes ». — « Ces gens se servent de sa vue parce que la leur est malade, de même qu'elle se sert, elle, des mâchoires en bon état d'autres personnes. C'est là, dit-elle, une mauvaise idée. Il vaut mieux s'adresser aux animaux pour remplacer les organes en mauvais état. De même qu'on greffe les arbres on doit *émonder* le monde qui n'a pas bonne santé. »

De même, on peut prendre auprès d'autres personnes de l'énergie vitale quand on en manque soi-même. C'est ainsi que des femmes mariées envoient leurs maris auprès des malades, pendant la nuit, pour leur faire faire provision de vie. Bien souvent c'est à Mlle G... qu'ils s'adressent.

Les troubles mentaux présentés actuellement par le sujet sont l'exagération, sous l'influence de la maladie, de ses tendances congé-

nitales. Mlle G... a toujours mené une vie où le travail et l'honnêteté tenaient la première place. Plusieurs fois elle fut sur le point d'entrer dans les ordres. Elle a eu constamment le goût des cérémonies religieuses. Toute sa vie elle a assisté régulièrement aux offices. Elle n'a d'ailleurs pas de regret de n'avoir pu suivre sa vocation. Elle comprend que c'était là un but à atteindre trop élevé pour elle.

Elle ne souffre pas non plus de sa solitude. Elle estime qu'être seul est le meilleur moyen de n'avoir pas de difficultés. Si elle a songé parfois au mariage, ce ne fut jamais d'une façon bien nette et elle a éprouvé beaucoup plus de satisfactions à se consacrer à Dieu.

Malgré cette sage philosophie, Mlle G... n'est pas indifférente. Elle subit ses misères par amour de Dieu. Mais bien souvent elle réagit assez violemment. Elle demande sa sortie, elle proteste contre la rigueur du régime de l'hôpital et contre les personnes (autres malades ou infirmières) qu'elle considère comme les auteurs de ses hallucinations.

Quant au fonds mental, malgré la longue évolution de la maladie, il n'est pas affaibli. La mémoire est bonne ; la malade est susceptible de raconter en détail toute son existence. La capacité de travail est conservée et Mlle G... s'occupe toute la journée à des travaux de couture ou de ménage. L'intelligence elle non plus n'a pas faibli.

Il y a lieu de signaler toutefois que le fonds mental n'a jamais été d'un niveau très élevé. L'un des médecins qui ont examiné la malade a noté dans un certificat médical : « Faible niveau intellectuel. » L'intelligence de Mlle G... est celle d'une personne qui, malgré une instruction assez poussée et une éducation soignée ne parvenait à vivre que de façon très modeste ; si modeste qu'un jour, ne pouvant plus subvenir à ses besoins, elle avait décidé de se laisser mourir.

En résumé, cette malade est atteinte de psychose paranoïde caractérisée par des hallucinations multiples, des idées délirantes mystiques, de transformation d'organes, de persécution et autres, constituant des systèmes étendus et peu cohérents, des réactions actives et passives. Le fonds mental sur lequel évolue la maladie est congénitalement peu élevé mais n'est pas affaibli.

LE LANGAGE PARLÉ

On est frappé, dès les premières phrases prononcées par Mlle G..., par la présence dans son langage de mots bizarres qui paraissent incompréhensibles. Les phrases sont exprimées en français correct, dont certains mots sont remplacés par des néologismes.

Il ne semble pas que ces troubles du langage existassent lors de l'internement de la malade à Paris. Aucun des certificats médicaux de cette époque n'y fait allusion.

Toutefois, en 1933, à l'arrivée de la malade à l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire, le médecin qui l'examina nota dans son certificat de vingt-quatre heures : « Evite dans le langage tout ce qui peut avoir un caractère terre-à-terre. Elle en est arrivée à se créer un langage nouveau fait de la suppression de consonnes et de syllabes du langage courant. »

A cette époque, elle a des phrases telles que celles-ci :

« On m'a internée parce que je n'avais pas d'argent pour faire mon *afé* (café) ». — « Toute la semaine je travaille mais le *dim* (dimanche) je me repose en *pri* (prières) ». — « Je vois tous les jours le bon Dieu, je le vois dans la *our* (cour) ». — La consonne « c » et les syllabes « ères » sont supprimées parce qu'inconvenantes.

Les modifications du langage de Mlle G... sont, en effet, une conséquence des deux tendances dominantes de son esprit : le mysticisme et le perfectionnement de soi. Voici, d'ailleurs, l'explication qu'elle donne de l'origine de ces modifications : « C'est pour abrégé et que ce soit plus correct. Un esprit m'a donné l'idée de *réoré* (réformer) la langue. J'entendais des voix qui se moquaient de moi quand j'employais certaines syllabes. J'ai compris que je devais *réoré* (réformer) la langue. Toutes les fois que je manquais, j'entendais. Ici c'est le contraire ; on semble ne pas me comprendre quand j'emploie les mots de *réorm* (réforme). Je fais pour le mieux, ça m'est égal. Maintenant c'est adopté, c'est adopté. A moins que j'aurais trop de *diffiue* (difficultés) dans la vie. »

Elle rapproche son langage de celui des enfants : « Je retrouve des fois dans le langage abrégé des mots dits par les petits enfants. Les petits enfants nous en remontreraient, me suis-je dit. C'est à force de causer et d'être déraisonnable qu'on allonge la langue comme ça. C'est le langage des petits. L'Evangile dit : Jésus aime tout petit enfant bien élevé, *le* (leur) *recebé* (ressembler) quand *ve* (veut) *ené* (entrer) au royaume de Dieu. L'enfant est *inspré* (inspiré) de Dieu pour parler. Son langage est plus propre, plus correct, plus *pati* (pratique), ça supprime les mots qui fatiguent l'enfant. »

Bref, les enfants sont inspirés de Dieu pour parler ; c'est pourquoi Mlle G... s'applique à employer un langage ressemblant au leur, qui offre des qualités de correction et d'économie. Les voix qui autrefois se moquaient d'elle quand elle prononçait certaines syllabes, n'ont fait que la pousser en ce sens.

Il y a, dit-elle, onze à douze ans qu'elle travaille à ce langage,

c'est-à-dire depuis les premières années de son internement : « Maintenant, c'est une vraie *abiud* (habitude) et ça serait bien *déconcerte* (déconcertant) si je devais reprendre l'autre langage. »

Malgré cette longue période d'emploi, elle n'a pas encore adopté une dénomination unique pour désigner ce langage nouveau. Elle utilise, selon les gens auxquels elle s'adresse, deux dénominations. « A des gens *itel* (spirituels), je dirais plutôt *réorm de la lang* (réforme de la langue) ; à des gens du monde, je dirais plutôt *abrégé de la lang.* »

En quoi consiste au point de vue linguistique, cette RÉFORME ou cet ABRÉGÉ de la langue ?

Il y a lieu de remarquer que dans le langage parlé (1) seuls quelques mots sont remplacés par des néologismes et ces mots sont le plus souvent des substantifs. Ce langage parlé est constitué de phrases comme celles-ci :

— « Le matin j'ai le *méa* (ménage), je nettoye les brocs, je vais aux corvées, je fais tous les jours au moins deux pièces de *accoda* (raccommodage). »

— « Je ne suis jamais entrée en religion parce que j'avais des *diffiue* (difficultés) pour l'*obéon* (obéissance). »

Quelquefois les néologismes remplacent des adjectifs ou des verbes. Il en est ainsi dans les phrases :

— « Qui fait du bien est *récoen* (récompensé) ; qui fait du mal est *nite* (puni). »

— « Je n'ai jamais beaucoup *verse* (été en relations, conversé) avec ma famille. »

— « Ça nous fait *réfléir* (réfléchir). »

Exceptionnellement, d'autres parties du discours sont remplacées par des néologismes. Ainsi :

« Je demanderai ma sortie *niortou* (n'importe où). »

Mlle G... dit elle-même pourquoi elle ne remplace que certains mots. « Il y a, dit-elle, des mots qui sont *sufiants* (suffisants) comme ils sont. Je ne change pas pour le plaisir de changer ; il y a une raison, une cause. » Cependant, cette raison ou cette cause, si elle est peut-être claire à l'esprit de la malade, paraît bien obscure à tout autre.

(1) On verra plus loin qu'il en est autrement dans le langage écrit.

Mlle G... donne toujours une explication quand on lui demande pourquoi dans un mot elle supprime ou modifie telle lettre ou telle syllabe, mais ces explications sont souvent différentes d'un mot à l'autre et parfois pour le même mot d'un instant à l'autre. Toutefois, c'est presque toujours des raisons de correction, de propreté morale ou d'économie de temps. Ainsi, la malade dit souvent : « C'est pour abrégér. » — « C'est pour que ce soit plus correct. »

Voici quelques exemples particuliers :

— « Pourquoi dites-vous *tavail* pour travail ? » — « Pour ne pas mettre « ra ». On dit dans l'Évangile : « Celui qui dit à son frère R.A.C.A. se fait condamner par le Tribunal du Jugement » (1).

La malade évite de dire *raca*, elle épelle.

— « Pourquoi dites-vous *iorotalité* pour immortalité ? » — « Parce je n'aime pas dire la mort à tout bout de champ. »

— « Pourquoi dites-vous des *révélaons* pour des révélations ? » — « C'est pour ne pas dire la scie. »

— « Pourquoi dites-vous *dima* pour dimanche ? » — « C'est trop long. Et puis, qu'est-ce que ça ressemble dimanche ? »

— « Pourquoi dites-vous *obéon* pour obéissance ? » — « J'abrège pour faire des économies de temps et de papier. »

— « Pourquoi dites-vous *vaio* pour vaisseau ? » — « Parce que seau ça veut dire pas intelligent. »

Pour beaucoup de ces néologismes, il est facile de remonter aux mots qui leur ont donné naissance, c'est-à-dire d'en retrouver l'étymologie. Ainsi : *inspasson* pour inspiration, *diffiue* pour difficulté, *abiud* pour habitude, *téü* pour tenue, *explicition* pour explication, *nouiur* pour nourriture, *dieu* pour odieux, *néceair* pour nécessaire, *indiviel* pour individuel, *réfléir* pour réfléchir, *erdre* pour perdre, *mouir* pour mourir, *retié* pour retirer, *erneleën* pour éternellement, *seon* pour selon.

L'étymologie d'autres mots, par contre, ne saute pas d'emblée à l'esprit. Ainsi, *accoda* est employé pour raccommodage, *mea* pour ménage, *le* pour heure, *ava* pour avance, *fa* pour franc, *saé* pour santé, *éï* pour esprit, *éau* pour épaule, *abné* pour cabinet, *itel* pour spirituel, *récoen* pour récompensé, *tenaé* pour tenté, *nite* pour puni (vient de pénitence), *ciué* pour circuler, *ené* pour entrer, *coën* pour comment.

(1) Saint Mathieu, Chapitre V, verset 22.

De toute façon, que l'étymologie soit apparente ou non, le mécanisme général qui préside à la formation de ces néologismes est la *suppression littérale*, c'est-à-dire la suppression d'une ou plusieurs lettres dans un mot français. Ainsi, *ortier* pour mortier, *ouvage* pour ouvrage, *ot* pour pot, *senible* pour sensible, *enfa* pour enfant, *tenaon* pour tentation, *reedie* pour remédier, etc.

Les lettres supprimées sont le plus souvent des consonnes et plus rarement des voyelles (*evté* pour éviter). Parfois, il y a suppression de syllabes ou de groupes de lettres plus importants que la syllabe (*ècle* pour siècle, *eg* pour église).

Pour certains néologismes au mécanisme de la suppression littérale s'est ajouté celui de la *modification littérale* : certaines lettres sont supprimées et certaines autres sont modifiées. Ainsi : *le* pour heure, *obéon* pour obéissance, *preu* pour prière. Ce double mécanisme est beaucoup plus rare que celui de la suppression seule.

Presque tous ces néologismes sont stables. Ils sont constamment identiques à eux-mêmes. A plusieurs années d'intervalle les mêmes formes verbales gardent le même sens et ce sens est le même que celui du mot français dont elles dérivent. On peut apprécier ce fait par l'examen d'écrits de dates différentes ou par des interrogatoires de la malade à plusieurs mois d'intervalle. Celle-ci nous dit d'ailleurs : « Quand j'ai trouvé une abréviation, je ne change pas, à moins qu'il me vienne une idée meilleure. »

Cependant, certains néologismes n'ont pas encore atteint leur forme définitive, bien que Mlle G... travaille à l'établissement de son néo-langage depuis douze ans. Ainsi, « récompensé » se traduit indifféremment *récoen*, *récouen*, *réconen*, « dimanche » se dit *dim* ou *dima*. De plus, certains mots, rares, sont employés indistinctement dans leur forme française ou dans leur forme néologique. Enfin des mots qui, en français, ont plusieurs sens, sont traduits par des néologismes différents : le père est traduit par *pa* (le père de famille) et par *Re* (le Père éternel).

La malade dit avoir eu l'idée de faire un dictionnaire avec « l'explicitation (explication) des mots ». Il est probable que c'est la modestie de son fonds mental qui l'a empêchée d'exécuter ce projet. Toutefois, elle a bien voulu donner les séries verbales suivantes :

Jours de la semaine : *dima* (ou *dim*), *indi* (ou *undi*), *mad* (ou *ma*), *erc*, *jeud*, *ved* (ou *vend*), *same*.

Mois de l'année : *avié*, *fété*, mars, *avil*, *mi*, juin, *juil*, *out*, *septe*, *octob*, *neveb*, *deceb*.

Adjectifs numéraux cardinaux, *un, deu, troi, at, inc, is, set, it, nef, dis* (10), *onz, douz, teiz, atorz, quinz, seiz, diset, disit, disnef, int* (20), *inteun, intdeu, introi, inteal, intinc, intis, intset, intit, intnef, ent* (30), *enteun, entdeu,...* *are* (40), *areun,...* *inquant* (50), *soiant* (60), *soiandis* (70), *ateint* (80), *ateintdis* (90), *ce* (100), *deuce* (200), *ince* (500), *mil* (1.000), *dimil* (10.000), *cemil* (100.000). On obtient ainsi, par exemple : *ceentset* (137), *deucesoiantteiz* (273).

Les noms propres sont eux aussi transformés. Ainsi : *Céll* pour Cécile, *Emili* pour Emilie, *Marqueit* pour Marguerite, *Maï* pour Marie, *Ma* pour Sainte-Marie, *Jésus Ist* pour Jésus-Christ. Il est à remarquer que le mot « Dieu » n'est jamais modifié.

Très rarement plusieurs mots constituent, en se groupant, un seul néologisme. Tel « ainsi soit-il » qui devient *insoitil*.

La syntaxe de ce langage parlé est à peine troublée. L'ordre des mots est le même qu'en français. Il n'y a pas de schizophasie. Cependant, quelques mots monosyllabiques sont parfois supprimés (articles, pronoms, prépositions, etc...). Cette suppression est rare.

Les caractères de la diction expressive (rapidité du débit, intensité et timbre de la voix) ne sont pas modifiés. Il en est de même du style. Cette malade n'a pas éprouvé le besoin de donner à son langage une forme religieuse, comme cela se rencontre chez certains mystiques. Il y a lieu de signaler cependant l'emploi fréquent du monologue constitué, en réalité, ici, par les phrases exprimées par la malade quand elle converse avec ses interlocuteurs hallucinatoires.

LE LANGAGE ÉCRIT

Les règles du langage écrit sont les mêmes que celles du langage parlé. Toutefois, ces règles sont employées de façon plus absolue dans le langage écrit. Tandis que les paroles sont en un français dans lequel certains mots seulement sont remplacés par des néologismes, dans les écrits presque tous les mots sont néologiques. De plus, tandis que la syntaxe parlée est à peine touchée par la suppression de quelques rares mots monosyllabiques, la syntaxe écrite est très touchée par la suppression de tous ces petits mots.

Bref, le langage écrit est, si l'on peut dire, plus néologique que le langage parlé ; et cela est dû à l'emploi plus systématique des deux règles du langage parlé étudiées plus haut :

1° l'une intéressant le vocabulaire : création de néologismes qui se substituent aux mots français ;

2° l'autre intéressant la syntaxe : suppression de mots monosyllabiques.

L'emploi plus absolu de ces deux règles donne à Mlle G... plus de difficultés pour s'exprimer par écrit que de vive voix. Au sujet de son langage parlé, elle dit : « Des fois, il faut rechercher un mot ; mais maintenant ça ne m'arrive plus, j'ai l'*abiud* (habitude). » Tandis que pour son langage écrit : « Je suis obligée de faire grande attention pour écrire, pour ne pas me tromper. En trois *le* (heures), je fais une page ou deux. »

Il en résulte que, bien que régis par les deux mêmes règles, le langage parlé est du français émaillé de néologismes et aisément compréhensible, tandis que le langage écrit est un langage néologique incompréhensible si on n'en a pas la clef.

Comme dans le langage parlé, la création des néologismes est obtenue par le mécanisme de la suppression littérale, seul ou accompagné du mécanisme de la modification littérale. Parfois même, le mécanisme de modification joue seul. Ainsi *janbon* pour jambon, *resu* pour reçu. Ce dernier procédé est propre au langage écrit.

Les lettres supprimées sont, comme dans le langage parlé, le plus souvent des consonnes et plus rarement des voyelles, le plus souvent des lettres isolées et plus rarement des groupes de lettres (syllabes ou groupes plus importants que la syllabe).

Dans les néologismes écrits, on trouve la même stabilité que dans les néologismes parlés, avec les mêmes exceptions (néologismes de forme encore mal fixée, néologismes différents traduisant deux sens d'un même mot français).

Un fait qui est particulier au langage écrit, c'est que certains mots conservent leur prononciation française et sont néologiques seulement dans leur orthographe. La malade emploie pour eux une orthographe simplifiée qui ne modifie pas la prononciation. La morphologie du mot est nouvelle, mais sa phonétique reste la même. Ainsi : *conêtre* pour connaître, *soi* pour soit, *tou* pour tout, *aujourd'ui* pour aujourd'hui, *come* pour comme, *nou* pour nous, *deméré* pour demeurer, *cloch* pour cloche, *ele* pour elle, *feble* pour faible, *onoré* pour honorer, *otre* pour autre, *famil* pour famille, *exosé* pour exaucer, etc... Le plus souvent, ces modifications d'orthographe portent sur les terminaisons aphones qui sont supprimées ou sur les voyelles doubles qui sont contractées en une seule (au devient o, ai devient é, eu devient e). Subissant ce dernier mode de modification, l'article défini contracté « au » devient « o » et se juxtapose au mot qui le précède (*jusco* pour jusqu'au) ou qui le suit (*oburo* pour au bureau).

Parfois, mais assez rarement, plusieurs mots sont groupés en un seul néologisme. Ainsi : *insoïtil* pour « ainsi soit-il », *inteatle* pour « vingt-quatre heures », *areïncmiut* pour « quarante-cinq minutes », *ienedoi nouarété* pour « rien ne doit nous arrêter », *venénou enaide* pour « venez-nous en aide ». Il ne semble pas qu'il y ait de règle fixant ces groupements, cependant les adjectifs numériques cardinaux sont presque toujours joints en un seul néologisme au substantif auquel ils se rapportent.

La syntaxe est modifiée par la suppression de mots monosyllabiques. Mais, tandis que dans le langage parlé cette suppression est très rare, dans le langage écrit elle est à peu près constante, de sorte que ce langage écrit a le caractère elliptique (1). Ce caractère elliptique est du même degré que celui du langage télégraphique car, seuls sont supprimés des mots d'importance secondaire dont l'absence ne nuit pas à la compréhension.

On peut se demander si la suppression de mots monosyllabiques n'est pas du même ordre que la suppression de syllabes dans les mots polysyllabiques. Apparemment, dans le premier cas, il s'agit d'un trouble de la syntaxe puisqu'il y a suppression de mots et, par suite, nouvelle organisation de la phrase ; dans le deuxième cas, il s'agit d'un trouble du vocabulaire puisque la morphologie du mot est modifiée et que ce mot persiste. En réalité, il semble que c'est le même mécanisme qui joue dans les deux cas. La malade, par correction, propreté morale ou économie de temps et de papier, supprime des mots monosyllabiques comme elle supprime des syllabes dans les autres mots. La seule différence est dans le résultat : après suppression d'une ou plusieurs syllabes dans un mot polysyllabique, il reste un mot néologique, tandis qu'après la suppression de la seule syllabe d'un mot monosyllabique, il ne reste rien.

Il semble donc qu'on puisse ramener la suppression des mots monosyllabiques au mécanisme de la suppression littérale quand celui-ci s'exerce sur plusieurs lettres constituant une syllabe d'un mot polysyllabique.

Un trouble plus particulièrement syntactique est l'emploi très fréquent de l'infinitif pour d'autres temps et de la troisième per-

(1) Le langage elliptique est un langage dans lequel des mots sont supprimés. Selon la quantité relative de mots supprimés, il y a plusieurs degrés de langages elliptiques, depuis le langage télégraphique (où tout est compréhensible malgré les suppressions) jusqu'à l'incohérence (où tout est incompréhensible) en passant par le langage dit « petit nègre » (troubles de la syntaxe sans trouble des associations d'idées) et par la pseudo-incohérence (troubles de la syntaxe et troubles des associations d'idées).

sonne du singulier ou de la première personne du pluriel pour la première personne du singulier.

Les écrits de Mlle G... ont-ils des caractères particuliers ?

L'écriture ne présente rien d'anormal. Elle est régulière, soignée, légèrement penchée vers la droite, sans personnalité. Elle atteint presque la perfection de la calligraphie dans les copies de textes pieux.

La forme des écrits est remarquable par les caractères suivants. Souvent, le texte est divisé en deux colonnes verticales juxtaposées, l'une droite, l'autre gauche, comme dans les livres de messe. Des croix isolées remplacent les signes de ponctuation et des groupes de croix commencent chaque recto de feuille et servent parfois de points terminaux. Le groupe de début du recto des feuilles est toujours le même ; situé dans le coin gauche de la page, il est constitué par une grande croix grecque entourée de huit petites croix grecques avec une neuvième petite croix grecque sous l'ensemble du motif. Mlle G... donne ainsi l'explication de ces croix : « Je mets des croix au début de mes lettres pour que le diable ne s'y mette pas et empêche de se comprendre. »

Un autre caractère de ces écrits est l'emploi au début de chaque recto de feuille de la formule suivante, inscrite à droite du groupe de croix précédent : *Au no du Re et du Fis et du Bon Eï Dieu + insoitil +* pour : « Au nom du Père et du Fils et du Bon Esprit Dieu. Ainsi soit-il. » Chaque recto de feuille est terminé, souvent mais pas toujours, par la formule : *par Notre Rédepteu Jésus Ist G... Juli Céil Emili Margueit Maï*, c'est-à-dire : « par Notre Rédempteur Jésus-Christ » et le nom et les prénoms de la malade. Il est à remarquer que le verso de feuille, s'il est souvent divisé, comme le recto, en deux colonnes verticales, ne porte jamais le motif des croix grecques ni les formules de début et de terminaison du recto.

Il est presque inutile de dire que toutes ces particularités sont des conséquences logiques du délire mystique de la malade. Il y a là une différence entre le langage écrit et le langage parlé qui, lui, a une forme ne présentant aucun caractère religieux.

Voici quelques exemples des écrits de Mlle G...

I. Les commandements de Dieu sont ainsi exprimés :

Coandeen Dieu +

1 + Le vrai Dieu aoré

Et onoré parfeteën

2 + Dieu en vai ne pa juré

Ni otre chose pareiën

3 + *Ton dima gardé +*
En serva Dieu déoteën
 4 + *Pa et Ma onoré*
Afin vivre longueën
 5 + *Omiid ne poin être*
De fai ni olotaireën

II. Voici un compte de dépenses :

Texte		Traduction
<i>Depese 1936</i>		<i>Dépenses 1936</i>
<i>Mad 11 out coerce</i>		Mardi 11 août commerce
<i>aié</i>	0,50	cahier
<i>outchou 2 metr</i>	1	caoutchouc 2 mètres
<i>ochète oresnan</i>	0,50	pochette correspondance
<i>1 plote laine blan</i>	2,65	1 pelote laine blanche
<i>2 plote fi blan</i>	1,20	2 pelotes fil blanc
<i>coton maron</i>	1	coton marron
<i>saon blan</i>	1,25	savon blanc
	8	
<i>it fa total</i>		huit francs total

III. Lettre de Mlle G... à sa famille :

+ + Au no du Re et du Fis
 + + et du Bon Ei Dieu
 + + insoitil
 +

*Quan note ne peve plu
 servi + brué + padéchré
 olotaireën + ni odéchet*

ni abné aisa + +
 + +
Resuanda erc 23 deceb +

voleu insuorta se multipli +

nouonretié 30 entfa éplu +

*prévenir préféür + parti
 pronteën + aéolice +
 deufale 2 f réclame +*

Reconésa

Juli G...

Mad 23 mars 1937

Au nom du Père et du Fils et
 du Bon Esprit Dieu ainsi
 soit-il

Quand les écrits ne peuvent plus
 servir, brûler, ne pas déchirer
 volontairement, ni aux déchets
 ni aux cabinets d'aisance.

Reçu mandat le mercredi 23 dé-
 cembre.

Les voleurs insupportables se
 multiplient.

Ils nous ont retiré 30 trente
 francs et plus.

Prévenir préfecture. Partir
 promptement. Avertir police [qui
 sera payée] deux francs l'heure
 2 fr, pour réclamer [une inter-
 vention].

Reconnaissance

Julie G...

Mardi 23 mars 1937

IV. Lettre de la malade au Préfet :

+ + + Au no du Re et du Fis
 + + + et du Bon Eī Dieu
 + + + insoitil
 +

Quan note ne peve plu
 servi + brué + pa déchré
 olotaireēn + niodeché
 niabnéaisa +

Juli G... interné
 1925 cosevagonda +

deandelva pronteēn +

emploidemeu + gagnépin +

sueufron + mesoigné +

ancinteūneden + piédiorme

améil + saitavaïé
 55 incantincan

Respe
 Mad 23 mars 1937

(Même traduction que celle du début de la lettre précédente).

Julie G... internée en
 1925 pour cause de vagabondage

demande délivrance promptement,

un emploi à demeure, gagner son pain

à la sueur de son front pour me soigner.

[Il me] manque vingt-et-une dents et [j'ai] le pied difforme.

Ame en péril. Je sais travailler. [J'ai] 55 cinquante cinq ans.

Respects
 Mardi 23 mars 1937

LE LANGAGE MIMIQUE

Le langage mimique ne présente rien d'anormal si ce n'est une grande abondance de signes de croix. Mlle G... se signe chaque fois qu'elle emploie un mot ou une syllabe qu'elle estime mal-propre, ce qui est assez fréquent. Il y a là un moyen de défense contre le diable du même ordre que les croix grecques disséminées dans les écrits.

*
**

Cette observation doit être éclairée de quelques *commentaires*.

La première question qui se pose est de savoir si le langage néologique de Mlle G... est bien une glossolalie.

Il y a lieu de remarquer, tout d'abord, que l'état mental de la malade permet nosologiquement de rapprocher celle-ci des autres glossolales connus. Elle est atteinte de psychose paranoïde, ceux-là de démence précoce paranoïde. Ces deux affections sont voisines et bien des cas sont difficilement classés, plutôt dans l'une

que dans l'autre des deux catégories. Dans les deux affections il y a, à la fois, autisme et idées délirantes, avec ces particularités que dans la démence précoce paranoïde l'autisme est précis et les idées délirantes lâches, tandis que dans la psychose paranoïde l'autisme est moins net et les idées délirantes plus systématisées.

Mlle G... est, à la fois, une solitaire et une fausse modeste. Elle vit pour elle et pour la Divinité et n'a aucune relation superflue avec l'extérieur. Sous des aspects d'humilité elle est inspirée de Dieu. Elle est une mégalomane comme les autres glossolales. Elle n'est ni une savante (observation de Tucek et de nous-même), ni un surhomme (obs. de Maeder), mais une grande mystique comme la malade de Cénac.

On peut donc conclure à la similitude de son état d'esprit et des états d'esprit des autres glossolales. D'autre part, son langage néologique a les caractères linguistiques des glossolalies vraies (1). La définition donnée par Cénac s'applique à lui : « La glossolalie vraie est constituée par un langage nouveau, créé volontairement par le malade. Ce langage, plus ou moins bien composé, selon le niveau mental du sujet, est régi par quelques règles grammaticales, qui ne sont que la copie plus ou moins pauvre de celles des langues courantes connues de lui. Les mots sont des néologismes fabriqués par lui. Ils sont généralement en petit nombre et représentent, soit des mots ordinaires déformés ou détournés de leur sens, soit, surtout, des vocables entièrement néoformés (2). »

Le langage néologique de Mlle G... a la fixité du sens des mots des glossolalies, c'est-à-dire que chaque mot correspond constamment à la même idée. C'est là le principal caractère différentiel des glossolalies et des glossomanies ; ces dernières sont constituées de mots néologiques à sens variable. Le langage de Mlle G... a aussi ce caractère d'enrichissement et de perfectionnement constants des glossolalies. Depuis douze ans, la malade travaille au développement de son néo-langage et certains points sont encore indécis. On retrouve aussi ici, comme dans les autres glossolalies, l'effort conscient et volontaire du malade, tant pour la création de son langage que pour son emploi. Cet effort intellectuel est en relation directe avec le délire du sujet et son autisme. Consciemment et volontairement, Mlle G... crée et emploie son langage nouveau, qui lui est inspiré par Dieu, dans

(1) Cénac a divisé les glossolalies en glossomanies et glossolalies vraies. Nous employons le terme de glossolalie dans le sens de glossolalie vraie.

(2) CÉNAC (M.). — *De certains langages créés par les aliénés. Contribution à l'étude des glossolalies*, p. 123.

un esprit de perfectionnement et d'économie et qui satisfait ses aspirations d'isolement mystique. Comme les autres glossolales, Mlle G... a tenté de créer une langue nouvelle, c'est-à-dire l'ensemble d'un vocabulaire et d'une syntaxe néologiques, et, comme les autres, elle n'a guère obtenu de résultats que du côté du vocabulaire. Pour la syntaxe, ces résultats sont infimes et se bornent à quelques remplacements de temps ou de personnes les uns par les autres (1). L'ensemble obtenu frappe par sa pauvreté et son puérilisme ; et cela est encore un caractère des glossolalies. Comme pour celles-ci, le vocabulaire et la syntaxe dérivent des langues connues du malade (uniquement le français dans le cas présent), la langue nouvelle n'est autre chose que du français déformé et appauvri, son développement est faible : la langue reste à l'état d'ébauche.

Fixité du sens des mots, enrichissement et perfectionnement constants, effort du malade conscient et volontaire, création et emploi du langage en rapport avec le délire et l'autisme, résultats créateurs plus appréciables dans le vocabulaire que dans la syntaxe, pauvreté et puérilisme, voilà les caractères du nouveau langage de Mlle G..., qui en font une glossolalie.

En quoi cette glossolalie diffère-t-elle des quatre autres dont les observations ont été publiées ?

Elle en diffère, d'abord, en ce que son auteur, moins mégalo-mane peut-être que les autres glossolales, ne croit pas, comme ceux-ci, créer une langue nouvelle, mais seulement RÉFORMER ou ABRÉGER sa langue maternelle, le français.

Cette glossolalie diffère surtout des autres par le mécanisme psycho-linguistique qui préside à la création de ses néologismes. Les néologismes de la « Langue des Excellences » (Maeder) sont des mots allemands ou français modifiés dans leurs formes ou leurs sens, ou des mots entièrement nouveaux à allure allemande, ou des mots empruntés à d'autres langues. Ceux du « français » ou « latin » de la malade de Tucek sont obtenus soit par substitution de mots les uns aux autres, soit par décomposition de mots en remplaçant chaque syllabe par une expression appropriée. Ceux de la « Langue des Elus » (Cénac) sont constitués par une suite de syllabes formant des mots où les voyelles et les consonnes sont réparties de façon à peu près constante et où les mêmes lettres sont employées fréquemment, en particulier les diphtongues æ, œ. Enfin, les néologismes du

(1) Il a été dit plus haut pourquoi il semble que la suppression de mots monosyllabiques puisse être considérée plutôt comme un trouble du vocabulaire que comme un trouble de la syntaxe.

« français pseudo-scientifique », que nous avons analysé en 1927, sont des paralogismes ou des mots déformés tirés les uns et les autres, le plus souvent, des vocabulaires scientifique et technique.

Les néologismes du langage de Mlle G... sont créés par un mécanisme tout différent des mécanismes précédents. Il a été exposé plus haut que ce mécanisme est le plus souvent la suppression littérale seule, parfois la suppression littérale accompagnée de modification littérale et parfois, dans le langage écrit, la modification littérale seule. La suppression littérale porte le plus souvent sur des consonnes et plus rarement sur des voyelles, le plus souvent sur des lettres isolées et plus rarement sur des syllabes ou des groupes de lettres plus importants que la syllabe.

En somme, les néologismes de Mlle G... entrent dans la catégorie des néologismes par déformation de mots de langues connues (le français dans le cas particulier, la malade ne connaissant pas d'autres langues). Mais cette déformation n'est pas obtenue au hasard, elle est obtenue par le mécanisme bien déterminé de la suppression littérale et, accessoirement, par celui plus vague de la modification littérale. C'est le mécanisme principal de suppression littérale qui donne à cette glossolalie son caractère bien particulier et la différencie des autres glossolalies jusqu'ici décrites.

Il en résulte un aspect général du langage de Mlle G..., qui le rapproche du patois créole.

Voici deux textes empruntés à l'ouvrage de Garaud : « Trois ans à la Martinique », qui permettront d'en juger (1) :

Les deux mulets

Yon jou dans yon grand chimin
 Dé milett té ka maché.
 Youne tè tini yon chage foin,
 Lautt l'agent té ka poté...

Un jour dans un grand chemin — Deux mulets cheminaient — L'un portait une charge de foin — Et l'autre de l'argent...

Garaud, page 177.

Après m'a fé diri doux,
 Macriau frit, calalou ;
 M'a vanne ça pou nèg canott.
 Moin va pé fé jouque mabi....

(1) GARAUD. — *Trois ans à la Martinique*, 1895, in-4°.

Ensuite je ferai du riz doux — Du maquereau frit, du calalou (ragout créole) — Je vendrai ça pour les nègres canottiers — Je vais pouvoir faire même du mabi (boisson fermentée)...

Garaud, p. 175.

Ainsi que le montrent ces deux exemples, le patois créole est, comme le langage de notre malade, du français déformé par suppression et modification littérales et suppression de petits mots (syntaxe par juxtaposition). Il a aussi cet aspect enfantin du langage de Mlle G..., aspect volontairement recherché par la malade. Cependant, une grande différence existe entre ces deux langages : le patois créole est harmonieux, parfumé de poésie exotique, tandis que la « Réforme du langage » est d'une fadeur décevante. Cela n'est point pour surprendre, car c'est par hasard que les deux langages procèdent des mêmes règles créatrices. Mlle G..., en effet, ignore tout du langage créole et des Antilles et, par surcroît, elle est aliénée, ce qui n'est pas pour développer ses facultés d'intelligence créatrice.

En présence d'une aliénée mystique glossolale, on est tenté de rapprocher le néo-langage de celle-ci des glossolalies religieuses et des glossolalies spirites.

Les glossolalies religieuses ne sont autres que le « don des langues », dont furent gratifiés les Apôtres quand, réunis, ils furent remplis du Saint-Esprit. Par la suite, d'autres cas de ce don furent observés, depuis ceux de la communauté chrétienne de Corinthe jusqu'à ceux des convulsionnaires de Saint-Médard, en passant par celui du pasteur Paul, en Allemagne. Or, toutes ces glossolalies ressemblent davantage aux glossomanies des aliénés qu'à leurs glossolalies vraies. Elles sont, en effet, des langages automatiques, susceptibles de variations, inintelligibles aux auditeurs et parfois à leurs auteurs. En dehors même de ce fait d'ordre général, qu'un phénomène religieux ne peut se ramener à un phénomène pathologique, le langage néologique de Mlle G... ne présente donc pas les caractères des glossolalies religieuses.

Il est bien plus voisin des glossolalies spirites. Le cas le plus connu et le plus typique de celles-ci est le « Langage Martien ». L'auteur est un sujet féminin, spirite et médium, observé pendant plusieurs années par Flournoy. Ce langage étudié par Victor Henry, au point de vue linguistique, n'est autre chose qu'une traduction littérale du français à l'aide de néologismes dont l'origine peut être retrouvée dans le français lui-même ou dans d'autres langues étrangères dont le sujet a quelques notions. Il présente certains caractères des glossolalies vraies des aliénés : fixité

du sens des mots, enrichissement et perfectionnement constants, pauvreté et puérilisme. Malgré ces mêmes caractères, il paraît bien téméraire de rapprocher psychologiquement une glossolalie d'origine médianimique d'une glossolalie d'origine délirante.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CÉNAC (Michel). — De certains langages créés par les aliénés. Contribution à l'étude des glossolalies. Paris, Jouve, 1925. (*Thèse*).
- FLOURNOY (Théodore). — Des Indes à la planète Mars. Etude sur un cas de somnambulisme avec glossolalie, 2^e édition. Paris, Alcan, 1910.
- HENRY (Victor). — Le langage martien. Etude analytique de la genèse d'une langue dans un cas de glossolalie somnambulique. Paris, Maisonneuve, 1901.
- MAEDER (A.). — La langue d'un aliéné. Analyse d'un cas de glossolalie. *Archives de psychologie*, 1910, t. IX, p. 208-216.
- TUCZEK (K.). — Analyse einer Katatonikersprache. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1921, vol. LXXII, p. 279-307.
- TEULIÉ (Guilhem). — Les rapports des langages néologiques et des idées délirantes en médecine mentale. Paris, A. Picard, 1927. (*Thèse*).
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 9 Juin 1938

Présidence : M. A. FILLASSIER, président

PRÉSENTATIONS

Action favorable d'une infection aiguë (ostéomyélite du maxillaire inférieur) sur une Démence précoce évoluant depuis cinq ans, par MM. G. DEMAY et Jean NAUDASCHER.

L'observation de la malade que nous présentons s'ajoute à celles qui ont, depuis longtemps, établi l'heureuse influence d'une affection intercurrente sur certaines psychoses. Elle tire son intérêt de la nature particulièrement grave des troubles mentaux et de leur durée. L'apparition, au bout de cinq ans, chez une démente précoce, de phénomènes infectieux sévères au niveau de la région sous-maxillaire, avec atteinte des plans cutanés, muqueux et osseux, a été suivie d'une transformation inattendue de l'état psychique.

Mme P..., Gabrielle, f^e M..., âgée de 27 ans, entre à l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, le 8 septembre 1933. Ses antécédents tant héréditaires que personnels ne présentent rien de particulier, si ce n'est l'irrégularité de la menstruation. A la sortie de l'école, elle apprend le métier de couturière et se marie à 19 ans. Un an plus tard naît un enfant. L'accouchement est difficile et nécessite le for-

ceps. La santé de Mme P... fléchit à partir de ce moment ; elle maigrit, se sent fréquemment fatiguée, sans toutefois présenter de symptômes morbides bien caractérisés. D'autre part, le mariage n'a pas été heureux ; son mari la délaisse, se montre brutal. En 1932 il la quitte définitivement. Elle vient alors habiter avec sa mère et travaille dans une maison de couture.

Dans les premiers mois de 1933, elle devient déprimée, inquiète ; son entourage parle de « neurasthénie » ; elle se plaint de l'hostilité de ses camarades de travail, de ses voisins. Elle cesse de travailler en mai. Les troubles psychiques persistant, elle entre fin juillet à la Salpêtrière où elle reste hospitalisée un mois. Elle est transférée à l'Asile clinique le 31 août. Le certificat médical mentionne : idées de persécution, hallucinations auditives, troubles cénes-thésiques, grande agitation.

A Maison-Blanche, où la malade est admise le 8 septembre 1933, on constate, en effet, un syndrome hallucinatoire avec idées de persécution mobiles, sans systématisation. Elle n'a pas voulu rester chez sa mère parce qu'elle entendait dire qu'on voulait la tuer. On l'a certainement suivie. On la poussait à sortir de chez elle ; on répondait à sa pensée. A Ste-Anne on l'accusait d'être sale, de faire la putain. Ici elle a reconnu la voix de sa tante. On veut lui prendre son nom mais elle ne veut pas le donner. On l'électrise, on dit qu'elle est folle, mais ce n'est pas vrai. Malgré l'excitation intellectuelle, l'attention peut assez facilement être fixée. La mémoire et l'orientation générale sont satisfaisantes avec cependant quelques lacunes.

L'examen physique montre un état anémique avec pâleur des téguments, maigreur (42 kgs), tension artérielle basse (10 1/2-6). Les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien sont négatives. La numération globulaire effectuée à plusieurs reprises donne un chiffre de globules rouges variant entre 3.600.000 et 3.740.000. L'examen neurologique est négatif. Une radioscopie du thorax montre une transparence générale normale, des hiles assez sombres et tachetés, l'hémidiaphragme droit rectiligne est presque immobile, l'hémidiaphragme gauche refoulé par aérogastrie.

Mme P... est traitée par les injections de sérum humain (janvier-avril 1934). Loin de s'améliorer, le syndrome mental se précise et prend un caractère nettement schizophrénique. La malade est désorientée, incohérente, désordonnée ; elle déchire linge, vêtements, couvertures. Elle présente une agitation continue, se montre parfois violente, frappe les autres malades et le personnel, brise des carreaux. Elle est de plus très malpropre, gâte fréquemment, qu'elle soit alitée ou levée ; elle se désintéresse manifestement de tout ce qui se passe autour d'elle, ne s'inquiète jamais de sa propre situation pas plus que de son enfant et de sa famille. L'inactivité est absolue.

Par contre l'état physique s'améliore : dans le courant de 1934, son poids passe de 40 à 50 kilos.

A part une période d'un mois en 1935, pendant laquelle la malade

s'est montrée plus calme et a manifesté une certaine activité tout en restant très incohérente, le comportement démentiel et l'agitation persistent jusqu'en mars 1938 malgré le traitement sédatif (sommifène et véronal).

Au début du mois de mars 1938, l'état général de la malade fléchit ; elle s'alimente mal, son poids est de 39 kg. contre 45 kg. à la pesée du mois de février ; elle présente depuis un certain temps un écoulement nasal purulent qui fait penser à une sinusite et une radiographie montre un sinus maxillaire gauche moins clair que le droit.

Le 8 mars, on constate un furoncle au niveau de la symphyse mentonnière avec œdème de la région sous-jacente ; l'induration s'étend latéralement jusqu'au niveau des prémolaires inférieures. Ce furoncle semble évoluer normalement et est incisé le 10 mars en donnant issue à un pus jaune d'or, crémeux, bien lié, dans lequel on décèle du staphylocoque.

Le 12 mars, élévation de la température : 39° puis 40° ; altération de l'état général, teint plombé, œdème de la face, recrudescence d'agitation ; localement, plaie anfractueuse souillée d'un pus grisâtre, d'odeur fétide ; les infiltrations tégumentaires présentent un degré de tension extrême ; les narines et l'arrière-pharynx montrent un écoulement purulent très abondant. On incise plus largement, on irrigue la plaie avec du sérum anti-gangréneux et on pose des mèches imbibées de sérum.

Les jours suivants, la température reste élevée entre 39° et 40°, état général alarmant, la malade est très agitée, crie, arrache son pansement, doit être maintenue.

L'hémoculture se montre négative. On met en œuvre un traitement par la septicémine intra-veineuse, les irrigations antiseptiques nombreuses et abondantes de la plaie et de la cavité buccale, les tonicardiaques, les injections de sérum glucosé.

Le 17 mars, les phénomènes généraux semblent amendés, la température est à 38°, la plaie opératoire est nette ; on note la persistance de l'œdème au niveau de la face. La malade, plus calme, accuse de violentes douleurs dentaires qui font découvrir de volumineux abcès alvéolaires au niveau des prémolaires inférieures droites.

On pratique les avulsions et nettoyages alvéolaires nécessaires, et à partir de ce moment jusqu'au 30 mars, on assiste à la production d'abcès alvéolaires, à la chute spontanée de toutes les dents de la mâchoire inférieure et à l'élimination d'un grand nombre d'esquilles osseuses de volume variable.

Le 15 avril, l'évolution de l'infection semble enrayée ; une radiographie faite à cette époque confirme le diagnostic d'ostéo-myélite du maxillaire inférieur posé par le D^r Pietkiewicz : on y voit nettement la nécrose du bord alvéolaire.

Au début de cet épisode infectieux, la malade continue à se montrer agitée, résistante, malpropre ; elle enlève son pansement, intro-

duit les doigts dans la plaie, arrache elle-même les dents ébranlées par l'ostéite. Mais à partir du 16 mars, on constate dans son attitude un changement notable : elle devient plus calme, accepte docilement des soins ; en quelques jours, l'amélioration psychique s'accroît, elle se rince la bouche elle-même, plusieurs fois par jour, devient propre, fait sa toilette seule, s'intéresse à son état, à sa famille.

Au début d'avril, la malade envoie à sa mère la lettre suivante :

8 avril 1938.

Chère maman,

Je vais beaucoup mieux, j'ai été très souffrante et je voudrais bien que tu viennes me voir, cela me guérirait, les promenades te feraient du bien et les visites m'égaieraient, et moi le repos sera suffisant quand la guérison sera venue.

Mlle C... a eu l'amabilité de donner du papier pourquoi j'en ai profité pour te faire ce bout de lettre, je souffre beaucoup des dents.

En attendant le plaisir de te voir, je te termine ces quelques lignes et à bientôt le moment de te voir et d'avoir de tes nouvelles. Mes plus tendres baisers et mes salutations très distinguées, empressées, auprès de ces dames, tu leur diras si ma lettre arrive à destination tous mes remerciements d'avance et mes plus gracieux sourires, je t'embrasse.

A bientôt.

P... Georgette.

Cette lettre montre bien la transformation qui s'est produite dans l'état mental : réapparition de l'affectivité, conscience de l'état morbide, cohérence des propos. Dès ce moment, Mme P. se comporte de façon correcte, prend soin de sa personne, devient même coquette. Lors des visites de sa mère, elle s'inquiète de sa famille, de son enfant, se préoccupe de sa sortie. On lui confie quelques travaux de couture dont elle se tire fort bien. On pourrait même penser, à un examen superficiel, qu'il y a retour complet à l'état normal : c'est d'ailleurs l'avis de la mère qui retrouve sa fille telle qu'elle était avant l'hospitalisation.

Mais l'examen systématique met en évidence un certain nombre d'anomalies qu'on pouvait déjà soupçonner en considérant la bizarrerie de la formule qui termine la lettre ci-dessus.

De fait, derrière ce comportement normal, on découvre une puérité évidente qui apparaît bien dans les lettres ultérieures, très nombreuses, qu'elle écrit à son fils, à sa mère, à tous ses parents, à d'anciens patrons. Dans ces lettres comme dans sa conversation, on note des préoccupations enfantines, une attention peu soutenue, des associations d'idées imprécises, une auto-critique nettement insuffisante.

Ces symptômes, joints à des lacunes mnésiques, traduisent un certain déficit intellectuel sur l'importance duquel il est difficile de se prononcer, faute de données précises sur l'état mental antérieur à la psychose, les renseignements donnés par la mère étant sujets à caution.

et l'existence d'un terrain de débilité mentale ne pouvant être écartée *a priori*.

Ajoutons que l'état physique a subi une amélioration parallèle : la malade a, ces derniers mois, engraisé de 9 kg., les règles interrompues depuis février ont reparu.

Il s'agit donc, en résumé, d'une démente précoce qui, depuis cinq ans, présentait un état à peu près continu d'agitation incohérente avec indifférence totale, incurie, désordre des actes, lacération de linge, impulsivité, gâtisme. Survient, le 8 mars dernier, un furoncle du menton, puis une ostéo-myélite du maxillaire inférieur avec abcès alvéolaires multiples, édentation de la mâchoire correspondante, fièvre élevée. Sous l'influence du traitement, on assiste à la régression progressive de l'inflammation et à l'élimination de séquestres osseux ; parallèlement, on constate la disparition de l'agitation et de l'incohérence, la reprise de contact avec l'entourage, la récupération de l'affectivité, puis de l'activité, l'amélioration de l'état général.

Malgré la disparition des symptômes majeurs de la psychose, il serait excessif de parler de guérison : la malade reste encore puérile, distraite, conserve des troubles de la mémoire, du courant de la pensée et de l'auto-critique. Ces troubles intellectuels — à supposer qu'ils ne traduisent pas l'existence d'un état antérieur de débilité mentale — s'amenderont-ils à leur tour ? Assisterons-nous, au contraire, à leur stabilisation ou même à la réapparition du syndrome d'agitation démentielle ? Aucune de ces éventualités n'est évidemment exclue.

En tout cas, l'amélioration actuelle est considérable et permet d'envisager la sortie.

En raison de l'influence favorable du choc infectieux sur l'évolution de la psychose, on est conduit à se demander si la malade ne bénéficierait pas actuellement du traitement par le cardiazol ; nous nous proposons d'entreprendre cette thérapeutique, mais le départ prochain de la malade ne nous le permet pas.

Il nous paraît inutile de discuter le mécanisme de l'amélioration obtenue : les théories émises à ce sujet ne sont que des hypothèses et mieux vaut avouer notre ignorance. Quoi qu'il en soit, les faits de ce genre ne peuvent que nous encourager à poursuivre les tentatives de thérapeutique par le choc dans la démence précoce.

M. MARCHAND. — Le début de l'affection par une phase confusionnelle me paraît important à relever. Il s'agit, dans ce cas,

d'une forme mentale qui a revêtu la forme schizophrénique et qui a eu pour substratum anatomique une encéphalite. Ce sont ces malades qui peuvent bénéficier des traitements par les chocs ou de l'action d'une pyrécie grave comme dans le cas présent. Quoique opposant ce syndrome de démence précoce à la forme constitutionnelle, j'estime qu'il s'agit toujours de sujets dont la fragilité cérébrale est manifeste. Cette maladie est très améliorée, mais, comme le dit M. Demay, il persiste quelques particularités mentales qui laissent supposer que le cerveau n'est pas sorti complètement indemne du processus encéphalitique.

M. RAYNEAU. — J'ai vu également une fièvre typhoïde traitée par des piqûres de sulfate de quinine, piqûres suivies d'abcès, amener la disparition d'un syndrome analogue à celui de la maladie de M. Demay et qui datait de 5 ans.

M. COURBON. — Le cas de M. Demay est très démonstratif et très finement exposé. Bien que le retour à un état mental normal ne soit pas complet, il est certain que la maladie infectieuse a amené une transformation considérable et très heureuse de la maladie. Les cas où de telles maladies organiques intercurrentes amènent des régressions de la psychose sont rares, mais non exceptionnelles. Mon ancien interne Bauer a consacré sa thèse à leur étude. Quelquefois, les troubles intellectuels ne sont pas modifiés, mais le caractère l'est. C'est ce qui arriva à une démente impulsive et perverse de Vaucluse qui devint patiente et charitable à la suite d'un purpura et dont j'ai rapporté l'histoire avec Failen.

Ces faits de conversion chez les psychopathes sont à rapprocher des conversions célèbres dans l'histoire, où des gens nullement psychopathes renoncèrent, après une maladie grave, à l'existence plus ou moins voluptueuse qu'ils avaient menée jusque-là, et désormais vécurent dans la pratique de toutes les vertus. Saint François d'Assise en est un exemple sur lequel j'ai insisté dans un article des *Annales Médico-Psychologiques* de 1927.

M. BONHOMME. — Mais l'intervention d'une maladie infectieuse n'est pas nécessaire pour amener la guérison ou l'amélioration des psychoses les plus anciennes. La régression est parfois toute spontanée. Je pourrais citer deux déments précoces que j'ai observés moi-même.

Syndrome aphaso-agnoso-apraxique et troubles démentiels,
par MM. Jean FRETET et Jean CARRIER (Travail du service
du D^r BESSIÈRES). Présentation de malade.

Le malade que nous vous présentons, M. M..., âgé de 59 ans, est entré dans le service du D^r Bessièrès le 5 avril 1938 avec le diagnostic d'affaiblissement intellectuel et d'artériopathie cérébrale probable ; sur ce fond s'est constitué progressivement un syndrome aphaso-agnoso-apraxique.

Dans les antécédents familiaux pas d'hérédité similaire.

Deux frères morts en bas âge de méningite, une sœur est atteinte d'arriération mentale. Dans les antécédents personnels on relève une fièvre typhoïde sévère dans l'enfance sans troubles consécutifs. Scolarité et acquisitions professionnelles normales. Aurait été commotionné pendant la guerre. Marié en 1903, sa femme n'a pas eu d'enfant ni de fausse-couche. Il n'a pas présenté de maladies vénériennes. Pas de crise d'épilepsie ou d'équivalent. Pas d'excès éthyliques, le malade aurait toujours été un bon travailleur, d'humeur égale et sobre.

Après la guerre il reprend son métier de serrurier. Aux dires de sa femme sa mémoire commence à baisser, il présente des périodes de lassitude, mais il n'est pas encore gêné dans son travail.

En 1929 à la suite d'épisodes pneumopathiques successifs qui durèrent 14 mois, les troubles de la mémoire s'accroissent et commencent en 1930 à gêner son activité... « Il ne se rappelait pas où il mettait ses affaires et notamment ses outils. » Quelques troubles du caractère apparaissent alors. « Il se mettait en colère, mais il n'était pas encore très diminué, il dormait bien et gagnait sa vie. » Ces troubles vont progressivement en s'accroissant ; jamais dans toute l'évolution de l'affection, le malade n'a présenté d'ictus ou de malaises passagers, jamais de paralysies même fugaces. En 1934, les troubles de la mémoire et du caractère sont encore plus nets, il devient chômeur, ce qui l'affecte beaucoup, mais dit sa femme : « Il aurait déjà été incapable de travailler tout seul, il n'avait plus assez de mémoire. Il s'énervait, ne se rappelait jamais où il devait aller toucher le chômage. » En 1936, on lui propose un peu de travail, mais il dit qu'il était un peu « brouillé » et qu'il n'y voyait pas assez. Plusieurs ophtalmologistes disent à sa femme qu'il n'est pas utile de lui faire porter des lunettes, que « ça vient du cerveau ». Une surveillance constante devient nécessaire, il faut lui préparer son repas et l'aider ou lui rappeler sa toilette.

Premier séjour à l'Hôpital Henri-Rousselle en août 1936. M. se présente comme un affaibli intellectuel avec gros troubles de la mémoire, mais le syndrome aphaso-agnoso-apraxique qui accompagne actuellement cet affaiblissement intellectuel n'est pas noté ; on

relève seulement de la lenteur idéative et motrice, de gros troubles de la mémoire, l'épreuve des tests de Binet-Simon donne à M. un âge mental de 7 ans. Les réactions sérologiques dans le sang sont négatives. Dans le liquide céphalo-rachidien, tension 40, albumine 0,35, globuline 0, leucocytes 1,6, benjoin 00000.22222.00000, réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke négatives. Les urines sont normales. L'examen des yeux ne révèle rien d'anormal.

Après un séjour d'une semaine, sa femme le reprend chez elle. Les troubles s'accroissent : « Il se promenait sans savoir où il allait, avait de la difficulté à trouver son chemin. »

En août 1937, à la suite d'un refus de l'Assistance publique de lui donner un secours, M. se jette dans la Seine ; il reste deux mois à la Pitié, d'où il est dirigé vers Henri-Rousselle en septembre 1937. Là, le Docteur Mignot porte le diagnostic d'affaiblissement intellectuel, de dysmnésie. M. a quelques signes d'irritabilité, puis devient paisible, tranquille et même gai. Il ne sait plus s'habiller, ne peut allumer un briquet, n'a plus d'initiative, présente une alexie littérale et des chiffres à peu près complète, de l'agraphie. Il ne commet pas d'actes absurdes, mais, à deux reprises, pendant quelques heures : idées de persécution ; il voit des ennemis : « Regarde-les, ils veulent me prendre. »

Sorti de l'Hôpital Henri-Rousselle en septembre 1937 ; depuis, il faut constamment s'occuper de M., l'habiller, lui indiquer son lit qu'il ne retrouve pas. Humeur changeante : parfois calme et presque triste, fréquents accès d'agitation : « Il s'agitait quelquefois, tournait en rond, il était persécuté, il avait souvent des frayeurs, il lui arrivait de se cacher sous son lit ; insomnies ; il se levait parfois, allait s'asseoir devant une glace, ne se reconnaissant pas et discutant comme avec un personnage qu'il appelait « l'autre », il gesticulait, riait parfois aux éclats, chantait souvent des chansons entières, puis s'arrêtait net comme s'il ne se rappelait plus. »

Il semble bien que tous ces troubles aient présenté une grande variabilité. Le caractère est inégal ; certains jours, M. est violent, c'est ce qui a motivé son internement ; le 1^{er} avril 1938, il se lève à 6 heures du matin, se précipite sur sa femme disant qu'il veut l'empêcher de partir et la brutalise.

EXAMEN DU MALADE. — Depuis son hospitalisation, M. est calme, docile, amène. Il se prête à l'examen avec attention. — A) *Troubles mnésiques*. — Le déficit mnésique est considérable, il intéresse surtout la mémoire de fixation, les souvenirs scolaires, les acquisitions anciennes sont pourtant évoqués défectueusement, il dit que l'année a huit mois et en énumère sept, il oublie les jours de la semaine.

Q. : En quelle saison sommes-nous ? — R. : Y a pas moyen, je cherche ce que vous m'avez dit.

Q. : Qu'est-ce que je vous ai demandé ? — R. : C'est ça, je cherche, ça ne vient pas, c'est la phrase que je ne me rappelle pas.

Q. : Est-ce l'hiver ? — R. : Non, ce n'est pas l'hiver.

Q. : Est-ce l'été ? — R. : Oui, c'est l'été, c'est ça.

Q. : En quelle saison sommes-nous ? — R. : Je ne peux pas trouver. Comme on le voit, il ne s'agit pas ici de troubles mnésiques simples, mais encore de troubles aphasiques. Durant tout l'interrogatoire, il est très approbatif et cherche à garder la façade.

L'amnésie de fixation est encore évidente lorsqu'on lui demande au dessert ce qu'il vient de manger ; il ne le sait plus. Si on lui demande de se lever et d'aller ouvrir une porte, il n'exécute que la première partie de l'ordre, puis reste perplexe, ne sachant plus ce qu'il doit faire. De même, prié d'aller se coucher, il fait quelques pas, s'arrête et dit ne plus savoir ce qu'il lui reste à faire.

M. ne sait plus s'il a reçu ou non la visite du médecin le matin :
Q. : Vous rappelez-vous m'avoir vu ce matin ? — R. : Non, je ne me souviens pas.

Q. : Vous m'avez bien vu ce matin ? — Non, c'est quelqu'un d'autre... Ah ! oui, vous êtes venu et même on m'a fait coucher.

M. répète convenablement une phrase de trois mots, mais devient incapable de le faire pour une phrase plus longue, de construction simple et d'objet concret.

Cette amnésie de fixation s'accompagne par intervalle de velléités de fabulation (il a travaillé la veille comme serrurier, il a reçu une visite).

B) *Fonction du langage.* — La parole spontanée : M. a conservé partiellement la faculté de s'exprimer oralement. L'articulation verbale est satisfaisante, mais non parfaite. Le début est parfois explosif, le débit irrégulier avec périodes de gêne et de libération. On observe aussi certaines itérations verbales, le phénomène d'intoxication par le mot ; rarement paraphasique, il n'est à aucun degré jargonaphasique.

Le vocabulaire de M. est extrêmement réduit. Le peu de mots dont il dispose ne lui permet pas d'exprimer sa pensée, d'où le grand nombre des arrêts dans la conversation, des mots détournés de leur sens, des phrases incomplètes tronquées. La syntaxe de la phrase est respectée.

La compréhension du langage parlé est bonne. — Les mots ne sont pas confondus et M. les emploie rarement à tort en dehors des phénomènes d'itération verbale, M. ne peut les évoquer : il semble y avoir un trouble de la mémoire d'évocation des mots. Il semble surtout qu'il y ait un gros trouble de conception de l'ensemble verbal. Nous pensons, en outre, qu'il y a là, comme dans les troubles moteurs que nous verrons plus loin, un gros trouble de l'attention et nous avons noté, après bien d'autres, l'extrême fatigabilité de M. Une rudimentaire rééducation auditivo-verbale semble, même chez cet affaibli, amener des phénomènes de facilitation.

Etude du langage écrit. — L'écriture spontanée ou dirigée est à peu près impossible, cependant, M. essaie d'écrire son nom, on reconnaît quelques lettres à peine formées, et, dans certains moments favora-

bles, l'ébauche de son nom. Des dessins mêmes très simples ne sont pas reproduits. Après de longs efforts, M. arrive à reproduire un cercle, mais bientôt la pointe du crayon s'égaré au-delà même de la feuille de papier ; la notion spatiale est perdue.

La lecture est à peu près impossible. On indique à M. un texte écrit : « Non, je ne sais pas lire, je ne sais même plus les lettres. » Avec peine, il arrive à reconnaître quelques lettres majuscules, il ne peut même pas, ayant reconnu ses éléments, former une syllabe.

C) Troubles pratiques et gnosiques. — Les actes instinctifs et réflexes sont conservés, il n'y a pas de troubles appréciables dans l'imitation des actes simples, mais l'échopraxie et l'échomimie s'accompagnent par intermittence de conservation des attitudes. Les actes ordonnés sont bien exécutés lorsqu'ils sont simples. M. ouvre la bouche, ferme les yeux correctement sur demande, de même, il donne correctement une poignée de mains. Les actes expressifs mimiques sont bien exécutés. Il sourit, fronce les sourcils et roule de gros yeux lorsqu'on lui dit de mimer la colère ; il fait sur demande le simulacre de moudre du café ; mais est-ce défaut de compréhension, manque d'attention ou trouble apraxique M. ne peut mimer le geste de découper la viande ; un jour il fait le salut militaire, grotesque, le lendemain il en fait un impeccable, mais les troubles apraxiques ressortent surtout lorsqu'on ordonne à M. des actes plus complexes. La classique épreuve des trois papiers est absolument probante à cet égard : M. ne finit pas un acte dont il a compris le sens, qu'il a exécuté correctement dans son début. Nous lui demandons de faire le signe de la croix ; il exécute très correctement les trois premiers temps du signe mais ne peut le terminer ; sa main erre sur sa poitrine, il semble étonné, contrarié de cette imperfection. On répète l'ordre, M. porte la main en avant et s'arrête : « Ça m'agace, je voudrais guérir. » S'il arrive à plier un morceau de papier en quatre, il est incapable d'en faire une boulette. Il lui est impossible de faire flamber une allumette ; l'ayant sortie de la boîte, il la tient entre ses doigts, hésitant, la tourne, la retourne, paraissant avoir oublié totalement ce qu'il a entre les doigts, à plus forte raison, la manœuvre qu'on l'avait prié d'exécuter ; bien plus qu'un défaut d'utilisation des objets, il semble que ce soit la faiblesse extrême de l'attention qui commande ces impossibilités ; il semble bien plus s'agir ici d'apraxie idéatoire que d'apraxie idéo-motrice.

Les mouvements transitifs sont très troubles (main gauche sur oreille droite, etc...), de même que nombre des troubles précédemment étudiés, il semble difficile de les rapporter uniquement à une amnésie de fixation, peut-être sont encore en cause des troubles du schéma du corps propre.

Etude de la notion du moi corporel. — M. a perdu la notion de position de ses membres ; après lui avoir mis la main gauche derrière le dos, nous lui demandons de nous tendre la main droite. Il la tend immédiatement. Nous lui demandons alors de nous tendre la main

gauche, il semble embarrassé : « Là, je suis... Oh alors », il cherche sa main sur le lit, sur la table et finalement nous tend la main droite : « ...La voilà. »

Q. : Mais où est votre main gauche ? — R. : Je ne la trouve pas..., je vous l'ai donnée.

Peut-être pourrait-on rapprocher de ces troubles le fait que le malade ne se reconnaît pas dans une glace.

La reconnaissance tactile n'est pas très troublée, c'est ainsi qu'après un certain temps de recherche, il reconnaît une bague, une clef, mais on note une grosse intoxication par le mot.

La reconnaissance des couleurs s'effectue correctement.

Les troubles de la gnosie visuelle que nous allons maintenant étudier sont mis en relief par toutes les errances du malade. Lors de la reconnaissance des images, M. semble présenter une véritable agnosie spatiale. La reconnaissance des objets par la vue est beaucoup plus variable que la reconnaissance tactile ; le champ visuel paraît très restreint ; en réalité, au cours d'examens minutieux, on peut voir qu'il lui arrive de s'élargir singulièrement ; c'est une sorte de voile passager qui semble le limiter, parfois l'obturer entièrement. On peut se demander si notre malade n'est pas atteint de cécité aperceptive. Cette agnosie visuelle semble encore liée à des troubles de l'attention qui ont un retentissement très général et doivent intéresser toute la somatognosie.

Nous avons à différentes reprises tenté d'analyser ces phénomènes à l'aide de l'épreuve suivante :

On montre à M. une pièce de cinq francs :

Q. : Qu'est-ce que c'est que ça ? — R. : Ah ! attendez, c'est une pièce de quarante sous.

Q. : Non..., de cinq francs. — R. : Ah ! oui, de cinq francs, c'est vrai.

Q. : Vous voyez la pièce ? — R. : Il promène son regard sans le fixer.

Q. : Vous voyez la pièce ? — R. : Ah oui, la voilà ! et il la désigne.

On met cette pièce de monnaie dans la main de M. qui s'en rend compte, referme la main. On lui demande où est la pièce ? — R. : « La pièce..., mais », il la cherche avec application, sur le lit, sur la table, dans ses mains même, il en joue dans sa main sans jamais la laisser tomber.

Si on le presse de questions, il répond : « Mais elle est dans votre main. » Il semble manquer à notre malade le lien associatif permettant l'identification de sa recherche à l'objet qu'il a dans sa main. On ne peut dire qu'il s'agit de pure amnésie de fixation : la sollicitation sensorielle est là, permanente ; la demande n'a pas été oubliée, on la répète, et elle est comprise. Le malade s'efforce et fait de son mieux, se rendant compte de son insuffisance ; il se comporte comme un distrait appliqué, ce qui lui donne une allure comique.

L'examen physique ne révèle aucun signe neurologique particulier,

aucun trouble de la motricité, aucune séquelle parétique ; les réflexivités tendineuse et cutanée sont normales.

Il semble qu'il n'y ait aucun trouble de la sensibilité ; les pupilles réagissent bien aux deux modes, il n'y a pas de signes d'atteinte des nerfs craniens. L'examen de l'appareil cardiovasculaire montre un souffle systolique surtout mésocardiaque, il n'y a pas de lésions orificielles. La tension est de 17-10 au Vaquez. L'examen viscéral n'a rien révélé d'anormal. Les réactions sérologiques sont normales ; dans le sang, le taux de l'urée est de 0,38. Dans le liquide céphalo-rachidien : tension 40 ; albumine : 0,28 ; globulines : 0 ; leucocytes : 1,2. Benjoin : 00000.22221.00000. Elixir parégorique : 00 0. Réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke : négatives.

L'examen ophtalmologique (D^r Prieur) n'a apporté aucun signe de localisation. La réaction hémioptique de Wernicke n'existe pas. Il a permis d'affirmer que la vision centrale était bonne ; l'examen du champ visuel est impossible ; il ne doit pas y avoir d'hémianopsie, mais obnubilation passagère de la perception consciente.

Au cours de tous ces examens, le malade a présenté souvent des signes de fatigue inhibitrice amenant des variations considérables dans l'expression clinique de ce syndrome sur lequel ont encore prise les émotions. La conscience du trouble morbide est parfois nettement exprimée : « Qu'est-ce qu'elle a donc cette tête-là ? » ; la désorientation n'est totale ni dans le temps ni dans l'espace ; il s'est un jour inquiété du prix de la journée, nous a fait part de son désir de guérir ; on ne peut dire que l'affaiblissement intellectuel soit très marqué ; quelques idées délirantes ont été retenues à différentes reprises ; il s'agit d'idées de persécution assez vagues à teinte anxieuse ; peut-être sont-elles liées à un certain état oniroïde ; signalons enfin qu'assez souvent lorsqu'il est arrêté dans l'exécution d'un acte demandé, notre malade semble manier un objet hallucinatoire, un peu à la manière des alcooliques, posant par exemple un objet imaginaire sur la table, etc...

L'étude de ce syndrome aphaso-agnoso-apraxique, apparu secondairement au cours d'une maladie ayant évolué pendant longtemps comme un affaiblissement intellectuel simple et progressif, pose le problème de la nature de la maladie, des rapports de structure du syndrome aphaso-agnoso-apraxique avec les phénomènes déficitaires initiaux. L'évolution progressive et longue, l'absence de tout ictus et de tous signes de localisation neurologique permettent de penser que nous sommes ici en présence d'une démence présénile sans athérome du type de la maladie de Pick ou d'Alzheimer ; nous voulons dire qu'il ne s'agit pas ici de troubles consécutifs à de gros désordres vasculaires athéromateux, mais non dire que l'histologie démontrerait l'absence totale de lésions athéromateuses ; celles-ci peuvent exister dans les atrophies de Pick les plus caractéristiques, telles

que celle que l'un de nous a étudiée ici avec Marchand, Anglade, Royer et Rougean. Peut-être même l'existence d'une cécité aperceptive pourrait-elle faire penser à la prédominance des lésions au niveau du lobe occipital ?

Quant aux rapports des phénomènes de la série aphaso-agnosopraxique avec les troubles d'ordre démentiel, ils sont si étroits que l'isolement des uns et des autres est, à l'heure actuelle, difficile ; il semble que l'intensité et peut-être la nature même des troubles aphaso-agnosopraxiques se ressentent du déficit mnésique initial.

Dans une épreuve comme celle de la dénomination des objets, on pourrait difficilement dire ce qui revient à la réduction considérable du vocabulaire — fait initial d'amnésie — et ce qui appartient à l'aphasie. Dans un tableau comme celui-ci, il nous paraît très difficile de l'isoler des troubles déficitaires.

Pareillement, les troubles de l'attention pourraient être invoqués comme fondement de certains faits de cécité aperceptive ou d'apraxie.

M. MARCHAND. — Le cas qui vient de nous être présenté me paraît répondre au syndrome de Pick ou au syndrome d'Alzheimer. Je note, comme particularités intéressantes, l'absence d'ictus, la progression extrêmement lente et continue du processus. Dans une prochaine séance, avec M. Anglade et ses collaborateurs, nous apporterons une observation ayant des traits communs avec celle de ce sujet et je vous montrerai les lésions cérébrales, énormes, considérables, qui conditionnent les troubles mentaux. Les limites cliniques entre la maladie de Pick et la maladie d'Alzheimer sont si floues que, dans le cas actuel, je n'ose me prononcer pour l'une plutôt que pour l'autre.

Guérison et réembauchage des psychopathes, par MM. Paul COURBON et Julio ASUAD.

La jeune femme qui va entrer est, comme il vous sera aisé de vous en rendre compte, si vous voulez bien l'interroger et l'écouter, parfaitement guérie d'un accès psychopathique pour lequel elle fut traitée à Ste-Anne du 2 novembre 1937 au 5 avril 1938.

Elle vous exposera elle-même son cas avec clarté, simplicité et aisance. Sa mise est discrètement coquette. Reposée et légèrement hâlée par la mer, elle respire la santé et la grâce, ne ressemblant plus à la photographie grossière qui fut prise d'elle à son entrée. Elle vous dira qu'à sa sortie de notre service, son

mari, qui l'aime et la gâte beaucoup, l'emmena pendant un mois sur la Côte d'Azur. Elle vous décrira la joie qu'elle eut de ce voyage, qui est le premier de sa vie, car ils ne sont pas riches.

De là-bas, elle écrivit aux infirmières et au médecin des cartes de remerciements. Et dès son retour, elle vint nous faire constater sa guérison et rendre affectueusement visite à ses anciennes compagnes d'hôpital.

Eh bien, malgré ce parfait état d'équilibre physique et mental, l'Administration des Postes, qui l'employait depuis six ans comme nettoyeuse auxiliaire de machines à écrire, a refusé de la réembaucher. Et c'est sur cet obstacle dressé par des employeurs à la réadaptation sociale d'une psychopathe guérie que nous voulons retenir l'attention. Mais auparavant, nous rapporterons les certificats médicaux établis pendant son séjour parmi nous.

Elle a 32 ans. Voici un certificat du D^r Pichard daté du 15 décembre 1937 : « Etat schizophrénique probable. Troubles du cours de la pensée, fuite des idées, imprécisions des réponses, indifférence affective profonde. Mobilité de l'humeur, phases d'anxiété pauvre, avec pleurs ; phase de subexcitation hypomaniaque. Notion d'accès intermittents atypiques. »

Celui du D^r X. Abély daté du même jour : « Excitation psychique atypique avec inactivité, mobilité de l'humeur, opposition, diminution du sens moral, imprécision de la pensée. Deux accès antérieurs d'excitation. Possibilité d'évolution schizophrénique. »

Celui du D^r Capgras daté du 28 décembre 1937 : « Excitation psychomotrice de nature schizophrénique probable. Alternatives de rires et de pleurs. Indifférence, maniérisme, érotisme. »

Celui du D^r Courbon daté du 23 mai 1938 lorsqu'à son retour de permission elle vint demander sa sortie : « Bouffée délirante guérie. »

Ces quelques lignes d'observation suffisent à montrer que le cas mériterait d'être discuté aux points de vue clinique et thérapeutique.

Au point de vue clinique, il s'est agi d'un syndrome présentant des signes habituellement considérés comme incurables et qui a complètement disparu, laissant place à une lucidité parfaite, avec récupération complète de la mémoire, rectification absolue des idées délirantes, critique judicieuse des manifestations pathologiques, appréciation très exacte des contingences et des nécessités de la réalité.

Au point de vue thérapeutique, l'amélioration semble avoir été conditionnée par un abcès de fixation pratiqué le 14 février dernier.

Mais nous n'insistons pas sur l'intérêt clinique, ni sur l'intérêt thérapeutique. Nous ne retenons que l'intérêt social du cas.

Malgré un état de guérison complète, cette femme n'a pas été réintégrée dans l'emploi qu'elle occupait, parce que la maladie dont elle avait été atteinte est une maladie mentale. Le médecin de l'administration, devant lequel elle fut convoquée à l'expiration de son congé, se contenta d'un examen purement somatique. Cet examen ne pouvait pas être défavorable puisque tous ses organes étaient en parfait état et que son aspect rayonne la santé. Mais elle eut l'imprudence de confier à l'expert qu'elle avait eu les nerfs malades et avait été traitée à Sainte-Anne. Le lendemain de l'expertise, l'administration lui faisait savoir que la Commission médicale l'avait déclarée inapte aux fonctions de nettoyeuse.

Elle en fut mécontente, mais ne dramatisa pas la situation. Son mari gagne bien sa vie, ils n'ont pas d'enfant. Elle a le temps de chercher un autre métier, elle pourrait vivre sans gagner son pain. Il y a des gens bien plus malheureux qu'elle.

En somme, nous avons ici un exemple du discrédit que la guérison des maladies mentales inspire au public, et une preuve de l'urgence qu'il y a à instituer l'assistance sociale des malades sortant des hôpitaux psychiatriques.

La malade introduite répond à toutes les questions qu'on lui pose. Elle s'accuse d'avoir été sotte en racontant son passage par un asile d'aliénés alors qu'on ne le lui demandait pas et que personne ne le savait. Elle explique qu'elle n'est malheureusement pas la seule à être chômeuse par le temps qui court, qu'elle espère que les Assurances sociales la dédommageront un peu, et que, n'étant qu'auxiliaire, l'administration avait le droit de la congédier sans lui fournir de raison.

M. CHATAGNON. — Ce cas est très intéressant, car effectivement la femme qui vient de nous exposer son histoire a l'air bien guérie. Il pose le problème de la récupération sociale du psychopathe guéri, problème qui est de tous les jours, pour nous.

M. CARRETTE. — Ce problème ne se pose pas avec la même fréquence, à l'égard de toutes les administrations. Le statut des instituteurs, par exemple, leur accorde un congé pour maladie de 3 ans.

M. Th. SIMON. — Pour parfaitement guérie que puisse être, à l'heure actuelle, cette jeune femme, personne ne garantirait son avenir. Le moins qu'on en puisse dire, c'est qu'elle est une psychopathe intermittente. Elle peut, d'un jour à l'autre, représenter les mêmes troubles mentaux. De tels sujets ne peuvent

pas être recommandés à des employeurs, sans restriction. On est très gêné pour leur rendre service, sans nuire à autrui. On ne peut les recommander qu'à deux conditions : que l'emploi ne comporte pas la surveillance d'enfant, que l'employeur soit averti, pour qu'il dépiste rapidement les signes avant-coureurs de récidive.

M. DEMAY. — D'autres maladies que les maladies mentales peuvent récidiver. Et cette récidive n'inspire aucune crainte aux employeurs.

M. Th. SIMON. — C'est que la récidive du psychopathe est plus grave pour l'entourage qui peut être victime de la conduite délirante.

M. MOLIN DE TEYSSIEU. — C'est que le psychopathe est, du fait de sa psychose, considéré comme irresponsable de ses actes ; tandis que tout autre malade conserve, d'après la loi, la responsabilité des actes accomplis pendant sa maladie.

M. DEMAY. — Il est un fait, c'est que la société et les pouvoirs publics se désintéressent du psychopathe sortant de l'hôpital psychiatrique, désintérêt qui est moralement condamnable et qui est une faute dont la société est la première à pâtir. A quoi lui sert d'assurer le traitement d'un sujet, si elle continue à le prendre à sa charge après qu'il est guéri, en l'empêchant de gagner sa vie ? Il y a lieu de poursuivre l'assistance du psychopathe, après sa sortie de l'hôpital.

M. Th. SIMON. — C'est une question d'argent. En distribuant des secours à sa famille, ou en indemnisant les employeurs, on peut réaliser cette assistance.

M. FILLASSIER. — La situation de cette femme serait différente, si elle était titulaire. Elle aurait droit statutairement au réembauchage. Mais, comme elle nous l'a bien fait remarquer elle-même, ce qui est un signe de sa parfaite guérison, elle n'est qu'auxiliaire. Et l'administration a le droit de la congédier quand elle le veut.

La Phonopsychographie, par M. Paul COURBON.

Ce néologisme, imité de celui de phonocardiogramme employé par Lian à propos du cœur, me paraît convenir pour la désignation de l'enregistrement et de la reproduction phonographiques de l'examen mental d'un individu.

Cet enregistrement et cette reproduction, dont rêva tout psychiatre depuis la découverte du phonographe, est chose facile aujourd'hui. Voici 4 ans que, d'abord hors de l'asile, ensuite avec la collaboration de mes internes Leconte, Feuillet, Fortineau, Chapoulaud, Stora, Asuad et Parant, je la pratique.

Le phonopsychogramme note, avec une rigoureuse exactitude, la totalité des réponses de l'examiné, la totalité des questions de l'examineur, la totalité des interventions des assistants, la totalité des incidents et des circonstances de l'examen, la totalité des paroles, bruits et cris venus de l'extérieur de la chambre et capables d'influer sur les réponses du malade. Ce merveilleux fixateur de l'écoulement sonore, en éternisant les laisser-aller confidentiels, les explosions coléreuses involontaires et les défaillances sans lendemain, réalise, à l'heure actuelle, l'observation idéale du psychopathe. La synchronisation du phonopsychogramme et du cinématogramme lui serait encore supérieure. Et j'aurais déjà appliqué le film sonore à mes malades, si le prix n'en était pas prohibitif pour le maigre budget d'un laboratoire.

De toutes les branches de la médecine, c'est en effet la psychiatrie, dans laquelle l'utilisation d'un enregistrement mécanique, pour la prise d'une observation, est le plus indispensable.

La médecine des autres organes que le cerveau est faite presque exclusivement de symptômes physiques, tombant directement sous les sens et que l'observateur identifie à l'instant même où il les perçoit. La médecine mentale est faite presque exclusivement de symptômes dont l'identification n'est que l'aboutissement de jugements. Il suffit de mettre son oreille sur le stéthoscope pour savoir si le cœur ausculté a un souffle. Il faut des jugements portant sur tout le récit du psychopathe, récit qui concerne le passé et l'ailleurs, pour savoir si les plaintes qu'il profère sont des idées délirantes de persécution ou ne sont que l'expression de la vérité.

L'appareil enregistreur enregistrera le souffle, et n'enregistrera pas le jugement, dira-t-on. C'est vrai ; mais l'enregistrement automatique du récit, avec tous ses incidents circonstanciels, libère le médecin de tout souci de notation, et le laisse tout entier à son travail de jugement. Plus tard, la reproduction de la réalité enregistrée permettra encore la rectification des erreurs éventuelles du jugement.

L'observation médicale des malades non psychopathes n'a à tenir aucun compte des circonstances extérieures à l'examen des organes du malade. Pour bien ausculter un cœur, il faut n'écouter que le stéthoscope, et il est facile d'écrire ce qu'on entend. L'observation du psychopathe doit tenir autant compte

des circonstances extérieures que des propos des malades, car ceux-ci risquent énormément d'être influencés par elles. Le sens d'une phrase dépend quelquefois plus des circonstances où elle est prononcée que de la signification des mots qui la composent. Il faut, non seulement écrire ce que le malade dit, et comment il le dit, mais encore le décrire lui-même, ainsi que les faits et gestes de tous les figurants et que tous les événements qui ont compliqué la scène. Il y a là une telle multitude d'impressions qu'un seul homme ne réussit pas à les percevoir toutes. Et il faudrait que le rédacteur de l'observation fût à la fois observateur, narrateur et tachygraphe.

Submergés qu'ils sont par cette tâche qui les dépasse, médecins ou internes ne l'accomplissent qu'incomplètement. Dans certains cas d'incohérences, ils n'ont, pour fil directeur, que des jugements préconçus qui faussent leurs notations. Aussi l'observation psychiatrique écrite est-elle toujours extrêmement incomplète, comme je le disais en 1927 au Congrès de Blois : « Des paroles et des actes du malade qui est devant nous, nous ne savons retenir qu'une partie de ce que nous percevons. Nous laissons passer une foule de mots, de gestes, de silences. Avec ce que nous avons attrapé, nous faisons comme les enfants avec leurs jouets en cubes : nous construisons un édifice conforme aux modèles de nos livres, et nous rejetons tout ce qui n'est pas utile à la copie. Or, dans les phrases, les intonations, les sons, la mimique, dans les rapports de nos questions et des réponses, dans la chronologie des idées émises, etc., tous phénomènes que notre attention laisse échapper, se trouvent sans doute de précieux documents. La récolte de la totalité des réactions du psychopathe et leur étude à tête reposée, sont la condition du progrès de notre science. L'avenir de la psychiatrie est dans l'emploi combiné du cinématographe et du phonographe pour l'examen des aliénés. Si nous avons pu y recourir, la question de l'automatisme mental serait plus éclaircie qu'elle ne l'est aujourd'hui. »

Cette impossibilité, pour l'observateur le plus génial, et le tachygraphe le plus rapide, de prendre correctement une observation psychiatrique, se révèle surtout à propos des malades atteints de troubles physiques ou psychologiques du langage. Les sténographes les plus habiles y ont échoué.

J'ai eu recours à une des plus renommées parmi les sténographes des assemblées parlementaires, femme très intelligente, très vive, très cultivée, ayant une longue expérience et l'amour de son art. Elle faisait évidemment beaucoup mieux que moi. Mais c'était d'une insuffisance extrême. Les aphasiques, et plus

encore les schizophasiques, ne peuvent être étudiés que par la phonopsychographie. Le manque de logique des propos des malades, leurs phonèmes insolites renversent à chaque instant l'attitude d'anticipation qui est celle du sténographe dans l'exercice de ses fonctions. Il hésite à percevoir. Ces hésitations lui infligent bientôt un retard qu'il ne peut pas rattraper. Par ailleurs, le même sténographe ne peut matériellement pas, en même temps, noter les propos du malade et décrire les circonstances dans lesquelles celui-ci les prononce.

Le phonopsychogramme, au contraire, note tout ce que le sujet a dit, comment il l'a dit, quand il l'a dit, après qui et quoi il l'a dit, avant quoi et qui il l'a dit. Il note même ses silences. Du sujet, il fixe les caractères physiologiques de la voix : aiguë ou basse, enrôuée ou claire, criarde ou chuchotée, épuisée ou aphone, tremblante ou ferme ; les caractères physiques de ses paroles : articulées ou dysarthriques, scandées ou régulières, rapides ou lentes ; les caractères psychologiques de son langage : ému ou serein, franc ou trompeur, confiant ou méchant, coléreux ou patient, calme ou inquiet, assuré ou hésitant, arrogant ou humble, vantard ou modeste, poli ou grossier, prudent ou sot, recherché ou vulgaire, savant ou technique, grammatical ou incorrect, décelant l'instruction ou l'ignorance, et révélant, par le vocabulaire, l'accent, les locutions, celle des catégories sociales à laquelle le parleur appartient.

Il fixe toutes les circonstances de l'examen, les questions, les interruptions, les digressions, les allusions, tous les événements sonores qui ont pu frapper le tympan du malade et agir sur son exubérance ou son mutisme.

Quant à la reproduction des examens mentaux, qui peut être répétée quand on le veut et aussi souvent qu'on le veut, elle est d'un bénéfice incommensurable pour la science psychiatrique.

Elle permet, par la possibilité d'une discussion sans limite et publique, le sacrifice des interprétations hasardées par l'observateur et l'approximation la plus grande de la vérité.

Elle permet de suivre l'évolution de la maladie à toutes ses étapes et les effets de la thérapeutique.

En faisant réentendre au sujet guéri son langage du temps où il était malade, elle lui rappelle des états cœnesthésiques et mentaux qu'il avait oubliés. Et la description qu'il en essaye permet de fouiller plus profondément la subconscience où se trament les processus psychopathogènes.

Cette mise en présence du passé morbide est quelquefois, pour

certains malades, surtout pour les alcooliques, un moyen psychothérapique. Mais il ne faut pas en abuser.

Enfin la reproduction des examens mentaux permet le maximum d'utilisation scientifique du malade avec le minimum de dommage physique et moral pour lui. Les confidences qu'aura pu obtenir de lui un psychiatre émérite renaîtront devant le plus vaste des auditoires sans qu'il ait à comparaître lui-même. Sa pudeur et son incognito seront sauvegardés, malgré le plus complet étalage de sa maladie.

Excellent agent d'enseignement pour les élèves, car il leur permet de commenter l'interrogatoire sans le troubler, le phonopsychogramme en est également un pour les maîtres. Le disque leur fournit le moyen de s'observer objectivement eux-mêmes, d'admirer leurs prouesses quand ils réussissent à vaincre les réticences, et de constater leurs maladresses éventuelles quand elles ont retardé des aveux qui s'annonçaient.

Bienfaisante pour le malade, extrêmement utile pour l'étudiant, pour le médecin, et pour le professeur, la phonopsychographie est donc, à l'heure actuelle, le meilleur des instruments de psychoscopie que le psychiatre ait à sa portée.

Plusieurs disques d'examen mentaux pratiqués en ces quatre dernières années, soit sur le même malade, soit sur des malades différents, sont reproduits en présence des membres de la Société, qui ont bien voulu se transporter dans le service. L'enregistrement d'un malade et l'enregistrement de la conversation des assistants sont exécutés et immédiatement reproduits.

M. HENRI CLAUDE. — A la clinique, nous obtenons de bons résultats pour prendre les observations de malades hallucinés ou délirants en recourant à une excellente sténodactylographe. Mais l'enregistrement et la reproduction phonographiques sont infiniment supérieures à la sténographie. Il y a nombre d'années que j'en proclame l'utilité pour l'étude des psychopathies.

Les disques que nous venons d'entendre n'ont pas tous la même pureté. Les bruits parasites de quelques-uns gêneraient sans doute la compréhension, si on les diffusait dans un amphithéâtre. Mais j'avoue que le disque du malade enregistré hier et celui qu'on vient d'enregistrer sous nos yeux donnent pleine satisfaction.

Par ailleurs, la vue du microphone ne risque-t-elle pas de faire délirer le malade et de déterminer chez lui la réticence ?

M. CARRETTE. — L'usage de cet appareil en médecine légale et à l'infirmerie du dépôt serait extrêmement précieux.

M. TUSQUES. — Ce qui serait parfait pour prendre l'observation d'un psychopathe, c'est le film sonore.

M. COURBON. — L'inégalité de pureté des disques tient à l'inégalité de virtuosité des opérateurs. J'ai fait fonctionner mon appareil dans mes trois derniers services : Vaucluse, Sainte-Anne-Hommes, Sainte-Anne-Femmes. Chaque fois, mes collaborateurs ont eu à franchir une courte période d'apprentissage pendant laquelle l'enregistrement laissa à désirer.

Le microphone se dissimule assez bien. Mais, même quand on le laisse en évidence, suspendu au-dessus du lit ou sur la table, il est tout à fait exceptionnel que le malade s'en inquiète. Quand on sait capter sa confiance, ou détourner son attention, il tolère même l'approche du microphone devant ses lèvres. Les enregistrements que j'ai ratés ne l'ont jamais été par le refus du malade de parler devant l'appareil.

Les sujets auxquels on fait réentendre leur examen, après ou avant guérison, ne manifestent aucun mécontentement. La science n'a plus rien de mystérieux pour le public, aujourd'hui, où chacun possède un phonographe. Ils ne reconnaissent pas leur propre voix. Mais cette méconnaissance est commune à tout le monde. Elle s'explique aisément, car chacun perçoit sa propre voix par des impressions transmises à travers les os et les tissus de son cou et de sa tête, tandis qu'il perçoit la voix des autres par des impressions transmises à travers l'air. Quand le disque lui renvoie sa voix, il la perçoit à travers l'air. Il ne la reconnaît pas, parce qu'elle n'est, en effet, plus la même que celle qui lui arrive à travers ses tissus.

La réflexion de M. Carrette est si vraie que le Directeur du service des aliénés à la Préfecture de police, M. Vétel, devant qui j'ai fait marcher mon appareil, m'a demandé une séance de démonstration pour des magistrats qu'il doit amener incessamment.

Comme M. Tusques, j'estime que le film sonore est l'instrument de l'avenir.

A M. le Professeur Claude et à tous mes collègues, je dis que je me ferai un plaisir d'enregistrer tous les malades qu'il leur plaira de m'adresser.

La séance est levée à 11 h. 40.

Le Secrétaire des séances,
Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 27 Juin 1938

Présidence : M. J. CAPGRAS, ancien président

Conformément au Règlement, en l'absence du président, M. A. FILLASSIER, et du vice-président, M. LAIGNEL-LAVASTINE, la séance est présidée par le plus ancien membre titulaire.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 12 mai et le procès-verbal de la séance du lundi 23 mai 1938 sont adoptés.

Correspondance

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

des lettres de MM. les D^{rs} René BESSIÈRE, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine ; Gabriel FAIL, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Clermont de l'Oise ; Pierre MENGER, médecin-chef de l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique de Bégard (Côtes-du-Nord) ; Maurice LÉCONTE, médecin des hôpitaux psychiatriques, et Jean FRETET, médecin des hôpitaux psychiatriques qui demandent à faire partie de la Société comme *membres correspondants nationaux* : la Société désigne une commission composée de MM. GENIL-PERRIN, COURBON et Xavier ABÉLY, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures ; le vote aura lieu le lundi 24 octobre prochain ;

l'envoi d'un rapport sur les malades mentaux et l'activité des établissements consacrés au traitement des maladies mentales de Hollande par les médecins inspecteurs MM. PAMEYER, WESSELS et KOENEN.

Table générale et alphabétique des Annales Médico-psychologiques

En déposant sur le Bureau de la Société, le 3^e volume des *Tables alphabétique et analytique des Annales Médico-Psychologiques* (1879-

1930), M. René CHARPENTIER remercie le D^r Paul CARRETTE, qui a bien voulu se charger de ce long et minutieux travail. Il remercie également M. COUESLANT et ses collaborateurs d'avoir bien voulu faciliter aux *Annales Médico-Psychologiques* cette publication désirée depuis longtemps par un grand nombre de membres de la Société Médico-Psychologique, publication retardée à plusieurs reprises par des difficultés tenant aux modifications des conditions économiques et monétaires.

M. CAPGRAS, qui préside la séance, exprime les remerciements de l'Assemblée à l'inspirateur et aux auteurs de la rédaction de cette table des matières. Celle-ci valorise la collection des *Annales Médico-Psychologiques*, en rendant facile et rapide la recherche des travaux publiés pendant un demi-siècle, et devenus presque inutilisables par la difficulté de les retrouver.

Election à une place de membre titulaire

A la suite de la lecture d'un rapport de M. CAPGRAS, au nom d'une commission composée de MM. BARBÉ, CAPGRAS, CÉNAC, COMBEMALE et GROUZON, il est procédé au vote :

Nombre de votants	18
Majorité absolue	10

A obtenu :

M. CHATAGNON	18 voix
--------------------	---------

M. le D^r Pierre CHATAGNON, Médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, est élu *membre titulaire* de la Société Médico-Psychologique.

Election à une place de membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. SENGÈS, au nom d'une commission composée de MM. GUIRAUD, MIGNOT et SENGÈS, il est procédé au vote :

Nombre de votants	18
Majorité absolue	10

A obtenu :

M. BELEY	16 voix
Bulletins blancs	2

M. le D^r André BELEY, chef de clinique de neuropsychiatrie infantile, est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-Psychologique.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ

Prix Moreau de Tours (200 francs)

Rapport sur le mémoire présenté pour le Prix Moreau de Tours

M. RAYNEAU. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de Mme MINKOWSKA, de M. CODET et de moi-même de vous présenter un rapport sur les travaux présentés pour le *Prix Moreau de Tours*. Un seul ouvrage a été déposé : la thèse du D^r BERTHIER, intitulée : « *Du rêve au délire* ».

C'est un tableau d'ensemble du rêve tel qu'il se présente chez l'individu normal et du rêve pathologique. Dans le rêve, notre moi conscient perçoit et vit une scène. Faut-il accorder au rêve une pensée analogue à celle de la veille ou, au contraire, une pensée propre commandée par des lois différentes ? A l'étude, la pensée onirique paraît très différente de celle de la veille, car on ne se souvient pas de tous les rêves, et, lorsqu'on s'en souvient, ce sont quelques images seulement qui survivent.

Pour M. Berthier l'onirisme est un état pathologique ; c'est une sorte d'état mixte fait à la fois de perceptions élémentaires et de constructions subjectives, le psychisme brodant et enrichissant quelques points perçus de la réalité. Chez certains malades, on peut saisir la filiation de l'onirisme et du délire. En vue d'expliquer ce passage l'auteur étudie le rêve chez les primitifs et les mystiques. Pour eux, ce qui est vu en rêve, en principe est véritable et conditionne leur conduite.

Le délire est un ensemble de conceptions erronées auxquelles le malade accorde la croyance et auxquelles il tend à conformer ses actes. Or, pour le primitif comme pour l'aliéné, la croyance est différente de la nôtre. Comme le dit M. Pierre Janet, il y a une forme supérieure de la croyance, la *croyance réfléchie* qui est celle des normaux et une forme inférieure, la *croyance asséritive ou pithiatique*, qui, fondée sur des affirmations irraisonnées ou sur des rêves, est aveuglément admise par les esprits faibles, ainsi qu'ont essayé de le démontrer Targowla et Dublineau.

On peut définir le rêve comme l'activité psychique de l'homme endormi. Il y a des rêves riches en images et d'autres où les images sont faibles et comme noyées dans l'activité intellectuelle. Mais que l'image se présente vague ou précise, peu importe. Au réveil toutes ces constructions oniriques s'effondrent ; la critique reprend ses droits et ne laisse rien subsister de ce qui apparaissait certain. C'est du moins ce qui se passe chez l'individu normal ; enlevez l'auto-critique et tout est prêt pour le délire. En réalité les choses sont plus complexes : le délire ne sort pas tout fait du rêve ; il existe une phase préparatoire faite d'interrogations et de ruminations qui dure parfois fort longtemps.

Et l'auteur conclut en se basant sur des observations que, s'il faut

accorder au rêve un rôle incontestable dans l'élaboration de certains délires, il lui paraît impossible d'expliquer, du moins dans l'état actuel de nos connaissances, comment chez l'aliéné le rêve peut laisser son empreinte durable dans le délire, tandis que chez l'individu normal il se sépare radicalement de la vie de veille. C'est peut-être à la notion de la *dépersonnalisation* que nous devons faire appel. Alors le délire serait le fait d'une seconde personnalité qui s'ajoute à la première et la domine.

Votre commission a estimé, à l'unanimité, que cet ouvrage méritait l'attribution du *prix Moreau de Tours*.

Le Président met aux voix la proposition de la commission. Cette proposition est adoptée. Le *prix Moreau de Tours* pour 1938 est décerné au D^r Charles BERTHIER.

COMMUNICATIONS

Grève de la faim poursuivie depuis 8 ans par un revendicateur pur, par M^{lle} S. ROUSSET, MM. G. DAUMÉZON et J. MASSON.

L'observation que nous rapportons trouve ses sources dans les notes très minutieuses, très complètes, prises par le D^r Requet, de 1929 à 1934, et dans les divers mémoires rédigés par le malade, à noter aussi un rapport d'expertise du D^r Aubry.

Nous croyons nécessaire, étant donné la valeur doctrinale de cette observation, de la considérer comme une biographie.

Antécédents familiaux : Père, scieur de long, mort à 73 ans : congestion pulmonaire. — Mère, sans profession, morte à 72 ans : cachexie sénile. — 2 frères, 2 sœurs vivants. — Aucun antécédent psychopathique connu dans la famille.

Le milieu familial est celui de petits paysans, attachés à leur lopin. Les B. sont la plus vieille famille du pays. Le père B. a été conseiller municipal toute sa vie, et son fils lui a immédiatement succédé dans cette assemblée. Petites gens modestes, d'une honnêteté scrupuleuse, mais d'une fierté sans borne, bonshommes un peu roublards, à la manière paysanne, un tantinet méfiants, économes et sûrs de leur droit. B. semble être le type achevé d'une telle lignée.

Il est né le 2 décembre 1874. Le second fils des B., Joseph, a l'enfance des petits villageois de son âge. Scolarité de 1881 à 1889 ; il a toujours été un élève sérieux, consciencieux, travailleur, curieux, discipliné. Son maître avait fait de lui un moniteur pour enseigner les plus jeunes, et l'a vu quitter l'école avec regret. Dès cette période, il

avait le goût du commandement, c'était un des chefs de la bande des garçons de son âge, pas toujours suivi cependant, car il était raisonnable et obéissant.

A la sortie de l'école, il apprit le métier de maçon, changeant fréquemment de patrons pour se perfectionner, toujours regretté par ses chefs de chantiers. A ses temps perdus il travaille pour des voisins, monte quelques murs, construit quelques baraques. A 25 ans, il est contremaître et dirigera bientôt de petits chantiers. C'était un garçon sérieux, rangé, économe. Selon ses dires, il n'a eu quelques préoccupations érotiques qu'à 18 ans, ce n'est que quelques années plus tard que, « à titre expérimental », il a de temps en temps fréquenté la maison de tolérance. Mais jamais il n'a été vraiment intéressé par les femmes, et très vite il a cessé de fréquenter les bals de village. Il explique que le mariage lui est vite apparu comme générateur de charges, et le spectacle de son aîné, marié de bonne heure à une femme tyrannique, a aussi contribué à l'écartier de cette voie. Grâce à quelques appuis politiques, B. a pu éviter le service militaire. Notre homme se glorifie de son sérieux : « Quoique j'eusse travaillé loin ou près, j'ai toujours passé mes dimanches chez mes parents, et les lundis matin, j'ai toujours été stable sur mon chantier. » S'il a bu quelquefois avec des connaissances, il n'a jamais été saoul.

A 31 ans, ayant fait quelques économies, B. s'installe à son compte. Il travaille très régulièrement, et peu à peu rachète à ses frères leur part d'héritage, tout en restant auprès du père, au foyer familial. C'est un petit entrepreneur avisé, prudent, écouté. Il a su faire le sacrifice d'aller travailler quelques mois en Allemagne pour se perfectionner dans la langue et étendre ainsi le champ de ses affaires. Cependant il ne dépasse guère l'activité d'un artisan, ayant sous ses ordres deux ou trois compagnons et quelques apprentis.

Calme et réfléchi, jamais B. n'a eu la moindre dispute. Il n'en conservait pas moins son franc-parler, et fier de sa réussite sociale et professionnelle savait dire son fait à chacun. Passionné de justice, souvent il a défendu le faible ; mais, à vrai dire, c'est surtout le Droit qui le passionne, et il fait figure de justicier dans son village.

C'est en 1912, à l'âge de 38 ans, que l'événement capital de son existence a changer complètement le cours de sa destinée. En flagrant délit de braconnage, un garde tire sur lui deux coups de fusil, puis prétend avoir agi en légitime défense, et le fait condamner pour tentative de meurtre. C'est contre cette condamnation, subie en 1912, que B. revendique. C'est cette revendication qui, 17 ans plus tard, l'a amené à l'Asile. Cet événement mérite d'être conté avec plus de détails.

Depuis quelque temps, les paysans de son village se plaignaient amèrement des dégâts infligés aux récoltes par le gibier de la forêt voisine. B. conçut le projet de régaler ses parents de quelques-uns de leurs persécuteurs. Jamais il n'avait chassé, encore moins braconné, il arma un vieux fusil et se mit à l'affût pour tirer un chevreuil. L'abondance du gibier et sa familiarité lui permirent de réussir.

Chargé de son butin, il revenait à la maison lorsqu'il fut hélé par un garde. Il se mit à courir, et le garde tira deux coups de fusil chargé de chevrotin.

Tel est, du moins, le récit de notre malade. Par contre, le garde prétendit qu'il avait tiré une seule fois en réponse à un premier coup de fusil que B. aurait dirigé sur lui.

A partir de cette aventure les preuves de mauvaise volonté, de duplicité, se sont multipliées autour de lui. Les gendarmes ne lui ont pas fait signer sa déposition, le médecin qui le soigne refuse de témoigner que les blessures ont pour origine deux décharges et non pas une seule. L'avocat le fait passer en correctionnelle, lui faisant éviter les juges populaires, un cantonnier déclare avoir entendu deux coups de fusil qui se répondaient. Grâce à ces faux témoignages, B. fut condamné à 18 mois de prison ferme et aux dépens.

L'appel au Tribunal de Leipzig fut rejeté, et notre sujet dut purger sa peine. Mais, à chaque incarcération, protestant et récriminant, refusant de manger et plus encore de travailler, il obtient de se faire remettre en liberté. Si bien qu'ayant obtenu une remise de 6 mois, il n'accomplit qu'un an en 5 fois. Le premier séjour remonte à 1912, le dernier à 1915. A deux reprises on lui demande de signer un recours en grâce, chaque fois, fort de son droit intact, notre homme refuse avec hauteur une grâce qui ne saurait remplacer la réhabilitation à laquelle il a droit.

Lors de la guerre, très habilement, les blessures reçues du garde-chasse sont invoquées pour la réforme. Examiné par diverses commissions, B. fut chaque fois reconnu inapte.

Vint la fin de la guerre, notre homme reçut les Français à bras ouverts. Il connaissait mal la langue et était resté très attaché à la France. Son indépendance, sa foi républicaine aussi, s'accordaient mal avec le régime impérial. Conseiller municipal, il provoqua la démission du maire germanophile et organisa la réception des Français. Constamment réélu, il fut même plusieurs fois sollicité d'accepter la charge de maire, mais chaque fois il refusa.

A l'entendre, il semble que, à ce moment et pendant quelques mois, il ait oublié sa condamnation ou du moins qu'il n'ait pas songé à obtenir une annulation. Cette attitude s'explique assez facilement : B. rejetait sa condamnation parmi les exactions du régime précédent, reniées par les Français.

Aussi son indignation fut grande lorsqu'il apprit du percepteur qu'il devait payer les frais de sa pension dans les prisons. La loi allemande, en effet, met à la charge du condamné non indigent les frais d'emprisonnement. Les sommes correspondant au séjour de B., à vrai dire assez faibles, restaient impayées et recouvrables. Déjà en 1915 une menace de saisie avait été brandie, mais soucieuse de ne pas causer de mécontentement aux environs du front, l'autorité allemande avait cessé les poursuites.

Dès qu'il sait que la condamnation produit encore ses effets, B. n'a

plus de cesse qu'il n'obtienne la révision du procès. Il va trouver un avocat, lui verse séance tenante 500 francs de provision. Une enquête est ordonnée, dans le rapport du gendarme le requérant est qualifié d'exalté, dès qu'il en a connaissance il réclame un examen mental, « vous n'êtes pas inculpé » répond le juge, « mais dès ce moment j'ai remarqué que la réponse était écrite au crayon », nous dit B.

De procédure en procédure, la réhabilitation fut obtenue et prononcée le 28 décembre 1926. Mais cela ne suffit pas à notre homme, il faut que l'arrêt soit public à l'*Officiel*, il faut surtout qu'aucun frais ne lui soit demandé. Or, des frais d'enregistrement restent à sa charge, et ses frais de pension à la prison restent recouvrables selon la doctrine allemande. Il s'agit d'un cas litigieux et à ses demandes, des réponses souvent discordantes sont faites ; autant d'encouragements pour réclamer. Des lettres sont alors adressées à toutes les autorités : magistrats, préfet et sous-préfet, députés, sénateurs, Président de la République. Le préfet et le député ne reçurent pas B. en personne. Celui-ci en conçut une grande indignation et écrivit d'abord au Député une lettre menaçante :

« Si dans un délai de huit jours la justice n'est pas à l'œuvre, ma conscience m'obligerait à entreprendre les démarches nécessaires pour vous exterminer. » Sans trop se soucier de la menace, le député répondit qu'il avait transmis la demande au Préfet et que, simple élu sans pouvoir administratif ni judiciaire, il ne pouvait faire davantage. Cette argumentation toucha B. qui retourna toute son agressivité contre le Préfet, « lassé d'être trompé à donner ma confiance... je prendrai des armes et justice je ferai » !

Le Maire a déclaré qu'il estimait B. capable de mettre sa menace à exécution. Sollicité de retirer ses paroles : « Soyez tranquille, je sais ce que je signe », répond notre sujet. Arrêté, il refuse de prendre un avocat. Toute son attitude rendait nécessaire son examen mental. L'expertise confiée au D^r Aubry fut l'occasion d'un très beau rapport concluant bien sûr à l'internement, l'expert notait au passage l'état d'émotion intense, le discours sur un ton emphatique et les principales exigences : jugement solennel par la Cour d'Assises, « le Tribunal du peuple », etc...

B. entra à l'Asile en décembre 1929, le D^r Requet note : Homme calme, lucide, surexcitation légère, adresse la parole spontanément, et dès qu'on lui parle de son histoire se met à parler avec une abondance, une facilité très grande, émotion vive. Dès les premiers jours, notre homme demande du travail, ouvrier consciencieux, il force l'estime et la confiance et obtient vite une grande liberté. Mais le temps passe et sa confiance diminue. En février 1930 il refuse de travailler, il fait organiser par sa sœur une campagne en sa faveur, Maires et Conseillers municipaux du canton, habitants, commerçants, sont sollicités de signer une pétition, beaucoup acceptent, quelques-uns refusent. Pour hâter les événements, B. dépose une plainte en faux témoignage contre ceux qui ont obtenu sa condamnation en

1912... Entre temps, l'Administration provisoire a loué ses terres et a perçu ses récoltes. « Par ce fait, l'administrateur s'accaparait de ses droits et de ses biens alors qu'il en avait confié la garde à sa sœur pendant son absence ». Le 25 août 1930 « il déclare » la grève de la faim.

Depuis près de huit ans, cette grève de la faim se poursuit, sans faiblir. Une interruption cependant d'un mois en juillet 1934. Le Procureur, lors d'une de ses visites semestrielles, avait en effet promis la sortie si B. s'alimentait seul. Aussitôt, et avec une joie qu'il ne cherche pas à dissimuler, notre homme mange de grand appétit, mais lorsqu'au bout d'un mois aucune nouvelle de sortie n'est annoncée, comprenant qu'on s'est joué de lui, B. reprend son calvaire volontaire. Ce calvaire est encore aggravé par la rigueur avec laquelle le sujet prétend ne pas s'alimenter. Chaque sondage est l'occasion d'une lutte, et souvent notre homme en sort meurtri, vaincu, mais la conscience en repos.

Dans le cahier très détaillé où est journallement consigné le récit du martyre, B. n'a jamais caché les très réelles douleurs, les souffrances cuisantes qu'il a endurées. Ajoutons qu'en 1932, l'état général est devenu extrêmement précaire. Une radiographie de l'estomac notait une image lacunaire, le chirurgien consulté relevait une tumeur palpable de l'hypocondre gauche. L'état fut si alarmant qu'un avis d'état grave fut expédié à la famille. Tout doucement une amélioration s'est instituée et une radiographie récente signalait l'intégrité de la muqueuse gastrique et confirmait l'absence de tumeur.

Une nouvelle injustice devait frapper notre héros : propriétaire d'une petite exploitation agricole, il vit ses revenus saisis, puis une partie vendue pour payer les frais de son séjour à l'Asile. Contre cette spoliation, B. n'a jamais cessé de protester, et tous ses efforts tendent à rendre plus légère cette perte subie par sa famille. C'est ainsi qu'il a refusé de se faire transporter à Strasbourg pour y subir un examen mental supplémentaire confié au Professeur Pfersdorf dès qu'il a appris qu'il devrait supporter les frais de cette observation.

Rien n'a altéré l'inébranlable constance de notre revendicateur. Conscient de la gravité de son état, de l'aggravation qui résulte de son refus de nourriture, il attend patiemment mais calmement la mort ou la justice.

Nous avons longuement relaté les péripéties qui ont amené et maintenu notre sujet à l'Asile. Reste à préciser les données d'un examen objectif minutieux. Cet examen a été maintes fois pratiqué par le D^r Requet et par nous-mêmes. Nous avons ainsi pu nous assurer que l'état n'avait pas varié depuis huit années.

B. a maintenant 63 ans passés. C'est un homme maigre que la sénilité a déjà marqué, mais encore droit et l'œil vif. Le teint hâlé, le geste rare, même dans l'exaltation la plus vive, la démarche sont ceux d'un paysan. Il s'exprime suffisamment dans les deux langues

et les imperfections syntaxiques qu'on peut relever sont très légères et banales. Le discours est cohérent, les idées sont normalement développées, nous verrons que certains thèmes privilégiés entraînent des déclarations déclamatoires, mais même à ce moment aucun élément dissociatif ne peut être incriminé.

Au point de vue intellectuel, il n'existe aucun signe d'affaiblissement, même léger. Bien au contraire, la longue inaction, les méditations prolongées sur son affaire ont augmenté peut-être les possibilités dans ce domaine de notre malade. En tout cas aux tests, B. se pique au jeu et fait preuve d'ingéniosité, son niveau mental est excellent. Il n'existe pas davantage d'altération affective : c'est avec un attendrissement réel et adapté que notre sujet évoque la situation de sa vieille sœur que son internement laisse seule et sans soutien. Il a eu quelques bons amis dont il accepte les nouvelles avec joie. Mais bien sûr toutes ses affections qui semblent réelles sont primées par sa passion pour la Justice.

Aussi est-ce bien dans le domaine du contenu psychologique que nous trouverons un élément pathologique. Remarquons au passage l'ingéniosité de certaines explications, B. a construit tout un système pour expliquer les divers troubles physiologiques qu'il ressent depuis les sensations de faim jusqu'aux érections de plus en plus rares. Il nous expose que tout cela vient de la « tuberculose » qui passe dans le sang. La tuberculose n'est autre chose que le résidu alimentaire qui adhère le long des intestins après digestion. Selon l'alimentation plus ou moins abondante, la tuberculose remonte plus ou moins haut sur le trajet intestinal, lorsqu'elle arrive à un certain point élevé, elle passe dans le sang pour y provoquer divers troubles (érections). Lorsqu'il y en a très peu, une sensation spéciale dans le rectum se fait sentir (notre sujet est porteur d'hémorroïdes). Tout cela n'est qu'un aperçu sur un système très complexe construit grâce à la lecture des annonces de spécialités médicales dans les 4^e pages des journaux. Ce système a le caractère d'une hypothèse qu'il soumet au médecin et il est heureux lorsqu'on lui affirme qu'il est dans la vérité.

Nous avons tenu à indiquer cette élaboration car on ne peut s'empêcher de la rapprocher de la partie proprement délirante que B. a organisée autour de ses tribulations. A une époque que nous ne pouvons préciser et que lui-même n'indique pas car les interprétations rétrospectives fourmillent dans son exposé, il s'est aperçu que tout le monde dans cette affaire était d'accord : c'était la lutte des chasseurs contre les paysans et, d'une manière générale, des riches contre les pauvres. Les riches, par leur argent, par leur puissance se sont attachés la complicité de quelques pauvres comme lui : les preuves abondent de l'exactitude de cette conception. C'était un chasseur, que le Président du Tribunal qui l'a condamné. Chasseur encore le médecin qui a expertisé à faux sa blessure. Chasseur aussi le Député, chasseur le Préfet, chasseur l'ancien Directeur de l'Asile. Quant aux autres, ils ont été largement payés de leur malhonnêteté :

celui qui l'a dénoncé est devenu garde-forestier titulaire. Tel gendarme qui a déposé contre lui est maintenant brigadier. Le D^r Requet qui l'a gardé ici a eu son changement pour Lyon. L'infirmier qui l'alimentait est devenu sous-chef de quartier.

Comme nous l'avons souligné tout à l'heure cette élaboration n'entraîne pas la pleine adhésion du sujet, il expose en disant « je crois », « il me semble », « j'ai cru m'apercevoir ». Il s'agit en somme d'une hypothèse plus que d'une véritable croyance ; selon l'expression de de Clérambault, les interprétations sont plus subséquentes que vectorielles.

Voilà pour l'explication du préjudice, mais la teinte délirante est plus marquée dans l'appréciation du préjudice et dans les exigences de réparation. Admettons un instant que B. ait été condamné à tort, il s'ensuit un préjudice grave mais cette condamnation est effacée puisqu'il a obtenu sa réhabilitation et toutes ses revendications vont s'appliquer à effacer une dette minime de quelques centaines de francs à payer. C'est que cette dette à ses yeux atteint son « honneur ». S'il paye un sou à la Justice c'est qu'il reconnaît être coupable. Nous allons retrouver encore des supputations de cet ordre à l'origine de la grève de la faim, qu'il poursuit. C'est cette atteinte à son « honneur » qu'il va essayer d'effacer. D'un point de vue strictement moral cet attachement à son honneur ne peut que forcer notre admiration. Si au contraire on examine cette attitude du point de vue objectif, il semble bien que B. place son honneur dans des considérations bien trop sociales pour représenter une valeur éthique solide. Mais nous voyons dans quelles discussions byzantines nous sommes entraînés sur ce chapitre. L'honneur est sans doute un fait social très variable et certains individus, à certaines époques, s'en sont fait une conception héroïque voisine de celle de notre malade. Le Préfet avec lequel nous nous sommes entretenu de B. traitait avec quelque raison notre homme de « héros cornélien ».

Aussi bien n'est-ce pas dans ce déficit de jugement que nous trouverons la marque délirante la plus nette, mais plutôt dans les réactions du sujet à ses conceptions. Elles sont marquées par cette hyperactivité caractéristique de ces individus qui fait toujours l'action personnelle disproportionnée avec la cause que le sujet lui assigne : si je paie, je reconnais ma faute. Si je mange, j'accepte d'être à l'asile. C'est surtout dans ce dernier paralogisme qu'éclate ce défaut intellectuel. Si je mange c'est que j'accepte de vivre comme une bête. Si je mange je ne suis plus digne de vivre. Si je mange, j'accepte de manger mon bien que l'Asile me vole, etc... Ainsi motivée, la grève de la faim est absolue.

Telle est la réaction actuelle la plus importante et qui à elle seule légitimerait amplement le placement. Mais il y en a eu d'autres que nous avons signalées au passage : menaces réitérées aux autorités, refus de l'expertise, tentatives procédurières et même tentative de suicide (essai de s'étouffer avec un journal), etc., etc...

L'activité en rapport avec ce délire se révèle surtout dans les écrits. Nous avons déjà signalé ces cahiers dans lesquels tous les événements sont consignés. B. produit encore de longues lettres écrites d'une graphie régulière, serrée, sans surcharge, sans passages soulignés, et d'un style bien spécial. Lettres de proportions grandioses, l'une d'elles, écrite sur les deux faces, atteint environ 1 mètre carré. Depuis quel-que temps notre malade va plus loin, il rédige de véritables jugements grâce à un formulaire de droit qu'il a trouvé à l'Asile et dont il ne se sépare plus. Il rédige les condamnations de ses persécuteurs qui débute-nt par ces mots : « Au nom du Peuple français ! » Malgré cette forme, il n'ignore pas que ses arrêts ne sont pas exécutoires, il sait fort bien que c'est au juge et non à lui de condamner, et cette forme judiciaire n'est que pour donner plus de poids à son témoignage.

Nous touchons à un problème important posé par le style de B. Pour l'éclairer, lisons tout d'abord quelques spécimens d'écrits.

« Il faut que tout le monde sache que la vérité est le trône de la justice. Je ne frissonne pas devant la mort, ni devant les autorités qui représentent la loi, ni devant la force majeure qui prime leurs droits. Le représentant autoritaire sait qu'il m'a réclamé et cherché, il sait que je ne dois absolument rien à personne, il sait que je demande la propre justice du peuple, il sait qu'il propose son jugement au même point de vue qu'un criminel à main armée qui m'attaque en demandant la bourse ou la vie et si j'abandonne mon argent et mon bien, j'obtiens aussitôt mon droit d'aller en liberté, ainsi son grand pardon est fait accompli. »

Ailleurs nous trouverons un autre passage :

« Et le 30 décembre 1934 j'ai écrit ceci à mes frères et sœurs : Par la présente, j'ai l'honneur de vous adresser mes respectueux derniers souhaits de bonne et heureuse année et ainsi à tous mes neveux et nièces, cousins et cousines.

« A l'occasion de mon courageux et sincère acte de résolution, j'invite d'ores et déjà toutes mes connaissances qui désireront prendre part à l'honneur de mon enterrement.

« Je m'étais fixé à suivre la loi souveraine que Napoléon premier avait dicté en son temps au peuple : Quand vous avez raison, disait-il, il faut réclamer vos droits et attendre la justice faire son devoir. »

...« Judiciairement mis en possession de l'Asile le 9-12-29 pour approfondir mon examen mental que la loi exige, dont j'ai l'obligance de produire et procurer l'attestation réglementaire en bonne et due forme selon l'ordonnance reçue de M. Pagniez, juge d'instruction du Parquet de Metz, obligé de revendiquer respectivement les deniers publics, forcé par contrainte de corps et de bien et mis en demeure de servir le droit et l'intérêt général de la justice due à la nation. »

La lecture de tels écrits fait immédiatement songer à un état dissociatif grave et avec ce que l'on sait du sujet, le refus d'aliment est alors qualifié de négativisme et le malade devient schizophrène.

En réalité une telle interprétation serait absolument erronée. B. n'use de ces formules que pour donner à ses écrits une allure juridique et portant une valeur indiscutable. Formaliste comme beaucoup de campagnards, il profère un certain respect magique pour le style notarial hermétique et ampoulé. On doit reconnaître que notre sujet atteint ici à une certaine éloquence : ses périodes sont balancées, ses épithètes vigoureuses, par malheur ses développements sont peu adéquats. La preuve qu'aucune véritable dissociation intellectuelle n'existe chez B. se trouve dans la forme impeccable de ses récits, clairs, précis, circonstanciés. Nous avons eu maints spécimens de ce style narratif aussi correct que la culture du sujet le lui permet.

Pour être complet nous devons insister sur l'émotivité importante de B. dès que le chapitre de ses « Droits » est en jeu. Il tremble, rougit, pleure même et ponctue de grands gestes rares, mais expressifs ses déclamations. Celles-ci d'ailleurs reçoivent une amplification du fait de l'émotivité.

Un tel malade nous a paru digne de présentation à divers titres.

Tout d'abord par le caractère du refus d'aliment qu'il présente. Il s'agit d'un refus d'aliment conscient, volontaire, purement réactionnel. Dès qu'il le juge inutile notre sujet abandonne avec joie son jeûne pour le reprendre aussitôt s'il croit qu'on l'a joué. Nous sommes en présence d'une grève de la faim absolument comparable à celles poursuivies pour des fins politiques ou autres par des individus qui n'ont pas été considérés comme des aliénés. Le mécanisme est exactement le même. Cependant la durée exceptionnelle de cette attitude ne peut manquer de nous frapper. De même il s'agit d'une réaction constante de notre sujet, ce refus d'aliment a été déjà pratiqué par lui dès 1913.

D'un point de vue nosologique, récemment Anglade, dans une thèse inspirée par Capgras, a tenté de démembrer le délire de revendication. Il considère ce dernier comme un « syndrome de durée variable au cours de diverses psychoses, délire passionnel, psychose maniaque dépressive, délire d'interprétation, psychoses paranoïdes » (1).

(1) Cf. BLEULER (*Lehrbuch der Psychiatrie : Krankhafte Reaktionen*, page 364 (non cité par Anglade). « Le délire de revendication est un syndrome qui apparaît dans diverses maladies mentales telles que la schizophrénie, la folie maniaque dépressive, certaines anomalies du caractère et aussi la paranoïa... ».

Quelle est la place à assigner à notre observation ? Sans aucun doute, B. n'est pas un dément précoce, il ne présente aucun signe de cette affection ; comment voir un délire de dément paranoïde dans la construction merveilleusement logique de notre sujet... Ce n'est pas même à vrai dire un délirant : le « roman » qu'il nous conte, il n'y croit guère, et ses réactions pathologiques sont absolument indépendantes de croyances erronées qu'il avance de façon dubitative. Ses hypothèses, si elles sont à base d'interprétation, n'ont pas la structure des délires de S. et C... Voilà 26 ans que B. revendique, jamais dans ses antécédents on ne trouve d'antécédent cyclothymique. L'excitation qu'on note chez lui n'a rien à voir avec la psychose maniaque dépressive.

Reste à qualifier notre sujet de passionnel. Nous ne nous y refusons pas, mais nous croyons le groupe suffisamment hétérogène pour que la division proposée par ses promoteurs nous paraisse devoir être maintenue, et notre malade mérite alors le qualificatif de notre titre : revendicateur pur. Avant de quitter ce point de vue analytique, nous ne pouvons nous défendre d'une remarque. La tendance française à démembrer le délire de revendication semble trouver son origine dans la notion très vaste, trop vaste, de persécuté-persécuteur, dont le délire de revendication s'est encore mal détaché.

A l'étranger, par contre, le « Querulanten Wahnsinn », les « litigious » ont toujours gardé une autonomie beaucoup plus grande. Si l'on veut trouver un type pur, il faut à notre sens ne compter que les quérulants assez strictement délimités par la phrase kræpelinienne : « La représentation d'un préjudice juridique et la poussée irrésistible pour obtenir réparation constituent le fond du tableau clinique du Querulanten Wahnsinn. » Le caractère juridique du préjudice nous paraît quasi-spécifique de cette sorte de malade.

Notre peu d'expérience nous interdit de pousser à fond de telles opinions. Nous nous contentons de signaler à propos de B. quelques caractéristiques de ces sujets. Sans doute s'agit-il de « constitutionnels » et notre observation met en scène un paranoïaque très pur au sens constitutionnaliste, si bien défini par Genil-Perrin. Mais le revendicateur est un paranoïaque prudent, calme, et qui, jusqu'ici, a réussi socialement, nous croyons pouvoir attacher une certaine importance à cette réussite sociale. Il y a une distinction à faire entre le sujet aigri par les échecs de toutes sortes, devenu méfiant, désabusé, qui à un préjudice réagit de façon hargneuse puis persévère dans sa réaction, et le sujet ayant toujours su obtenir satisfaction par

les voies sociales normales parvenu à un certain degré de réussite et subissant une injustice. Le type de la réaction primitive différera. Par ailleurs se posera le problème de la persévération de cette réaction. C'est là, croyons-nous, un point négligé à étudier davantage dans le chapitre si intéressant des psychoses réactionnelles.

Il nous paraît aussi utile d'étudier l'aspect logique dialectique de l'argumentation de notre sujet. Peut-être y trouverons-nous quelques éléments intéressants. Constamment, B. raisonne en employant la formule conditionnelle : « Si je paie ces droits, j'accepte ma condamnation. » « Si j'accepte ma condamnation, je suis perdu d'honneur, indigne de vivre » ; « Si je mange, j'accepte mon internement », etc. C'est là une forme très habituelle chez les revendicateurs et elle ne nous paraît pas avoir été mise en relief, le fait qu'elle soit utilisée aussi bien par nos malades de langue française que par d'autres de langue allemande doit aussi retenir notre attention. Il s'agit bien d'un mode de pensée autant que d'une forme de langage.

D'après les renseignements fournis par un de nos amis, strict rhétoricien, cette forme de raisonnement appelé enthymème est considérée comme la forme abrégée d'un syllogisme. Il s'agirait d'un syllogisme amputé de son premier terme, de sa proposition générale et connue. Appliquons cet exemple à un des raisonnements de B. : « Si je mange, j'accepte mon internement » serait la forme abrégée de : « Accepter une chose de l'Asile, c'est accepter l'internement ; en mangeant, j'accepte quelque chose de l'Asile. Donc en mangeant j'accepte mon internement. »

Le problème particulièrement ardu qui se pose alors est de savoir de quelle manière nos malades pratiquent ce syllogisme et s'ils le pratiquent réellement. En réalité, il semble bien qu'intervienne chez le sujet un mode de pensée spécial nullement syllogistique, voisin du symbole. Sans doute touchons-nous ici à ces « nœuds idéo-affectifs » signalés mais peut-être non précisés par de Clérambault. Cependant, n'oublions pas que Bleuler classe le Querulanten Wahnsinn dans sa schizophrénie ; il donne pour cela peu d'arguments structuraux et insiste davantage sur les résultats de recherches généalogiques. Cette pensée abrégée que nous signalons plus haut pourrait peut-être servir d'argument pour une telle assimilation.

■ M. MINKOWSKI. — La très intéressante communication présentée par M. Daumézon fait ressortir, d'une façon particulièrement vivante, quelques caractères psychopathologiques qui, à

notre avis, méritent qu'on s'y arrête encore un peu. C'est tout d'abord le désaccord entre le style du langage parlé du malade et le style de ses écrits, celui-ci étant compliqué, embrouillé et même par endroits, comme il me semble, dissocié. Ensuite vient la tendance à attribuer à tout événement personnel, faisant partie des revendications du malade, une portée très générale ; ainsi, sa propre mésaventure n'est qu'un exemple de la haine générale des chasseurs à l'égard des braconniers ; cette transposition d'événements individuels dans la sphère d'idées générales est à retenir ; elle confère d'emblée à la lutte soutenue le caractère d'une lutte héroïque. Ici, du reste, se pose la question de savoir jusqu'à quel point cette particularité s'accorde avec l'optimisme du malade, signalé par M. Daumézon, qui espère toujours obtenir d'un juge ou d'une autorité gain de cause. Nous attribuerions également volontiers une assez grande importance à la théorie singulière sur la tuberculose défendue par le malade ; des « petites théories » de cet ordre, ne reposant sur rien, ne se préoccupant guère du réel, se retrouvent assez souvent dans les recoins du psychisme des schizophrènes. Enfin, les réactions du malade, et plus particulièrement cette grève de la faim qui dure depuis huit ans, constituent une illustration marquante de psychorigidité (Montassut). A l'étude de ces mécanismes psychopathologiques, nous accorderions, dans ce cas, plus d'intérêt qu'à l'étiologie clinique à choisir.

Mais ce qu'il y a de singulièrement « troublant » dans le cas de ce malade, c'est que ce n'est pas seulement son fonds mental morbide qui est venu grossir les événements, mais qu'il a été réellement victime à deux reprises d'événements particulièrement « traumatisants » pour n'importe qui. Premièrement, il s'est toujours défendu d'avoir tiré le premier sur le garde. Et ensuite — événement encore plus pénible — ce fut la présentation par le fisc français, et cela pendant son activité francophile qui donnait satisfaction à son moi, de la note pour la détention dans une prison allemande. Que la réaction fût violente paraît presque naturel. Et c'est ainsi que vient involontairement à l'esprit la question de savoir si, si cet événement n'était point survenu ou si — supposition du reste toute théorique de nos jours — le fisc avait de suite aplani le conflit, l'internement prolongé et dont on ne voit point la fin, avec les frais qu'il occasionne, n'aurait pas été évité.

M. BRISOT. — Ce malade est très intéressant, surtout par la différence de sa conduite d'avec la conduite habituelle des revendicateurs. C'est l'activité agressive qui caractérise les revendicateurs.

cateurs qui multiplient leurs démarches protestataires tant qu'ils n'ont pas eu gain de cause. Tels étaient les sujets que Briand et moi avons présentés autrefois. Ici la forme réactionnelle est passive et elle n'a pas cédé après que justice fut rendue au sujet.

De plus, on peut se demander si les bizarreries de son style n'annoncent pas une évolution démentielle.

M. DAUMÉZON. — Le malade, comme tous les internés, n'a d'autre possibilité de réagir, que par les écrits, et il écrit avec une activité extrême. D'autre part il proteste contre le gavage. Ce n'est pas de la passivité.

M. CAPGRAS. — Je crois qu'en effet ce malade est un revendicateur pur, car la graphorrhée est l'unique moyen dont dispose un revendicateur à l'asile pour dépenser son activité.

Apparition tardive de troubles psycho-sensoriels et d'un syndrome parkinsonien chez une kleptomane vingt fois condamnée, par M. P. SCHERRER.

L'encéphalite épidémique par la richesse et la variété des symptômes mentaux qu'elle est capable de réaliser a posé en psychiatrie de nombreux problèmes et touché à la question de doctrine.

En effet, des syndromes considérés jusqu'alors comme constitutionnels ou purement fonctionnels ont pu ressortir à cette affection incontestablement organique et acquise.

Tous les auteurs ne sont point d'accord sur le degré exact de similitude de ces syndromes. Ils apparaissent en tout cas fort voisins, en particulier dans le domaine des perversions instinctives que l'encéphalite peut créer ou faire apparaître tout en restant discrète au point de vue purement neurologique.

Dès avant le remarquable rapport de Fribourg-Blanc (Congrès de Médecine légale, 1928), plusieurs auteurs ont insisté sur les encéphalites frustes passées inaperçues, seulement caractérisées par des troubles psychiques (Adam et Frey, Courbon et Bauer, au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Besançon, 1923). D'autres décrivent l'évolution d'une forme d'abord purement mentale suivie à quelques années de distance d'un syndrome neurologique (Wimmer, *A.M.-P.*, 1925, Marchand et Courtois, Société Clinique de Médecine Mentale, 1927).

L'intérêt médico-légal de ces encéphalites frustes ou purement mentales est frappant, leur intérêt doctrinal n'est pas négligea-

ble. C'est ainsi qu'on a pu envisager la possibilité d'un processus encéphalitique à l'origine des maladies mentales. Georges Petit, en particulier, s'efforça, tant dans ses travaux personnels que dans ceux de ses élèves, de faire triompher ce point de vue.

Sans vouloir prendre partie dans cette question, nous avons voulu verser au débat l'observation d'une de nos malades dont on peut se demander si elle n'entre pas dans le cadre des encéphalites à forme mentale.

Aurélie B., est née en 1881, d'une famille dans laquelle nous ne relevons pas d'éléments vésaniques ni de tares sociales. Elle a trois frères et sœur bien portants, son père est mort à un âge avancé, sa mère, âgée de près de quatre-vingts ans, ne présente pas de maladie grave. On ne relève rien de particulier dans sa première enfance. Elle a marché et parlé à un âge normal, n'a pas eu de convulsions.

A l'âge de neuf ans et demi, elle présente des phénomènes hallucinatoires à caractère hypnagogique pendant plusieurs semaines. La terreur qu'elle en éprouva a fixé solidement son souvenir :

« Je voyais sur le mur comme des fantômes, je criais et maman venait me chercher ».

A la même époque, elle a présenté des troubles cénesthésiques assez particuliers : sensation de mains augmentées de volume, de tête lourde et gonflée.

Puis, tous ces phénomènes s'estompent et disparaissent.

Aurélie B. fréquente l'école jusqu'à l'âge de douze ans, elle y apprend à lire et à écrire, mais n'est pas capable d'obtenir son certificat d'études.

D'ailleurs, un *changement* survient dans son caractère et dans son comportement : elle fait de *menus vols* qui dès ce moment auraient présenté un *caractère impulsif*, ils sont en tout cas assez maladroits, car elle est presque aussitôt prise sur le fait au moment où elle s'emparaît du porte-monnaie de sa voisine, placé bien en évidence dans un panier. Elle comparait alors devant le Tribunal pour Enfants de Lille, qui la place dans une maison de redressement où elle reste jusqu'à sa vingtième année ; elle se serait là encore rendue coupable de menus larcins (vols d'aiguilles qu'elle donnait à ses camarades). Toutefois, elle a suivi avec docilité l'enseignement de la maison et elle a appris le métier de couturière. On note à cette époque un certain retard du développement, ses règles n'apparaissent qu'à l'âge de dix-sept ans. Après sa sortie, elle fait preuve d'une *instabilité notable* : elle ne peut rester longtemps dans la même place, dans la même ville ; en outre, le *sens moral est devenu nettement déficient*. Traversant une période d'impécuniosité, elle entre dans une maison de tolérance où elle restera trois ans. Elle en sort pour suivre un amant qui l'épousera quelques années après.

Les vols toujours peu importants sont fréquents. Ils présentent un

caractère utilitaire ; toutefois, Aurélie B... dépense cet argent aussitôt, ou le donne.

Ces vols vont se succéder pendant de longues années, et son existence va se passer beaucoup plus souvent en prison qu'en liberté. Elle encourt ainsi vingt-deux condamnations, son mari a demandé le divorce et l'a abandonnée.

Au cours de ses périodes de liberté, elle fait un nouveau séjour dans une maison de tolérance où elle aurait été soignée par des piqûres intra-musculaires bien qu'elle prétende n'avoir pas contracté la syphilis. Elle a eu quelques fausses-couches provoquées, n'a pas d'enfants.

Son instabilité demeure extrême, et revêt une *forme impulsive*, il lui prend des « lubies » : elle abandonne brusquement un de ses domiciles à cinq heures du matin, quitte la ville, et va s'employer à Roubaix dans une usine de peignage de laine où elle reste quelques mois.

Par une nouvelle « lubie », elle quitte cette place, et un jour qu'elle était au marché, l'idée de voler se présente irrésistiblement, elle s'empare d'un porte-monnaie, elle est prise et condamnée, et le cycle continue...

Ce n'est qu'en 1919 qu'elle est présentée pour la première fois à un psychiatre aux fins d'expertise médico-légale.

L'examen approfondi auquel il se livre lui permet de conclure catégoriquement dans le sens de la « kleptomanie ». Les déclarations de la malade sont ainsi rapportées par lui :

« Il y a des moments où ça me tape sur les nerfs... on dirait que j'ai « le cœur qui devient malade..., j'ai vu sa poche, il a fallu que je saute dessus..., la jeune fille, elle m'a vue aussi vite, j'ai dit : « Je l'ai », et je me suis dit : « Je suis prise ». Au moment de prendre, je suis toute saisie, je deviens toute drôle, ça me suffoque, je suis « contente quand je l'ai. »

Et l'expert écrivait : « Il y a là les symptômes essentiels de l'ob-
« session impulsion : à savoir l'anxiété prémonitoire, l'impulsion
« irrésistible, et le soulagement, le relâchement terminal ».

S'appuyant sur la jeunesse orageuse, sur l'instabilité, sur l'existence de prostituée, l'expert en faisait également une perverse.

Internée à la Clinique d'Esquermes, elle y aurait présenté un épisode grippal prolongé, elle se montre calme, docile, et au bout de quelques années, la surveillance à son égard est à ce point relâchée qu'elle peut s'évader.

Elle reprend son existence antérieure, l'impulsion au vol paraît diminuer d'intensité, elle n'est arrêtée qu'en 1928 où elle fait l'objet d'une nouvelle expertise médico-légale qui conclut comme la première. Elle est alors transférée à l'Asile de Bailleul où elle fait au Médecin le récit de toutes ses fautes. Elle fait montre d'une affectivité intacte, elle pleure en racontant ses vols : « Je voudrais faire « autrement, dit-elle, mais je ne peux pas... » Elle souffre de ne pas

voir ses parents, d'être tenue à l'écart par eux. Son comportement est là encore satisfaisant, mais elle cherche impulsivement à s'enfuir, et profitant de ce que l'enceinte de l'Asile n'est pas encore reconstruite, elle s'évade à nouveau.

Elle ne tarde pas à être arrêtée pour un nouveau délit, et en 1930, une nouvelle expertise est pratiquée.

Mais des symptômes nouveaux sont apparus, réalisant un tableau essentiellement discordant, tapageur et polymorphe, avec agitation improductive ou destructrice s'opposant à des périodes d'hébétéude.

Il existe des illusions de fausses reconnaissances, des idées délirantes absurdes, des manifestations émotives paradoxales, des hallucinations auditives et visuelles.

L'expert, en présence d'un tableau aussi discordant, sans atteinte de l'état général, porte le diagnostic de simulation.

Mais les troubles persistent, et le médecin qui la reçoit à Bailleul note des éléments confusionnels, une agitation nocturne, des hallucinations visuelles avec réactions pantophobiques : elle voit des hommes qui la menacent, crie « Au secours !... », veut se suicider.

Elle fait montre d'érotisme : fait des propositions au médecin. Son agitation persiste pendant plus d'un an et demi avec des violences impulsives. L'onirisme visuel est très marqué.

Puis le calme s'établit, la malade s'occupe au ménage, à la couture, mais les notes prises chaque année la montrent délirante et hallucinée.

Il s'agit d'un délire assez incohérent, polymorphe, mal systématisé.

Actuellement, elle présente un syndrome d'automatisme mental, avec écho de la pensée et de la parole : « Une réflexion que je fais « en moi-même elle est relevée, si je dis, mon enfant, ma mère, mes « frères, on dit : elle réclame son enfant, sa mère, ses frères ».

Transmission de pensée d'ailleurs fruste, hallucinations auditives et dialogues hallucinatoires : « On me téléphone, je dis : « Oui Monsieur, ce sont toujours des messieurs ».

Le thème hallucinatoire est d'ailleurs très pauvre : ce sont des conversations nullement agressives, elle n'entend pas d'insultes, au contraire, « les voix » la plaignent. Il existe des actes forcés : « On dirait qu'on me pousse à faire le « salut militaire », des phénomènes de mentisme incoercible : « Je prie pour ne pas penser, mais moi « esprit réfléchit tout le temps ».

Quelques troubles de la sphère olfactive : odeurs de papier d'Arménie, d'Eau de Cologne.

Mais, ce qui frappe surtout, ce sont les hallucinations visuelles à caractère d'hallucinoïse : « Je suis comme visionnaire, je vois des « choses comme au cinéma : des personnages, des hommes que je ne « connais pas, des yeux noirs plantés dans les miens, c'est comme « une lumière, et ça me fait mal à la tête... ; des scènes qui passent « très vite, « comme un éclair », des hommes travaillant sur une « ligne de chemin de fer, des Indiens avec des plumes sur la tête,

« un enterrement qui défile ; « ça tourne devant moi. Je suis bien « éveillée quand je vois ça, mais c'est le plus souvent le soir et par- « fois la journée quand j'ai le malheur de m'endormir. »

Elle présente également une activité onirique très intense, à caractère macabre et dépressif : « Je vois ma sœur avec les mains coupées, mes parents dans la peine ».

Les idées délirantes qu'elle présente paraissent issues d'expériences oniriques : « J'ai une fille qui serait venue au monde en 1922, ma « tante me l'a dit, elle m'a dit : monte cette enfant en haut ; ce n'est « pas moi qui ai accouché en tout cas... Son père est un officier et « j'ai vu ma fille ensuite chez le Président de la République à Lille... « En 1935, on m'a ouvert la tête, on m'a injecté un liquide, des « grands tubes comme ça... ».

On note encore des illusions de fausse reconnaissance, elle a vu sa sœur dans l'Hôpital et elle n'est pas venue la voir, elle a vu son mari rôder autour du Pavillon.

En somme, syndrome d'automatisme mental sans caractère de persécution ; idées délirantes sans systématisation, issues d'expériences oniriques, phénomènes d'hallucinoses visuelles fréquemment hypnagogiques.

La mémoire est bien conservée, si l'on excepte certaines éclipses dont la malade a conscience. Le fonds mental est d'une débilité légère.

Mais, ce qui frappe surtout chez cette malade, c'est le tableau parkinsonien typique qu'elle présente :

Le faciès est figé, véritable masque contrastant avec la vivacité du regard, le thorax est soudé. Il n'y a pas de troubles de la marche, mais on note une abolition des mouvements syncinétiques, les deux bras ont perdu leur balancement normal. Le signe du moulinet de Souques est positif, le signe du renversement de la chaise montre l'absence d'extension des jambes. La flexion et l'extension passive des poignets et des coudes met en valeur une roue dentée caractéristique. Les réflexes de posture sont exagérés.

Le tremblement est très important, surtout marqué à droite au niveau des mains, de la tête, des lèvres. Les paupières closes sont le siège de fibrillations continues. Le clignement des paupières est rare.

Il n'existe pas de troubles de la musculature extrinsèque de l'œil, si l'on excepte une sorte de « roue dentée oculaire », surtout importante dans le regard en haut. Les pupilles réagissent parfaitement à la lumière, beaucoup plus lentement à l'accommodation.

La parole est monotone, précipitée par moments, l'écriture est lente, tremblée, avec diminution progressive de la taille des caractères.

On ne trouve aucun des signes pyramidaux ou pseudo-bulbaires qu'on observe souvent dans le Parkinson sénile. Il existe des troubles vaso-moteurs avec sensation de froid, de jambes gelées, des crises de sudation et de la sialorrhée.

Les céphalées sont fréquentes, surtout au niveau du vertex. La

malade présente quelques petits troubles du sommeil, des insomnies et parfois un peu de somnolence diurne.

Ce tableau parkinsonien s'est constitué progressivement et le premier symptôme, le tremblement du menton, aurait été remarqué par la malade en 1927. L'interrogatoire permet de retrouver quelques épisodes prémonitoires qu'on peut à la rigueur rattacher à ce syndrome.

Elle aurait eu des accès de somnolence, et des bouffées de chaleur par accès à différentes époques de sa vie, pendant son séjour à la maison de redressement, en prison et au cours de son travail.

A ce propos, il lui serait arrivé une fois de dormir pendant qu'elle surveillait une machine, et de n'avoir été sauvée des engrenages que par l'intervention d'une compagne. En outre, elle aurait présenté depuis 1920 des phénomènes qu'elle qualifie de syncopes : chute sans perte de connaissance, ni vertiges, pendant lesquelles elle ne pouvait parler, qui peuvent passer pour des attaques de cataplexie.

Ponction lombaire négative.

Voici donc une femme condamnée vingt-deux fois pour vol, internée à trois reprises après expertise médico-légale, en vertu du caractère obsessionnel de ces délits chez qui apparaît, vers 47 ans, un léger tremblement, premier symptôme moteur d'un tableau parkinsonien que nous trouvons constitué 10 ans après.

Le premier vol eut lieu à l'âge de 13 ans. Doit-on, étant donné l'aspect actuel nettement parkinsonien de la malade, rattacher tous les vols commis à une cause pathologique : une encéphalite épidémique passée inaperçue dans l'enfance, qui se serait seulement caractérisée pendant plus de 30 ans par des symptômes psychiques.

Une telle affirmation nous paraît bien hardie. Un temps de latence aussi prolongé entre l'encéphalite et le tableau moteur parkinsonien est sans précédent et nous ne pouvons avancer qu'une fragile hypothèse. Quelques éléments du contexte clinique nous permettent toutefois d'en esquisser la défense.

Si l'on veut envisager le premier diagnostic qui vient à l'esprit en présence de ces vols répétés, de l'affaiblissement du sens moral conduisant à la prostitution, de l'instabilité : le diagnostic de perversion constitutionnel, on est frappé tout d'abord de ses conditions inhabituelles d'apparition. Rien dans l'enfance de la malade ne faisait prévoir l'éclosion de ces tendances perverses. Elle appartenait à une famille indemne de tares vésaniques ou sociales.

D'autre part, la présentation de la malade, la conservation de son affectivité, ses regrets après la faute, son comportement à la maison de redressement, puis à l'Asile où elle se montre docile, surprennent également chez une perverse.

Mais le diagnostic de kleptomanie ne suffirait pas davantage à tout expliquer. Cette psychose obsessionnelle paraît bien atypique, l'obsession-impulsion au vol en demeurant le seul élément. Elle est en outre absolument indifférente à la sanction pénale qui espace habituellement les récidives si elle ne les supprime pas.

De plus, l'association de kleptomanie et d'affaiblissement du sens moral nous semble paradoxal.

Mais bien plus surprenants encore sont les symptômes mentaux qui apparaissent en 1930. L'expert est à ce point étonné de l'intrication si atypique et si discordante de ces symptômes qu'il émet l'hypothèse de simulation.

La suite, c'est-à-dire la persistance de l'activité hallucinatoire, du délire, des bouffées anxieuses, a bien montré que cette explication ne pouvait tenir.

Or, si l'on admet l'origine encéphalitique de cette longue suite de troubles psychiques, tout ce qui paraissait obscur devient compréhensible, s'éclaire véritablement.

En effet, les caractères du vol peu productif, et cependant utilitaire, maladroit (condamnations multiples), le besoin obsédant irrésistible suivi de soulagement après l'acte malgré l'arrestation et le remords, la récidive avec inintimidabilité absolue, sont les caractères mêmes maintes fois décrits du vol des encéphalitiques. C'est ainsi qu'Heuyer et Le Guillant insistent sur la cause des vols apparemment logique, l'existence d'un certain degré d'obsession, l'inintimidabilité (*Encéphale*, 1928).

L'affaiblissement du sens moral, la tendance aux fugues, l'instabilité sont également fréquents chez ces malades souvent érotiques et impulsifs.

Enfin, le développement d'un syndrome d'automatisme mental associé à des idées délirantes absurdes, issues d'expériences oniriques, avec de brusques phases d'excitation, d'anxiété et des périodes d'hébétude sub-confusionnelle, n'étonnent nullement chez les encéphalitiques.

Certains de ces symptômes signent même leur nature encéphalitique. La richesse onirique et surtout les phénomènes d'hallucinoïse visuelle nous paraissent à cet égard particulièrement typiques. La malade nous les présente comme des visions rapides, des défilés de personnages, ou au contraire des tableaux immobiles présentant un caractère de luminosité et survenant le plus souvent au moment de l'endormissement. C'est la description même de l'hallucinoïse mésocéphalique, et Lhermitte a insisté sur le caractère fréquemment hypnagogique des phénomènes de cet ordre.

On le voit, l'étiologie encéphalitique explique, résout toutes les difficultés nosologiques. Elle s'imposerait véritablement si nous retrouvions dans l'enfance un épisode infectieux avec troubles du sommeil.

Malheureusement, nous devons nous contenter des phénomènes d'hallucinoïse à caractère hypnagogique avec réactions anxieuses associés à des troubles de la cénesthésie qui seraient survenus à l'âge de dix ans. Les souvenirs de la malade sont, il est vrai, fort nets sur ce point, et nous retrouvons ce fait noté sur l'observation il y a déjà plusieurs années. Elle nous dit encore avoir été sujette à des accès de somnolence à plusieurs reprises et par périodes, tant à la maison de redressement qu'au cours de son travail, puis en prison. L'anecdote de l'accident de travail qui faillit lui arriver de ce fait nous paraît rendre un son de vérité.

L'absence d'épisodes infectieux certains dans l'enfance, l'apparition si tardive des troubles neurologiques, nous obligent toutefois à garder une réserve dans notre hypothèse. Des cas de cet ordre ont été observés, nous en avons nous-mêmes eu l'occasion. Mais le retard des troubles moteurs sur les troubles psychiques n'excédait pas dix années.

Il n'y a pas moins là tout un ensemble de symptômes qui nous a paru digne de retenir l'attention et mériter une discussion.

Dépersonnalisation. — Déréalisation. — Aproprioceptivité.

Esquisse anatomo-clinique, par M. Maurice DIDE.

Bien que Ehrenwald, Mayer-Gross, Hoff et Pözl, de Morsier, semblent considérer comme des équivalents psychologiques la *dépersonnalisation*, la *déréalisation*, l'*exclusion d'une partie somatique de soi-même*, il semble, au contraire, important d'assigner des limites exactes à ces trois catégories.

1° DÉPERSONNALISATION PSYCHOPATHIQUE (1). — Après avoir inspiré à Ribot un livre célèbre, les maladies de la personnalité suggèrent à Hesnard l'un de ses meilleurs ouvrages (1909). Laisant de côté la documentation basée sur l'hystérie, notons d'abord

(1) Je limiterai volontairement cet exposé sommaire d'où seront exclus les faits de dédoublement, de surimpression, de multiplicité subjective, de même que les phénomènes de possession diabolique, ou divine. Les neurologistes se basent parfois sur l'existence de ces intuitions délirantes pour établir des rapprochements avec certaines lésions cérébrales. Ces assimilations appellent bien des réserves.

que le sentiment de personnalité fléchit avec l'abaissement de la tonalité psychique. Mais l'*asthénie* est, dira-t-on, un phénomène subjectif, d'évaluation impossible.

D'allure plus médicale est la recherche d'une corrélation entre l'apport cénesthésique et le sentiment d'individualité morale. On en revient à la conception féconde de Lamarck (*Système analytique des connaissances de l'homme*, Paris 1830), pour qui le *sentiment intérieur*, « mobile de toutes les actions de l'individu, dirige tous les mouvements qui sont à sa disposition et si cet individu possède l'intelligence, c'est encore lui seul qui en dirige les actes ». On retrouve l'expression de la puissance psychogénétique de la vie végétative dans l'*élan vital* de Bergson et, pour l'objet actuel de nos recherches, dans la *dépersonnalisation acénesthésique* de Sollier et Courbon, dans la *dévitualisation du réel* dont parlent successivement Mouchet et Gorriti (1) et même dans le syndrome de reniement qui, pour Paul Schiff (2) est l'équivalent psychologique des sentiments d'emprise, d'influence, d'action extérieure.

Mon attitude actuelle, qui inspirait déjà l'« Introduction à l'étude de la Psychogénèse » (3), est devenue plus anatomoclinique.

Les lésions cellulaires des ganglions sympathiques se poursuivent dans la moelle. On sait en tout cas que les trajets cordonnaires sont courts, mal systématisés et composés de fibres avec ou sans myéline. Ces fibres s'observent dans les segments lombaires inférieurs et au niveau du renflement cervical et plus particulièrement dans le faisceau de Burdach et le faisceau latéral mixte.

De nombreuses autopsies concordantes me permettent d'établir une relation entre les troubles cénesthésiques et les dégénérationes sympathiques intra-médullaires.

Les lésions se poursuivent dans la région mésocéphalique, dans la zone sous-optique postérieure. Les microphotographies de cette région ne laissent aucun doute sur l'existence d'une gliose énorme.

Du point de vue *clinique*, la dépersonnalisation s'observe dans un certain nombre d'états psychopathiques. Elle a été d'abord signalée dans la neurasthénie (Khrishaber, P. Janet, Hesnard). La lecture d'un grand nombre de cas publiés sous ce titre nous paraissent mériter d'autres appellations.

A) *Cénesthopathie systématisée progressive*. — J'ai inspiré à mon élève Dhers une thèse (1920) sur ce syndrome qui se caractérise comme suit : pas de délire décelable, aucune hallucination

ni idée délirante. Des douleurs cénesthopathiques extrêmement pénibles qui donnent l'impression de la mort imminente, entraînent une insomnie presque complète ; un état d'angoisse légitime à l'égard de l'exacerbation douloureuse et d'appréhension visant tout geste, toute attitude, tout acte supposé devoir aggraver la souffrance. Un égocentrisme algophobique s'établit sans que jamais l'état pathologique soit imputé à la malveillance, transformé ou métamorphosé ; il n'évoque aucune idée de possession ou de zoanthropie, ni de métempsychose ; le seul phénomène notable est une hésitation sur la réalité physique, sur la possibilité de survivre à un état physique comparé à une désagrégation complète. Mais ce sont là des déductions rationnelles et non des intuitions immédiates impliquant la certitude.

La cénesthopathie progressive se caractérise par la *généralisation algique* et par les *phénomènes de dépersonnalisation*. Sa diffusion la distingue de la cénesthopathie régionale de Dupré et Camus (1907), Camus et Blondel (1909), Dupré et Long-Landry (1910) et des cénesthopathies laryngo-pharyngées de Boulay (4) (1906), dont notre ancien interne Robert a publié une importante monographie.

La *cénesthopathie progressive* établit un terme de passage entre les cénesthopathies régionales, qu'on peut considérer comme des *algo-hallucinoses* (1) à point de départ périphérique et le syndrome de Cotard, dont la localisation anatomique est évidemment centrale.

Elle s'apparente aussi à l'*akinésie douloureuse* de Schalkewicz, laquelle se rapproche, par l'akinésie, des syndromes neurologiques du Girus supra-marginalis. Or, l'akinésie est nettement ébauchée dans les cas sur lesquels repose notre description.

B) *Délire des négations* (Cotard). — Signalé par Baillarger dans la paralysie générale en 1861, ce syndrome est fréquemment rattaché au délire hypocondriaque. Il comprend, suivant Cotard :

1. Anxiété mélancolique.
2. Idées de damnation, de possession.
3. Propension aux suicides et aux auto-mutilations.
4. Analgésie.

(1) Les limites entre l'hallucination et l'hallucinoïse étaient parfaitement connues de nos vieux maîtres : « Les hallucinés, qui ont pleine conscience du phénomène qu'ils éprouvent, sont bien persuadés de la fausseté de leurs sensations... et les sensations qu'ils éprouvent, ils les attribuent d'eux-mêmes à un jeu d'esprit, à leur imagination malade. » AUBANEL. Essai sur les hallucinations. *Thèse de Paris*, 1839, p. 12.

5. Idées hypochondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu.

6. Croyance à l'impossibilité de mourir (immortalité).

Nous croyons devoir ajouter à ce tableau *l'intuition d'énormité* ; une de nos malades pensait toucher le ciel avec sa tête et évitait de bouger les doigts pour ne pas ébranler le monde ; une autre refusait d'uriner, persuadée qu'elle causerait des inondations graves en cédant à ce besoin et qu'elle ferait déborder la mer.

Ce syndrome se développe sur un fonds d'involution mentale, quelle qu'en soit la cause. On connaît une forme systématisée progressive qui fait pendant au délire chronique de Magnan (Séglas), mais les cas curables ou récidivants ne sont pas exceptionnels ; j'en ai présenté un exemple caractéristique dans mon enseignement de Rennes (1906) ; Charron, Francotte (6), Vurpas (7), Rogues de Fursac et Capgras (8) signalent des cas analogues.

C) *Syndrome hétéphrénique à base de transformation de l'intuition Étendue-Durée*. — J'ai publié sur ce point de pathogénie nosographique plusieurs travaux (9) qui me permettront d'être très bref.

J'établis une différence catégorique entre l'intuition subjective d'Étendue somatique, de Durée affective et les concepts rationalisés d'Espace géométrique et de Temps symbolisé.

L'hétéphrénique subit d'abord une intuition interne minimisée qui le conduit à un syndrome d'ambivalence penchant vers le reniement de soi-même, la négation de sa vie sentimentale, par la constatation de sa dramatique inaffectivité parentale. Par le mécanisme constant dans les psychoses durables, la recherche angoissante d'un réel subjectif insaisissable accentue l'autisme, puis, suivant la loi de l'extension conceptuelle, la réalité corporelle, privée d'abord de son étendue ressentie, subit des amplifications soudaines, parfois sous l'influence d'hallucinations cénesesthésiques douloureuses, et le malade qui tout à l'heure se supposait de la taille d'une puce, devient fabuleusement grand, comme les géants qui vivent dans les étoiles ; puis il se sent retomber en poussière dans notre monde douloureux.

Quant à la Durée, privée de l'intuition sentimentale qui en jalonne normalement les moments, elle laisse parfois l'impression de lacunes que le délire exprime sous la forme de « morts temporaires » ou d'une immobilisation dans le temps conventionnel qui s'écoule et dont le malade garde conscience. Fré-

quents sont les malades qui, sachant la date actuelle, déclarent l'âge qu'ils avaient 20 ans avant, au début de leur maladie mentale. Puis une sorte de durée élastique est ressentie : certains instants atroces se mesurent par des milliards d'années tandis que certaines années n'ont duré qu'une seconde.

L'antithèse est frappante entre cette incohérence dans le domaine de l'intuition Etendue-Durée subjective et l'exacte conservation des possibilités proprioceptives et gnosiques.

Je suis d'accord avec les disciples de Bleuler pour admettre un manque de contact adéquat entre les réalités subjective et objective. Mais je me sépare d'eux quand ils attribuent au milieu la cause de cette perte de contact ⁽¹⁾. La psychopathie exprime une entrave à l'affirmation et à l'expansion de la personnalité mais l'origine de cette anomalie réside dans l'individu et ses tares organiques, acquises ou familiales, et non dans une influence restrictive du milieu.

2° DÉRÉALISATION ET FABULATION ONIRIQUE DANS LES LÉSIONS MÉSO-DIENCÉPHALIQUES. — Ce chapitre est actuellement ébauché, grâce aux révélations conjuguées des neuro-chirurgiens et des neurologistes.

A) *Déréalisation* (Malpothér). — La dépersonnalisation correspond à la perte du sentiment de la personnalité physique et morale. Le malade dit : « je ne suis plus, je suis atteint de *mort morale* ». Ou bien : « mes organes n'existent plus, je n'ai plus de foie, de cœur, etc..., je suis mort et ma vie apparente n'est que mécanique ».

La *déréalisation* n'exprime pas une certitude. Il s'agit de la non identification de souvenirs imprégnés de vie sentimentale et d'une actualité « dévitalisée ».

Les premiers cas de déréalisation dans les lésions diencephaliques sont dus à Martin Reichert, de Wurtzbourg et à Jean Camus.

Lad. Haskovec (10) considère l'intégrité des régions bordantes du 3^e ventricule comme nécessaire à la conscience centrale.

Au cours d'un syndrome organique paratubaire (polydypsie, polyurie, boulimie, affaiblissement de la puissance génitale, sommeil irrésistible, fourmillement des quatre membres) le malade de Lhermitte et Abessar présente un trouble mental curieux. Il éprouve l'impression que les amis qui l'entourent *ne sont pas réellement présents*. Il ne peut évoquer l'image de ses parents

(1) Voir MINKOWSKI. — *Le temps vécu*, 1933, 1 vol., collection psychiatri.

absents ou éprouver qu'ils sont réellement présents dans la chambre contiguë à la sienne. Les gestes accomplis devant lui semblent mécaniques, privés de vie réelle.

Il reconnaît ses traits dans une glace mais comme ceux d'une image sans réalité propre.

B) *Fabulation et agitation onirique*. — Le D^r de Martel au cours des interventions dans la région interpédonculaire a remarqué des phénomènes mentaux fort curieux de récits imaginaires peuplés d'hallucinoses visuelles. Il semble qu'il s'agisse là d'une excitation mécanique de centres du sommeil signalés dans la région rétro-tubérienne par Lhermitte et Tournay, de Jung, etc.

D'après Storrington (11), l'*obnubilation oniroïde* joue un rôle prépondérant dans la dépersonnalisation en général en déterminant une impression d'étrangeté subjective et objective avec troubles cénesthésiques profonds. Je défendais dès 1920 une théorie identique à propos d'une forme spéciale d'onirisme dans la démence précoce (12).

Dans le même groupe de faits se situent l'hallucinoses sous-optique (Lhermitte et Van Bogaert), la déformation des objets perçus, la micromégalie, la métamorphosation décrites par Hoff et Schilder (13) ; il s'agit de libération d'automatismes visuels par lésions situées depuis la calotte pédonculaire jusqu'au thalamus.

L'*agitation onirique paratubérienne* a été établie, pensons-nous, par notre observation suivie d'autopsie (14) et d'examen histologique. Cliniquement, il s'agissait d'un état d'agitation incoercible avec chants et propos stéréotypés, insomnie irréductible, polydypsie et polyurie énormes, pseudo-paraplégie en flexion. Ces symptômes sont rattachés à une plaque de méningite tuberculeuse (avec B.K.) détruisant l'infundibulum et sectionnant le pédicule de l'hypophyse.

3° AGNOSO-AKINÉSIE PROPRIOCEPTIVE (*Syndrome du girus supra-marginalis droit*). — D'après Ehrenwald (15), les lésions, surtout symétriques, du girus supra-marginalis compromettraient ou aboliraient l'intuition générale de personnalité.

Des deux observations qui inspirent cette thèse, l'une a trait à une tumeur de l'hémisphère droit et doit être exclue, par suite, des actions à distance qui interdisent toute localisation. La seconde également par lésion droite ne permet pas de diagnostic anatomique précis. Dans les deux cas, une association hystéro-organique est possible.

Je crois avoir démontré que les concepts de cet ordre sont



nécessairement polysensoriels et que le carrefour du girus supra-marginalis implique précisément des associations gnosiques, tactiles, visuelles et également d'équilibration kinéto-cénesthésique (1).

Le syndrome destructif du girus supra-marginalis, région droite, suffit à produire les symptômes suivants (groupés ou dissociés).

a) *Anosognosie ou asomatognosie* croisée des membres gauches, les lésions symétriques entraînent des cécités et surdités ignorées des malades (Anton, P. Marie) ; tous les cas connus comportent des lésions droites (Babinski, Barré, Lutenbascher, Alajouanine, R. Garcin) (2).

b) *Agnosie synthétique corticale sans amorphognosie*. — J'ai pu depuis la rédaction de mes précédents mémoires compléter la liste des cas où l'on peut rattacher à des lésions du lobe pariétal droit les agnosies tactiles par impossibilité de synthèse de toutes les données élémentaires (contact, acuité, topognosie, morphognosie, etc.), j'ajoute que si la notion de la suprématie droite, quant à la représentation concrète et pragmatique d'origine tactile, semble inconnue en France, bien que je l'aie indiquée depuis longtemps, elle semble de notion courante aux Etats-Unis. Voici la liste des auteurs justifiant mon affirmation (Bourdon et Dide, *Ann. Psychol.*, 1904). — Rennie, *Rev. of neurol. and psychiat.*, août 1904. — Rhein, *Philad. Neurol. Soc.*, 24 avril 1908. — Gordon, *Journ. of neurol. and Mental disease*, 1911, p. 102. — Edwards et Cotteril *Rev. of Neurol and Psych.*, 1911, p. 157-169. — Mac Connel, *Philad. Neur. Soc.*, oct. 1906. — Weisenburg, *Philad. Neur. Soc.*, oct. 1906. — W. G. Spiller, *Jour. of Nerv and Ment. disease*, fév. 1907, p. 117. — W.B. Cadwalder, *Jour. of Nervous and Ment. disease*, mai 1908, p' 329. — Poggio 1905, Kurtner 1907, Gerstman 1918, Guillain et Bizé 1932 (3)

J'ajoute que je possède une observation de guerre inédite aussi schématique que celle de Guillain et Bize.

c) *Troubles de la gnoso-kinésie proprioceptive*. — Il s'agit là d'un ensemble de symptômes qui prouvent que le malade, ayant conservé le concept abstrait des mouvements droite-gauche,

(1) Un mémoire plus complet sur le même sujet est sous presse à l'*Encéphale*.

(2) Une observation ancienne de Birch-Hirschfeld citée par Vetter et par Nothnagel (1879) révèle déjà une asomatognosie avec perte de la position du bras gauche, et de la notion de poids, par lésion pariétale droite.

(3) Les indications bibliographiques de ces derniers auteurs se trouvent dans DELAY : *Les Astérognosies*, 1 vol., Masson, 1935.

plus loin, plus près, au-dessus, au-dessous, est incapable de les réaliser dans l'espace proximal. On ne note pourtant aucune apraxie ni affective ni descriptive, moins encore d'apraxie idéatoire. Les troubles moteurs de l'ordre *akinétique* se caractérisent par le maniement inadéquat de l'espace proximal.

Les troubles représentatifs et expressifs concrets s'opposent aux syndromes représentatifs et expressifs abstraits (aphasie agnoso-apraxie) de l'hémisphère gauche.

On ne peut concevoir comment des lésions symétriques faisant la somme de ces syndromes déficitaires aboutiraient à la perte de la représentation subjective de la personnalité.

Si j'admets très volontiers avec Hoff et Pözl (16) que le refroidissement par chlorure d'éthyle produise chez des trépanés de la région pariétale inférieure des *troubles du schéma corporel* comme le conçoivent Head, Schilder, Lhermitte, L. van Bogaert, s'il me paraît évident qu'ils déterminent par cette manœuvre locale de l'asomatognosie du membre gauche, s'ils atteignent l'hémisphère droit, je ne puis concevoir qu'on réalise de la sorte une agnosie globale subjective comme la dépersonnalisation.

En isolant l'hallucinoïse de l'hallucination, la déréalisation de la dépersonnalisation, l'apraxie de l'akinésie, l'asomatognosie et l'agnoso-kinésie proprioceptive de troubles généraux de la conscience, les représentations concrètes des représentations abstraites, nous épargnerons à nos successeurs un travail de critique stérile. Ayant tiré de la neurologie une aide précieuse, nous pensons pouvoir la lui rendre grâce aux disciplines qui conservent à la psychiatrie son autonomie et ses prérogatives.

BIBLIOGRAPHIE

1. GORRITI. — *Soc. de Neurol. et Psychiat.*, Buenos-Ayres, 26 nov. 1937.
2. SCHIFF (Paul). — *IX^e Conférence des Psychanalystes, Rapport*, Paris, 2 fév. 1935.
3. DIDE (Maurice). — *Introduction à l'étude de la Psychogénèse*, 1 vol., Masson, 1926.
4. BOULAY. — *Presse Médicale*, 1906.
5. ROBERT (P.). — *Thèse de Toulouse*, 1931.
6. FRANCOÏTE. — *Bull. Soc. Méd. Ment. Belge*, Fasc. jub. 25^e année.
7. VURPAS. — *Encéphale*, 1912, p. 76.
8. DE FURSAC (R.) et CAPGRAS. — *Encéphale*, 1912, p. 68.
9. DIDE (Maurice). — Variations psychopathiques de l'intuition Étendue-Durée. *Journ. de Psychol.*, 1929, p. 410-424.
- Le problème temporel spatial. *Mémoires de l'Acad. des Sciences de Toulouse*, 1931, p. 243-250.
10. HASCOVEC. — *Congrès neurolog. internat.*, Berne, 1931.

11. STORRING. — Die depersonalisation. *Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, 1933.
12. MIRC. — *Thèse de Toulouse*, 1920.
13. HOFF et SCHILDER. — *Lagereflexe der Menschen*, Vienne, 1927.
14. DIDE et DENJEAN. — *Encéphale*, 1931, n° 3, p. 181-197.
15. EHRENWALD. — *Nervenartz*, 1931, p. 681.
16. HOFF et PÖZL. — *Arch. f. Psychiatr.*, 1938, p. 145-150.

On trouvera également une importante bibliographie dans les quatre ouvrages suivants :

- BOGAERT (L. V.). — Sur la pathologie de l'image de soi. *Ann. Méd. Psych.*, 1934, n°s 4-5, nov.-déc.
- TCHEHRAZI. — *L'image de soi*, 1 vol., chez Le François, 1936.
- DE MORSIER. — Les Hallucinations. Rapport au Congrès de Bordeaux. *Rev. d'oto-neuro-ophtal.*, 1938, n° 4, p. 241-352.
- DIDE. — Les désorientations temporo spatiales et la synthèse mentale. *Encéphale* (sous presse).

Quelques traitements de malades du type démence précoce par l'insuline et le cardiazol, par MM. LEULIER, LECLERCO et CASALIS.

Nous nous proposons de rapporter ci-après dix cas de psychose du type démence précoce traités soit par l'insuline, soit par le cardiazol.

Il s'agit de dix malades, trois jeunes hommes et sept femmes, dont nous vous résumerons les observations.

OBSERVATION 1. — Mlle Julie S., 25 ans.

Naissance et première enfance normales. Scarlatine à 8 ans. Baccalauréat à 16 ans, études de droit poursuivies normalement pendant 4 ans.

Le début des troubles mentaux est brutal, en mai 1934, présentation de délire aigu, qui fait place à un état de dépression, puis présente tous les signes d'une démence précoce en évolution.

Elle entre à la clinique en décembre 1934 : hallucinations auditives, interprétations délirantes, violence, impulsivité, inactivité, idées de fugue.

En 1935, même état, traitée par la sulfosine et l'allochrysine.

En 1936, même syndrome.

En 1937, devant la prolongation de la maladie, l'échec des thérapeutiques tentées jusqu'alors, l'insulinothérapie est commencée le 20 juillet 1937.

L'examen physique ne décèle aucun trouble : urée, 0,20 ; glycémie, 0,84 ; cholestérol, 2 gr. Rien dans les urines.

A partir de 35 unités, symptômes d'hypoglycémie.

A 70 unités, crise du type choréique.

A 88 unités, coma.

A 104 unités, accidents convulsifs qui obligent à baisser la dose.

Pendant le deuxième mois du traitement, les doses varieront entre 60 et 90 unités. Anxiété au réveil, reprise progressive de l'activité (tricot, lecture, etc.).

Le traitement est cessé le 30 septembre 1937 et en novembre, la malade est reprise par sa famille. Les hallucinations ont disparu. Le comportement est normal. Les progrès continuent encore actuellement, donc 8 mois après la fin du traitement. La malade reste cependant encore irritable, fatigable, méfiante par moments.

OBSERVATION 2. — Mme Yvonne L., 22 ans à l'entrée de la clinique. Pas d'antécédents vésaniques, tuberculose vertébrale à 15 ans, guérie. Mariée à 18 ans, a eu 4 enfants, tous bien portants. Le début des troubles mentaux est brutal, en février 1934, 2 mois après le dernier accouchement, au retour de couche.

Traitée par le Dr Heuyer, elle présente un état de sub-excitation du type maniaque, tachycardie ; la ponction lombaire est impraticable et la recherche des colibacilles négative. Traitée par de la septicémine, du sérum physiologique, des calmants.

Elle entre à la clinique, le 2 mars 1934, une semaine après le début de ses troubles mentaux avec un syndrome de confusion mentale, troubles psycho-sensoriels auditifs, des idées délirantes mystiques, une excitation maniaque atypique, pouls rapide, état sub-fébrile.

Traitée par le salicylate de soude et la sulfosin.

En avril, la malade présente un état de stupeur, avec anxiété, opposition, tendance à la conservation des attitudes. On lui fait de l'allochrysin, puis, en mai, du sérum anti-colibacillaire de Vincent.

En juin, les hallucinations auditives sont plus fréquemment extériorisées, coprophagie, alimentation à la sonde. Tentatives de déféstration avec préméditation.

Nucléinate de soude, mal supporté par la malade, augmente l'état de désorientation et d'anxiété.

En juillet, consultation des Docteurs Ségla et Heuyer : dépression psychique atypique, éléments discordants, érotisme, gâtisme, alternative de stupeur et d'excitation.

Portent un pronostic relativement bon.

Hectine A.

En 1935, la malade, d'un état mixte, passe progressivement à un état plus grave de dissociation, hallucinations, indifférence, inaffektivité totale, gâtisme, violence, désordre.

En mai 1935, une consultation des Docteurs Ségla et Heuyer constate une aggravation de l'état de la malade et son évolution vers une démence précoce.

En 1936, l'état psychopathique reste le même, aspect de confusion chronique.

En 1937, devant l'aggravation de la maladie, après l'échec des mul-

tiples thérapeutiques, la longueur de l'évolution (3 ans), le traitement par l'insuline est commencé le 5 juillet 1937 : la malade ne présente aucun signe neurologique.

Urée, 0,24 ; cholestérol, 1,89 ; glycémie, 0,92. Urines : rien à signaler.

Jusqu'à 44 unités : symptôme d'hypoglycémie, abolition de réflexes tendineux, apparition d'anxiété au réveil, éveil de l'intérêt, activité meilleure, disparition du gâtisme.

Jusqu'à 64 unités : l'amélioration se poursuit par la réapparition de l'affectivité, demande des nouvelles de ses enfants.

Avec 82 unités : comas très profonds qui troublent la malade. Nous revenons aux doses de 64 à 72 unités, avec ces doses on obtient des signes de shock et de la somnolence. L'amélioration psychique de la malade se poursuit : se remet à écrire aux siens.

En septembre, après le traitement et dès la prise du glucose, la malade présente une excitation type hypomaniaque.

Le 18 septembre 1937, thérapeutique arrêtée. Le D^r Heuyer constate : disparition état délirant et des hallucinations, conscience de la situation et de l'état morbide antérieur, pas d'affaissement du niveau mental, persistance d'un état de sub-excitation.

Le 28 septembre 1937, retour dans sa famille, s'occupe de ses enfants, de son ménage.

Pendant plus de 7 mois, mène une vie normale.

Le 5 mai 1938, rechute : présente pendant quelques jours un état d'excitation érotique.

Le 12 mai, le D^r Heuyer constate un état d'agitation catatonique avec hallucinations auditives, violence, gâtisme.

Le traitement par l'insuline a été repris depuis le 30 mai. Nous nous réservons de donner plus tard les résultats de cette seconde cure par l'insulinothérapie.

OBSERVATION 3. — Mlle Yvonne S., jeune fille de 22 ans.

Naissance et premier âge normaux, maladies infantiles communes, réglée à 13 ans, aurait été entêtée, capricieuse, cesse ses études à 14 ans. Dans ses antécédents une grand'mère maternelle morte à l'asile.

A 21 ans, en 1934, syndrome fruste d'érotomanie, se dit aimée par un jeune homme et oblige même sa mère à faire une demande en mariage qui est refusée. Elle présentera pendant les années 1935 et 1936 des alternatives de dépression et d'excitation.

En février 1937, la malade est envoyée à la clinique par le D^r Heuyer. A son entrée : symptômes de dépression avec anxiété qui dominent le tableau clinique. Puis ces symptômes s'effacent et sont remplacés par un syndrome d'automatisme mental avec hallucinations psychiques auditives, olfactives et gustatives, des idées délirantes érotico-mystiques.

Traitée par la sulfosin et l'allochrysine, les syndromes d'automatisme mental disparaissent, mais les signes d'affaiblissement intellec-

tuel sont de plus en plus marqués, dissociation intellectuelle, indifférence, inattention, stéréotypie, inactivité.

En juillet 1937, traitement par l'insuline.

Bon état général, pas de signes neurologiques.

Tension artérielle, 12-7 ; urée sanguine, 0,26 ; glycémie, 0,90 ; cholestérol, 2 gr.

Jusqu'à 60 unités, signes d'hypoglycémie.

A partir de 80 unités, on obtient des comas et des troubles neurologiques : empâtement de la parole, Babinski bilatéral, abolition des réflexes.

La dose de 82 unités ne sera pas dépassée.

Au cours du premier mois de traitement, les hallucinations disparaissent, et on note une amélioration de l'activité, le caractère est plus aimable.

Au cours du deuxième mois et du troisième mois le coma n'amenant pas d'amélioration, les doses sont ramenées à 70 unités de façon à n'obtenir que les signes d'hypoglycémie.

Il y a une amélioration incontestable des troubles psychiques, en particulier disparition des hallucinations et des idées d'influence.

Retour d'une certaine activité intellectuelle et manuelle. Mais la dissociation intellectuelle persiste, lenteur d'idéation, de compréhension.

Les idées sont pauvres, elle reste fatigable.

En somme, chez cette malade, déjà débile, l'affaiblissement mental ne s'est guère amélioré.

Après un traitement pour furonculose, elle rentre chez elle.

Depuis son retour chez elle, nous apprenons (soit 8 mois après le traitement insulinique) que la malade est plus affectueuse, qu'elle ne fait plus de fugues, mais elle reste impulsive, indécise, s'alimentant mal par périodes, qu'elle vit à peu près seule dans chambre, que son affaiblissement mental, sans augmenter, ne s'améliore pas.

OBSERVATION 4. — Mlle Maryse V.

Naissance et première enfance normales, réglée à 13 ans, études normales (licenciée en droit), de caractère gai.

Le début de la maladie est brutal, en mai 1935 elle se jette par la fenêtre « appelée par des voix », fracture ouverte de la jambe et fracture de la 2^e lombaire. Dès que son transfert est possible, le Dr Thévenard l'adresse à la clinique en *juillet 1935* : à son entrée, état d'excitation psycho-motrice, atypique, avec intériorisation, indifférence, idées d'influence.

En *septembre*, l'excitation s'apaise, hallucinations auditives nettes, nombreuses, « explosives », violentes

En *novembre*, le Professeur Claude confirme le diagnostic de schizophrénie et conseille les sels d'or et le soufre. Ce traitement ne pourra pas être suivi, la malade présentant des troubles rénaux.

En 1936, même présentation, mutisme, indifférence, inaffectivité, hallucinations.

En avril 1937, insulinothérapie.

Le premier mois, jusqu'à 68 unités : signes d'hypoglycémie très légers, arythmie, somnolence ; psychiquement : persistance des « bouffées hallucinatoires ».

A partir de 80 unités : coma.

On ne peut maintenir cette dose à cause de tachycardie, arythmie.

Le deuxième mois, pour la première fois, sort, s'alimente seule, tricote.

Mais cette amélioration ne se maintient pas et les jours suivants, les troubles psychiques réapparaissent.

Le troisième mois, malgré l'obtention des signes de shock, les hallucinations persistent, très violentes.

Le traitement cesse le 30 juin.

Le résultat du traitement a été absolument négatif, aucune amélioration ni physique, ni psychique.

Actuellement, soit 8 mois après le traitement, l'état de la malade ne s'est pas modifié.

OBSERVATION 5. — Mlle Edith D., 28 ans.

Sans antécédents personnels vésaniques connus. Licenciée en droit. Cesse son travail en février 1936, date du début de sa maladie.

A son entrée à la clinique, le 3 février 1937 : présente un syndrome de persécution à mécanisme interprétatif et idées d'influence, « elle comprend les allusions, cela se sait autour d'elle, il y a une mafia qui la surveille ». Bradypsychie, barrages atteignant presque le mutisme. Asthénie, préoccupations hypocondriaques.

Physiquement : aspect myxoedémateux, asymétrie faciale, léger strabisme. Pas de signes neurologiques.

En mars, traitement par la sulfosin, amélioration psychique notable, mais qui ne se maintient que deux à trois mois.

Au début de l'année 1938, la malade reste apathique, incapable d'un effort suivi, repliée sur elle-même, fuyant le contact des autres. Les idées de persécution paraissent disparues.

Devant la persistance de cet état d'aspect schizoïde, le D^r Ombredane prescrit en avril 1938 le traitement par l'insuline. Urée sanguine, glycémie normales. Rien dans les urines.

Jusqu'à 60 unités, signes d'hypoglycémie.

A 65 unités, première crise épileptique tardive, 3 heures après l'injection d'insuline, difficile à arrêter.

Deux électrocardiogrammes pris, le premier, dans la période pré-comateuse, le deuxième au cours du coma, ne montrent aucune altération grave du rythme. Nous donnons du gardénal le matin, et n'obtenons plus que des clonies pendant le coma.

Cependant, une deuxième crise épileptique avec 70 unités, également difficile à arrêter, oblige à descendre à la dose de 35-40 unités.

Ces doses, par la suite, ne seront plus dépassées et provoqueront néanmoins des crises épileptiques, mais précoces, deux heures après l'injection d'insuline, et faciles à arrêter.

A partir du deuxième mois, l'état psychique s'améliore. La malade fera en tout 27 comas, et à peu près autant de crises comitiales précoces. Le traitement est arrêté le 18 juin. La malade présente un état de subexcitation avec euphorie, projets d'avenir. Elle fréquente les autres personnes. Il persiste cependant encore un certain sentiment d'incapacité, d'indécision, de fatigue physique. Nous signalerons plus tard le résultat, prolongé ou non, obtenu dans ce cas, quand il y aura plus de recul.

OBSERVATION 6. — Mme Germaine B., 45 ans. La maladie commence par une première crise de dépression mélancolique, avec préoccupations hypocondriaques, qui dure de 1922 à 1929 ; ovariectomie en 1927. De 1930 à 1936, crise d'excitation hypomaniaque. En 1936, seconde crise mélancolique avec hypocondrie ; au cours de cette crise fait deux tentatives de suicide. Elle entre à la clinique le 15 mars 1937 : état stuporeux, mutisme, turbulence nocturne, hallucinations de l'ouïe et de la vue, désorientation. Pendant l'année 1937, persistance de l'état mélancolique avec idées de persécution. En juillet de cette année, elle fait une crise épileptique, la ponction lombaire est négative. Dès 1938, le syndrome mélancolique s'efface, et les hallucinations dominent. La malade devient agressive, violente.

Devant l'aggravation de son état, il est décidé de tenter une thérapeutique par l'insuline.

L'examen physique décèle : des réflexes tendineux très faibles. La glycémie et l'urée sanguine sont normales. L'examen des urines négatif. Un électrocardiogramme en période d'hypoglycémie ne signale rien de suspect.

Jusqu'à 50 unités d'insuline, symptômes d'hypoglycémie. Avec 55 unités, le coma. Mais pour obtenir celui-ci de façon continue, il faudra atteindre 120 unités. A cette dose, une crise d'épilepsie tardive qui laisse la malade très troublée, avec arythmie, nous oblige à diminuer la dose à 105, 110 unités.

Malgré un traitement prolongé pendant dix semaines, on n'obtient aucune modification de l'état psychique. Les hallucinations persistent, ainsi que l'agressivité et la violence de la malade.

OBSERVATION 7. — M. René B., 23 ans.

Naissance et première enfance normales. Scarlatine sans complications à 7 ans, à 11 ans adénopathie trachéo-bronchique. Fait ses études normalement, réussit son baccalauréat. A 17 ans, à la suite d'une paratyphoïde avec rechute, fait une courte période de dépression. Cependant, il poursuit brillamment ses études de chirurgien-dentiste.

A 20 ans, c'est-à-dire fin 1933, appendicite opérée, compliquée de

péritonite putride, puis apparition de troubles psychiques constatés par le D^r Heuyer, onirisme avec délire érotico-mystique, agitation, tentatives de défenestration. Ces troubles s'accompagnent d'un syndrome méningé. Ponction lombaire : polynucléose, glycorachie normale, température 39°7. Cette méningo-encéphalite diffuse infectieuse guérit en janvier 1934, après une période d'état général très grave, ayant nécessité des transfusions sanguines.

Pendant les années 1934-35 et 36, il poursuit ses études et passe brillamment ses examens. Cependant, pendant toute cette période, il aura des préoccupations religieuses anormales chez lui, ou brusquement des sentiments communistes avancés.

En décembre 1936, après une angine et des troubles intestinaux, le D^r Schiff est appelé auprès de lui et constate un syndrome confusionnel, avec anxiété, impulsions suicides. Après un traitement par la sulfosin et un abcès de fixation, le malade rentre chez lui, où il peut rester.

Suivi par les Docteurs Heuyer et Michaud, ceux-ci prescrivent un traitement par l'insuline.

A son entrée à la clinique, le 1^{er} octobre 1937, le malade présente un syndrome catatonique : négativisme, opposition, mutisme, conservation des attitudes, impulsions rares, chutes à terre, alimentation à la sonde, gâtisme, syndrome dépressif avec anxiété, aspect triste, craintif. Probabilité d'hallucinations visuelles et auditives.

Physiquement : bien développé, maigre.

Aucun symptôme neurologique : Tension artérielle, 13-8. Pouls, 90. Examens du sang ; Urée 0,43, Sucre 0,90, Cholestérol 2 gr. 20.

L'examen des urines est négatif.

Jusqu'à 105 unités d'insuline, symptômes de choc, somnolence, crises de contractions généralisées avec apnée inspiratoire, durant trente à cinquante secondes, se répétant fréquemment dans la journée, anxiété par moments. Pas de signes neurologiques.

Jusqu'à 115 unités, apparition de périodes d'agitation hypomaniaque ; après l'absorption du glucose, agitation niaise, puérile. Même état psychique en dehors du temps de traitement.

Jusqu'à 140 unités, somnolence très marquée. On atteindra 160 unités sans obtenir de coma.

Après trois mois de traitement continu, on note : une diminution de l'état catatonique, la disparition des crises toniques, une très légère amélioration des troubles sensoriels, un état général très amélioré, + 10 kilogrammes. Les troubles psychiques sont inchangés.

Mais en somme, l'état psychique n'est pas modifié, l'opposition, le mutisme, le refus alimentaire persistent.

Les Docteurs Heuyer et Michaud décident de tenter le traitement par le cardiazol.

4 février, 0,30 ctgr. : rien.

8 février, 0,45 ctgr. : crise épileptique type, avec réaction anxieuse post-comitiale, logorrhée, agitation, durée une heure ; puis réappa-

rition du syndrome catatonique. Trois heures après, « déblocage » partiel et euphorie. Les jours suivants, alternatives des périodes d'hallucinations et de calme. Eveil de l'intérêt.

15 février, 0,50 ctgr. : crise type, phase anxieuse. Trois à six heures après le traitement se déplace, s'agite, parle.

19 février, 0,50 ctgr. : n'a pas de crise (probablement le cardiazol a été injecté trop lentement). Le malade est moins bien dans la journée.

1^{er} mars, 0,55 ctgr. : crise type, suivie d'anxiété. Les jours suivants, est calme, se promène, s'alimente, reçoit les siens.

5 mars, 0,55 ctgr. : crise type, anxiété consécutive. Le lendemain, « déblocage complet », parle, sort en auto. Les jours suivants l'état se maintient.

Le traitement se poursuit jusqu'à la 15^e injection. L'amélioration obtenue dès la 4^e crise comitiale se maintient. Le malade sort avec les siens, fait des projets d'avenir, veut poursuivre ses études médicales. Le D^r Heuyer voit le malade à son domicile, constate l'amélioration notable de son état, le « déblocage » des symptômes catatoniques, et permet une tentative de sortie de la clinique, tout en faisant de grandes réserves sur la stabilité de l'amélioration obtenue, car le malade reste hypomaniaque.

Rechute : en effet, la veille du départ projeté, le jeune René B. devient hésitant, se replie sur lui-même, et en deux jours présente un état catatonique avec hallucinations auditives. Les injections de cardiazol sont poursuivies à raison de deux par semaine, avec la dose de 0,60 ctgr. Les crises comitiales sont typiques, elles se déroulent avec une stéréotypie manifeste dans leurs symptômes.

Actuellement, le malade en est à sa 23^e crise ; depuis la 18^e crise, l'état catatonique se dissipe par intermittences. Par instants, il parle, s'occupe, peut se promener dans le parc ; et puis, subitement, mutisme, conservation des attitudes, hallucinations auditives.

OBSERVATION 8. — Mlle Renée C., 24 ans.

Premier âge normal, maladies de l'enfance (rougeole, angine et coqueluche). Jusqu'à 15 ans, enfant très vivante, gaie, très personnelle et raisonneuse.

A 15 ans, appendicite avec début de gangrène. Depuis ce moment : triste, lasse, céphalée, travaille péniblement, tendance à s'isoler, fatigabilité.

A 18 ans, apparition d'hallucinations auditives. Vue par le D^r Heuyer à 19 ans, qui porte le diagnostic de schizophrénie.

Traitement par pyréthérapie, qui provoque une extrême agitation. Allochrysine, sulfarsénol, sans résultat. Gardée par sa mère, chez elle, jusqu'en octobre 1937, date à laquelle elle entre à la clinique pour insulinothérapie.

Octobre 1937, jeune fille obèse, teint pâle, indifférente, inerte. Activité hallucinatoire intense qui provoque par moment des impulsions

violentes, idées délirantes, multiples et incohérentes, véritable « salade de mots », conscience de la morbidité, un peu d'opposition, mais pas de symptômes neurologiques.

Examen sérologique : urée 0,35 ; sucre 0,90. Traces d'albumine dans les urines, tension artérielle 14-8. Obésité pathologique.

Le traitement par l'insuline est commencé le 21 octobre 1937.

Jusqu'à 60 unités, on obtient des signes de shock, aucune modification de l'état mental.

Jusqu'à 105 unités, une somnolence marquée, des vomissements qui nécessiteront l'emploi de l'atropine jusqu'à la fin du traitement.

A partir de 120 unités, le coma alterne avec des somnolences profondes. L'état psychique reste inchangé. Reprise fragmentaire de l'activité.

On atteindra les doses de 140 unités, maintenues jusqu'à la fin du traitement, sans obtenir de modifications importantes. Seul l'état général sera amélioré.

Le traitement par l'insuline est arrêté le 31 décembre.

Après un mois de repos, le traitement par le cardiazol est entrepris.

La première injection de 0,30 provoque une crise type, ainsi que la suivante, avec 0,35. Puis il faudra par la suite injecter 0,50 et 0,60 pour obtenir une crise convulsive. Progressivement, la malade s'oppose à ces piqûres, par contre, après la crise convulsive, elle ne présente aucune anxiété, seulement de la somnolence.

Nous obtiendrons un total de 14 crises épileptiques. L'état psychique se modifie : de l'état d'indifférence totale où était la malade, elle devient plus présente, se promène, la jargonaphasie disparaît, les réponses sont pertinentes, les hallucinations auditives persistent ainsi que les impulsions.

Une grippe contractée le 20 mai nous oblige à cesser le traitement.

Après cette période d'arrêt, l'appréhension vive de la malade pour les injections de cardiazol, rend matériellement impossible la reprise du traitement.

Nous nous proposons de reprendre le traitement en associant insuline et cardiazol.

OBSERVATION 9. — M. Hervé C., 15 ans et demi.

Père psychasthénique chronique, mère tuberculeuse rénale. Pas d'antécédents personnels appréciables.

Présente en décembre 1935 un épisode anxieux, suivi dès cette époque par le D^r Maréchal.

En février 1938, début de l'épisode actuel. Le D^r Maréchal diagnostique : psychasthénie grave, avec autisme, phobies, scrupules, semimutisme, signe du miroir, travail réduit. Au cours même d'un traitement par l'huile soufrée, des hallucinations auditives apparaissent. Le malade est adressé au D^r Heuyer qui porte le diagnostic : hétéphrénie, discordance, dissociation, hallucinations auditives, et le

fait entrer à la clinique le 17 avril 1938 pour un traitement par le cardiazol.

A l'examen physique : acné faciale et thoracique, tension artérielle variant entre 14 et 16 de maxima. Urée sanguine 0,35. Rien dans les urines.

Nous commençons avec 0,30 de cardiazol, et par la suite atteignons la dose de 0,42, sans jamais la dépasser. Toutes les fois, les crises sont typiques, parfois suivies d'une courte crise pithiatique, le réveil ne s'accompagne pas d'anxiété.

A partir de la 4^e crise, devient conscient du caractère pathologique de ses hallucinations auditives. Dès la 10^e crise, avoue ne plus avoir d'hallucinations auditives, et sa conduite correspond à ses assertions.

Il a repris la lecture, parle, s'occupe, sort en ville, ne semble plus interpréter les faits et gestes des gens rencontrés, n'a plus de phobies, de scrupules. Progressivement, au contraire, apparaît un état d'excitation hypomaniaque, avec préoccupations sexuelles, difficulté d'attention soutenue.

Une tentative de sortie de la clinique sans surveillance est faite en ce moment.

OBSERVATION 10. — M. Henri P., 32 ans.

Naissance et première enfance normales. Diplômé architecte à 29 ans.

Grand-père maternel : tabès. Père : anxieux. Mère : normale.

Présente ses premiers troubles psychiques à 27 ans : devient indifférent, renfermé, s'installe à l'hôtel avec une amie qui l'abandonne, ne va plus voir ses parents. Progressivement cesse tout travail.

En mars 1938, scandale dans la rue. Le D^r Brousseau l'adresse à la clinique où il entre le 2 avril.

A son entrée, syndrome schizophrénique : autisme, distraction pathologique, indifférence, inactivité, affectivité réduite, pas de délire extériorisé, gestes stéréotypés. Physiquement : pâleur, réflexes normaux, foie sensible, Bordet-Wassermann, Hecht négatifs. Urée 0,32. Glycémie 0,69. Rien dans les urines.

Le 8 avril, traitement par le cardiazol. La première injection de 0,40 ne provoque pas de crise, mais une bradycardie assez impressionnante à 40 pulsations, qui se maintient pendant une heure. Par la suite, nous donnerons tous les jours 20 gouttes d'atropine, cette bradycardie ne se reproduira plus. Après la 7^e crise comitiale, ne notant aucune modification psychique du malade, nous associons l'insuline et le cardiazol.

Jusqu'à 110 unités d'insuline, symptômes d'hypoglycémie, à 115 unités, coma. L'amélioration à partir de ce moment se fait nettement sentir, le malade parle, lit, s'occupe. Retour de l'affectivité.

Le traitement est encore en cours. Nous avons cependant jugé intéressant de signaler ce traitement pour indiquer ce fait : que l'injec-

tion de cardiazol faite deux heures après l'injection d'insuline, en période d'hypoglycémie, donne à ce moment son effet maximum, alors que faite plus tardivement, en période de coma, elle provoque sur le cœur (pouls filiforme, arythmie) et sur l'accentuation du coma, des symptômes alarmants. Nous arrêtons, par ingestion de sucre, l'effet de l'insuline un quart d'heure après l'injection de cardiazol.

Chez ce malade, la crise comitiale provoque rapidement l'arrêt de la transpiration hypoglycémique.

Si l'application du traitement par le cardiazol est uniforme, puisqu'il suffit, quand elle est insuffisante, d'augmenter la dose injectée pour obtenir la crise épileptique, il ne faudra jamais perdre de vue qu'il ne peut en être de même pour l'insulinothérapie. Il est de la plus haute importance de suivre de très près les réactions de chaque malade. Prenons pour exemple le coma qu'en principe on recherche toujours :

Dans nos observations, quatre modalités se sont présentées à nous. Un premier groupe de malade (obs. 5, 10) était nettement amélioré par le coma hypoglycémique. Nous avons donc cherché à obtenir ce coma pendant toute la durée du traitement.

Un second groupe (obs. 1, 4) n'a pu supporter le coma, pour des raisons physiques. Il a fallu après des essais d'adaptation (toni-cardiaques, changement ou abaissement de l'insuline) ne rechercher que l'hypoglycémie précomateuse.

Un troisième groupe (obs. 2 et 3) était nettement aggravé par le coma, et le stade d'hypoglycémie a été tout à fait suffisant.

Enfin, au 4^e groupe un seul malade (obs. 7), pour lequel il n'a pas été possible d'obtenir le coma malgré des doses élevées. Il aurait fallu chercher à sensibiliser le malade à l'insuline ; ces méthodes ne donnant pas de résultats constants, nous avons eu recours au cardiazol.

Les troubles neurologiques tels que : clonies, chorée, athétose, troubles de la parole, n'ont présenté aucune gravité chez nos malades, et n'ont laissé aucune trace persistante. Par contre, l'épilepsie est un phénomène très important, dont il faut bien connaître la signification.

Le D^r Müller distingue deux groupes d'épilepsie au cours de l'insulinothérapie. La crise épileptique « dite précoce », c'est-à-dire celle qui survient dans les deux premières heures du traitement, et la crise épileptique « dite tardive », qui se produit plus de deux heures après l'injection d'insuline.

Les crises épileptiques précoces sont considérées comme de bon pronostic, souvent favorables pour le traitement. Par contre,

les crises tardives sont de pronostic plus sérieux, et doivent être évitées.

En étudiant les crises épileptiques survenues au cours du traitement de nos malades, nous avons constaté :

Deux cas d'épilepsie tardive, survenue plus de trois heures après l'injection d'insuline. Ce sont les observations 1 et 6. Dans ces trois cas, non seulement le coma a été difficile à arrêter malgré les injections de sérum glucosé, d'adrénaline et de calcium, mais l'état psychique des malades a été momentanément aggravé.

Le cas de l'observation 5 est, par contre, fort intéressant à cet égard. Après deux crises épileptiques tardives, la diminution de la dose d'insuline provoque des crises précoces qui débutent entre une heure et demie et deux heures après l'injection. Une seule injection de sérum glucosé hypertonique, intra-veineuse, les arrête en vingt secondes ; et ces crises avaient une action nettement favorable sur l'état psychique de la malade.

Les modifications psychiques observées au cours du traitement, c'est-à-dire, soit pendant la période d'hypoglycémie, soit après le coma, nous ont toutes paru être de même ordre. Ce sont surtout des symptômes d'excitation psycho-motrice : rires, bavardages, chants, jeux de mots, euphorie, turbulence. Ces symptômes n'ont, dans aucun cas, duré plus d'une heure.

De nos dix malades, un seul (obs. 9) était atteint depuis moins de six mois. Il a été fortement amélioré et a pu reprendre la vie de famille.

Dans un cas où la maladie remontait à moins d'un an (obs. 7), nous avons obtenu la disparition de la catatonie et une rémission seulement passagère de l'automatisme mental.

Sur les huit autres malades, dont les phénomènes psychiques remontaient à plus de deux ans, trois n'ont retiré aucun résultat du traitement (obs. 4, 6, 8). L'un d'eux a présenté une amélioration légère (obs. 3). Trois (obs. 1, 5, 10) ont eu une amélioration importante.

Enfin la malade de l'observation 2 a fait une rechute après avoir repris une vie normale pendant 7 mois.

Il nous a paru intéressant de mettre, en regard des résultats, la durée de la maladie. Cette considération a conduit la plupart des auteurs étrangers à diviser les malades en quatre groupes : moins de six mois, de six mois à un an, de un à deux ans, plus de deux ans.

Sans tomber dans la tendance à recourir au cardiazol ou à l'in-

suline dès l'apparition des troubles mentaux, il ne paraît pas douteux qu'il y ait un grand intérêt à utiliser ces méthodes dès que le diagnostic de démence précoce peut être porté et même quand il s'agit de bouffées délirantes ou de confusions mentales dont l'évolution fait craindre l'apparition d'une dissociation mentale grave.

M. Henri CLAUDE. — Les faits thérapeutiques rapportés par les auteurs sont conformes à ceux que j'ai observés.

D'une façon générale, on peut dire que, sur les troubles mentaux invétérés datant de plus d'un an, les résultats obtenus par ces méthodes thérapeutiques nouvelles sont nuls.

Mais dans les cas de date plus récente, ces méthodes sont incontestablement efficaces. Le malheur est que l'amélioration, amélioration qui va souvent jusqu'à la guérison, n'est pas toujours durable. La tâche de l'avenir est de trouver le moyen de stabiliser les guérisons. Peut-être y a-t-il lieu de répéter les cures ?

Par sa rechute, le malade ne retombe habituellement pas dans le même état qu'avant le traitement. Il ne redevient pas indifférent et oisif ; il reste curieux, capable de s'occuper, mais il a des hallucinations dont il ne reconnaît pas la nature pathologique et qui semblent le gêner peu. Le cardiazol laisse souvent une légère euphorie.

La conclusion qui s'impose devant les résultats très encourageants qu'elles donnent, c'est qu'on doit appliquer ces thérapeutiques dès l'apparition des premiers troubles mentaux. Il ne faut pas perdre son temps à discuter un diagnostic souvent très difficile et parfois impossible entre la nature démentielle ou non démentielle, la nature schizophrénique ou périodique du syndrome. Il faut agir et surtout quand il s'agit d'un sujet dont le passé a prouvé qu'il avait eu la capacité intellectuelle suffisante pour s'adapter parfaitement à la vie sociale.

Condamner ces traitements parce que leur efficacité n'est pas toujours durable ni complète, ce serait condamner toute la thérapeutique médicale, car nulle part en médecine les médications n'ont une valeur absolue.

M. RONDEPIERRE. — J'ai, dans mon service, deux cas de syndrome de démence précoce datant de plus de trois ans, qui sont actuellement en rémission à la suite d'un traitement par le cardiazol.

Un cas plus discutabile, parce que très récent, est entré en rémission complète après deux piqûres seulement. Contraire-

ment à l'opinion de nombre d'auteurs, il faut tenter le traitement par le cardiazol des cas anciens qui sont évidemment les plus intéressants et les plus démonstratifs.

M. VILLEY. — Nous aussi, nous avons appliqué le cardiazol avec de très heureux résultats dans la moitié des cas, soit 8 sur 16. Et parmi les plus améliorés, se trouvaient des malades chroniques, internés depuis de nombreuses années : maniaques, chroniques, mélancoliques chroniques ou confus chroniques.

L'épreuve de Lombard appliquée en psychiatrie (Contribution à l'étude des réflexes conditionnels), par MM. P. RUBENOVITCH et J. PASTIER (Travail de la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale, Professeur Henri Claude).

L'épreuve de Lombard, décrite dans une communication à l'Académie de Médecine (séance du 4 octobre 1910), est un procédé d'exploration de l'audition, qui a été utilisé pour l'étude de la surdité labyrinthique.

Ce procédé est basé sur l'observation clinique suivante : chaque fois qu'un assourdisseur est placé sur les deux oreilles d'un sujet normal, la voix ordinaire de conversation s'élève presque instantanément. Inversement, l'arrêt de l'assourdissement est suivi immédiatement du retour à l'intensité vocale habituelle, sans que le sujet ait connaissance de ce double changement. La même épreuve ne produit aucun changement dans la voix des sourds labyrinthiques bilatéraux.

De cette double constatation résulte un bon signe diagnostique simple, entièrement soustrait à la connaissance du malade, et permettant d'affirmer l'existence d'une surdité labyrinthique. Dans les cas de surdité incomplète, l'interprétation du phénomène devient délicate. Aussi, Lombard s'en est-il tenu à la détermination de la surdité labyrinthique totale, en soulignant les services importants que cette épreuve pouvait rendre dans certains cas d'expertise médico-légale.

Il y a quelque temps, nous avons eu l'occasion de suivre un malade, présentant des hallucinations auditives contre lesquelles il tentait de mettre en œuvre des moyens de défense. L'un de ces moyens consistait, lorsque ses voix devenaient par trop gênantes, à mettre en marche son appareil de T.S.F. avec une intensité inaccoutumée. Nous avons eu l'idée de lui proposer d'appliquer

aux oreilles un casque téléphonique relié à un assourdisseur qu'on pouvait manœuvrer facilement.

A ce moment, nous n'avions en vue que la possibilité de lui procurer un moyen de défense qui ne gênât point les autres malades. Il voulut bien accepter et nous expérimentâmes un jour sur lui un appareil rudimentaire, mais remplissant parfaitement son office d'assourdisseur. C'est alors que nous avons découvert fortuitement que notre sujet, bien que jouissant d'une audition absolument normale, réagissait comme un sourd labyrinthique total, c'est-à-dire que sa voix n'était en rien modifiée par le déclenchement ou l'arrêt de l'assourdissement.

Nous avons alors repris systématiquement l'étude de cette épreuve chez le sujet normal et chez les sujets atteints de troubles mentaux.

Nous utilisons comme assourdisseur un casque téléphonique qui, par un montage très simple utilisant une lampe triode, reproduit, avec une amplification importante, le bruit produit par le courant alternatif de la ville.

Nous procédons de la façon suivante :

En premier lieu, nous rassurons le sujet pour prévenir autant que possible tout facteur émotif susceptible de gêner l'examen. Après quoi, nous plaçons le casque sur les oreilles du patient, en l'avertissant qu'à un moment donné, il entendra un bourdonnement violent dont il ne devra tenir aucun compte pendant toute la durée de l'expérience. Nous lui faisons alors lire à voix haute un texte choisi d'avance, facile, bien imprimé, et aussi « neutre » que possible. (Certaines réclames de la 4^e page des journaux réalisent assez bien les conditions requises). Nous laissons poursuivre cette lecture pendant 15 secondes. Nous déclenchons alors l'assourdisseur pendant un temps égal, puis nous l'arrêtons en laissant continuer la lecture pendant 15 secondes environ. Nous répétons cette opération plusieurs fois de suite.

Nous avons commencé par appliquer cette épreuve à 20 sujets normaux, qui ont tous réagi d'une façon identique et chez lesquels nous avons observé les phénomènes suivants :

1) Comme l'avait signalé Lombard, on constate avant tout qu'en provoquant l'assourdissement, l'intensité de la voix s'élève presque instantanément.

2) Après s'être maintenue en plateau à un certain niveau pendant presque toute la durée de l'assourdissement, dès que celui-ci prend fin, la voix, non seulement diminue aussitôt d'intensité, comme l'avait signalé Lombard, mais encore « s'abaisse » à un

niveau nettement inférieur au niveau initial, puis progressivement rejoint assez vite ce dernier.

3) En même temps, et d'une façon en quelque sorte parallèle à cet accroissement d'intensité, apparaît une *accélération du débit vocal* (que n'a pas signalée Lombard). Cette accélération fait place à un ralentissement net dès que cesse l'assourdissement. Le ralentissement confère au débit vocal une lenteur qui se maintient quelques secondes avant le retour à la vitesse initiale.

En résumé, chez le sujet normal, l'assourdissement provoque deux phénomènes absolument constants :

- a) une élévation de la voix ;
- b) une accélération du débit vocal.

Ces deux phénomènes sont suivis des réactions inverses dès que cesse l'assourdissement.

En plus de leur constance ces phénomènes ont pour caractères de se produire inconsciemment, d'être automatiques et de présenter dans leur intensité des variations individuelles très nettes.

Dans les conditions où nous réalisons l'épreuve au moyen d'un casque téléphonique transmettant un bruit intense, nous agissons à la fois sur la voie aérienne et sur la voie osseuse de l'audition.

Nous nous sommes demandé quelles seraient les réactions produites en dissociant l'action exercée sur l'une et l'autre voie.

Dans une première série d'expériences, nous avons donc appliqué l'écouteur de l'appareil sur le front, sur le vertex et sur la nuque, en laissant libres les oreilles. Nous avons obtenu les mêmes réactions, mais avec une intensité moindre, du fait, sans doute, de la persistance du contrôle aérien.

Dans une deuxième série d'expériences, nous avons simplement obturé les conduits auditifs externes par des tampons de coton imbibés d'huile de vaseline. Nous avons obtenu le même résultat que dans l'expérience précédente, c'est-à-dire des variations moins marquées de la voix, mais cette fois du fait de la persistance du contrôle osseux.

Enfin, en associant l'obturation des deux conduits à l'assourdissement par voie osseuse, nous obtenions une réaction en tous points identiques à celle obtenue par l'utilisation d'un casque assourdisseur.

La démonstration était donc faite que la netteté des réactions

obtenue par le casque assourdisseur résultait de la perte du contrôle vocal à la fois par la voie osseuse et par la voie aérienne.

Nous avons étudié les données de l'épreuve de Lombard telles que nous venons de les définir, chez 36 névropathes et psychopathes.

Chez 7 d'entre eux, nous avons obtenu des réponses normales. Ces 7 sujets se répartissent ainsi : 1 toxicomane en traitement, 3 déséquilibrés, 2 déprimés légers, un sujet guéri récemment d'un accès confusionnel.

En somme, nous obtenions donc des réponses identiques chez 20 sujets normaux et chez 7 sujets guéris, ou n'ayant que de légers troubles purement affectifs.

Chez les 29 autres sujets, tous atteints de psychopathies nettement diagnostiquées, nous n'avons *jamais* trouvé de réactions normales. Il va de soi que l'état mental de ces derniers permettait néanmoins l'application du test.

Ces 29 malades se répartissent ainsi :

1 comitiale.

7 malades (anxieux, paranoïaques ou schizophrènes) présentant des hallucinations auditives.

11 schizophrènes en voie de dissociation, ou catatoniques.

3 périodiques en cours d'accès ou en rémission.

1 confus en voie d'amélioration.

4 déprimés anxieux.

1 paralytique générale améliorée par l'impaludation.

1 tabétique déprimé.

Chez tous ces malades, nous avons trouvé des perturbations souvent très importantes de la réaction vocale normale à l'assourdissement, allant parfois jusqu'à l'inversion de la dite réaction : diminution de l'intensité vocale au lieu d'un accroissement, ralentissement du débit au lieu d'une accélération.

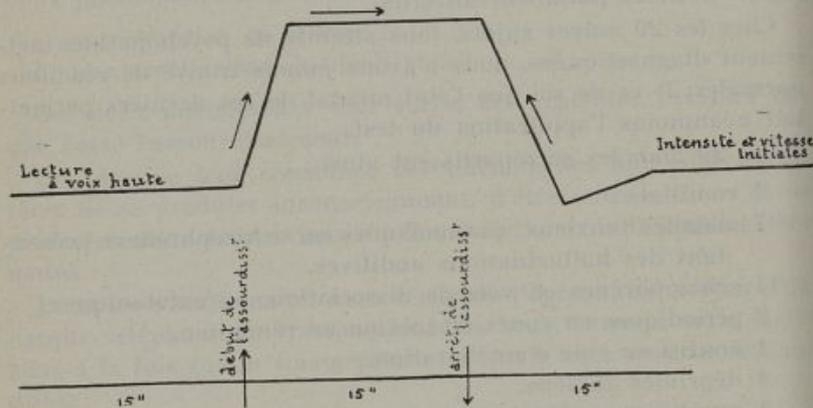
Entre la réaction normale et cette inversion totale, nous avons trouvé toute une série de modifications intermédiaires.

Ainsi, chez une malade comitiale, présentant un léger état d'obtusion intellectuelle, l'intensité vocale augmentait non pas d'une manière rapide et régulière pour finir par se stabiliser à un certain niveau comme chez les sujets normaux, mais en procédant par paliers successifs. Le retour à l'intensité initiale se faisait avec un retard extrême. Plusieurs schizophrènes, bien qu'ayant une audition normale, ont présenté une absence de réactions comparable à celle des sourds labyrinthiques.

Nous n'allons pas entreprendre la description détaillée de tous

les phénomènes observés, car nous envisageons, à l'heure actuelle, la possibilité de les représenter graphiquement de façon à éliminer les causes d'erreur provenant de l'élément subjectif apporté par l'observateur. Ce projet soulève d'ailleurs de nombreuses difficultés d'ordre technique, que nous espérons bientôt vaincre, et nous pensons que, dans un bref délai, nous pourrions utiliser des courbes nous donnant une représentation entièrement objective des phénomènes décrits.

Pour fixer les idées, nous donnons ci-après un aspect probable de la courbe normale :



Légende : La ligne inférieure correspond aux divers temps de l'épreuve qui comporte, comme nous l'avons dit, des périodes successives de 15 secondes.

La ligne supérieure représente le niveau de l'intensité vocale, la flèche orientée de gauche à droite, l'accélération du débit vocal, et celle orientée de droite à gauche, le ralentissement.

L'interprétation de tous ces phénomènes est assez délicate. Il s'agit là, comme nous l'avons vu, de phénomènes réflexes : l'intensité et la vitesse de notre débit vocal sont, en partie, automatiquement réglées par notre ouïe. Au cours d'une émission vocale, il se produit une perception auditive inconsciente qui assure le réglage à la faveur d'une série d'opérations intellectuelles automatiques, échappant à notre conscience, mais sur lesquelles notre conscience peut volontairement intervenir. Nous n'avons pas la place nécessaire pour analyser ici les mécanismes intellectuels qui semblent entrer en jeu, et qui démontrent, selon nous, qu'il s'agit là de *réflexe conditionnel*. Nous allons tenter,

dans une étude ultérieure, d'apporter les résultats de l'application de cette épreuve chez l'enfant normal.

Au point de vue pratique immédiat, il faut souligner ce fait que, pour garder toute sa valeur au point de vue médico-légal, l'épreuve de Lombard ne peut intervenir que chez des sujets ayant préalablement subi un examen mental soigné, puisque les modifications qu'elle subit ne dépendent pas uniquement d'un mécanisme sensoriel.

Par ailleurs, nous nous demandons si cette épreuve ne peut, en certains cas, posséder une certaine valeur pronostique au point de vue psychiatrique. Nous basons cette hypothèse sur les deux cas suivants :

Il s'agissait, dans le premier cas, d'un confus apparemment guéri, chez lequel la persistance d'une réaction vocale anormale à l'assourdissement a été suivie à brève échéance d'un accès dépressif atypique de caractère inquiétant. Dans le second cas il s'agissait d'un schizophrène présentant une évolution par poussées, et qui, au cours d'une rémission de courte durée mais d'apparence complète, avait gardé des réactions vocales de caractère anormal.

Mais en dehors de ses applications pratiques sur l'importance desquelles une étude plus complète nous fixera davantage, l'intérêt essentiel de cette épreuve nous paraît en définitive résider dans le fait qu'elle permet une étude expérimentale d'un réflexe conditionnel naturel, et non pas artificiellement créé.

La séance est levée à 18 heures 30.

Le secrétaire des séances,

Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Lundi 2 Juin 1938

Présidence : M. R. BOURGUIGNON, président

A propos de cinq observations de tumeurs cérébrales métastatiques, par MM. H. ROGER et J.-E. PAILLAS.

Les auteurs rappellent leurs travaux antérieurs sur les tumeurs cérébrales métastatiques qui offrent un syndrome bien particulier, évoluant rapidement, sans hypertension intracrânienne. L'origine en est le plus souvent mammaire ou pulmonaire. Leurs nouveaux cas se distinguent par leur étiologie (deux tumeurs hématopoïétiques, un épithélioma rénal, un mélanome achromique) et par leurs caractères anatomo-cliniques : forme à type de ramollissement cérébral, forme prolongée, forme bilatérale et symétrique avec cellules néoplasiques, dans le liquide ventriculaire, forme polykystique.

Dysbasia lordotica chez un débile mental et myopathie scapulo-humérale et pelvienne chez son frère, par MM. H. ROGER, J.-E. PAILLAS et J. BOUDOURESQUES.

Les auteurs signalent cette association curieuse chez deux frères dans une famille où paraissent avoir coïncidé troubles psychiques et troubles moteurs.

Diagnostic anatomo-clinique des désorientations temporo-spatiales, par M. Maurice DIDE.

La désorientation visuelle semble due plutôt à une amnésie de fixation qu'à un trouble foncier de la représentation spatiale. Au contraire, les

destructions centrales de la zone gnosique (G. supra-marginalis) atteignent la représentation géométrique et l'axe subjectif, la notion gauche-droite, les préhensions proximales.

D'ordre plus psychiatrique, la transformation de l'intuition étendue-durée, conduit à la dépersonnalisation, aux illusions d'inexistence, d'énormité, d'éternité.

Ayant établi les cadres mobiles temporo-spatiaux de la pensée normale et pathologique, l'auteur admet la participation des deux hémisphères à ces concepts. Si le territoire sylvien gauche offre pour les schématisations systématiques abstraites une suprématie générale on ne doit pas négliger non plus les adaptations immédiates et automatiques, les comportements individuels et sociaux (Choroschko) et les représentations concrètes pour lesquels la suprématie venue particulièrement de la région préfrontale s'exerce également sur tout l'encéphale.

Sur un cas de polyradiculonévrite spontanément curable,
par MM. COSSA, GAGLIO et CASTILLANI (de Nice).

Exposé d'un cas de polyradiculonévrite différant des cas typiques de MM. Guillain et Barré, par l'existence de troubles sphinctériens transitoires et par le fait que la dissociation albumino-cytologique, encore que considérable, n'est pas absolue (2 gr. 80 d'albumine par 10 éléments).

Hypertension artérielle rétinienne et coma hypoglycémique,
par MM. COSSA, BOUJEAUT et CARLOTTI (de Nice).

La constatation d'œdème pulmonaire au cours des comas hypoglycémiques a conduit les auteurs à se demander si un phénomène du même ordre ne se produirait pas dans le parenchyme cérébral. De fait, la mesure de la pression diastolique dans l'artère centrale de la rétine a montré une élévation constante et considérable (deux à quatre fois de la normale) la pression rachidienne est par contre peu augmentée parce que la très considérable soustraction hydrique provoquée par l'hypersudation provoque une concentration de la masse sanguine (prouvée par l'augmentation du taux des albumines du sérum) et une soustraction réactionnelle de liquide céphalo-rachidien. Il existe donc au cours de tous les comas hypoglycémiques des perturbations très considérables de la circulation centrale. Peut-être faut-il y voir un des éléments du mécanisme d'action de la méthode thérapeutique de Sakel.

M. Lhermitte souligne l'intérêt de la communication de M. Cossa. Deux problèmes sont posés par elle, c'est premièrement celui de la pathogénie de l'œdème pulmonaire. S'agit-il d'un choc humoral général ou d'une action nerveuse à point de départ bulbaire. C'est ensuite celui du mécanisme de l'insulinothérapie. On ne sait rien quant au fond de ce second problème, mais on sait cependant qu'il existe un certain nombre d'examen anatomiques où l'on a vu, outre l'existence d'un œdème cérébral, celle d'altérations cellulaires très importantes. Donc l'insuline doit avoir une action non seulement sur la circulation, mais sur les centres nerveux.

M. Baruk estime que l'insuline a une action extraordinaire sur le système végétatif et circulatoire. Par l'électro-cardiographe, on constate qu'on obtient des modifications intéressantes par de toutes petites doses chez l'animal, en état de catatonie bulbo-capnique, il existe une perturbation

du complexe électro-cardiographique montrant un véritable spasme myocardique que le soulèvement en T met en évidence.

Avec l'insuline, on obtient une diminution du soulèvement en T. Si on donne une grosse dose, on obtient des troubles très graves.

Les faits montrent que l'insuline ne peut agir que dans certains cas, c'est donc une erreur de confondre tout sous le terme de démence précoce. En employant une méthode plus douce que celle de Sakel, on a des chances d'avoir de meilleurs résultats qu'avec un méthode de choc brutal et aveugle.

M. Froment rapporte qu'il y a des années il avait fait de l'insuline à petite dose chez une post-encéphalitique. Les troubles psychiques avec tendance à l'homicide rétrocedèrent sous l'influence de petites doses.

Quelques remarques sur l'anatomie et la pathologie du corps calleux,
par M. NISSEL VON MAYENDORFF (de Leipzig).

L'auteur montre par des projections qu'il y a dans le corps cellulaire, outre des fibres transversales des fibres longitudinales obliques. Du point de vue physiopathologique, le corps cellulaire est bien en rapport avec le syndrome apraxique et en général avec les symbolies. Les deux sphères sensoriellles et motrices doivent être séparées pour produire l'apraxie. Mais le problème n'est certes pas encore épuisé.

Trépidation épileptoïde organique et trépidation épileptoïde artificielle à déclanchement volontaire. La quasi-identité de leur mécanisme proprioceptif. Leur discrimination par l'excitation discontinue (Présentation de malades et projection de tracés), par MM. FROMENT, HERMANN et JOURDAN (de Lyon).

Epidémie de paralysie faciale d'origine poliomyélitique,
par M. KISSEL (de Nancy).

Action électro-cardiographique et neuro-végétative de l'insulinothérapie dans la catatonie expérimentale, par MM. H. BARUK, M. RAGINE et DELAVILLE.

Les auteurs ont constaté que l'insuline à petites doses exerce sur l'électro-cardiographie une action inverse de celle que l'on observe dans la catatonie humaine aussi bien d'ailleurs que la catatonie expérimentale bulbo-capnique (chez le chien et le singe) s'accompagne d'une exagération du soulèvement T., l'insuline abaisse ce soulèvement et peut même le négativer. Cet abaissement peut se produire aussi bien chez le chien à qui on injecte en plein accès de catatonie bulbo-capnique de l'insuline, que chez des malades au cours d'accès de catatonie de Kahlbaum. On note en même temps chez ces derniers une détente musculaire, et une disparition des courants d'action. Toutefois cette action n'est pas constante ; elle ne semble pas d'ailleurs proportionnelle au taux d'abaissement de la glycémie.

Les auteurs insistent sur l'importance pratique et thérapeutique de ces données. Ils soulignent l'intérêt du syndrome cardio-vasculaire de la catatonie de Kahlbaum, syndrome qui est complètement intriqué avec les troubles psychomoteurs, et que l'on peut suivre pas à pas par l'électro-cardiographie. Cette méthode permet aussi de poser avec plus de précision les

indications thérapeutiques et de suivre les variations végétatives au cours de l'action pharmacodynamique. Il semble préférable de préférer ainsi une action douce, prudente, et dirigée à des bouleversements brutaux et aveugles.

Un cas d'œdème cérébral tardif post-traumatique,
par MM. COSSA, GRINDA et GLEICHENHAM.

Histoire d'un malade traumatisé du crâne qui a présenté, cinq mois après l'accident, un œdème cérébral unilatéral, constaté à l'intervention et suivi par l'encéphalographie.

Syphilis neuro-parenchymateuse et paludisme chez l'indigène algérien,
par MM. DUMOLARD, AUBRY, LARROUY et PORTIER.

Les auteurs rappellent la théorie qu'ils soutiennent sur cette question. Ils estiment que la rareté de la syphilis neuro-parenchymateuse chez l'indigène algérien (rareté qui tend à s'atténuer) est la conséquence de facteurs multiples : facteurs nosologiques parmi lesquels le paludisme chronique joue un rôle important, facteurs généraux qui tiennent aux conditions d'existence de l'indigène du bled : hygiène générale, alimentation, conditions atmosphériques, chaleur, etc., les divers facteurs agissent sans doute de façon indirecte grâce à des modifications humorales profondes, par suite d'une véritable fragilité du tissu réticulo-endothélial.

M. LECONTE.

Société de Médecine Légale de France

Séance du 13 Juin 1938

Présidence : M. DUVOIR, président

Les aliénés et l'Assistance Judiciaire, par M. MELLOR

L'auteur attire l'attention sur la fréquence dangereuse avec laquelle le bénéfice de l'Assistance judiciaire est accordé à des aliénés et la facilité qui en résulte pour ces derniers, qui peuvent ainsi mettre en mouvement l'appareil judiciaire en vue de statuer sur des demandes où il ne faut voir que leurs thèmes délirants. M. Mellor signale l'extrême difficulté où se trouvent les bureaux d'Assistance judiciaire pour reconnaître qu'un individu est atteint d'aliénation mentale, et ce notamment en ce qui concerne les délirants dont les réactions sont le plus à craindre, tels les paranoïaques querulents. Or,

les bureaux de l'Assistance judiciaire ne sauraient motiver une décision de refus par l'état d'aliénation mentale des requérants sans empiéter sur le terrain médical. Dans ces conditions, l'ordre public, la sécurité des personnes et la dignité de la Justice sont intéressés, aussi Mellor propose-t-il à la Société de Médecine légale d'émettre un vœu tendant à ce que la composition des bureaux d'Assistance judiciaire soit modifiée par l'adjonction obligatoire à chaque bureau d'un médecin aliéniste sans le visa duquel nulle décision accordant le bénéfice de l'Assistance judiciaire ne serait valable.

M. Maurice Garçon est pleinement d'accord avec M. Mellor sur le danger de l'obtention de l'Assistance judiciaire par les aliénés, mais il fait observer que la tâche des médecins qui feraient partie des bureaux de l'Assistance judiciaire serait très délicate et que ces médecins devraient se montrer très prudents, car « même un fou peut avoir raison » parfois dans ses revendications.

Une Commission composée de MM. Roubinovitch, Garçon et Sauvard est désignée pour étudier le vœu de M. Mellor.

FRIBOURG-BLANC.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 28 Mai 1938

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

M. le Président souhaite la bienvenue à MM. les Professeurs G.W.B. James, de Londres et J.J. Bouckaert, de Gand, qui honorent la séance de leur présence et ont bien voulu accepter d'y conférencier en français.

L'insulinothérapie de la schizophrénie dans une clinique anglaise, par M. G. W. B. JAMES.

L'auteur applique depuis 17 mois les chocs hypoglycémiques souvent combinés aux chocs cardiazoliques dans le traitement de la schizophrénie. Il a constaté que l'apparition de crises épileptiformes au cours du choc insulinique semble avoir une influence favorable. C'est pourquoi il associe fréquemment les deux thérapeutiques. Le coma ne doit pas durer plus de 1 heure 1/2 ; il est interrompu à l'aide d'un sirop de sucre qui a l'avantage d'éviter les vomissements. Le traitement doit durer 60 jours minimum. Il semble y avoir une relation entre l'intensité avec laquelle le malade réagit et le caractère favorable du résultat. Dans les cas évoluant depuis moins de

18 mois, l'auteur a enregistré 9 succès sur 10 cas. Dans les cas plus anciens, 3 succès seulement sur 14 cas.

Une statistique établie sur 118 cas traités jusqu'à présent en Angleterre montre 51 0/0 de résultats favorables.

Un film cinématographique très instructif illustre cette conférence.

Sur la régulation de la circulation cérébrale, par M. J. J. BOUCKAERT.

L'auteur résume les idées actuelles sur la physiologie de la circulation cérébrale en se basant en partie sur ses belles recherches personnelles, qui ont éclairci bien des points jusqu'à présent controversés.

Les *facteurs indirects* qui régissent la circulation intracrânienne sont ceux qui dépendent de toutes les influences agissant sur le tonus vasculaire général. Le domaine céphalique extracrânien, la circulation thyroïdienne et la circulation splanchnique interviennent d'une manière prépondérante, de même que les réflexes sino-carotidiens et aortiques.

Les *facteurs directs* dépendent d'une part de l'innervation vaso-motrice des artères cérébrales dont l'existence a été démontrée par l'auteur de manière irréfutable par ses belles expériences de perfusion de la tête isolée, et d'autre part des facteurs humoraux : teneur du sang en CO², en adrénaline, et autres produits vaso-dilatateurs ou vaso-constricteurs dont les effets sur les artères cérébrales ont été bien précisés par la même méthode de perfusion.

La circulation cérébrale est réglée à chaque instant par les influences réciproques et la prédominance momentanée de certains facteurs d'ordre passif ou actif, d'après les variations des conditions physiologiques.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 28 Mai 1938

Présidence : M. P. VERSTRAETEN, président

Myasthénie myopathique, par MM. J. MAGE et MOLDAVER.

Présentation d'un malade dont le cas doit être interprété comme une forme de passage entre la myasthénie et la myopathie. Les caractères myasthéniques sont représentés par le tableau clinique classique de l'affection, étudié par des épreuves électriques et dynamométriques. Les chronaxies sont augmentées par la fatigue, diminuées par la prostigmine.

Les caractères myopathiques consistent en l'atrophie de certains muscles, une augmentation énorme des chronaxies, et la présence de contractions myotoniques. Cette association de deux ordres de phénomènes opposés semble paradoxale. Les réflexes tendineux sont vifs, les réflexes neuro-musculaires et idio-musculaires persistent. Il existe du myœdème. Le sujet est porteur d'une tumeur calcifiée médiastinale. Les recherches biochimiques fournissent des résultats normaux. Le cristallin est normal.

Ophtalmoplégie externe récidivante et alternante, par M. J. MAGE.

Présentation d'un sujet atteint depuis quelque mois d'accès de diplopie, avec ptosis brusque pouvant survenir plusieurs fois par jour, tantôt à l'œil droit, tantôt à l'œil gauche. Il a souffert ensuite de faiblesse musculaire dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs, sans atrophies. La chronaxie de certains muscles est fortement augmentée. Les auteurs suspectent une atteinte des cornes antérieures et peut-être du faisceau pyramidal, et, par poussées, des muscles oculaires. Il s'agirait d'un processus toxique ou peut-être d'une sclérose en plaques.

Double syndrome de Benedikt, par M. J. MAGE.

Présentation d'un malade dont l'affection a débuté après un traumatisme crânien survenu en 1930, par une atteinte de l'oculo-moteur commun à gauche, puis à droite, avec léger syndrome cérébelleux, mais sans troubles sensitifs. Un tremblement de type parkinsonien s'est développé progressivement. Les réflexes achilléens sont abolis. Une analyse du liquide céphalo-rachidien a montré des réactions syphilitiques franchement positives. Il s'agirait donc d'une méningo-pédonculite spécifique avec lésions bilatérales, d'origine probablement vasculaire. Un traitement approprié a négativé les réactions sérologiques, mais la symptomatologie est restée stationnaire.

Contribution à la neuropathologie du chien. Remarques sur la pathologie de la maladie de Carré (Canine distemper, Staupes-encephalitis), par MM. H. J. SCHERER et L. COLLET.

Trois cas de maladies cérébrales spontanées d'aspects histologiques totalement différents sont décrits chez des chiens : 1° Un processus d'intense prolifération vasculaire intra-corticale, symétrique, diffuse, intéressant toute la convexité cérébrale, sans lésions inflammatoires intracérébrales ; par contre, il y a une méningite lympho- et plasmocytaire discrète ; 2° Un cas d'encéphalite focale disséminée ou sclérose en plaques aiguë typique et pure, sans encéphalo-myélite diffuse et sans méningite ; 3° Une encéphalite chronique diffuse sclérosante ou sclérose diffuse inflammatoire déjà très avancée des deux hémisphères cérébraux.

L'étude de ces trois cas démontre qu'il est nécessaire de préciser et de restreindre le cadre de la maladie de Carré. Ce diagnostic doit être dans l'état actuel de nos connaissances un diagnostic étiologique. L'histopathologie de l'affection n'est pas encore définie avec une précision suffisante pour permettre un diagnostic histologique.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVII^e Réunion Neurologique Internationale Annuelle

Paris (31 Mai-1^{er} Juin 1938)

Présidence : M. BOURGUIGNON

RAPPORTS

Premier rapport : Les pupilles à l'état statique, par M. Jacques BOLLACK.

Il rappelle tout d'abord les moyens d'exploration utilisés du pupillomètre. On doit distinguer : les pupillomètres mesurant le diamètre pupillaire (pupillomètres de comparaison, tangentiels et de projection), les pupillomètres différentiels, les méthodes graphiques dont les caractères et avantages respectifs sont soulignés dans le rapport. L'étude clinique de la pupille à l'état statique doit se faire méthodiquement en envisageant successivement sa situation, sa forme, l'aspect du tissu irien voisin, son diamètre. Ce n'est qu'ensuite qu'est permise l'étude dynamique. Et un tel examen est rendu plus facile par la loupe binoculaire, ou mieux l'emploi d'un microscope cornéen, combiné à l'éclairage par la lampe-fente de Gullstrand. L'auteur développe ces différents points, préambule indispensable à l'étude des rapports suivants.

Deuxième rapport : Les pupilles à l'état dynamique,
par M. Albert MONBRUN.

Les pupilles, sans cesse en mouvement, sont associées à la vision de près et liées à l'accommodation comme à la motilité des yeux. Il n'y a qu'un seul vrai réflexe d'irido-constriction : celui de l'irido-constriction à la lumière qui comporte l'étude du réflexe photomoteur direct, du réflexe

photomoteur consensuel et du réflexe hémioptique de Wernicke. L'irido-constriction à l'accommodation convergence n'est pas un réflexe. C'est un mouvement associé. Il y a accommodation du cristallin, contraction de la pupille, convergence des deux yeux. Pour certains auteurs, l'irido-constriction serait associée à la convergence et non à l'accommodation du cristallin que l'auteur étudie encore, parmi les autres mouvements associés.

La réaction de Tournay : l'aniso-corié devient la règle dans le regard latéral. Si le regard est tourné vers la droite, la pupille droite devient plus grande que la gauche.

La réaction de Piltz ou de Westphal : les pupilles se contractent lorsqu'on fait un gros effort d'occlusion des paupières, que les paupières se ferment réellement, ou qu'elles soient maintenues écartées artificiellement, ou par une paralysie faciale.

Parmi les réflexes indépendants de la fonction visuelle, on peut citer le réflexe sensitivo-moteur (irido-dilatation à la douleur), le réflexe sensorio-moteur (mydriase par bruit violent et inattendu, contact désagréable, amertume), les réflexes psychiques (mydriase à la suite de peur ou d'émotion vive). Enfin le réflexe idio-moteur ou réflexe à l'attention de Haab : l'irido-constriction se produirait par le seul fait de penser à l'obscurité. Dans la deuxième partie de son rapport, M. Monbrun traite du mécanisme des mouvements de la pupille, après un court rappel anatomique et envisage pour terminer l'étude des substances activantes ou paralysantes du sympathique et du parasympathique. Leur utilisation pour l'examen de la motilité irienne en discutant l'intérêt de l'épreuve des collyres de Coppez.

Troisième rapport : Les pupilles dans les affections neurologiques médicales, par M. Edouard WELTER.

L'observation clinique montre l'existence de troubles pupillaires dans un grand nombre d'affections du système nerveux, et les conditions dans lesquelles se fait cette observation peuvent se ramener aux trois circonstances suivantes :

1° Examen des pupilles à l'état de repos, simple observation, à l'état statique, sans aucune manœuvre particulière ; cet examen conduit aux constatations suivantes :

- a) Variation du diamètre des pupilles par rapport à leurs dimensions normales habituelles et irrégularités de leur contour ;
- b) Inégalités du diamètre des pupilles comparées entre elles.

2° Examen des pupilles à l'état dynamique, par la provocation des réactions et des réflexes pupillaires. Cet examen conduit aux constatations suivantes :

- a) Présence ou absence du réflexe pupillaire à la lumière ;
- b) Présence ou absence de la réaction pupillaire à l'accommodation et à la convergence ;
- c) Réactions et réflexes pupillaires se faisant dans un sens différent de la normale : réactions pupillaires dites paradoxales ;
- d) Absence de toute réaction et de tout réflexe pupillaire.

3° Examen des pupilles à des stades successifs de ces réactions provoquées, et recherche des modifications des conditions dans lesquelles se pro-

duisent le rétrécissement et l'élargissement des pupilles ; cet examen conduit aux constatations suivantes :

- a) Existence de réactions pupillaires accélérées ou amplifiées ;
- b) Existence de réactions pupillaires ralenties ou anormalement prolongées.

Toutes ces observations cliniques viendront ajouter aux symptômes neurologiques des signes nouveaux qui aideront dans beaucoup de cas à préciser la nature et l'origine de l'affection, et parfois aussi le siège topographique de la lésion en cause.

Quatrième rapport : Les pupilles dans les traumatismes crâniens et les tumeurs cérébrales, par M. Edward HARTMANN.

L'auteur envisage successivement les deux chefs de son étude. En ce qui concerne les troubles pupillaires après traumatismes crâniens, l'auteur estime qu'il faut distinguer, ceux qui surviennent dans les heures qui suivent le traumatisme et où le problème est de diagnostic et d'intervention, et ceux qui sont observés tardivement où les problèmes sont alors d'ordre pathogénique ou médico-légal. Parmi les troubles pupillaires précoces, il étudie ceux des fractures fermées du crâne, ceux des commotions, et ceux des plaies pénétrantes du crâne. Pour les troubles pupillaires tardifs, des réserves sont à apporter quant à leur fréquence et sans doute leur mécanisme n'est-il pas unique.

Pour les troubles pupillaires dans les tumeurs cérébrales, il estime qu'il n'y a guère à modifier ce qu'il a déjà écrit dans son rapport présenté en 1928 à la Société de Neurologie, auquel il renvoie le lecteur.

En terminant son travail, l'auteur conclut ainsi :

1° L'inégalité pupillaire dans les traumatismes crâniens est diversement appréciée quant à sa valeur localisatrice. Dans l'ensemble, la plupart des auteurs se fient à elle et considèrent même sa signification comme supérieure à celle de l'hémiplégie. L'importance pratique de ce signe serait considérable, son utilité grande si sa valeur était confirmée.

2° Les troubles pupillaires aussi bien dans les traumatismes crâniens que dans les tumeurs cérébrales semblent moins souvent dus à une lésion basilaire avec atteinte de voies pupillaires efférentes, qu'à une lésion de l'encéphale.

3° L'importance des troubles vaso-moteurs dans le mécanisme des troubles pupillaires mérite de retenir l'attention plus qu'elle ne l'a fait jusqu'à présent.

4° Bien des discussions seraient évitées si tout le monde était d'accord sur ce qu'on est en droit d'exiger pour parler d'un signe d'Argyll-Robertson.

Cinquième rapport : Recherches d'explications physiopathologiques, par M. Auguste TOURNAY.

La sobriété et la concision du rapport ne peuvent qu'inciter à se rapporter directement à ce travail qui constitue un intéressant plan d'étude livré au lecteur sous forme de questions. L'auteur, en effet, en partant de l'observation journalière du clinicien pour arriver dans le domaine de l'expéri-

mentateur et de l'anatomiste, s'est efforcé d'exposer, dans une classification méthodique, tous les problèmes physiopathologiques pouvant se poser. Ce sont ceux qui concernent l'inégalité pupillaire, l'abolition des réflexes à la lumière, la pupille tonique, l'évolution et la pathogénie des troubles. En ce qui concerne l'anatomie, les problèmes se rangent sous deux chefs : ceux qui concernent les voies déjà clairement reconnues, et ceux qui concernent les tracés à confirmer, à établir, à raccorder ; ceux de la physiologie concernent l'application au fonctionnement pupillaire des données sur les médiateurs chimiques, les conséquences à tirer de ces actions, les conditions spéciales du fonctionnement pupillaire.

COMMUNICATIONS

Réactions pupillaires consécutives à l'excitation faradique du tronc cérébral chez le singe, par M. Marcel MONNIER (de Genève).

L'analyse des réactions pupillaires consécutives à l'excitation faradique de tronc cérébral chez 28 singes macaques a permis d'établir les faits suivants :

A. — Les réactions de constriction pupillaire sont liées à un substratum anatomique étroitement circonscrit à la région méso-diencephalique, comme l'ont montré Ranson et ses collaborateurs, chez le singe et le chat. L'excitation des voies afférentes du réflexe photomoteur (tractus optique entre les corps genouillés latéral et médian, bras du tubercule quadrifurqué supérieur, commissure postérieure, région prétectale, zone marginale de la substance grise péri-sylvienne produit une constriction pupillaire bilatérale, alors que l'excitation des voies pupillaires constrictives efférentes (noyaux et fibres de la 3^e paire) déclenche une constriction essentiellement homolatérale.

B. — Les réactions de dilatation pupillaire ont un substratum anatomique très étendu, au point qu'il est souvent difficile de distinguer les voies pupillo-dilatatrices efférentes. Au niveau du diencephale, on déclenche une dilatation pupillaire bilatérale en excitant toute la région latérale de l'hypothalamus, avec ses diverses structures (champs de Forel, corps hypothalamique de Luys, ruban de Reil médian, zona incerta, noyau réticulé du thalamus, capsule interne). Les réactions de dilatation pupillaire ne sont donc pas limitées au corps hypothalamique de Luys, comme on l'a souvent pensé à la suite des expériences de Karplus et Kreidl chez l'animal décérébré. Au niveau des pédoncules et de la protubérance, la même réaction apparaît lorsqu'on excite la région latérale de la calotte, avec ses divers faisceaux et les rubans de Reil médian et latéral. Au niveau du bulbe, les points de dilatation pupillaire apparaissent disséminés dans la substance grise périventriculaire, mais surtout dans les formations réticulées. Enfin, dans la région de transition entre le bulbe et la moelle cervicale, les réactions de dilatation pupillaire sont limitées au cordon ventro-latéral. Il semble exister une voie pupillo-dilatatrice efférente dans la région latérale de la calotte et dans les formations réticulées (surtout ventro-latérales) du bulbe.

Quelques remarques sur les modifications statiques et dynamiques des pupilles, et l'état de l'iris dans la syphilis nerveuse, par MM. SCHAEFFER, MERIGOT DE TREIGNY et LÉGER.

De l'étude de 60 cas de syphilis nerveuse avec modifications pupillaires dont 59 présentaient un signe d'Argyll Robertson les auteurs tirent les conclusions suivantes :

L'irrégularité pupillaire est fréquente dans la syphilis nerveuse avec ou sans perte du réflexe photo-moteur.

Les pupilles sont le plus souvent de dimension normale 69 pour 100. Le myosis existait dans 27,7 pour 100 des cas et la mydriase dans 3,3 pour 100.

L'épreuve des collyres, difficile à apprécier, était positive dans 18 cas, négative dans 15 cas, douteuse dans 19 cas. Cette épreuve était toujours positive dans le cas de myosis, et négative le plus souvent dans le cas d'Argyll incomplet.

Les auteurs ont constaté une atrophie irienne dans 16 cas sur 60, dont 15 avec signe d'A.R., et une avec conservation du photo-moteur. Ils pensent que l'A.I. a une évolution indépendante de celle des réflexes pupillaires, bien que dans la presque totalité des cas elle apparaisse après l'abolition du photo-moteur, et que ces deux phénomènes relèvent de la même cause.

Pour les auteurs, l'A.I. et le signe d'A.R. ne relèvent pas de la même localisation anatomique, la première étant vraisemblablement liée à une atteinte du neurone ciliaire, la seconde relevant d'une lésion des fibres pupillo-motrices dans la région périaqueducale de la calotte pédonculaire.

Troubles pupillaires spéciaux et compression tumorale cervico-dorsale, par MM. J.-A. BARRÉ, KABAKER et Mlle d'HAUTEVILLE.

Les auteurs observent un sujet de 44 ans porteur d'une compression par médulloblastome extra et intramédullaire allant de c^4 à D^2 traduite par un syndrome complexe médullo-radulaire.

Les pupilles de diamètre moyen ont perdu le réflexe photo-moteur direct et consensuel, même après obscuration ; l'accommodation à la distance est faible et la dilatation consécutive lente.

L'épreuve des collyres provoque de vives réactions. Le réflexe oculo-cardiaque est totalement aboli. Aucun trouble irien visuel ou du fond de l'œil.

Les auteurs montrent que ce type de troubles pupillaires ne répond à aucun de ceux qui sont décrits en clinique mais se rapproche de très près de ce qui peut être provoqué expérimentalement en lésant la moelle cervicale. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et du liquide céphalo-rachidien est négative. Les auteurs discutent diverses hypothèses, mais tiennent surtout à déposer le fait à titre documentaire.

De la mydriase consécutive à l'alcoolisation du ganglion de Gasser dans le traitement de la névralgie faciale, par MM. THIEBAUD, LEMOYNE et GUILLAUMAT.

A propos de la pupillométrie (Méthode de Lowenstein), par M. FRANCESCHETTI (de Genève).

La neuro-uvéoparotidite (Maladie de Heerfordt), avec troubles cérébraux, par MM. de MORSIER et FRANCESCHETTI (de Genève).

Au cours de la réunion neurologique internationale furent exposés les travaux du fonds Déjerine.

TRAVAUX DU FONDS DÉJERINE

a) Les polynévrites expérimentales, par M. AJURIAGUERRA.

L'auteur se propose de présenter un rapport d'ensemble sur les travaux relatifs aux polynévrites expérimentales poursuivis au Laboratoire Déjerine sous la direction du professeur Lhermitte. Après un bref historique de la question, il pose d'emblée l'important problème de l'autonomie des polynévrites en le localisant au domaine de l'expérimentation et souligne la discordance des résultats obtenus ; les causes de celle-ci lui apparaissent avant tout les généralisations hâtives, les expériences portant par des voies et doses différentes sur des animaux d'espèces différentes soumis à des conditions différentes ; il souligne le danger des animaux neufs « non préparés ».

L'avantage de l'expérimentation est justement de pouvoir en varier à volonté les modalités et modifier ainsi artificiellement le métabolisme. C'est ainsi que l'étude de la polynévrite alcoolique lui a montré la différence de l'action de l'alcool sur des animaux nourris normalement et sur des animaux hypoalimentés ; les seconds ont présenté des phénomènes parétiques importants, tandis que les premiers résistent depuis six mois à l'intoxication. L'étude de l'intoxication dite alcoolique est précédée des recherches sur l'intoxication saturnine, le venin d'abeille, les toxines tétanique et diphtérique. Ces dernières permettent d'affirmer l'autonomie des polynévrites.

Très souvent cependant les atteintes de la moelle et des nerfs sont simultanées mais parfois les mêmes toxiques peuvent donner des lésions exclusivement médullaires et névritiques.

L'étude des polynévrites expérimentales met enfin en évidence des phénomènes d'apparence paradoxale. C'est ainsi que la toxine tétanique produit chez les cobayes des contractions toniques malgré la dégénération profonde des cellules radiculaires et même des nerfs périphériques.

b) Etude électrophysiologique de la régulation posturale, par M. MOLLARET.

L'auteur expose les observations qu'il fit sur un chien avec M. Dabrović dans le laboratoire de M. et de Mme Lapique. Les conclusions sont que les variations de la chronaxie sont commandées par les variations d'attitude fléchie ou étendue du membre interrogé.

La prochaine réunion neurologique internationale aura lieu, exceptionnellement dans deux ans, en 1940, en raison du Congrès de Copenhague de 1939.

M. LECONTE.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

L'hérédité de l'épilepsie et de la schizophrénie, en considérant en particulier la constitution épileptoïde et la structure de l'épilepsie (Famille F. et Famille B.) (Epilepsie und Schizophrenie im Erbgang, mit besonderer Berücksichtigung des epileptoïden Konstitution und der epileptischen Struktur (Familie F. und Familie B.)), par le Dr F. MINKOWSKA. Fascicule spécial des *Archives de la fondation Julius Klaus pour les recherches sur l'hérédité, l'anthropologie sociale et l'hygiène raciale*, vol. XII, 1-2, 1937, chez Orell Füssli, Zurich.

La discussion sur la nature de l'épilepsie idiopathique est toujours ouverte et toujours d'actualité, mais le problème ne paraît pas être proche de sa solution. La position prise par Mme Minkowska est bien comme en France, grâce aux travaux publiés par cet auteur, soit dans les *Annales Médico-Psychologiques*, soit dans *l'Évolution Psychiatrique*. Sa conception de la constitution épileptoïde est combattue, ce qui n'est pas étonnant dans l'état actuel de l'orientation en cette matière, de la neuropsychiatrie française. Elle a cependant rencontré un accueil attentif : nous citons pour preuves le rapport du Professeur Abadie, à la Réunion Neurologique Internationale de 1932, et les discussions qui suivirent les communications à la Société Médico-Psychologique en juin 1923 et en mars 1935.

Nous regrettons d'autant plus que le livre qui vient de paraître sous les auspices de la Fondation Julius Klaus, à Zurich, ne soit pas accessible à la majorité des neuropsychiatres français, parce qu'il est écrit en langue allemande. Il représente la synthèse et le bilan d'études et de recherches qui ont été poursuivies pendant de longues années, et il met en évidence, d'avantage encore que les publications antérieures de l'auteur, le caractère extrêmement sérieux, approfondi, solidement documenté de ces recherches.

Le point de départ, l'évolution, la méthode de l'enquête généalogique sur laquelle s'appuient les conceptions de l'auteur, sont expliqués dans le premier chapitre du livre. Nous les connaissons d'après l'exposé succinct fait à la Société Médico-Psychologique en 1923. Deux malades, frère et sœur, sont atteints de psychoses présentant une allure atypique. On suppose une

association de schizophrénie et de psychose maniaque-dépressive et on en cherche les preuves dans l'enquête sur l'hérédité. Mais si on trouve une hérédité schizophrénique paternelle bien établie, on ne découvre aucune trace d'une hérédité maniaco-dépressive ; par contre, on est frappé par la fréquence des cas d'épilepsie dans la famille maternelle. Effectivement, un ancêtre du côté maternel, épileptique, B., a vécu à la même époque que l'ancêtre paternel schizophrène, F. Et l'auteur va étudier maintenant toute la descendance de F. et de B., deux grandes familles comprenant chacune plus de 300 membres, et plus de 500 en comptant les sujets affiliés par alliance. Aucun effort n'est négligé pour se procurer une documentation aussi fidèle que possible ; un tiers des sujets sont examinés personnellement ; sur d'autres, des renseignements précis sont obtenus de la part de personnes apparentées, sur les générations plus anciennes les archives des paroisses livrent souvent des détails intéressants ; quant à la documentation clinique, s'il y a lieu, l'auteur n'hésite pas à la chercher dans des hôpitaux éloignés. Ainsi, les généalogies complètes des descendants de F. et de B. ont pu être établies, et d'un grand nombre des représentants de ces familles, des descriptions amplement caractéristiques ont pu être tracées. Ajoutons que la famille F. comprend 20 malades mentaux, et la famille B 25.

Les résultats sont exposés dans les chapitres III à VIII du livre. Au point de vue hérédo-biologique, l'enquête confirme l'importance du facteur hérédité dans la schizophrénie où il s'agit d'une hérédité récessive, et dans l'épilepsie ; mais dans cette dernière, l'hérédité revêt un aspect capricieux, impossible à étiqueter pour le moment. L'hérédité convergente est une cause dégénérative de première importance ; des troubles particulièrement graves sont constatés chez des enfants de parents cliniquement sains, mais porteurs de tares identiques. Par contre, des souches particulièrement saines sont issues de l'union entre un sujet malade et un sujet sain, exempt de tares. On sait que ces aspects des phénomènes de dégénérescence et de régénération ont déterminé la position résolument hostile de l'auteur à l'égard de la stérilisation eugénique obligatoire, selon la loi allemande ; mais il n'est pas opposé à la stérilisation facultative dans des cas individuels, lorsque l'opportunité de la mesure est démontrée par une étude approfondie du cas. Il estime d'ailleurs que des consultations pré-nuptiales bien organisées sont aptes à rendre des services bien plus efficaces que la stérilisation.

L'hérédité schizophrénique coïncide dans la famille F. avec la fréquence de la tuberculose ; mais une seule fois les deux affections se trouvent associées chez le même sujet. Dans la famille B., on trouve à côté de l'hérédité épileptique une polyléthalité infantile marquée ; mais dans les souches où cette dernière existe, il n'y a plus d'épileptiques ; on peut en déduire que la polyléthalité infantile est dans les familles avec hérédité épileptique une forme de gravité de cette hérédité.

Au point de vue clinique et caractérologique, la différence entre les deux familles est frappante. Dans la famille F., l'élément schizoïde domine nettement, dans une des branches il est mélangé avec des éléments cycloïdes par suite de l'association avec une hérédité maniaco-dépressive. Par contre, dans la famille B., les sujets présentent un comportement psychique et psycho-social tout différent et les psychoses revêtent des aspects atypiques très particuliers. L'auteur tente de dégager ce facteur, qui imprime ses caractères spéciaux à la famille B., et il conclut qu'il est représenté par la constitution épileptique ou épileptoïde, constitution autonome, indépendante des

autres constitutions connues. Mais il ne s'agit pas là d'une découverte nouvelle. L'auteur ne fait que rejoinde les conceptions anciennes sur l'épilepsie, trop oubliées aujourd'hui, auxquelles se rattachent les noms de Falret, Trousseau, Morel en France, de Kraepelin en Allemagne. Lorsque cette constitution épileptoïde se combine avec la schizophrénie, il n'en résulte pas une simple association de symptômes, mais les troubles schizophréniques sont eux-mêmes modifiés, colorés, dans leur forme et leur contenu, d'où l'aspect atypique si spécial et si difficile à interpréter, de ces psychoses ; ainsi, le problème des psychoses associées apparaît sous un jour nouveau, inaccoutumé.

La classification de Bleuler et Kretschmer, en schizoïdes et syntones, ne suffit donc pas à englober la totalité des individus ; un 3^e groupe, bien moins important en nombre sans doute, doit être adjoint aux précédents, celui des épileptoïdes ou des glischroïdes, terme suggéré par Pichon, comme tient à le reconnaître l'auteur. Nous ne nous étendrons pas sur les caractéristiques de la glischroïdie, dont le trait fondamental est la viscosité mentale, surtout affective, qui se manifeste habituellement par cette lenteur intellectuelle appelée bradypsychie morbide par Ducosté, qui présente enfin une structure bipolaire analogue à celle des types de Kretschmer-Bleuler : l'un des pôles est formé par la viscosité avec la tendance à la stase, à l'accumulation affective, l'autre par la tendance aux décharges explosives, ce qui explique l'irritabilité de ces sujets, leurs accès de fureur impulsive, leurs états crépusculaires. Enfin, il semble bien que la constitution glischroïde trouve son expression dans la structure morphologique des sujets : sujets de taille habituellement athlétique, au teint plutôt violacé, aux contours carrés avec tendance à l'égalisation des dimensions longitudinales et transversales. Mais l'auteur se garde de conclure d'une façon trop formelle, car il estime que ses constatations portent sur un trop petit nombre d'individus.

Bien que les conceptions de Mme Minkowska ne nous aient pas été inconnues, la lecture de ce travail si fouillé nous a été d'un profit considérable. Une foule de problèmes d'une grande actualité sont soulevés, incitent à la réflexion, à l'observation clinique, à des recherches nouvelles. Il convient de rendre hommage aussi au scrupule infiniment respectable de l'auteur, qui n'oublie jamais de citer ses précurseurs et de reconnaître la part qu'ils ont dans la construction d'un édifice clinique et doctrinal qui est cependant essentiellement son œuvre personnelle, d'une originalité remarquable et d'une haute tenue scientifique.

E. BAUER.

Historique de la Clinique psychiatrique de l'Université de Lausanne, par le D^r H. STÉCK, professeur de Clinique psychiatrique (in *Recueil de Travaux* publiés à l'occasion du *Quatrième Centenaire de la fondation de l'Université*, Juin 1937. Imprimerie La Concorde, Lausanne).

Comme toutes les cliniques psychiatriques de Suisse, la clinique psychiatrique de l'Université de Lausanne est en étroite relation avec l'asile cantonal d'aliénés du Bois-de-Céry, construit sur le même plan que l'asile du Burghölzli, de Zurich, et dont le premier directeur fut le D^r Rist. C'est avec le successeur du D^r Rist que l'asile devint, en 1896, clinique psychiatrique d'enseignement sous la direction du *Professeur Rabow*, professeur extraordinaire de psychiatrie et de pharmacologie.

En 1898, sur le conseil d'Auguste Forel, le *Professeur Albert Mahaim* succéda à Rabow et devint à la fois médecin-chef et directeur de l'asile. Pour nos collègues suisses, l'unité de ces deux fonctions ne se discute pas : ils y voient l'une des causes principales des progrès réalisés dans tous les domaines par la psychiatrie suisse, en particulier en ce qui concerne la thérapeutique par le travail. Protagoniste de la méthode anatomo-clinique, adversaire de la psychanalyse, Mahaim créa en 1912 la consultation policlinique.

Il eut comme successeur, en 1925, son collaborateur le *Professeur Preisig* qui continua les efforts d'A. Forel et de Mahaim dans la lutte contre l'alcoolisme et fit de Céry un modèle d'application de la thérapeutique active par le travail discipliné des malades, cela bien avant le D^r Simon. D'ailleurs, ajoute M. H. Steck, la notion de la responsabilité de l'aliéné telle qu'elle fut énoncée par Simon après 1920 était déjà pleinement établie par Preisig au début de ce siècle. Opposé à la notion de responsabilité limitée, Preisig estimait que, contrairement aux aliénés proprement dits, tous les psychopathes constitutionnels et tous les « névrosés » ayant agi sous l'influence d'une émotion quasi-normale devaient subir entièrement les conséquences de leurs actes délictueux. Enfin depuis 1924 on pratique à Céry la malariathérapie, depuis 1929 l'insulinothérapie et les cures de sommeil.

En terminant, le *Professeur H. Steck*, qui succède au Professeur Preisig dont il avait été le collaborateur, fait remarquer que, partie des asiles, la psychothérapie est actuellement surtout exercée hors des asiles, tandis que les psychoses d'asile sont maintenant traitées par des méthodes empruntées à la médecine interne, pyréthérapie, chimiothérapie, parfois même chirurgicalement. Le psychiatre d'asile, ou plutôt d'hôpital psychiatrique, est un médecin et fait de la thérapeutique médicale.

La clinique psychiatrique de l'Université de Lausanne compte aujourd'hui 620 lits et reçoit environ 500 malades par an. Elle a, comme annexe, deux fois par semaine, une consultation externe policlinique à laquelle est attachée une assistante sociale.

Une autre chaire psychiatrique de l'Université, sous la direction du *Professeur Boven*, est consacrée à l'étude des problèmes d'hérédité et à la caractérologie.

René CHARPENTIER.

Psychopathologie et délimitation clinique de la schizophrénie (Psicopatología y delimitación de la Esquizofrenia), par Honorio DELGADO. *Journées neuro-psychiatriques du Pacifique*, Santiago du Chili, 4-11 janvier 1937.

La démence précoce est pour M. Delgado un syndrome se présentant sous des formes variées, comprenant des troubles organiques et mentaux, survenant sans cause apparente et toujours conditionné par des facteurs héréditaires. L'analyse du syndrome révèle qu'un état schizophrénique est caractérisé par : 1° des troubles de l'activité perceptive : impressions d'étrangeté du corps et du monde extérieur, hallucinations contribuant à la désagrégation psychique ; 2° des troubles de la pensée : autisme, symbolisme, délire d'influence ; 3° une désorganisation affective : ambivalence, privation, imposition de sentiments ; 4° des bouleversements instinctifs se traduisant par des impulsions, des perversions, des tendances régressives ; 5° des troubles psycho-moteurs, comme la catatonie, les stéréotypies ; 6° une déchéance

de la mémoire, de la conscience et de l'attention. Notre ignorance de l'étiologie, du mécanisme et des lésions spécifiques nous invite à pousser le plus loin possible l'analyse des symptômes, tout essai de synthèse étant pour le moins prématuré.

P. CARRETTE.

BIOTYPOLOGIE

Biotypologie et aptitudes scolaires (*enquête sur un groupe d'écoliers parisiens*), par le Professeur H. LAUGIER, le Dr E. TOULOUSE et M^{lle} D. WEINBERG (1 brochure in-8°, 143 pages, in *Publications du Travail Humain*, série A. n° 4, sous la direction du Professeur H. LAUGIER, édit. par le Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris).

Publié dans le *Bulletin de la Société de Biotypologie*, ce travail est un intéressant essai de mise au point et d'application d'un examen biotypologique général. Le premier stade fut l'élaboration d'un schéma d'examen biotypologique de base pour des enfants d'âge scolaire par des techniciens spécialisés. L'expérience a porté sur un groupe d'enfants aussi homogène que possible, en perturbant le moins possible le travail scolaire et en choisissant des enfants assez avancés dans leurs études pour que puisse se poser pour eux la question de l'orientation scolaire ou professionnelle.

On trouvera dans ce mémoire la description des méthodes et des résultats d'ensemble de chacun des examens utilisés (enquêtes auprès des familles, examens morphologique et sexologique, anthropométrique, chimique, physiologique, médical, psychologique, psychiatrique) et des tableaux donnant les relevés détaillés des résultats individuels.

Les auteurs s'attachent ensuite à mettre en évidence quelques relations entre les caractères étudiés. Du point de vue pratique, l'organisation de l'école unique pose de façon urgente le problème de la sélection scolaire et de la meilleure utilisation des aptitudes. Pour montrer les rapports qui existent entre l'efficacité scolaire de l'enfant et les divers caractères biologiques qu'il présente, MM. Laugier, Toulouse et Mlle Weinberg établissent les profils biotypologiques moyens des meilleurs élèves, des élèves moyens et des derniers élèves des classes soumis à leur examen.

Ils concluent que les méthodes de sélection auront probablement à utiliser un certain nombre d'examens assez différents s'adressant, les uns aux caractères biologiques, d'autres aux aptitudes mentales et d'autres, enfin, à la détermination objective du niveau des connaissances scolaires de l'enfant. L'efficacité maxima est obtenue en combinant, par exemple, les 9 caractères suivants, choisis d'après les indications fournies par les profils : âge, taille, force musculaire, capacité vitale, accélération cardiaque d'effort, tests d'intelligence de Piéron, fixation des liens logiques, mémoire brute (du récit), questionnaire psychopathologique. L'âge semble devoir être pris en considération, non pas pour la fixation de limites inférieures et supérieures étroites, mais comme élément intervenant avec un poids convenable dans la « note synthétique d'admission ». Les auteurs ne prétendent pas apporter des résultats définitifs et se proposent de reprendre l'étude de la plupart des questions envisagées ici plus pour établir une méthode nouvelle que pour en tirer des conclusions fermes.

René CHARPENTIER.

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 21 juillet 1938*, 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 24 octobre 1938*, 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

Le *prix Moreau de Tours* a été décerné à M. le D^r BERTHIER.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Distinction Honorifique

Mme le D^r MASSON, Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Naugeat à Limoges (Haute-Vienne), est nommée *Officier d'Académie*.

Honorariat

M. le D^r A. SANTENOISE est nommé Médecin honoraire des Hôpitaux psychiatriques.

Nominations

M. le D^r FERDIÈRE est nommé Médecin-Directeur de l'Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher) ;

M. le D^r DAUSSY est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Rennes (Ille-et-Vilaine) ;

M. le D^r LONGUET est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental d'Alençon (Orne) ;

M. le D^r LE GUILLANT est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

Mme le D^r COULÉON est nommée Médecin-Chef préposée responsable du Quartier des aliénés de l'Hospice de Pontorson (Manche), poste créé.

M. MAHAGNE est nommé Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique départemental de Saint-Dizier (Haute-Marne).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

le poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique départemental de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

le poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique départemental de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Dury-les-Amiens (Somme) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Lesvellec (Morbihan).

Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés

Le Bureau de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés est ainsi constitué :

Président : M. G. DEMAY.

Vice-Présidents : MM. DESRUELLES et LAUZIER.

Secrétaire : M. BEAUSSART.

Trésorier : M. BRIAU.

Médecins des Hôpitaux psychiatriques et clientèle privée

D'une réponse de M. le Ministre de la Santé publique à une question posée, il résulte (*Journal Officiel*, 6 mai 1938) que :

« 1^o Les médecins-chefs de service dans les hôpitaux psychiatriques doivent se consacrer uniquement à leurs fonctions. Il leur est interdit de faire de la clientèle. Toutefois, ils peuvent être appelés exceptionnellement en consultation par un confrère quand il s'agit de malades paraissant relever de leur spécialité ;

« 2^o ils peuvent être désignés comme experts par les Tribunaux, conformément au règlement d'administration publique du 21 novembre 1893, modifié par le décret du 10 novembre 1906. »

INFIRMERIE SPÉCIALE DE LA PRÉFECTURE DE POLICE

Comité des amis et des élèves du D^r G. G. de Clérambault

Sous la présidence du D^r B. LOGRE, Médecin-Chef de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police, un Comité formé d'amis et d'élèves du regretté D^r G. G. DE CLÉRAMBULT, ancien Médecin-Chef de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police de Paris où il succéda au Professeur Ernest DUPRÉ, vient de se constituer pour réunir et publier les œuvres complètes de cet auteur trop tôt disparu et dont l'enseignement théorique et clinique, si original et si vivant, attira tant de psychiatres dans la petite salle de cours de l'Infirmerie Spéciale.

Le Secrétaire général de ce Comité est le D^r Jean FRÉRET, Médecin des Hôpitaux psychiatriques, 80, rue de l'Université, Paris (VII^e arr.), qui reçoit toutes adhésions et tous renseignements.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion Annuelle de la Royal Medico-Psychological Association

La 97^e Réunion Annuelle de la *Royal-Medico-Psychological Association* aura lieu au *King's Hall, Ilkley*, les 6, 7 et 8 juillet 1938 sous la présidence de JOHN R. GILMOUR, M.B., C.M., F.R.C.P.E.

Cette importante réunion sera principalement consacrée à l'étude de la *physio-pathologie de la schizophrénie*. Des rapports seront présentés par le D^r R. GJESSING (d'Oslo), les D^{rs} J. H. QUASTEL et W. T. H. WALES (de Cardiff), le D^r G. W. B. JAMES (d'Hillingdon), le D^r A. WALK (de Coulsdon) et le D^r W. MAYER-GROSS (du Maudsley Hospital), le D^r M. SAKEL (de Vienne), le D^r L. C. COOK, le D^r E. LARKIN, le D^r L. W. RUSSELL, le D^r A. DICK, le D^r W. MC ADAM (de Glasgow), le D^r L. A. FINIEFS, le D^r I. G. H. WILSON (du Board of Control).

Des communications seront présentées par le D^r L. S. PENROSE sur les problèmes de génétique que pose la débilité mentale, et par le D^r T. A. MUNRO sur les rapports des troubles mentaux et de la consanguinité.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Comité National de l'Enfance

Le Comité National de l'Enfance a tenu sa Conférence annuelle le samedi 25 juin 1938, à la Société de Géographie, 184, boulevard Saint-Germain, à Paris (7^e), sous la présidence de M. Paul STRAUSS, ancien Ministre de l'Hygiène, Membre de l'Académie de Médecine.

Après l'inauguration de l'Exposition des Maquettes, réunies pour le Concours d'Affiches de la Semaine Nationale de l'Enfance à l'École Natio-

nale Supérieure des Beaux-Arts, 17, quai Malaquais (6^e), sous la présidence d'honneur de M. le Ministre de la Santé publique, une *séance* de travail eut lieu à 15 heures 30 à la Société de Géographie, 184, bd Saint-Germain, Paris (7^e).

ORDRE DU JOUR :

1^o *La Semaine de l'Enfance 1938*. — Exposé par le D^r Julien HUBER, *Secrétaire général* du Comité National de l'Enfance.

2^o Etude des questions suivantes :

A) *Fonctionnement et développement des Comités départementaux*. — Exposé de la question par M. le D^r BEUTTER, Président de la Section départementale de la Loire et de la Fédération départementale des Œuvres de la Loire.

B) *Organisation de la propagande générale du Comité National de l'Enfance*. — Exposé de la question par M. le D^r ROCAZ, Président de la Section départementale de la Gironde et de la Fédération girondine des Œuvres de Protection de l'Enfance.

3^o *L'aide à l'enfance d'âge scolaire*. — a) les *Cantines scolaires* ; b) les *Cliniques de neuro-psychiatrie et les Classes de perfectionnement*. — Conférence par Mme Léon BRUNSCHVIG, *Ancien Sous-Secrétaire d'Etat au Ministère de l'Education Nationale*.

MÉDECINE LÉGALE

Responsabilité à l'égard des malades en traitement dans une maison de santé en cas de suicide du malade

COUR DE CASSATION (CH. DES REQUÊTES), 4 janvier 1938

Pourvoi contre un arrêt rendu le 1^{er} juin 1935 par la Cour d'Appel de Paris. — Arrêt :

« La Cour, — Sur le moyen unique pris de la violation des art. 1134, 1147 Code civ., fausse application de l'art. 1382 Code civ., ensemble violation de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810, pour défaut et contradiction de motifs, manque de base légale ;

« Attendu que la cour d'appel ayant condamné la société « X » à payer des dommages-intérêts à Y, en réparation du préjudice, causé à lui et à son enfant mineur, par la mort accidentelle de la dame Y qui, mise en traitement dans la clinique de cette Société, à la suite de deux tentatives de suicide, avait profité de l'absence de la garde, préposée spécialement à sa surveillance, pour se jeter par la fenêtre, le pourvoi en fait grief à l'arrêt, par le motif que les juges, ayant constaté l'existence d'un lien contractuel entre la clinique et la malade, ne pouvaient faire supporter à cet établissement une responsabilité quasi délictuelle.

« Mais attendu que la Cour d'appel ayant constaté que la clinique était contractuellement tenue de deux obligations, comportant, chacune, une rémunération particulière, l'une de soigner la malade, l'autre de la surveiller, la responsabilité lui incombant, du fait d'un défaut de surveillance, avait

nécessairement un caractère contractuel ; — d'où il suit que l'arrêt attaqué dûment motivé, a justifié légalement sa décision sans violer ni faussement appliquer les textes de loi visés au moyen ;

« Par ces motifs, — Rejette..... »

Au sujet de cet arrêt, la *Gazette du Palais* a rappelé que les directeurs de maisons de santé ou de cliniques — fussent-ils médecins — sont responsables exactement dans les termes du droit commun des fautes commises envers leurs pensionnaires, qu'il s'agisse d'une faute contractuelle, c'est-à-dire de l'inexécution non excusable de leurs obligations, ou d'une faute délictuelle dans le cadre des art. 1382 et suiv., Code civil, quand l'acte reproché se distingue de l'exécution même du contrat.

Mais la distinction n'est pas essentielle et la faute délictuelle ou quasi-délictuelle peut se confondre avec la faute contractuelle. Ainsi, celui qui a charge de surveiller un malade commet une faute au sens des art. 1382 et suiv. s'il néglige d'une façon coupable de porter attention aux agissements de ce malade et lui laisse commettre des actes dommageables ; cependant, la même négligence prendra le caractère d'une faute contractuelle s'il est intervenu avec le malade ou sa famille un contrat particulier dont l'objet est d'assurer la garde d'une personne qui ne pourrait sans danger être abandonnée à elle-même. Peu importe, pour l'application des sanctions, que le fait puisse être qualifié d'une façon ou de l'autre.

Voir, à titre d'exemples sur la responsabilité des chefs d'établissements médicaux : Paris, 25 juin 1920 (*Gazette du Palais*, 1920, 2, 341) ; 1^{er} juin 1935 (*Gazette du Palais*, 1935, 2, 316) et la note ; ce dernier arrêt rendu le même jour que l'arrêt frappé de pourvoi dans l'espèce ci-dessus, mais dans une autre affaire très semblable cependant.

(*Index Médical*, n° 6, juin 1938).

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Médecine. Création de chaire

Il est créé une chaire de *clinique de neuro-chirurgie* à la *Faculté de médecine de l'Université de Paris*.

Cette chaire sera rétribuée intégralement sur le budget de l'Université de Paris. Elle sera supprimée si l'Université ne dispose plus des crédits nécessaires à son entretien.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUSSLANT (*personnel intéressé*). — 56.608

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

SUR L'ALEXIE D'ÉVOLUTION FAMILIALE ET HÉRÉDITAIRE

PAR

AUG. LEY

On connaît cette curieuse forme de lacune mentale qui consiste dans l'incapacité chez un jeune sujet, de niveau intellectuel normal, d'acquiescer le mécanisme de la lecture. La discordance entre ce trouble partiel et apparemment spécifique et le développement parfois supérieur des fonctions mentales est très typique et n'a pas manqué d'attirer l'attention des psychologues, des psychiatres et des éducateurs. On conçoit, à le constater, que ces derniers, peu au courant de l'existence d'une cécité psychique verbale ou littérale, aient pu se montrer déroutés devant des enfants qui acquièrent aisément la notion de nombre, exécutent avec facilité les opérations élémentaires de l'arithmétique, font des travaux manuels corrects, dessinent bien, organisent avec les autres des jeux et des représentations, participent à l'activité sociale normale avec leur groupe et restent incurablement rétifs à l'acquisition des éléments de la lecture. Les punitions sont souvent employées parce qu'on s'imagine avoir affaire à de la mauvaise volonté, à de l'absence d'applica-

tion, à un manque d'intérêt qu'il faut forcer. Elles sont vaines et manifestement nuisibles.

Les méthodes utilisées pour la correction de l'alexie semblent, jusqu'ici, avoir toutes échoué et l'on ne saurait dire si l'apprentissage par le procédé global ou celui par la méthode analytique des lettres, doit être préconisé.

Avec Bachmann, on peut admettre que les diverses méthodes puissent être combinées.

Ombredane (1), avec Mmes Bugnion et Canivet, préconise une méthode utilisant l'élément moteur qui impose aux dyslexiques une discipline d'organisation rythmique et progressive de la perception et de l'énonciation. La discussion sur les méthodes d'enseignement de lecture peut ici trouver un élément nouveau et intéressant, mais les alexiques viennent controuver le mot doucement ironique de Duhamel (2) lorsqu'il assure qu'« aucune méthode ne saurait empêcher un enfant d'apprendre à lire ».

La dissociation entre l'alexie et l'agraphie vient démontrer, par l'observation de certains sujets arrivés au stade évolutif de la lecture, sans avoir atteint celui de l'écriture (3), l'exactitude de l'opinion formulée jadis par van Gehuchten et basée sur l'observation de troubles de désintégration, qu'il existe des fonctions distinctes présidant aux synthèses lexique et graphique. On peut, d'ailleurs, se représenter que si le langage verbal peut être considéré, dans ses niveaux successifs d'intégration, comme formé de deux modes fondamentaux, le mode acoustique, avec la réception sensorielle et perceptive élémentaire, et la compréhension de l'entendu, puis le mode moteur avec l'expression orale, de même le langage écrit a, comme mode récepteur, la lecture et comme mode moteur, l'écriture.

Les troubles de la perception et de l'expression du langage écrit viennent confirmer cet ancien schéma en nous montrant des cécités verbales correspondant aux surdités verbales de l'aphasie sensorielle et des agraphies et dysgraphies analogues aux formes de l'aphasie dite motrice.

Au point de vue didactique, le schéma suivant, toujours commode pour fixer les idées, résume cette comparaison :

Langage oral : réception, perception, compréhension ; expression motrice orale.

(1) OMBREDANE (André). — Le mécanisme et la correction des difficultés d'apprentissage de la lecture, connues sous le nom de cécité verbale congénitale. I^{er} Congrès International de Psychiatrie, Paris, 1937.

(2) Le Prince Jaffar. Paris, Ferenczi, p. 157.

(3) LEY. — Evolution favorable d'un cas d'alexie congénitale avec persistance de l'agraphie. *Journ. belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 1929.

Langage écrit : réception et compréhension : lecture ; expression motrice : écriture.

Nous savons les critiques que, depuis cinquante ans, suite aux travaux de Hughlings Jackson, des conceptions de ce genre qui se rattachent au vieux sensualisme et à l'associationisme ont fait surgir. On renonce de plus en plus à dissocier l'aphasie selon les aspects sensoriel et moteur du langage depuis qu'on a constaté que les syndromes dissociés d'agnosie, d'aphasie et d'apraxie ne réalisent pas le tableau complet des troubles du langage. L'enchevêtrement de ces divers processus avec les phénomènes de la pensée et leur évolution progressive, de l'automatique vers le volontaire et du concret vers le symbolique abstrait, viennent singulièrement compliquer les phénomènes. Mais si les anciens schémas n'ont point la vertu d'une exactitude intégrale, au moins ont-ils l'avantage de nous faciliter la compréhension didactique.

*
**

Les troubles alexiques purs chez des sujets intelligents sont donc bien établis et leur existence spécifique confirmée dans un grand nombre de travaux, dont on trouvera la bibliographie chez les auteurs cités.

Il est intéressant de noter tout spécialement le caractère familial déjà signalé par Apert (1), Bachmann et d'autres, que ce trouble peut présenter.

Nous avons eu l'occasion d'observer une famille dans laquelle le père et trois de ses enfants sur quatre, présentent des troubles alexiques identiques, dont l'existence permet de confirmer l'origine héréditaire de cette lacune mentale.

Nous rappellerons le travail de J. Ley et W. Tordeur (2), montrant la même lacune chez des jumeaux monozygotiques et la résistance énorme rencontrée dans les essais d'apprentissage de la lecture faits par des méthodes et par des maîtres différents.

Le père a fréquenté l'école sans jamais parvenir à apprendre à lire. Il est normalement développé, sans tares ni stigmates, exerce la profession de voiturier et aide sa femme dans le commerce de fruits. Il connaît l'argent et calcule aisément de façon

(1) APERT. — Dyslexie familiale. *Bull. Méd.*, Paris, XXXVIII, 1924.

(2) LEY (J.) et TORDEUR (G. W.). — Alexie et agraphie d'évolution chez des jumeaux monozygotiques. (Travail du laboratoire de psychologie de l'Université de Bruxelles. *Journ. belge de Neurologie et de Psychiatrie*, avril 1936, pp. 203-222).

pratique. Il se tire d'affaire dans sa profession et a toujours gagné largement sa vie. Son adaptation sociale et familiale est rudimentaire à cause de l'absence de la lecture, mais elle est suffisante et ne lui donne guère d'inconvénients. Des essais fréquents de remédier à l'alexie ont été tentés à l'âge adulte sans aucun succès.

La mère, bonne commerçante, est d'une intelligence moyenne suffisante, sans lacunes. Elle a acquis facilement à l'école le mécanisme de la lecture.

La fille aînée, âgée de 25 ans, mariée, bien portante, a appris normalement à lire à l'école.

La seconde fille, âgée actuellement de 19 ans, a quitté l'école primaire (classe d'enseignement spécial), sans pouvoir apprendre à lire, malgré un niveau intellectuel normal et une excellente connaissance du calcul et des autres notions scolaires. Son aspect est intelligent et avenant. Son caractère actif et dominateur. Alors qu'elle copiait correctement des dessins élémentaires, elle faisait, même dans la copie de textes écrits, des erreurs continuelles. Tout ce qui concernait l'expression graphique lui était d'une énorme difficulté. Alexique verbale, elle connaissait toutes les lettres avec leurs dénominations, mais éprouvait une difficulté insurmontable devant tout essai de synthèse.

Vers l'âge de 17 ans, après avoir quitté l'école et ne se livrant plus, avec sa mère, qu'à des essais sporadiques et infructueux de lecture, elle s'est mise brusquement à comprendre la synthèse lexicale et à lire journaux et romans. Cette transformation rapide, survenue en quelques semaines, semble bien indiquer l'existence de processus retardés de l'ontogénèse avec myélinisation et maturation tardive de certains centres cérébraux et de certaines voies d'association.

Le développement brusque de la fonction lexicale ne peut guère s'expliquer d'une autre façon et nous serons probablement longtemps encore réduits à des hypothèses dans ce domaine, les documents anatomiques ne pouvant guère être espérés.

Un troisième enfant, de sexe masculin, est mort en bas-âge.

Le quatrième, garçon de treize ans, présente exactement les caractères de sa sœur alexique. Il lui ressemble physiquement et, comme elle, n'arrive pas, malgré tous les efforts, à acquérir les éléments de la lecture. Son intelligence est normale, son esprit est vif, il est habile au travail manuel et calcule fort bien. Il est sociable et exerce de l'autorité sur ses camarades.

Son alexie est profonde, à forme littérale, les lettres sont difficilement distinguées.

Le graphisme est très déficient, malgré de nombreux essais.

Même dans les phrases les plus simples et les plus fréquemment répétées, il commet de grosses erreurs. Il écrit sous dictée : la pap de mo per (la pipe de mon père) ; s'est on jour marsdi (c'est aujourd'hui mardi).

Il ne peut plus relire le texte qu'il a écrit et confond les phrases dictées.

Une mémoire très aiguisée lui permet de connaître *par cœur* les morceaux du livre de lecture habituel, qu'il a entendus de ses camarades lors des exercices oraux en classe, et il donnerait aisément l'illusion, à une personne non prévenue, de lire exactement certains textes. Mais si l'on prend un ou deux mots dans un texte inconnu, l'incapacité lexicale apparaît avec évidence.

Cette particularité de l'apprentissage des textes par cœur, et de leur récitation devant le livre ouvert, est une intéressante réaction d'amour-propre qui montre combien le jeune garçon souffre de son infériorité et combien il désirerait égaler ses camarades en lecture.

Mais hélas ce facteur si important en éducation et dont l'existence est ici très évidente n'a rien pu contre la lacune mentale.

Le cinquième enfant, garçon de 9 ans, montre aussi les mêmes difficultés. Comme son frère et sa sœur avec qui il présente une ressemblance physiologique évidente, il connaît de nombreux morceaux de lecture du livre classique par cœur, et grâce à quelques points de repère, il cherche à donner l'illusion qu'il suit réellement un texte. Mais il suffit de lui montrer un mot isolé dans un texte inconnu pour constater l'existence d'une alexie des plus caractérisées, portant même sur des lettres (alexie littérale).

Quelques expériences dans le domaine de la reconnaissance et de la reproduction d'autres formes et signes que des caractères littéraux, montrent, chez ces deux sujets, une capacité d'attention suffisante et une mémoire de ces représentations graphiques (dessins, formes géométriques, chiffres, loto d'images de Decroly) qui les classe, à ce point de vue spécial, parmi les sujets normaux de leur âge.

Comme Bachmann, nous n'avons pas trouvé de différence entre nos sujets et les normaux en ce qui concerne la discrimination des formes.

C'est donc bien *spécifiquement* dans le domaine de la synthèse et du symbolisme lexicales que se situe la lacune constatée.

L'intérêt de cette observation montre la possibilité de la transmission héréditaire à trois descendants d'une lacune mentale aussi isolée et aussi caractéristique que l'alexie.

Ce fait implique quelques réflexions déjà exprimées dans le travail cité plus haut.

Lorsqu'une lacune (1) de ce genre se présente dans le domaine intellectuel, personne ne songe à en rendre le sujet responsable et l'on s'amuse plutôt des maîtres ignorants qui punissaient les alexiques et leur appliquaient des pensums consistant à copier servilement cent fois le verbe « je ne sais pas lire ».

Mais que des « lacunes mentales » se présentent dans le domaine affectif et spécialement dans celui de la sensibilité morale, on verra, en l'absence de troubles psychiques concomitants, un grand nombre d'experts conclure à la « responsabilité » d'un délinquant ou d'un criminel peut-être victime, lui aussi, d'une de ces lacunes congénitales ou héréditaires dont la possibilité d'une existence isolée autonome ne peut plus faire de doute.

L'examen des lacunes alexiques peut nous conduire ainsi à quelques réflexions s'étendant au domaine moral et nous inciter à favoriser, de toute notre activité, les réformes du droit pénal qui tendent à substituer, à la notion fragile et philosophique de la responsabilité, les notions du danger social avec la préoccupation de la défense de la société, la sentence indéterminée impliquant aussi le devoir de rééducation et de réadaptation des lacunaires du sens moral et social.

(1) DECROLY. — Lacunes mentales. *Journ. de Neurologie*, février 1909.

ÉTUDES CLINIQUES ET CONSIDÉRATIONS NOSOGRAPHIQUES SUR LA « DÉMENCE PRÉCOCE »

PAR

HENRI EY et M^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX

Conditions et but de ce travail. — Dans notre service de femmes de l'Asile de Bonneval, dont la population moyenne est d'environ 400 malades avec un mouvement annuel approximatif de 80 entrées, nous avons, depuis 4 ans, essayé de répartir nos 700 malades en neuf groupements cliniques : 1) arriérées ; 2) déséquilibrées ; 3) états aigus à type confusionnel ; 4) états maniaco-dépressifs ; 5) épilepsies ; 6) états démentiels ; 7) états de discordance (démence précoce) ; 8) délires paraphréniques ; et 9) délires paranoïaques. C'est dire que nous ne nous sommes appliqués à ne ranger, dans le groupe des états de démence précoce ou de discordance, que des états ne relevant ni du déséquilibre, ni des formes cliniques de la maniaque dépressive, ni de délires très systématisés de type paranoïaque (1).

Nous avons, par une première approximation, écarté également les *délires paraphréniques*, c'est-à-dire les cas de délire de structure paranoïde ne s'accompagnant ni d'affaiblissement, ni de dissociation. Nous verrons par l'exposé des faits que cette première élimination n'a pas été suffisante, puisqu'un certain nombre de ces délires se sont trouvés mêlés aux 128 cas de psychose discordante qui font l'objet de cette étude. Le fait est tellement instructif (et si connu depuis les fameuses incertitudes de

(1) On verra dans le courant de ce travail pourquoi il n'y a pas de place dans cette classification pour le fameux groupe des « *Psychoses hallucinatoires chroniques* ». C'est qu'elles entrent dans l'un ou l'autre de ces groupements. Ce groupe ferait donc un de ces « double emploi » trop fréquents dans les classifications nosographiques (cf. sur ce point la thèse de Nodet, Paris, 1937).

Kræpelin à ce sujet) que nous avons laissé ce groupe dans cet exposé clinique pour bien en faire saisir l'historique et la valeur nosographique en discussion.

Nos malades sont, pour la plupart, des paysannes de la Beauce, mais il existe cependant une proportion importante (30 % environ) de malades d'origines diverses et notamment « parisienne ».

C'est donc sur un total d'environ 700 cas que nous avons isolé 128 observations de malades évoluant depuis 5 à 40 ans et entrant dans le groupe connu sous le nom de démence précoce. Ce chiffre seul et cette proportion suffisent à montrer que nous avons été très stricts dans la délimitation du groupe. Nous devons dire que nous ne rangeons dans ce total que les formes d'une durée d'évolution supérieure à 5 ans, nous réservant d'étudier ultérieurement, quand nous aurons assez de « recul », l'évolution des cas « récents » que nous aurons personnellement étudiés et qui posent un tout autre problème.

Le but que nous poursuivons dans ce travail est de retracer une série d'évolutions typiques et d'examiner la valeur nosographique qu'ensemble et chacune d'elle, elles représentent.

I. ETUDE CLINIQUE

Nul plus que nous-mêmes ne nous adressera le reproche de n'exposer dans ce travail que des rudiments d'observations. Nous sommes trop attachés à l'étude longue et approfondie des cas particuliers pour ne pas éprouver une particulière répugnance à publier des « observations » en série « kaléidoscopique ». Cependant, il a bien fallu s'y résigner sous peine d'alourdir considérablement ce travail. Pour si brèves et schématiques que soient les notations cliniques qui retracent la physionomie clinique et évolutive des cas particuliers, nous tenons cependant à préciser qu'elles sont la conclusion d'un effort d'observation qui a été aussi long et rigoureux que possible.

Nous devons au lecteur quelques explications sur notre manière de « noter » le tableau clinique conformément à la conception jacksonienne des niveaux de dissolution de l'activité psychique.

Nous appelons *troubles négatifs* les troubles qui consistent en une abolition des fonctions psychiques (capacités élémentaires, activité synthétique lucide et efficace, adaptation au réel, activité rationnelle, etc.). Nous avons rangé ces troubles négatifs sous quatre rubriques représentant plus exactement quatre niveaux : 1) *la pensée relâchée* avec prédominance de la rêverie

imaginative, tendance à la confusion du rêve et de la réalité, conservation d'une certaine lucidité et une bonne adaptation à l'ambiance ; 2) *la dissociation schizophrénique* caractérisée par les troubles du cours de la pensée et notamment l'incohérence idéo-verbale avec légère perturbation des capacités élémentaires qui restent encore actives, mais mal utilisées ; 3) *l'affaiblissement intellectuel* caractérisé par la réduction de l'activité psychique, l'inconscience des situations, l'inadaptation considérable à l'ambiance ; 4) *la démence* ou nullité des fonctions psychiques, de tout effort synthétique, de tout jugement, de tout comportement adapté.

Nous appelons *troubles positifs* les troubles qui expriment la part du psychisme subsistant et qui se manifestent sous forme de types de pensée dégradée, délirante, incohérente ou nulle. Pour ne pas trop compliquer les choses, nous avons retenu trois niveaux structuraux principaux : 1° *la pensée paralogique*, caractérisée par une prolifération imaginative indifférente aux catégories rationnelles et formée de juxtaposition de scènes, d'événements ou de fictions généralement fantastiques. Les récits d'« expériences » (1) délirantes vécues en rêve ou sans référence à l'ordre chronologique et réel abondent. Cette forme de pensée prend une structure hallucinatoire faible ou intermittente, surtout verbale. Un caractère fondamental de ces troubles est le contraste, l'hiatus violent entre cette pensée paralogique et la conservation souvent excellente des capacités psychiques élémentaires ; 2° *l'activité autistique*, mode de pensée incohérente à structure hallucinatoire quasi-constante, « actuelle », souvent intensément vécue. Formulation verbale tendant à la schizophasie. « Expériences vécues » de dépersonnalisation, mécanisation, cohabitations enchevêtrées, dissolution de la personnalité dans l'incohérence idéo-verbale ; 3° *les résidus autistiques* : soliloques, attitudes hallucinatoires, verbigération, bribes délirantes stéréotypées.

Les phénomènes *catatoniques*, qui nous paraissent solidaires des troubles positifs persistants et en relation, par conséquent, avec les divers plans de pensée modifiée, ont été répartis en cinq catégories : 1° états complets et typiques de catatonie avec catalepsie ; 2° états de stupeur ou de négativisme catatonique typique ; 3° signes nets de la série catatonique ; 4° signes isolés de catatonie ; 5° comportement stéréotypé ou maniéré.

(1) Nous prenons ici le mot « expérience » dans le sens du mot allemand « Erlebnis », ce qui est éprouvé, vécu, « éprouvement », pourrait-on dire.

Quant aux troubles de l'*affectivité*, nous avons utilisé les notations suivantes : 1° affectivité sentimentale et tonus affectif bien conservés ; 2° sentiments paradoxaux, affectivité délirante ; 3° troubles profonds des sentiments et du tonus vital ; 4° inactivité totale.

**1^{er} groupe : Formes rapidement démentielles
à prédominance de troubles
du comportement et de démence simple (18 observations)**

OBSERVATION 1. — T. G., 64 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : à 9 ans, « crises nerveuses suivies de tics ». — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : normale. — *Age de début* : 22 ans. — *Longueur d'évolution* : 42 ans. — *Forme d'évolution* : troubles typiques du comportement à 18 ans, évolution démentielle rapide. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : actuellement 0. — *Affectivité* : euphorie, indifférence sentimentale. — *Menstruation* : ménopause. — *Syndrome somatique* : obésité.

OBS. 2. — B. A., 52 ans. — *Hérédité* : un oncle maternel aliéné. — *Facteurs étiologiques* : 0. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 20 ans. — *Longueur d'évolution* : 32 ans. — *Forme d'évolution* : troubles typiques du comportement ; mélancolie ; tentative de suicide ; évolution démentielle en 10 ans. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : impulsions ; maniérisme, grimaces. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : ménopause. — *Syndrome somatique* : cholécystite.

OBS. 3. — H., 61 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : débilité légère. — *Age de début* : 35 ans. — *Longueur d'évolution* : 26 ans. — *Forme d'évolution* : début brusque, agitation, délire, évolution démentielle en sept ans. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : comportement stéréotypé. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : ménopause. — *Syndrome physique* : obésité progressive.

OBS. 4. — C. F., 43 ans. — *Hérédité* : un oncle paternel « idiot ». — *Facteurs étiologiques* : « maladie nerveuse » à 11 ans. — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : débilité. — *Age de début* : 18 ans. — *Longueur d'évolution* : 25 ans. — *Forme d'évolution* : début par troubles typiques du comportement ; évolution démentielle en quelques années. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : rires, grimaces, négativisme.

impulsions, stéréotypies. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

Obs. 5. — P. L., décédée à 57 ans. — *Hérédité* : mère maniaque chronique ; père alcoolique ; tante et cousine germaine aliénées ; frère alcoolique, excitation maniaque. — *Facteurs étiologiques* : puerpéralité. — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : débile. — *Age de début* : 33 ans. — *Longueur d'évolution* : 24 ans. — *Forme d'évolution* : agitation maniaque rapidement démentielle. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : ménopause. — *Syndrome somatique* : décédée en état de cachexie.

Obs. 6. — J. M., 45 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : 0. — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 23 ans. — *Longueur d'évolution* : 22 ans. — *Forme d'évolution* : début par troubles du comportement typique ; évolution rapidement démentielle. — *Troubles négatifs* : Affaiblissement intellectuel considérable. — *Troubles positifs* : rêverie incohérente. — *Catatonie* : comportement stéréotypé. — *Affectivité* : quelques manifestations émotionnelles. — *Menstruation* : aménorrhée. — *Syndrome somatique* : 0.

Obs. 7. — F. J., 42 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : mal de Pott à 17 ans, grippe à 25 ans. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : débilité. — *Age de début* : 25 ans. — *Longueur d'évolution* : 17 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement typiques ; affaiblissement démentiel en trois ou quatre ans. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable. — *Troubles positifs* : quelques bribes délirantes. — *Catatonie* : stéréotypies, stupeur. — *Affectivité* : abolition presque totale. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

Obs. 8. — V. M., 32 ans. — *Hérédité* : grand'tante maternelle épileptique. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : syntone, émotive, coléreuse. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 17 ans. — *Longueur d'évolution* : 15 ans. — *Forme d'évolution* : début par troubles du caractère et du comportement ; évolution démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire, dialogues, fabulation incohérente. — *Catatonie* : stéréotypie, grimaces, éclats de rire, agitation. — *Affectivité* : indifférence sentimentale totale, parfois émotions vives. — *Menstruation* : aménorrhée depuis dix-huit mois. — *Syndrome somatique* : 0.

Obs. 9. — F. A., 35 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : puerpéralité. — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 20 ans. — *Longueur*

d'évolution : 15 ans. — *Forme d'évolution* : anxiété délirante post-puerpérale à 20 ans ; rémission. A 30 ans, reprise des troubles, évolution rapidement démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable. — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire, soliloque. — *Catatonie* : stéréotypies, impulsions. — *Affectivité* : généralement indifférente, mais réactions affectives, parfois vives. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

Obs. 10. — B. M.-T., 28 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : tuberculose pulmonaire fibreuse. — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 15 ans. — *Longueur d'évolution* : 13 ans. — *Forme d'évolution* : première poussée de troubles du caractère à 15 ans, deuxième poussée à 22 ans, affaiblissement rapide. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable. — *Troubles positifs* : pensée fragmentaire, fabulation délirante, résidus autistiques. — *Catatonie* : impulsions, rires, conservation des attitudes par intervalles. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : tuberculose pulmonaire fibreuse.

Obs. 11. — L. P., 29 ans. — *Hérédité* : mère hypocondriaque ? — *Facteurs étiologiques* : puberté. — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : débilité. — *Age de début* : 16 ans. — *Longueur d'évolution* : 13 ans. — *Forme d'évolution* : début brusque, agitation, démence rapide. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable. — *Troubles positifs* : fabulation fragmentaire, activité hallucinatoire, soliloque. — *Catatonie* : impulsions, stéréotypies. — *Affectivité* : réduction considérable, colères. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : léger syndrome d'hypertonie extrapyramidal.

Obs. 12. — L. P., 26 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : puberté. — *Morphologie* : pyénique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : débilité mentale. — *Age de début* : 14 ans. — *Longueur d'évolution* : 12 ans. — *Forme d'évolution* : troubles typiques du comportement à évolution rapidement démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable. — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire dégradée, soliloques. — *Catatonie* : stéréotypies et maniérisme très marqué, impulsions. — *Affectivité* : euphorie monotone. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : hypertrophie thyroïdienne.

Obs. 13. — C., 36 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : syntone, vif, emporté. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 25 ans. — *Longueur d'évolution* : 11 ans. — *Forme d'évolution* : troubles typiques du comportement et du caractère ; évolution très rapidement dément-

tielle. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : comportement stéréotypé, impulsions, négativisme. — *Affectivité* : indifférence profonde, humeur froide. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 14. — M. H., 35 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : puerpéralité. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 27 ans. — *Longueur d'évolution* : 8 ans. — *Forme d'évolution* : début à la troisième gestation, troubles du caractère et du comportement ; affaiblissement démentiel en quatre ou cinq ans. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : quelques reliquats d'activité délirante et hallucinatoire. — *Catatonie* : quelques grimaces et impulsions. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 15. — C. P., 35 ans. — *Hérédité* : mère internée, manie chronique. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 27 ans. — *Longueur d'évolution* : 8 ans. — *Forme d'évolution* : agitation, troubles du comportement, évolution démentielle en deux ou trois ans. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable. — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire, propos rares et délirants. — *Catatonie* : impulsions, stéréotypies, négativisme. — *Affectivité* : colères, anxiété, excitation rappelant la manie. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 16. — R. M., 33 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : débilité. — *Age de début* : 26 ans. — *Longueur d'évolution* : 7 ans. — *Forme d'évolution* : début par mélancolie atypique, hallucinations, affaiblissement rapide. — *Troubles négatifs* : affaiblissement profond, mais incomplet. — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire, écrits bizarres. — *Catatonie* : négativisme, impulsions, stéréotypies, bizarreries, travail subalterne capricieux encore utilisable. — *Affectivité* : tendances dépressives, opposition, désintérêt familial. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 17. — B. M., 33 ans. — *Hérédité* : issue d'une famille d'aliénés (nombreux cas de troubles maniaco-dépressifs, une sœur schizophrène). — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : débilité. — *Age de début* : 26 ans. — *Longueur d'évolution* : 7 ans. — *Forme d'évolution* : état aigu confusionnel, évolution rapidement démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable, avec traits de dissociation schizophrénique (réponses à côté, incohérence idéo-verbale). — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire, rêvasseries, propos incohérents. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : euphorie, détache-

ment familial, inaffectivité profonde. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : tuberculose pulmonaire fibreuse.

Obs. 18. — H., 42 ans. — *Hérédité* : une sœur aliénée, une sœur suicidée. — *Facteurs étiologiques* : stigmates dégénératifs. — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : syntone, expansif, déséquilibré. — *Intelligence* : débilité légère. — *Age de début* : 35 ans. — *Longueur d'évolution* : 7 ans. — *Forme d'évolution* : début brusque, agitation, troubles du comportement, affaiblissement rapide. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable. — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire dégradée, fabulations enchevêtrées et décousues ; excitation psychique rappelant la fuite des idées maniaques. — *Catatonie* : comportement stéréotypé, impulsions. — *Affectivité* : euphorie, variations de l'humeur, érotisme. — *Menstruation* : aménorrhée. — *Syndrome somatique* : kyste ovarien.

Si nous examinons l'ensemble de ce groupe, nous pouvons observer que l'*âge moyen de début* des troubles est autour de 23 ans. Il y a lieu de noter que 8 malades sur 18 ont présenté leurs premiers troubles avant 20 ans et 3 après 30 ans. Quant aux *facteurs étiologiques* : les tares héréditaires ont pu être mises en évidence dans 6 cas (2 rejetons de familles très tarées, 2 cas d'ascendance immédiate tarée, 2 cas d'antécédents lointains). Le point de départ évolutif a été trois fois *pubéral* et trois fois *puerpéral* (sur ces trois « psychoses puerpérales », il faut souligner que deux avaient des tares héréditaires très lourdes et directes).

Dans trois observations, nous avons rencontré un *terrain bacillaire* peu évolutif. Chez une de nos malades il existait avec une tare héréditaire lointaine une *hérédo-syphilis* des plus nettes. Dans deux cas, les antécédents sont chargés d'*épisodes infectieux* (maladie nerveuse fébrile à 11 ans et grippe au début de l'évolution). Une seule de ces malades, observée depuis 2 ans, est décédée à 57 ans de cachexie progressive. *Toutes sont régulièrement réglées* ou sont normalement ménopausées, à l'exception de deux cas d'*aménorrhée* dont l'un est en rapport avec le développement d'un kyste ovarien.

L'évolution des troubles, jusqu'à l'heure actuelle, s'est opérée pour une malade pendant 42 ans, pour une autre pendant 32 ans, pour quatre pendant plus de 20 ans ; trois évoluent depuis plus de 15 ans, cinq depuis plus de 10 ans et cinq depuis plus de 7 ans.

Les caractères généraux de ce groupe sont : 1° *l'évolution démentielle rapide qui a été atteinte généralement en 2, 3 ou 4 ans.*

2° *Le mode d'évolution progressif typique par des troubles de comportement classique* (fugues, activité élastique, claustration, bizarreries, apathie progressive, désintérêt).

Dans trois seuls cas (n° 3, n° 11, n° 18) le début paraît s'être fait brusquement par une crise d'agitation. Dans un autre cas (n° 9), il y a eu une rémission de 10 ans après une crise de mélancolie puerpérale. C'est le seul cas de ce groupe où l'on ait pu constater une rémission durable.

Si nous essayons de retracer le *tableau clinique actuel* de ces 18 malades, il importe de les classer selon la longueur d'évolution. Pour nos six malades qui évoluent depuis plus de vingt ans, les troubles négatifs consistent dans un état de démence complète pour cinq d'entre elles, et pour l'autre, en un état d'affaiblissement démentiel très profond. Quant à l'activité autistique, elle est nulle chez quatre de nos démentes complètes, mais chez les deux autres, il persiste des résidus autistiques (idées stéréotypées de mariage, propos incohérents, rêvasserie). Les signes catatoniques chez ces vieilles malades sont assez nets, sauf chez l'une d'elles. Il s'agit de quelques traits de comportement catatonique : grimaces, stéréotypie d'attitude, maniérisme, mais sans que ces signes constituent un véritable tableau de catatonie. L'affectivité de ces malades est nulle, tant en ce qui concerne l'organisation sentimentale que le tonus affectif.

Les huit malades qui évoluent depuis plus de 10 ans sont en général moins démentes que les précédentes. Les troubles négatifs sont caractéristiques, dans 7 cas sur 8, d'un affaiblissement avancé sans démence complète. Il existe chez elles, sauf dans le cas de démence totale, des résidus autistiques importants et même une activité autistique encore assez riche chez F. A... (n° 9) et V. M... (n° 8). Les troubles catatoniques sont assez marqués chez la plupart de ces malades. Quant à l'affectivité, elle est nulle dans deux cas, persiste chez les autres sous forme de fixation sentimentale ou de tonus affectif ; dans un cas, il existe encore des sentiments assez vifs.

Pour ce qui est des cinq malades à évolution relativement récente, les troubles négatifs sont ceux d'un gros affaiblissement démentiel. L'activité autistique y est généralement assez vive sous forme de délires incohérents avec hallucinations et fabulations enchevêtrées, notamment chez H... (n° 18), B. M... (n° 17) et C. P... (n° 15). Les troubles catatoniques sont constants, sauf dans un cas, sous forme d'impulsions, stéréotypies, éclats de rire, grimaces, sans constitution d'un état de stupeur ou de négativisme catatonique. L'affectivité est paradoxale, émoussée,

à fixation inadéquate le plus souvent. Le tonus affectif est très vif chez deux malades, qui rappellent un peu l'excitation maniaque et sont toutes deux des héréditaires.

Sur ces 18 malades, 14 seulement nous sont connues en ce qui concerne leur niveau mental avant la maladie, aucune n'était particulièrement intelligente, 9 étaient d'intelligence moyenne et 8 étaient des débiles.

Quant aux critères kretschmériens, le type pycnique s'est rencontré 7 fois. La syntonie s'est rencontrée 2 fois avec des types du groupe physique leptosome ou dysplastique. Seulement 5 fois la concordance s'est révélée complète entre le type physique, le caractère et la psychose.

**2^e groupe : Formes rapidement démentielles
avec prédominance de catatonie (19 observations)**

OBS. 19. — L. D., 53 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : puerpéralité, stigmates dégénératifs. — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : débilité. — *Age de début* : 25 ans. — *Longueur d'évolution* : 28 ans. — *Forme d'évolution* : courte phase de troubles post-puerpéraux à 25 ans ; à 31 ans, agitation catatonique avec éléments maniaques. Depuis, évolution de catatonie périodique. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel intermittent. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : catatonie périodique. Phases de stupeur et de rémission ; au cours des accès catatoniques : stéréotypies, catalepsie, incohérences, indifférence, maniérisme. — *Affectivité* : phases d'indifférence et d'assez bonne adaptation. — *Menstruation* : ménopause. — *Syndrome somatique* : myocardite chronique.

OBS. 20. — P. H., 43 ans. — *Hérédité* : arrière-grand'tante aliénée. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : syntone, expansif. — *Intelligence* : très développée. — *Age de début* : 16 ans. — *Longueur d'évolution* : 27 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du caractère et du comportement ; évolution catatonique rapidement démentielle. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0 (quelques stéréotypies verbales palilaliqes). — *Catatonie* : syndrome catatonique complet avec catalepsie. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 21. — L., 42 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : encéphalopathie de l'enfance. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 17 ans.

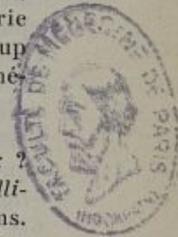
— *Longueur d'évolution* : 25 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement, évolution catatonique démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : séquelles d'organisation délirante (résidus autistiques). — *Catatonie* : syndrome de négativisme catatonique avec tendance à la catalepsie (parenté de syndromes catatoniques, hystériques et parkinsoniens). — *Affectivité* : émotivité et sentiments paradoxaux, désintérêt général. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : aspect parkinsonien du syndrome catatonique (palilalie, grandes crises hyperkinétiques, roue dentée par intervalles).

OBS. 22. — G. G., 54 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 30 ans. — *Longueur d'évolution* : 24 ans. — *Forme d'évolution* : évolution démentielle progressive avec troubles catatoniques très marqués. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire dégradée, pensée délirante. — *Catatonie* : très marquée (signes nets de la série catatonique ; le syndrome catatonique a été initialement beaucoup plus intense). — *Affectivité* : 0, depuis 20 ans. — *Menstruation* : ménopause. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 23. — B. B., 50 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 26 ans. — *Longueur d'évolution* : 24 ans. — *Forme d'évolution* : début à 26 ans, délire, internement pendant cinq ans, rémission, deuxième internement à 41 ans, agitation catatonique, démence. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : syndrome d'alternance d'agitation et de stupeur catatoniques avec catalepsie. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital, agressivité (impulsions auto-destructrices). — *Menstruation* : ménopause. — *Syndrome somatique* : caracte œil droit.

OBS. 24. — D. L., 42 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : stigmates dégénératifs. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 20 ans. — *Longueur d'évolution* : 22 ans. — *Forme d'évolution* : dépression initiale, apathie, catatonie, évolution démentielle en 10 ans. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable. — *Troubles positifs* : vagues rêvasseries. — *Catatonie* : signes nets de la série catatonique (grimaces, palilalie, impulsions, rires, stéréotypies d'attitude et de comportement, maniérisme). — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 25. — P., décédée à 42 ans. — *Hérédité* : du côté maternel, « tempéraments nerveux ». — *Facteurs étiologiques* : tuberculose.



— *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 20 ans. — *Longueur d'évolution* : 22 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement, catatonie, évolution démentielle rapide. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : stupeur catatonique typique avec quelques traits d'hypertonie extra-pyramidale (roue dentée). — *Affectivité* : indifférence totale. — *Menstruation* : ? — *Syndrome somatique* : décédée de tuberculose pulmonaire.

OBS. 26. — L., décédée à 35 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : tuberculose. — *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 17 ans. — *Longueur d'évolution* : 18 ans. — *Forme d'évolution* : évolution par troubles du comportement et du caractère, évolution rapidement démentielle. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : syndrome catatonique typique avec catalepsie. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : ? — *Syndrome somatique* : décédée de tuberculose pulmonaire.

OBS. 27. — R. T., 36 ans. — *Hérédité* : un frère neurasthénique, mère suicidée neurasthénique, une cousine germaine internée et morte hétérophrénocatatonique, une sœur déséquilibrée. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 23 ans. — *Longueur d'évolution* : 13 ans. — *Forme d'évolution* : début très brusque, mélancolie, onirisme hallucinatoire, catatonie prédominante, évolution démentielle en quatre ou cinq ans. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire dégradée, soliloque, révasse-rie. — *Catatonie* : état de négativisme catatonique typique. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital. — *Menstruation* : dysménorrhée. — *Syndrome somatique* : œdème catatonique.

OBS. 28. — B. H., 28 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : « grippe espagnole » à 10 ans (1918). — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 16 ans. — *Longueur d'évolution* : 12 ans. — *Forme d'évolution* : début par troubles du comportement, tendances dépressives, très légères rémissions, évolution catatonique démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable avec traits de dissociation schizophrénique (incohérence idéoverbale). — *Troubles positifs* : pensée très délirante, à contenus symboliques et à traits à la fois oniriques, obsessionnels et hystériques. — *Catatonie* : syndrome catatonique typique avec quelques éléments de syndrome parkinsonien (relations de la catatonie avec la pensée délirante autistique). — *Affectivité* : sentiments paradoxaux, affectivité délirante, anxiété. — *Menstruation* : dysménorrhée. — *Syndrome somatique* : syndrome parkinsonien discret post-encéphalitique ?

Obs. 29. — G. A., 24 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : puberté. — *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : anomalies de caractère, perversité, schizoïde. — *Intelligence* : légère débilité. — *Age de début* : 14 ans. — *Longueur d'évolution* : 10 ans. — *Forme d'évolution* : troubles typiques du caractère et du comportement, évolution démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond avec syndrome de dissociation. — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire dégradée, rêvasseries, fabulations délirantes et incohérentes. — *Catatonie* : syndrome de négativisme catatonique typique. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : habitus bacillaire.

Obs. 30. — G. R., 32 ans. — *Hérédité* : père suicidé (par chagrin), un fils, enfant turbulent. — *Facteurs étiologiques* : puerpéralité. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 23 ans. — *Longueur d'évolution* : 9 ans. — *Forme d'évolution* : début après accouchement, délire, hallucinations, attitudes hystériques, évolution rapidement démentielle en deux ans. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : quelques reliquats d'activité autistique. — *Catatonie* : syndrome de stupeur catatonique typique avec catalepsie. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : ? — *Syndrome somatique* : 0.

Obs. 31. — L. R., 45 ans. — *Hérédité* : un grand-oncle aliéné. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : développée. — *Age de début* : 36 ans. — *Longueur d'évolution* : 9 ans. — *Forme d'évolution* : début par délire, incohérence verbale, excitation, évolution démentielle à type catatonique. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire stéréotypée, reliquats autistiques du délire initial. — *Catatonie* : syndrome de négativisme catatonique typique avec catalepsie (relation de la catatonie et de l'activité autistique dégradée). — *Affectivité* : indifférence totale, introversion de la vie affective, éléments d'anxiété. — *Menstruation* : début de ménopause. — *Syndrome somatique* : troubles amyotrophiques des membres inférieurs.

Obs. 32. — D., 27 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : syntone, expansif. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 19 ans. — *Longueur d'évolution* : 8 ans. — *Forme d'évolution* : évolution progressive, troubles du caractère, du comportement, catatonie, démence rapide. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond avec incohérence idéoverbale. — *Troubles positifs* : attitudes hallucinatoires, monologue sans thème, mais fréquence de certaines images agressives (fusil, revolver, assassinat), rêveries incohérentes. — *Catatonie* : état de

négativisme catatonique typique sans catalepsie (impulsions, rires, grimaces, stéréotypies, tics). — *Affectivité* : inaffectivité totale avec parfois réactions affectives paradoxales. — *Menstruation* : dysménorrhée. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 33. — B., 31 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 23 ans. — *Longueur d'évolution* : 8 ans. — *Forme d'évolution* : début par troubles progressifs du comportement, catatonie, évolution démentielle. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : syndrome de stupeur catatonique typique avec catalepsie par intervalles. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : insuffisance thyroïdienne.

OBS. 34. — D. F., 35 ans. — *Hérédité* : grand-père interné. — *Facteurs étiologiques* : hérédo-syphilis ? Enfant prématurée. — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : expansif, syntone. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 28 ans. — *Longueur d'évolution* : 7 ans. — *Forme d'évolution* : début brusque, confusion, syndrome hallucinatoire, évolution catatonique démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : attitudes hallucinatoires, soliloques, rares propos délirants et incohérents. — *Catatonie* : syndrome de négativisme catatonique typique sans catalepsie. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : Bordet-Wassermann positif en 1930.

OBS. 35. — G., 25 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : stigmates dégénératifs. — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : débilité. — *Age de début* : 20 ans. — *Longueur d'évolution* : 5 ans. — *Forme d'évolution* : crise brusque d'agitation maniaque avec syndrome catatonique. Rémission complète de 6 mois. Reprise brusque des troubles, évolution démentielle avec quelques rémissions légères par intervalles. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : fragments d'activité délirante hallucinatoire, rares propos délirants et incohérents. — *Catatonie* : syndrome de catatonie périodique. Phases d'agitation et de catatonie avec catalepsie inconstante. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : chétivité, ptosis bilatéral, strabisme divergent, asymétrie faciale.

OBS. 36. — A. A., 28 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 23 ans. — *Longueur d'évolution* : 5 ans. — *Forme d'évolution* : début progressif par bizarrerie, troubles du comportement, agitation, catatonie, affaiblissement démentiel rapide. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond avec dissociation

(incohérence idéoverbale). — *Troubles positifs* : fabulation inconsistante, rêvasseries, soliloques furtifs. — *Catatonie* : état de négativisme catatonique typique, impulsions, rires, stéréotypies sans catalepsie. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : obésité intermittente.

Obs. 37. — F. F., 26 ans. — *Hérédité* : une tante internée, mère déséquilibrée. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : développée. — *Age de début* : 21 ans. — *Longueur d'évolution* : 5 ans. — *Forme d'évolution* : évolution progressive, troubles du comportement, catatonie prédominante, affaiblissement rapide. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : syndrome typique de stupeur catatonique avec catalepsie. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : dysménorrhée. — *Syndrome somatique* : 0.

De ces 19 observations, il ressort que l'âge moyen de début est autour de 22 ans (8 cas ayant débuté au-dessous de 20 ans, 2 cas au-dessus de 25, dont un ayant débuté à 36 ans).

Le niveau mental de ces malades est généralement assez élevé : sur 11 antécédents connus, il s'agissait trois fois de jeunes filles très intelligentes et cultivées, cinq fois de sujets d'intelligence normale, contre quatre cas de débilité.

L'étude de la *typo-caractérologie kretschmérienne* a donné des résultats concordants dans 4 cas. Par contre, dans 3 cas, le caractère syntone contrastait avec le type physique et dans un cas correspondait à un type pycnique (catatonie intermittente). Dans les autres cas, les renseignements ont manqué.

Les facteurs étiologiques : les tares héréditaires se sont rencontrées une seule fois sous forme de tares très lourdes et quatre fois sous forme de tares lointaines. La *tuberculose*, sous forme évolutive mortelle, s'est rencontrée chez deux malades après une longue évolution de la maladie. Dans un cas, l'*hérédo-syphilis* a paru jouer un rôle étiologique important. Le point de départ *puerpéral* s'est rencontré deux fois. Enfin, chez une de nos malades les plus typiques, il y a lieu de noter une « grippe espagnole » très grave en 1918 avec quelques traits de la série Parkinson. Chez deux autres de ces malades (n^{os} 21 et 25), il existait quelques signes extrapyramidaux du type parkinsonien.

Quant aux *syndromes somatiques associés*, notons un syndrome hypothyroïdien amélioré par le traitement, sans modification de l'état mental. La menstruation chez ces malades ne présente de troubles que dans trois cas, l'un d'eux a été traité

avec succès par l'injection d'hypophyse antérieure et de folliculine sans amélioration de l'état mental.

L'évolution de ces troubles se caractérise : 1° par leur caractère progressif (sauf deux cas d'agitation catatonique qui ont fait une rémission et ont évolué ensuite à nouveau, sauf encore un cas de début confusionnel avec démence rapide et un cas à début brusque de type mélancolique) ; 2° par la prédominance des troubles typiques du comportement et le syndrome catatonique ; 3° par l'évolution rapidement démentielle.

L'état actuel de ces malades va être indiqué selon la longueur d'évolution.

Parmi les 7 malades qui évoluent *depuis plus de 20 ans*, il s'agit dans 6 cas d'états démentiels (troubles négatifs) n'admettant pas ou peu d'activité autistique (troubles positifs). Une de ces 6 malades cependant G... (22) est intéressante par le fait que malgré la longue évolution des troubles (25 ans), la régression de son blocage catatonique a laissé se manifester des contenus délirants autistiques qui persistent encore. Le syndrome catatonique est dans ces cas (ou a été pour la malade G... (22) tout à fait caractéristique, états de stupeur ou d'agitation négativiste avec l'ensemble des troubles, y compris la catalepsie dans 4 cas. L'affectivité de ces 6 malades peut être considérée comme nulle. Il y a lieu de souligner l'intérêt de la première observation L. D.. (19), qui est une évolution de catatonie intermittente sans grand affaiblissement. La malade B. B... (23) doit être rapprochée de cette forme périodique, mais elle a fini par sombrer dans un état démentiel complet.

Parmi les 4 malades dont la longueur d'évolution se situe *entre 10 et 20 ans*, 3 sont dans un état d'affaiblissement démentiel avec activité autistique persistante ou encore très active [comme dans le cas de B... (28)]. Quant à l'autre, elle est plongée, après 18 ans d'évolution, dans un état de démence totale sans aucune manifestation autistique. Ces quatre observations se caractérisent par un syndrome catatonique complet (dans 2 cas des phénomènes cataleptiques ont été observés). L'affectivité de ces malades n'est pas également troublée. Si L... (26) est morte dans un état d'indifférence totale, si R. T... (27) est complètement inémotive, G... (29) manifeste encore un certain ton affectif et des émotions, et B... (28) présente des manifestations extrêmement vives, mais inadéquates.

Quant aux 8 autres observations, il s'agit d'évolutions allant *de 5 à 10 ans*, il s'agit dans 7 cas d'affaiblissement démentiel avec activité autistique nulle dans 2 cas, avec résidus assez

importants dans 5 cas et vive dans un cas, R... (31). Le syndrome catatonique est tout à fait caractéristique chez toutes ces malades (dans 2 cas sur 8 la catalepsie a été notée). Il a subi souvent des variations admettant notamment des rémissions de courte durée et incomplètes. Quant à l'affectivité, elle est nulle chez 5 malades, persistante, mais très émoussée chez une autre et très vive chez deux malades (30 et 31).

Nous devons faire remarquer que la présence des signes catatoniques chez ces malades rend particulièrement incertain le caractère des troubles négatifs qui *paraissent plus profonds qu'ils ne le sont en réalité* : d'où les surprises que l'on a souvent en clinique en présence de tels catatoniques. Il semble aussi qu'il y ait une étroite relation entre les expressions motrices catatoniques et l'activité autistique sous-jacente. Les malades B... (28) et R... (31) en sont des témoignages frappants, comme on pourra s'en rendre compte si l'on veut bien se rapporter à l'histoire clinique de B... publiée *sous le nom de T...* (par souci de secret professionnel) par l'un d'entre nous (1).

3^e groupe : Formes d'évolution rapidement démentielles avec prédominance de délires (11 observations)

OBS. 38. — R. R., décédée à 73 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : syntone, gai, enjoué, affectueux. — *Intelligence* : très développée. — *Age de début* : 24 ans. — *Longueur d'évolution* : 49 ans. — *Forme d'évolution* : début par excitation. Délire de persécution systématisé (érotomanie), d'une durée de quatre ou cinq ans et évolution rapidement démentielle en cinq ans. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0 (dès les dix premières années de l'évolution, paraît être tombée dans un état de démence total sans persistance de l'activité délirante). — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : ? — *Syndrome somatique* : décédée, suite de cachexie.

OBS. 39. — M. M., 64 ans. — *Hérédité* : père maniaque dépressif interné, un frère interné pour délire fébrile. — *Facteurs étiologiques* : poussée de tuberculose au début des troubles mentaux, puerpéralité. — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 28 ans. — *Longueur d'évolution* : 36 ans. — *Forme d'évolution* : délire de persécution et de grandeur dès le début, évolution délirante rapidement démentielle en trois à quatre

(1) *L'évolution psychiatrique*, 1936. Quelques traits de la pensée paranoïde et catatonique.

ans. Agitation considérable tout le long de l'évolution après son deuxième accouchement. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : impulsions. — *Affectivité* : désintérêt total. Au cours de l'évolution, phases d'excitation maniaque et d'anxiété. — *Menstruation* : ménopause. — *Syndrome somatique* : poussée de tuberculose à 30 ans. Amyotrophie. Ichtyose.

OBS. 40. — R. L., décédée à 65 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : ? paraît avoir été toujours un peu anormale. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 26 ans. — *Longueur d'évolution* : 39 ans. — *Forme d'évolution* : agitation maniaque, phase de délire incohérent et évolution démentielle (délire hallucinatoire mystique). — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : signes isolés de catatonie (grimaces, impulsions, stéréotypies). — *Affectivité* : ton coléreux et agressif continu. Troubles profonds des sentiments et du tonus vital. — *Menstruation* : ? — *Syndrome somatique* : décédée de cachexie.

OBS. 41. — T. F., 50 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 26 ans. — *Longueur de l'évolution* : 24 ans. — *Forme d'évolution* : agitation avec délire hallucinatoire et évolution assez rapidement démentielle. — *Troubles négatifs* : démence. — *Troubles positifs* : 0. — *Catatonie* : comportement stéréotypé. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : ? — *Syndrome somatique* : syndrome parkinsonien sénile.

OBS. 42. — T. A., 40 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : développée. — *Age de début* : 22 ans. — *Longueur d'évolution* : 18 ans. — *Forme d'évolution* : bizarreries de comportement. Activité délirante, évolution démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond avec dissociation schizophrénique. — *Troubles positifs* : aucune manifestation autistique. — *Catatonie* : comportement maniéré et stéréotypé. — *Affectivité* : indifférence. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 43. — V., 42 ans. — *Hérédité* : un oncle maternel aliéné. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 27 ans. — *Longueur d'évolution* : 15 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement. Délire hallucinatoire. Rémissions peu durables, évolution rapidement démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond, dissociation. — *Troubles positifs* : résidus autistiques schizophréniques. Activité hallucinatoire dérégulée, soliloques. — *Catatonie* : signes isolés (rires, stéréotypies). — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 44. — Ba., 46 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : antécédents bacillaires. — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : débilité. — *Age de début* : 35 ans. — *Longueur d'évolution* : 11 ans. — *Forme d'évolution* : évolution progressivement démentielle d'un délire hallucinatoire assez bien systématisé au début. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : délire hallucinatoire très désagrégé (résidus autistiques). — *Catatonie* : signes isolés de catatonie, impulsions, rires immotivés. — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : ménopause au début. — *Syndrome somatique* : tuberculose pulmonaire fibreuse.

OBS. 45. — Be. B., 46 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 38 ans. — *Longueur d'évolution* : 8 ans. — *Forme d'évolution* : série d'états aigus confuso-anxieux menstruels. Activité délirante oniroïde, évolution démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : activité autistique encore vive. Thème de transformation corporelle. Mélange de rêve et de réalité. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : euphorie. Troubles profonds des sentiments et du tonus vital. — *Menstruation* : métrorragies. — *Syndrome somatique* : néo du col.

OBS. 46. — Al. N., décédée à 42 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 36 ans. — *Longueur d'évolution* : 6 ans. — *Forme d'évolution* : accès de mélancolie avec confusion. Délire hallucinatoire et affaiblissement rapide. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : résidus autistiques hallucinatoires. — *Catatonie* : signes isolés (stéréotypies, impulsions). — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital. — *Menstruation* : ? — *Syndrome somatique* : décédée de tuberculose rénale.

OBS. 47. — Ch., 28 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : entérocologie avec somnolence au début. — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : moyenné. — *Age de début* : 23 ans. — *Longueur d'évolution* : 5 ans. — *Forme d'évolution* : évolution progressive à prédominance d'activité délirante (thème de persécution et mystique), évolution démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : délire mystique et de persécution, activité symbolique, complexe sexuel. — *Catatonie* : signes nets de la série catatonique (négativisme, pathétisme, impulsions). — *Affectivité* : sentiments paradoxaux ; affectivité délirante. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 48. — Le C., 29 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 24 ans. — *Longueur d'évolution* : 5 ans. — *Forme*

d'évolution : délire de persécution hallucinatoire. Forme rapidement démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : attitudes hallucinatoires. Fabulations incohérentes et rares. — *Catatonie* : signes isolés de catatonie (stéréotypies, rires, maniérisme). — *Affectivité* : 0. — *Menstruation* : bien réglée. — *Syndrome somatique* : 0.

L'âge moyen de début dans ce groupe est d'environ 31 ans (pas une malade n'a eu de troubles avant 22 ans).

Le niveau mental paraît également élevé, mais nous n'avons eu de renseignements certains que dans 4 cas (3 sujets intelligents et un très intelligent).

Ces onze malades ont (à l'exception d'une seule) un type physique conforme au schéma de Kretschmer. Les renseignements sur le caractère de quatre d'entre elles révèlent des dispositions schizoïdes.

Facteurs étiologiques. Un seul cas avec *tares héréditaires* très lourdes, un cas avec *tares* lourdes, un cas à point de départ puerpéral après le deuxième accouchement (chez la malade à hérédité très lourde précisément). Un cas de *tuberculose* pulmonaire peu évolutive et un cas de *tuberculose* évolutive.

Quant aux *syndromes somatiques*, trois malades sont décédées, l'une à 73 ans de cachexie, l'autre à 64 ans de cachexie, une autre à 42 ans de tuberculose rénale. Une des 8 autres malades présente une néoplasie du col utérin, une autre présente un syndrome de Parkinson sénile. La plupart de ces malades sont ménopausées ; des trois qui ne le sont pas, une seule est aménorrhéique.

L'évolution de ce groupe est caractérisée : 1° par le début généralement assez tardif, par une activité délirante fréquemment sous-tendue par des phases maniaco-dépressives et les troubles typiques du comportement ; 2° par l'évolution rapidement démentielle.

Etat actuel. La malade R... (38), dont l'évolution est de 48 ans (début par délire érotomaniaque et de persécution, démence rapide en 4 ou 5 ans), présentait à sa mort un état de démence complète sans aucune manifestation autistique, avec quelques traits de catatonie très dégradée (grimaces, stéréotypies de comportement). Son affectivité était nulle. L'autre malade, R... (40), dont l'évolution a duré 39 ans, est décédée à 64 ans dans un état identique. La malade T. F. (41) est dans le même état. Par contre, T... (42), dont l'évolution a été longue (18 ans), et l'affaiblissement très rapide, en 2 ou 3 ans, est restée dans un état prédé-

mentiel avec activité autistique vive et troubles catatoniques plus marqués, son affectivité est encore capable de réactions émotionnelles.

Pour les 6 autres malades, dont l'évolution oscille entre 5 et 15 ans, elles présentent des troubles négatifs caractérisés par un affaiblissement intellectuel avec activité autistique résiduelle encore assez riche et troubles catatoniques nets, mais peu importants. Quant à leur affectivité, elle est nulle dans 3 cas après 5, 10 et 15 ans d'évolution et vive, mais troublée, chez C... (43) après 5 ans d'évolution.

4^e groupe : Délires incohérents à évolution démentielle après longue phase de dissociation (19 observations)

OBS. 49. — M. B., 67 ans. — *Hérédité* : grand-oncle paternel et arrière-grand-père paternel aliénés. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 21 ans. — *Longueur d'évolution* : 46 ans. — *Forme d'évolution* : début par délire de persécution et de grandeur, troubles du comportement. Longue période de délire hallucinatoire avec incohérence, évolution démentielle au bout d'une douzaine d'années. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel très marqué, activité mentale très réduite. Gâtisme. A pu travailler jusqu'à 63 ans. — *Troubles positifs* : résidu autistique, attitudes hallucinatoires. — *Catatonie* : signes isolés de catatonie (stéréotypies, impulsions, rires immotivés fréquents au début de l'évolution). — *Affectivité* : 0. — *Ménopause* : ? — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 50. — L. B., 78 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : typhoïde à 12 ans, pleurésie à 31 ans. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : débile. — *Age de début* : 37 ans. — *Longueur d'évolution* : 41 ans. — *Forme d'évolution* : début par délire de persécution hallucinatoire avec phases d'excitation. Incohérence schizophrénique (longue phase), et évolution démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel important, inconscience, désorientation, incohérence considérable, travail stéréotypé, assez bonne adaptation encore possible. — *Troubles positifs* : résidus autistiques très riches, activité autistique encore persistante sous forme schizophasique. Thème mégalomane persistant depuis le début de l'affection. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : euphorie, indifférence sentimentale profonde, troubles profonds des sentiments et du tonus vital. — *Ménopause*. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 51. — P. T., 55 ans. — *Hérédité* : oncle paternel aliéné. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ?

— *Intelligence* : ? — *Age de début* : 18 ans. — *Longueur d'évolution* : 37 ans. — *Forme d'évolution* : délire de persécution, troubles de comportement progressif. Psychose hallucinatoire chronique (diagnostic de Dupré), à longue évolution vers incohérence et affaiblissement intellectuel. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond, mais avec quelque lucidité (?). Réduction considérable de l'activité psychique. Gâtisme, barbouillage. — *Troubles positifs* : résidus autistiques, soliloques. — *Catatonie* : signes isolés, comportement stéréotypé. — *Affectivité* : 0. — *Ménopause*.

Obs. 52. — M. M., décédée à 71 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 35 ans. — *Longueur d'évolution* : 36 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire de persécution, incohérence, affaiblissement intellectuel important. Malpropreté. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel, malpropreté, inconscience. — *Troubles positifs* : persistance jusqu'à la fin d'une activité autistique résiduelle, délire hallucinatoire. — *Catatonie* : signes isolés, grimaces, rires immotivés, stéréotypies. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital. — *Ménopause*. — *Syndrome somatique* : décédée d'œdème aigu pulmonaire.

Obs. 53. — L. B., 65 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 30 ans. — *Longueur d'évolution* : 35 ans. — *Forme d'évolution* : longue évolution délirante hallucinatoire, idées de persécution et de grandeur. Incohérence schizophrénique, évolution démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable. Inconscience de sa situation. Réduction de l'activité psychique. Dissociation psychique. — *Troubles positifs* : activité autistique encore assez vive. Soliloque, thèmes de persécution, de grandeur. — *Catatonie* : signes nets de la série catatonique, stéréotypie considérable, négativisme. — *Affectivité* : sentiments paradoxaux, affectivité délirante, humeur agressive, hypersthénie. — *Ménopause*. — *Syndrome somatique* : 0.

Obs. 54. — H. M., 52 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : puberté. — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 15 ans. — *Longueur d'évolution* : 35 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement, idées de persécution, très longue évolution de délire hallucinatoire, évolution démentielle au bout de 20 ans. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable, rendement psychique à peu près nul. Possibilité de quelques occupations subalternes. Dissociation schizophrénique encore nette. — *Troubles positifs* : résidu autistique assez marqué. Activité hallucinatoire dégradée. — *Catatonie* : comportement stéréotypé et maniéré. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital. Erotisme très vif. — *Ménopause*. — *Syndrome somatique* : typhoïde grave à 50 ans.

Obs. 55. — R. P., décédée à 68 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 34 ans. — *Longueur d'évolution* : 34 ans. — *Forme d'évolution* : par longues périodes d'agitation, délire hallucinatoire, évolution démentielle progressive (type manie chronique démentielle ?). — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable, gâtisme, inconscience, incohérence verbale. — *Troubles positifs* : résidu autistique, activité délirante et hallucinatoire dégradée. — *Catatonie* : comportement stéréotypé. — *Affectivité* : expansivité (excitation maniaque ?). — *Ménopause*. — *Syndrome somatique* : décédée, suite d'ictus.

Obs. 56. — R. C., 66 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : excès éthyliques au début de la psychose. — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 34 ans. — *Longueur d'évolution* : 32 ans. — *Forme d'évolution* : première crise (alcoolisme chronique) à 34 ans ; deuxième crise à 44 ans. Evolution délirante hallucinatoire, affaiblissement démentiel. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel notable. Pauvreté d'idéation, inactivité, désorientation. — *Troubles positifs* : résidu autistique faible. — *Catatonie* : stéréotypie de comportement. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital (sentiment rétroactif bien conservé). Désintérêt pour l'ambiance. — *Ménopause*. — *Syndrome somatique* : myocardite.

Obs. 57. — R. D., décédée à 73 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : affaiblissement intellectuel considérable. — *Age de début* : 45 ans. — *Longueur d'évolution* : 28 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire chronique, incohérence schizophrénique, évolution démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel assez prononcé, possibilité de travail stéréotypé. — *Troubles positifs* : activité autistique à fabulation très riche jusqu'à 68 ans. Actuellement, résidu autistique. — *Catatonie* : comportement stéréotypé. — *Affectivité* : désintérêt, trouble profond des sentiments et du tonus vital, mais sentiments familiaux conservés. — *Ménopause*. — *Syndrome somatique* : décès, asystolie.

Obs. 58. — Q. L., décédée à 49 ans. — *Hérédité* : un frère interné (démence précoce). — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 23 ans. — *Longueur d'évolution* : 26 ans. — *Forme d'évolution* : début par crise d'agitation. Très longue phase de délire hallucinatoire incohérent, évolution démentielle. — *Troubles négatifs* : démence (inconscience profonde, activité psychique nulle). — *Troubles positifs* : quelques vagues résidus autistiques (monologues rares et inconsistants). — *Catatonie* : signes nets de la série catatonique, ri-

res immotivés, impulsions, stéréotypies. — *Affectivité* : 0. — *Ménopause* : métrorragies. — *Syndrome somatique* : néo du col utérin avec métastase.

Obs. 59. — B. G., 60 ans. — *Hérédité* : un frère mort à l'asile (dément paranoïde, maladie de Wilson). — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 37 ans. — *Longueur d'évolution* : 23 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire chronique. Incohérence schizophrénique, évolution démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel incomplet. Dissociation schizophrénique. Fuite incohérente des idées. — *Troubles positifs* : activité autistique encore vive. Dialogues hallucinatoires. Fabulations incompréhensibles. Rêverie. Expérience délirante nocturne. — *Catatonie* : 0. *Affectivité* : sentiments paradoxaux, affectivité délirante, légère expansivité. — *Ménopause*. *Syndrome somatique* : pleurésie à 50 ans.

Obs. 60. — C. L., 73 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : astheno-longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 50 ans. — *Longueur d'évolution* : 23 ans. — *Forme d'évolution* : délire de persécution hallucinatoire. Succession d'états confuso-anxieux. Affaiblissement progressif. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel considérable. — *Troubles positifs* : persistance de résidus autistiques assez riches. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : indifférence presque complète, phobie du rouge. — *Ménopause*. — *Syndrome somatique* : décédée d'infarctus du myocarde.

Obs. 61. — G. L., décédée à 57 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : 0. — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 37 ans. — *Longueur d'évolution* : 20 ans. — *Forme d'évolution* : début par épisode onirique et hallucinatoire. Psychose hallucinatoire chronique. Affaiblissement intellectuel. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond. — *Troubles positifs* : résidus autistiques (néologismes). — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital. Ton coléreux. — *Syndrome somatique* : décédée de pneumonie.

Obs. 62. — C. B., 47 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 30 ans. — *Longueur d'évolution* : 17 ans. — *Forme d'évolution* : délire d'influence, évolution vers l'incohérence schizophrénique et l'affaiblissement intellectuel. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel très marqué. Inconscience, inadaptation aux situations, pauvreté d'activité psychique. — *Troubles positifs* : activité autistique résiduelle, propos incohérents, incohérence, soliloques. — *Catatonie* : signes isolés ; impulsions, rires.

ambivalence psychomotrice. — *Affectivité* : expansivité, fixation affective paradoxale. Troubles profonds des sentiments et du tonus vital. — *Menstruation* : normale. — *Syndrome somatique* : 0.

Obs. 63. — D. M., 45 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : syphilis en évolution. — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 28 ans. — *Longueur d'évolution* : 17 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire avec incohérence schizophrénique et évolution démentielle. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond, inconscience, désorientation, pauvreté psychique et syndrome de dissociation encore marqué. — *Troubles positifs* : schizophasie, conceptions absurdes, activité hallucinatoire dégradée (activité autistique résiduelle). — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : sentiments paradoxaux, affectivité délirante. — *Aménorrhée*. — *Syndrome somatique* : 0.

Obs. 64. — Le., 67 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 50 ans. — *Longueur d'évolution* : 17 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire systématisé, incohérence schizophrénique, affaiblissement intellectuel. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond, altération considérable du fonds mental. — *Troubles positifs* : activité autistique résiduelle, délire hallucinatoire stéréotypé, soliloque, dialogue. — *Catatonie* : état de négativisme catatonique, stéréotypies. Impulsions coprolaliques, grimaces, tics, mouvements de type choréiforme. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital de teinte agressive. — *Ménopause*. — *Syndrome somatique* : 0.

Obs. 65. — D. H., 54 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : débilité légère. — *Age de début* : 40 ans. — *Longueur d'évolution* : 14 ans. — *Forme d'évolution* : syndrome érotomaniaque de début, phase mélancolique, évolution d'un délire hallucinatoire vers incohérence schizophrénique et affaiblissement intellectuel. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel très marqué, bradyphrénie, désorientation, gâtisme, inconscience relative. — *Troubles positifs* : activité autistique encore vive, thème d'influence, fabulations énigmatiques. Activité hallucinatoire dégradée. — *Catatonie* : signes isolés nets ; stéréotypies, catalepsie, flexibilité cireuse, maniérisme. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital. — *Ménopause*. — *Syndrome somatique* : 0.

Obs. 66. — M. S., 34 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : syphilis en évolution. — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : déséquilibre cyclothymique. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 20 ans. — *Longueur d'évolution* : 14 ans. — *Forme d'évolution* :

troubles du comportement (Diagnostic : paralysie générale), évolution délirante schizophrénique, affaiblissement intellectuel. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond, inconscience, inadaptation, désorientation, gâtisme. — *Troubles positifs* : résidu autistique. — *Catatonie* : état catatonique avec catalepsie, maniérisme, grimaces, tics, catalepsie, stéréotypie de comportement. — *Affectivité* : inaffectivité totale. — *Menstruation* : normale. — Pas de syndrome paralytique.

OBS. 67. — L. Sa., 57 ans. — *Hérédité* : grand-père maternel, deux sœurs aliénées, frère suicidé. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 45 ans. — *Longueur d'évolution* : 12 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire avec phases d'excitation, évolution schizophrénique typique, affaiblissement intellectuel. — *Troubles négatifs* : affaiblissement intellectuel profond, mais incomplet, pensée impénétrable, réponse à côté, ambivalence, coq-à-l'âne (syndrome de dissociation). — *Troubles positifs* : activité autistique encore très vive, thème mégalo-maniaque, fabulation absurde et fantastique. — *Catatonie* : état de stupeur catatonique avec quelques intermittences, stéréotypie, maniérisme très marqué. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital, insouciance à l'égard de sa famille, polarisation affective délirante. — *Ménopause*. — *Hypoacousie*. *Obésité*.

L'âge moyen de début s'établit pour ce groupe de malades aux environs de 35 ans (quatre malades avaient plus de 40 ans quand les troubles se sont installés, trois sont tombées malades vers 20 ans et une à 15 ans).

Le degré de développement intellectuel n'est connu que pour six malades, deux étaient débiles.

Au point de vue typo-caractérologique, nous avons relevé cinq types pycniques contre sept autres types (dysplastiques, longilignes). Six malades sont parties ou décédées sans avoir été examinées à cet égard. Parmi les cinq pycniques, quatre avaient un caractère syntone.

Facteurs étiologiques : Dans deux cas, il existait une très lourde tare héréditaire, dans trois autres cas, il y avait de lourdes tares héréditaires (six cas sans antécédents connus). Deux malades sont atteintes de *syphilis* en évolution. Chez l'une de ces 18 femmes, les troubles ont eu un point de départ puerpéral. Un cas de début puerpéral et deux cas de début à la ménopause sont à retenir.

Syndromes somatiques associés. Des quatre décès survenus après 36 ans, 26 ans, 23 ans et 22 ans d'évolution, le premier est dû à un œdème aigu du poumon, le second à un néoplasme

utérin, le troisième à une myocardite et le quatrième à une pneumonie. Une de ces malades a fait une pleurésie pleuro-fibrineuse à 50 ans. Toutes les malades de ce groupe sont ménopausées.

Evolution : sept de ces malades évoluent depuis plus de 30 ans, six de 20 à 30 ans et six depuis plus de 10 ans. Les caractères de cette évolution sont : 1° le *début du type psychose hallucinatoire* avec parfois quelques phases d'agitation et de troubles du comportement. Chez une de ces malades, D... (65), il y a eu des troubles mélancoliques vers 40 ans, au début de l'évolution. Chez une autre, R... (56), il y a eu une première crise à 34 ans avec excès éthyliques et une deuxième crise à 44 ans avec délire hallucinatoire de type schizophrénique et affaiblissement tardif ; 2° une *longue période* de 10 à 20 ans d'*incohérence schizophrénique* ; 3° un *état démentiel terminal*.

Elat actuel. Toutes ces malades sont parvenues à un état caractérisé au point de vue négatif par un *affaiblissement intellectuel très marqué*. L'une d'elles, Q... (58), est même dans un état de démence complète. L'*activité autistique* reste, après cette longue évolution des troubles, assez vive et caractérisée principalement par des fabulations incohérentes, des dialogues hallucinatoires et des soliloques. Cette activité est encore très importante chez dix malades (chez quatre de celles-ci après 30 ans d'évolution) et contraste cliniquement avec le tableau d'affaiblissement démentiel. Les *troubles catatoniques* sont nets chez quatre d'entre elles et notables chez trois autres : pour quatre malades, il n'existe qu'une stéréotypie de comportement en rapport avec la très longue évolution des troubles. Il semble, en effet, que le syndrome catatonique dans certains cas ait été beaucoup plus accentué dans les phases initiales du développement des troubles. Quant à l'*affectivité*, elle ne s'est révélée nulle que dans trois cas, dans la plupart des cas, il persiste des sentiments, un certain tonus affectif et quelques émotions.

**5^e groupe : Délires à évolution schizophrénique
sans affaiblissement démentiel (40 observations)**

Obs. 68. — Le. G., 67 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 26 ans. — *Longueur d'évolution* : 41 ans. — *Forme d'évolution* : délire chronique avec incohérence schizophrénique ; premier internement avec excitation ;

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Juillet 1938. 12.

rémission ; deuxième internement : évolution progressive vers incohérence schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique assez marquée, incohérence graphique, propos décousus, désagrégation de la personnalité. — *Troubles positifs* : activité autistique, fabulation sans liens logiques. Thèmes mégalomaniques, bizarrerie du comportement. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : hypersthénie, sentiments paradoxaux, affectivité délirante, hyperactivité (bourreau de travail), indifférence aux situations vitales, mais excellente adaptation à l'ambiance. — *Ménopause*.

Obs. 69. — N. Ch., 71 ans. — *Hérédité* : mère aliénée, sœur paralytique générale et sœur internée. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 30 ans. — *Longueur d'évolution* : 41 ans. — *Forme d'évolution* : délire chronique hallucinatoire avec dissociation schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, incohérence graphique, barrage, propos alambiqués, troubles de la pensée, schizophrénie. — *Troubles positifs* : fabulation inconsistante à thèmes mégalomaniques. — *Catatonie* : comportement bizarre, maniérisme. — *Affectivité* : sentiments paradoxaux, affectivité délirante, émotion vive ; indifférence aux situations vitales, mais adaptation à l'ambiance ; hyperactivité systématique (bourreau de travail). — *Ménopause*.

Obs. 70. — Gi. R., 78 ans. — *Hérédité* : sœur aliénée. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 37 ans. — *Longueur d'évolution* : 40 ans. — *Forme d'évolution* : P.H.C. schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique ; incohérence idéo-verbale, inactivité, désordre. — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire, syndrome d'influence et de possession, ensemble de conceptions absurdes. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital. Indifférence aux situations vitales. Aucune expression sentimentale adéquate. Hypersthénie morose. Désintérêt de l'ambiance. — *Ménopause*. — Asymétrie faciale.

Obs. 71. — P. I., 78 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 45 ans. — *Longueur d'évolution* : 33 ans. — *Forme d'évolution* : évolution typique de délire chronique avec succession de persécution et de grandeur. Incohérence schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, cours de la pensée très rapide, propos embrouillés, néologismes, modifications du langage, incohérence graphique et verbale. — *Troubles positifs* : pensée délirante paralogique, thème fondamental de possession par une femme, attitudes hallucinatoires. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : affectivité délirante, sentiments paradoxaux, hypersthénie, activité. — *Ménopause*, obésité.

OBS. 72. — Go., 66 ans. — *Hérédité* : une sœur « comme elle ». — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 35 ans. — *Longueur d'évolution* : 31 ans. — *Forme d'évolution* : mélancolie, troubles du comportement, délire hallucinatoire, incohérence schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, pensée floue, embrouillée, incohérence idéo-verbale. — *Troubles positifs* : activité autistique vive, se croit toujours entourée de chiens, conceptions absurdes, attitudes hallucinatoires. — *Catatonie* : signes isolés, à la phase initiale (stéréotypies, tics). Actuellement, comportement stéréotypé, mais utilisable. — *Affectivité* : désintérêt, assez bonne adaptation à l'ambiance immédiate. Peu d'intérêt aux situations vitales. Sentiments paradoxaux, affectivité délirante. — *Ménopause*.

OBS. 73. — Et. H., 51 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : puerpéralité. — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : anormal, nervosisme, schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 25 ans. — *Longueur d'évolution* : 26 ans. — *Forme d'évolution* : début progressif par troubles du comportement au moment de l'accouchement (unique), évolution délirante vers incohérence schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique. Troubles typiques de la pensée, coq-à-l'âne, réponse à côté, néologisme. — Minimum de contact avec l'ambiance. — *Troubles positifs* : activité autistique très riche, dissolution de la personnalité, transformation du monde et de la personne, rêverie romanesque et cocasse. — *Catatonie* : comportement très maniéré et stéréotypé. — *Affectivité* : euphorie, détachement des valeurs affectives réelles, affectivité délirante. — *Ménopause*. — Obésité.

OBS. 74. — Cr. H., 58 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 33 ans. — *Longueur d'évolution* : 25 ans. — *Forme d'évolution* : début par crise de dépression, haine du mari ; évolution délirante vers incohérence schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation typique ; incohérence idéo-verbale, troubles de la pensée. — *Troubles positifs* : activité autistique, dissolution de la personnalité, soliloque, fabulations impénétrables, organisation active du monde autistique. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : affectivité délirante, indifférence aux situations vitales. — *Ménopause*.

OBS. 75. — Re. M., 52 ans. — *Hérédité* : mère aliénée. — *Facteurs étiologiques* : 0. — *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 28 ans. — *Longueur d'évolution* : 24 ans. — *Forme d'évolution* : crise d'agitation, troubles du comportement, évolution progressive de délire hallucinatoire à évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizo-

phrénique, incohérence graphique et verbale avec ébauche de schizophasie, ambivalence. — *Troubles positifs* : activité autistique, délire d'influence, activité hallucinatoire dégradée. — *Catatonie* : comportement maniéré et stéréotypé. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital, indifférence complète aux situations vitales, ironie. — *Syndrome somatique* : hypertrophie thyroïdienne.

OBS. 76. — M. Ra., 47 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : puerpéralité. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : débilité. — *Age de début* : 23 ans. — *Longueur d'évolution* : 24 ans. — *Forme d'évolution* : délire de persécution hallucinatoire à évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, incohérence idéo-verbales, possibilité de quelques propos pertinents. — *Troubles positifs* : activité autistique, thème d'influence et de persécution, activité dégradée. — *Catatonie* : signes isolés, impulsions, éclats de rires, tendance aux stéréotypies. — *Affectivité* : troubles très profonds des sentiments et du tonus vital, indifférence considérable, mais une certaine activité. — *Menstruation* : ?

OBS. 77. — Lo. D., 52 ans. — *Hérédité* : père alcoolique, frère interné. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 30 ans. — *Longueur d'évolution* : 22 ans. — *Forme d'évolution* : délire de persécution, tentative de suicide au début, délire hallucinatoire à évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, troubles du cours de la pensée, barrage, ambivalence, dérivation, pensée alambiquée. — *Troubles positifs* : activité autistique, intuitions et imagination fantastique, activité hallucinatoire peu marquée. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : ton dépressif, indifférence aux situations vitales, affectivité délirante. — *Ménopause*.

OBS. 78. — M. Gr., 61 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 40 ans. — *Longueur d'évolution* : 21 ans. — *Forme d'évolution* : P.H.C. avec dissociation schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, pensée embrouillée aux limites de la schizophasie. — *Troubles positifs* : activité hallucinatoire de premier plan, personnalité sans consistance, thèmes couplés d'influence et de transformation corporelle, extrême richesse imaginative (activité autistique et idéo-verbale). — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : excitation psychique (traits maniaques), bonne adaptation sthénique à l'ambiance immédiate, mais désintérêt pour les situations vitales. — *Ménopause*.

OBS. 79. — A. Pe., 55 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : athéno-longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 35 ans. — *Longueur d'évolution* : 20 ans.

— *Forme d'évolution* : agitation au début ; délire hallucinatoire à évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, pensée floue, incohérence idéo-verbale, ambivalence. — *Troubles positifs* : activité autistique assez pauvre. — *Catatonie* : signes nets ; impulsions, stéréotypies, maniérisme. — *Affectivité* : sentiments paradoxaux, affectivité délirante, émotion parfois vive. — *Ménopause*. — *Syndrome somatique* : hémiparésie faciale droite.

OBS. 80. — L. Her., 62 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 42 ans. — *Longueur d'évolution* : 20 ans. — *Forme d'évolution* : délire de persécution hallucinatoire, incohérence schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, propos décousus, embrouillés, néologismes, incohérence idéo-verbale. — *Troubles positifs* : activité autistique, fabulation incohérente, délire hallucinatoire à évolution vers soliloque. — *Catatonie* : comportement stéréotypé. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital, sentiments paradoxaux. — *Ménopause*.

OBS. 81. — Ga. D., 53 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : dysplastique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 33 ans. — *Longueur d'évolution* : 20 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire avec évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, incohérence typique, néologismes, propos décousus. — *Troubles positifs* : activité autistique vive, thème de transformation sexuelle (se croit jeune homme de 17 ans), construction délirante absurde, soliloque. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : sentiments paradoxaux, affectivité délirante, indifférence aux situations vitales, ardeur au travail. — *Menstruation* subsistante. — *Hirsutisme* (femme à barbe). — *Obésité*.

Ces 14 observations visent des cas dont la longueur d'évolution est supérieure à 20 ans. Dans la plupart de ces cas il s'agit de « psychoses hallucinatoires chroniques » ayant présenté les signes typiques de la dissociation schizophrénique. Dans les 26 autres cas d'évolution, pourtant moins ancienne, nous allons retrouver cet état de dissociation caractéristique.

(à suivre).

SUR LA SCHIZOPHRÉNIE TARDIVE

(à propos d'un cas)

PAR

D. KOURETAS et M. G. STRINGARIS

Le classement nosologique des psychoses, qui apparaissent après la quarantaine, surtout lorsqu'elles apparaissent chez un sujet dont c'est la première manifestation psychopathique, présente toujours des difficultés (1). On a l'impression qu'il n'est pas possible de les ranger aisément dans le cadre des psychoses, les plus habituellement rencontrées.

Les efforts poursuivis jusqu'à présent en vue de former une catégorie particulière de « psychoses préséniles » ont certainement contribué à l'éclaircissement de ces états. Il n'en est pas moins vrai que le même cas peut être rangé dans l'une ou dans l'autre catégorie, suivant les conceptions et les tendances qui dominent dans chaque Ecole.

Aussi, nous croyons-nous autorisés à affirmer que les recherches relatives à ces psychoses ne sont pas encore achevées et que de nouvelles observations détaillées sont susceptibles de contribuer, plus que toute discussion générale et théorique, à une meilleure compréhension des problèmes qui s'y rattachent et au classement plus judicieux des cas. Ainsi peut-on espérer découvrir les différents facteurs étiologiques qui déterminent la variété des formes cliniques et de l'évolution de ces maladies.

OBSERVATION. — D. A., 64 ans.

Antécédents héréditaires et personnels, d'après les renseignements fournis par le malade lui-même, contrôlés et complétés à l'aide des renseignements des parents : père mort à l'âge de 84 ans, mère morte

(1) Voir, à ce sujet, les travaux, si importants, de Gr. Halberstadt et surtout la revue générale, très documentée, sous le titre « Les psychoses préséniles » (*Encéphale*, 1934, II, pages 630 et 722).

de maladie indéterminée, à l'époque où D. A. était âgé de deux ans. On ne connaît pas de maladie neuropsychique chez les parents proches ou lointains.

Fils unique, élevé par une tante paternelle, il a toujours été d'une bonne santé. Fièvre typhoïde dans l'enfance, paludisme à 22 ans, ainsi qu'une autre maladie probablement infectieuse, de forme grave.

Instruction scolaire rudimentaire, n'a pas obtenu le certificat de l'école primaire. A cause de son caractère entêté et difficile et du défaut d'assiduité, il a interrompu ses études à la suite d'une querelle avec le maître d'école. Après son renvoi de l'école a formé, avec d'autres enfants de son âge, une « bande », qui s'adonnait au vol de fruits. Le mariage de sa tante l'a choqué et irrité à tel point qu'il est allé jeter des pierres dans la maison des nouveaux mariés. A partir de 15 ans a travaillé au début dans l'épicerie d'un parent et plus tard dans son propre magasin. Son rendement professionnel était variable. Au commencement il a pu se constituer, sans l'aide de personne, une petite fortune et réussir dans son commerce. Plus tard et particulièrement les 15 dernières années il a eu, à plusieurs reprises, des déboires professionnels, dûs probablement en partie à son expatriation ; car en 1922 le malade fut expulsé de son pays d'origine (Turquie) et installé, avec une famille nombreuse, en Grèce. Il a servi deux fois, comme simple soldat, à l'armée turque, en 1914 et en 1916. Ses parents insistent particulièrement sur le fait, qu'à cette époque il refusa de laisser son beau-frère le racheter du service militaire.

Marié en 1902, le malade a présenté la première nuit de noces de l'impuissance psychique, fait auquel il pense souvent ces temps derniers. Des sept enfants, issus de son mariage, cinq sont vivants, trois garçons et deux filles, tous en bonne santé corporelle et psychique.

Conduite autoritaire envers la femme et les enfants. Il s'emportait souvent pour des causes insignifiantes et se repentait fréquemment, reconnaissant sa faute aussitôt après. Sa femme nous fait remarquer qu'il ne l'a jamais appelée par son petit nom. Il y a deux ans il fumait beaucoup et buvait médiocrement. Pas de maladie vénérienne.

Histoire de la maladie. — Les troubles mentaux se sont manifestés pour la première fois chez lui en 1924 à l'âge de 51 ans, mais n'ont pas fait l'objet des préoccupations particulières de son entourage. Pour une cause futile, il s'est mis en colère, menaçant de tuer sa femme et ses enfants, quittant la maison, errant dans les rues et ne rentrant chez lui qu'après minuit. A la même époque, croyant que sa femme — qui en réalité est dure d'oreille — lui désobéissait, il entra en fureur et brisa les meubles. Les symptômes ci-dessus n'ont pas duré plus de deux semaines.

En 1926 il a de nouveau présenté des troubles psychiques plus précis, d'une durée de dix mois environ. Il a commencé à devenir soupçonneux et à manifester de l'hostilité envers le frère de sa femme, qui, quelque temps auparavant, s'était installé à la maison du malade,

tandis que celui-ci était obligé, en raison de son métier, de passer la nuit dans sa boutique ; il croyait que son beau frère l'avait supplanté et était devenu l'amant de sa femme et de ses filles. Il prétendait que son fils aîné avait des rapports incestueux avec sa mère. En même temps il présentait de l'excitation psychique avec agressivité et menaçait de tuer son beau frère, sous le prétexte que celui-ci cherchait à l'éloigner des siens, lui volait, de connivence avec des voisins, différents ustensiles et objets de ménage, lui jetait un sort, etc.

Il disait que sa femme l'avait vu mort, qu'à plusieurs reprises il était mort, que le diable cherchait à le faire mourir, mais qu'il ne lui livrait pas son âme. Les parents crurent devoir attribuer cet état à des excès alcooliques. A cette époque en effet, malgré sa continence habituelle, le vin lui était indispensable à table. On avait remarqué qu'après l'absorption d'une petite quantité de vin, il devenait facilement loquace, alors qu'habituellement il était taciturne.

Durant cet état est survenue la mort de son beau-frère. Il n'assista pas aux funérailles, disant que l'autre était crevé. Petit à petit il se calma et revint, en apparence tout au moins, à son état psychique précédent. Cependant, chaque fois que la conversation portait sur le beau-frère, il manifestait de la rancune et de l'hostilité.

Plus tard il a de nouveau essayé de reconstituer son entreprise, entre temps délaissée, mais n'a pas réussi. Il s'est borné depuis à aider ses fils dans leur propre magasin.

Quatre mois et jusqu'à quinze jours avant le début de la rechute actuelle de sa maladie, il s'est mis à fumer à l'excès et, dans cet intervalle, s'est deux fois enivré et a été pris d'un rire forcé et irrésistible. Les autres jours il ne buvait point. Il s'est disputé aussi avec un voisin au sujet de l'attribution à celui-ci par les autorités d'une parcelle de terrain. Les accusations contre sa femme et son beau-frère recommencèrent. En même temps il avait le pressentiment qu'il allait retomber dans l'état où il se trouvait en 1926.

Le dimanche 18 avril 1937, en rentrant de l'église, il raconta qu'à un moment précis de la messe, il sentit un lambeau de chair se détacher de son index droit, ce qu'il attribuait à une brûlure superficielle, faite par la cigarette. Il ajoute encore à cet incident une grande importance. Peut-être entend-il les sortilèges dont il se croit la victime. Est resté par la suite pensif et peu loquace. Le même soir il a refusé de manger et passé la nuit sans pouvoir dormir.

Jusqu'à son placement à la clinique psychiatrique — le 28 avril — d'autres symptômes se sont fait jour. Il disait que la maison brillait, qu'elle flambait, et en même temps il riait aux éclats ; un grand malheur allait se produire, que sa famille allait tomber dans l'indigence. Des passants, qui conversait simplement, lui faisaient l'impression de se disputer entre eux. Il croyait qu'on cherchait à l'éloigner, à le déposséder de ses biens, qu'on lui faisait des sortilèges, qu'on allait le faire mourir. Il exigeait, d'un ton menaçant, que sa femme quittât la maison, parce qu'il la considérait comme

l'agent principal de tous ces méfaits. Il l'appelait « diablesse », affirmait savoir qu'elle voulait le dominer et régner en maîtresse dans la maison, qu'elle cherchait à le calomnier et à le dénigrer auprès de ses filles. L'éloignement de sa femme n'a pourtant pas amélioré son état. Montrant la chatte avec ses petits, il disait, s'adressant à ses enfants : « Voilà votre mère et ses enfants ». Entendait la voix de sa femme et prétendait qu'elle commandait de loin, par des manœuvres magiques, les mouvements et gestes de ses enfants. Au moment où sa fille était occupée à repasser le linge, il l'accusait de vouloir le voler. Il voyait dans les pinces à linge, accrochées au mur, des objets magiques.

Particulièrement la nuit, le malade était pris d'excitation avec logorrhée. Cachait pourtant ses idées délirantes aux étrangers : « c'est pas des choses à dire aux étrangers, ce sont des affaires de famille, qui ne concernent que nous ». Faisait des recommandations à voix basse à son fils aîné, de cacher soigneusement son argent et de prendre garde aux voleurs.

A noter qu'au début de cette phase et pendant quelques jours, il était pris d'une soif intense, qui le faisait ingurgiter une quantité considérable d'eau.

Etat actuel. — Au point de vue somatique, le malade rappelle le type leptosome de Kretschmer. L'examen des différents organes et particulièrement du système nerveux est négatif. Pas de signes subjectifs ou objectifs d'artériosclérose. Tension artérielle 16 Mx. 9 Mn. Urines normales, urée dans le sang 0,39 ‰, sucre 1,10 ‰, Wassermann négatif.

Examen psychopathologique. — Le comportement du malade, durant son hospitalisation, reste le même dans ses traits généraux. Ses relations avec les autres malades sont très réduites. Ne parle pas spontanément de son internement, ne proteste pas, il semble l'accepter comme un fait accompli. Il a pourtant un air mécontent et maussade. Chaque fois que la conversation est portée là-dessus, exprime un vif ressentiment et de la rancune contre son fils, qui l'a conduit à la clinique.

Le ton bas de la voix, l'emploi d'expressions locales, les phrases inachevées, les barrages, se manifestant comme des arrêts brusques au milieu de la conversation, rendent souvent la compréhension de ce qu'il raconte difficile. S'entretient de préférence d'événements passés et surtout de ceux qui se rapportent à la période de la phase psychotique de 1926. Son faciès est tantôt indifférent, tantôt déprimé ou dysphorique. L'expression mimique monotone et pauvre. Sa physionomie s'anime seulement quand il se trouve en état d'excitation psychique. Parfois montre de l'entêtement, avec tendance au négativisme, ainsi que de l'hostilité égocentrique, surtout quand on lui fait des objections. En somme, le comportement du malade, pendant les différents examens, est variable, tantôt il répond aux questions posées et

parle avec empressement, volubilité même, tantôt prend une attitude quasi-stéréotypée, concentrée et hargneuse : « Je ne vous dis rien, f... moi le camp, seulement à un prêtre je me confesserais ». Même en pareille circonstance il est possible, en insistant, de prendre contact avec le malade. Ce qu'il raconte est toujours en rapport avec la question posée et a de l'ordre et de la cohérence. Parfois, en nous renseignant sur certaines de ses conceptions délirantes, de contenu sexuel, il emploie des expressions crues et ordurières.

Il est ordonné et soigneux de sa tenue, s'alimente seul et satisfait ses besoins proprement.

L'orientation dans le temps est bonne. Malgré qu'il ne puisse pas désigner exactement la date, parce qu'il ne l'a pas demandée et ne s'y intéresse pas, comme il dit, connaît cependant l'espace de temps écoulé depuis son internement, la date de son arrivée, etc. En ce qui concerne la ville, dans laquelle il se trouve, persiste obstinément dans son affirmation qu'il ne se trouve pas à Athènes. Raconte en détail son voyage en chemin de fer, mais trouve impossible qu'il soit transporté jusqu'à Athènes, parce que la durée de son voyage n'était pas, d'après lui, équivalente à la distance parcourue. « De mon pays jusqu'à Athènes on devait voyager pendant deux jours ».

Cette erreur dans l'appréciation du temps s'explique par le fait qu'il a dormi dans le train plusieurs heures, à la suite d'une injection de scopolamine, faite quelques instants avant son départ. Par conséquent, la durée du voyage lui semble écourtée et amputée de l'espace de temps pendant lequel il a dormi.

Il croit être tantôt dans un hôpital militaire, tantôt dans une prison, un palais de justice : « Ici c'est un tribunal, on fait un procès, on me juge ». Invité à désigner les juges, fait allusion à l'examen et répond : « Vous, les médecins, vous êtes militaires (l'un de nous médecin militaire en effet, l'a visité en uniforme avant son placement à la clinique), je ne suis pas malade, il fallait qu'on m'amène devant le tribunal, pour que je sois puni, mais ici c'est la même chose, si je suis fautif, jugez-moi et prenez la décision que vous voulez. — Pourquoi vous a-t-on amené ici ? Demandez à mon fils..., puisque vous êtes des juges guérissez-moi, je ne veux pas de médecin, on m'a accusé à tort, que j'ai b..... la nièce de ma femme, le procès a eu lieu au tribunal militaire (il entend sa présentation à la Soc. de Neurologie et de Psychiatrie d'Athènes, faite quelques jours auparavant), ici on m'a amené pour me juger, les cigales aussi en parlent, disent procès, procès (en effet on entend leur chant pendant cet examen) ».

Il revient particulièrement avec véhémence et aigreur sur les idées délirantes, qu'il avait pendant la phase psychotique précédente, contre son beau-frère, sa femme et ses enfants. « Mon beau-frère me faisait la même chose, je l'ai vu de mes propres yeux, un tuyau comme ça et un boc, ma femme l'a mis dans son derrière, il était constipé, pour lui c'était un lavement, mais à mon entendement c'était de l'enc..... ça venait du diable, on a fait ça pour m'humilier, lui c'était mon

ennemi personnel. » Une autre fois, il dit : « Un jour, en septembre 1925, j'étais en train d'égrener mon chapelet, la ficelle s'est cassée, trois jais ont été perdus, je les ai retrouvés en mars suivant dans la boîte à sucre, avec un morceau d'encens, c'est le diable qui les y a placés, parce que la boutique est restée fermée depuis ».

Aussi bien aujourd'hui que dans la phase précédente, le noyau de ses idées délirantes est constitué par des représentations pornographiques concernant sa femme : « Elle est débrouillarde et délurée, elle entraîne ses filles à la prostitution. — Est-elle jolie ? — Non, c'est une femme maligne, elle sait faire, elle l'éreinte, t'oblige à faire ce que tu ne veux pas, te rend incapable de lui résister, elle l'ensorcelle ».

Il attribue à l'influence maléfique de sa femme des manœuvres sexuelles, qu'il prétend avoir commis dans le passé sur des petites filles. Elle lui fait des sortilèges, pour le subjuguier et en faire son esclave.

Il a le sentiment de la présence de ses parents dans la clinique et entend leurs voix, surtout le soir. Alors il s'agite, se démène, frappe à la porte, crie, vocifère et demande à les voir : « Ma femme aussi se trouve à cet endroit, j'ai entendu sa voix, il y a un instant, mes filles se trouvent ici, des gens causent entre eux, on accuse mes filles, on les a frappées avec la hache ». Croit entendre la chute des têtes coupées. On cherche à violer ses filles devant sa chambre, on est en train de les injurier. « Je le sais parce que je l'entends. Je le crois, j'en suis certain, on les a placées dans une maison près d'ici, elles sont derrière la porte, j'ai entendu la voix de mes enfants, j'ai entendu E..... (sa fille aînée), qui disait : « Je ne veux plus de mon papa ». — Comment sais-tu que c'était ta fille ? — Je reconnais chacun au soin de sa voix, c'était une voix basse, ensuite j'ai entendu celle de M..... (l'autre fille), il m'a semblé que c'était devant la porte, c'était comme un bruit de ciseaux, celui qui leur coupait les cheveux, leur demandait le nom et il écrivait ensuite, je ne sais pas quoi. — L'as-tu vu ? — Je n'ai rien vu de mes propres yeux, j'ai seulement entendu C'est ainsi que ça me dit (il montre sa tête du doigt), mon esprit comprend en tous cas, j'en conclus qu'il leur coupait les cheveux, qu'il ridiculisait, et déshonorait mes enfants, je me suis levé, j'ai frappé à la porte (fait constaté réellement par le personnel de la clinique), j'ai crié : « Rendez-moi ma fille, pour que je la protège contre le malfaiteur, elle est à moi », j'ai entendu deux ou trois hommes qui ont dit : « Ce soir, nous avons du boulot » (il entend des actes sexuels)... ce n'est pas une illusion, c'est réellement ce que j'entends et ce que j'entends est réel. — Pourquoi as-tu pensé qu'on déshonore tes filles ? — J'entends leurs sanglots, on les b.... et on leur crache dessus. Elles pleuraient parce que personne ne veut être déshonoré. »

Une grande partie de ses narrations se présente sous forme d'événements fantastiques, invraisemblablement monstrueux et sangui- naires, de scènes de carnage, qui dans leur ensemble rappellent des

expériences vécues oniroïdes : « On les a immédiatement égorgées et ma fille aînée on l'a mise sur le billot et la quatrième fois (il entend le quatrième coût forcé), le bourreau l'a égorgée. Personne ici ne le sait, les infirmières aussi se rendent chez le bourreau ».

Le malade fait la distinction entre ces expériences vécues et les phénomènes du rêve normal et affirme qu'il les éprouve en plein éveil et avec la même clarté d'esprit qu'il a pendant notre examen : « Comme nous causons en ce moment, c'est par ici quelque part que ça a eu lieu ». Mais il existe une série de phénomènes, qu'il lui est impossible de distinguer avec la même netteté, des phénomènes du rêve : des chants de coq, des cris de coq si forts qu'il en est réveillé. Il les place toujours dans l'intervalle entre le sommeil et la veille, malgré qu'il continue à les entendre aussi quelque temps après le réveil complet.

En ce qui concerne les voix en général qu'il entend, le malade dit : « Elles proviennent d'en bas, c'est mon oreille qui les perçoit, elles ne viennent pas de ma tête, comme tu me parles, je les entends d'en bas, au-dessous du lit, c'est une façon de parler, elles viennent de la chambre à côté. Ma femme est venue à la clinique, elle criait : « Je suis tombée dans le puits » pour que je lui porte secours, c'était sa voix, mais je suis emprisonné, je ne pouvais rien faire. J'ai crié, j'ai essayé de sortir, les infirmières m'ont poussé dans ma chambre ».

Il n'est pas certain qu'il s'agisse toujours d'hallucinations ou d'illusions. Une fois a dit croire que ce qu'il entend « sort de dedans, du for intérieur ». D'autre part il a été surpris, à plusieurs reprises, en train d'exécuter des mouvements imperceptibles des lèvres, de la langue et du larynx. Un jour il a dit : « J'entends cela avec les oreilles et avec le cerveau et ça tape dans la cervelle ». Il se plaint qu'on influence sa pensée, qu'on la prenne, que sa pensée s'arrête, qu'il devine quelquefois la pensée des autres.

Au sujet de la croyance à la réalité de ses idées délirantes, il se laisse parfois entraîner au doute, la plupart du temps ne reconnaît pas leur morbidité et au fond semble n'être jamais convaincu de leur irréalité.

Il a également des idées d'influence extérieure, en partie il sent les impressions comme des dérangements somatiques, en partie les rapporte à la catégorie de ses observations, relatives aux sortilèges. « Des fois ma tête est comme étourdie, ma cervelle est touchée, quelque chose me serre la tête, elle devient lourde et après, ça passe, je ne sais pas ce qui me serre ainsi, auparavant c'était ma femme qui faisait cela, je crois que c'est des sortilèges, je ne sais pas comment ils les fabriquent. C'est depuis 1925 que je remarque ces choses, je suis torturé comme le Christ, quelque chose vient, ça me serre, ça me pousse à dire une parole, plusieurs fois le soir je discutais (monologues vérifiés), il m'est arrivé comme on a mis le Christ sur la croix, on m'a crucifié, j'étais éveillé, je sentais le choc des clous frappés, je sentais qu'on me crucifie, on met les pieds l'un sur l'autre, je ne perçois pas

les clous, je comprends la crucifixion, alors je m'abandonne, je me laisse faire, je ne peux pas dire un mot, c'est comme dans un procès, tu causes et je réponds et nous nous disputons et à la fin tu cèdes, moi ou la personne d'en face, aucun n'est présent, nous nous disputons et la lampe luit. »

Malgré que son attitude et son comportement donnent l'impression qu'il reconnaît son fils aîné, amené par nous dans sa chambre, il nie formellement que c'est son fils. Il dit avec indignation qu'il ne le reconnaîtra jamais ni lui, ni les autres personnes de sa famille, parce que tous l'ont trahi et abandonné.

Le lendemain, se tournant vers son fils : « Hier je l'ai vu, peut-être auparavant aussi, ce n'est pas mon fils, vous voulez de force en faire mon fils, il ne ressemble à aucune personne de mes connaissances, c'est un étranger. J'avais des enfants, je ne sais pas ce qu'ils sont devenus (il énumère leurs noms exactement et par ordre de naissance) ; ils m'ont renié et exterminé, n'importe où que j'aïlle, tout est perdu, partout la même chose, femme et enfants qu'ils soient voués à la colère de Dieu (irrité). » Son attitude était la même devant la Société de Neurologie et de Psychiatrie. Il a suivi attentivement ce qu'on racontait sur son cas et à un moment donné, croyant probablement, ainsi qu'il a été mentionné plus haut, qu'il se trouvait au tribunal, il s'est levé et a apporté des rectifications.

Interrogé, quelque temps après le départ de son fils, il dit : « Il y a dix jours (exact), Georges est venu, il s'est assis près de moi, il me proposait de revenir chez nous. Au début, il m'a semblé que je ne l'ai pas reconnu, peut-être étais-je étourdi, après je l'ai reconnu au son de sa voix et à sa tenue, il ressemblait et ne ressemblait pas ».

Il observe ses propres habits, les retourne et les palpe, le veston n'est pas le sien, la doublure en était différente. Sur nos affirmations contraires, il semble momentanément entraîné au doute.

Des mouvements itératifs de son bras droit, apparus un jour, sont attribués par lui à une action extérieure. Il ne croit pas que c'est lui-même qui les exécute, « la main bouge toute seule ». A noter aussi, qu'un abcès s'est développé à la même époque sur ce même bras, sans qu'il accuse la moindre douleur, sans qu'il en parle spontanément. Interrogé, il l'attribue à des machinations destinées à le faire mourir. Le même jour, l'un de nous lui a donné une poignée de main, il a vivement protesté, parce qu'il a senti comme de l'électricité lui parcourir le corps.

Par intervalles il refuse la nourriture, prétendant qu'elle est sans sel ou qu'on y met des matières fécales, il en sent le goût et l'odeur.

Le stock mnémorique, l'attention, la capacité de fixation et de conservation des faits récents et anciens s'effectuent bien, avec précision et sans lacunes. Quelques-uns d'entre eux néanmoins semblent faussés par le délire. L'examen par des tests, compte tenu de son instruction et de sa situation sociale, n'a pas montré l'existence de déficit mental appréciable.

Le malade est sorti de la clinique le 14 septembre 1937, après une hospitalisation de 4 mois et demi environ.

Kalamnèse. — Deux mois après sa rentrée chez lui, les parents nous ont informé qu'il a continué à être d'humeur acariâtre et à exprimer les mêmes idées délirantes. Entre temps il fut conduit par eux à un couvent (pour le guérir !), où il resta dix jours. Il y a conçu des idées paranoïaques contre les moines (diables, sortilèges, etc.). Probablement à cause de ces idées, il s'est enfui et, après une marche à pied de 4 heures, a atteint le village le plus proche, d'où il est rentré chez lui en automobile. Depuis il s'isole, reste dans la journée tranquille et pensif, les nuits, présente parfois de l'excitation psychique avec anxiété et logorrhée.

Dans l'ensemble des symptômes psychiques de l'observation prédominant avec évidence les éléments paranoïaques, qui, accompagnés d'un état délirant et hallucinatoire à thème de persécution, caractérisent le tableau clinique. Ce dernier donne l'impression qu'il a été greffé sur une personnalité de tout temps hypoparanoïaque et qu'il a évolué en trois phases psychiques, entre lesquelles se sont intercalées des rémissions, de durée variable, avec une vie sociale pratiquement normale.

L'écllosion de la troisième phase a coïncidé avec des événements extérieurs, qui sont certainement, à notre avis, les conséquences des premières manifestations de la phase plutôt que le facteur étiologique de l'écllosion.

Les phénomènes délirants de ce cas se manifestent comme expériences vécues, d'après lesquels il a le sentiment intuitif que les faits extérieurs possèdent une signification particulière en rapport avec son moi, comme idées de persécution, de jalousie, de préjudice, de privation, d'influence magique, comme idées hypocondriaques, symbolisations, incriminations, etc... Ces phénomènes ne pourraient pas être expliqués ni par la mentalité prépsychosique du malade, ni par les conditions de sa vie, mais ils se présentent comme des nouvelles manifestations d'un processus psychosique organique, nettement pathologiques.

A côté de ces phénomènes délirants surviennent des états de changement de l'affectivité, se révélant avant tout dans les relations du malade avec les personnes de l'entourage immédiat, des oscillations de l'humeur, avec dépression prédominante, des phénomènes hallucinatoires et illusionnels, particulièrement du côté de la sphère auditive et cénesthésique, probablement une certaine déformation du stock mnémonique, des troubles du cours de la pensée (arrêts, vides). Nous soulignons, comme symptôme également essentiel, les altérations de la fonction du

sentiment du moi, avec impression de devinement et détachement (vol) de la pensée, ainsi que les symptômes connexes du côté de la sphère psychomotrice : états d'impuissance à exécuter des mouvements, une sorte d'envoûtement, d'impression, comme s'il était lié du dehors (fait vécu de crucifixion et de mort), et mouvements involontaires (mouvements itératifs de la main, impulsions verbales), avec élaboration délirante secondaire de ces phénomènes psychopathologiques.

A signaler, en plus, des états oniroïdes nocturnes, à contenu terrifiant, avec raptus anxieux, excitation psychique et agressivité.

Le phénomène de non reconnaissance et de reniement de son fils est le résultat de la modification intime du moi, avec sentiment d'étrangeté, du négativisme et de la disposition délirante du patient d'une part, de la bizarrerie du caractère, de l'entêtement réactionnel et de la persévérance sénile de l'autre.

Au sujet de l'extériorisation des idées délirantes, le comportement du malade se montre ambivalent, suivant la présence de telle ou telle personne (dissimulation) ; d'autre part, la productivité des idées délirantes paraît limitée dans un secteur étroit.

On a observé des abus de tabac et d'alcool, épisodiques, mais intenses, avec intolérance relative, ainsi que de la polydipsie, pendant la période d'invasion de la phase psychosique actuelle.

On n'a pas constaté de déficit mental, ni désorientation réelle dans le temps, l'espace ou autopsychique, pas plus que l'amnésie progressive rétrograde de Ribot.

On doit souligner particulièrement la conservation de la personnalité entière, qui, sauf pour les faits en rapport à son système délirant, reste intacte, tant pour ce qui a trait à l'élaboration des éléments affectifs, éthiques et sociaux de la personnalité (réactions logiques et compréhensibles en face de la croyance délirante à la brutalisation de ses enfants, conclusions morales logiques en ce qui concerne le déshonneur supposé, etc.), que pour les rapports réciproques des fonctions fines de l'intelligence supérieure (jugement, discernement).

*

**

Le *classement nosologique* de notre cas pose les mêmes problèmes qui surgissent à l'occasion des psychoses de l'âge avancé. Toute psychose, en effet, qui se manifeste à cet âge — soit pour la première fois, soit qu'elle ait déjà fait son apparition au jeune âge, mais sans les conséquences de la désagrégation définitive

de la personnalité (comme, par exemple, dans les psychoses du cycle maniaco-dépressif ou dans certaines courtes et fines poussées schizophréniques) — est douée toujours de quelque trait particulier et caractéristique de cet âge.

Ce dernier fait qu'une psychose, ayant préexisté chez un sujet à la jeunesse, change en certains de ses éléments psychopathologiques dès que ce sujet entre dans le stade dit présénile, corrobore le point de vue d'après lequel l'âge possède une signification particulière pour la formation des manifestations psychosiques. A plus forte raison les psychoses, qui font leur éclosion pour la première fois à la présénilité, diffèrent, même dans leurs manifestations initiales, des manifestations correspondantes du jeune âge.

Ces problèmes se posent à propos des cas, dépourvus de symptômes organiques manifestes et nets, qui laissent leur empreinte au tableau clinique entier, ainsi qu'il arrive dans la maladie de Pick, la maladie d'Alzheimer, dans les états artérioscléreux, avec symptômes révélateurs d'une lésion encéphalique en foyer.

Or, si l'on met de côté les cas qui appartiennent à ces maladies organiques, franchement destructives de l'encéphale et qui sont rares, quand ils s'accompagnent de symptômes psychopathologiques abondants, il reste un certain nombre de cas qui s'apparentent au nôtre et pour qui on s'est efforcé en vain, croyons-nous, à créer des catégories nosologiques distinctes (délire involutif de préjudice, psychose involutive de récrimination, *paranoïa* ou *paraphrénie involutive* ou présénile, etc.).

Si l'on compare, en effet, les résultats des recherches et observations qui s'y rattachent, on constate l'existence de plusieurs éléments communs, ce qui laisse supposer une ressemblance clinique des cas, qui ne forment les différentes sous-catégories, peut-être artificielles, que parce qu'ils sont habituellement envisagés sous un angle spécial.

Ce qui distingue les psychoses, qui apparaissent en réalité pour la première fois à l'âge avancé (mûr), des psychoses qui appartiennent aux cycles connus, c'est avant tout le fait qu'elles atteignent en règle une personnalité déjà formée. Il serait peut-être plus exact, si l'on examinait sous un autre point de vue, non pas ces dernières, mais, par contre, les psychoses de la jeunesse. C'est que le processus psychosique, en attaquant la personnalité en plein développement, en arrête, non seulement le mûrissement normal, mais encore la façon, suivant les altérations psychosiques fondamentales, parfois même il dévie l'orientation de l'évolution de la personnalité.

Par conséquent, le résultat de la destruction ou modification produites doit être obligatoirement plus complexe, pour la raison que le dit processus, tout en modifiant, crée en même temps une personnalité nouvelle et prend une part active à l'évolution ultérieure. Citons, comme exemple typique, la différence qui existe entre la paralysie générale classique et la paralysie juvénile.

En d'autres termes, l'étude de la lésion, produite par le processus, serait théoriquement plus proche de la vérité, si l'évaluation du degré et de la nature de cette lésion, en elle-même, s'effectuait, non sur les formes juvéniles des schizophrénies, mais sur les schizophrénies dites tardives.

Dans ces dernières, en effet, la personnalité est arrivée à son développement définitif, de sorte que toute perturbation étrangère à celle-ci doit être attribuée au processus psychosique. C'est que la maladie psychique se présente avec plus de netteté pendant l'âge mûr que pendant la jeunesse et c'est précisément les formes apparaissant à cet âge qui devraient être prises comme modèle du genre. Mais, étant donné que c'est le contraire qui a lieu (car on connaît mieux la psychose quand elle atteint l'individu jeune, ainsi que les états terminaux qui s'ensuivent), l'éclosion de la psychose pendant la présénilité paraît différente, inaccoutumée et, en plusieurs points, obscure.

Nous admettons, en somme, que, pendant la présénilité, s'installent, avec les autres facteurs involutifs connus, les mêmes agents nocifs que pendant la jeunesse. En d'autres termes, que les psychoses préséniles doivent être classées, d'après leurs symptômes fondamentaux, dans les mêmes cadres que les autres. Beaucoup de cas, parmi lesquels on peut ranger le nôtre, doivent être considérés comme des formes de processus psychosique, particulières en raison de l'âge et appartenant au groupe des psychoses schizophréniques. On s'explique ainsi que le processus, tout en produisant des phénomènes psychopathologiques du groupe schizophrénique, laisse la personnalité intacte dans ses éléments fondamentaux, pour la raison qu'elle est déjà arrivée à un stade mûr de son développement.

**ESSAIS DE TRAITEMENT
DE QUELQUES ÉTATS DE DÉMENCE PRÉCOCE
PAR LA TUBERCULINE**

PAR

TOYE et RUFF

Malgré l'obstination chercheuse de nombreux auteurs, le problème thérapeutique de la démence précoce ne paraît pas avoir encore trouvé de solution univoque.

Cela tient, en partie, à ce que certaines données du problème sont encore obscures ou arbitraires et que certains auteurs y introduisent de véritables « paramètres », dont le nombre et la variabilité sont très différents, ce qui changeant l'énoncé même du problème ne permet pas de le résoudre d'une façon identique.

Il est difficile de généraliser avec objectivité ce qui est par trop subjectif. Or, s'il n'y a de science que du général, ainsi que le veut Aristote, il est certain que le problème thérapeutique de la démence précoce n'est pas un problème posé avec des méthodes scientifiques ; ce qui pourrait être approximativement atteint (encore que la nature même de la connaissance psychiatrique l'empêche d'être réductible à la Science, telle que l'entend la terminologie philosophique habituelle), si on voulait bien employer les mêmes mots pour désigner des faits, sinon identiques, du moins très semblables.

Or, on peut dire sans exagération que le diagnostic de démence précoce est, tout au moins à la période de début de l'affection, qui est, sans conteste, la période présentant le maximum de possibilités thérapeutiques, une interprétation subjective de certains symptômes, dont aucun n'est à lui seul absolument caractéristique.

C'est dire que le diagnostic de démence précoce est, au début de l'affection, un diagnostic de suspicion, qui sera contrôlé par l'évo-

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Juillet 1938.

lution de la maladie ; celle-ci, réduisant au fur et à mesure de sa marche les chances de succès, il n'y a pas lieu de s'étonner, encore qu'il faille le combattre, du pessimisme thérapeutique de trop d'auteurs.

A défaut de critères biologiques spécifiques, qui seraient un véritable fil d'Ariane dans le labyrinthe qu'est la maladie, des faits positifs permettent d'affirmer que la notion de démence précoce n'est qu'un concept syndromique.

Le démembrement de la démence précoce ne permet plus d'accepter *a priori*, sans une certaine réserve, la possibilité d'une thérapeutique, faite en « confection » et que chaque malade pourrait endosser avec profit.

En effet, aux démences précoces constitutionnelles, véritables syndromes abiotrophiques, comparables à la classique maladie de Tay-Sachs, où la vulnérabilité native des éléments nerveux explique leur dégénérescence quasi spontanée, s'opposent les démences précoces acquises, dont les étiologies sont certainement très complexes et très diverses.

Si, dans ces dernières années, des travaux nombreux ont souligné l'étiologie encéphalitique, colibacillaire, syphilitique ou tuberculeuse, possible de quelques états de démence précoce, il ne faut pas oublier que toute toxi-infection à tendance neurotrophe peut créer le syndrome et qu'enfin des nombreuses démences précoces surviennent et évoluent sans cause apparente et sans qu'on puisse, en l'absence d'études génétiques ou anatomiques, invoquer l'hypothèse constitutionnelle.

L'étude clinique et biologique de la démence précoce impose d'une façon irrésistible la notion de troubles fonctionnels conditionnant la maladie, tout au moins en son début.

La discordance clinique et surtout évolutive, le caractère mobile, fugace de certains troubles neurologiques ou biologiques, les rémissions spontanées ou thérapeutiques font envisager un trouble plus dynamique que statique.

Pour reprendre la grossière et si usagée comparaison du système nerveux avec un circuit électrique, il semble qu'ici, nous ayons plutôt à faire à des perturbations temporaires dans le sens et l'intensité des courants, qui deviendraient, par suite de modifications également temporaires dans l'agencement des conducteurs, anarchiques et fantaisistes.

La structure de générateurs serait à peu près intacte et ne subirait qu'en retour, les courts-circuits, interférences, variations du débit, fausses routes, erreurs d'aiguillage ou autres incidents observés.

Mais le raisonnement par analogie est souvent dangereux à manier et d'autre part nous sentons l'arbitraire de cette distinction, entre lésionnel et fonctionnel, trop rigoureuse pour être autre chose qu'une construction idéique, qu'une représentation intellectuelle des choses ; mais il est d'un bon et commode essai de schématisation, d'opposer le lésionnel et le fonctionnel, le premier s'appuyant sur l'anatomie, c'est-à-dire sur l'élément statique de la vie, le second reflétant plus particulièrement la physiologie, c'est-à-dire mouvement, la dynamique de la vie.

Nous estimons que la démence précoce dans la pureté relative du début, non scuellée par des éventuelles complications évolutives, est avant tout une maladie fonctionnelle, ce qui explique la réversibilité, la contingence et le polymorphisme des symptômes et en fait une maladie aux mille visages. Ce postulat implique des possibilités thérapeutiques plus nombreuses que s'il s'agissait d'admettre l'existence de lésions irréductibles.

Ce postulat est d'autre part à la mode et comme l'a dit si justement le professeur Laignel-Lavastine, « il y a une mode pour les théories, comme pour les chapeaux ».

Le néo-hippocratisme, la renaissance de la médecine humorale, que nous devons pour une grande part à Auguste Lumière et que Paul Pagès n'a jamais cessé de soutenir, s'accommode particulièrement bien de cette conception théorique de la démence précoce, en explique parfaitement nombre de ses modalités symptomatiques et évolutives et permet d'envisager avec ténacité de nouveaux horizons thérapeutiques.

L'hypothèse de la démence précoce, considérée comme un syndrome humoral à tendance neuro-toxique, permet par corollaire, d'envisager la possibilité d'un redressement humoral, spécifiquement ou non.

La régularité, dans le temps et l'espace, de la transmission des influx nerveux, semble perturbée dans la démence précoce, ainsi qu'en témoignent certains travaux de Mlle C. Pascal et Deschamps ; cette perturbation paraît une élégante représentation de la physio-pathologie du syndrome ; elle correspond à une réalité biologique.

La redresser, ne serait-ce pas améliorer, sinon guérir le malade ? En d'autres termes, notre conception dynamique de la maladie postule la possibilité de résultats thérapeutiques.

C'est pourquoi, malgré son caractère quelque peu mythique, nous la faisons nôtre, d'autant plus volontiers qu'un examen scrupuleux des faits oblige à reconnaître qu'elle n'est pas une simple vue de l'esprit.

Notre position explique tout l'intérêt que nous attachons aux prospections biologiques qui enrichissent notre connaissance des troubles de la circulation nerveuse dans la démence précoce.

Nous espérons que les recherches sur les variations chronaxiques et les électro-encéphalogrammes, par exemple, pour ne citer que quelques données à préciser, nous apporteront plus de possibilités constructives que n'en a fournies jusqu'ici l'anatomie pathologique.

C'est délibérément dans le sens d'une conception humorale, dynamique et synthétique, en envisageant le malade comme une individualité globale et en s'abstenant d'assimiler la maladie à une étiquette collée sur un foyer de localisation, que nous avons orienté nos efforts thérapeutiques.

Ce long préambule doctrinal nous a paru nécessaire afin de souligner que les quelques essais effectués ne l'ont pas été sans idée directrice.

Répetons-nous :

Nous interprétons le syndrome démence précoce comme une perturbation humorale générale, consécutive ou non, à diverses toxi-infections, agissant par neurotropisme sur des éléments nerveux plus ou moins fragiles constitutionnellement.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que date l'intérêt des inventaires biochimiques chez les déments précoces. Et les travaux foisonnent, d'importance inégale sans doute, mais qui, tous, témoignent de la valeur que nombre de chercheurs attachent à ces incidences bio-chimiques.

Des chimistes professionnels n'ont pas souri d'attaquer ce ténébreux problème et, seuls, ou en collaboration avec des psychiatres, ils ont apporté leur moisson de faits, d'autant plus précieuse qu'elle était souvent d'une exceptionnelle qualité. Nous citerons, entre autres recherches, le très important travail du biochimiste Marcel Crozet (Contribution à l'étude biologique de la démence précoce. Thèse de doctorat en pharmacie de la Faculté de Paris, 1936). Exécutées avec une rigueur scientifique absolue, par un homme de laboratoire, rompu à la technique chimique, ces recherches apportent de précieux résultats qui « montrent des perturbations indéniables dans l'élimination d'un certain nombre d'éléments normaux (chlorures, phosphates, etc...) et la fréquence tout à fait remarquable d'une hypercréatininurie parfois très intense ».

Nous pensons que de tels faits, apportés par des chercheurs aussi compétents, permettent que l'on parle sans réticence, ni crainte du déséquilibre humoral, dans la démence précoce.

L'un d'entre nous, dans des travaux antérieurs, avait envisagé l'hypothèse de ramener, dans certains cas, ce trouble humoral à une modification de défense, déclanchée par l'infection tuberculeuse, que les travaux modernes, en particulier ceux de Paul Pagès et d'Auguste Lumière, ont montré comme quasi-unanimement répandue chez les adultes de nos régions. Ce n'est point ici le lieu d'invoquer des arguments que l'on pourrait retrouver ailleurs si on le désirait. Nous rappellerons seulement que l'un d'entre nous a mis en évidence très souvent de l'acide formique dans les liquides céphalo-rachidiens de déments précoces, que cet acide formique constitue, aux dires de biochimistes distingués, tel Slosse, une étape dans le métabolisme des hydrates de carbone, que cet acide formique jouit, tant à l'égard du bacille de Koch que de ses toxines, de propriétés antagonistes et que l'intoxication des animaux de laboratoire par ledit acide formique crée un syndrome comparable à la catatonie expérimentale.

En conséquence, il avait envisagé l'hypothèse qui légitimait de multiples recherches ultérieures, que la démence précoce pouvait au moins, dans certains cas, dériver d'une agression neuro-toxique, résultant d'un métabolisme dérégulé par l'infection tuberculeuse et laissant prévaloir à un moment donné dans la désintégration métabolique des hydrates de carbone, le stade acide formique.

Expérimentalement, l'acide formique ayant joui chez l'animal de certaines propriétés neutralisantes à l'égard de la tuberculine, l'un d'entre nous s'était posé la question de la réciprocité de cette action antagoniste.

Si l'association tuberculine-acide formique forme une cryptotoxine, si d'autre part, certaines démences précoces sont conditionnées physio-pathologiquement par un métabolisme dérégulé dans le sens de l'excès d'acide formique, il était logique de chercher à utiliser la tuberculine dans le traitement de certaines démences précoces.

On voit donc que notre position est toute différente de celle des auteurs qui utilisèrent antérieurement la tuberculine comme médication de choc, s'intéressant plus particulièrement au côté physique, non spécifique de la thérapeutique, alors que pour notre part, nous envisageons un processus d'action plus spécifique, déterminé surtout par la neutralisation quasi-chimique des humeurs. Ici encore, ces distinctions peuvent paraître arbitraires ; elles sont cependant nécessaires si l'on veut comprendre pourquoi nous avons toujours utilisé une technique prudente, excluant autant que possible les chocs et les élévations de température importantes.

Ces recherches feront l'objet de la thèse que l'un d'entre nous soutiendra bientôt devant la Faculté de Médecine de Paris. On y trouvera les observations des malades traités, les doses employées, les voies d'accès, les modifications et incidents constatés, les résultats thérapeutiques et les conclusions que nous en tirons.

Quoi qu'il en soit, nous voulons dire ici que le choix des malades fut volontairement aveugle, dans l'ignorance où nous étions trop souvent des antécédents bacillaires, héréditaires ou personnels, des malades.

Les 26 sujets choisis sont tous des déments précoces avérés, dont la maladie évolue à l'hôpital psychiatrique, dans un laps de temps qui va de quelques mois à près de 22 ans.

Leur désignation fut dictée plus par l'existence d'un bon état général et par l'absence de contre-indications viscérales que par la recherche, trop souvent vaine, d'une étiologie ou de lésions concomitantes tuberculeuses.

La tuberculinothérapie fut employée pendant 3 mois très prudemment.

Elle fut précédée de cuti-réactions qui s'avérèrent presque toutes fortement positives. Ce qui impliquerait chez ces malades l'existence, admise par nombre d'auteurs, d'un état allergique. Dans trois cas sur vingt-six, la cuti-réaction fut négative ; ces malades, qui présentaient un bon état général, sans localisation bacillaire nette, furent à nouveau examinés 10 jours plus tard ; à ce moment-là, les cuti-réactions devinrent faiblement positives.

Nous avons utilisé la tuberculine brute de l'Institut Pasteur.

— 18 malades ont absorbé la tuberculine strictement par voie buccale.

— Les 8 autres malades ont reçu des injections intra-musculaires de tuberculine.

Les doses furent progressives ; elles s'échelonnent ainsi : la dose initiale la plus faible est un dix-millionième de mmgr. de tuberculine brute de l'Institut Pasteur.

L'augmentation prudente de cette dose de départ nous amena à utiliser des doses qui, présentement, sont de l'ordre de 2 centigrammes.

Dans l'ensemble, les réactions locales, focales et générales furent minimales et passagères.

Elles n'ont été observées que chez les malades soumis à un traitement par voie parentérale.

Nous n'en avons pas moins pris toutes les précautions hygié-

niques et diététiques pour les minimiser. Les résultats du traitement sur l'état général sont divers. Il semble que les malades calmes en aient bénéficié, dans presque tous les cas ; sur une dizaine de malades, la progression du poids est constante.

Les malades agités ont perdu du poids, mais il n'y a peut-être pas lieu ici d'incriminer le traitement.

Nous n'avons obtenu aucune modification, au point de vue mental, des malades ainsi traités.

Il se peut, en conséquence, que notre hypothèse de travail ne soit pas fondée. Mais avant d'envisager cette éventualité, il est de bonne méthode de rechercher les causes d'erreur possibles.

Il est incontestable que nous nous sommes placés dans des conditions thérapeutiques extrêmement défavorables.

Notre seule excuse est que notre matériel clinique ne nous permettait pas d'agir autrement.

En effet, d'une part la grande majorité de nos malades est déjà trop insérée sur la maladie pour qu'on puisse espérer la rupture des habitudes morbides.

Ici comme ailleurs, il se forme de véritables cercles vicieux pathologiques.

L'autisme, l'indifférence idéo-affective, la désagrégation de la pensée entravent ce qui subsisterait du jeu normal du psychisme et gêne par la suite sa récupération.

Les malades s'enfoncent dans leurs habitudes morbides et si nous n'acceptons pas comme le veulent les psychanalystes, qu'ils y trouvent un refuge, il est bien certain qu'ils y perdent de plus en plus les possibilités d'une idéation normale.

D'autre part, une discrimination devrait pouvoir être faite entre les déments précoces avec antécédents tuberculeux et les autres. Dans ces conditions, il devient beaucoup plus probable que la tuberculine, ne serait-ce que par une réaction focale entraînant un balancement psycho-somatique, observé par tant d'auteurs, amènerait une modification mentale, chez les déments précoces bacillaires.

Ces quelques essais, malgré leur échec, peut-être plus apparent que réel, sollicitent des observations ultérieures de la part de ceux qui pourraient délibérément et systématiquement se placer dans des conditions d'observation et expérimentation plus favorables.

Nos efforts auront eu au moins le mérite d'affirmer de façon absolue l'inocuité totale d'un traitement que d'aucuns considéraient encore comme dangereux.

Sur 26 malades, et bien que nous ayons employé à la fin du traitement des doses relativement élevées (2 centigr.), nous n'avons eu à déplorer aucun incident.

Nous en arrivons à cette conclusion que le traitement « omnibus » dans la démence précoce, ainsi que le signalait récemment à la Société Médico-Psychologique, en des termes excellents H. Baruk, est une erreur.

L'un d'entre nous, sans apporter une opinion définitive, que ne légitimeraient, ni le nombre, ni la durée des traitements observés, n'a jamais obtenu des résultats intéressants par d'autres méthodes actuellement pronées et également omnibus.

En particulier, sur 29 déments précoces impaludés et soumis à des accès réguliers pendant plusieurs semaines, seule une rémission dont nous ignorons l'avenir, a pu être notée. D'autre part, l'huile soufrée et les sels d'or employés systématiquement chez tous les déments précoces d'un service, n'ont guère donné de résultats encourageants.

Ici encore, la proportion des rémissions paraît de l'ordre de une sur trente, ce qui fait un pourcentage assez proche des rémissions spontanées.

Pour l'insulinothérapie, nous réservons nos impressions ; il semble, en tous cas, que la méthode ne soit pas exempte de danger puisque l'un d'entre nous a observé un œdème aigu du poumon au cours du traitement.

De ces quelques appréciations, évidemment beaucoup trop personnelles pour avoir la prétention d'être érigées en propositions affirmatives, nous ne voulons pas tirer une attitude de découragement pessimiste.

Nous pensons que la voie fructueuse serait celle qui soumettrait les déments précoces à une analyse clinique et biologique minutieuse et permettrait de dépister divers antécédents ou concomitants susceptibles d'être pathogènes.

Le traitement qui devrait viser à être tout à la fois symptomatique, étiologique et pathogénique, permettrait peut-être alors de combattre plus efficacement les causes possibles ou probables de la maladie.

Nous pensons que la thérapeutique ne doit pas sortir d'une maison de confection, mais doit être établie « sur mesure ».

Nous persistons enfin à schématiser le syndrome démence précoce comme résultant d'une perturbation humorale.

Cette conception de pathologie générale nous paraît riche de promesses.

Les travaux des chimistes américains sur la pathogénie de la mosaïque du tabac, ceux de Ludo Van Bogaert sur les troubles dans le métabolisme des lipides dans des maladies à répercussions nerveuses, telle la maladie de Schuller-Christian, celle de Gaucher, le syndrome de Niemann-Pick, « constituant un chapitre neurologique nouveau, celui des lipidoses », les travaux de Pagniez, Villaret et ses collaborateurs sur les polynévrites alcooliques, où on souligne de plus en plus l'important déséquilibre métabolique, sont quelques illustrations de ce renouveau de la médecine humorale.

Ce retour à une tradition édifiée sur l'expérience des siècles, rayonnante de la gloire de quelques hommes de génie, et sortie victorieuse des laboratoires où on la reniait, porte nos espérances.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 21 Juillet 1938

Présidence : M. A. FILLASSIER, président



Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du mardi 9 juin 1938 et le procès-verbal de la séance du lundi 27 juin 1938 sont adoptés.

PRÉSENTATIONS

Deux cas de fugues épileptiques conscientes et mnésiques, par M. Jean CARRIER.

A la suite de travaux sur l'épilepsie psychique, mnésique et consciente (Ducosté, Marchand, G. de Clérambault), nous pensons intéressant de vous présenter deux malades dont la nature des accès psychiques ne nous paraît faire aucun doute.

M. Raphaël B., âgé de 28 ans, est venu pour la première fois à la consultation de M. le D^r Marchand, à l'Hôpital Henri-Rousselle, le 10 mars 1938. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ; par contre, lourds antécédents collatéraux ; un oncle est mort à l'asile, deux cousins sont morts de crises d'épilepsie.

Fils unique, il a des convulsions à un an, puis à trois ans une première crise : il pousse un cri dans la nuit, se raidit, se débat, puis

devient cyanosé, le tout a duré une heure. Il aurait eu par la suite quelques crises peu typiques, cependant à neuf ans il fait une chute de bicyclette : on le ramasse sans connaissance avec de l'écume aux lèvres. Pas de certificat d'études. Au cours de son service militaire il est versé dans l'auxiliaire en raison de varices. Il se marie « sans bien réfléchir » en revenant du régiment, mais bientôt c'est la mésentente : B. reconnaît qu'il se mettait déjà en colère pour un rien ; il est séparé de sa femme depuis 1925 et vit avec sa mère qui tient un café à Rouen ; depuis 1936 il a une amie qu'il a l'intention d'épouser et a demandé le divorce. Habitudes éthyliques avec en outre polydypsie ; il nie la syphilis.

Depuis dix ans surtout les troubles du caractère sont allés en s'exagérant ; en outre sont apparus des impulsions et des accès dipsomaniaques. Ces phases troublées surviennent environ tous les 15 jours, elles sont précédées d'une phase prémonitoire durant laquelle B. se montre de plus en plus nerveux, irritable ; des impulsions apparaissent : B. prend des objets chez lui et les vend, il prend de l'argent et part un peu n'importe où, mais le plus souvent chez des amis chez lesquels il se couche ou qui le ramènent ; il boit surtout bien plus que de coutume ; il prend des taxis sans les payer et revient chez lui ; tout cela dure environ 48 heures pendant lesquelles l'insomnie est complète ; pas de phénomènes oniriques. Le lendemain, il est courbaturé, a des céphalées, des sensations de vertige, il dort souvent une journée entière, ne mange pas et présente une transpiration abondante. Il a alors la notion qu'il vient d'avoir un comportement pathologique, regrette ce qu'il a fait.

Fait digne de remarque : il a conservé le souvenir de tous ces actes accomplis en opposition avec sa manière d'être habituelle et il déclare être pleinement conscient lors de ces fugues : « J'ai l'impression d'être poussé irrésistiblement à faire ces choses déraisonnables. » Ajoutons qu'à la suite de ces accès où se produisent les fugues B. est plutôt déprimé, présente parfois des idées de suicide ; il déclare qu'il ferait mieux d'être enfermé ; il s'est du reste fait traiter deux fois à Rouen par le docteur X.

Un ou deux jours passent et B. retrouve son état normal jusqu'au prochain paroxysme. Depuis que B. est sujet à ces fugues conscientes, il n'a pas présenté de crises convulsives. Actuellement il se plaint d'être de plus en plus irritable, de perdre la mémoire. Les impulsions et les fugues sont déclenchées par une contrariété souvent minime. B. est pleinement conscient de la nature pathologique de ces impulsions, demande à en être délivré, il insiste sur leur caractère irrésistible : « même si je voulais résister, c'est plus fort que moi, il faut que je parte ».

B. est revu à la consultation de M. le D^r Marchand le 10/6/38, à la suite d'une nouvelle fugue consciente mais suivie cette fois d'une période amnésique puis d'une crise comitiale. Parti de Rouen le lundi de Pentecôte à la suite d'une dispute avec sa mère, il arrive à Paris

où il fait des excès de boisson ; le mardi après-midi : dysmnésie portant sur toute la soirée et la nuit durant lesquelles B. n'arrive pas à reconstituer son emploi du temps ; il se retrouve le mercredi matin dans un hôtel près de la gare St-Lazare où on lui apprend qu'il est arrivé à 2 heures du matin dans un état qui paraissait normal ; d'après ce qu'on lui a dit, il aurait été durant cette période dysmnésique retirer ses valises de la consigne, les aurait chargées dans un taxi, mais il ne peut dire ce qu'elles sont devenues. Il se rend ensuite à Versailles avec l'idée de s'engager : il s'en souvient très nettement : « Je ne voulais pas retourner chez moi, j'avais peur. » A son arrivée à Versailles il tombe sans connaissance dans la rue et revient à lui chez un pharmacien ; on lui dit qu'il vient de se débattre, pas de morsure de la langue, pas d'émission d'urine. On le mène à l'hôpital de Versailles dans une salle de nerveux, et le lendemain on le laisse partir tout seul à Paris où son divorce devait se plaider ; son père l'y trouve dans un état normal.

L'examen physique ne révèle rien de particulier ; pas de signes de dégénérescence. L'examen du système nerveux est absolument négatif, les pupilles sont normales, la tension artérielle 14/8, le réflexe oculo-cardiaque + 20. L'examen du sang montre une séro-réaction de flocculation faiblement positive, les autres réactions sont normales.

En résumé, on constate chez ce sujet des fugues conscientes et mnésiques qui paraissent bien être de nature comitiale. Point particulier, la dernière fugue a été caractérisée, outre une première phase mnésique, comme dans les fugues précédentes, par une deuxième phase amnésique, et enfin par une chute avec perte de connaissance qui semble bien être de nature épileptique. Ce dernier syndrome montre bien que les fugues conscientes et mnésiques antérieures de ce malade peuvent être rattachées à l'épilepsie. Quoique ce malade ait fait des excès éthyliques au cours de sa dernière fugue, nous ne pensons pas qu'ils soient suffisants pour produire l'amnésie et la perte de connaissance : il commettait les mêmes excès lors des autres fugues conscientes et mnésiques, en outre, les personnes qui l'ont vu à ce moment l'ont considéré comme dans un état normal.

*
**

Dans cette deuxième présentation, nous insistons sur le caractère nettement comitial des fugues conscientes et mnésiques puisqu'elles sont précédées ou suivies d'accès épileptiques convulsifs classiques.

Mlle Georgette M., âgée de 31 ans, est suivie à la consultation de M. le D^r Marchand à l'Hôpital Henri-Rousselle depuis mars 1935.

Antécédents héréditaires : un grand-père paternel avait des crises comitiales, il est mort à 46 ans au cours d'un état de mal. Parents bien portants. Deux frères en bonne santé. Antécédents personnels : à deux ans et demi, G. est atteinte de croup ; au cours de la convalescence apparaît une paralysie du côté gauche qui aurait duré un an, le membre supérieur a récupéré assez vite ses fonctions normales, mais G. a toujours eu depuis le membre inférieur gauche faible. Pas de convulsions dans l'enfance, mais colères d'une violence caractéristique et troubles du caractère. Après la puberté, apparition d'étourdissements et d'absences épileptiques. A 19 ans apparaissent de grandes crises épileptiques qui sont allées en se rapprochant.

Les manifestations épileptiques se présentent sous trois aspects :

1° Des crises précédées d'aura avec cris, puis chute sans connaissance, phase tonique puis clonique. Au cours de ces crises G. se mord la langue mais ne perd pas ses urines ; les convulsions sont plus marquées du côté gauche. Etat crépusculaire consécutif au cours duquel G. présenterait quelques hallucinations surtout visuelles. Parfois, après les crises, excitation transitoire avec chants, le plus souvent état dépressif avec certaines fois idées de suicide. Les crises convulsives se présentent en séries qui durent souvent deux à trois jours, malgré un traitement suivi de 0 gr. 20 de gardénal chaque jour.

2° Des absences. Il est arrivé, mais très rarement, que G. s'écroule à terre et se relève presque aussitôt sans avoir présenté la moindre convulsion.

3° Des impulsions conscientes et mnésiques avec fugues qui se présentent généralement de la façon suivante : la malade donne un motif à ses parents pour quitter leur domicile et on ne la retrouve que plusieurs heures après ; parfois le lendemain après l'avoir fait rechercher par la police. La fugue se termine par une ou plusieurs crises d'épilepsie, et après le retour de la conscience, la malade se souvient de tout ce qu'elle a fait pendant la fugue. Voici plusieurs exemples de ces fugues :

Le 27 mars 1936, crise convulsive puis fugue consciente : elle part à deux heures en disant qu'elle va chez une cousine, on ne la retrouve qu'à cinq heures dans une maison en construction loin de chez ses parents. Pendant qu'ils la ramènent, elle leur dit des sottises, essaye de se jeter sous les voitures ; elle ne mange rien pendant un jour, ne parle pas ou seulement pour dire des choses désagréables à son frère, menaçant de l'étrangler. Pas d'amnésie consécutive, elle déclare se rappeler fort bien les détails de sa fugue.

Le 28 août 1936, après deux fortes colères, elle se sauve de chez ses parents, revient d'elle-même une demi-heure après et a une crise. Le 20 mars 1938, nouvelle fugue consciente de 7 heures à 8 heures du soir : après une crise de colère pendant laquelle elle insulte ses parents, elle part de chez elle : on la trouve cachée derrière une haie, de mauvaise humeur, absolument consciente de son équipée et des

inquiétudes qu'elle a causées. Plusieurs crises le lendemain. Regrets consécutifs.

L'examen physique révèle des traces de morsures de la langue, raidement du membre inférieur gauche pendant la marche avec hypotonie musculaire, ébauche de Babinski du côté gauche. Les réflexes tendineux sont vifs des deux côtés sans clonus ni trépidation épileptoïde. Légères maladroites du membre supérieur gauche. Zones d'hypoesthésie au niveau du membre inférieur gauche. Les pupilles réagissent aux deux modes, légère mydriase gauche. L'examen viscéral est négatif. Les urines sont normales. Le métabolisme basal recherché le 18/10/37 était diminué de 16 0/0. Les réactions sérologiques dans le sang sont négatives. Dans le liquide céphalo-rachidien la tension est de 40/20. Albumine 0 gr. 20. Pandy 0. Weichbrodt 0. Leuco. 0,2. Benjoin : 00000.00221.00000. Elixir parégorique : 0-0. Réaction de Bordet-Wassermann et de Meinicke négatives.

Etat mental : on note une certaine lenteur de l'idéation ; les acquisitions sont très réduites, les troubles de l'attention assez considérables, mais G. s'exprime correctement. Dans l'intervalle des accidents épileptiques, G. a un caractère plutôt charmant, elle est même aux petits soins pour ses parents, s'occupe dans la maison. Elle s'est une fois excusée d'avoir fait de la peine à ses parents et de les avoir insultés. Les troubles du caractère annoncent généralement les crises ou les fugues qui seront suivies de crise : G. devient insupportable, méchante, grossière, interprétant tous les faits et gestes de son entourage en mauvaise part, elle est coléreuse et même vindicative.

Les différentes impulsions, et notamment les fugues qui précèdent ou suivent les crises, sont parfaitement conscientes et mnésiques ; notre malade se rappelle très bien les lieux de ses fugues, ses faits et gestes durant ses périodes impulsives. Généralement, les crises convulsives qui terminent les fugues conscientes, si elles n'abolissent pas les souvenirs de la fugue, s'accompagnent tout au moins d'un état d'abattement et de dépression durant lequel notre malade n'exprime pas spontanément de regrets. Dans ses bonnes périodes, cependant, G... regrette ses impulsions dont elle reconnaît le caractère pathologique : elle les déclare indépendantes de sa volonté.

Il ne faudrait pas se méprendre sur la portée que pourrait avoir la constatation de la conscience et du souvenir au cours de ces fugues chez un épileptique ; elles n'en restent pas moins des impulsions pathologiques et l'auteur d'un délit ou d'un crime accompli à leur occasion ne saurait évidemment être tenu pour responsable. Une analyse minutieuse des circonstances dans lesquelles ces fugues se sont produites, et aussi la connaissance approfondie du malade et des autres manifestations de type

comitial qu'il peut présenter, permettent toujours de considérer comme pathologiques des actes impulsifs qui eussent pu donner lieu à une erreur, en raison de la conscience relative qu'avait le malade au moment de leur accomplissement, en raison aussi du souvenir qu'il en garde.

Syndrome hallucinatoire chez une paralytique générale,
par M. LÉVY-VALENSI, M^{me} TEYSSIER et M. R. STORA.

De nombreux auteurs ont noté l'écllosion, au cours de la paralyse générale, de syndromes hallucinatoires dont certains furent envisagés, comme des séquelles de la malariathérapie, d'autres comme relevant directement du processus spécifique. Le problème des rapports de la psychose hallucinatoire chronique et de la syphilis nerveuse a soulevé d'ardentes discussions ; il était important de savoir si la syphilis pouvait parfois intervenir dans la genèse de ce syndrome, et si elle intervenait, de connaître son rôle précis : sur ce point, les vues sont plus ou moins divergentes. Aucune preuve absolue n'est venue encore clore le débat. Nous ne prétendons pas l'apporter aujourd'hui, mais le cas que nous présentons nous a paru mériter quelques instants d'attention.

Obs. — Il s'agit d'une Luxembourgeoise âgée de 40 ans, qui reçut une instruction sommaire et qui vint habiter Paris à l'âge de 10 ans. Elle fut employée à 12 ans dans une usine de films cinématographiques à Joinville-le-Pont.

En 1921, à 23 ans, se maria avec un bijoutier bien plus âgé qu'elle, infidèle et joueur, qui avait contracté antérieurement la syphilis et qui mourut 9 ans après son mariage, en 1930, d'hémorragie cérébrale.

Le début des troubles psychiques paraît remonter à 1931. A ce moment se place un fait médico-légal important : elle vola au Louvre une fourrure. Elle est arrêtée, conduite au commissariat, une enquête est faite à son domicile. Pourtant l'absurdité du vol est reconnue et l'affaire n'eut pas d'autre suite. Elle nous explique qu'elle ne sait pas pourquoi elle a commis ce vol puisqu'elle vivait très largement chez elle. Ce jour là, elle se sentait troublée, nerveuse, inquiète, et avait bu pour se remettre du vin de champagne. Cet état de dépression, d'abattement, d'insomnie, durait depuis un an.

Ses amis, après cette alerte, l'emmenèrent consulter à l'Hôpital de la Pitié, le Docteur Chavany qui lui fit une ponction lombaire ; son résultat ne nous est pas connu.

Laissant dans sa personnalité une empreinte profonde, cet acte devint le point de départ d'interprétations nombreuses.

« Les gens se méfiaient d'elle, la regardaient drôlement, on avait l'air de connaître son passé, les hommes remettant leur pardessus, le fermaient soigneusement, les femmes serraient leur sac contre elles. »

Elle crut qu'on la suivait partout, ses ennemis formaient une troupe nombreuse, l'épiaient, l'insultaient, lui disant : « voilà la voleuse ».

Le manège se reproduisait sans arrêt ; elle ne s'en plaignit à personne, mais ses sorties devinrent de moins en moins fréquentes, le cercle de ses connaissances de plus en plus étroit. Elle rompit avec deux de ses amis, craignant de les compromettre par cette affaire. Oubliant jusqu'au côté utilitaire de ces relations, elle vécut seule et dénuée de ressources. En 1936, elle connut un certain M. L., qui lui aurait fait avaler un poison spécial pour la rendre folle : « Aussitôt après son ingestion, ses yeux s'agrandirent, sa peau se tendit, ses oreilles bourdonnèrent, son visage s'empourpra, un voile passa sur ses yeux, sa tête craqua, elle ressentit de violentes brûlures intestinales, elle poussa de grands cris. Elle entendit : « Ça va diminuer sa vie. »

Actuellement, elle présente tous les signes de la Psychose hallucinatoire chronique avec hallucinations multiples et phénomènes d'écho de la pensée. Elle accuse des hallucinations auditives, elle entend des bruits violents, on lui tient dans sa langue maternelle des propos désagréables : « Votre sœur s'est jetée par la fenêtre, votre mère s'est donnée un coup de couteau, la viande que vous mangez est un morceau de votre père », etc. On note aussi des signes d'hypermnésie. Elle entend se dérouler toute sa vie comme en « un film parlant ».

Elle présente des hallucinations cénesthésiques à caractère désagréable, « tout son corps est traversé de courants électriques qui la font souffrir, on lui enfonce des aiguilles dans la chair ». On constate aussi des phénomènes d'écho de la pensée avec commentaires des actes, on s'intéresse à tout ce qu'elle fait, on énonce ses gestes : « Quand je bois, on me répète : elle boit, dit-elle, etc... » On lui répète ce qu'elle pense, ce qu'elle écrit, on devance parfois même sa pensée. Quand on l'ennuie trop, elle essaye de calmer ceux qui la tourmentent. Remarquons que tous ces phénomènes sont rapportés à une force étrangère à sa personne, qu'ils constituent un Syndrome d'action extérieure et qu'ils ne sont pas systématisés. Quant aux phénomènes d'écho de la pensée, ils signent la désagrégation psychique base du Syndrome de dépossession mentale.

L'examen du fond mental ne révèle pas d'affaiblissement intellectuel important. L'autocritique est partiellement conservée (tests d'intelligence réussis, tests d'attention convenables, mémoire peu perturbée). Nous ne retrouvons pas d'idées de grandeur.

L'examen physique nous montre des signes habituels de la paralysie générale compliquée de tabès, sans signes d'imprégnation éthylique, une dysarthrie spontanée et aux mots d'épreuve, de légères tré-

mulations linguales, une démarche ébrieuse avec dysmétrie et hypotonie musculaire marquée.

Les réflexes tendineux sont normaux aux membres supérieurs, abolis aux membres inférieurs, sans signe de Babinski ; le signe de Romberg existe. On ne note pas de modifications de la sensibilité cutanée au tact, à la douleur, au chaud et au froid. Réflexes pupillaires : signe d'Argyll-Robertson bilatéral. Ponction lombaire : benjoin colloïdal 22222.22222.00000. Prise de sang : Bordet-Wassermann positif + + + +. Antécédents familiaux : père âgé de 70 ans, bien portant. Mère morte à l'âge de 72 ans. Deux sœurs et un frère bien portants.

Circonstances de l'internement : Elle a présenté, le 11 mai 1938, un état confusionnel avec phénomènes oniroïdes et agitation, qui a motivé son entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de l'un de nous (elle voyait jouer une pièce de théâtre intitulée « La Voleuse », dit-elle. Elle aurait vu le visage de sa mère se pencher sur elle).

Il s'agit, en somme, d'une psychose hallucinatoire d'allure paranoïde ayant débuté par des interprétations délirantes et s'étant compliquée ultérieurement de phénomènes hallucinatoires signant la dissociation psychique. Rien ne peut distinguer ce syndrome de ceux qui, cliniquement semblables, ont une étiologie indéterminée. Seule la constatation de phénomènes dysarthriques, avec un léger déficit intellectuel des signes physiques et biologiques particuliers de paralysie générale, nous ont fait conclure à une étiologie spécifique.

Nous avons pensé d'abord que psychose hallucinatoire chronique et paralysie générale évoluaient séparément et que leur présence simultanée était simplement fortuite. En voyant les choses ainsi, nous suivions la théorie classique qui fait, d'une prédisposition spéciale constitutionnelle, le terrain d'élection du syndrome hallucinatoire chronique. C'était là, en un sens, se faire l'interprète du fatalisme désarmant de la psychiatrie classique.

Une deuxième hypothèse pouvait aussi être soulevée. On peut, en effet, faire jouer un certain rôle au processus syphilitique, penser qu'il a agi comme agent déclanchant survenant sur un terrain particulièrement favorable au même titre qu'une cause occasionnelle, traumatique, infectieuse ou autre. C'est une façon de voir qui concorde assez bien avec ce que nous avons l'habitude d'observer.

Quant à l'hypothèse d'un rapport direct entre la psychose hallucinatoire chronique et le processus de la paralysie générale, quelles raisons avons-nous de l'émettre ? Ce qui nous

permettrait de le faire, c'est, d'une part, la date de la contamination syphilitique, qui est antérieure de plusieurs années à l'apparition de l'acte médico-légal : première manifestation probable de paralysie générale ; d'autre part, un affaiblissement intellectuel peu marqué, condition essentielle de l'éclosion des phénomènes hallucinatoires.

Enfin, l'explication pathogénique tendant à faire des formes paranoïdes post-malariathérapiques l'expression d'une régression incomplète du processus paralytique, nous incita à penser qu'avant d'arriver à l'affaiblissement intellectuel global, la maladie pouvait, dans quelques cas, traverser une phase hallucinatoire d'intensité variable.

Les formes hallucinatoires qu'on a décrites représenteraient ce stade de l'évolution et seraient la marque d'un processus discret à marche peu rapide.

Le fléchissement fonctionnel sous la dépendance des dissolutions opérées à des niveaux élevés laisserait, au dynamisme perturbé, élaborer un délire plus ou moins riche.

Pendant l'évolution ultérieure, et les faits d'observation le prouvent, le processus lésionnel atteignant des niveaux de plus en plus profonds, diminuerait progressivement cette activité, dégraderait de plus en plus ce délire hallucinatoire pour l'éteindre définitivement ensuite.

En donnant cette explication pathogénique, nous restons dans la tradition jacksonienne, qui permet d'envisager, d'une façon si nouvelle et si séduisante, les faits psychiatriques.

Quelles preuves apportons-nous à cette façon de voir, mis à part l'acte médico-légal, qui est celui d'un paralytique général, disons-le bien, aucune autre ? Cette conception nous paraît pourtant la plus probable.

Les résultats du traitement la confirmeront-ils ?

M. HEUYER. — La production d'un syndrome hallucinatoire, c'est-à-dire du syndrome d'automatisme mental, au cours de la paralysie générale, a déjà fait l'objet de nombreux travaux. Il n'est pas douteux que la syphilis peut avoir un rôle déterminant dans la production du syndrome d'automatisme mental, et dans différentes conditions :

1° Syndrome d'automatisme mental au cours de la paralysie générale, réalisant une psychose hallucinatoire chronique, sur un fond d'affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué, et pouvant disparaître complètement après malariathérapie.

2° Syndrome d'automatisme mental sans paralysie générale, mais avec des signes de syphilis nerveuse, vérifiée par les réactions du liquide céphalo-rachidien. Le tableau clinique est celui d'une psychose hallucinatoire chronique, accompagnée de signes de syphilis du névraxe.

3° Syndrome d'automatisme mental, survenant chez un individu dont la syphilis antérieure est avérée, mais qui ne se traduit pas par des signes neurologiques. L'examen du sang ou la ponction lombaire permet de vérifier que cette syphilis est toujours en évolution. Le tableau clinique est celui d'une psychose hallucinatoire chronique banale survenant chez un ancien syphilitique.

4° Syndrome d'automatisme mental survenant chez un sujet qui présente des signes avérés d'hérédosyphilis. Nous venons de voir un cas de ce genre à l'Infirmierie spéciale : les stigmates dentaires étaient incontestables. Le tableau clinique est celui d'une psychose hallucinatoire, survenant chez un individu, dont les stigmates de dégénérescence sont en général multiples et dont l'hérédosyphilis peut être confirmée par un Wassermann positif du sang.

5° Syndrome d'automatisme mental, enfin, survenant au cours d'une paralysie générale, après malariathérapie. Le tableau clinique est celui d'une psychose hallucinatoire avec un affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué ; la psychose peut ressembler singulièrement à une démence paranoïde. Cette production d'un syndrome d'automatisme mental chez un paralytique général, après malariathérapie, démontre, d'une façon quasi-expérimentale, l'inutilité de toute explication psychologique, comme celle qui nous est apportée.

J'ajouterai qu'il paraît logique d'employer, pour le syndrome hallucinatoire d'une psychose chronique, le terme d'automatisme mental, créé par G. de Clérambault. Les synonymes qui ont été proposés, le « syndrome d'action extérieure » et les autres, ne sont que des démarquements du syndrome de Clérambault.

Enfin, les auteurs de la communication parlent de « signes physiques de la paralysie générale ». En dehors de la dysarthrie, il n'y a pas de signes physiques de la paralysie générale. Les signes physiques, sauf la dysarthrie, ne sont que des signes de syphilis nerveuse, qui ne caractérisent pas la paralysie générale.

M. GUIRAUD. — Je suis un peu surpris d'entendre appliquer, à un cas de paralysie générale ou de syphilis cérébrale, si l'on

préfère, à forme délirante, les principes du néo-jacksonisme psychiatrique, comme s'il s'agissait d'une doctrine admise sans conteste par tout le monde. Puisque les présentateurs croient qu'un syndrome délirant résulte d'une baisse de niveau mental, je les prie d'analyser le cas en détail et de montrer quelles sont les fonctions mentales qui ont disparu et par quel mécanisme de libération le système délirant a pu se constituer. Je ne nie pas que, dans quelques cas, on puisse trouver des libérations de fonctions dans la paralysie générale, par exemple celle des instincts intuitifs ou sexuels, comme nous l'avons soutenu avec Dide en 1921, mais je n'admets pas qu'on étende cette explication à toute la psychiatrie.

Résultats actuellement obtenus à la Clinique psychiatrique de Paris par l'insulinothérapie et la cardiazolthérapie, par M. le Professeur H. CLAUDE et ses collaborateurs.

J'apporte ici, résumées autant que possible, des observations faites dans le Service de la Clinique depuis novembre 1936, sur une cinquantaine de malades, avec la collaboration de MM. Rubenovitch, Nodet, Fortineau, Adnès, Vercier, Charles Durand, Stora, Chapoulaud, Asuad, Komarover et Mlles Bonnard et Magot.

A. SERVICE DES FEMMES

1° Insulinothérapie simple ou combinée au cardiazol

Obs. I. — Bat., 17 ans. *Hébéphrénie* évoluant depuis un an. « Indifférence, incurie, rêvasserie, reste au lit, mutisme habituel, idées délirantes vagues d'empoisonnement, alimentation difficile. » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 5 semaines. *Résultat* : nul (intolérance).

Obs. II. — Batt., 29 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis 3 ans. « Mutisme. Mimique maniérée et stéréotypée. Inactivité. Impulsions violentes. Hostilité marquée à sa famille. Refus d'aliments (sonde). » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 6 mois et demi (avec appoint de trois injections de cardiazol).

Résultat : grande amélioration permettant la sortie.

Obs. III. — Baud., 24 ans. *Hébéphrénie* évoluant depuis 1 an 1/2. « Inactivité. Indifférence. Apathie. Réponses à côté ou mutisme. Hallucinations auditives. Dialogue avec ses voix. Soliloque. Sourires

immotivés. Expression perplexe. Tendance aux fugues. » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 9 semaines. *Résultat* : nul.

Obs. IV. — Ben., 28 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis 3 ans. « Etat discordant d'évolution ancienne et progressive. Entrée dans le service en état confusionnel. » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie qui dissipe l'élément confusionnel et laisse intact le fonds discordant : rires explosifs et immotivés. Incurie. Inactivité. Indifférence affective. Contact imparfait avec l'ambiance. *Durée du traitement insulinique* : 7 semaines. *Résultat* : guérison.

Obs. V. — Bil., 23 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis 8 mois sur fonds de déséquilibre ancien. « Troubles du cours de la pensée. Indifférence. Idées délirantes hypocondriaques. Alternances d'excitation et de dépression. Hallucinations. Barrages. Ambivalence. » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 9 semaines. *Résultat* : rémission complète de 3 mois. Rechute.

Obs. VI. — Chau., 21 ans. *Etat confusionnel* apparu sur troubles graves du comportement évoluant depuis 8 mois. « Excitation psychique incohérente. Stéréotypies verbales. Agitation. Cris. Allusions à un choc sexuel probablement délirant. Hallucinations auditives. Esquisse de syndrome d'action extérieure. » *Traitement antérieur* : néant. *Durée de la cure insulinique* : 11 semaines (avec appoint de deux injections de cardiazol). *Résultat* : grande amélioration (reste en observation).

Obs. VII. — Cor., 16 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis 3 mois. « Ambivalence. Discordance. Idées délirantes floues sur un thème de filiation. Rires, larmes. Stéréotypies verbales. Alternances rapides d'excitation et de dépression. » *Traitement antérieur* : néant. *Durée du traitement insulinique* : 6 semaines. *Résultat* : rémission complète de 4 mois. Récidive.

Obs. VIII. — De S. Jeanne, 15 ans. *Etat confusionnel* avec signes de discordance évoluant depuis 1 mois. « Etat quasi-stuporeux. Idées délirantes pauvres de persécution. Fausses reconnaissances. Hallucinations auditives. Ambivalence : ce qui est noir est blanc. Ce qui est beau est laid, ce qui est laid est beau. Discordance. » *Traitement antérieur* : néant. *Durée du traitement insulinique* : 11 semaines (avec appoint d'une injection de cardiazol). *Résultat* : guérison (reste en observation).

Obs. IX. — De S. Yvonne, 27 ans. *Catatonie* évoluant depuis 7 mois. « Attitude figée, quasi-stuporeuse. Mutisme complet. Conservation des attitudes. Flaccidité cirreuse. Autisme. Gâtisme. Inertie totale. Ali-

mentation à la sonde. Etat général déclinant. » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie sans résultat et électropyrexie améliorant l'état général sans modification du psychisme. *Durée du traitement insulinique* : 20 semaines. *Résultat* : guérison complète.

Obs. X. — Dur., 20 ans. *Confusion mentale* apparue sur troubles progressifs du comportement évoluant depuis 6 mois. « Mentisme ou propos incohérents. Réponses à côté. Gesticulation désordonnée. Génuflexions. Pleure ou rit sans raison. Se déshabille. Echomimie. Automatismes mentaux. Gâtisme. » *Traitement antérieur* : néant. *Durée du traitement insulinique* : 6 semaines. *Résultat* : guérison.

Obs. XI. — Ex., 26 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis 2 ans. « Mutisme. Mimique évasive. Attitude autistique. Conservation des attitudes. Maigreur. Hypertrichose. » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 16 semaines. *Résultat* : légère amélioration.

Obs. XII. — Gast., 24 ans. *Psychose discordante* évoluant depuis 2 ans 1/2. « Propos incohérents. Soliloque. Dialogue avec ses voix. Délire pauvre, mal systématisé de persécution et à thème de compensation idéo-affective, de grandeur et parfois érotique. Syndrome complet d'action extérieure. Hostilité familiale. Indifférence affective et émotive. Inactivité complète. Incurie. » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 8 semaines. *Résultat* : guérison.

Obs. XIII. — Gos., 31 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis 2 ans 1/2. « Discordance. Réponses inadéquates. Sourires immotivés. Gestes stéréotypés. Opposition. Ambivalence. Marmonnement incessant. Attitude en chien de fusil. Hallucinations auditives. Converse avec ses voix. Voracité. Malpropreté. » *Traitement antérieur* : néant. *Durée du traitement insulinique* : 9 semaines. *Résultat* : amélioration partielle de 3 semaines. Rechute.

Obs. XIV. — Guil., 27 ans. *Hébéphrénocatatonie* évoluant depuis 1 an 8 mois. « Catatonie. Attitudes extatiques puis demi-stupeur. Semi-mutisme. Mimique discordante. Opposition. Expression énigmatique. Sourires. Alimentation difficile (sonde). » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie (2 séries) sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 8 semaines. *Résultat* : amélioration partielle. Meilleure adaptation à la vie de l'asile.

Obs. XV. — Hal., 22 ans 1/2. *Schizophrénie* évoluant depuis 4 ans. « Attitude et comportement démentiels. Déroulement incoercible de souvenirs stéréotypés. Puérilisme. Excitation euphorique. Ambivalence. Approbativité. Rires. Gloutonnerie. Malpropreté. » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie (plusieurs séries) sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 8 semaines. *Résultat* : nul.

OBS. XVI. — Kauf., 19 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis plus de 4 ans. « Apathie. Indifférence. Méconnaissance de sa mère. Ebauche de délire pauvre de défiliation. Rires immotivés et explosifs. Opposition. » *Traitement antérieur* : néant. *Durée du traitement insulinique* : 4 semaines. *Résultat* : nul (interruption précoce du traitement pour cause d'intolérance).

OBS. XVII. — Lech., 34 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis 12 ans. « Idées délirantes mystiques et hypocondriaques. Hallucinations auditives actives. Propos stéréotypés. Impulsions violentes. Restrictions alimentaires (sonde). Mauvais état général. » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 7 semaines. *Résultat* : guérison sociale.

OBS. XVIII. — Lio., 27 ans. *Hébéphrénocatatonie* évoluant depuis 1 an 8 mois. « Début par délire métabolique. Puis indifférence, inertie, gâtisme, stupeur catatonique, conservation des attitudes. Idées délirantes de plus en plus pauvres et incohérentes. » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 8 semaines. *Résultat* : nul.

OBS. XIX. — Mar., 34 ans. *Démence précoce* forme paranoïde évoluant depuis 2 ans 8 mois. « Délire métabolique incohérent. Hallucinations auditives et cénesthésiques. Interprétations multiples. Troubles de l'humeur et du caractère. Hostilité familiale. Méfiance. Excitation par moments. Colères, impulsions, tendances à la violence. » *Traitement antérieur* : abcès de fixation sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 6 mois. *Résultat* : amélioration partielle.

OBS. XX. — Mau., 25 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis 3 ans. « Troubles du cours de la pensée. Barrages. Logorrhée incoercible. Réponses à côté. Sourires. Incohérences. Pseudo-hallucinations auditives. Idées vagues de persécution. Discordance. Inactivité. Grossièreté. » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 8 semaines. *Résultat* : nul.

OBS. XXI. — Mül., 32 ans. *Catatonie schizophrénique* évoluant depuis un an. « Dépression atypique. Tendance à la conservation des attitudes : signes de la langue, de l'oreiller. Discordance. Sourires. Stéréotypies motrices. Indifférence. Opposition. Hallucinations auditives. Mutisme. Apathie. Inactivité. » *Traitement antérieur* : sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique* : 11 semaines (avec appoint de 3 injections de cardiazol). *Résultat* : guérison (reste en observation).

OBS. XXII. — Pour., 33 ans. *Hébéphrénocatatonie* évoluant depuis 5 ans. « Négativisme. Soliloque incohérent à voix chuchotée. Hallucinations auditives, mimique discordante. Sitiophobie et gâtisme.

Conservation des attitudes. Stéréotypies verbales et d'attitudes. Sourires grimaçants. Mauvais état général. » *Traitement antérieur*: sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique*: 10 semaines. *Résultat*: nul.

Obs. XXIII. — Rob., 25 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis 4 ans. « Troubles du cours de la pensée. Barrages. Discordance. Ambivalence. Sentiment d'étrangeté. Pseudo-hallucinations. Rires. Pleurs. Impulsivité. Répond en allemand ou en anglais. Inactivité. Hostilité familiale. » *Traitement antérieur*: sulfochrysothérapie et électro-pyrexie sans résultat. *Durée du traitement insulinique*: 8 semaines. *Résultat*: amélioration partielle et transitoire.

Obs. XXIV. — Ser., 28 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis 2 ans sur fonds de déséquilibre ancien. « Mutisme ou chants. Maniérisme. Puis négativisme, opposition. Inactivité. Sourires. Ambivalence. Discordance. Fixation amoureuse à un médecin et idées délirantes de mariage. » *Traitement antérieur*: sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique*: 8 semaines. *Résultat*: amélioration partielle.

Obs. XXV. — Slam., 22 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis 2 ans. « Se dit mariée et mère de famille. Troubles du cours de la pensée. Barrages. Rires explosifs. Sourires. Discordance. Ambivalence. Maniérisme. Instabilité de l'humeur. Indifférence à l'ambiance. Urine au lit. » *Traitement antérieur*: sulfochrysothérapie avec ébauche de rémission. *Durée du traitement insulinique*: 8 semaines. *Résultat*: rémission de deux mois. Récidive.

Obs. XXVI. — Verd., 22 ans. *Schizophrénie* évoluant depuis 5 ans. « Délire de filiation absurde. Haine familiale. Méconnaissance de sa mère. Désintérêt. Désadaptation. Inertie. Inactivité. Fausses reconnaissances. Semi-mutisme. Attitude énigmatique (statue égyptienne). Faciès congestif. Acrocyanose. Troubles vaso-moteurs importants. » *Traitement antérieur*: sulfochrysothérapie sans résultat. *Durée du traitement insulinique*: 8 semaines. *Résultat*: rémission de 3 semaines (sortie). Récidive.

2° Cardiazolthérapie simple

Obs. XXVII. — Rob. Anita, 28 ans. *Schizophrénie*. Début des troubles en septembre 1935. « Entrée le 4 décembre 1935 pour un état de dépression atypique avec hallucinations auditives imprécises, apathie et indifférence affective. Réponses inadaptées. Sentiment d'étrangeté, ambivalence, bavardage peu cohérent, variabilité de l'humeur. Etat qui passe à la chronicité. » Traitée par sulfochrysothérapie, ondes courtes, insuline. *Cardiazol*: 13 injections. *Résultat*: aucun changement.

OBS. XXVIII. — B. Armance, 27 ans, dactylo. *Mélancolie anxieuse*. Début des troubles : 4 juillet 1937. Entrée le 6 août 1937. « Présentait les signes d'un état anxieux à thèmes flous, hypocondriaques et de persécution. Auto-accusation, émotivité, introspection morbide. Impulsivité par intervalles. Tentative de suicide. Sentiment de dépersonnalisation. Eléments de déséquilibre constitutionnel. Agitation épisodique. » *Traitement* par sulfochrysothérapie du 26 septembre au 18 décembre 1937. *Cardiazol* : 10 injections. *Résultat* : amélioration nette des troubles. La sortie est accordée.

OBS. XXIX. — Duv. Jacqueline, 25 ans. *Schizophrénie*. Début des troubles en novembre 1934. Avait déjà été traitée en maison ouverte. Sortie améliorée le 2 janvier 1935. Nouvel internement le 11 mars 1936. Présentait les mêmes troubles. Avait fait une fugue de caractère impulsif. Légère excitation psychique. Antécédents héréditaires : mère déséquilibrée. *Traitement* : ondes courtes, hormovarine, isohypophyse. *Cardiazol* : 15 injections. Le traitement a eu lieu sans incident. *Résultat* : légère amélioration.

OBS. XXX. — R. Yvonne, 25 ans. *Démence précoce*. Début il y a 4 ans. Entrée le 2 février 1937. « Comportement hypomaniaque avec apparence de jeu. Mutisme. Maniérisme. Chants. A été trouvée errante venant de Montpellier. Dénudation et négativisme, attitude hallucinatoire, variabilité de la présentation et du comportement. Erotisme. Activité autistique. Etat qui a persisté longtemps sans changement. » Antécédents héréditaires : un oncle mort interné. Antécédents personnels : convulsions dans l'enfance. Insulinothérapie du 30 septembre 1937 au 14 décembre 1937, puis sulfochrysothérapie du 7 février 1937 au 4 juin 1938, sans résultat. *Cardiazol* : 13 injections. *Résultat* : l'état demeure atypique. Excitation disparue. Activité normale mais phénomènes oniroïdes et hallucinatoires nocturnes.

OBS. XXXI. — Lec. Suzanne, 33 ans. *Schizophrénie*. Début des troubles il y a 10 ans. Entrée le 18 avril 1938. « Présente des idées de persécution, des interprétations symboliques. Sentiment d'étrangeté avec tendance à l'isolement et réactions violentes d'origine délirante à l'égard des voisins. Excitation, agressivité irrationnelle. Anxiété. Hallucinations épisodiques, odeurs provenant d'un radiateur. » Traitée par le *cardiazol* : 15 injections. *Résultat* : nul.

OBS. XXXII. — Lon. Elisabeth, 22 ans. *Schizophrénie*. Début le 19 novembre 1937. Entrée le 25 novembre 1937 : « Excitation psychique atypique. Phases d'excitation et d'inertie. Bizarreries du comportement, maniérisme. Aspect maniaque. Eléments confusionnels atténués. » Traitée par sulfochrysothérapie, du 20 décembre 1937 au 9 avril 1938, et par *cardiazol* : 15 injections. *Résultat* : Amélioration considérable. Reprise de l'embonpoint, adaptation parfaite à l'ambiance, calme et lucide. Sa sortie est envisagée.

Obs. XXXIII. — Gou. Yvonne, 43 ans. *Schizophrénie*. Entrée le 20 avril 1938. « Idées de persécution et d'influence, idées délirantes mal organisées, quelques troubles du comportement, quelques idées imposées avec excitation psychique et troubles du caractère sur fond de déséquilibre et tendances érotomaniaques. » Début très récent de la psychose (deux mois). Antécédents psychopathiques : père paralytique général ; mère internée : délirante chronique ; une tante et deux oncles internés. *Cardiazol* : 6 injections. Amélioration des troubles et sortie le 28 juin 1938. Récidive le 1^{er} juillet 1938 : « Excitation psychique de type maniaque, avec éléments de discordance. »

Obs. XXXIV. — Bil. Jeanne, 24 ans. *Psychose schizophrénique en évolution*. Début en mars 1937. Entrée le 23 juin 1937 : « Semi-mutisme. Rires discordants. Idées de persécution. Hallucinations auditives et olfactives. Colères et impulsivité. Dépression par intervalles et préoccupations hypocondriaques. » Traitée par l'insuline. Sortie améliorée le 1^{er} janvier 1938. Récidive le 8 avril 1938 : même état qu'au début. *Cardiazol* : 15 injections. *Résultat* : nul.

Obs. XXXV. — Gou. Aline, 34 ans. *Psychose paranoïde*. Début : depuis 2 ans 1/2. Entrée le 22 mars 1938. « Psychose paranoïde : Syndrome d'action extérieure avec hallucinations auditives, interprétations. Thème érotomaniaque avec idées de persécution. Fond mental débile. » *Cardiazol* : 15 injections. *Résultat* : nul.

Obs. XXXVI. — Ric. Marie-Thérèse, 17 ans. *Démence précoce*. Début des troubles : mars 1937. « Syndrome hétérophrénocatatonique avec refus d'aliments. Conservation des attitudes. Mutisme. Gestes de prière. Idées délirantes à thème mystique. » Internée à Maison-Blanche de mars à juillet 1937. Sortie améliorée. Reprise des troubles en avril 1938. *Cardiazol* : 9 injections. Amélioration des troubles dès la première injection : La malade sort de son état catatonique, n'est plus gâteuse, fait sa toilette, mange seule. Répond aux questions. Sait où elle se trouve, connaît la date. Se rend compte de sa situation. Cette amélioration dure une semaine environ. On note, après, une rechute sans manifestations catatoniques, mais avec semi-mutisme, rires explosifs et immotivés ; on cesse le traitement. L'état de la malade persiste inchangé.

Obs. XXXVII. — Dew. Madeleine, 28 ans, employée de banque. *Démence précoce*. Début datant de janvier 1937. Entrée le 2 juillet 1937. « Attitude dépressive, inertie, indifférence, incurie. Sentiments d'étrangeté, transformation corporelle. Sentiments d'influence, hallucinations auditives et visuelles mal définies. » Antécédents familiaux : une sœur jumelle morte de délire aigu. Antécédents personnels : typhoïde en 1917. Traitée par sulfosine du 25 décembre au 8 avril 1938. *Cardiazol* : 12 injections. *Résultat* : Amélioration. Écrit

plusieurs lettres très correctes à ses parents. Cet état dure du 14 mai environ au 18 juin. Dans la nuit du 19 au 20 juin, état d'excitation avec anxiété et phénomènes oniroïdes. Arrêt du traitement et persistance de cet état.

Obs. XXXVIII. — Ter, Yvonne, 28 ans. *Schizophrénie*. Début des troubles le 3 novembre 1931. Entrée le 4 avril 1938. « Présentait un état discordant avec alternance d'état d'agitation et d'inertie. Pensée floue, imprécise, attitude de jeu, maniérisme. Elans affectifs paradoxaux. Incohérence. Langage alambiqué. Ambivalence. Amaigrissement. Dysménorrhée. » Transférée à Maison-Blanche le 3 décembre 1932. Sortie le 1^{er} mars 1933. Nouvelle entrée le 4 avril 1938 : présente le même état discordant avec ambivalence, troubles du cours de la pensée, maniérisme, désintérêt, puérilisme. Antécédents héréditaires : père syphilitique. *Cardiazol* : 15 injections. *Résultat* : nul.

Obs. XXXIX. — Leb. Henriette, 17 ans. *Etat confusionnel*. « Début récent des troubles. Entrée dans le service le 9 mars 1938 pour obtusion intellectuelle, propos incohérents, auto-accusations, réponses à côté, retardées. Syndrome sensoriel flou, opposition, tendance à la conservation des attitudes, anxiété. Choc affectif récent : contrariété sentimentale. » Etat saburral des voies digestives. *Cardiazol* : 12 injections. *Résultat* : guérison complète des troubles. Sortie le 25 juin 1938.

Obs. XL. — Gol. Hélène, 24 ans. *Psychose maniaque-dépressive*. Début des troubles en juillet 1933. 1^{er} internement du 4 juillet au 27 août 1933. « Présentait des signes de psychose discordante, avec bizarreries, sentiment d'étrangeté extérieure ; idées délirantes de filiation non systématisées. Inactivité. Instabilité. Hallucinations auditives, suggestibilité et refus d'aliments. » Nouvel internement le 12 avril 1935. « Désordre des actes, impulsions, hallucinations. Attitude d'opposition, résistance aux soins. » Traitée avec succès par la sulfochrysothérapie, sortie le 5 décembre 1935. 3^e internement le 9 mars 1938. « Excitation psychique et physique alternant avec des périodes de mutisme. Début à la suite d'un choc affectif. Lenteur idéique, ambivalence ; réticence partielle ; idées délirantes de filiation. » *Cardiazol* : 15 injections. *Résultat* : la malade est sortie guérie le 15 juin 1938.

Obs. XLI. — Rob. Eglantine, 33 ans. *Schizophrénie*. Début des troubles août 1930. Internée du 27 août 1930 au 20 déc. 1930. Entrée le 6 janvier 1938. « Présentait des idées floues de persécution à caractère paraphrénique. Etat dépressif atypique, attitude discordante, troubles du cours de la pensée, ambivalence, imprécision et flou de la pensée. Troubles profonds de l'affectivité et du comportement. A tenté à plusieurs reprises de tuer ses parents, guidée par une pensée altruiste. Tentative de suicide. » *Cardiazol* : 14 injections. *Résultat* : nul. Toutefois parle et discute son cas.

Obs. XLII. — Gui., 30 ans. *Schizophrénie*. Début des troubles en avril 1935. « Présentait un syndrome excito-confusionnel avec onirisme et paroxysmes anxieux. Mutisme ou rares propos incohérents. » Sortie le 1^{er} juillet 1935. 2^e internement le 9 octobre 1935. « Crise d'agitation, gesticulation désordonnée, attitude extatique. Opposition, anxiété par intervalles. L'évolution des troubles se fit vers un syndrome hétéphréno-catatonique, avec tendance à la conservation des attitudes et passage à la chronicité. » Antécédents héréditaires : un grand-père aurait fait des « crises nerveuses » ; une tante est atteinte de troubles mentaux. *Traitement* : insulinothérapie, avril 1937. Aucun changement n'est constaté. *Cardiazol* : 13 injections. *Résultat* : nul.

Obs. XLIII. — Ler. Andrée, 38 ans. *Schizophrénie*. Début des troubles, octobre 1937 : « par désorientation, désordre des idées et des actes, altération de l'attention avec fuite des idées, logorrhée ; soliloquie, anxiété par intervalles, insomnie, refus partiel d'aliments, quelques éléments délirants stéréotypés. Indifférence complète. Physiquement amaigrie, aurait présenté des hémorragies récidivantes (métrorragies, mœlena) ». Spécificité héréditaire possible. Traitée par la sulfosine sans amélioration. *Cardiazol* : 5 injections. *Résultat* : amélioration passagère des troubles mentaux, adaptation meilleure à l'ambiance. Récidive au bout d'une semaine. Présente le même tableau clinique qu'à son entrée. Etat persistant.

Obs. XLIV. — Esc. Anna, 27 ans. *Schizophrénie*. Début des troubles mai 1935. Soignée en maison de santé, puis internée le 24 avril 1937. « Présentait des signes d'état discordant, avec mutisme obstiné. Sourires figés. Barrages absolus. Réponses par signes. Attitudes autistiques. Coprophagie. Gâtisme. Etat passé à la chronicité. » Pas d'hérédité vésanique. Antécédents personnels : travailleuse, intelligente, avait fait deux années de droit. Traitée par sulfosine. Insuline. *Cardiazol* : 15 injections. *Résultat* : nul.

B. SERVICE DES HOMMES

Obs. I. — Mal., 24 ans, entre le 27 mai 1938 pour un syndrome hétéphréniq. Bonnes études. Depuis 2, 3 ans, tendance de plus en plus marquée à s'isoler. En janvier 1938, apparition d'un état semi-confusionnel avec hallucinations et quelques idées délirantes. Puis mutisme, indifférence. Inertie. Passivité souriante. Improductivité. Impression de pensée devinée et répétée. Quelques vagues idées d'empoisonnement et de persécution. *Cardiazol* : 6 injections. Amélioration progressive dès la 2^e piqûre. S'intéresse autour de lui, reprend contact, parle. Très bien adapté. Sortie le 19 juillet 1938.

Obs. II. — Ack. Charles, 20 ans, entré le 1^{er} juin 1938. Syndrome hétéphréniq. Pas d'antécédents : travaille jusqu'en octobre 1937.

Sa famille le trouve très changé : parle seul dans la rue, se vante beaucoup. Amaigrissement. Bouffée hallucinatoire oniroïde à l'Hôtel-Dieu. Se perd une nuit dans Paris et marche jusqu'au matin. Redoute qu'on lui fasse du mal. Veut quitter la maison. En mai, à la suite d'un épisode sentimental, crise d'agitation : parle beaucoup, incohérence. A l'entrée : bavardage incohérent, fuite des souvenirs. Désorientation, sourires discordants. Improductivité. *Cardiazol* : 7 injections. Amélioration progressive. Incohérence disparaît. A oublié son état antérieur délirant et confus. Désir de partir. Sortie le 13 juillet 1938.

Obs. III. — Tru., 21 ans, entré le 15 mars 1938. Syndrome hétérophrénocatatonique. Pas d'antécédents névropathiques. Maladie en cours depuis au moins 6 mois. Troubles du caractère, puis apparition d'idées très actives de persécution : menaces de mort à l'endroit de son concierge avec un revolver acheté le matin même. Etablissement rapide du syndrome catatonique : inertie complète, opposition alimentaire (sonde), persévération des attitudes spontanées et provoquées, grimaces, gestes stéréotypés. Exécute des ordres simples. Mutisme avec quelques marmottements indistincts. Air égaré. *Cardiazol* : 4 injections. Amélioration marquée dès la 2^e injection. Rémission apparemment totale. Sortie le 30 mai 1938.

Obs. IV. — Lac. Henri, 28 ans. Entré le 20 avril 1938. Bouffée délirante confuso-hallucinatoire. Enfant naturel. A toujours souffert de l'illégitimité de sa naissance. Tendances dépressives. Bonne santé par ailleurs. Mère délirante et persécutée depuis 8 ans (non internée). *Syndrome de persécution* depuis plusieurs mois : hostilité, malveillance dans son travail. Donne sa démission. Se sent partout surveillé, attendu. L'inquiétude augmente brusquement la veille de Pâques : bouffée confusionnelle à note pseudo-mystique et grande agitation. Sédation rapide. Lacune amnésique. Hypermnésie des souvenirs d'enfance. Mentisme obsédant. Signification de plusieurs incidents enfin comprise. Pensée devinée. Transmission de pensée pendant la nuit. Cet état se prolonge pendant un mois. *Cardiazol* : 8 injections. Amélioration progressive : disparition des phénomènes pendant le sommeil et de l'euphorie hypomaniaque, puis de la signification intentionnelle de gestes fortuits. Puis rectification complète. Sortie le 7 juillet 1938 : rémission apparemment totale depuis 15 jours.

Obs. V. — Gué. André, 31 ans. Entré le 21 mars 1938. Bouffée délirante et anxieuse. Pas d'antécédents. Tempérament doux et timide, plutôt gai. Apparition assez brusque en janvier 1938 d'interprétations et d'intuitions délirantes : supérieurs et collègues veulent son renvoi. Il se sent surveillé. Signification intentionnelle de multiples détails journaliers. Impression de pensée étrangère, devinée, commentée. Se sent hypnotisé. Croit percevoir des ordres. Cauchemars. Anxiété à prédominance vespérale. Tentative de *suicide* par le gaz d'éclairage, qui motive l'internement. A la quinzaine, l'anxiété a totalement dis-

paru, la conviction délirante demeure entière. Amélioration au début de mai, puis recrudescence des idées de persécution et de l'anxiété. *Cardiazol* : 3 injections. Amélioration rapidement progressive. Rémission apparemment totale et perçue par le malade : « C'est comme un voile qui s'est déchiré devant mes yeux... Ma mémoire est revenue... » Va sortir.

OBS. VI. — Gar. Louis, 26 ans, entré le 12 janvier 1938. Psychasthénie délirante et anxieuse. Père neurasthénique. Mère nerveuse, agitée. *Psychasthénie* ancienne. Meticulosité, désir immodéré d'ordonner les objets autour de lui, se récite leur place ainsi que ses occupations de la journée. *Préoccupations hypochondriaques* : centrées autour d'une syphilis de 1926 dont il ne peut jamais admettre être guéri. Préoccupations intestinales allant jusqu'à une colectomie. *Syndrome anxieux* depuis novembre 1937. Deux tentatives de suicide à Tenon et à Bichat. Anxiété se double d'idées *délirantes de persécution* : sentiment d'influence, impression qu'on se moque de lui et qu'on lui reproche à la fois d'être pédéraste et l'amant de sa mère. Désarroi continu. *Cardiazol* : 8 injections. Amélioration progressive et complète : disparition de l'anxiété, du sentiment de persécution. Rectification, satisfaction, gaieté, impression de bien-être. Sortie le 11 juillet 1938.

OBS. VII. — Bro. Victor, 35 ans, entré le 29 mars 1938. Mélancolie avec idées de persécution et auto-accusations. Caractère cyclothymique. Vie normale et efficace. Depuis septembre 1937, devient inquiet, renfermé ; trouve changée et étrange l'attitude de sa famille. Voit des allusions partout. Interprétations multiples. Rémissions et recrudescences. Réaction mélancolique avec idées de suicide et tentative préméditée. A l'entrée : prédominance de l'état mélancolique, sans grande anxiété. Découragement. Mentisme obsédant et pénible de fautes qu'il se reproche inconsidérément. Phantasmes oniriques (se croit mangé par les rats, précipité à la mer). Lutte douloureuse contre ces images. Rémission spontanée de courte durée. Puis reprise des idées délirantes de persécution et d'auto-accusation. *Cardiazol* : 2 injections. Disparition en quelques jours de l'état anxieux et des idées délirantes. Gaieté. Entraîn. Impression — confirmée par la famille — qu'il n'a jamais été aussi bien depuis plusieurs années. Sortie le 10 juillet 1938.

OBS. VIII. — Lan. Maurice, 32 ans, entré le 31 janvier 1938. Délire à deux. Les troubles psychiques de sa femme (internée) ont une antériorité plus chronologique que logique. Caractère vif et méfiant, assez renfermé. Autodidacte. Délire tumultueux de persécution éclos dans le mois qui précède l'internement. Désarroi se terminant par une démarche à l'Elysée où toute la famille (père, mère et enfant) va demander protection, revolver en poche. Reste très anxieux dans le service, casse plusieurs carreaux d'un coup de tête. *Cardiazol* :

8 injections. Amélioration très nette de l'anxiété. Légère excitation hypomaniaque, avec une suffisance un peu débile. Rectification des idées délirantes précédentes et des démarches sous le coup de l'anxiété. Mentisme obsédant persiste : défilé de souvenirs. Manifestement halluciné ; croit entendre sa femme. A l'impression très nette de pensée devinée à l'instant même par l'entourage.

OBS. IX. — Clo. Pierre, 32 ans, entré le 4 janvier 1938. *Syndrome schizophasique* avec incohérence du langage presque complète et presque continue. Légère excitation : fugacité et télescopage des souvenirs, ellipses. Répond à quelques questions simples. Euphorie, expansion. Mégalomanie. Décours depuis 4 ans au minimum. *Cardiazol* : 10 injections. Aucune modification.

OBS. X. — Meu. Henri, 32 ans, entré le 12 octobre 1932. Hébéphrénocatatonie. Inertie. Indifférence. *Cardiazol* : 8 injections. Aucune modification.

OBS. XI. — Meu. Ernest, 29 ans, entré le 15 février 1935. (Frère du précédent). Hébéphrénie. Indifférence affective. Maniérisme. Discordance. Troubles graves du comportement, aggravés dehors par des excès éthyliques. Inertie. Improductivité. *Cardiazol* : 8 injections. Aucune modification.

OBS. X. — Lel. Charles, 31 ans. Entré le 26 février 1927. Hébéphrénocatatonie. *Cardiazol* : 8 injections. Aucune modification.

OBS. XI. — Cle. Jean, 18 ans, entré le 12 mars 1938. Etat confuso-anxieux. Depuis l'âge de 15 ans, inquiétait ses parents par des chutes brusques, sortes de syncopes, sans perte de connaissance ni aucun caractère épileptique classique. Cela durait quelques minutes, accompagné d'une terreur effrayante de mourir. Caractère renfermé, « ingrat », disent les parents. Depuis le début de l'année se plaignait d'un travail physiquement et moralement pénible pour lui. Dès janvier : anxiété, insomnie, parfois même agitation et hurlements. A l'entrée, état confusionnel avec agitation anxieuse qui, étant donné l'état fébrile et le mauvais état général, fait craindre un délire aigu. Les signes généraux s'améliorent. L'état confuso-anxieux persiste sans changement malgré un traitement à la sulfosine.

Insuline du 2 mai au 17 juin. 1^{er} coma à 55 unités le 13 mai. 19 comas entre 45 et 70 unités. Sans incidents. Amélioration progressive avec retour à un état général florissant. L'état confusionnel est plus lent à disparaître que l'état anxieux. Reste longtemps brady-psychique. Actuellement rémission apparente. Reste encore sans beaucoup d'élan, sans beaucoup de réaction.

OBS. XII. — Dec. Edouard, 23 ans, entré le 18 juin 1937. *Syndrome hébéphrénique*. Aucun antécédent. Licencié en droit. En novembre

1935 : crise d'agitation, avec menaces contre sa mère, qui dure trois semaines. Retour de troubles en 1937. Hallucinations multiples. Sentiments d'influence, de prise de pensée. Réaction mélancolique. Bradypsychie. Semi-mutisme. Désaffection filiale, hostilité et menaces.

Insuline du 15 février au 19 mai 1938. Sommeil profond à 80 unités (8 mars). On n'obtient un coma complet qu'à 170 unités (7 avril).

Interruption le 20 mai : pleurésie gauche typique. Mère aurait eu autrefois une pleurésie. Aucun antécédent personnel. Amélioration partielle : conserve les mêmes troubles du cours de la pensée. Echo de la pensée. Idées 1/2 délirantes, 1/2 maniaques quand il se dit en riant le roi d'Angleterre. Conviction amusée. Meilleur *contact affectif* : affectueux et attentif envers sa mère. Calme, lucide. Vie mieux adaptée pendant deux mois. Reperd actuellement le contact avec l'ambiance.

Obs. XIII. — Bad. Bernard, 23 ans, entré le 8 décembre 1937. Bouffée délirante. Antécédents bacillaires : ostéite costale à 9 ans ; pleurésie en 1935. Mère internée, morte bacillaire. Depuis novembre 1937, sombre, méfiant, se croit poursuivi et suspecté. Agitation anxieuse. Délire flou et imprécis. Lassitude psychique.

Insuline du 15 février au 26 avril. Agitation confuse. Coma à 180 unités. Interruption après un œdème aigu du poumon, à la suite d'un sondage alimentaire.

Amélioration progressive ensuite. Disparition de l'anxiété. Rectification du délire. Sortie le 15 juillet 1938.

Obs. XIV. — Fag. Paul, 18 ans, entré le 8 avril 1938. Syndrome hétéphrénique. Pas d'antécédents. Début des troubles remontant à juillet 1934. Devenait de plus en plus refermé sur lui-même. Graphorée imprécise, poèmes inachevés. Tendances dépressives. Hostilité à l'ambiance. Attitudes bizarres, grimaces. Préoccupations religieuses paradoxales. Vie de plus en plus autistique et improductive.

Sulfosine : sans amélioration (début 1937).

Cardiazol : 5 injections, du 12 mai au 28 mai 1938 ; pas d'amélioration, anxiété marquée ; mauvais état général, très amaigri.

Insuline : du 1^{er} juin au 8 juillet. Progression de 5 à 145 unités : somnolence plus ou moins profonde, jamais de coma ; crise épileptiforme. Amélioration nette et incomplète. Anxiété et hostilité tombées. Meilleur contact avec l'ambiance. Adaptation familiale. Reste encore sur une réserve timide, manque d'élan et d'initiative.

Obs. XV. — Ka. Roland, 30 ans, entré le 7 mars 1938. Mutisme délirant hétéphrénique. Début des troubles remontant au moins à 4 ans. Déjà quelques bizarreries : n'apprend son mariage que 3 mois après à ses parents chez qui il continue à vivre. Tendances à se croire persécuté. Séjour en maison de santé à partir de 1934 : préoccupations hypocondriaques à propos d'un abcès axillaire. Tente de se suicider

avec des lames de rasoir. Idées mégalomaniaques. Se sent surveillé, espionné, des sortilèges partout. Mutisme à peu près total pendant 3 ans. Vit paisiblement en maison de santé. Y tombe amoureux d'une très jeune malade pour laquelle il consent à parler. A l'entrée, mutisme complet. Comprend et exécute des ordres parlés et écrits. Yeux attentifs. Quelques signes en guise de réponse. Docilité indifférente.

Insuline du 9 mars au 13 mai. Coma à 90 unités, 8 avril. Commence à parler un peu, surtout au réveil du coma, après beaucoup de sollicitations. Toute allusion à sa famille et à son passé lui referme la bouche. Deux comas à 90 unités: 11 et 13 mai, en fin de coma, avant le sérum glucosé. *Cardiazol*: 0 gr. 50. Crise épileptique banale. Amélioration fait un pas énorme. Mutisme disparaît à peu près. Réadaptation à la vie, contact de plus en plus facile. Parle de cette période de mutisme.

Service libre depuis le 24 mai. Comportement normal, travaille un peu, se distrait, bavarde. Reliquat délirant: serait harcelé peut-être par des observateurs inconnus. Surtout méconnaissance de sa femme. Ce n'est pas elle qui est venue le voir, mais une autre femme qu'il a connue. Conviction absolue. Reprend un faciès buté dès qu'on aborde ce sujet.

REMARQUES

Presque tous les sujets traités par l'insuline ou le cardiazol dans notre Service, avaient subi sans succès une ou plusieurs cures pyréthériques (sulfo-chrysothérapie ou électropyréxie) qui, d'après nos statistiques, donnent cependant 30 à 40 % de succès.

De ce fait, se trouvent presque automatiquement exclues de ces traitements, les bouffées délirantes souvent spontanément ou facilement curables, qui permettent difficilement d'apprécier l'efficacité d'un traitement.

I. INSULINOTHÉRAPIE

1° *Technique*. — Examen préalable complet du sujet: poids, urines, métabolisme basal, glycémie, formule hématologique, exploration fonctionnelle du foie et du rein, du cœur et de la pression artérielle, radiographie du champ pulmonaire.

Isolement des malades dans une salle affectée à la cure. Suppression des visites qui ne seront reprises, pour chaque cas, que sur l'ordre du médecin traitant. Infirmières spécialement exercées. Surveillance médicale constante.

Doses de début: 5 à 15 unités. Augmentation progressive. Les injections sont quotidiennes, sauf deux jours par semaine,

dits « de repos », pendant lesquels les malades sont suivis au point de vue psychothératique.

Nécessité d'une continuité persévérante dans l'effort thérapeutique : faire suivre les malades par les mêmes médecins et les mêmes infirmières tout au long de leur cure.

Pendant les séances de traitement : malades suivis constamment au point de vue de la température, du pouls, de la pression artérielle, du rythme respiratoire et des réactions somatiques et psychiques. Notation minutieuse de ces divers éléments, presque minute par minute, sur des feuilles d'observation spéciale (qui constitueront des mines d'observations intéressantes sur les syndromes traités).

Chaque séance présente deux phases : 1° la phase qui suit l'injection d'insuline ; 2° la phase qui suit l'absorption de glucose.

Première phase : Symptômes neurologiques, neuro-végétatifs, somatiques et psychiques de l'hypoglycémie provoquée, évoluant vers la somnolence, le sommeil et le coma plus ou moins profond, accompagnés d'une transpiration plus ou moins importante et aboutissant parfois à une crise convulsive de type épileptique. L'état de choc est poussé plus ou moins loin, selon les cas. Dans la plupart, il convient de le laisser évoluer jusqu'au coma qu'on laisse durer de cinq minutes à une heure et demie. Si le malade est en état de boire, arrêt du choc par absorption de solution glucosée (de taux défini), diluée dans du thé parfumé au citron. Si coma : absorption de la solution glucosée par sonde œsophagienne (avec les précautions d'usage permettant de contrôler la présence de la sonde dans l'estomac en l'absence des réflexes), ou injection par voie intra-veineuse d'une solution glucosée hypertonique poussée très lentement (5 à 10 minutes pour 20 à 60 cc.).

La dose de glucose est en rapport avec la quantité d'insuline injectée et les réactions individuelles du sujet : le passage du sucre dans les urines indique un excès de glucose ingéré (nécessité de la recherche quotidienne du sucre dans les urines).

2° phase : Variations très grandes dans la rapidité du réveil, parfois crises d'agitation, cris, confusion. Très rarement, retour du coma dans l'après-midi. Stades de demi-réveil : levée des inhibitions et des barrages de la pensée, d'où conversations plus libres et confidences, rôle favorable de l'anxiété insulinaire, quelquefois manifestations oniroïdes ou franchement oniriques. Parfois adaptation meilleure dès le début, parfois seulement après plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Retour progressif de l'intérêt et de l'affectivité. A la suite de la répétition des séances de choc, amélioration, en général, très lente. *Nécessité de ne pas se lasser*, de poursuivre la cure en adaptant les doses d'insuline selon les périodes de sensibilisation et d'accoutumance successivement présentées par les malade. C'est ainsi qu'au bout d'un certain temps, 30 ou 40 unités peuvent donner le même effet qu'avaient donné 80 ou 100.

2° *Résultats*. — Aucun résultat *stable* obtenu dans le traitement des démences précoces de date ancienne répondant au type décrit par Morel avec caractères démentiels très accusés.

Résultats rares dans les schizophrénies de date ancienne (à partir de 2 ans). Parfois même, modification défavorable du caractère. Cependant, une schizophrénie évoluant depuis 12 ans (Obs. XVII) a présenté une guérison sociale qui se maintient depuis plusieurs mois.

Dans les cas de symptomatologie schizophrénique avérée, mais n'évoluant que depuis quelques mois à moins de deux ans, résultats parfois brillants, parfois simple amélioration du comportement. Il arrive, dans ces derniers cas, que le fonds mental ne soit pas toujours très modifié, mais il y a presque toujours une adaptation meilleure aux conditions de vie générale (propreté, affectivité, réactions d'intérêt, malgré la persistance de certaines idées délirantes et d'hallucinations). Même dans les cas moins favorables, beaucoup de ces malades prennent plus de soin de leur personne, sont capables d'aider des infirmières dans le service et de se prêter à des jeux ou à des lectures, dont ils n'avaient plus souci autrefois.

Dans certains cas, la répétition de deux ou trois cures de traitement, d'une durée moyenne de 8 semaines chacune, a été nécessaire pour obtenir un résultat stable. Un certain nombre de ces cas, par un traitement prolongé de 12 à 16 semaines (durée extrême), ont abouti à un état actuellement d'apparence normale.

3° *Conditions de la convalescence*. — Mais nous ne craignons pas d'insister sur ce fait que le bénéfice de la cure ne sera réellement complet que si une cure de réadaptation psychothérapique et de direction sociale avisée du point de vue moral et affectif est continuée un certain temps.

Une fois disparus les gros symptômes, tels que mutisme, stéréotypies, hallucinations, délires, troubles du comportement, inhibitions, le malade entre dans une période de convalescence longue et difficile.

Le séjour dans le milieu hospitalier, tel qu'il est organisé actuellement avec toutes ses insuffisances, est défavorable à ces malades.

C'est pourquoi, lorsque les résultats obtenus sont déjà fort satisfaisants, *il ne faut pas hésiter à faire sortir le malade précocement* du milieu hospitalier, et il convient de le placer sans tarder dans des conditions de vie agréable, intéressante, avec tous les encouragements et les sollicitations de plaisir et d'intérêt jugés opportuns.

Eviter surtout de pratiquer sur ces sujets les examens psychiatriques habituels, de revenir sur le passé, de faire allusion aux épisodes délirants ou aux reliquats hallucinatoires. Favoriser au contraire le *processus d'oubli* des manifestations psychopathologiques. Si cela est possible, dériver l'attention des malades sur des besognes intéressantes et faciles, d'ordre manuel ou intellectuel.

Eviter, en revanche, les divertissements trop bruyants : spectacles, cinéma, danses, repas en commun, etc... Prolonger le plus longtemps possible (3 à 6 mois) cette période d'activité réduite, mais progressive.

Nous avons pu arriver ainsi, dans quelques cas, à une récupération complète. Naturellement, nous faisons toutes réserves sur l'avenir de ces malades, puisque notre observation n'est pas assez prolongée.

II. CARDIAZOLTHÉRAPIE

1. *Technique.* — Tous les malades sont examinés préalablement à l'électrocardiogramme par le D^r Géraudel.

Contre-indications : troubles du rythme cardiaque ou anomalies électro-cardiographiques ; éliminer les sujets atteints d'hypertension artérielle ou de lésions cardiaques ou rénales antérieures ; éliminer même systématiquement les sujets au-dessus de 40 ans.

Prendre le poids et la pression artérielle suivis avant l'épreuve et pendant.

Malade couché, injection rapide intra-veineuse. Dose de début en rapport avec le poids du malade, généralement on commence à 0 gr. 50.

Nécessité d'obtenir chaque fois la crise par l'injection en quantité suffisante et rapide. Si, au bout de 30 à 35 secondes, la crise ne se déclenche pas, injecter immédiatement de nouveau 30 centigrammes.

S'efforcer d'éviter soigneusement la crise d'angoisse provoquée par l'injection non suffisante.

Pendant la crise convulsive : protéger la langue par un bâillon entre les dents. Suivre de très près la crise. Observer l'état du pouls, des pupilles. Laisser le réveil se produire de soi-même.

Constatations : réflexe plantaire de l'orteil en extension, tentatives pour se précipiter du lit, urination, éjaculation, cris à la sortie de la crise, contraction pupillaire, puis dilatation, après quelques minutes, retour à la normale. Constatations électrocardiographiques.

2. *Résultats.* — Les résultats, en général, sont beaucoup plus rapidement obtenus, mais aussi, semble-t-il, beaucoup plus fréquemment transitoires que dans l'insulinothérapie.

Même remarque en ce qui concerne les cas de date ancienne, que pour l'insulinothérapie. Les cas datant de 3 ou 4 ans paraissent absolument rebelles au traitement, ou tout au moins n'amènent qu'une sédation de certains troubles du comportement, disparition de l'agitation, de certains délires bruyants, etc..

Dans les cas de date relativement peu ancienne (1 à 2 ans), il y a eu parfois, après 4 ou 5 injections de cardiazol, une transformation rapide et véritablement inattendue. Une malade, dont l'état durait depuis 2 ans, a paru revenir à un état de lucidité absolue pendant 15 jours ; malheureusement, une récurrence brusque d'un jour à l'autre a ramené l'état délirant avec excitation extrêmement prononcée.

D'une façon générale, pour tous ces cas non spécialement anciens, pendant la période de traitement, au bout d'un nombre très restreint d'injections, on observe une transformation très nette du comportement général du malade, une adaptation meilleure, une diminution des manifestations délirantes et même, chez certains, un sentiment d'euphorie qui souvent ne dure pas, mais qui peut être noté comme une réaction favorable.

Comme on le voit d'après nos observations, certains cas peuvent être considérés comme ayant atteint un degré d'amélioration tel que, tout au moins dans le milieu hospitalier, la récupération paraît parfaite.

III. INSULINOTHÉRAPIE ET CARDIAZOLTHÉRAPIE COMBINÉES

Nous avons obtenu des résultats importants chez certains sujets qui, ayant été traités assez longtemps par l'insuline avec

un résultat incomplet, ont été mis au cardiazol pendant la phase de somnolence d'une cure d'insuline.

Plusieurs de nos malades nous ont donné des succès par cette méthode mixte, le cardiazol ayant semblé agir sur des barrages, des stéréotypies, des éléments confusionnels, qui paraissaient rebelles au simple choc insulinique.

CONCLUSIONS

Pour le moment, nous croyons que les états considérés comme des états schizoïdes ou schizomaniaques, ou schizophréniques, suivant les différences d'aspect que présentent les malades, doivent être soumis à ces traitements de choc. En présence d'un comportement trop anormal, ou d'une atteinte trop manifeste du fonds mental, évoluant depuis un temps assez long, il ne nous paraît pas judicieux de compter sur des rémissions spontanées qui peuvent tarder indéfiniment ou, si elles se produisent, laissent le sujet dans un état d'infirmité avérée.

Nous inclinons à traiter désormais par ces méthodes tout état mental sévère qui n'aurait pas cédé à un traitement pyréthérique, et traduisant une perturbation profonde de la personnalité, soit sous forme d'excitation délirante, soit sous forme d'obsessions tenaces à caractère semi-délirant, soit enfin, sous forme de confusion persistante, parce que nous avons la conviction que beaucoup de ces états ne représentent qu'une des avenues qui conduisent le malade peu à peu vers ces conditions de désagrégation psychique ou de désintégration qui constituent la schizophrénie.

Certes, on ne manquera pas de nous dire que beaucoup de ces états sont soumis à des fluctuations bien connues, et que leur guérison ou leur amélioration est d'observation, sinon commune, tout au moins fréquente.

Cette notion banale ne nous échappe pas, mais nous estimons que, chez un sujet jeune, chez qui la périodicité n'est pas un fait certain, reconnu par un passé incontestable, ou même chez qui des états périodiques se prolongent trop longtemps, il y a intérêt à ne pas laisser persister un état mental pathologique et à essayer, par des moyens comme ceux que nous préconisons, de couper court, dans la mesure du possible, à ces évolutions délirantes, à ces perturbations de la personnalité.

Une autre objection nous est faite : que certains de ces malades que nous avons traités ne sont pas guéris : malgré les apparences il subsiste un minimum de reliquat délirant, il reste

parfois quelques phénomènes pseudo-hallucinatoires entraînant des conversations mentales, des impressions d'étrangeté, qui démontrent que l'état psychique n'est pas intact. Mais ce substratum pithiatique paraît ne plus évoluer, et d'autre part, l'état de ces malades paraît fixé à un niveau permettant un redressement des conditions morales, des conditions éthiques. Cestains sujets, bien que non guéris, ont néanmoins subi une transformation favorable qui leur permet de vivre en liberté sans exposer la société à des réactions dangereuses.

En définitive, nous prétendons qu'il y a avantage à essayer de modifier, entraver, juguler, transformer, dans une certaine mesure un état psychopathique par un des moyens biologiques mis en œuvre. Cela n'empêche pas — et je crois que c'est un des aspects du problème sur lequel on n'a pas assez insisté — d'essayer d'arriver pour les cas où l'amélioration n'est apparue que trop transitoire, à obtenir une fixation des bénéfices acquis, une stabilisation des situations obtenues par des procédés encore à l'étude, dans lesquels la psychothérapie peut jouer un rôle important.

Mais peut-être d'autres éléments thérapeutiques pourront être véritablement adjuvants de la méthode de choc biologique.

Cela sera sans doute l'œuvre de l'avenir : pour le moment, notre effort doit être, sans nous préoccuper du diagnostic définitif de schizophrénie ou de démence précoce, d'essayer de placer en condition meilleure des sujets pour lesquels l'observation clinique judicieuse nous montre qu'ils sont en puissance d'évolution schizophrénique ou candidats à un état psychopathique grave et définitif.

Qu'importe si notre effort n'est que de l'ordre de ceux, comme on l'a qualifié, qui paraissent « superflus ». Si, de temps en temps, nous enfonçons une porte qui aurait pu rester complètement fermée sans cela, nous nous consolerons facilement d'enfoncer quelques portes ouvertes. L'expectative « désarmée » à laquelle se sont trop souvent résolus la plupart des psychiatres, n'apparaît donc plus de mise. Cette attitude de résignation ne nous semble plus justifiée.

L'œuvre des adeptes de la technique psycho-biologique peut être complétée par celle d'une technique thérapeutique prudente, s'appuyant sur des faits et des observations précises, dans laquelle l'audace n'exclut pas la prudence, et que l'expérience montre, entre les mains de médecins vigilants, bienfaisante et parfois curatrice.

M. DAUMÉZON. — Comme tout le monde, j'ai expérimenté le cardiazol et je voudrais insister sur deux points. D'abord, sur les accidents possibles de son injection. Nous avons récemment, ma collègue, Mlle Rousset, et moi, constaté, chez des femmes, parfaitement saines physiquement deux syncopes graves. L'injection avait été de 4 cm³ chez l'une et de 3 cm³ chez l'autre. L'arrêt de la respiration, après la période convulsive, fut complet pendant près d'une minute. Il faut donc avoir à portée de la main de la lobéline, prête à être injectée immédiatement, précaution que nous avons prise, heureusement.

Ensuite, sur la psychologie des rémissions. Un hébéphrénique, à la suite de la deuxième injection, sortit de son engourdissement et nous écrivit avoir été victime, deux ans auparavant, de la part d'un camarade, d'un attentat sexuel au fond d'une mine. Ensuite, il nous avoua avoir beaucoup souffert de cet événement qu'il tenait caché et se sentir désormais soulagé de l'avoir enfin « sorti ». Or, la famille, sans rien savoir de cela, fait remonter à la même date l'apparition des premiers troubles mentaux. Notons que des rêves à symbolisme érotique faisaient partie du syndrome morbide qui, depuis, a disparu. Le cardiazol fut donc l'agent chimique de cette catharsis psychanalytique.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — D'après mon expérience, l'avortement de la crise engendre souvent une crise d'anxiété extrêmement pénible et qui risque de provoquer le refus par le malade de continuer la thérapeutique. Il faut donc l'éviter en n'hésitant pas à employer la dose convulsivante, 6 ou 7 centimètres cubes quelquefois.

M. HEUYER. — Le traitement par l'insulinothérapie et le cardiazol mérite que chacun apporte ici ses observations et le résultat de son expérience. Il n'est pas douteux que, dans tous les syndromes hallucinatoires qui s'accompagnent ou non d'affaiblissement intellectuel et qui caractérisent la démence précoce, les psychoses chroniques, et ce qu'on appelle, d'un terme général : la schizophrénie, le traitement par l'insuline et le cardiazol, donne des résultats quelquefois inattendus et brusques, qu'aucun autre traitement ne nous avait apportés jusqu'à présent. On voit des transformations subites de malades, ou délirants ou catatoniques, qui paraissent retrouver en quelques jours une apparence normale. Je ferai trois remarques : d'abord, à la suite du traitement par l'insuline ou le cardiazol, j'ai constaté que la plupart des malades que j'ai suivis présentaient, après

une amélioration nette de leur syndrome hallucinatoire, un état d'excitation hypo-maniaque. Deux fois d'ailleurs il m'a été possible de prévoir la rechute, car ce syndrome hypo-maniaque se manifestait sur un fond de dissociation intellectuelle vérifiée à l'examen psychologique. En tout cas, la persistance de ce syndrome hypomaniaque paraît devoir être retenue, comme faisant craindre une guérison imparfaite et une rechute menaçante de la maladie. De plus, dans 3 cas, à la suite de l'injection de cardiazol, les malades ont présenté un tel état d'angoisse, qu'ils voyaient arriver le moment de l'injection avec terreur ; l'un d'eux déclare que l'injection de cardiazol lui donnait une impression de mort prochaine. Ces trois malades ont refusé ensuite l'injection intra-veineuse. Pour ces malades, il paraît désirable de combiner le traitement à l'insuline et au cardiazol et d'attendre la somnolence de l'insulinothérapie pour faire l'injection intra-veineuse convulsivante. Enfin, le traitement par l'insuline et le cardiazol étant actuellement appliqué dans les conditions les plus diverses, souvent à des malades qui, laissés à eux-mêmes, peuvent guérir spontanément, puisque l'on traite des bouffées délirantes et des mélancolies, il semble désirable qu'au lieu de statistiques, on apporte des observations soigneusement prises avant le traitement et suivies après le traitement.

Comme le disait mon maître, Déjerine, en rappelant un aphorisme de Morgagni : « Non numerandae sed perpendendae sunt observationes. » Actuellement, je ne pourrai apporter que dix observations suivies. Au début, mon enthousiasme a été grand, car j'ai vu des transformations réellement surprenantes d'états catatoniques. Une malade a paru guérie pendant 7 mois ; or, elle vient de retomber brusquement, en quelques heures, dans le même état catatonique qu'elle a présenté pendant 3 ans. Cette malade est de nouveau au traitement insulinique. Il y a 15 jours, elle était très hallucinée, elle avait des hallucinations auditives et la prise de la pensée ; l'automatisme mental était incontestable. Je l'ai revue il y a trois jours, alors que le traitement à l'insuline avait déjà déterminé deux crises épileptiques. De nouveau, très rapidement, le syndrome hallucinatoire a disparu. Mais persiste un état d'excitation en même temps que de l'indifférence affective et une dissociation intellectuelle ; la guérison n'est pas obtenue. Néanmoins, dans cette thérapeutique de choc, d'ailleurs très distincte de tous les autres chocs que nous connaissons, les résultats obtenus permettent d'espérer que des maladies que l'on considérait comme progressives et incurables pourront évoluer dans un sens aussi favorable que la paralysie générale après malariathérapie.

M. PICARD. — Je proteste contre l'exclusion des chroniques à l'application de la thérapeutique insulinique. Je crois, au contraire, que ce qui prouve l'efficacité d'une thérapeutique, c'est son action sur les chroniques. Sur les aigus, que l'on n'est jamais surpris de voir guérir, même spontanément, son action est toujours contestable. J'ai dû, pour des difficultés matérielles, interrompre les essais d'insulinothérapie que j'avais commencés à Bonneval. Si je les reprends, c'est aux chroniques que je m'attaquerai.

M. GOURIOU. — Je n'ai pas d'expérience personnelle de ces thérapeutiques, donc pas d'idée préconçue pour les juger. J'ai vu des confrères injecter le cardiazol et je comprends la terreur que l'épilepsie, appelée mal sacré, a toujours inspirée. Nous demandons à ceux qui les appliquent, de nous apporter des observations. Mais cela ne me suffit pas. C'est des données sur l'état cérébral des malades qu'ils guérissent et sur la façon dont le remède amène la guérison que je voudrais. Il ne faut pas aller au hasard. On nous dit que les malades chroniques sont réfractaires. Mais que veut dire le mot chronique ? Ce qui importe, c'est la lésion. Il y a des chroniques sans lésion. Le bon sens indique que l'on ne doit pas infliger le mal sacré au hasard. Les déments précoces ont des lésions que peut aggraver la provocation d'une crise. Et je trouve sage que la Préfecture de la Seine, à la demande de M. Courbon, ait décidé d'organiser un service d'électrocardiographie dans ses hôpitaux psychiatriques si l'on veut employer ces méthodes.

Je sais bien que certains chocs peuvent être curateurs. J'ai vu un confus chronique sortir de sa confusion, à la suite du coup de poing formidable que lui donna un athlétique voisin en état d'agitation maniaque. M. Hesnard a proposé de provoquer des fractures pour amener un choc thérapeutique.

Je félicite les auteurs de la modération des conclusions qu'ils apportent, puisque leurs cas de guérison sont, ils l'avouent, très discutables.

En somme, par ces méthodes thérapeutiques, on peut distinguer les psychoses psychogènes et les psychoses lésionnelles. C'est aux premières qu'il faut appliquer le cardiazol et l'insuline.

M. COURBON. — Je veux faire ici ma profession de foi en ces méthodes de thérapeutique nouvelle dont j'ai observé d'abord, avec un scepticisme très attentif, l'application par les initiateurs, et que, depuis plus de 6 mois, j'applique moi-même.

Les résultats que j'ai obtenus sont si encourageants que, sans perdre mon temps à échafauder des discussions plus ou moins métaphysiques sur la nature démentielle ou schizophrénique, ou chronique, ni sur le mécanisme de shock ou non choc, que je vais produire, voici la règle de conduite que j'ai adoptée à l'égard des malades encore jeunes et dont l'intégrité somatique et neurologique est parfaite.

Si le cas me paraît devoir bientôt guérir, je me contente des sédatifs et toniques ordinaires. S'il résiste, j'emploie l'abcès de fixation. Si celui-ci échoue, ou si, d'emblée, le cas m'a paru plus grave, je fais du cardiazol. Enfin, quand je porte un pronostic grave, je recours à l'insulinothérapie, que j'associe, s'il le faut, au cardiazol. Et j'obtiens des régressions qui réellement me surprennent. Ma pratique personnelle m'a montré l'importance capitale des conditions apparemment accessoires du milieu dans lequel l'insulinothérapie est faite. Dans le service des hommes, elle était appliquée par des infirmiers au bout d'une salle d'alitement, dans un box perpétuellement traversé par l'un ou l'autre des 20 malades alités se rendant aux cabinets, venant s'asseoir et fumer aux bords du lit des insulinisés. Dans le service des femmes, elle est appliquée par des infirmières avec toute la douceur, toute la patience, toute la délicatesse féminines que le dévouement des hommes n'atteindra jamais. La chambre isolée, au bout d'un dortoir vide du premier étage, est silencieuse, maintenue dans la pénombre par d'épais rideaux que l'on écarte aisément à volonté. Et bien, avec des doses pourtant doubles, 125 unités, je n'ai obtenu, chez les hommes, aucune amélioration. Chez les femmes, au contraire, j'ai eu de véritables guérisons, sans avoir jamais dépassé 65 unités. Et je rends hommage au zèle avec lequel mon interne Asuad dirige ces cures.

Mais ce qui m'embarrasse dans l'application de ces méthodes nouvelles, qui ne sont pas à l'abri d'un accident fatal, c'est l'attitude qu'il faut avoir vis-à-vis des familles. Demander leur consentement écrit, c'est, bien souvent, provoquer leur refus. Se contenter de leur consentement verbal, est-ce, pour le médecin, une garantie suffisante ? Ne pas les avertir du danger couru par le patient, en avons-nous le droit ? Je serais reconnaissant à mes collègues de m'indiquer comment ils font et de me dire également comment ils formuleraient le certificat de décès d'un malade mort pendant le coma insulinique ? Faudrait-il dire coma hypoglycémique ?

M. MARCHAND. — Je ne mettrais pas coma hypoglycémique. Nous ne savons pas l'état de la glycémie au moment de la mort. Je mettrais simplement collapsus cardiaque.

M. PICARD. — J'estime qu'il faut toujours prévenir les familles de ce que l'on fait à des malades inconscients. Je demande leur consentement, même pour la malariathérapie. Contrairement à M. Ducosté, je ne crois pas que le droit de guérir puisse être exercé par le médecin, sans consultation préalable de la famille. Je crois bonne la formule, collapsus cardiaque, pour certifier la cause de la mort dans cette circonstance.

M. RONDEPIERRE. — Je prends toujours la précaution de faire signer aux familles une demande d'application de la thérapeutique qui « n'est pas absolument exempte de tout danger », stipule le texte de la demande.

Comme M. Heuyer, j'ai vu l'hypomanie succéder aux syndromes que le cardiazol a fait disparaître. Il ne faut jamais se résigner à rater une injection, il faut immédiatement refaire une piqûre et injecter la dose convulsionnante. C'est le seul moyen de prévenir les crises anxieuses de substitution.

M. GUIRAUD. — Quand nous avons pris connaissance des travaux autrichiens sur le traitement de la schizophrénie par l'insuline et le cardiazol, à lire les excellentes statistiques fournies par les auteurs, nous nous sommes demandé si un énorme progrès n'avait pas été acquis en thérapeutique psychiatrique. Ces traitements nouveaux semblaient les homologues de la malariathérapie dans la paralysie générale. Mais, à la lecture des observations détaillées et après expérience de beaucoup d'entre nous, l'enthousiasme a diminué. Dans l'esprit de la plupart des auteurs français, la schizophrénie représentait la réunion de la démence précoce de Kræpelin et de ce qu'en France, nous appelons en bloc les délires chroniques. Mais pour les auteurs autrichiens et suisses, le diagnostic de schizophrénie s'applique à toute une catégorie de malades que nous considérons comme curables spontanément, ou avec plus de facilité, sous l'influence de traitements multiples (confusions mentales délirantes, états mélancoliques ou délirants épisodiques, etc.). Les meilleurs résultats, et presque les seuls, sont obtenus dans les cas cliniques que nous ne faisons pas entrer dans la schizophrénie. Les traitements par l'insuline et le cardiazol me paraissent être un perfectionnement de la thérapeutique par les choes ; ils donnent certes de meilleurs résultats que la térébenthine ou l'huile téré-

benthinée, le nucléinate de soude, l'huile soufrée, etc., et constituent un indéniable progrès thérapeutique. J'estime que, si l'on ne veut pas déconsidérer la méthode, il n'est pas indiqué de l'utiliser dans les hébéphrénies ou les délires chroniques évoluant depuis de longues années. A ce point de vue, il faut savoir résister aux demandes des familles. D'autre part comme, malgré tout, ces méthodes comportent quelques dangers, je trouve inutile de les utiliser dans les premiers jours ou les premières semaines de toutes les maladies mentales qui souvent guérissent d'elles-mêmes par le repos et une thérapeutique symptomatique. Je crois que la véritable indication se trouve dans les formes qui se prolongent et peuvent faire craindre la chronicité. Dans ces limites, j'estime qu'il n'y a aucune raison de réserver à la schizophrénie ces traitements nouveaux qui peuvent rendre de grands services dans les confusions mentales prolongées, les états mélancoliques, maniaques, ou délirants tenaces.

M. RUBÉNOVITCH. — On ne connaît pas avec certitude le mécanisme de l'action thérapeutique de l'insulinothérapie. Mais ce fut le cas de presque toutes les thérapeutiques au début, celui du mercure pour la syphilis, par exemple. Le facteur psychothérapeutique y a une part considérable, comme le prouvent les remarques de M. Courbon.

M. GUIRAUD. — Il faut mettre les familles au courant de la gravité de la maladie et de la gravité du traitement qu'on propose. Mais c'est les plonger dans une angoissante perplexité que de leur faire signer un texte où elles demandent d'exposer leur malade à un danger de mort. La crainte du remords risque de leur faire refuser le traitement. Celui-ci, à l'heure actuelle, a fait ses preuves, on peut le comparer à une opération chirurgicale, pour laquelle le consentement verbal suffit.

Maladie de Dupuytren chez une mélancolique (Considérations et étude bio-chimique), par MM. P. CHATAGNON, A. SOULAIRAC et M^{lle} C. CHATAGNON.

La maladie de Dupuytren, survenant spontanément et à bas bruit, s'entoure de tant d'inconnues que nous avons cru intéressant de vous rapporter le cas observé chez une mélancolique en état de mutisme, entrée dans notre service de Maison-Blanche en juillet 1935.

OBSERVATION. — Mme G..., née en 1887, est conditionneuse. De constitution frêle (44 kilos), de petite taille (1 m. 45), elle a présenté à la puberté, vers 14-15 ans, un état dépressif d'évolution rapide. De caractère très émotif et toujours triste, Mme G. inclinait à la mélancolie, elle luttait contre le sentiment d'impuissance, d'asthénie et d'ennui par l'absorption de vin tonique. Durant ces périodes, elle aurait présenté de l'énurésie passagère, puis tout rentrait dans l'ordre. Mariée à 23 ans, avec un cousin-germain dont la mère présentait des troubles mentaux et avait fait plusieurs tentatives de suicide. Elle a une enfant bien portante. Une tante traitée à l'Hôpital psychiatrique de Clermont se suicide par submersion à sa sortie. Un frère est décédé de méningite. Nul antécédent pathologique à l'exception d'une fracture accidentelle de la rotule nécessitant une intervention chirurgicale.

A son entrée, Mme G... se présente comme une mélancolique hallucinée et délirante : en état de grande dépression, on est frappé par le ralentissement du courant idéique, la lenteur et la difficulté à répondre après de multiples sollicitations : les réponses se font à voix basse et par monosyllabes. On distingue des idées de culpabilité : elle a mal agi vis-à-vis de tout le monde, elle n'a pas fait ce qu'elle devait faire ; elle est impressionnée par des menaces et des craintes, et tourmentée par des hallucinations auditives à thème de persécution. Parfois même sont extériorisées des idées de négation. L'évolution est entrecoupée de manifestations à type de petite anxiété. Après quelques mois, la malade verse dans un mutisme absolu : allongée et immobile dans son lit, les paupières closes, elle est cependant capable d'exécuter les ordres simples mais avec grande lenteur. Le gâtisme urinaire est intermittent. L'alimentation normale que l'on donne régulièrement est absorbée sans difficultés : la malade maintenant l'occlusion des paupières et l'immobilité.

L'examen somatique révèle : 1° Au niveau de la région précordiale un souffle systolique doux à maximum au niveau du 2° espace intercostal gauche, sans propagation à l'aisselle. Un pouls régulier à 66 à la minute. 2° Un utérus fibromateux. De l'aménorrhée qui persistera jusqu'en décembre 1935, les menstruations sont régulières depuis lors. 3° De la pilosité mentonnaire. 4° L'examen du système nerveux ne décèle rien d'anormal, la malade, quoique grabataire, est capable de marcher correctement ; rappelons les troubles sphinctériens épisodiques ; mais alors que nous n'avions rien constaté d'anormal au niveau des extrémités digitales lors de l'entrée, nous sommes frappés au cours d'un de nos examens, en avril 1937, par l'impotence partielle de la main gauche et son attitude particulière en griffe : l'auriculaire, l'annulaire et le médus sont fléchis dans la paume de la main, la première phalange de ces doigts est fléchie sur le métacarpien, la deuxième l'est sur la première et la troisième reste en extension. Le pouce et l'index sont indemnes. L'extension passive

des trois derniers doigts est très difficile et douloureuse, elle permet cependant d'explorer la paume de la main dont les téguments sont amincis, recouvrant une aponévrose présentant quelques nodosités et dont la rétraction soulève les brides tendineuses, l'atrophie de la masse hypothénar est très nette. La main droite est indemne et l'on ne note rien d'anormal au niveau des plantes des pieds.

Bien qu'en état de mutisme, on peut admettre que cette rétraction de l'aponévrose palmaire gauche n'a été précédée d'aucun phénomène douloureux à caractère névritique. A noter également que nul moyen de contention n'a été appliqué, éliminant la possibilité d'une paralysie cubitale.

Les réflexes tendineux du bras, de l'avant-bras sont normaux, mais moins vifs à gauche. Il n'y a pas de troubles des sensibilités. La chaleur est normale et égale à droite et à gauche. La tension artérielle est de 16-8 au Pachon. Les indices oscillométriques sont : Avant-bras gauche : 6-8 soit amplitude = 2. Bras gauche : 5 1/2-9 soit 3 1/2. Avant-bras droit : 6-9 soit 3. Bras droit : 5 1/2-10 1/2 soit 5. 5° Examen clinique de l'appareil pleuro-pulmonaire : Rien à signaler. Radioscopie : Transparence normale ; arborisations hilaires marquées. L'aorte est saillante en haut. Radioscopie osseuse normale. 6° Autres examens : Le réflexe oculo-cardiaque s'inscrit : pouls 72, après compression 50. La radiographie de la main gauche n'extériorise aucune décalcification mais montre une anomalie : le très faible développement du scaphoïde. L'électrocardiogramme dans les trois dérivations est normal. (A noter cependant une tachycardie sinusale et le bas voltage).

Recherches bio-chimiques :

A) Urines : Diurèse normale. Albuminurie intermittente et peu abondante. Pas de sucres urinaires. Phénolsulfone phtaléine 40 0/00.

B) Sang : Bordet-Wassermann négatif. Recherche du Calcium : 6 juin, 0 gr. 90 pour 1.000 ; 14 juin, 0 gr. 94 et 20 juin, 0 gr. 86, soit des chiffres sensiblement normaux. Une détermination antérieure, faite par M. Gérard, donnait 0 gr. 80, soit un taux légèrement inférieur à la normale.

Chlore sanguin : 6 juin : Cl. plasma, 3 gr. 26 ; Cl. glob., 2 gr. 27 ; rapp. érythro-plasma, 0,69 ; Vol. glob., 3 cc ; Vol. plasma, 7 cc.

14 juin : Cl. plasma, 3 gr. 4 ; Cl. glob., 2 gr. 05 ; rapp. érythro-plasma, 0,60 ; Vol. glob., 3 cc. 2 ; Vol. plasma, 6 cc. 6.

20 juin : Cl. plasma, 3 gr. 47 ; Cl. glob., 1 gr. 84 ; rapp. érythro-plasma, 0,53 ; Vol. glob., 3 cc. ; Vol. plasma, 6 cc. 5.

Urée : 6 juin : 0 gr. 32 pour 1.000 ; 14 juin : 0 gr. 34 ; 20 juin : 0 gr. 38 (par Xanthidrol).

Cholestérol total : 6 juin : 1 gr. 45 pour 1.000 ; 14 juin : 1 gr. 50 ; 20 juin : 1 gr. 52.

La recherche spectrographique du plomb dans le sang et les urines s'est montrée négative.

L'intérêt de cette observation nous a paru résider dans l'association des troubles trophiques caractérisant à eux seuls la maladie de Dupuytren et d'un syndrome mélancolique.

Il s'agit d'une réaction aponévrotique unilatérale gauche survenue chez une malade n'ayant subi aucun traumatisme local professionnel ou autre. Il nous est facile d'éliminer les pseudo-rétractions dans lesquelles la flexion irréductible des doigts est due à d'autres causes : tels la paralysie des fléchisseurs, notre malade n'en a aucun symptôme et ne présente pas de flexion de la troisième phalange, l'atrophie musculaire progressive, les ankyloses articulaires et les rétractions cicatricielles dont le diagnostic est aisé ; plus difficile est celui des rétractions fonctionnelles, des contractures catatoniques dont les manifestations sont rythmées par les périodes mêmes de la manifestation morbide et qui le plus souvent régressent avec elle. Toutefois, depuis que Brissaud, en 1902, a montré le rôle pathogène de certaines attitudes professionnelles (tourneur de bouchons) l'attention doit être attirée par celui de certaines attitudes liées à un état de persévération mentale et consistant dans l'installation d'attitudes vicieuses qui se stabilisent lentement (cas de R. Mignot et L. Marchant, de Trénel et Vuillame). Enfin, un autre diagnostic est parfois difficile à éliminer : c'est celui d'une séquelle de paralysie cubitale incomplète. Ces états de dépression tels que le nôtre peuvent être entrecoupés de petites phases d'excitation anxieuse ou hallucinoïre, l'utilisation de moyen de contention et en particulier de la camisole de force chez ces malades ordinairement en état d'hyponutrition, peut entraîner, par le fait de persévération de mauvaises attitudes, une parésie cubitale. Ces troubles traités à temps régressent, souvent sans séquelles. Dans notre cas, l'impotence de la main gauche s'est manifestée alors que la malade avait depuis longtemps l'usage libre de ses membres.

D'après Déjerine, la maladie de Dupuytren serait beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, apparaissant à l'âge moyen de la vie, elle commencerait presque toujours par l'annulaire, prenant ensuite le 5^e doigt, puis les autres. Il apparaît une induration sous-cutanée qui infiltre le tissu cellulaire, le faisant adhérer à la peau et formant comme une bride saillante commençant à la base des doigts et s'épanouissant vers le talon de la main. Elle a une marche progressive et indolore. La pathogénie de la maladie de Dupuytren est des plus controversées. Une cause traumatique, infectieuse ou congénitale peut difficilement être invoquée dans notre observation, aussi nous arrêterons-nous

sur deux notions importantes à notre sens : les hypothèses diathésique et nerveuse.

A) *Diathèse*. — Il est classique et judicieux d'admettre qu'elle est complexe : le plus souvent goutteuse et diabétique, mais également rhumatismale et scléreuse (association fréquente d'artério-sclérose et de scléroses viscérales diverses, sclérodermie, etc.). Rapprochons de ces cas l'étiologie saturnine soutenue par J. Picard dans son intéressant mémoire rapportant une grande statistique démontrant la fréquence remarquable du saturnisme « une telle étiologie s'adapte pour le mieux à la nature même des lésions que crée le plomb, à son action sclérosante sur le système vasculaire, à son affinité élective pour les tissus fibreux et nerveux », on a incriminé également les troubles endocriniens : modifications de la calcémie dans les deux cas de Leriche et Jung (hypocalcémie par déficience parathyroïdienne) ; la carence thyroïdienne (L. Lévy), celle de l'hypophyse (Fründ), nous y reviendrons.

Dans notre observation : le calcium sanguin est à un taux normal, de même le cholestérol total. La recherche du plomb est demeurée négative tant dans le sang que dans les urines, résultat concordant du reste avec les résultats négatifs des investigations cliniques et des recherches hématologiques.

Cependant, nous rapprocherons de la diathèse les modifications suivantes que nos analyses bio-chimiques nous ont précisées : notre malade est atteinte d'insuffisance rénale légère avec albuminurie intermittente et retard des éliminations colorées. De plus, elle présente des troubles des équilibres chlorés et azotés. L'urée sanguine est en effet à un taux au-dessus de la normale (0 gr. 32 à 0 gr. 38 pour 1.000 par dosage pondéral de xanthylurée) ; le chlore plasmatique est à un taux normal bien qu'il y ait trouble manifeste du métabolisme protidique, mais le rapport chlore globulaire/chlore plasmatique est anormalement élevé : 0,53, 0,60, 0,69. Autre anomalie : les volumes globulaires sont nettement inférieurs à ce qu'ils devraient être sans que nous puissions en avoir recueilli la raison par l'examen du sang et les numérations globulaires. Tels sont les faits, nous ne les comprenons pas du reste comme pathognomoniques dans le déterminisme de la rétraction de l'aponévrose palmaire.

B) *Nerveuse*. — La maladie de Dupuytren peut survenir par lésion des nerfs périphériques : bien qu'on ne l'ait jamais signalée à la suite de section nerveuse, on en a vu survenir à la suite d'irritation, de piqûres et de névrites du nerf cubital (Eulenburg).

et même à la suite de lésions du médian. Dans ce cas cependant, Alajouanine et Maire pensent que l'on peut retrouver un stade médullaire caractérisé par des douleurs ou des troubles sensitifs à topographie radriculaire, un syndrome de Cl. Bernard-Horner. Les lésions de la moelle et avant tout la syringomyélie peuvent la déterminer, mais aussi le Pott cervico-dorsal, l'hématomyélie, la polyomyélite chronique, le tabès, la sclérose en plaques ; l'on ne saurait trop insister chez les sujets atteints de la maladie de Dupuytren sur l'existence fréquente de signes de la série sympathique : troubles sensitifs, vaso-moteurs, trophique ; ces signes à topographie prédominante C⁸D¹ signifient une altération des centres sympathiques intra-médullaires au-dessous de D¹. Nous pensons que les centres sympathiques situés au-dessus de D¹ peuvent également être touchés quoique à un moindre degré, et notamment ceux du diencéphale. Au reste, d'importants travaux de X. et P. Abély n'ont-ils pas attiré l'attention sur la fréquence de troubles d'origine hypophysaire et infundibulo-tubérienne chez des sujets atteints de psychose maniaque dépressive ? Notre hypothèse se heurte toutefois à l'extrême rareté de tels troubles trophiques des extrémités chez les mélancoliques.

L'importance du sympathique est d'ailleurs signalée d'originale façon par H. Powers : pour lui, la maladie de Dupuytren commencerait presque toujours dans le domaine du n. cubital et fréquemment il y aurait association d'affections pulmonaires, de troubles trophiques et nerveux. La cause en serait dans l'irritation continue par la toux du ganglion cervical inférieur et du ganglion thoracique supérieur du sympathique, qui sont en contact intime avec la plèvre. Le nerf cubital venant de C⁸D¹ aurait des fibres en rapport avec ces ganglions. Nous n'insisterons pas sur le fait que de tels rapports anatomiques sont loin d'être admis par la majorité des auteurs. Quoiqu'il en soit, la multiplicité des théories émises, et les faits qui les étayaient démontrent la probabilité d'une origine nerveuse sympathique, ne préjugant en rien du mécanisme intime de la maladie de Dupuytren. Ce mécanisme intime, nous voulons le voir dans les perturbations humorales diverses, que les acquisitions physico-chimiques modernes font plus précises et plus complètes, perturbations humorales retentissant et se conjuguant dans tous les tissus et sur le réseau nerveux aux résonances infiniment sensibles et multiples (action sur les médiateurs nerveux).

Nous rapprocherons notre observation de celles déjà publiées en pathologie mentale par Rogues de Fursac en 1892 puis par Féré et Francillon chez des épileptiques et paralytiques géné-

raux, par M. Briand et Arnaud, par Tinel et Borel chez des mélancoliques : dans ces dernières observations, la maladie de Dupuytren survenait sans association de troubles neurologiques.

En conclusion : le problème étiologique de la maladie de Dupuytren peut s'éclairer des acquisitions récentes dans la pathologie du sympathique et des perturbations humorales : les anciennes diathèses acquérant un substratum physico-chimique plus précis.

BIBLIOGRAPHIE

Consulter l'excellent travail de J. PICARD : Quelques données sur la maladie de Dupuytren. *La Vie médicale*, 4 février 1927 ; — l'article de KANAVAL, KOCH et MASON : *Surgery gynecology and obstetrics*, févr. 1924 ; — la thèse de MAIRE, Paris, 1932.

Publications postérieures à 1932

- BOULOGNE (P.). — Deux obs. concordantes pour une étiologie de la maladie de Dupuytren. *Soc. neurol.*, juin 1935, p. 991.
- DESPLAS. — *Soc. chirurg.*, 4 nov. 1931 ; *Soc. franç. d'Electrol.*, févr. 1933.
- DEMERLIAC et DUPITOUT. — Sur un cas de rétraction de l'apon. palm. consécutif à une atteinte du n. cubital droit avec syndrome de Cl. Bernard-Horner. XXXVI^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes, 1932.
- DUSATTI (C.). — Dupuytren's contracture, pathogenic study of a case. *Minerva Médical*, 28 juin 1936.
- FAÇON, BRUCH, VASILESCO. — Considérations sur un cas de maladie de Dupuytren. *Soc. Méd. des Hôp. Bucarest*, janv. 1933.
- FREDET. — *Soc. chirurg. Paris*, 9 mars 1932, p. 440.
- HUGONOT et FRIESS. — Ulcère gastrique associé à une maladie de Dupuytren. Hypocalcémie et insuffisance parathyroïdienne. *Lyon Médical*, 10 avril 1932.
- IMPER (I.). — Dupuytren's contracture familial appearance. *Rev. psych.*, avril-juin 1936, 65, 209-222.
- KOSTER. — Un cas intéressant de rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire. *Soc. neur.*, févr. 1936.
- LABBÉ (M.), BOURGUIGNON, BESANÇON (J.) et NEPVEUX. — Un cas de rétraction polyaponévrotique (maladie de Dupuytren). Etude des troubles humoraux et de la chronaxie. *Rev. du Rhumat.*, févr. 1934.
- MOURE. — *Soc. chir.*, 9 mars 1932.
- PORTRET. — *Soc. franç. d'électrol.*, févr. 1933.
- POWERS. — A new theory of the origine of Dupuytren's contracture. *Arch. of neur. and psych.*, 1932, XXVIII, p. 355.
- PREVITERA. — Dupuytren's contracture. Failure of parathyroïde extract (4 cas). *Arch. de Soc. Ital. de chirg.*, 1934, XL, 578-583.
- PILON. — Deux cas de maladie de Dupuytren. *J. de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, 1936, 75-81.
- PALMER (R.-G.). — Maladie de Dupuytren. *Gaz. des Hôpitaux*, 23 sept. 1933.
- RICHOU, KISSEL et SIMONIN. — Maladie de Dupuytren et troubles nerveux associés. *Revue médicale de l'Est*, mars 1933.
- TINEL. — *Le système nerveux végétatif*. Masson, 1938.

M. MARCHAND. — On peut certainement éliminer le diagnostic de griffe par lésion du cubital. Je n'oserai pas considérer l'attitude vicieuse comme due à la rétraction de l'aponévrose palmaire qui est d'ordinaire irréductible par la mécanothérapie. Je crois qu'il s'agit, comme j'en ai observé plusieurs cas, d'attitude en flexion des doigts par rétraction musculo-tendineuse succédant à une longue période d'immobilité. Chez une malade, j'ai observé à la suite d'un état de torpeur catatonique d'une durée de plusieurs mois, une rétraction des muscles fléchisseurs des deux mains entraînant une flexion permanente des doigts. La malade guérit et arriva lentement à réduire l'attitude vicieuse par manœuvres mécanothérapeutiques (*Soc. clin. de méd. ment.*, 1925, p. 22). Chez d'autres sujets, l'attitude vicieuse est le résultat d'une attitude antalgique comme dans le cas observé avec M. Mignot (*Soc. anat.*, 10 nov. 1923).

M. PICARD. — Moi aussi, je ne reconnais pas les caractères morphologiques de la maladie de Dupuytren qui est bilatérale, irréductible et imprime une déformation typique avec repli convexe saillant sous la peau.

M. RUBÉNOVITCH. — Je suis de l'avis de MM. Marchand et Picard. Et je rappelle l'étude de Trepsat sur cette question.

Suicide par ingestion d'objets divers. Dissimulation du syndrome subjectif d'un phlegmon péritonéal, par MM. Henri Ey et D. COLOMB.

Nous désirons vous communiquer une observation malheureusement assez banale de suicide par ingestion de corps étrangers. Les points sur lesquels nous attirons votre attention sont les suivants : 1° mélancolie anxieuse chez une jeune femme, évoluant depuis deux ans et demi, sans signes de dissociation ; 2° tentatives répétées, opiniâtres, monotones et insidieuses de suicide ayant fini par déjouer une surveillance pourtant très alertée et expérimentée ; 3° apparition d'accidents graves et mort en quelques semaines sans que jamais n'ait été accusé le moindre symptôme subjectif, alors que l'autopsie a révélé un abcès sous-phrénique à grosse collection consécutif à une perforation pylorique provoquée par divers objets ingérés (branches d'arbre, épingle à cheveux, cuiller à café).

OBSERVATION CLINIQUE. — Mme M. S., 33 ans, ayant déjà présenté deux crises de mélancolie, entrée le 14 octobre 1935 dans un état de mélancolie anxieuse à début récent, a fait l'objet du certificat de 24 heures suivant :

« Dépression mélancolique avec idées d'indignité et d'auto-accusation. Mélange d'excitation. Variations d'humeur. Ton affectif aigu. Véhémence. Sentiments d'animosité conjugale. Expansion. Activité paradoxale depuis quelque temps dans un sens mystique et charitable. Dépense d'énergie dans une activité stérile. Constructions oniroïdes. Croit voir dans toutes les petites filles ses propres enfants. Les voyait souffrir la nuit. Tous troubles, malgré leur polymorphisme et leur atypicité, paraissant évoluer dans le cadre d'une psychose périodique avec déséquilibre cyclothymique. Bon état physique. Pas d'hérédité psychopathique. Déjà internée. A maintenir (D^r Ey). »

Depuis, le tableau clinique ne s'est pour ainsi dire pas modifié. Les réactions anxieuses ont été toujours aussi constantes et monotones. Rapidement on a été obligé d'organiser autour d'elle un système de contrôle très compliqué (immobilisation, visite des vêtements et de la literie, inventaire de tous les objets dont elle se servait, etc.). Les crises d'agitation anxieuse ont été rebelles à toute thérapeutique. Voici d'ailleurs les divers traitements subis : laudanum et insuline jusqu'en février 1936. Pyrétothérapie à la sulfosine en mars-avril 1936 et insulinothérapie en février-mars 1938. Il y a lieu de signaler parmi ces tentatives thérapeutiques les bons effets des injections de folliculine qui ont rétabli en juin 1937 la menstruation abolie un an auparavant.

C'est au cours de ces diverses tentatives thérapeutiques que la malade a présenté des épisodes fébriles plus ou moins longs : le premier remonte au 5 septembre 1936. Se sentant fatiguée, la malade garde le lit. Elle vomit ce qu'elle absorbe. La température, très irrégulière, oscille pendant quelques jours entre 36°8 et 38°7. Pas d'autres signes objectifs. Tout revient dans l'ordre ; mais le 24 octobre, nouveau clocher à 38°8, lequel se répète le 27.

Le 1^{er} décembre 1937, la malade fait une ascension thermique à 39°2. La température, très oscillante et très irrégulière, se maintient jusqu'au 12. Au cours de la journée du 7, en particulier, on a noté : à 8 heures, 39°6 ; à 13 heures, 37°3 ; à 16 heures, 40°8. On observe quelques signes discrets d'hépatisation au niveau du poumon droit ; l'hémoculture répond pneumocoques. Nombreux vomissements. Le vaccin de Minet semble guérir cette « pneumococcémie ».

Enfin, presque deux mois après la fin du traitement insulinique au cours duquel la malade a souvent vomi, la patiente s'alite à nouveau avec 39°3. Elle vomit encore et la température oscille pendant 6 jours entre 38 et 39. Tout revient dans l'ordre.

Le 21 du même mois, 39° avec vomissements. Le 31, tout rentre dans l'ordre.

Enfin, le 8 juin 1938, température à 40°, vomissements qui deviennent de plus en plus nombreux. Le diagnostic reste incertain. Il aurait été bien facilité par un examen radioscopique, mais notre installation radiologique n'étant pas encore terminée cet élément d'appréciation nous a malheureusement manqué. Les signes pulmonaires sont très discrets et variables : on a par moments noté une matité suspendue qui a fait penser à une pleurésie interlobaire. On envisage également une évolution granulique : le cobaye, inoculé avec le contenu gastrique, fait une septicémie banale au 3^e jour. La malade absorbe peu de liquide : elle vomit toujours, fait une hématomèse le 24 qui se renouvelle le 27, avec mœlena. Exitus le 4 juillet 1938.

Autopsie. — Pas d'épanchement dans la cavité abdominale. Au moment où on décolle le plastron sterno-costal, on donne issue à un flot de pus (2 à 3 verres), de couleur brunâtre, et qui semble provenir du lobe gauche du foie qui s'étale dans tout l'étage sus-mésocolique. On libère quelques adhérences pleurales surtout marquées à droite (base et 1/2 inférieure).

Le *poumon droit*, pesant 760 gr., est très œdématié ; il présente une infiltration de tout son lobe inférieur, avec de nombreux tubercules en voie de caséification (deux petites géodes du volume d'une noisette). Dans le lobe supérieur, quelques zones de condensation.

Le *poumon gauche* est également très œdématié, mais sans lésions macroscopiques (poids 540 gr.).

Le *cœur*, très flasque, pèse 290 gr.

Le *rein gauche* pèse 135 gr. Quant au *rein droit*, on ne peut l'isoler de la surrénale correspondante ; son pôle supérieur se dissèque difficilement d'une masse due à une réaction péritonéale au niveau de la région pylorique et de la face inférieure du foie.

La *rate*, porphyre, pèse 200 gr.

Le *foie* pèse 1.600 gr. Son lobe gauche s'étale transversalement : c'est un confluent de poches purulentes. En coupant l'organe, on retrouve des petits abcès dans tout le parenchyme.

La dissection de l'*estomac* dans sa région pylorique est très difficile : il y a, à ce niveau, une sténose et une forte réaction péritonéale ligneuse où on ne peut trouver l'orifice d'une perforation. De l'intérieur de l'estomac, on retire une *tige de bois* d'une douzaine de centimètres de longueur, une *cuiller à café* et une *épingle à cheveux*, très altérées par une longue action du suc gastrique. La muqueuse gastrique est très enflammée.

Il s'agit donc d'une péritonite très enkystée, due à une perforation gastrique par corps étrangers et propagée au foie.

L'intérêt principal de cette observation nous paraît résider dans la longue dissimulation de cette mélancolique toujours prête à se donner la mort et ne trouvant le courage que de faire des tentatives « mineures » presque « anodines » par inges-

tion de toutes sortes d'objets. Cette opiniâtreté dans la tentative de suicide a fini par déjouer la surveillance la plus vigilante. La malade finit par se donner la mort à l'aide de moyens par eux-mêmes assez peu dangereux. Jusqu'au bout elle a souffert en silence et sans rien laisser soupçonner du phlegmon péritonéal qui devait l'emporter.

M. PICARD. — La recherche du suicide par les moyens les plus insoupçonnés est le fait des mélancoliques. Mais il ne leur est pas spécial. On le rencontre chez d'autres psychopathes. Et la surveillance la plus minutieuse n'arriverait pas à empêcher la réalisation de certains d'eux. J'ai eu un malade qui guérit d'un phlegmon ischio-rectal qu'il s'était provoqué à l'aide de tiges métalliques. Je cite le cas récent, publié à la société de médecine légale de Barcelone, d'un suicide par l'ingestion de chenilles processionnaires.

M. GOURIOU. — Ces cas sont en effet très curieux et dénotent de la part de leur auteur un courage admirable dû à leur douleur morale. On ne saurait les comparer qu'aux martyrs. Il y a un an et demi environ un psychiatre anglais publia le cas d'un mélancolique mort d'une gastrectomie et dans l'estomac duquel on avait trouvé une quantité phénoménale de cuillers, de lames, de cailloux, etc.

Comment prévenir de tels actes ? Il faudrait maintenir les malades camisolés toute leur vie.

M. MARCHAND. — Une mélancolique de Villejuif s'assit sur un fourneau allumé et supporta sans se plaindre une brûlure de tout le corps dont elle mourut, d'ailleurs. Et elle déclarait : « Enfin, je suis heureuse, je vais mourir ! »

M. COURBON. — Parler de courage à propos de la conduite de tels malades est abusif. Nous, gens normaux, aurions du courage si nous nous conduisions ainsi. Mais notre façon de penser et de sentir n'est pas la leur. Nous ne voulons pas nous punir, nous ne nous croyons pas damnés, nous ne voulons pas mourir, nous avons une cœnesthésie silencieuse, sinon agréable. On a ici la preuve de l'importance capitale de l'état mental du sujet dans la perception de la douleur déterminée par une excitation physique algogène. Leriche, dans son rapport sur la chirurgie de la douleur, devant la société de Neurologie de l'an dernier, a apporté la démonstration de ce mécanisme psychologique.

M. GOURIOU. — Une mélancolique après un ictus eut un syndrome thalamique à la suite duquel elle perdit sa douleur morale, devint plutôt euphorique mais se plaignit de la douleur causée par son ictus.

Je persiste à considérer comme courageux les hommes qui acceptent avec joie de subir des tortures et je refuse de confondre courage avec insensibilité. Il y a une douleur active et une passive. Celle des mélancoliques est passive.

M. CARRETTE. — Les mélancoliques sont rendus insensibles par l'angoisse. Et ils se suicident à la faveur de cette insensibilité.

M. LAGACHE. — Le mélancolique est en effet dans l'angoisse et il en souffre. L'acte mutilateur ou homicide la résout en partie parce qu'il la précise et il en éprouve un soulagement. Le mélancolique est dans l'attitude d'un masochiste qui en se châtiant lui-même se procure un soulagement.

M. FILLASSIER. — Le suicide le plus impressionnant que j'aie vu accomplir par un mélancolique est celui d'un étudiant qui s'incisa le cœur.

La maladie de Pick, la maladie d'Alzheimer et la démence sénile sans athérome cérébral, sont-elles les trois modalités d'un même processus dégénératif ? par MM. L. MARCHAND, R. ANGLADE, J. FRETET, M. ROUGEAN et P. ROYER.

La clinique nous révèle chaque jour des formes de réduction intellectuelle progressive assez rapidement massive, formes relativement précoces évoluant généralement sans accidents de la série apoplectique. Ces formes éveillent naturellement le soupçon d'une méningo-encéphalite que les réactions sérologiques ne viennent pas confirmer non plus que le mode d'évolution.

Les examens post-mortem macro et microscopiques montrent qu'il s'agit en effet d'un autre processus que celui d'une méningo-encéphalite diffuse. Les lésions cérébrales sont nettement de caractère dégénératif et les méninges, les vaisseaux n'y participent que dans une très faible mesure.

Les lésions sont diffuses mais avec des prédominances régionales qui expliquent la diversité des symptômes. Elle offrent souvent des caractères communs qui résident dans les modes

d'atrophie cellulaire, la formation de plaques séniles, la réaction des tissus névroglique et microglie.

Il semble que ce qui distingue ces cas des points de vue clinique et anatomo-pathologique ne justifie pas complètement la création de maladies spéciales pourvues de noms propres. C'est ainsi que nous n'envisageons la maladie d'Alzheimer et la maladie de Pick, que comme des syndromes présentant des analogies cliniques et anatomo-pathologiques avec la démence sénile. Leurs liens communs sont : le rétrécissement considérable du champ intellectuel et du langage, l'atrophie des cellules nobles qui président à ces fonctions et l'invasion de la corticalité par des cellules gliales.

Nous nous sommes demandé s'il ne convenait pas de faire rentrer ces affections dans un même groupe, le groupe des encéphaloses comprenant des affections cérébrales chroniques d'emblée dans lesquelles le processus anatomo-pathologique ne consiste qu'en des lésions dégénératives primitives des neurones avec surcharge lipoïdique sans aucune altération angionérotique, sans aucune réaction vasculaire inflammatoire.

L'étude de ces cas, la recherche de leur étiologie, n'ont rien à perdre à cette mise en commun.

Voici une observation qui nous paraît justifier la position du problème dans le sens que nous l'indiquons :

Jacques M... est né en 1874 d'une union consanguine. Marié en 1899, il a deux enfants vivants âgés de 37 et 43 ans, tous deux bien portants. Un troisième serait mort à l'âge de 3 mois de méningite. Sa femme aurait fait sept fausses couches.

M... a fait la guerre, n'a présenté aucune maladie grave pendant les cinquante-trois mois qu'il a passés aux armées.

Les premiers signes de fléchissement psychique sont apparus à l'âge de 47 ans, en 1921. M..., dont la conduite avait été irréprochable pendant les vingt-deux premières années de son mariage, manifeste alors des bizarreries de comportement : il abandonne son foyer sans raison qui vaille et, sans se justifier, erre dans la campagne pendant des journées entières.

Ces troubles se prolongeant, M... est conduit à l'hôpital d'Issy-les-Moulineaux où un traitement par injections intraveineuses de cyanure et intra-musculaires de bismuth est pratiqué en 1929. Les choses en restent là sans modification.

En 1931, M..., en revenant de chez son frère, se perd dans la campagne et ne rentre chez lui qu'à 10 heures 1/2, très surexcité. Il manifeste à ce moment un état d'onirisme violent. Un médecin appelé pose le diagnostic de congestion cérébrale, constate une hémiparésie droite qui disparaît rapidement.

L'examen du liquide céphalo-rachidien et du sang pratiqué le 22 janvier 1932 donne des résultats négatifs. Urée sanguine : 0,39.

L'affaiblissement psychique s'accroît rapidement. M. ne reconnaît pas les siens ou ne s'y intéresse plus, rien ne compte pour lui que son chien. Il présente des illusions des sens. Il gâte à cette époque et barbouille. A l'hôpital Henri-Rousselle où M... demeure pendant six jours, en novembre 1934, on porte le diagnostic de « démence artériopathique ».

M... est atteint à cette date d'un affaiblissement intellectuel considérable. Il ne sait plus la date de sa naissance, ni son âge. Il est incapable de s'habiller seul. Son vocabulaire s'est réduit à quelques mots qu'il répète lorsqu'on l'interroge, plusieurs fois de suite. A table, nous dit sa fille, « il se servait du couteau au lieu de la fourchette et inversement ».

Une ponction lombaire pratiquée à cette époque montre une légère albuminose (0 gr. 38) et la précipitation partielle, dans la réaction au benjoin, du premier tube de la zone méningitique. Les réactions de Wassermann et de Meinicke sont négatives.

Repris par sa famille, M... n'est interné que deux années plus tard, à 62 ans. A ce moment, il parle avec difficulté et répète toujours les derniers mots prononcés, il a perdu les notions de nom et d'usage des objets qui l'entourent. Il prend de l'ouate entre ses doigts, l'effiloche, dit de chaque petit fragment qu'il porte à sa bouche que c'est un enfant et répète sans cesse : « le petit, le petit, le petit, il est beau, il est beau... ».

M... est calme et semble être attentif, mais on pourrait croire qu'il ne comprend pas la parole ou n'en connaît que quelques mots qu'il répète à plaisir. Très souvent, aux questions posées, il répond : « ah oui... oui... oui... ah oui... ah oui ».

Accomplissement d'actes automatiques, tels que l'exemple suivant :

Il prend son drap, le plie, le presse vigoureusement, puis le frotte d'un geste minutieux. A d'autres moments, c'est sa main qu'il frotera de la même façon précise et attentive. Veut-on lui retirer le drap des mains, il s'oppose, proteste... « ah, ah », puis dans un moment de calme, d'une manière bien inattendue, il lance un juron et éclate de rire.

Il comprend les ordres très simples et les exécute, mais son attention se laisse facilement distraire, il prend un crayon qu'on lui tend, le regarde, le serre dans sa main et ne le laisse pas reprendre : « ah non, ah non, c'est à moi ça, c'est à moi adi padipa ».

On essaye en vain de le faire écrire. On lui demande de lire, il plie le journal et soliloque : « adipa dipa ».

On tente sans succès d'allumer un briquet devant lui et il s'écrie : « il n'a pas pu, il n'a pas pu, pas pu, pas pu, n'a pas pu »...

A cette époque l'examen somatique de M... était absolument impossible du fait de son excitation, mais fin août 1937, à la suite de

l'intervention chirurgicale nécessitée par un volumineux anthrax, il devient un malade calme, absolument muet, paraissant anxieux par moments.

L'examen neurologique montre alors : des réflexes patellaires et achilléens égaux symétriquement, pas de signe de Babinski, des pupilles légèrement inégales (la droite plus grande), irrégulières, réagissant faiblement à la lumière ; la tension artérielle est de 8-12.

Au cours de cette longue maladie qui a commencé à l'âge de 47 ans et s'est terminée par la mort à l'âge de 62 ans, de nombreuses réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke ont été recherchées dans le sang et le liquide rachidien, toutes négatives. Plusieurs dosages de l'urée sanguine ont montré un chiffre oscillant entre 0 gr. 35 et 0 gr. 39. Les urines ne contenaient ni glucose, ni albumine.

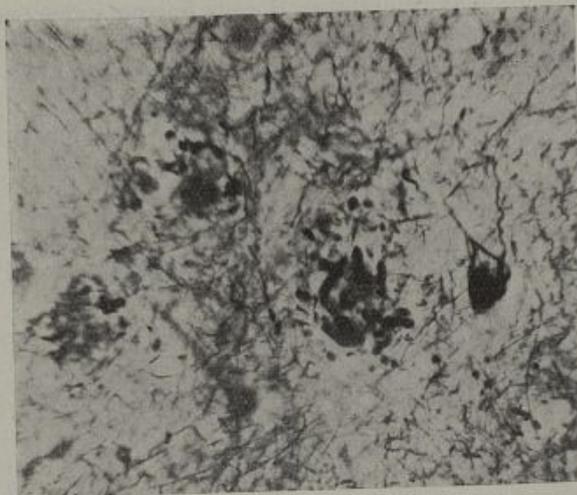


FIG. 1. — Plaques séniles et une cellule avec lésion d'Alzheimer. Méth. de Bielchowsky. Microph., Diam. 420.

Autopsie : Examen macroscopique de l'encéphale. — Pas de lésion des méninges molles, les granulations de Pacchioni ne sont pas plus développées que sur un cerveau normal.

L'atrophie du cerveau est considérable et généralisée et il est bien difficile de dire quelles sont les régions les plus réduites. Quelques dépressions corticales en cupules comme dans la démence sénile.

Sur les coupes transversales, on note que l'atrophie porte également sur les noyaux gris centraux et sur les couches optiques. Comme le cerveau atrophié s'est rétracté dans son ensemble, les ventricules latéraux sont peu dilatés. On n'observe aucun foyer de désintégration.

L'hémisphère droit pèse 350 gr., le gauche 360 gr. Le cervelet et le bulbe 135 gr.

Pas de granulations du plancher du 4^e ventricule. Pas d'athérome des artères de la base et de la convexité.

Examen microscopique de l'encéphale. — *Pie-mère.* On ne constate aucune lésion. Pas d'adhérence. Aucune lésion athéromateuse des vaisseaux.

Cortex. Le cortex est diminué d'épaisseur. L'architecture des couches cellulaires est complètement troublée. Les cellules ganglionnaires sont très atrophiées ; nombreuses cellules ont perdu leur forme pyramidale et sont devenues globuleuses ; leur cytoplasma dépourvu de granulations chromophiles renferme parfois des vacuoles. Les

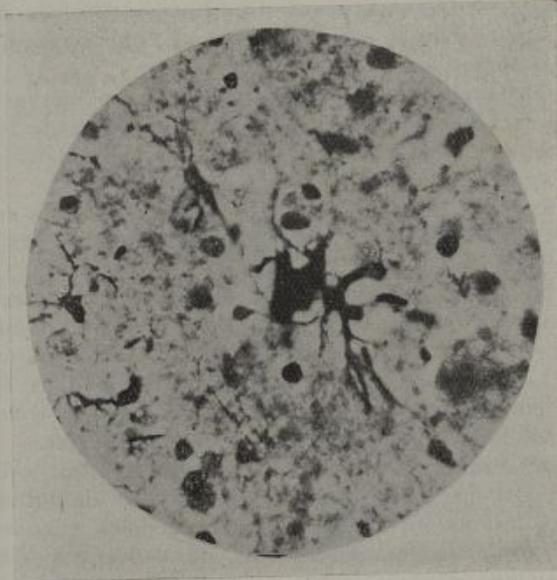


FIG. 2. — Cellules microgliales hyperplasiées.
Méth. de Hortéga, Microph., Diam. 540.

noyaux sont disposés excentriquement et sont souvent pycnotiques. Les espaces péri-cellulaires sont très élargis.

De très nombreuses cellules, les petites cellules pyramidales principalement, présentent la lésion d'Alzheimer et celle-ci est d'autant plus fréquente qu'on considère les cellules plus rapprochées de la couche moléculaire (fig. 1). Absence de corpuscules argentophiles.

Les cellules microgliales ne paraissent pas augmentées de nom-

bre. La plupart ont leurs corps très épaissis, d'où partent des prolongements nombreux et épais portant des renflements et se terminant souvent par une boule (fig. 2). Nombreuses cellules en bâtonnets.

Dans la couche moléculaire, les cellules névrogliales sont nombreuses, très riches en prolongements, souvent en voie de division. De place en place, elles se groupent en nodules.

Tout le cortex est parsemé de nombreuses plaques séniles souvent confluentes (fig. 1).

Dégénérescence diffuse des fibres tangentielles. La strie de Baillarger n'est plus apparente ni à la région préfrontale, ni au niveau des régions motrices.

Les espaces péri-vasculaires sont très élargis. Dégénérescence hyaline des veinules et artérioles situées dans la couche moléculaire. Granulations ocres autour de quelques vaisseaux.

En un seul endroit, nous avons trouvé un petit amas de granulations ocres situées dans le cortex et donnant l'impression d'un ancien foyer de désintégration.

Dans la substance blanche sous-corticale les cellules oligodendrogliques sont très abondantes, se disposant en palissade le long des petits vaisseaux. La névroglie est bien moins hyperplasiée que dans le cortex. Espaces périvasculaires très élargis.

Noyaux caudés et putamen. Atrophie dégénérative très accusée des cellules sans satellitose. Dans le putamen, calcification des parois de nombreux vaisseaux.

Couches optiques. Altérations profondes des cellules en voie d'atrophie sans satellitose. Un grand nombre se présentent sous forme d'éléments réduits à une petite masse informe granuleuse.

Cervelet. Les lésions sont moins profondes que dans le cerveau. Raréfaction considérable des fibres myéliniques de la couche granuleuse. Les cellules des noyaux dentelés sont très lésées.

Pédoncules cérébraux. Atrophie généralisée des cellules des noyaux de la III^e paire et de nombreuses cellules du locus niger.

Bulbe. Les lésions du bulbe sont peu accusées par rapport aux altérations cérébrales. Épaississements de l'adventice de quelques vaisseaux. Aucune dégénérescence fasciculaire. Épithélium ventriculaire normal. Les vaisseaux périlbulbaires ne présentent aucune trace d'athérome.

Hypophyse. Adénome microscopique à cellules basophiles. Aucune autre lésion.

Le diagnostic de maladie de Pick était celui qui avait été posé durant la vie. La lente évolution du processus démentiel, le tableau aphaso-agnoso-apraxique aboutissant à l'appauvrissement du langage parlé avec palilalie en suite au semi-mutisme autorisaient ce diagnostic. Or, l'examen macroscopique et microscopique de l'encéphale décèle les lésions de la maladie d'Al-

zheimer : atrophie cérébrale diffuse sans prédominance sur certains lobes, lésions neurofibrillaires d'Alzheimer, plaques séniles extrêmement nombreuses, absence de corpuscules argentophiles dans le cytoplasma des cellules ganglionnaires. Ce cas montre une fois de plus que le diagnostic entre la maladie de Pick et la maladie d'Alzheimer est souvent impossible durant la vie.

De ces diverses constatations, il ressort que ces deux affections présentent les plus grands rapports anatomiques avec la démence sénile sans athérome dans laquelle on peut observer les lésions que nous venons d'énumérer (1). Nous arrivons ainsi à cette constatation que les maladies de Pick et d'Alzheimer, ne différant des états séniles purs que par leur début précoce, rentrent dans le groupe des encéphaloses.

Ce sont de tels cas qui nous permettent de supposer que l'état dégénératif du cerveau peut survenir à n'importe quelle période de la vie et que, suivant l'âge des sujets au moment de son apparition, il présente simplement des particularités cliniques qui justifient leurs descriptions comme syndromes et non comme entités morbides.

(1) L. MARCHAND. — La démence sénile sans athérome cérébral. Ses rapports avec la maladie d'Alzheimer et la maladie de Pick. Considérations sur les encéphaloses. *Ann. méd.-psych.*, mai 1937, p. 689.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire des séances.

Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 7 Juillet 1938

Présidence : M. André THOMAS

La cholestérolémie des épileptiques par MM. J. DEREUX, M. PAGET et E. ALEXANDRE (de Lille).

Les auteurs ont repris l'étude du taux du cholestérol sanguin chez l'épileptique. Chez vingt malades, le taux du cholestérol a été trouvé : normal, huit fois ; légèrement augmenté, sept fois ; très augmenté, cinq fois. Il n'y a donc pas d'hypocholestérolémie. Dans quatre cas, le dosage a pu être fait pendant la crise : le taux n'a presque pas varié.

Enfin, les auteurs ont recherché si le gardénaïl pouvait avoir une influence sur le taux du cholestérol sanguin : cette influence est nulle.

Maladie de Thomsen. Maladie de Steinert. Action de la quinine, par MM. J. DEREUX et L. BAUDU (de Lille).

Les auteurs rapportent l'observation de deux malades : l'un, atteint de maladie de Thomsen, l'autre de maladie de Steinert. Ils insistent sur les particularités de l'histoire clinique de chacun d'eux et sur les résultats qu'a donnés la médication par les sels de quinine. La seule ingestion de sulfate de quinine a produit chez ces deux malades des effets remarquables.

La dyssynergie cérébelleuse progressive avec myoclonie-épilepsie (Syndrome de Ramsay Hunt), par MM. Raymond ROGÉ et James FARIOT, (Travail de la Clinique Neurologique de la Salpêtrière).

Tubercule méningée à forme tumorale,
par MM. PETIT-DUTAILLIS, MICHAUX et SIGWALD.

La tuberculose méningée peut, à côté des formes classiques, prendre un aspect tumoral. Cet aspect exceptionnel s'était manifesté cliniquement par des crises jacksoniennes crurales, suivies plusieurs mois après d'une monoplégie crurale et d'hypertension intracrânienne légère. L'intervention découvre une tumeur qui se présente macroscopiquement comme un méningiome, et qui est enlevée comme tel, bien qu'il y ait quelques adhérences avec le tissu nerveux. Histologiquement, cette tumeur est un volumineux tubercule fibro-caséux. Les suites opératoires sont bonnes ; l'état général se relève ; la guérison se maintient depuis un an et demi.

Syndrome de Cushing avec compression du chiasma, par tumeur atypique non basophile de l'hypophyse. Epilepsie généralisée déclenchée à chaque tentative d'exérèse de la tumeur, par MM. D. PETIT-DUTAILLIS, J. SIGWALD et M^{lle} SEYRIG.

Les auteurs rapportent une observation de maladie de Cushing très typique chez une femme jeune, s'étant traduite par une masculinisation progressive avec aménorrhée, du purpura, de l'hypertension artérielle, de l'obésité, de l'hypertrichose ; il existait plusieurs symptômes anormaux, entre autres de l'exophtalmie, d'importants œdèmes transitoires, et surtout des signes de tumeur hypophysaire se traduisant par de la céphalée avec hypertension intracrânienne légère, une hémianopsie bitemporale, un élargissement de la selle turcique. L'intervention montra une tumeur hypophysaire macroscopique, mais histologiquement il s'agissait d'une tumeur épithéliale atypique sans éléments basophiles. L'ablation de la tumeur ne fut pas totalement possible, tout contact par la curette ou l'électro-coagulateur déclenchant une vasodilatation cérébrale intense avec crise d'épilepsie généralisée. L'excitation de centres végétatifs infundibulaires est probablement à l'origine de ces crises d'épilepsie.

Présentation d'une polyradiculo-névrite en évolution
(Syndrome de Guillain et Barré), par MM. FAURE-BEAULIEU et FELD.

Les auteurs montrent un malade atteint depuis quelques semaines d'une paralysie flasque intéressant les quatre membres, le tronc, la nuque et la face ; le début a été progressif et douloureux, au point de faire croire à une récurrence de rhumatisme articulaire aigu.

L'examen neurologique montre une abolition de tous les réflexes tendineux et cutanés, sauf le crémastérien ; la sensibilité objective est émoussée surtout aux extrémités et les troubles de la sensibilité subjective consistent en paresthésies et surtout en une douleur vive à la pression des masses musculaires. La ponction lombaire montre un liquide pauvre en éléments (0,6) et riche en albumine (1 gr. 10). L'examen électrique montre une hypoexcitabilité diffuse.

On reconnaît là les traits majeurs de l'affection isolée en 1916 par Guillain et Barré sous le titre de « radiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire » et qui porte à juste titre le nom de ces auteurs.

Les observations publiées ensuite (une vingtaine environ) ont confirmé l'autonomie de ce syndrome, si utile à connaître en raison de son pronostic favorable, différent de celui que, non prévenu, on serait tenté de porter en présence d'un état fonctionnel aussi alarmant.

**Contribution à l'étude des mouvements oppositionnistes impulsifs.
Présentation de malade et projections, par M. GARCIN.**

La neurolymphomatose des gallinacés et ses relations avec la neuro-lymphomatose humaine, par MM. J. LHERMITTE, AJURIAGUERRA et FOUQUET.

Les auteurs étudient les caractères épidémiologiques, cliniques et anatomiques de cette singulière maladie dénommée : *Fowl paralysis*, et qui exerce de sérieux ravages dans les troupeaux de volailles du monde entier. La maladie se spécifie cliniquement par des troubles moteurs, paralytiques ou spasmodiques, limités ou généralisés dont les types les plus communs sont la paralysie de l'aile, de la patte avec claudication, du cou (cou mou), de la paupière supérieure d'une part ; la chorée, le tournis, l'opisthotonos, d'autre part.

Les lésions ne sont pas moins caractéristiques, marquées qu'elles sont par des infiltrations de lymphoblastes et de plasmocytes dans tous les segments du système nerveux central et périphérique comme aussi de la plupart des viscères et surtout du foie.

Cette neuro-lymphoblastomatose trouve chez l'homme son pendant dans l'affection décrite par Lhermitte et Trelles sous le terme de neuro-lymphomatose périphérique.

Contribution à l'étude de l'épilepsie amaurotique aiguë du singe, (avec projections cinématographiques et préparations anatomo-pathologiques), par M. Van BOGAERT.

**De la pathogénie des lésions osseuses dans les maladies nerveuses,
par M. André THOMAS.**

**Le syndrome hémialgique thalamique à évolution progressive,
par M. J. LHERMITTE.**

A propos de l'observation d'un malade atteint d'hémialgie pure, l'auteur rappelle les traits du syndrome algique pur de la couche optique qu'il a décrit en 1921 et qui a été retrouvé par plusieurs observateurs : douleurs à type de brûlure, sensations de caractère affectif pénible montrant une ténacité à la diffusion contrastant avec l'intégrité des sensibilités superficielles et profondes. Plus tard, du fait de l'extension en profondeur des lésions vasculaires apparaissent des troubles de la sensibilité objective par lesquels se spécifie le syndrome thalamique complet. L'auteur insiste aussi sur la rareté des modifications de l'image de soi dans les lésions thalamiques pures.

M. LÉCONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 25 Juin 1938

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

**La thérapeutique convulsivante par le pentaméthylènetétrazol.
Impressions, par M. H. HOVEN.**

L'auteur a appliqué depuis plusieurs mois à l'asile de Mons le traitement par chocs au cardiazol dans la schizophrénie. Il a obtenu un grand nombre de résultats favorables, et plusieurs malades ont pu quitter l'asile. Cette thérapeutique démontre que les lésions de la schizophrénie restent réversibles pendant plusieurs années. Dans des cas en apparence chroniques avec évolution démentielle, on voit que le fonds mental n'est pas aussi gravement atteint que l'aspect clinique du malade pouvait le faire supposer avant le traitement.

Démence choréique ou démence précoce ? par M. A. LEROY.

Relation du cas d'un sujet présentant un affaiblissement intellectuel global avec sitiophobie, stéréotypies, évolution démentielle et hypertonie d'allure extra-pyramidale. L'état de ce malade a été nettement amélioré par le traitement au cardiazol qui apparaîtrait ainsi, d'après l'auteur, comme un élément de diagnostic différentiel entre la démence précoce et la démence choréique, entre la catatonie et l'hypertonie extra-pyramidale au début.

**Détenus psychopathes avalers de ferraille,
par MM. P. VERSTRAETEN et O. VAN HAUWAERT.**

Relation des cas très semblables des deux détenus, anciens pensionnaires d'une école de bienfaisance et anciens légionnaires, qui ont à diverses reprises avalé des débris métalliques au cours de leur détention. Il s'agit d'actes impulsifs conscients, traduisant un besoin d'ostentation ou de protestation symbolique, ou encore le désir de passer pour anormaux et de se faire transférer dans un établissement de défense sociale. Les auteurs présentent des radiographies relatives à ces cas et attirent l'attention sur la très grande tolérance du tube digestif à des corps étrangers même volumineux, tolérance qui démontre qu'on ne doit pas se hâter d'intervenir chirurgicalement.

Influence de l'extrait hépatique désinsuliné sur certains états épileptiques, par M. ROUVROY.

L'auteur a été amené à traiter par l'angioxyl un épileptique qui présentait toujours précédemment des périodes confusionnelles très longues après chaque crise, périodes qui ont été considérablement raccourcies par l'emploi de ce médicament. Des essais effectués dans d'autres cas ont confirmé ce résultat. L'angioxyl paraît avoir également une bonne influence dans l'état de mal ; chez des épileptiques traités régulièrement de la même manière, les crises semblent avoir diminué de fréquence mais augmenté en intensité. Ces divers résultats, qui confirment des observations déjà relatées dans la littérature, doivent être attribués à l'action vasodilatatrice du médicament.

J. LEY.

**Groupement Belge d'Etudes
Oto-Neuro-Ophthalmologiques et Neuro-Chirurgicales**

Séance du 25 Juin 1938

Présidence : M. CHEVAL, président

M. le Président prononce l'éloge funèbre du Docteur DELIE et du Docteur MALOENS, membres de la Société décédés récemment.

**Nystagmus apparu après exentération d'un œil,
par MM. MOREAU et JACQUEMOTTE.**

Un homme de 46 ans, mineur, mais n'ayant jamais présenté de nystagmus des mineurs, est blessé à la face en mars 1938. L'énucléation de l'œil droit est pratiquée en raison d'une menace de panophtalmie. Treize jours après l'opération apparaît au niveau de l'œil gauche un nystagmus horizontal ondulateur très rapide ainsi que de la photophobie. Le port de lunettes noires et l'occlusion de l'œil suppriment le nystagmus. L'examen neurologique ne montre rien de particulier en dehors d'un léger tremblement irrégulier des paupières et des mains.

Les auteurs présentent le malade et posent la question de savoir si ces mouvements nystagmiformes doivent être interprétés comme un tremblement oculaire, comme un nystagmus latent ou comme un nystagmus psychogène.

Phénomène de Marcus Gunn chez un oligophrène, par M. MUYLE.

Présentation d'un malade, imbécile profond, atteint du phénomène de syncinésie maxillo-palpébrale de Marcus Gunn, déclanché par certains mouvements des muscles de la face. Le sujet, fils d'alcoolique, présente de nombreuses dystrophies morphologiques : microcéphalie, cypho-scoliose, dédoublement du tourbillon des cheveux. Des mouvements anormaux de la paupière auraient été remarqués dès l'âge de 4 mois à la suite de convulsions. La pathogénie du phénomène est encore très discutée ; son origine nucléaire paraît probable.

Tumeur d'allure bénigne de la région gassérienne, par M. EVRARD.

Relation du cas d'un malade de 44 ans observé depuis 3 ans et dont l'affection a débuté par de la diplopie intermittente, des paresthésies dans le domaine du trijumeau et des crises douloureuses intenses, mais rares et passagères. Les muscles masseter et temporal gauches s'atrophient ensuite, le malade présente de la kératite récidivante, une abolition des réflexes cornéens, d'éternuement et de larmolement, et des troubles de la sensibilité objective. La ponction lombaire révéla une dissociation albumino-cytologique. Une parésie des muscles ptérygoïdien externe et droit interne gauches et un rétrécissement concentrique du champ visuel pour les couleurs complétèrent le tableau clinique. La radiographie montre une amputation de la pointe et du bord supérieur du rocher. Il s'agit d'une tumeur de la région gassérienne, lésion relativement rare dont l'auteur discute la nature probable. L'opération a été refusée.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale, Séméiologie, Thérapeutique, par H. BARUK, Médecin en chef de la Maison Nationale de Charenton. Un vol. grand in-8°, 828 pages, 125 figures, Masson et C^{ie} édit., Paris 1938.

Le titre de cet important ouvrage indique son but qui est de substituer à une psychiatrie dite « statique et nosographique », une psychiatrie « physiologique et médicale » basée sur une nouvelle organisation des conditions d'observation permettant une liaison étroite entre la psychiatrie et le reste de la médecine.

Pour être juste, il ne faudrait pas présenter comme nouvelle une tendance « médicale » de la psychiatrie. Il y a de longues années que la psychiatrie française a ce souci. Bien des générations successives l'ont proclamé et, parmi les psychiatres français actuels, même les plus âgés, il en est, je crois, bien peu, qui n'aient déjà entendu énoncer ce principe par leurs maîtres. Mais chacune de ces générations de psychiatres se réclamant de la médecine générale n'a pu utiliser que les procédés d'investigation en usage. Et ce qui est chaque fois nouveau, légitimement nouveau, c'est d'appliquer à la psychiatrie les procédés les plus récents d'investigation de la médecine générale. Ce serait une erreur de considérer comme une innovation une « psychiatrie médicale », mais la psychiatrie médicale suit tout naturellement les progrès de la médecine. Et ce qui est nouveau, c'est, appliquant à la psychiatrie les nouvelles méthodes de laboratoire, de décrire, comme le fait excellemment M. Henri Baruk, les acquisitions récentes d'une psychiatrie physiologique et expérimentale.

Là n'est pas la seule originalité de ce livre dont la publication suscitera le plus grand intérêt. C'est à la fois un exposé des intéressantes recherches de l'auteur, un recueil de cours effectivement destinés à ses élèves, et c'est aussi, en quelque manière, un traité de psychiatrie, par l'unité de la doctrine, l'abondance et la diversité des questions traitées, le plan général de l'ouvrage. Traité dans lequel l'expérimentation et la séméiologie tiennent la plus grande place. Plus de la moitié du volume est réservée à la catatonie

et à l'hystérie, syndromes auxquels l'auteur a consacré de multiples expériences et de patientes recherches dont il expose les intéressants résultats. Car le point de départ de ce travail se trouve dans les recherches cliniques, physiologiques et expérimentales sur la catatonie, bien connues des lecteurs des *Annales médico-psychologiques*, recherches qui, conduisant l'auteur à l'étude des troubles des fonctions volontaires psycho-motrices et aux perturbations associées, l'ont amené à concevoir la psychiatrie comme une pathologie fonctionnelle de processus psycho-physiologiques étroitement liés.

Ainsi se trouve écarté, au moins en partie, le dualisme des affections dites organiques ou non organiques. Pour M. Henri Baruk, ces dernières représentent des atteintes diffuses et superficielles. D'où une pathologie « unitaire » du système nerveux et la révision d'une nosographie psychiatrique trop systématique qui ne permet plus l'adaptation aux investigations physiologiques et psycho-physiologiques.

Rejetant donc les classifications cliniques actuelles, et notamment celle de Kraepelin, M. Henri Baruk envisage les divers troubles mentaux sous forme de troubles de fonctions communs à toute la pathologie cérébrale : troubles de la fonction hypnique et diverses variétés de rêve et de délire onirique ; perturbations des fonctions psycho-motrices volontaires, sommeil cataleptique ; perturbations du courant de la pensée et troubles de la contention de la pensée intérieure ; troubles sensoriels et psycho-sensoriels ; troubles psycho-sensitifs et troubles de la cénesthésie ; troubles psycho-viscéraux. Insistant sur la variabilité de l'évolution des troubles mentaux pour l'opposer à la fixité (?) des entités nosographiques qu'il rejette, l'auteur termine cette seconde partie de l'ouvrage par un intéressant chapitre consacré à quelques particularités évolutives des troubles mentaux : périodicité (névroses périodiques) ; balancements psycho-somatiques ; stades psycho-organiques ; rémissions et guérisons spontanées ; valeur de l'anxiété « justifiée » signe avertisseur des stades prodromiques.

Dans une troisième partie, à propos du coma insulinaire et de la thérapeutique convulsivante par le cardiazol, M. Henri Baruk s'élève contre l'« agitation » de thérapeutiques brutales, « entreprises à tort et à travers ». Il insiste sur l'importance des investigations physiologiques et étiologiques en vue d'une thérapeutique rationnelle, souple, adaptée aux stades de la maladie, et sur l'action des traitements initiaux, des traitements préventifs de psychoses évitables. Cette thérapeutique psychiatrique étiologique demande non seulement une expérience clinique et humaine considérable, mais aussi des investigations médicales et physiologiques extrêmement approfondies, une culture médicale étendue et des collaborations.

Elle nécessite également une organisation moderne de l'assistance et de l'hygiène. Après avoir exposé les « sages principes » de la loi du 30 juin 1838, M. Henri Baruk indique quelques lacunes dans son application et expose ses idées personnelles sur les établissements hospitaliers psychiatriques, le recrutement et la formation des psychiatres, l'enseignement de la psychiatrie. Il préconise à juste raison la multiplication des « services libres ». On pourra regretter de ne pas lire ici parmi les noms des précurseurs des « services libres » celui du Professeur Régis dont le service, ouvert aux deux sexes de l'Hôpital Saint-André, à Bordeaux, fut le premier en date. C'est là qu'il fit cet enseignement de « psychiatrie médicale » dont l'influence s'étendit bien au delà de Bordeaux et des frontières de notre

pays. Et si le nom d'un psychiatre français disparu avait sa place dans un tel livre et à un tel endroit, c'est bien celui du Professeur Régis.

Une quatrième partie est consacrée à l'histoire de la Maison Nationale de Santé (anciennement Maison de Charenton), à l'exposé de son organisation actuelle et à l'indication des améliorations projetées.

Remarquablement édité, illustré de tracés, de courbes, de figures, ce livre contient tous renseignements utiles concernant l'expérimentation sur l'animal en psychiatrie, le détail et les résultats de nombreuses techniques d'exploration, une abondante bibliographie et un index alphabétique permettant d'y trouver facilement ce que l'on cherche. Il est le témoignage d'un grand et fructueux labeur d'observation et d'expérimentation aboutissant à un original effort de synthèse.

René CHARPENTIER.

Manuel de Psychiatrie (Manual de Psychiatria), par le Professeur Henrique Roxo. 3^e édition. 1 vol., in-8°, 890 pages, Editions de la *Livraria Francisco Alves*, Rio de Janeiro, 1938.

La psychiatrie traverse une ère d'indéniable prospérité. Il n'est que de consulter les éditions successives de livres qui font autorité comme celui du Professeur Roxo pour s'en assurer. Les grandes synthèses nosologiques, les pathogénies discutables voient leur développement réduit au profit des grands problèmes essentiels médicaux et sociaux. Les essais thérapeutiques isolés, empiriques, au contrôle difficile, les projets et les critiques concernant l'Assistance se dissolvent dans un grand mouvement qui libère des anciennes routines.

M. le Professeur Roxo n'oublie pas qu'il ne s'adresse pas qu'à des confrères psychiatres. Il expose la technique d'un examen d'aliéné, justifie la classification officielle des Sociétés brésiliennes de psychiatrie, de neurologie et de médecine légale. Il doit documenter l'étudiant, le médecin et l'apprenti psychiatre, aussi expose-t-il la séméiologie générale, aborde-t-il le problème des constitutions. Il montre encore comment la clinique médicale rencontre la psychiatrie à chaque pas. Les infections, les intoxications se compliquent fréquemment de troubles sensoriels, de confusion dans les idées. Les perturbations endocriniennes sont envisagées des mêmes points de vue.

Le titre même du chapitre, qui traite des psychoses graves de la jeunesse, indique la tendance actuelle. Sous le nom de schizophrénie, le professeur Roxo aborde l'ensemble des formes cliniques démentielles que limite le problème abordé au chapitre suivant intitulé : les paraphrénies. Après avoir décrit les types initiaux et rappelé l'œuvre kraepelinienne, l'auteur indique les formes frustes, sépare les états congénitaux des formes acquises et nous fait partager le grand espoir des thérapeutiques récentes. Aux efforts de réadaptation, aux patientes tentatives inspirées par l'école de Bleuler s'ajoute heureusement l'essai de libération physiologique annoncé par les méthodes de Sakel et de von Meduna. La psychose maniaque-dépressive participera aux mêmes espoirs. Elle bénéficiera en outre des recherches de l'endocrinologie moderne et des travaux sur le système neuro-végétatif, auxquels les patho-physiologistes français ont apporté tant de précieuses contributions passionnément accueillies par la neuro-psychiatrie brésilienne.

La technique freudienne est exposée assez longuement et les résultats des traitements de la syphilis cérébrale relatés avec une profonde connaissance des faits.

Enfin, des chapitres sur la simulation et la responsabilité liée aux diverses formes psychopathiques complètent le volume dont la clarté et la sûreté de la documentation ne sont jamais en défaut.

P. CARRETTE.

De la périodicité dans les maladies mentales, par le Dr Jean BELFILS. 1 vol. in 8°, 226 pages, Imprimerie A. Tollard, Nancy-Laxou, *Thèse de Nancy* 1938.

Après avoir rappelé que la périodicité, l'alternance constituent une loi générale régissant les fonctions psychiques comme les fonctions somatiques, modalité biologique dont la psychose maniaco-dépressive à l'état de pureté représente, au point de vue mental, le type le plus parfait, l'auteur étudie les autres psychoses revêtant un caractère intermittent et montre que ce sont précisément celles qui comportent dans leur manifestation un élément maniaco-dépressif.

C'est le cas pour le syndrome de Cotard ; pour les cénestopathies évoluant par crises temporaires, curables, et relevant en pareil cas de la constitution cyclothymique combinée au déséquilibre de la sensibilité ; pour certaines formes de neurasthénie qui, par leur origine et leur évolution, se présentent comme une atténuation de la mélancolie ; pour les obsessions et les impulsions développées sur un fond maniaco-dépressif qui leur donne une apparence accidentelle ; pour les bouffées délirantes en général ; pour la confusion mentale lorsqu'elle survient sans cause manifeste et se traduit surtout par un hypofonctionnement psychique ; pour certains états schizophréniques fugaces ou régressifs dus à la coexistence de facteurs schizoïdes et de facteurs maniaco-dépressifs.

Dans tous ces cas, il s'agit de psychoses associées, de complexes symptomatiques surtout de nature constitutionnelle.

Le dernier chapitre est consacré aux guérisons subites qui peuvent survenir chez les malades de cette espèce et se produisent soit à la suite de causes physiques ou morales, qui dans d'autres circonstances se révèlent comme des agents pathogènes, soit en vertu d'un dynamisme propre à la constitution psychopathique.

PRIVAT DE FORTUNÉ.

PSYCHO-PSYCHOLOGIE

Archives de Psychologie, tome XXV, fondées par Th. FLOURNOY et Ed. CLAPARÈDE, publiées par Ed. CLAPARÈDE, Professeur de Psychologie à la Faculté des Sciences de l'Université de Genève, avec la collaboration de Pierre BOVET, J. LARGUIER DES BANCELS et Jean PIAGET (1 vol., in-8°, 428 p., Librairie Naville, Genève 1936).

Le tome XXV des Archives de Psychologie contient une intéressante contribution de MM. Marc Lambercier et André Rey à l'étude de l'intelligence pratique chez l'enfant, par l'examen de l'évolution d'une conduite pratique simple, une esquisse biologique et psychologique de l'évolution par le Pro-

fesseur *J. Kollarits* (de Budapest), une étude de *test de barrage* par *M. Bienvenue Bugnion*. A propos de ce dernier travail, *M. Richard Meili* montre que *qualité et quantité* (ou rapidité) ne sont pas des réalités psychologiques, et ne sont pas coordonnées à de telles réalités, mais des aspects du travail objectif, du produit, ce dernier étant la résultante de capacités et d'une certaine attitude, deux facteurs dont l'importance relative varie d'un travail à l'autre.

Signalons encore un mémoire du *D^r Félix Mayer* (de Berlin) dans lequel étudiant *la structure du rêve*, les rapports entre le rêve, le langage des gestes et le langage oral, l'auteur montre que c'est l'aphasie du sommeil profond qui engendre le rêve en provoquant l'apparition du langage des gestes ; un article de *M. André Rey* intitulé *Choix adapté précédant la prise de conscience*, précédé d'une introduction de *M. le Professeur Claparède* et suivi d'expériences de *M. Marc Lambercier* répétant chez deux singes cynocéphales *l'expérience de « l'espèce unique »* de *E.-W. Robinson* ; une note de *M. André Rey* sur un nouveau type d'actographe et un mémoire du même auteur sur *les conduites conditionnées du cobaye*. Dans une note sur les origines psychologiques de *la puissance du nom*, le Professeur *Georges Berguer* (de Genève) considère cette puissance du nom comme un résultat direct de la constitution physique et mentale de l'enfant, par réaction contre un complexe inné d'infériorité : l'origine en serait une des phases, illusoire mais naturelles, de son développement psychique. Le Professeur *J. Kollarits* établit la distinction entre *deux sortes de patriotisme*, le patriotisme romantique et le patriotisme classique.

Enfin, dans un travail basé sur 14 observations d'audition colorée, le Professeur *Ed. Claparède* montre *la stabilité des synopsis* à de longs intervalles (32 et 45 ans).

A ces importants travaux originaux s'ajoutent de nombreuses analyses de livres ou mémoires concernant la philosophie, la psychologie expérimentale ou descriptive, la psychologie de l'enfant, la pédagogie, l'orientation professionnelle, la psychologie animale et la psychopathologie. Une table générale des matières des 25 tomes déjà parus depuis 1901 figure à la fin de ce volume et montre la richesse de cette collection où le psychologue trouvera la substance des remarquables travaux du Professeur *Ed. Claparède*, de ses collaborateurs et de ses élèves.

R. C.

Les conditions anatomo-cliniques de l'intuition et de la représentation de soi-même et du monde extérieur, par le *D^r Maurice Dide* (Extrait des Mémoires de l'Académie des Sciences, Inscriptions et Belles-Lettres de Toulouse. Douzième série, tome XV, 1937).

Considérant la conscience comme une fin préétablie, résultant de l'évolution simultanée et régulière de l'énergie et de la forme matérielle qu'elle affecte, les altérations morphologiques entraînant fatalement des défaillances fonctionnelles, *M. Maurice Dide* estime que cette méthode psychogénétique, qui ne préjuge ni de la nature ni du rôle de la conscience, suppose cependant légitime l'application de la technique expérimentale aux opérations de la connaissance.

Il distingue la conscience subjective de la conscience objective, cette dernière correspondant à une élaboration intellectuelle rationalisée, à des

acquisitions gnosiques et à des expressions symbolisées. Etudiant les modifications de l'intuition subjective, l'auteur passe en revue les aberrations de la perception intéroceptive (anomalies de l'intuition somatique et sentimentale, phénomènes de dépersonnalisation, modifications de l'intuition Étendue-Durée) et le dérèglement du comportement spontané et de la conscience morale à l'égard de l'actuel et de l'éventuel. Il aborde ensuite l'étude des anomalies représentatives et schématisées par l'intelligence de l'image de soi et du monde extérieur.

Ayant ainsi établi que les intuitions d'étendue et de durée ne s'élaborent pas dans les mêmes régions corticales que les concepts abstraits d'espace, dont les concepts de temps rationnel ne semblent être que des modalités, M. Maurice Dide reproche à la doctrine associationniste de ne pas tenir compte de ce fait que toute représentation implique un complexe idéo-affectif et moteur. Ces synthèses se succèdent plus ou moins étendues et se résolvent sans cesse en de nouveaux complexes. Il est, d'autre part, nécessaire d'envisager séparément les fonctions des deux hémisphères. De l'ensemble de ces notions l'auteur dégage un schéma présenté d'ailleurs comme une hypothèse de travail et dont certains points appelleraient confirmation.

Les processus de la conscience « représentent dans la série des êtres l'apogée évolutive de la bioénergie ».

René CHARPENTIER.

Le corps et l'âme, par le Dr René BIOT (1 vol. in-12, 250 pages, in Collection des Cahiers « Présences » publiés sous la direction de DANIEL-ROPS, Plon édit., Paris 1938).

Ce petit livre soulève et tend à résoudre des questions si importantes, si délicates, si nombreuses, que leur discussion nécessiterait de gros volumes. Résumer ce qu'il contient dépasserait encore de beaucoup le cadre de ces présentations. Il n'est possible d'en donner ici qu'une vue très incomplète. Mais les lecteurs des *Annales Médico-Psychologiques* en connaissent déjà les tendances par les comptes rendus parus ici des intéressantes publications du Groupe Lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques dues au Dr René Biot.

Ce livre est, si l'on peut dire, la somme de ces travaux. Il débute par la phrase de Péguy « Le spirituel est lui-même charnel » et l'énoncé de cette conception qui veut voir dans l'homme l'extrême misère d'une chair périssable unie à la noblesse d'un esprit destiné à l'éternité. Mélange, si humain, d'humilité consciente et d'orgueil inconscient, résignation plus ou moins sereine qui trouve son point d'appui dans une ambitieuse espérance, cette conviction aboutit à une doctrine unitaire d'un dyamisme dont la fécondité est évidente.

La notion d'unité de l'être, tradition hippocratique, obscurcie sous l'influence de la lente élaboration des sciences analytiques, de l'anatomie en particulier et de l'extension des méthodes expérimentales renaît aujourd'hui avec l'étude des tempéraments et les acquisitions physiologiques et cliniques sur le rôle des systèmes régulateurs. L'unité est le caractère essentiel et distinctif de l'être vivant. Cette unité fait tout concourir à un but unique, qui est le maintien de la vie. Et, autant qu'elle est une unité dans la diversité, la vie est rythme.

A aucun moment, en aucun point de l'organisme humaine n'existe de matière qui soit exclusivement matière, inerte, inanimée. Même au degré élémentaire, au stade des échanges moléculaires apparaît une orientation qui est le signe de la vie, force mystérieuse qui tend à persévérer, à se maintenir, à coordonner tous les phénomènes. Et l'observation montre que les systèmes organiques, digestif, circulatoire, et surtout endocrino-nerveux, ont une action directe sur l'humeur, au sens psychique et moral du mot. L'activité intellectuelle la plus pure met en jeu toutes les puissances corporelles, reçoit d'elles une sorte d'accent individuel, imprime aussi sa marque à l'activité biologique. Il n'est pas possible, chez l'homme vivant, de dissocier ce qui est exclusivement physiologique, ce qui ne serait que matière, de ce qui est purement psychique et serait donc uniquement spirituel. Rien ne peut être compris de ce qui se passe chez l'homme si l'on n'a pas bien saisi comment l'âme et le corps constituent une unité parfaite. Parler des rapports du physique et du moral c'est faire une confusion dans les mots.

D'autre part, le déterminisme biologique va de pair avec la liberté morale. La liberté de l'homme n'est pas la même que celle d'un esprit pur. La dignité humaine ne réside pas en un effort pour rendre plus lâche la liaison avec le corps comme si l'idéal était de rompre ce lien. Pareille rupture n'est autre que la mort, ce n'est pas la vertu. Tout est donné à l'homme pour qu'il puisse atteindre ses fins spirituelles qui sont de connaître le vrai, d'aimer le bien, d'accomplir ses devoirs.

A l'obtention des résultats, des collaborations sont nécessaires, telles celles mises en œuvre par le Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques, telle dans la pratique, celle du médecin et du théologien, si fréquente en psychiatrie. Sous le nom de « médecine humaine », il faut entendre cette médecine qui, ne se limitant pas « à un art de la santé animale » entend se mettre au service de « la personne humaine ». C'est, selon l'expression de Georges Duhamel, « un acte d'homme à homme ». Elle réproouve le dessèchement du cœur auquel aboutit la « médecine en série ». Elle tend à cette notion de la santé qui comporte la possibilité de l'usage de nos facultés, corporelles et psychiques, « pour des fins dignes de l'homme ».

Ceux-là mêmes qui ne partageront pas toutes les idées de l'auteur, ni toutes les solutions qu'il propose à tant de difficiles problèmes ne pourront que rendre hommage à l'élévation de sa pensée, à la continuité de ses efforts, à la noblesse de ses buts.

René CHARPENTIER.

Quelques investigations sur la physiologie des émotions (Some investigations into the Physiology of Emotions), par H. I. SCHOU. 1 vol. in-8°, 111 pages. *Acta psychiatrica et neurologica, Supplément XIV*. Levin et Munksgaard Editeurs, Copenhague, 1937.

Le phénomène le plus universellement observé dans les états émotifs est l'érythème de la peau. Ses localisations habituelles ou rares s'accompagnent d'augmentation de la température cutanée, tandis que le refroidissement gagne les extrémités des membres, indépendamment de l'augmentation de l'excrétion sudorale. Les émotions s'accompagnent d'ailleurs de modifications du tonus musculaire, de contractions involontaires, d'un rythme nouveau des échanges respiratoires, de variations de l'acidité gastrique et intes-

tinale, de changements dans la courbe du sucre sanguin, un stade d'hyperglycémie précédant généralement une situation inverse, évolution qui s'effectue parallèlement à celle de la production d'adrénaline. M. Schou a effectué toutes ces recherches, soit à l'occasion de cas cliniques, soit dans des conditions d'expériences rigoureusement contrôlées. Il estime que le sens des modifications observées est lié à l'intensité des phénomènes, et que certaines règles générales se dégagent des faits, par exemple, la liaison des réactions vaso-motrices avec l'activité du mésocéphale ; constatation conforme à l'étude de développement humain et de la phylogénie comme à celles de la clinique (infections, tumeurs cérébrales).

Toutes les considérations physiologiques de M. Schou sont applicables aux émotions pathologiques. Elles fournissent aux psychoses manico-dépressives et schizophréniques une base de recherches utiles à l'étude de leur mécanisme et peuvent conduire à d'importants résultats thérapeutiques.

P. CARRETTE.

La peur, par L. VAUTHIER, Docteur en sciences pédagogiques (47 pages in Revue de l'Université de Bruxelles, oct.-nov. 1937, déc. 1937-janv. 1938).

Cette intéressante étude expose les résultats de travaux faits sous la direction du Professeur Aug. Ley, à l'Université de Bruxelles. L'auteur y envisage successivement la définition et l'objet de la peur, les théories psychologiques et philosophiques, la peur chez l'enfant, la peur chez l'animal, la peur dans les œuvres littéraires et le jeu, la peur chez le primitif et à l'origine des religions, les peurs collectives, l'étude expérimentale de la peur, le vocabulaire de la peur, la pathologie de la peur, l'éducation et la thérapeutique de la peur.

Après avoir rappelé différentes définitions et théories de la peur, M. L. Vauthier déclare n'avoir trouvé ni dans la littérature, ni dans l'expérience psychologique récente chez l'enfant et chez l'animal aucun élément qui permette de conclure à l'existence de peurs héréditaires, spécifiques. Les excitants qui déterminent les premières réactions de peur de l'enfant sont avant tout des excitants auditifs ou des dérobements brusques d'équilibre.

Il y a trois moyens d'investigations pour étudier les peurs infantiles, l'observation libre, l'observation au moyen de questionnaires, ou l'expérimentation qui n'est pas sans inconvénients. L'observation libre ou guidée est le procédé de choix si l'on dispose du temps nécessaire.

Très intéressante est l'étude de la peur collective dont M. Ch. Blondel a bien exposé les conditions dans son Introduction à la psychologie collective.

S'il est difficile d'établir une limite entre la peur normale et la peur pathologique, on est souvent amené pratiquement à faire état, pour les séparer, du comportement social. La peur pathologique est ainsi celle qui empêche l'activité pragmatique familiale ou sociale du sujet. Ces peurs pathologiques présentent un grand intérêt psychologique à cause de l'évidente dissociation entre les éléments intellectuel et affectif de l'esprit. Le succès de la thérapeutique varie suivant les causes parmi lesquelles fréquemment : l'action défavorable du milieu, l'ignorance, l'hyperémotivité constitutionnelle, divers facteurs psychologiques ou médicaux. Les transformations de la

vie et de la société font d'ailleurs varier le caractère et la nature des peurs habituelles.

René CHARPENTIER.

Exploration de l'affectivité subconsciente par la méthode du rêve éveillé. Sublimation et acquisition psychologiques, par Robert DESOILLE. Préface de Charles BAUDOIN (1 vol., in-8°, 290 pages, J. L. L. D'ARTREY édit., Paris 1938).

Ce livre est l'exposé d'une technique ayant pour but d'ouvrir des voies nouvelles à l'investigation de l'affectivité subconsciente. On y trouvera tout d'abord le compte rendu d'expériences initiales, et l'examen critique des procédés empiriques utilisés (orientation du rêve éveillé, analyse du rêve, effets psycho-physiologiques). L'auteur aboutit à cette conclusion que, en dehors des effets de la suggestion d'ascension, les mécanismes du rêve dirigé à l'état de veille, sont ceux de la psychologie du rêve ordinaire. Les procédés employés tendent à réduire au minimum l'intensité de toutes les excitations, externes et internes, susceptibles de donner des composantes dans l'image du rêve et de venir masquer ainsi, par leurs effets, la composante affective que l'on veut isoler et étudier. Après l'analyse des images, symboliques ou non, par le procédé des associations d'idées (comme le font les psychanalystes), l'expérimentateur fait revenir le sujet à son état normal par des transitions lentes.

Avant d'exposer à la conduite de la vie et à la psychothérapie l'application de cette méthode où le contenu du rêve éveillé met en évidence le caractère universel du symbolisme, l'auteur montre que ce symbolisme universel correspond à ce que C. Jung désigne sous le nom d'« inconscient collectif ».

Entre les troubles psychiques bénins, qui peuvent être réduits par les seuls procédés psychologiques et les troubles mentaux incurables d'origine organique, il existe toute une série de cas où il est logique d'associer la psychothérapie à la thérapeutique des troubles organiques. M. Robert Desoille estime que de meilleurs résultats psychothérapeutiques seraient obtenus par sa méthode d'analyse et de sublimation, en perfectionnant et en rendant plus efficaces les procédés les plus habituellement employés tels que la rééducation de l'attention, le repos, l'isolement, la suggestion, l'analyse et les acquisitions psychologiques.

De l'étude de quelques aspects de la personnalité humaine, en particulier de certains phénomènes « supranormaux » (transmission de pensée, lecture de pensée, prémonition, hallucination collective, etc.), et de l'étude de la psychologie des mystiques (stigmates, visions, sentiments, actes), l'auteur conclut que si certains de ces aspects de la personnalité humaine sont encore considérés comme exceptionnels, il est possible en utilisant sa méthode, de provoquer chez un très grand nombre de sujets les conditions dans lesquels ils apparaissent.

Une synthèse des conceptions énergétiques (tension psychologique de Pierre Janet) et des points de vue de la psychanalyse (qui attribue un rôle trop vague à l'intelligence) permet de mieux saisir les nuances des phénomènes psychologiques dont M. P. Desoille propose d'étudier les processus par une nouvelle technique d'exploration et de sublimation.

R. C.

Psycho-physiologie sexuelle, Etude biologique, clinique et sociale par
L. STROMINGER, Docent d'Urologie à la Faculté de Médecine de Bucarest,
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris, préface de M. le Professeur
LAINEL-LAVASTINE (1 vol. in-8°, 286 pages, G. Doin et C^{ie}, édit., Paris 1938).

Cette étude de psycho-physiologie sexuelle et de psycho-pathologie sexuelle est l'œuvre d'un urologiste, d'ailleurs ancien interne du Professeur Marinesco. Dans ce livre, riche de documentation et d'expérience clinique, M. Strominger s'applique à dégager des conclusions pratiques, individuelles et sociales. Il expose les données indispensables de physiologie sexuelle chez l'enfant, chez l'homme, chez la femme, leurs relations avec la psychologie et leurs rapports avec les problèmes économiques et sociaux. Il étudie successivement la chasteté, l'abstinence sexuelle, l'éducation sexuelle, la crise sexuelle au double point de vue biologique et sociologique, insistant sur l'importance du rôle des médecins, des sexologues, des éducateurs et surtout de la famille et de l'Etat lors de la crise sexuelle des deux sexes. Rendant compte des travaux du Congrès international contre la pornographie, tenu à Paris en 1908, il demande qu'une entente internationale intervienne pour faciliter la lutte contre cette perversion de l'impulsion génitale.

L'auteur passe ensuite en revue les divers syndromes de psycho-pathologie sexuelle, envisageant successivement l'hermaphrodisme, le pseudo-hermaphrodisme, la cryptorchidie, la gynécomastie, virilisation et féminisation, les troubles fonctionnels de la sexualité chez l'homme (paradoxisme sexuel, onanisme, masturbation, impuissance génitale, etc.) et chez la femme, les troubles de l'instinct sexuel (homosexualité), les perversions sexuelles qui peuvent compliquer l'inversion sexuelle.

Il consacre une très importante étude au facteur sexuel dans le mariage, aux conséquences de la contradiction entre l'instinct sexuel individuel et l'organisation sociale du mariage, à la durée du mariage, à la crise du mariage, au côté social du mariage. Un chapitre sur la vie sexuelle des grands hommes et des femmes célèbres ajoute à l'intérêt de ce livre où la culture générale de l'auteur apporte, dans ses diverses parties, des citations ou des rappels historiques ou littéraires.

Les conclusions de M. Strominger sont une nouvelle contribution aux efforts de l'eugénique en vue de l'amélioration de l'espèce humaine, eugénique, dont il étudie les rapports avec la sexualité, la sélection humaine et le mariage. Une éducation sexuelle doit être donnée à la jeunesse des deux sexes, exempte de toute fausseté et de toute hypocrisie, de même qu'une éducation sexuelle en vue du mariage pour éviter les malentendus et souvent les drames conjugaux. L'adoption du certificat pré-nuptial est une garantie indispensable, à condition que ce certificat n'envisage pas seulement l'état de santé des deux candidats et la prévention des maladies héréditaires ou contagieuses, mais aussi les troubles sexuels organiques ou dynamiques. Dans chaque union matrimoniale, conclut M. Strominger, doivent être harmonieusement réunis les facteurs suivants : affectivité, raison, volonté, validité, responsabilité et fécondité.

On ne saurait trop prôner ces solutions de bon sens, ajoute M. le Professeur Lainel-Lavastine dans la préface de cette intéressante étude biologique, clinique et sociale.

René CHARPENTIER.

ASSISTANCE

Organisation de l'Assistance des aliénés (Organizacion de la Asistencia de los Alienados), par Baltazar CARAVEDO. Rapport officiel, 1 vol., in-12, 104 pages. *Journées Neuro-psychiatriques du Pacifique*. Santiago du Chili, 4-11 janvier 1937.

L'histoire de la psychiatrie française est à la base de tout essai historique sur l'Assistance des Aliénés. L'époque contemporaine s'ouvre avec Pinel. M. Caravedo montre ensuite comment le XIX^e siècle a profité de l'effort initial. Il rappelle Samuel Tuke et le Refuge d'York. Gheel et les colonies familiales. La période moderne est celle de « l'open-door », du « service ouvert », de la clinothérapie, de la réadaptation sociale. Après avoir indiqué la profonde impression produite par l'individualité de M. Clifford Beers, M. Caravedo essaye de fournir une synthèse des procédés actuels d'Assistance des Aliénés et d'y intégrer les éléments essentiels : le médecin psychiatre, l'hôpital psychiatrique remplaçant l'ancien asile, le service social et le dispensaire d'hygiène mentale, l'Institut médico-pédagogique, la maison de cure pour les narcomanies, l'annexe psychiatrique des prisons, les hospices de vieillards et de chroniques, l'assistance familiale. Il propose la création d'un Conseil d'Hygiène mentale, office de surveillance et de contrôle composé de psychiatres, de juristes et de légistes dont la compétence et les pouvoirs permettraient le règlement des problèmes épineux de la surveillance des aliénés dangereux et du placement des malades, et qui constituerait un organisme supérieur destiné à donner toutes les garanties désirables aux malades, aux familles et à l'opinion.

P. GARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Archives de Médecine légale et d'Identification (Archivos de Medicina legal e Identificação), publiées sous la direction de Leonidio RIBEIRO en hommage à Cesar Lombroso. 1 vol. in-8°, 422 pages. *Imprimerie nationale*, Rio-de-Janeiro, 1936.

Le 10 janvier 1936, l'Italie a commémoré le centenaire de la naissance du grand anthropologiste Cesar Lombroso. Les psychiatres, les médecins-légistes du monde entier se sont associés à cette célébration. Sous la direction du Professeur Ribeiro, directeur de l'Institut d'Identification de Rio-de-Janeiro, une série d'études médico-légales a été réunie en un volume et éditée officiellement au Brésil avec la collaboration d'éminents criminologistes du monde entier.

Un article de M. Ferri rappelle l'aboutissement des efforts de Lombroso pour la connaissance des délinquants et pour l'application de mesures de défense sociale. L'étude nécrologique de Lacassagne, publiée à Lyon en 1909, trouve ensuite sa place naturelle dans le volume. D'autres contributions à l'éloge du maître de Vérone sont reproduites, celles des professeurs Mario Carrara et Ruggero Romanese de Turin, celle de M. Louis Vervaeck à l'occasion de l'érection d'un monument dans sa ville natale le 25 septembre 1921. Le professeur Benigno di Tullio expose ce qu'est actuellement l'école d'an-

thropologie de Rome. Document complété par un essai de statistique et de morphologie criminelle du Professeur Tancredi Gatti.

Les nombreux articles qui suivent pourraient être classés en 3 catégories : 1° Assistance, Hygiène mentale et Sociologie : « Pédagogie correctrice », de M. Mariano Ruiz Funes ; « Etude biotypologique de l'établissement des enfants arriérés de Bello Horizonte », par MM. Naytres Rezende et Fernando Magalhães Gomes ; « Organisation du département criminologique », de M. Jilberto Llanos Valenzuela. 2° Médecine légale : « Affaire de faux en écriture », par M. Charles Sannié, de l'Identité judiciaire de Paris ; « Les lieux du crime par le photogrammètre de Wild », par M. Moyses Marx. 3° Identification, partie technique ; « Moulage », par M. John Edjar Hoover ; « Dactyloscopie » par M. Luiz Reyna Almandos, par M. Ugo Sorrentino ; « Eczémas professionnels », par M. João Borges Vieira, etc...

Des documents sur les laboratoires de technique policière, par M. Leonido Ribeiro, sur l'identification civile, par M. E. Locard, sur la prison-modèle de São-Paulo, par M. Juan Silva Riesta, nous fournissent des aperçus sur des questions d'actualités très importantes.

P. CARRETTE.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le pronostic de la schizophrénie, par Henri SCHAEFFER (*La Presse médicale*, n° 25, 26 mars 1938).

Rappelant les travaux de Hoffmann, Braatoy, Mayer-Gross, Mauz et l'important mémoire de Langfeldt, M. Henri Schaeffer en tire les conclusions suivantes.

Le tempérament schizothymique et la constitution leptosome se rencontrent surtout dans les schizophrénies à évolution défavorable, le tempérament cyclothymique et la constitution pyknique dans les schizophrénies à évolution favorable. Le nombre des cas à évolution favorable est d'autant plus grand que le début des troubles a été plus tardif. Les formes à début aigu auraient souvent un meilleur pronostic. Les formes atypiques ont le plus souvent une évolution favorable. Les symptômes de dépersonnalisation et de déréalisation massive aboutissent à la démence. Les cas de catatonie pure, sans facteurs exogènes ou psychogènes d'excitation, sans symptômes pathoplastiques, ont un aussi mauvais pronostic.

Langfeldt pense que l'insuline a une action favorable sur les symptômes psychiques qui dépendent d'altérations des régions phylogénétiquement les plus jeunes du cerveau (hallucinations, idées paranoïdes discrètes), mais que le choc insulinique est sans effet sur les cas dans lesquels sont atteintes les régions phylogénétiquement les plus anciennes du cerveau.

R. C.

De quelques psychoses schizophréniformes dans l'enfance, par le Dr LANGFELDT. *Encéphale* 1937, vol. II, p. 183 à 201.

M. Langfeldt s'élève contre la facilité avec laquelle le diagnostic de schizophrénie est posé chez l'enfant alors que cette affection apparaît comme très rare à cet âge.

L'auteur apporte et commente quatre observations. Dans trois cas il s'agit d'autisme, de stéréotypies, de symptômes catatoniques et d'indigence affective ; dans le quatrième se trouvent des hallucinations, et pourtant un seul de ces cas peut être étiqueté Schizophrénie.

Comme explication à la rareté de cette affection chez les enfants, L... propose deux hypothèses : la disposition schizophrénique exige pour son développement certaines conditions constitutionnelles, biologiques et humoraux qui sont postérieures à la puberté. L'autre raison est purement psychologique, basée sur la mentalité infantile : les symptômes de dépersonnalisation ne peuvent être perçus là où il n'y a pas encore de personnalité.

Pierre MASQUIN.

De la schizophrénie chez l'enfant (Ueber die Schizophrenie im Kindesalter), par I. LUTZ (de Zurich). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIX, 2, et XL, 1, 1937.

C'est une étude clinique complète de la schizophrénie infantile que l'auteur a entreprise dans ce travail. Elle s'appuie sur des observations recueillies à la clinique de Burghölzli ; dans aucun des cas rapportés la maladie n'a débuté postérieurement à l'âge de 10 ans. La littérature antérieure est amplement discutée. Le tableau clinique est caractérisé par la pauvreté de symptômes ; par ailleurs on y retrouve les mêmes troubles fondamentaux que dans la schizophrénie des adultes : trouble du rapport avec le monde ambiant, troubles du langage, troubles affectifs, etc. Deux grandes formes cliniques sont à distinguer : une forme lente, progressive, d'aspect hébéphrénique, et une forme aiguë ou subaiguë, évoluant par poussées, d'aspect souvent catatonique. Des différences sensibles existent entre les schizophrénies infantiles avec début avant ou après 6 ans. Avant l'âge de 6 ans, les troubles délirants et les hallucinations vraies ne sont guère rencontrés. L'auteur insiste longuement sur le problème, souvent délicat, du diagnostic différentiel ; remarquons à ce sujet qu'il n'admet pas de différence fondamentale entre la schizophrénie infantile et la démence précocissime de Sante de Sanctis. L'étiologie se confond sensiblement avec celle de la schizophrénie des adultes, c'est-à-dire le rôle de l'hérédité prédomine. Le pronostic est franchement mauvais, la thérapeutique décevante ; l'auteur attend toutefois quelques résultats de l'insulinothérapie, à condition d'une application très précoce. Heureusement l'affection est assez rare : à peine 1 p. cent de la totalité des schizophrénies.

E. BAUER.

Sur la définition de la débilité mentale, par Th. SIMON (Bulletin du Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile, n° 2, mars 1938).

M. Th. Simon insistant à nouveau sur les inconvénients de l'imprécision des mots « débilité mentale » met la question à l'ordre du jour des séan-

ces du groupement d'études. Il propose d'écarter ces mots et de définir la « débilité intellectuelle », état intermédiaire entre l'imbécillité et l'état normal.

Chez l'adulte, lorsque le maximum de développement intellectuel du sujet est atteint, la limite de l'état normal commence au delà du niveau mental de 10 ans.

Chez l'enfant, c'est l'avenir qu'il faut prévoir. Pour cela, deux procédés : la considération du quotient intellectuel, bien qu'il varie au cours de l'âge ; le recours à des courbes de croissance qu'on peut toujours craindre insuffisantes.

A cela, des objections : la sottise, fausseté du jugement qui peut coïncider avec un niveau qualifié normal par les tests ; l'infantilisme de la pensée ; l'influence du milieu social sur les résultats obtenus ; le désaccord entre le niveau mental établi par les tests et l'adaptation sociale.

Une définition par le niveau est insuffisante, une définition par l'énoncé d'un caractère indubitablement pathologique serait désirable.

René CHARPENTIER.

Le certificat d'études primaires dans les écoles d'anormaux, Etude statistique et critique, par M^{me} J. JAMET et M. BRISOT (Bulletin du Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile, n° 2, mars 1938).

Des faits exposés, observés au service d'enfants anormaux de l'asile de Vaucluse, les auteurs concluent que seuls devraient être présentés au Certificat d'études primaires les enfants des classes d'anormaux dont l'amélioration peut être considérée comme certaine et dont l'observation peut être suffisamment prolongée dans le service après l'obtention éventuelle du Certificat d'études primaires. L'avis du médecin-spécialiste, et non la demande des parents, devrait seul décider de la présentation ou non à cet examen.

R. C.

Un cas d'idiotie acquise, par Th. SIMON, M^{me} GAULTIER et R. STORA (Bulletin du Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile, n° 2, mars 1938).

A propos d'un malade qui se présente comme un idiot congénital, mais dont l'anamnèse signale un développement normal jusqu'à l'âge de 11 ans, les auteurs attirent l'attention sur la pauvreté des séquelles des capacités antérieures. Le diagnostic d'idiotie ou de démence resterait des plus difficiles si l'on était réduit au seul examen du malade.

Ils se demandent si une perte aussi complète ne constitue pas un caractère des démences qui surviennent dans l'enfance ou, tout au moins, de certaines d'entre elles.

R. C.

La démence infantile (Dementia infantilis), par I. ZAPPERT, de Vienne, *Journal de Psychiatrie infantile*, IV, 6, 1938.

La démence infantile est une maladie autonome, appartenant au groupe des affections hérédo-dégénératives. Heller l'a décrite pour la première fois en 1908 ; l'auteur en a précisé la symptomatologie, en lui reconnaissant

les caractéristiques suivantes : début entre la 3^e et la 4^e année (mais des observations plus récentes démontrent que cette règle souffre des exceptions), — altération de la fonction verbale au début et au cours de la maladie, — instabilité, états d'excitation et parfois d'angoisse, — démence se manifestant rapidement et aboutissant à des états d'idiotisme et de gâtisme, — l'expression du visage, loin d'être stupide, est parfois même intelligente, — absence de tous symptômes somatiques, — état stationnaire sans aucun préjudice à la santé physique. Des données anatomo- et histopathologiques précises manquent encore : les constatations faites sur ce point par Corberi et Weygandt — les seules existant jusqu'ici — sont contradictoires. La maladie est incurable.

E. BAUER.

Réflexions sur quelques troubles de l'émotivité chez l'enfant, par DUBLI-NEAU (Bulletin du Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile, n° 2, mars 1938).

Le principal caractère du déséquilibre émotif est la tendance de toutes les réactions de l'émotivité à la généralisation, qu'il s'agisse de réactions d'excitation ou d'inhibition. Aux phases d'excitation pure s'applique strictement le mot « turbulence ». Ces « enfants nerveux » présentent beaucoup de troubles rencontrés dans l'instabilité classique (il s'agit ici de l'instabilité psycho-motrice primitive et non de l'instabilité secondaire liée à des troubles du caractère ou à des tendances antisociales). Leurs troubles, émotivo-moteurs, s'opposent à ceux d'un second type instinctivo- ou sensitivo-moteur où l'élément émotif n'intervient qu'accessoirement et dans lequel figurent les « enfants difficiles » qui présentent des troubles du caractère avec réactions impulsives et agressives.

A ces états de turbulence s'opposent des états abouliques et asthéniques ; aux états d'explosivité instinctive s'opposent des états de ralentissement, de glischroidie.

On ne peut concevoir le caractère que comme la somme d'une juxtaposition des structures fondamentales. Pour que s'équilibrent les structures antagonistes, il faut qu'elles soient dominées par les plans supérieurs de l'intelligence et de la volonté. Le redressement des tendances, d'autant plus facile qu'il est plus précoce, doit consister moins dans l'étouffement de la tendance prédominante que dans l'appel à la structure antagoniste. L'étude psychologique, dans les crèches et les pouponnières, des réactions précoces favoriserait la prophylaxie des névroses et l'établissement d'une pédagogie rationnelle en fonction du type structural.

René CHARPENTIER.

Troubles psychiques en rapport avec les traumatismes crâniens chez les enfants et les adolescents, par Mme le Professeur G. E. SOUCHARIEVA et D. L. EINHORN. *Sovietskaia Psichonevrologia*, t. XIII, n° 5, 1937.

En se basant sur les constatations faites sur 98 cas de traumatismes crâniens survenus chez les enfants ou les adolescents, les auteurs soulignent l'intérêt de la vue d'ensemble de la structure des tableaux cliniques qui s'en dégagent. Ils font ressortir que chaque cas d'espèce dépend de la réunion du facteur traumatique et des caractères psychiques individuels et héréditaires.

taires. Dans la complexité des tableaux cliniques post-traumatiques, les facteurs psychogènes, organiques, fonctionnels endo et exogènes se combinent, s'imbriquent et s'imprègnent mutuellement. Nombreux sont les cas où l'état prémorbide exerce un rôle dominant sur la formation du tableau clinique post-traumatique.

FRIBOURG-BLANC.

A propos de 109 cas de fractures du crâne chez les enfants, par E. SORREL, Mme SORREL-DEJERINE et GIGON. *La Presse médicale*, n° 41, p. 761-764, 22 mai 1937.

Il est à noter que chez l'enfant, si la survie dépasse 48 heures — même en présence de signes cliniques extrêmement graves — les fractures du crâne évoluent rapidement vers la guérison dans la majorité des cas, surtout si on a fixé précocement les indications opératoires. Les auteurs estiment que, dans le doute, il vaut mieux intervenir. Après trépanation, les chances de restitution sont intactes. Les complications infectieuses sont très rares. Les séquelles tardives gênantes n'existent que dans trois cas. Ces preuves de récupération chez des enfants atteints d'importantes lésions encéphaliques provoquées par le trauma cranien méritaient d'être signalées, car il s'agit là d'une notion assez éloignée de l'opinion courante.

P. CARRETTE.

Sur un cas de microcéphalie chez une fillette de 4 ans 1/2 (Über Mikrozephalie bei einem 4 1/2 jährigen Mädchen), par G. КУЖАТН, de Berlin. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 97, 4, 1938.

Dans le comportement de cet enfant, en particulier dans ses manifestations intellectuelles primitives et dans ses réactions expressives, l'auteur trouve la confirmation de la notion du « psychique », au sens de la vieille distinction entre l'âme et la conscience. Le « psychique », ou l'âme, ou le moi, instance centrale ayant pour but la conservation de l'individu et la satisfaction du désir, existe *a priori*. Il intervient dans beaucoup de réactions complexes, interprétées souvent à tort comme des automatismes ou des réflexes purs. La conscience dépend du développement onto- et phylogénique ; elle n'apparaît qu'à un stade tardif de ce développement ; sa genèse est sans doute zonale et en rapport étroit avec certaines sphères sensorielles ; dans l'organisation cérébrale de l'enfant étudié, les conditions nécessaires à une vie consciente ne sont pas réalisées.

E. BAUER.

Les directives de la structure des tableaux cliniques des psychoses, par Mme le Prof. G. E. SOUCHARIEVA. (*Sovietskaia Psichonevrologiia*, T. XIII, Fasc. 8, 1937).

En face de la complexité et du polymorphisme clinique des diverses psychoses, la recherche des bases qui peuvent servir à déterminer leur nature demeure le problème capital de la psychiatrie. L'auteur expose les directives personnelles adoptées en vue de guider le diagnostic clinique. Mme Soucharieva souligne l'importance du facteur étiologique et de la personnalité du malade, mais place comme principe de base l'étude de la pathogénèse du processus. La symptomatologie et l'évolution sont déterminées par le méca-

nisme du déroulement du processus. Ainsi, pour la schizophrénie chez l'enfant ou chez l'adolescent, qui a fait l'objet de travaux antérieurs de l'auteur, la symptomatologie psychopathologique des diverses formes n'est que relativement spécifique et le degré de la spécificité dépend de la rapidité de la marche du processus, des particularités individuelles du sujet et de ses réactions compensatrices. Ainsi, le dynamisme pathogène est lié à la sphère intérieure du malade et à des particularités prémorbides congénitales ou acquises. Le facteur spécifique, avec son pouvoir électif, de même que les facteurs exogène, endogène et psychogène s'enchevêtrent, se pénètrent et s'influencent mutuellement.

Dans le domaine de l'hérédité, l'observation du dynamisme de la psychose enseigne que le malade n'hérite pas une psychopathie, mais une réactivité anormale ou une tendance aux réactions psychopathiques. Au point de vue pratique, cette conception démontre la part qui revient à la clinique. Elle seule peut déterminer pour chaque cas particulier, non seulement ce qui a été détruit, mais aussi ce qui a été préservé. C'est elle qui précisera également l'importance des réactions compensatrices empreintes d'influences extérieures ou éducatives antérieures.

FRIBOURG-BLANC.

Pathologie de l'Image de Soi. Les hallucinations des amputés. Etude clinique et pathogénique, par Jean LHERMITTE (de Paris) et Zvonimir SUSIC (de Zagreb) (*La Presse médicale*, n° 33, 23 avril 1938).

L'introduction dans la science de la notion de l'image du moi corporel permet de mieux comprendre le phénomène communément appelé « l'hallucination » ou « l'illusion » des amputés. MM. Lhermitte et Susic apportent dans ce mémoire l'étude physiologique et psychologique de 28 amputés, 15 hommes et 13 femmes, âgés de 39 à 81 ans, et amputés depuis des dates variant de 3 ans à 46 ans, ayant tous gardé, de façon permanente ou temporaire, la représentation du membre amputé.

L'image fantôme est d'intensité variable, subit l'influence des changements atmosphériques et de la fatigue, peut avoir gardé des caractères de plasticité, de mobilité fictive et parfois douloureuse dont l'amputé a une conscience très claire. Elle apparaît immédiatement après l'amputation et les auteurs citent le cas d'un amputé qui tomba en voulant s'appuyer sur ce membre illusoire tant il lui semblait exister. Elle peut s'atténuer et disparaître. Elle persiste, parfois très vive, dans le sommeil et le rêve. Il faut distinguer les douleurs des moignons de l'algohallucinoïse, les deux pouvant d'ailleurs coexister. Si l'algo-hallucinoïse n'est heureusement pas la règle, on observe par contre généralement des sensations pénibles variées, continues ou intermittentes. Certaines de ces manifestations douloureuses rappellent les manifestations douloureuses qui ont précédé l'amputation.

Les résultats des injections intraveineuses de gluconate de calcium, faites par MM. Lhermitte et Susic, en interrompant à l'aide d'une bande d'Esmarch la circulation locale du membre, montrent que la reviviscence de l'image du membre chez l'amputé ressortit, non pas à l'excitation des névromes périphériques, mais à une action directe sur les centres cérébro-spinaux. L'hallucination des amputés ne peut être réellement comprise qu'en fonction d'un état psychologique, d'une image totale du corps à laquelle se rattache le schéma très vivant du membre mutilé, image qui implique une frange de complexes affectifs contemporains ou antécédents même à la mutilation.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'analyse de certains états hallucinatoires, par E. A. PERELMOUTER. *Sovietskaia Psichonevrologiia*, t. XIII, n° 4, 1937.

Certaines formations hallucinatoires monosymptomatiques puisent leur sujet dans le passé même très lointain du malade par la voie catathymique, c'est-à-dire d'élection affective. Dans les cas rapportés par l'auteur, les hallucinations n'ont pas subi de déformation bien qu'elles aient été puisées dans les étapes du passé très éloigné, mais elles ont gardé une formation « reproductive ». Les facteurs organiques jouent un rôle secondaire dans les hallucinations. Mais lorsque leur rôle est plus accusé, les hallucinations portent une empreinte de stéréotypie, qui reste néanmoins relativement riche dans ses variations. La conservation relative du sens critique des malades à l'égard de leurs hallucinations marque une tendance vers la guérison.

Fribourg-Blanc.

Contribution à l'étude de la corrélation entre les hallucinations et le délire, par le Professeur E. A. CHEVALEV et E. A. PERELMOUTER. *Sovietskaia Psichonevrologiia*, t. XIII, n° 4, 1937.

En se basant sur les observations relatives aux différentes formes de délire hallucinatoire, les auteurs étudient les rapports qui subordonnent ces manifestations au cours des processus psychiques. Les auteurs soulignent la multiplicité des cas d'espèce et la diversité de leur structure, dont la connaissance a une répercussion importante sur le pronostic et le traitement de la psychose. L'évolution est marquée, dans la plupart des cas, par la disparition des hallucinations qui précède l'atténuation du délire. La durée du processus dépend de la personnalité psychique du malade, du caractère et du temps d'action des facteurs déterminants. La durée des manifestations retentit sur l'intensité de sa fixation. La thérapeutique par l'hypnose prolongée peut enrayer cette fixation.

Fribourg-Blanc.

Contribution à l'étude de certaines formes de délire, par D. J. RACHMAN. *Sovietskaia Psichonevrologiia*, t. XIII, n° 4, 1937.

Rachman distingue dans le dynamisme du développement du délire trois étapes successives : 1° La phase où le malade attribue à certains faits réels une importance exagérée. Il recherche l'approbation de l'entourage tout en conservant le contrôle de lui-même. 2° L'intervention d'un choc psychique sur un terrain ainsi préparé favorise l'accumulation d'autres faits défavorables et l'aboutissement à la désorientation et à la perte totale des facultés de contrôle. A ce stade, les chocs psychiques peuvent s'accumuler en couches successives, augmenter le délire jusqu'à son apogée, où il se maintient un certain temps. 3° A la suite de cette phase, le délire peut, soit régresser, soit au contraire se fixer définitivement ou plus ou moins longtemps. Mais, même dans les cas favorables de guérison, la prédisposition au délire demeure latente, prête à une nouvelle explosion à la première occasion favorable.

Fribourg-Blanc.

De la pensée à haute voix dans les maladies mentales, par le Professeur E. A. CHEVALEV. *Sovietskaia Psichonevrologiia*, t. XIII, n° 4, 1937.

L'auteur souligne l'intérêt clinique de la pensée à haute voix. La présence de ce signe dans certaines affections mentales comme son absence dans d'au-

tres, ses origines variables suivant les cas : tantôt affectifs, tantôt autistiques, tantôt liés à la personnalité des sujets ou à leur manque de contrôle, enfin son rôle dans la démence, déterminent la valeur diagnostique de la pensée à haute voix en clinique psychiatrique. Cependant, ce signe qui accompagne certains troubles psychiques ne peut être apprécié à sa valeur qu'à condition d'être étudié parallèlement avec d'autres signes cliniques de la maladie en cause.

FRIBOURG-BLANC.

Quelques réflexions sur la notion d'angoisse, par Georges PARCHEMINEY. *Archives hospitalières*, n° 6, p. 413-415, juin 1937.

L'auteur admet que l'angoisse pathologique diffère de l'angoisse normale par l'absence de danger réel. Le problème est donc pour lui strictement psychique. La névrose devient par ailleurs un processus de réaction contre l'angoisse. Et la névrose d'angoisse ? Il est vrai que le domaine des « explications » psychologiques ne s'embarrasse ni des faits biologiques, ni des observations cliniques.

P. CARRETTE.

Hypocondrie et épilepsie (Hypochondrie und Epilepsie), par R. HIRSCH, de Waldau-Berne. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. 97, 6, 1938.

Le fond mental épileptique ne permet pas le développement d'une névrose hypocondriaque. C'est pourquoi — l'existence des manifestations hypocondriaques passagères, pendant les phases pré- ou post-paroxystiques, mise à part — l'association hypocondrie-épilepsie est exceptionnelle. L'auteur ne l'a jamais rencontrée chez 600 épileptiques hospitalisés dans les asiles suisses. Cette constatation cadre avec celle de Courbon concernant la rareté du suicide dans l'épilepsie.

E. BAUER.

Les origines de l'épilepsie, par J. COMBY. *Le Bulletin médical*, n° 43, p. 699-701, 24 octobre 1936.

L'épilepsie n'est pas un mal héréditaire en soi. Il faut inculquer cette notion au public qui la méconnaît généralement. L'épilepsie dite essentielle est due à l'hérédo-syphilis, et surtout au trauma obstétrical et aux encéphalites des maladies infectieuses de l'enfance.

P. CARRETTE.

Un cas « typique » d'énurésie nocturne (Ein « typischer » Fall von Enuresis nocturna), par R. GRÜNEBERG. *Journal de Psychiatrie infantile*, IV, 4 et 5, 1938.

L'énurésie nocturne de cet enfant, apparue à l'âge de 3 ans, après qu'il était resté propre pendant 1 an 1/2, est due à une régression. L'élément régressif se reflète d'ailleurs dans de nombreux aspects du comportement de cet enfant, qui peut être rangé aisément dans le groupe des enfants difficiles du type régressif, décrit par l'auteur. Mais quelles sont les causes de la régression dans ce cas ? L'auteur s'efforce à les mettre en relief, grâce à une analyse des éléments constitutionnels et des facteurs d'ambiance. La guérison de l'infirmité a été obtenue grâce au changement de milieu et à des mesures psychothérapeutiques banales.

E. BAUER.

Deux documents sur l'évolution cyclique de la psychasthénie, par Jean VINCHON. *Le Progrès médical*, n° 17, p. 639-640, 24 avril 1937.

Les faits très démonstratifs relatés par M. Vinchon indiquent bien ce qui différencie le psychasthénique du cyclothymique. Le déséquilibre du premier s'exprime en fonction des facteurs psychiques occasionnels. Son état maniaque-dépressif est l'adaptation de sa constitution morbide aux circonstances extérieures. Sa faculté d'analyse, l'utilisation des expériences antérieures, l'aide psychothérapique rendent le pronostic assez favorable. A l'opposé le véritable cyclothymique apparaît comme la victime d'un déterminisme organique ou humoral. L'effet qu'il attribue parfois aux causes morales est une illusion. Les ressources thérapeutiques actuelles sont insuffisantes pour espérer rompre la suite inexorable des accès.

P. CARRETTE.

Structure et classification des psychonévroses, par P. HARTENBERG. *Archives hospitalières*, n° 2, février 1937.

Les états de base des psychonévroses sont, d'après l'auteur : la dépression nerveuse, l'irritation nerveuse et l'inquiétude. D'où trois types fondamentaux dont chacun constitue l'élément essentiel d'une psychonévrose simple. Celle-ci est donc dépressive, irritative ou anxieuse. Quand les éléments se combinent, ils créent une psychonévrose mixte. La fixation au processus de base de troubles intellectuels ou affectifs donnera une psychonévrose systématisée : telles les obsessions et les phobies. Si les troubles secondaires sont physiques, il s'agit de psychonévrose somatique, sensitive, motrice ou viscérale. Cette classification simple a l'avantage de s'appuyer sur les faits cliniques d'observation courante. La psychasthénie n'est pas individualisée ; elle rentre dans le cadre des psychoses mixtes. Quant à l'hystérie, on sait que M. Hartenberg l'accuse d'avoir usurpé la place que les nosographies lui attribuent. Le diagnostic d'hystérie couvrirait toujours une erreur d'observation ou d'interprétation.

P. CARRETTE.

L'accident hystérique pithiatique et la physiopathologie dite hystérique, par Jules FROMENT. *Revue neurologique*. T. LXVII, n° 2, p. 154-195, février 1938.

Fidèle interprète de la pensée du maître, M. Froment défend la doctrine de Babinski en neurologue averti. Il est difficile de donner une bonne définition, en médecine surtout, et quand il s'agit d'une manifestation pathologique. Il faut reconnaître que celle de Babinski pour l'hystérie correspond bien au défini et au seul défini. Avec une conscience, une patience admirables, le grand neurologue a démasqué les syndromes d'allure organique et cette œuvre a libéré la neurologie. Aux stigmates plus ou moins fantaisistes, on a appris à substituer des signes cliniques qui ont, après 40 ans d'épreuves, démontré toute leur valeur. Soulagé, M. Froment nous déclare que la maladie hystérique a disparu des Services de Neurologie où l'on n'observe plus que l'accident hystérique-pithiatique, que lui-même tend à se raréfier quand on applique la cure par les méthodes de persuasion énergiques et précoces. Traquée, l'hystérie s'est réfugiée dans la psychiatrie où les neurologues l'ont accusée de composer avec les syndromes mentaux. Elle n'y constituerait que des associations hystéro-mentales. L'accident neurologique

guérit, mais la disposition demeure. Identifiée, elle se réédifie patiemment en dehors de la neurologie qui n'a été son domaine de fixation privilégié qu'à la faveur des circonstances. Tout le reste de la pathologie lui appartient. Même réduite au rôle de comparse, elle joue encore un grand rôle, fait parler d'elle, suscite des discussions. Quelle meilleure preuve veut-on de sa vitalité ?

P. CARRETTE.

Les syndromes hystériques à formule psychiatrique, A. HESNARD. *Les Sciences médicales*, p. 235-240, 31 août 1937.

La névrose hystérique emprunte sa symptomatologie aux divers états pathologiques. Les psychoses ne font pas exception. Elles revêtent certaines formes de prédilection rappelant la confusion mentale, le syndrome de Ganser, les états seconds épileptiques. L'hystérique est fréquemment hypnotisable. M. Hesnard rappelle que les pratiques hypnotiques ne sont pas sans dangers, que les syndromes mentaux ont une tendance fâcheuse à la répétition et à l'aggravation chez l'hystérique. Malgré leur apparence bénigne au début, ils évoluent fréquemment — parfois après des rémissions — vers des états psychopathiques caractérisés.

P. CARRETTE.

De l'affaiblissement transitoire des fonctions intellectuelles dans les névroses, par L. A. MIRELSON, A. J. TALAL et A. A. CHIROKOW. *Sovietskaia Psichonevrologia*, t. XIII, n° 4, 1937.

Dans le but d'illustrer les caractères de l'affaiblissement intellectuel des malades atteints de névrose, les auteurs réunissent plusieurs observations cliniques. Les troubles des fonctions intellectuelles de ces malades se traduisent par la difficulté de l'adaptation aux conditions de la vie, par la diminution du sens critique et de la profondeur de la pensée. Cet affaiblissement intellectuel est transitoire. L'auteur interprète ces troubles par le blocage des fonctions intellectuelles et non par leur diminution, désagrégation ou atrophie. Les réactions des malades sont infantiles ou primitives, mais nullement dementielles, bien que parfois elles en aient les apparences. La diminution des facultés intellectuelles dans les névroses est susceptible de guérison complète.

FRIBOURG-BLANC.

Les troubles intellectuels dans l'aphasie et les états similaires, par Torsten LINQVIST. *7^e Congrès des Neurologistes scandinaves*, Oslo 1936. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. XII, fasc. 4, p. 411-427, 1937.

La confusion règne dans le problème de l'aphasie. La tendance à le limiter aux phénomènes de fixation des images et de perte des représentations sensorielles et motrices ne permet pas d'en comprendre les mécanismes. L'aphasique n'est pas d'emblée un dément; mais il présente des lacunes intellectuelles par impossibilité de se servir du langage. Inévitablement, la pensée s'altérera graduellement, mais très différemment suivant les cas. La formation individuelle joue ici un rôle primordial. D'autre part rien ne prouve qu'une altération limitée du cerveau corresponde à la disparition d'une fonction psychique fixe.

P. CARRETTE.

Crises de stupeur négativiste au cours d'une tabo-paralyse, par M^{me} H. JANKOWSKA (*Rocznik Psychjatryczny*, Fasc. XXXIII, 1938).

M^{me} Jankowska rapporte l'observation d'une malade qui présentait, à la faveur d'une tabo-paralyse à forme démentielle, de fréquentes crises de stupeur catatonique avec réaction négativiste et perte de conscience. Sous l'influence de la malariathérapie, les crises catatoniques disparurent et les manifestations tabo-paralytiques régressèrent. Au point de vue constitutionnel, la malade se rattachait au type piquet avec tendance psychique syntonique. Elle ne présentait aucun trait hystérique ni schizophrénique.

L'auteur interprète les crises catatoniques comme des manifestations relevant de la paralysie générale et les explique par la localisation des lésions dans la région du 3^e ventricule. Le négativisme se manifestait au moment de la disparition complète des fonctions psychiques conscientes. Ce fait semble s'expliquer par les forces élémentaires biopsychiques des instincts primitifs à forme d'ekklisis de Monakow et Mourgue. Cette tendance de libération des forces biopsychiques élémentaires se produisant au moment des crises associées à l'akinésie, au mutisme et à la perte de conscience semble dépendre de la localisation du processus pathologique préparée par les dispositions constitutionnelles de la malade. FRIBOURG-BLANC.

Syndrome s'accompagnant d'acinésie « frontale », par R. ALMQVIST. 7^e Congrès des Neurologistes scandinaves, Oslo, 1936. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. XII, fasc. 4, p. 515-528, 1937.

Les observations de M. Almqvist, qu'on pourrait ranger sous le diagnostic très général de démence organique fournissent l'exemple de ces associations neuro-psychiques complexes dont les analyses multipliées pourront peut-être nous fournir les éléments d'un syndrome pré-frontal. Ils comprennent des troubles de la marche, des crises toniques, des mouvements anormaux de la tête, du regard et des membres, une acinésie avec anosognosie et difficulté d'actualisation, hallucinations et troubles de l'humeur caractérisés par des alternatives d'apathie, d'impulsions et d'irritabilité. P. CARRETTE.

Troubles de la perception de l'espace dans l'alcoolisme, par J. M. KOGAN. *Sovietskaia Psichonevrologia*, t. XIII, n° 4, 1937.

Dans son étude sur les troubles de la perception de l'espace dans le délire alcoolique, l'auteur réunit de nombreuses observations illustrées de dessins exécutés par les malades eux-mêmes. Il conclut que ces troubles témoignent chez les alcooliques de leur origine centrale. La perception de l'espace dépend non seulement de l'appareil visuel, mais elle est conditionnée par les éléments tactiles, labyrinthiques et proprioceptifs. La perception de l'espace au cours du délire alcoolique est troublée dans le sens métrique, topographique et vecteur. FRIBOURG-BLANC.

Confusion mentale post-typhoïdique tardivement apparue (A propos de deux cas), par C.-A. PIERSON. *Maroc médical*, n° 190, avril 1938.

La toxine typhique touche si profondément les tissus nobles, que des manifestations psychopathiques (confusion, troubles du caractère, psychasthénie)

peuvent apparaître alors que la convalescence paraît en bonne voie. Les deux cas signalés par M. Pierson attirent l'attention sur ce risque et sur la nécessité d'une surveillance prolongée du typhique, même dans les formes bénignes.

P. CARRETTE.

L'amnésie post-typhique, par Pierre CHEVILLET. *Le Monde médical*, n° 897, p. 622-624, 1-15 avril 1937.

Analyse d'un cas d'amnésie survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Les souvenirs ne réapparaissent que lentement. Il faut des années pour que l'amnésique retrouve des initiatives répondant à une guérison sociale. L'auteur classe les troubles en trois catégories : souvenirs anciens, souvenirs récents, faits se rapportant à l'activité consciente, d'après l'ordre de leur réintégration psychique.

P. CARRETTE.

L'anorexie mentale, par Lionel VIDART. *Gazette des hôpitaux*, n° 53, p. 861-863, 3 juillet 1937.

L'anorexie mentale doit être diagnostiquée précocement. Pour cela, il convient de mettre en évidence l'opposition nette entre l'anorexie, la réduction de l'alimentation et l'euphorie très spéciale du patient, qui tend à justifier son attitude. Le médecin doit avoir l'autorité suffisante pour obtenir l'isolement et la reprise alimentaire. L'opothérapie sera fréquemment utilisée comme complément. Dans certains cas, l'anorexie mentale n'est qu'un prodrome de l'hébéphrénie.

P. CARRETTE.

Géomanie, par S. N. ANDREITCHIKOV. *Sovietskaia Psichonevrologia*, t. XIII, n° 5, 1937.

Andreitchikow rapporte l'observation d'une femme qui absorbait quotidiennement 1 kg. 1/2 à 2 kg. d'argile. A la suite de l'exposé de l'observation, il fait les déductions suivantes : 1° Les anomalies comme la géomanie peuvent s'installer comme conséquence de troubles digestifs prolongés. 2° Elles exigent à l'origine une grande part d'auto-suggestion et une conviction inconsciente dans l'efficacité thérapeutique de ces pratiques contre les troubles digestifs préexistants. 3° L'adoption de ces étranges habitudes se transformant en besoin irrésistible s'établit suivant la modalité de réflexes conditionnels avec fixation consécutive. 4° Chez certains malades ayant des troubles psychiques avérés, les pratiques de ce genre peuvent s'installer brusquement sans être précédées de troubles digestifs.

Fribourg-Blanc.

PSYCHOLOGIE

Profession de foi d'un professeur d'Université, par le Dr Osvaldo LOURDET. (Profesion de fe de un maestro universitatio). *Revista de Psiquiatria y Criminologia*. Buenos-Ayres, 2^e année, n° 10, août 1935, p. 85.

Discours prononcé à la réception des nouveaux professeurs, à l'Université de La Plata. Le Pr. Lourdet évoque l'image du professeur d'Université tel qu'il le conçoit : conscient de la grandeur de sa tâche, et à la hauteur de sa

mission. Il exige de lui, outre la compétence dans sa spécialité, évidemment nécessaire, mais non suffisante, même si elle est éminente, une culture générale étendue, lui permettant de s'élever, et d'élever avec lui ses élèves à une conception générale de la vie — ce que les Allemands désignent sous le nom de *Weltanschauung*. « Il n'est pas possible aujourd'hui, dit éloquemment le Pr. Lourdet, de concevoir un professeur d'Université qui hors de son domaine professionnel et du champ de ses investigations ne serait pas en même temps un homme cultivé dans le sens ample et profond que comporte ce terme, c'est-à-dire parvenu à une vision panoramique des problèmes vitaux de sa génération et de son temps. Le savant spécialisé et le technicien éminent qui ne se nourrissent que des principes de leur science ou des connaissances de leur art, vivent en misérables sauvages, isolés et noyés au milieu des magnificences de leurs îles. Il faut les arracher de ces îles solitaires et les faire voyager à travers l'archipel de la science et de la philosophie, pour qu'ils ne se transforment pas en ce nouveau barbare dont parlait Ortega y Gasset, dont le type est le professionnel contemporain, toujours plus savant, mais aussi toujours plus inculte. C'est pour cela que le génial fondateur de cette Maison (l'Université de La Plata) a établi des corrélations d'études entre les diverses disciplines. Il a ainsi créé un admirable système d'anastomoses qui, en empêchant les isolements stériles, favorise la compénétration et l'harmonie des connaissances et, en définitive, la floraison d'une vraie culture. »

Le Pr. Lourdet voudrait que le professeur d'Université sache mettre de lui-même le point final à sa carrière, en temps opportun pour lui et pour ceux qui suivent son enseignement. « Dans la vie du professeur d'Université, il y a un quatrième quartier qui constitue une tragédie. Quand beaucoup d'années ont passé, quand il a été abondamment semé et abondamment moissonné, la fatigue étend son ombre fatidique, l'enthousiasme s'éteint, le pouvoir créateur diminue et l'automatisme s'installe. On ne peut pas donner aux étudiants le spectacle de certains crépuscules intellectuels. Il faut penser que les chaires doivent irradier toujours une lumière intense, même quand celle de notre esprit pâlit ; elles doivent grandir en prestige alors que nous déclinons ; elles doivent rajeunir, alors que nous vieillissons. De là ce sage conseil de Napoléon qui doit s'appliquer à tous les combattants : « une retraite à temps est un triomphe. » Un peu plus loin, l'orateur tempère ainsi ce que les vérités qu'il vient d'énoncer ont d'un peu drastique dans la forme : « Quelquefois la longévité intellectuelle se maintient parallèle à la longévité somatique et même la dépasse. J'ai été le disciple de hauts sommets neigeux (discepolo de grandes cumbres navados) ; de Güemès, de Centeno et de Laglyze, à la Faculté de Médecine, de Alexandra, Korn et de Lafone Quevedo à la Faculté de Philosophie et Lettres. Leurs leçons claires et savoureuses me rappellent la comparaison de Cicéron : « Il en est des hommes comme des vins ; tous ne tournent pas à l'aigre en vieillissant. Quelques-uns acquièrent une saveur plus douce et plus agréable. »

J. ROGUES DE FURSAC.

La panique aux Armées, par le Médecin-Colonel FRIBOURG-BLANC, ancien professeur au Val-de-Grâce (*La Presse médicale*, n° 27, 2 avril 1938).

A propos d'une conférence du général D^r Ruppert, directeur du Service de Santé de l'armée polonaise, le Médecin-Colonel Fribourg-Blanc rappelle les éléments de la peur individuelle et l'allure particulière de la peur collec-

tive, souvent consécutive à la frayeur même non motivée d'un soldat hyper-émotif. On a observé de même des paniques chez les animaux. Si ces paniques se produisent le plus souvent dans des troupes vaincues, on en observe cependant aussi chez les vainqueurs.

Les causes de la panique de guerre tiennent d'abord aux défauts de la mentalité grégaire des collectivités en général, mais aussi aux conditions de vie exceptionnelles du soldat en campagne : fatigue physique, mauvaise alimentation, intoxications exogènes et endogènes, isolement, obscurité, attente, inaction, etc. A ces causes s'ajoutent les facteurs individuels, états hyper-émotifs constitutionnels ou acquis.

La lutte contre ces divers éléments, l'exaltation raisonnée et intelligente de l'esprit de corps et l'attention apportée au facteur moral, en un mot le maintien vigilant de la santé physique et morale du soldat constitueront la meilleure prophylaxie, à la base de laquelle se trouve toujours la sélection des psychopathes à l'incorporation et une affectation de chacun à la place où il peut vraiment rendre un utile service.

R. C.

PSYCHANALYSE

Sur l'énurésie chez l'enfant, par M. REISS, de Leyde. *Journal de Psychiatrie infantile*, IV, 5, 1938.

L'auteur ne sous-estime nullement l'importance, dans le déterminisme de l'énurésie, des causes constitutionnelles : hérédité, spina bifida, arriération intellectuelle ; mais il insiste surtout sur le rôle joué par les causes psychologiques, que les conceptions de Freud sur le développement de la vie sexuelle primitive chez l'enfant ont permis de mieux comprendre. Ainsi, dans beaucoup de cas, l'énurésie réapparue après une période plus ou moins longue de propreté, s'explique comme le résultat d'une régression ou d'une fixation dans une certaine période de la vie instinctive infantile, et l'énurésie congénitale peut être considérée comme l'effet d'un renforcement constitutionnel de l'érotisme urétral.

E. BAUER.

Exposé clinique d'un cas de frigidité, par Georges PARCHEMINEY, *l'Evolution Psychiatrique*, fascicule IV, année 1937.

M. Parcheminey rapporte l'observation d'un cas de frigidité chez une femme mariée depuis 15 ans et guérie après un traitement psychanalytique de quatre mois au rythme de trois séances hebdomadaires.

Frigidité, vaginisme, attitude de bête traquée, algies, phobies diverses, tels sont les éléments qui constituent le syndrome psychopathique de la malade.

Le traitement a nécessité quelques modalités particulières et l'examen des rêves y a tenu un rang de premier plan en raison de leur extrême fréquence et de leur intérêt historique. L'auteur montre le lien des divers symptômes, leur disparition successive et range dans le cadre de l'hystérie cette intéressante observation où le thérapeute tira profit de la croyance magique de la malade, procédé qui donna lieu à une instructive discussion mentionnée dans le procès-verbal.

M. LÉCONTE.

NEUROLOGIE

Quelques faits pour servir à l'étude expérimentale de la douleur, par René LERICHE (*La Presse médicale*, n° 33, 23 avril 1938).

Le Professeur René Leriche apporte ici un certain nombre de faits expérimentaux dus à la thérapeutique chirurgicale et qu'il souhaiterait voir examiner par les méthodes électrophysiologiques. Ces faits montrent que les impressions douloureuses ne passent pas toujours par les voies normales et préformées et que la voie péri-artérielle peut conduire des sensations ; que des douleurs peuvent se produire à distance après excitation de fibres sensitives n'ayant aucune connexion apparente avec le nerf excité ; que la novocaïnisation du 2° et du 3° ganglion du sympathique dorsal peut produire des sensations thermiques localisées dans un membre absent et la suppression de l'illusion du membre ; la diffusion extraordinaire de l'impression douloureuse dans un immense territoire à partir d'une petite tumeur ; que la douleur passe par où elle veut, même quand toutes les voies que nous lui connaissons sont sectionnées, ce qui signifie probablement qu'elle naît au niveau des plans de cicatrisation des nerfs coupés ; la facilité avec laquelle on soulage certaines douleurs ayant origine dans les nerfs mixtes des membres, en modifiant la vascularisation nerveuse ; la création, par les opérations sympathiques, dans certains cas, d'une zone d'hyperesthésie comme dans les expériences de Tournay.

Et M. Leriche fait remarquer les limites singulières dans lesquelles se meut le phénomène douloureux, avec mille singularités qui tiennent aux circonstances et aux causes.

R. C.

Contribution à la localisation de l'agraphie, par Henry MARCUS. 7^e Congrès des Neurologistes scandinaves, Oslo 1936. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. XII, fasc. 4, p. 431-447, 1937.

L'analyse de l'examen anatomique pratiqué par M. Marcus tend à prouver que l'agraphie correspondrait à la « destruction complète de la deuxième circonvolution frontale » gauche. Le centre de l'écriture serait superposé aux centres moteurs, indépendant de celui de l'aphasie de Broca. Les centres moteurs de la main et des doigts ne présentent pas de lésions ; rien ne permet donc d'affirmer leur dépendance de celui de l'écriture.

F. CARRETTE.

Relations entre l'empoisonnement par le sélénium et la pellagre, par R. de ROHAN-BARONDES. *La Presse médicale*, n° 2, p. 188-190, 6 février 1937.

Le sélénium, métal associé au soufre des pyrites, toxique doué de curieuses propriétés photodynamiques, se trouve dans certaines plantes qui, absorbées par les animaux, déterminent des phénomènes paralytiques graves. M. Rohan-Barondes, comparant l'intoxication par le sélénium à la pellagre, estime que cette dernière affection n'est pas une avitaminose, mais une métatoxicose d'origine digestive libérant une substance voisine de l'hématoporphyrine et cédant aux thérapeutiques à base de soufre et de levure.

P. CARRETTE.

Persévération de la parole et astasie-abasie consécutives à l'intoxication par l'oxyde de carbone (Speech Perseveration and Astasia-abasia following Carbon Monoxide Intoxication), par Louis H. COHEN. *The Journal of Neurology and Psychopathology*. T. XVII, n° 65, p. 41-47 juillet 1936.

L'intoxication profonde par l'oxyde de carbone peut produire des désordres circulatoires cérébraux. Les phénomènes de persévération et l'astasia-abasie observés par M. Cohen sont attribués à des troubles du fonctionnement des noyaux gris centraux. Les conditions physiologiques ainsi réalisées expliqueraient les variations de la suggestibilité en vertu desquelles le tableau clinique particulier peut être décrit et expliqué.

P. CARRETTE.

Température inverse et urémie, par Jacques LEYRITZ. *La Presse médicale*, n° 99, p. 2004, 9 décembre 1936.

La fièvre avec maximum matinal est observée par M. Leyritz dans des cas d'urémie nerveuse. Il paraît y avoir un rapport direct entre l'élévation thermique et le degré d'intoxication.

P. CARRETTE.

Les schizobasies, par Carl Julius MUNCH-PETERSEN. *Revue neurologique*. T. LXVI, n° 6, p. 693-715, décembre 1936.

La schizobasie est un trouble de la marche déterminé par un déséquilibre et une asynergie en quelque sorte idiopathique. A côté des troubles qui correspondent à un défaut d'équilibre et à une altération synergique nerveuse, il existe en effet des cas de schizobasie fonctionnelle, affection élective du mécanisme locomoteur. La constatation des deux troubles élémentaires (équilibre-synergie) implique déjà une ébauche de classification. On peut décrire une forme de déséquilibre et une forme dystonique et M. Munch-Petersen formule l'hypothèse d'une participation physiologique des lobes frontaux dans la genèse du syndrome.

P. CARRETTE.

Les syndromes héréditaires, dominants et récessifs dans quelques maladies héréditaires du système nerveux, par Georges STROESCO. *Revue neurologique*. T. LXVII, n° 3, p. 324-349, mars 1937.

Le syndrome héréditaire se distingue de la maladie héréditaire en ce qu'il dépend d'un mode de transmission différent de celui de la maladie initiale. M. Stroesco étudie les caractères hérédo-cliniques de certaines maladies nerveuses et les enseignements tirés de l'étude de l'hérédité expérimentale. Des maladies morphologiquement semblables peuvent relever de caractères génétiques très différents. Les facteurs déterminants de la réaction biologique observée aboutissent à une réalisation que l'auteur désigne sous le nom de *pathoclise héréditaire*. En somme, la même pathoclise intervient pour réaliser des mutations identiques grâce à des facteurs héréditaires différents.

P. CARRETTE.

Les diencéphaloses, par G. BYCHOWSKI. (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XV, N° 5 du 3 février et N° 6 du 10 février 1938).

G. Bychowski réunit six observations de malades dont le syndrome clinique physique et psychique présente des caractères diencéphaliques. Les troubles relevés sont surtout d'ordre dynamique. Il s'y associe des symptômes de nature inflammatoire. La clinique neuropsychiatrique donne des exemples multiples de troubles se rattachant aux fonctions diencéphaliques. L'auteur souligne dans des observations personnelles les désordres vasomoteurs, des troubles du métabolisme et des manifestations psychiques telles que la dépersonnalisation et les états oniriques.

Fribourg-Blanc.

Un cas de dystrophie intermédiaire entre le syndrome d'Apert et celui de Hurler, par Gilbert MUYLE et Ludo van BOGAERT (avec quatre planches hors texte). *Encéphale* 1937, vol. II, p. 169 à 181.

Outre les cas frustes d'acrocéphalo-syndactylie d'Apert qui ne sont pas exceptionnels, il existe des cas frontières, types mixtes ou intermédiaires entre ce syndrome et les autres variétés de dysostose crânienne, cranio-faciale ou systématisée : P. Marie-Sainton (dysostose cléido-cranienne), Drierzinsky (dystrophie hyperplasique familiale périostale), Hurler (dysostose multiple).

Dans ces cas, l'exophtalmie peut manquer, l'atrophie du nerf optique peut s'observer associée, comme dans certains cas d'oxycéphalie commune, à des malformations très nettes du trou optique. De même, on peut y rencontrer d'autres symptômes neurologiques tels que épilepsie, paraplégie spasmodique, qui, au point de vue interprétation, sont probablement à rapprocher de ceux qu'on observe chez certains oxycéphales et de nombreux hydrocéphales.

Certaines données de la littérature la plus récente comportant des vérifications plaident en faveur de l'existence d'un rapport sémiologique et pathogénique entre le syndrome d'Apert, la dysostose multiple de G. Hurler, la maladie de Schuller-Christian, les maladies de Tay-Sachs, de Niemann-Pick et de Gaucher, tendant à faire rentrer dans le cadre de la pathologie du métabolisme lipidien une série d'affections osseuses rattachées jusqu'à présent à la série tératologique. De nouvelles observations sont nécessaires pour étayer une synthèse aussi large : l'observation apportée ici par l'absence de splénohépatomégalie et de cornées troubles, n'apporte aucun argument favorable à cette conception, concluent les auteurs.

Pierre MASQUIN.

Les modifications des réflexes pupillaires dans la syphilis nerveuse. Le signe d'Argyll Robertson et ses rapports avec l'atrophie irienne, par H. SCHAEFFER et LÉGER. *La Presse médicale*, n° 2, p. 20-24, 6 janvier 1937.

Les altérations pupillaires et la perte du réflexe photo-moteur sont des signes importants dans le diagnostic de la syphilis nerveuse. L'étude de l'atrophie irienne en particulier permet de comprendre la signification et l'importance de l'irrégularité et de l'inégalité pupillaires toujours consécutives à l'apparition du signe d'Argyll Robertson. D'après MM. Schaeffer et

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Juillet 1938. 19.

Léger, ce dernier relèverait d'une lésion centrale, siégeant dans la calotte pédonculaire, alors que l'atrophie irienne est le résultat d'une altération périphérique intéressant sans doute le neurone ciliaire, ou peut-être même directement l'iris.

P. CARRETTE.

Le syndrome d'Adie (Über das Adie'sche Syndrom), par M. DRESSLER et H. WAGNER (de Zurich). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIX, 2, et XL, 1, 1937.

Les troubles pupillaires du syndrome d'Adie sont fondamentalement différents de ceux du syndrome d'Argyll; leur nature spéciale est démontrée par l'aspect de la réaction d'accommodation. L'étiologie est variable; des causes toxiques et infectieuses diverses peuvent être à l'origine. L'étiologie syphilitique n'est pas à exclure d'emblée, bien qu'elle semble être exceptionnelle. La découverte du syndrome d'Adie et sa fréquence imposent actuellement une révision de toutes les statistiques concernant le tabès. L'étude s'appuie sur 9 observations personnelles qui sont brièvement rapportées.

E. BAUER.

Le mécanisme de la mort dans certains cas de tumeur cérébrale, par Paul van GEHUCHTEN (de Louvain). *Encéphale*, 1937, vol. II, p. 113 à 127 (trois planches hors texte).

Par l'étude clinique et anatomo-pathologique de six cas, l'auteur vient appuyer les faits mis en lumière par Clovis Vincent et ses élèves, à savoir que, dans les tumeurs du lobe temporal, il se produit souvent une importante saillie de la partie interne de ce lobe avec engagement dans la fosse cérébrale postérieure, d'où compression du tronc cérébral entraînant la mort; compression responsable aussi d'un grand nombre d'hémiplégies observées dans les tumeurs temporales.

L'auteur a pu serrer de près l'étude de ce mécanisme grâce à l'examen microscopique attentif des régions comprimées. Dans tous les cas, on constate autour des artères et des artérioles des suffusions hémorragiques très nombreuses, dont l'importance va du foyer capillaire à des hémorragies très étendues.

Il ne s'agit pas de ruptures vasculaires, mais de foyers d'érythrodiapédèse dont le mécanisme, expliqué par Ricker, a été appliqué par SCHWARTZ aux attaques apoplectiques des hypertendus.

Van Gehuchten invoque ici un processus identique. Du fait de la compression constante exercée sur le tronc cérébral par le lobe étranglé, du fait aussi de l'hypertension intra-cranienne, la pression dans les vaisseaux doit être très augmentée. Il doit arriver un moment critique où la moindre augmentation de pression, déterminée par l'œdème cérébral — au cours d'une intervention par exemple (ventriculographie, ponction lombaire) — amène la phase de préstase qui peut être suivie de stase. C'est alors que se produit l'érythrodiapédèse, suivie rapidement de mort si les lésions sont importantes.

Pierre MASQUIN.

Hémorragies cérébrales consécutives à la ponction lombaire (Cerebral Hemorrhages Following Lumbar Spinal Puncture), par Purcell G. SCHUBE et Naomi RASKIN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXIV, n° 6, p. 636-659, décembre 1936.

MM. Schube et Raskin rapportent l'observation d'un neuro-syphilitique de 61 ans, dont la mort suivit de quelques jours la ponction lombaire. L'autopsie leur permit de découvrir de nombreuses hémorragies et un état avancé d'athéromasie cérébrale. Ils discutent l'étiologie des accidents terminaux et admettent que la décompression produite par la soustraction de liquide céphalo-rachidien a pu provoquer un accroissement de tension vasculaire suivie de ruptures ; les vaisseaux cérébraux étant fragilisés par la syphilis, l'arsenic et la sclérose, résultat probable des deux facteurs précédents.

P. CARRETTE.

Parkinsonisme traumatique, par Mathieu-Pierre WEIL et Victor OUMANSKY. *Revue neurologique*. T. LXVII, n° 4, p. 489-493, avril 1937.

Le parkinsonisme traumatique revêt les caractères suivants : syndrome encéphalique net et isolé, accident (neurologique, généralement) antérieur, conséquence d'un trauma important, absence d'épisodes fébriles initiaux permettant d'écarter l'hypothèse d'une infection neurotrophe.

P. CARRETTE.

A propos de deux cas de maladie de Wilson, chez le frère et la sœur (Über zwei Fälle von Wilson'scher Krankheit bei einem Geschwisterpaar), par H. SCHWYN (de Zurich). *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, XL, 1, 1937.

La maladie a débuté chez le frère à l'âge de 19 ans 3/4 et a duré 2 ans 1/2 ; elle a débuté chez la sœur à l'âge de 22 ans 1/2 pour aboutir à la mort après une durée de 14 mois ce qui est en contradiction avec l'opinion répandue de la plus grande chronicité et bénignité des cas avec début tardif. L'évolution clinique a été d'une ressemblance frappante chez les deux malades. Le diagnostic exact n'a été fait que relativement tard, des troubles psychiques d'allure dépressive ayant masqué pendant longtemps les signes neurologiques. Ces troubles ne semblent d'ailleurs pas être en rapport direct avec la maladie de Wilson elle-même, mais, ainsi qu'il est démontré par les antécédents familiaux, avec une hérédité psychosique associée, que l'affection neurologique n'a fait que réveiller.

E. BAUER.

Névrauxite bulbo-ponto-cérébelleuse aiguë et curable de l'enfance (Origine varicelleuse probable), par J.-A. CHAVANY. *La Presse médicale*, p. 845-846, 5 juin 1937.

L'origine varicelleuse de la névrauxite paraît démontrée par l'ambiance de contagion et malgré l'absence d'éruption. La localisation cutanée a sans doute protégé les autres membres de la famille des complications nerveuses. L'évolution dramatique de ces localisations bulbaires exige une surveil-

Jance continuelle et l'adjonction à une thérapeutique anti-infectieuse des mesures destinées à combattre l'adynamie et les menaces de collapsus cardio-respiratoire.

P. CARRETTE.

Cysticercose méningée (Considérations sur les arachnoïdites), par Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et Th. HORNET. *La Presse médicale*, n° 49, p. 918-920, 19 juillet 1937.

Le diagnostic de cysticercose doit être soigneusement différencié de celui de syphilis. La réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien peut être positive. Il importe donc de reconnaître les éosinophiles. La prédilection des kystes pour la région basilaire est vérifiée par la fréquence des syndromes infundibulo-hypophysaires et l'envahissement du 3^e ventricule se traduit par l'addition de troubles visuels dus à la compression du chiasma. Notons dans le cas présent la dilatation du 4^e ventricule, qui a permis de constater l'irréalité du « trou » de Luschka fermé par une membrane dont la distension crée des recessus latéraux, diverticules qui peuvent avoir également leur histoire pathologique.

P. CARRETTE.

Cérébro-sclérose vasculaire à forme clinique de paralysie générale, par C.-A. PIERSON et GENEUIL. *Maroc médical*, n° 189, mars 1938.

Le syndrome paralytique typique présenté par les auteurs ne s'accompagne pas de réaction méningée. Il s'agit d'un cas d'athéromasie cérébrale sans localisations lésionnelles décelables cliniquement. Diagnostic délicat, le malade n'a que 45 ans. Mort sans ictus, après état cachectique et coma. Confirmation nécropsique.

P. CARRETTE.

Syndrome de sclérose latérale amyotrophique subaigu au 48^e jour d'une typhoïde chez une fillette, par POUPONNEAU et C.-A. PIERSON. *Maroc médical*, n° 190, avril 1938.

Cette encéphalo-myéélite observée à la suite d'une typhoïde remet en jeu la question étiologique des névrites. Le neurotropisme typhique nous donne ici une preuve nouvelle de ses redoutables possibilités.

P. CARRETTE.

Amyotrophie vraisemblablement myopathique chez deux jumelles univitellines, par André-THOMAS, PAISSEAU, SORREL et M^{me} SORREL-DÉJERINE. *Revue neurologique*. T. LXVII, n° 5, p. 567-574, mai 1937.

Nouvelle démonstration « de la vulnérabilité uniforme des jumeaux » vis-à-vis des maladies constitutionnelles et abiotrophiques. Après une rougeole compliquée de broncho-pneumonie, les deux enfants ont commencé une myopathie. A noter également, à la suite d'une intoxication alimentaire, des phénomènes d'intolérance identiques suivis d'une éruption papuleuse simultanée.

P. CARRETTE.

Syndrome de l'hémicône médullaire par hématomyélie, par EGAS MONIZ et LUIZ PACHECO. *Revue neurologique*. T. LXVII, n° 5, p. 575-584, mai 1937.

L'imprécision règne sur les limites du cône médullaire. Il semble que la clinique démontre qu'il ne faut pas le limiter à la portion qui donne naissance aux nerfs coccygiens, mais le faire remonter à la 3^e sacrée. Le syndrome lié à une hématomyélie, présenté par les auteurs, est en effet caractérisé par des troubles génitaux, du steppage unilatéral et des troubles persistants de la sensibilité.

P. CARRETTE.

Paralysie récurrentielle, par LOUIS RAMOND. *La Presse médicale*, n° 47, p. 883-884, 12 juin 1937.

Une paralysie récurrentielle pure chez une femme âgée indique une atteinte du nerf au-dessous du ganglion plexiforme. En l'absence de trauma, il ne peut s'agir que d'une compression : ectasie aortique, néoplasme cervico-thoracique. La radio montre en effet une atteinte œsophagienne. Pronostic très sévère. Traitement purement symptomatique.

P. CARRETTE.

Myoclonies palato-pharyngo-laryngées au cours d'un neurinome de la région latérobulbaire, par E. de SAVITSCH et R.-A. LEY. *Revue neurologique*. T. LXVII, n° 5, p. 585-604, mai 1937.

Les myoclonies rythmiques observées par MM. de Savitsch et R. Ley n'ont pas été signalées dans les syndromes de la région du 4^e ventricule et cependant les auteurs estiment qu'il s'agit bien dans leur cas d'un envahissement ventriculaire. Les myoclonies sont bilatérales alors que la dégénérescence olivaire n'existe que d'un côté. Cette observation montre qu'on s'est peut-être trop hâté de systématiser la question de la physiologie olivaire avec l'appui d'une documentation clinique insuffisante.

P. CARRETTE.

Gliome périphérique de la jambe d'origine neurovasculaire avec crises de sympathalgies diffuses et tenaces guéries par intervention chirurgicale, par DEM. PAULIAN, I. BISTRICEANO et C. FORTUNESCO. *Revue neurologique*. T. LXVII, n° 6, p. 726-730, juin 1937.

Ces gliomes périphériques, connus sous le nom de neurinomes ou de schwannomes, ne sont pas rares. Le cas présent tire son intérêt de son origine neuro-vasculaire probable. Il s'agit d'un gliome de la jambe, dont le point de départ probable est dans les plexus adventitiaux. Il déterminait des algies paroxystiques par compression du sciatique poplité externe, exaspérées à l'occasion d'états congestifs périphériques.

P. CARRETTE.

ANATOMIE

Anatomie du sympathique, par JEAN DELMAS, *Le Monde médical*, n° 900, p. 698-703, 1-15 juin 1937.

La notion anatomique du système sympathique s'enrichit à la lumière de la pathologie, de la neuro-chirurgie et des essais pharmacodynamiques. La

physiologie guide actuellement nos descriptions. M. Delmas étudie : 1° l'orthosympathique avec ses centres médullaires, sa chaîne latérale et ses fibres viscérales ; 2° le parasympathique, antagoniste du premier, formé de centres intra-axiaux et de fibres blanches qui se rendent au ganglion préviscéral ; 3° les centres supérieurs corticaux et diencéphaliques et la participation hypophysaire.

P. CARRETTE.

La structure de la moelle épinière en coupes longitudinales, par L. LARUELLE. *Revue neurologique*. T. LXVII, n° 6, p. 695-725, juin 1937.

La méthode des coupes transversales a contribué à l'étude de la systématisation médullaire. Elle trouve dans les colorations de coupes longitudinales un complément utile à l'étude de certains systèmes. Ainsi, M. Laruelle a pu isoler dans les colonnes grises des neurones strio-moteurs et lisso-moteurs, groupés par types, reliés d'un segment à un autre par un système de fibres intrinsèques de la substance grise. La moelle possède un véritable système végétatif à côté du système somatique. On peut y individualiser des groupes tels que la colonne intermedio-externe de la moelle sacrée ou la colonne en « torsade » qui correspondent fonctionnellement à des centres ortho- et parasympathiques comme le démontrent l'expérimentation et l'anatomie pathologique.

P. CARRETTE.

Pathogénie de l'atrophie corticale observée dans la démence paralytique (Pathogenesis of the Cortical Atrophy Observed in Dementia Paralytica), par H. HOUSTON MERRITT, Tracy J. PUTNAM et A. C. P. CAMPBELL. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 1, p. 75-90, janvier 1937.

L'atrophie cérébrale, surtout frontale, est un signe habituel de la démence paralytique. Elle paraît indépendante des lésions inflammatoires et ne s'observe guère dans les autres formes de syphilis cérébrale. Les auteurs, s'aidant de l'expérimentation sur le chien, sont arrivés à cette conclusion que la dégénérescence atrophique du cortex est secondaire à l'anoxémie produite par l'endartérite des petits vaisseaux.

P. CARRETTE.

Les modifications pathologiques dans les psychoses séniles et leur signification psychologique (Pathologic Changes in Senile Psychoses and their Psychobiologic Significance), par D. ROTHSCHILD. 92^e Réunion annuelle de l'*American Psychiatric Association*, Saint-Louis, 4-8 mai 1936 in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIII, n° 4, p. 757-788, janvier 1937.

L'examen anatomique de sujets morts à la suite de psychoses séniles découvre des atrophies cellulaires non spécifiques, des plaques et des dépôts lipéïdiques, la dégénérescence des fibres et une réaction névroglique faible ; enfin un état de sclérose vasculaire plus ou moins accentué. M. Rothschild observe que le point capital de son étude est un essai de synthèse basé sur les rapports de la clinique et de l'anatomie. Or, dans l'état actuel de nos connaissances, le désaccord est fréquent. Des lésions histologiques minimes existent dans des psychoses séniles prononcées et certains troubles psychopathiques évoluent sans altérations anatomiques notables. La capacité de compensation joue un rôle important au cours de l'involution sénile et son

expression anatomo-physiologique est encore mal définie. L'étude des psychoses séniles ne doit pas surestimer la valeur des résultats histopathologiques, mais tenir compte des éléments humoraux et psychogènes.

P. CARRETTE.

Gliome diffus, par J. HANDELSMAN et Z. MESSING (*Rocznik Psychjatryczny*, Fasc. XXXIII, 1938).

Les auteurs relatent l'observation d'un cas de gliome diffus du lobe frontal droit accompagné de troubles psychiques qui se sont manifestés en plusieurs étapes pendant 19 ans de la vie du malade. Les troubles initiaux semblent ne pas relever de l'évolution du néoplasme. Cependant, ils ont pu être à l'origine d'un processus dégénératif du névraxe. Par contre, les troubles psychiques consécutifs, de même que les accès épileptiques s'étageant sur les 13 dernières années de l'existence du sujet, portaient des caractères liés à la nature organique de l'affection, dont la tumeur cérébrale était le point de départ.

Les auteurs rapportent la description détaillée des lésions anatomiques et discutent leur situation topographique qui a exercé une empreinte évidente sur la symptomatologie psychique et neurologique.

FRIBOURG-BLANC.

BIOLOGIE

Les procédés d'exploration du système nerveux végétatif, par André THOMAS. *Le Monde médical*, n° 900, p. 704-725, 1-15 juin 1937.

Trop limités dans l'observation clinique courante, les procédés d'exploration du sympathique sont aujourd'hui assez nombreux et précis pour rendre de signalés services. Il existe tout d'abord des réflexes d'exploration facile : oculo-pupillaires, circulatoires et thermiques, vaso-moteurs, sudoripares, pilo-moteurs, auxquels on adjoint des recherches d'une technique plus délicate : sinapisation, capillaroscopie. Le parasympathique est exploré par les réflexes bulbo-protubérantiels. Les réflexes oculo-cardiaque, coeliaque ou solaire, dépresseur, les épreuves à l'adrénaline, à la pilocarpine, à l'atropine avec orthostatisme, les épreuves des collyres permettent enfin de révéler l'état du tonus végétatif avec toutes ses nuances et en tenant compte de la relativité de certaines notions, en particulier des rôles de plus en plus complexes et variés que l'on fait jouer au diencéphale.

P. CARRETTE.

L'influence du système végétatif central sur les fonctions psychiques normales et pathologiques, par Marcel MONNIER. *Encéphale*, 1937, vol. II, p. 75 à 95.

Etude de l'influence des variations physiologiques, pharmacologiques et pathologiques du tonus végétatif sur les fonctions psychiques. Exposé des résultats de recherches personnelles sur les modifications primaires du tonus végétatif dans les psychoses fonctionnelles et leur traitement par sédation des centres végétatifs.

Ces faits plaident en faveur de la régulation des fonctions psychiques par

le système neuro-végétatif central, ils montrent que la cause des troubles psychiques siège souvent dans les centres végétatifs diencéphaliques.

Pierre MASQUIN.

Application de l'électroencéphalographie à l'étude de l'épilepsie, par Ph. PAGNIEZ. *La Presse médicale*, n° 42, p. 780-782, 26 mai 1937.

L'activité électrique de l'écorce cérébrale est aujourd'hui couramment enregistrée. Elle est anormale chez les épileptiques. Elle aurait son point de départ dans les zones frontales. Les modifications accompagnent les crises et en outre se déclenchent dans des périodes latentes. Il faudrait les étudier par rapport aux diverses épreuves pharmacodynamiques pour savoir si l'anomalie électrique est, chez l'épileptique, une anomalie de plus ou si elle est fondamentale.

P. CARRETTE.

L'électro-encéphalogramme dans l'épilepsie (The Electro-Encephalogram in Epilepsy), par F. GOLLA, S. GRAHAM et W. GREY WALTER. *The Journal of Mental Science*, T. LXXXIII, n° 343, p. 137-155, mars 1937.

Le potentiel électrique du corps humain est soumis à de fréquentes variations. Celles que l'on observe dans l'épilepsie sont fixées par des électro-encéphalogrammes. Ces documents confirment les modifications vasculaires, — et physiologiques en général, — qui expliquent l'aura et les convulsions localisées. L'influence d'un facteur automatique est confirmée par la disparition fréquente des anomalies électro-encéphalographiques dans les formes chroniques ; elles deviennent en effet beaucoup plus rares à partir de quarante ans.

P. CARRETTE.

Revue des études physico-chimiques dans l'épilepsie (A Review of Physico-chemical Studies in Epilepsy), par Meyer BROWN et Harry A. PASKIND. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCIII, n° 5 p. 1009-1024, mars 1937.

Les nombreuses recherches physico-chimiques entreprises n'ont apporté jusqu'à ce jour que bien peu de précision sur l'étiologie, la pathogénie et la physiologie pathologique de l'épilepsie. Les altérations de la barrière hémato-méningée, les modifications électriques, les désordres neuro-végétatifs, les influences toxiques ou mécaniques : métabolisme de l'eau, désintégration des graisses et des acides aminés ont certes été mis en évidence, mais dans des conditions différentes et parfois opposées par les chercheurs. Sans doute faut-il incriminer les méthodes, l'insuffisance du contrôle, les conclusions hâtives sur un nombre trop faible d'expériences et la négligence des conditions pathologiques apparemment étrangères au mal comitial, si fréquentes chez les épileptiques : tuberculose, cancer, diabète, infections chroniques.

P. CARRETTE.

Réaction galvano-cutanée dans les névroses et les états limitrophes, par A. A. CHIROKOV. *Sovietskaia Psichonevrologia*, t. XIII, n° 4, 1937.

Chirokov estime que l'étude des réactions galvano-cutanées ne peut pas suffire pour établir le diagnostic d'hystérie, de neurasthénie ou d'autres pro-

cessus morbides analogues. Mais, dans de nombreux cas, elle peut donner des indications intéressantes pour juger des états fonctionnels locaux. Dans les névroses et les états voisins, la galvanométrie peut donner un aperçu objectif des troubles dynamiques locaux. Elle peut aider à apprécier l'état d'excitabilité nerveuse et mérite une large vulgarisation dans les services neuro-psychiatriques.

FRIROURG-BLANC.

ENDOCRINOLOGIE

Neurocrinie, neuricrinie et transmission humorale des excitations nerveuses, par G. ROUSSY et M. MOSINGER. *La Presse médicale*, n° 66, p. 1187-1189, 18 août 1937.

La neurocrinie est le résultat de la stimulation du système nerveux par les hormones. Le déversement endonerveux peut être central ou périphérique. La neuricrinie est au contraire l'élaboration de produits destinés aux glandes par les tissus nerveux. Les cellules intéressées se trouvent dans les tissus d'origine neuro-épidermique (plexus choroïdes, médullo-surrénale) ou dans les tractus nerveux. Nombreux sont les auteurs qui croient aujourd'hui que les tractus qui jouissent du pouvoir sécrétoire sont ceux du système neuro-végétatif. Des produits actifs seraient sécrétés, non seulement au niveau des terminaisons nerveuses, mais également par les centres ganglionnaires et le passage du courant nerveux comme la production des neuro-cytohormones (orthosympathines, parasymphathines) seraient des phénomènes concomitants et non successifs.

P. CARRETTE.

Les formes psychiques pures et prévalentes de l'hyperthyroïdie, par Paul COSSA et Pierre SASSI (*La Presse médicale*, n° 26, 30 mars 1938).

De ce travail, basé sur 75 observations, les auteurs concluent qu'à côté des cas où une hyperthyroïdie, endocrinologiquement évidente et connue, se complique secondairement de troubles psychiques (allant des plus légères anomalies du caractère au délire aigu terminal « pseudomaniaque »), il est des cas où l'histoire clinique est en entier psychiatrique. Il est important de connaître ces formes psychiques pures ou prévalentes de la maladie de Basedow, accessibles à la thérapeutique.

Elles revêtent habituellement une allure clinique peu grave. Il s'agit de « nerveux simples », présentant des troubles du caractère, d'anxieux avec ou sans agitation. Plus rarement, les malades se présentent comme de pseudo-neurasthéniques ou de pseudo-psychasthéniques. Seules les épreuves biologiques permettent d'en affirmer l'origine thyroïdienne, origine confirmée ensuite par la thérapeutique pour 88 % des cas.

Dans les cas, au contraire, de troubles mentaux sérieux et graves, nosologiquement individualisés (maniaques dépressifs, hallucinés, interprétants, obsédés), accompagnant un syndrome d'hyperthyroïdie franc (avec augmentation considérable du métabolisme basal par exemple), le résultat thérapeutique n'apporte sa confirmation que dans 46 0/0 des cas.

R. C.

Contribution à l'étude du test électrique de l'angle d'impédance. Sa valeur dans les thyrotoxicoses, par F. BARTOLI. *Provence médicale*, n° 73, p. 9-16, 15 octobre 1937.

La résistance du corps au courant électrique est influencée par l'état de la thyroïde. Cette impédance (ainsi nommée quand il s'agit du courant alternatif) dépend d'une résistance ohmique et d'une capacité. Le triangle de Fresnel construit avec les valeurs de l'impédance, de la résistance et de la capacité fournit l'angle d'impédance qui est compris entre les lignes représentant les deux premières valeurs. Le coefficient adapté aux mesures commodes en clinique varie dans la menstruation. Dans la maladie de Basedow il dépasse toujours les limites normales et paraît plus élevé dans les formes toxiques, mais il représente un autre ordre de troubles que celui qu'indique le métabolisme basal.

P. CARRETTE.

Goitre lingual et hypothyroïdie, par P. SAINTON, G. ARDOIN et P. FRANKFURT. *La Presse médicale*, n° 49, p. 921-922, 19 juin 1937.

Le goitre lingual n'est pas une formation aberrante, mais une tumeur ectopique explicable embryologiquement. Les sujets atteints n'ont pas de corps thyroïde ou bien la glande est représentée par quelques îlots seulement. Il importe donc de diagnostiquer exactement la nature de la tumeur linguale, d'intervenir avec prudence, de greffer, si besoin est, de rechercher avec soin les signes d'hypothyroïdie et d'instituer l'opothérapie compensatrice.

P. CARRETTE.

Le rôle physiologique et physiopathologique du thymus, par G. WORMS et H. Pierre KLOTZ. *Biologie médicale*. T. XXVII, n° 4, p. 221-246, avril 1937.

La physiologie et la pathologie du thymus ont été profondément remaniées ces dernières années. Les hypertrophies thymiques mortelles comme les syndromes hypothyriques ont presque disparu, rapportés à d'autres étiologies. La sécrétion interne du thymus n'a pu être découverte et pourtant elle doit exister. Organe hématopoïétique de la vie fatale, plus tard régulateur du développement squelettique et génital, le thymus joue sans doute un rôle important dans la lutte anti-infectieuse des premiers stades du développement.

P. CARRETTE.

Quelques observations sur les glandes endocrines dans les psychoses émotionnelles (Some observations on endocrines in the emotional psychoses), par J. L. CLEGG. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIII, n° 342, p. 52-60, janvier 1937.

L'hypogonadisme des schizophrènes et la déficience pituitaire des maniaco-dépressifs s'associent à des anomalies secondaires qui s'accordent avec les types morphologiques décrits par Kretschmer.

P. CARRETTE.

Corrélations empiriques et expérimentales sur le facteur potassium dans l'insuffisance surrénale, par Marcel MARTINY. *Archives hospitalières*, n° 5, p. 341-351, mai 1937.

L'intolérance au potassium des addisoniens a été démontrée récemment par Kindall. Il serait possible d'améliorer l'état des hyposurrénaux graves sans extraits corticaux, sans régime hypersalé, en instituant simplement une diététique adéquate.

P. CARRETTE.

Excitation des nerfs vagues et sécrétion d'insuline (Excitación de los nervios vagos y secreción de insulina), par A. O. ETCHVERRY. *Revista de la Sociedad argentina de Biología*. T. XIII, n° 3, p. 130-135, juin 1937.

Les états vagotoniques paraissent souvent liés à une action insulino-sécrétoire. L'excitation électrique du vague a permis à M. Etcheverry de reproduire ces conditions physiologiques et de noter l'hypoglycémie secondaire.

P. CARRETTE.

Habitus acromégalique et perversion sexuelle. Examen d'un sujet prévenu de nombreuses tentatives d'assassinat, par Ferdinand MOREL. *Encéphale* 1937, vol. II, p. 128 à 138.

A propos d'un sujet prévenu de nombreuses tentatives d'assassinat (tentatives de strangulation ébauchées sur des prostituées et suivies de fuite, avant tout rapport sexuel) chez lequel se révèlent, par ailleurs, d'autres perversions sexuelles, l'auteur rappelle les travaux de Brunet, Barros, Atkinson et Jean Picard sur cette question. Puis il pose le problème des rapports entre les troubles endocriniens et les perversions sexuelles.

Morel conclut que, dans le cas qu'il expose, c'est un état constitutionnel (lourde hérédité alcoolique) du système nerveux qui a permis l'irritation d'une personnalité cérébrale déficiente et d'une personnalité hormonale instable.

Pierre MASQUIN.

Le taux d'oestréine sanguine dans la schizophrénie (Blood Estrin Level in Schizophrenia), par H. A. MORTER, Marie SIMONSEN et Claude WILLIAMS. 32^e Réunion annuelle de l'*American Psychiatric Association*, Saint-Louis, 4-8 mai 1936, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIII, n° 6, p. 1293-1303, mai 1937.

Les tests de fonctionnement ovarien donnent des résultats assez uniformes chez les schizophrènes. Le taux des hormones féminines dans le sang est nul ou anormalement abaissé dans 75 % des cas, tandis que les caractères cliniques de déficience des glandes sexuelles sont notés : troubles ou absence de la menstruation, hypertrichose, infantilisme génital. On peut dès à présent en conclure que l'élaboration des hormones gonatropes de l'ovaire ou des hormones gonatotropes de la pituitaire, — ou des deux à la fois, — est sérieusement troublée dans la schizophrénie.

P. CARRETTE.

Forme cérébrale de l'hypertension artérielle maligne. Sclérose rénale vasculaire maligne et cortico-surrénalome associés, par F. THIÉBAUT, L. GUILLAUMAT et A. PLACA. *La Presse médicale*, n° 53, p. 990-993, 3 juillet 1937.

La présence d'un syndrome d'hypertension intracrânienne chez un sujet jeune peut faire poser le diagnostic erroné de tumeur cérébrale. Cette circonstance clinique est rarement décrite et elle paraît pourtant plus souvent réalisée qu'on ne le croit : une sclérose rénale maligne évolue et le syndrome observé est peut-être l'expression et la conséquence d'un épithéliome cortico-surrénal.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Données épidémiologiques sur l'encéphalite épidémique au Japon, par Ryokichi INADE (*La Presse médicale*, n° 43, 28 mai 1938).

D'après les recherches de Kakinuma, des cas autrefois considérés comme de la pseudo-méningite cérébro-spinale épidémique auraient été observés de 1871 à 1873. Le diagnostic en fut posé pour la première fois en 1919 et fréquemment depuis 1924, année où sévit la plus forte épidémie d'encéphalite observée au Japon. Dans toutes les épidémies, le point culminant fut atteint en août et septembre, contrairement à l'Europe, où le maximum se trouve atteint en mars. En général, la durée de l'épidémie est d'autant plus courte que le chiffre des malades est moins élevé. On note parmi les malades une proportion de 124 hommes contre 100 femmes. En général, au cours des grandes épidémies, la morbidité s'élève brutalement chez les sujets ayant dépassé la cinquantaine. La réinfection est une rareté. Tout ce qui diminue la résistance, et, en particulier, les états névropathiques, les chocs moraux, le surmenage, etc., favorise l'infection. Les travailleurs intellectuels sont plus atteints que les manuels. On a pu établir une relation très nette entre le nombre de malades, la chaleur et la sécheresse.

R. C.

Permis de conduire et examens psycho-physiologiques, par André GALAND, Paul GIROD et André HUDELO. *Bulletin de la Société Médicale des Praticiens*, juillet-août 1937.

Les auteurs préconisent l'examen périodique obligatoire des conducteurs d'autos. Ils proposent d'y astreindre d'emblée les chauffeurs de taxis. Ils recommandent de compléter la fixation des responsabilités par des contrats d'assurance correspondants. A l'exemple des décisions prises dans certains pays et pour les transports en commun du département de la Seine, ils préconisent l'addition à l'exploration otique et ophtalmologique d'une série d'examens psycho-physiologiques : eurométrie, tachyphotométrie, dynamométrie, etc... Les réponses aux tests d'émotivité, d'attention, de compréhension répondent dans la pratique à des qualités dont l'importance est primordiale chez le conducteur de véhicules. C'est de la coordination des efforts du corps médical, des pouvoirs publics, des tribunaux, des experts, des clubs que dépend la sécurité de la route.

P. CARRETTE.

Quels sont les dangers qu'entraîne l'utilisation du plomb tétra-éthyle comme antidétonant ? par Henri DESOILLE et Harold VALENTIN. *Revue médicale française*, n° 8, p. 725-743, novembre 1936.

Le plomb tétra-éthyle est le plus puissant des antidétonants étudiés. L'intoxication qu'il produit chez l'homme est liée au problème de sa fabrication et de son utilisation, notamment dans l'industrie automobile. Les premiers troubles sont l'insomnie, l'anorexie, l'amaigrissement, l'asthénie. Ces symptômes s'aggravent, se compliquent de tremblement, d'agitation avec délire. Les signes biologiques et le mode d'élimination du plomb différencient nettement cette intoxication du véritable saturnisme. Le traitement consiste dans l'administration de sels de métaux légers : sels de soude, de magnésium et de calcium, dans la réhydratation et l'alcalinisation. Dans la pratique, l'intoxication par le plomb tétra-éthyle s'associe à celle de l'essence éthylée, des gaz d'échappement, du décalaminage des moteurs. L'atmosphère polluée par l'ensemble des émanations doit être renouvelée et la protection des ouvriers impose les mesures identiques à celles qui sont prévues pour le plomb.

P. CARRETTE.

Effets des variations de la tension d'oxygène dans les psychonévroses (The Response of Psychoneurotics to Variations in Oxygen Tension), par R. A. MC FARLAND et A. L. BARACH. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIII, n° 6, p. 1315-1341, mai 1937.

Les malades atteints de psychonévroses, émotifs, inquiets et obsédés, présentent des troubles circulatoires et respiratoires en rapport avec d'habituelles perturbations neuro-végétatives. Les auteurs étudient leurs modes d'adaptation aux variations de pression d'oxygène. Ils les soumettent à des pressions réduites : 1/2 de l'atmosphère, puis à une surcharge de 50 %. Comparés à des sujets normaux ils présentent une difficulté d'acclimatation, surtout marquée pour les atmosphères raréfiées, et caractérisée par des troubles du pouls, de la respiration, de la tension artérielle, allant chez certains jusqu'au collapsus. Il sera intéressant de suivre les recherches de MM. Mc Farland et Barach qui se proposent d'évaluer si possible les influences qui entrent en ligne : inhibition émotive, déficience physiologique de l'assimilation ou défaut d'utilisation de l'oxygène par les tissus.

P. CARRETTE.

Relation entre la teneur du foie en vitamine A et la chronaxie motrice, par André CHEVALIER et Léo ESPY. *Nutrition*. T. VII, n° 1, p. 51-56, 1937.

C'est par l'intermédiaire des centres nerveux que la vitamine A, mise en réserve au niveau du foie, paraît agir sur l'excitabilité du système neuromusculaire. Les variations de la chronaxie sont recherchées par MM. Chevalier et Espy chez le cobaye dont la réserve en vitamine A est mesurée après biopsie d'un gramme de substance hépatique.

P. CARRETTE.

L'alcool n'est pas utilisé pour le travail musculaire, par G. SCHAEFFER et E. LE BRETON. *Biologie médicale*. T. XXVII, n° 5, p. 281-320, mai 1937.

Les processus grâce auxquels l'énergie potentielle des glucides se transforme en énergie cinétique exigent une libération rapide de dérivés chimi-

ques marquant le premier stade de la glycogénolyse. La suite normale et obligatoire des réactions ne s'effectue pas à partir de l'alcool. La transformation en glycogène n'est pas réalisable. Inutilisé pour la contraction, l'éthanol n'est pas davantage capable d'assurer la thermogénèse. Il contribue au travail de respiration cellulaire, mais ne constitue pas une des formes de passage de l'oxydation du glucose.

Ces importantes conclusions ne seront pas admises, sans répugnances. Elles ont le tort de combattre un préjugé fortement enraciné. L'euphorie ressentie par le travailleur manuel entretient son illusion. Il est du devoir du médecin de rappeler en toute occasion que l'exercice musculaire ne permet pas de brûler l'alcool et que celui-ci n'est qu'un anesthésique à la phase initiale d'absorption. Il détermine de l'excitation, mais ne peut jamais être considéré comme un aliment.

P. CARRETTE.

L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire. Technique, résultats, indications, par Th. de MARTEL et J. GUILLAUME. *Le Monde médical*, n° 902, p. 793-802, 1-15 août 1937.

L'encéphalographie par voie lombaire est une méthode essentiellement médicale, simple, consistant en injection d'une faible quantité d'air après prélèvement de liquide céphalo-rachidien. Les contre-indications sont justement les grosses hypertensions, les tumeurs postérieures volumineuses dont la symptomatologie est riche et le diagnostic aisé. Par contre, l'encéphalographie gazeuse permettra l'identification de néoplasmes avant l'apparition de signes de stase et d'hypertension ; l'hématome sous-dural pourra être reconnu dans les complications tardives des traumatismes crâniens ; l'étiologie de certains accidents comitiaux sera précisée.

P. CARRETTE.

La ponction sous-occipitale n'est pas dangereuse, par Ed. A. PÉRIER. *Le Monde médical*, n° 897, p. 618-621, 1-15 avril 1937.

Il faut évidemment tenir compte de quelques contre-indications formelles : tumeur cérébrale, fracture du crâne, hémophilie ; et d'autres relatives : hypertension, vieillesse. En dehors de ces cas, la ponction sous-occipitale, dans la position de préculbute de Ravaut, ne fait courir aucun danger au patient. Les mêmes risques mécaniques ont été signalés pour la ponction lombaire dans les cas d'hydrocéphalie ou de tumeur.

P. CARRETTE.

Le liquide céphalo-rachidien et la physio-pathologie ventriculo-méningée, par M. RISER. *Biologie médicale*. T. XXVI, n° 9, p. 573-607, octobre-novembre 1938.

Le liquide céphalo-rachidien en contact étroit avec les petits vaisseaux sanguins permet des échanges constants avec le plasma. Pour M. Riser, la perméabilité méningée s'exerce beaucoup plus par voie vasculaire que par voie lymphatique et l'endothélium joue un rôle de sélection très important.

Le liquide céphalo-rachidien protège le système nerveux, mais d'après l'auteur, il ne participe pas aux échanges nutritifs, ou très peu. La voie arachnoïdienne ne serait donc pas un moyen de pénétration utilisable du parenchyme nerveux. Elle en permettrait l'accès très superficiel, mais n'atteindrait pas l'écorce dans son épaisseur et, à plus forte raison, les espaces périvasculaires profonds ou les noyaux gris.

P. CARRETTE.

Du pouvoir cérébrolytique du liquide céphalo-rachidien (Über die zerebrolytische Fähigkeit des Liquors), par P. BÜCHLER, de Budapest. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 97, 6, 1938.

Le liquide céphalo-rachidien normal ne contient pas de substances cérébrolytiques. Celles-ci peuvent y faire leur apparition dans certaines affections centrales ; elles ont été rencontrées notamment dans les tumeurs cérébrales, l'épilepsie, la paralysie générale, les psychoses alcooliques. L'opalescence qui se produit dans un liquide céphalo-rachidien au contact de parcelles de substance cérébrale, est due à des phénomènes d'autolyse. Pour mettre en évidence la cérébrolyse, il faut des procédés d'une très grande précision ; les méthodes interférométrique et réfractométrique sont les mieux appropriées.

E. BAUER.

Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis (Der Liquor cerebrospinalis bei Syphilis), par V. KAFKA, de Hambourg. *Archives Suisse de Neurologie et de Psychiatrie*, XL, 1, 1937.

La recherche du quotient globuline-albumine est devenu un élément indispensable de tout examen complet de liquide céphalo-rachidien en cas de syphilis. L'augmentation du taux des globulines et parallèlement l'augmentation du quotient globuline-albumine, est presque toujours rencontrée quelle que soit la variété clinique de l'infection syphilitique, même dans la syphilis congénitale. Elle est particulièrement prononcée dans la paralysie générale. La diminution du quotient, au cours d'un traitement, est un précieux élément de pronostic.

E. BAUER.

Recherches sur les modifications du liquide céphalo-rachidien après les opérations, par S. TZOVARU et Dém. THÉODORESCO. *La Presse médicale*, n° 56, p. 1039-1042, 14 juillet 1937.

Après les interventions chirurgicales, le liquide céphalo-rachidien subit des modifications consistant en augmentation du taux des polypeptides et du glucose et en diminution des chlorures. Résultats concordants avec ceux de l'examen du sang et de l'urine. Les variations de ces résultats peuvent d'ailleurs fournir l'explication des réactions post-opératoires du système nerveux qui sont précoces et s'expriment cliniquement par des troubles allant de la céphalée et de l'état nauséux au délire et au coma.

P. CARRETTE.

Sur la signification des modifications du liquide céphalo-rachidien dans les processus hyperplasiques intracrâniens (Über die Bedeutung der Liquorveränderungen bei raumbeengenden Prozessen des Schädels), par Anton SZÉNY, de Debrecz. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 98, 2, 1938.

Les principales conclusions qui se dégagent de cette étude — appuyée sur 125 examens de liquide céphalo-rachidien — sont les suivantes : Les risques de la ponction lombaire ont été exagérés, mais la ponction cisternale, bien moins dangereuse, est préférable, parce qu'elle donne des résultats plus

précis. Les modifications du liquide sont peu prononcées, le plus souvent, dans les tumeurs des hémisphères, à moins que les méninges ne soient intéressées, elles sont par contre très prononcées dans les tumeurs basales (angle pontocérébelleux et cervelet). L'hypertension manque souvent, mais la constatation du blocage est un signe précieux. La pléiocytose est assez rare, l'hyperalbuminose est commune ; la réaction la plus sensible pour la mettre en évidence c'est la réaction de Pandy. Parmi les réactions colloïdales, il faut signaler la sensibilité de la réaction du mastix bicolorée, qui donne dans la majorité des cas des résultats comparables à ceux de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale.

E. BAUER.

La barrière hémato-méningée. Sa perméabilité dans la neuro-syphilis avant et après la pyrétothérapie (Da Barreira Hema-Liquorica. Sua permeabilidade na neurosues antes e apos Piretoterapia), par Paulo PINTO PUPO et Julio de ANDRADE SILVA jr. *Arquivos da Assistencia geral a Psicopatas do Estado de Sao Paulo*. 1^{er} trimestre 1937.

Les « barrières » font partie des mécanismes de défense du système nerveux central. Il n'en existe pas en réalité entre le sang et les éléments nerveux, mais il y a une barrière hémato-méningée et une barrière neuro-méningée. Les modifications de la perméabilité sont étudiées pour le chlore et le brome dans la schizophrénie. Elles sont par ailleurs comparées à différents niveaux par ponctions lombaires et sous-occipitales. Dans la syphilis nerveuse, les mêmes recherches ont été pratiquées. La perméabilité méningée était altérée dans la majorité des cas et la pyrétothérapie a été suivie d'une tendance à la restauration physiologique. Sans qu'il y ait un parallélisme étroit entre l'amélioration clinique et celle de la perméabilité, les auteurs notent cependant la fréquence des progrès dans le même sens, données complétées par une évolution semblable du syndrome humoral, en particulier de la cytologie, du taux des globulines et de la réaction du benjoin colloïdal.

P. CARRETTE.

Recherches sur les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales, par H. CLAUDE, J. DUBLINEAU, H. EY et M^{lle} BONNARD. *Encéphale*, 1937, vol. II, p. 57 à 74.

Poursuivant leurs recherches sur les polypeptides dans les maladies mentales, les auteurs, après avoir brièvement rappelé leurs conclusions en ce qui concerne les psychoses alcooliques et la paralysie générale, exposent dans ce mémoire les résultats qu'ils ont obtenus :

1° dans les états confusionnels ou d'excitation ; 2° dans les états maniaques et dépressifs ; 3° dans les états à type de démence précoce ; 4° dans l'épilepsie ; 5° dans les tumeurs cérébrales.

Ils arrivent à conclure qu'il semble qu'on se trouve en présence de pathogénies diverses et peut-être concomitantes : augmentation par insuffisance hépato-rénale, désintégration ou élaboration *in situ*, et enfin modifications de la régulation des polypeptides sous l'influence du système nerveux. Dans ce dernier cas, il est possible d'invoquer des modifications d'ordre fonctionnel ou lésionnel du centre de régulation, problème qui se rattache à celui, plus général, de la régulation des humeurs par le système nerveux. — Bibliographie.

Pierre MASQUIN.

Intérêt de l'étude des lipidoses pour la neuro-pathologie. Les lipidoses à phosphatides, par Ludo van BOGAERT. *La Presse médicale*, n° 31, p. 587-591, 17 avril 1937.

On appelle lipidoses ou dyslipidoïdoses un groupe d'affections du système nerveux dans lequel on observe des perturbations du métabolisme des lipides, notamment des inclusions cellulaires de substances lipoïdiques. C'est ainsi qu'on rapproche l'idiotie amaurotique de Tay-Sachs et la démence ataxique de Kufs par la constatation d'un même type de viciation métabolique. Dans la maladie de Niemann-Pick les dépôts intracellulaires de lipides sont surtout constitués par des phosphatides du groupe de la lécithine. On ne sait si ces lipides en réserve résultent d'une production exagérée ou d'une insuffisance de ferments nécessaires à leur assimilation. Cette régulation défectueuse est-elle d'origine nerveuse ou endocrinienne ? Les données cliniques et anatomiques du problème nous sont actuellement assez bien connues ; ce sont les facteurs d'ordre chimique qui demandent à être précisés.

P. CARRETTE.

Intérêt de l'étude des lipidoses pour la neuro-pathologie. Les lipidoses à cérébrosides, par Ludo van BOGAERT. *La Presse médicale*, n° 37, p. 698-701, 8 mai 1937.

Les maladies du métabolisme lipidien présentent à considérer d'après M. van Bogaert : des lipidoses à cérébrosides du type Gaucher, des lipidoses à phosphatides du type Niemann-Pick ; des lipidoses à cholestérine comme la xanthomatose cutanée généralisée. Il est à noter que dans la forme cérébrale, type pseudo-bulbaire de la maladie de Gaucher du nourrisson, les troubles chimiques cérébraux suivent de près les troubles spléniques comme si la barrière hémato-méningée était notablement plus insuffisante chez le jeune enfant que chez l'adulte. Le type Niemann-Pick a fait l'objet d'une étude précédente. Dans le troisième type, la forme la mieux connue est la maladie de Schüller-Christian, dysostose cranio-hypophysaire souvent signalée cliniquement par un syndrome neurologique qu'on doit attribuer, non pas au refoulement cérébral par des masses dures, mais à des altérations focales ou diffuses encéphaliques.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

L'évolution du pronostic et de la thérapeutique de la schizophrénie, par M. STECK, Professeur à l'Université de Lausanne. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 10 mars 1937.

Dans cette conférence M. Steck, insiste sur l'importance sociale de la schizophrénie, et, bien qu'élevé de Dupré, défend à cet égard la conception bleulerienne de la schizophrénie. Sa distinction des symptômes primaires et secondaires est de haute valeur pratique et c'est lorsque le malade sort de la période aiguë de sa maladie qu'il faut intervenir pour éviter la stabilisation et le passage à l'état de mauvaise habitude des symptômes secondaires. Ainsi donc il y a place à une thérapeutique psychologique. La thérapeutique par le travail, entreprise dans le cadre d'une psychothérapie collec-

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Juillet 1938.

20.

tive est à recommander, mais il faut se garder comme du feu, dit M. Steck, des méthodes analytiques. En passant, l'auteur revendique pour la Suisse la méthode d'occupation des aliénés de Simon ou méthode de Gütersloh. Aussi l'appelle-t-il la méthode de Schiller-Preissing.

Après quelques aperçus anatomo-pathologiques, l'auteur, qui entend lutter contre le pessimisme thérapeutique, estimant que « le seul fait de s'occuper d'un schizophrène lui fait déjà du bien », envisage rapidement les nouvelles méthodes curatives.

M. LECONTE.

Le traitement de la schizophrénie par les crises d'épilepsie provoquées par le Cardiazol, par Ph. PAGNIEZ (*La Presse médicale*, n° 29, 9 avril 1938).

Exposé de la méthode de M. Ladislas von Meduna, de Budapest, basée sur un antagonisme biologique entre schizophrénie et épilepsie. C'est d'après ce même principe que Nyirö, en 1930, essaya sans succès le traitement des épileptiques par la transfusion du sang de schizophrènes.

Il faudra un peu de recul pour apprécier la valeur et le caractère durable des guérisons obtenues mais la méthode, qui paraît sans danger réel, malgré son caractère pénible, a déjà donné d'intéressants résultats. Ces résultats paraissent à peu près comparables à ceux de l'insulinothérapie. Le cardiazol, plus facile et nécessitant une observation moins longue, aurait des effets plus rapides et moins durables (Erb) que l'insuline, moins brutale, plus souple et se prêtant mieux à une adaptation individuelle. L'association des deux méthodes (alternance ou sommation), a paru présenter des avantages.

De ces résultats, aucune explication valable n'a encore été donnée. Il n'y a là avec un phénomène de choc qu'une analogie assez grossière. Et M. Ph. Pagniez rappelle que Meduna lui-même, avec un esprit vraiment scientifique, remarque que Sakel et lui, produisent peut-être, avec leurs techniques, des réactions inconnues qu'ils considèrent comme négligeables en raison de l'orientation actuelle de leurs idées, mais qu'un autre viendra peut-être qui, plus heureux, saura tirer de ces recherches une méthode entièrement différente et effective.

R. C.

Le traitement de la schizophrénie par l'épilepsie provoquée selon la méthode de von Meduna dans l'Hôpital psychiatrique Dromokaition, par N. M. ARCALIDES. *Clinique médicale* (Athènes), n° 9, 1937.

Le cardiazol a été injecté chez 46 malades. Pour 30 malades, le traitement a été poursuivi pendant 10 mois, chez les 16 autres il a été interrompu plus tôt sans que survienne aucun accident imputable au médicament.

Sur 750 injections, l'auteur a obtenu 581 cas épileptiques intenses. Il semble que le résultat dépende surtout de la vitesse avec laquelle les injections sont poussées. On note, en effet : 1° que des doses de 0,50 ou 0,60 gr. de cardiazol, injectées lentement, à 20 reprises, n'ont donné que des modifications minimes ; 2° que des rémissions permanentes ou passagères ont été obtenues avec des doses fortes ; 3° qu'au début de l'application de la méthode, la vitesse des injections étant faible, des attaques intenses ont été provoquées par des doses insuffisantes, sans résultat thérapeutique appréciable ;

4° que la vitesse ayant augmenté avec une meilleure connaissance de la technique à suivre, des résultats valables ont été constatés. Grâce à l'expérience acquise, le pourcentage des interventions réussies est devenu considérable. En opérant très rapidement, la crise spasmodique est obtenue dans 90 % des cas.

Parmi les 30 cas utilisables, 12 étaient des cas aigus (remontant à moins d'un an). L'auteur a obtenu 3 rémissions complètes et 7 améliorations ; 4 chroniques ont été également améliorés et 3 autres ont présenté une rémission complète mais peu durable. Il considère que la méthode est sans danger s'il n'y a pas de troubles cardiaques et que l'intensité de l'accès est indépendant de l'acuité du processus schizophrénique. Toutefois, l'efficacité de la méthode serait beaucoup plus grande dans les cas aigus que dans les cas chroniques et la fréquence des rechutes obligerait à la répétition du traitement, dont l'efficacité reste entière, ce qui permettrait d'obtenir des améliorations progressives, par étapes.

D. KOURETAS.

Contribution à l'étude des effets de la thérapeutique convulsivante dans la schizophrénie (Beiträge zur Wirkung des Krampftherapie der Schizophrenie), par I. NYIRÓ, de Budapest. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XL, 1, 1937.

Les résultats obtenus par l'auteur avec le traitement par le cardiazol ont été favorables : sur 24 cas traités il a observé 8 rémissions complètes et 5 améliorations. Il n'y a pas de parallélisme avec les rémissions spontanées, puisque les facteurs cliniques qui favorisent habituellement la production de ces rémissions, n'ont joué manifestement aucun rôle dans les résultats thérapeutiques. La méthode de v. Meduna constitue un grand progrès. Sur celle des chocs insuliniques elle a l'avantage d'être bien moins dangereuse.

E. BAUER.

Des théories concernant les mécanismes d'action de l'insulinothérapie et du traitement par le cardiazol, dans la schizophrénie (Über die Theorie der Insulinschock- und Cardiazol krampfbehandlung der Schizophrenie), par L. v. ANGYAL, de Budapest. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 97, 5, 1937.

L'auteur, qui est partisan de la méthode de Sakel, mais non de sa théorie sur le mécanisme d'action de l'insuline, oppose une théorie qui tend à expliquer à la fois l'action thérapeutique des chocs et leur symptomatologie variable. Le choc insulinique provoque une mobilisation massive du glucose tissulaire, particulièrement intense dans les zones les plus sensibles et les plus différenciées de l'écorce cérébrale. Il en résulte une grande avidité de sucre des cellules qui en ont été privées, et une tendance à la régénération. Ces zones, particulièrement sensibles aux effets du choc hypoglycémique, ne sont autres que les zones de myélinisation terminale de Flechsig, qui sont aussi frappées primitivement par le processus schizophrénique au début. Mais elles diffèrent dans leur développement suivant les individus ; leurs particularités de développement déterminent la personnalité du sujet ; elles conditionnent aussi les points d'attaque électifs et l'aspect symptomatique du choc insulinique. Il existe donc en dernière analyse une relation entre la forme de celui-ci et la personnalité prépsychotique du malade. L'au-

teur énumère 6 formes de choc : le syndrome frontopolaire, le syndrome ontogénique-aphasique, le syndrome cœnesthésique, le syndrome paralogique et sensorio-amnésique-aphasique, le syndrome staticoparasthésique et le syndrome pariéto-occipital. Ces considérations n'excluent pas le rôle, également important, des phénomènes neuro-végétatifs au cours du choc insulinaire.

Quant à la méthode du cardiazol, l'auteur admet que les crises convulsives déterminent des « chocs de fluxion » capables d'engendrer des effets de régénération cellulaire.

E. BAUER.

L'insulinothérapie des psychoses schizo-phréniques, par H. SCHMID, clinique Wyss, Münchenbuchsee, Berne et H. BERSOT, clinique Bellevue, Le Landeron. *Encéphale* 1937, vol. II, p. 225 à 259.

Importante étude de cette question à l'ordre du jour. On sait qu'il s'agit d'injections, à doses croissantes, d'insuline jusqu'à l'apparition, non seulement des premiers symptômes de l'hypoglycémie, mais du coma hypoglycémique, considéré par Sakel comme essentiel.

Une série d'accès hypoglycémiques, d'après Sakel, réduirait le syndrome schizo-phrénique et provoquerait, dans un grand nombre de cas — surtout dans les cas récents — une guérison complète. Pour être considéré comme guéri, le malade doit se rendre compte d'avoir été malade, il doit avoir recouvré une affectivité normale et pouvoir reprendre intégralement ses occupations antérieures ou des occupations analogues.

Les auteurs décrivent longuement les phases du traitement, sa technique, les réactions des malades dans la phase de coma et surtout les réactions psychiques et somatiques de la seconde phase.

Ils insistent également sur les précautions nécessaires pour éviter les complications possibles, surtout d'ordre respiratoire et circulatoire par atteinte bulbaire : arrêt de la respiration et du cœur, œdème pulmonaire, laryngospasme, épilepsie, etc...

Un matériel d'extrême urgence, que les auteurs détaillent, doit être monté à portée de mains dans chaque salle de traitement.

Les résultats que publient S... et B... sont très encourageants, leur statistique montre que les rémissions complètes et les améliorations sont surtout nombreuses dans les cas récents. C'est ainsi que le pourcentage des cas influencés favorablement est, dans les cas de schizo-phrénie évoluant depuis moins de un an, de 80 %, avec près de 60 % de rémissions sociales, tandis qu'il n'est plus que de 43 %, dont 11 % de rémissions sociales pour les cas de schizo-phrénie datant de plus de deux ans.

Dans une dernière partie de ce travail, la plus originale, les auteurs proposent des hypothèses psycho-physiologiques basées sur les théories de Jackson.

Trente-deux observations. Bibliographie importante.

Pierre MASQUIN.

Le traitement de la schizo-phrénie par le choc insulinaire, par le Prof. E.-K. KRASNOUCHKIN et G.-M. CHANLARIAN. (*Sovietskaïa Psichonevrologiia*, T. XIII, Fasc. 7, 1937).

Le traitement de la schizo-phrénie par le choc insulinaire et les crises convulsives est basé sur le principe de l'action de facteurs antagonistes. Cer-

taines manifestations psychiques qui accompagnent les chocs insuliniques des schizophrènes ont une signification favorable pour le pronostic. Telles sont : l'euphorie, la tendance à la syntonie, à l'auto-analyse critique, à la disparition des signes constants de la schizophrénie, l'excitation motrice à caractère hypomaniaque, quelquefois même l'état dépressif ou hystérique. Parfois, l'accentuation de la symptomatologie schizophrène n'est pas de mauvais augure. Sur 52 malades traités, les auteurs ont obtenu des résultats encourageants. Dans les cas favorables, ils assistaient à de fréquentes périodes de transition empreintes de traits hypomaniaques. En même temps, les malades manifestaient une tendance aux changements des traits constitutionnels en faveur du type piquet. Cette tendance peut se traduire même dans l'orthodiagramme du cœur, qui de vertical passe à la position horizontale. Il se produit ainsi une transformation de la note dominante constitutionnelle.

Il semble que l'insulinothérapie agit sur la schizophrénie par la mise en jeu des processus antagonistes dus au choc hypoglycémique dont l'action s'exerce sur les points de résistance et qui se trouvent dans l'hypoplasticité du système cardio-vasculaire et la déficience du système réticulo-endothélial.

FRIBOURG-BLANC.

Le traitement de la schizophrénie par l'hypoglycémie insulinaire et le choc, par K.-A. VANGUENHEIM et M^{me} P.-L. MAGRATCHEVA. (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XIII, Fasc. 7, 1937).

L'hypoglycémie insulinaire s'accompagne d'un complexe symptomatique neurologique dont les signes dominants sont la dysarthrie et l'ataxie. Dans le tableau psychique les auteurs distinguent deux types différents : 1° les réactions se rattachant à l'activation de la psychose ; 2° les réactions rappelant l'ivresse. Les manifestations psychiques dues à l'hypoglycémie sont caractérisées par l'euphorie et l'excitation motrice. Dans chaque cas particulier, les deux types de réaction se retrouvent dans une association dynamique variable suivant la phase du traitement. L'absence de manifestations psychiques post-glycémiques témoigne de l'aréactivité du système nerveux central.

Dans la thérapeutique par le choc, l'amnésie rétrograde est fréquente, elle a une grande importance et présente l'avantage de faciliter le traitement. L'amélioration s'installe progressivement et s'accompagne de transformation de la personnalité psychique du malade. L'état somatique s'améliore également. Certains malades guéris acquièrent des traits de constitution piquet avec des signes caractérologiques à tendance cyclothymique. Cette transformation peut être attribuée au changement de la formule endocrinologique.

FRIBOURG-BLANC.

Les manifestations endo et exogènes dans les états hypoglycémiques, par le Prof. M. J. SEREISKY. (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XIII, Fasc. 8, 1937).

Dans l'insulinothérapie de la schizophrénie, au cours de la phase hypoglycémique, les signes exogènes et endogènes s'enchevêtrent et se pénètrent et il est difficile de faire la part qui revient à l'origine de chacun de ces éléments. L'auteur ne partage pas l'opinion de Sakel au sujet de l'activation de la psychose et attribue la plupart des manifestations à l'origine

exogène. La symptomatologie exogène est caractérisée par sa diversité, sa labilité et l'inconstance de la structure. Les réactions ont un caractère abortif. Deux manifestations prennent un caractère dominant : les troubles de la conscience et l'agitation motrice. Les manifestations exogènes sont liées génétiquement au coma. Les paresthésies sont fréquentes, surtout sous la forme de cryesthésies. La nature exogène des manifestations est soulignée également par son analogie avec les psychoses insuliniques et la ressemblance qu'elles présentent avec l'intoxication mescalinique.

FRIBOURG-BLANC.

Eléments d'appréciation de la méthode des chocs insuliniques, basés sur l'expérience clinique actuelle (Gesichtspunkte zur Beurteilung der Insulinschockbehandlung auf Grund der bisherigen Erfahrungen), par F. BÜDINGEN, de Berlin. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 97, 4, 1937.

Les résultats obtenus à la clinique de la Charité de Berlin restent loin de ceux rapportés par les partisans optimistes de la méthode de Sakel. L'auteur signale 37,5 p. cent de rémissions totales (7,1) ou sociales (10,7) ou incomplètes (17,8), et 62, 5 p. cent de résultats nuls. De même l'influence particulièrement favorable sur les formes paranoïdes ne fut pas enregistrée. Cependant l'efficacité de l'insulinothérapie, dans certains cas, ne peut être niée ; l'observation individuelle des malades traités est démonstrative à ce point de vue. Parfois on peut se demander s'il s'est agi de schizophrénie vraie, endogène ; parfois la nature schizophrénique de l'affection ne saurait être mise en doute.

E. BAUER.

Sur les résultats de la thérapeutique par les chocs insuliniques, à la clinique neuropsychiatrique de Budapest (Über Erfahrungen mit Insulinschockbehandlung an der Budapester Psychiatrischen und Nerven-Klinik), par B. HORÁNYI-HECHST et A. SZATMÁRI. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 98, 2, 1938.

Les résultats obtenus par les auteurs ont été bien moins favorables que ceux rapportés par Sakel, Müller, etc. Sur 64 cas traités ils ont enregistré 13 rémissions complètes, 13 « bonnes rémissions », 4 rémissions sociales, 33 résultats nuls, 1 décès. La proportion n'est pas sensiblement supérieure à celle, couramment admise, des rémissions spontanées. Mais les auteurs ne nient pas l'efficacité de la méthode de Sakel. Ils estiment qu'elle agit sur des schizophrénies ayant une tendance naturelle aux rémissions et qu'elle produit des rémissions qualitativement très bonnes. Le décès s'est produit au cours d'un coma prolongé accompagné de phénomènes d'asystolie ; l'autopsie n'a pu être pratiquée.

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 24 octobre 1938* 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 10 novembre 1938*, 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 28 novembre 1938*, à 4 heures *très précises* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (XIV^e arrondissement).

Légion d'Honneur

Est promu *Officier de la Légion d'Honneur* :

M. le Professeur M. LAIGNEL-LAVASTINE, Membre de l'Académie de Médecine, *vice-président* de la Société Médico-psychologique ;

Est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur* :

M. le D^r Paul DELMAS, Médecin-Directeur-adjoint de la Maison de Santé d'Ivry-sur-Seine (Seine), *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Légion d'Honneur

Est promu *Commandeur de la Légion d'Honneur* :

M. HAYE, Directeur au Ministère de la Santé publique ;

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur* :

M. le D^r DE LABRETOIGNE DU MAZEL, Médecin des Hôpitaux psychiatriques, Sous-Directeur de la Santé publique du Protectorat français au Maroc ;

M. le D^r M. BRISSOT, Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Ordre de la Santé publique

Sont promus *Commandeurs de l'Ordre de la Santé publique* :

M. le Professeur Jean LÉPINE, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon ;
 Mme FABRÈGUE, en religion *Mère Marie-Pia*, Supérieure de l'Asile privé de Montredon faisant fonction d'Hôpital psychiatrique, près Le Puy (Haute-Loire) ;

Sont promus au grade d'*Officier de l'Ordre de la Santé publique* :

M. le D^r Henri BARUK, Médecin-Chef de la Maison Nationale de Santé, à Saint-Maurice (Seine) ;

M. le D^r DADAY, Médecin-Chef de la Maison Nationale de Santé, à Saint-Maurice (Seine) ;

M. le D^r HAMEL, Chargé de cours à la Faculté de Médecine de Nancy, Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

Sont nommés au grade de *Chevalier de l'Ordre de la Santé publique* :

M. le D^r NOYER, Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, à Mont-de-Marsan (Landes) ;

M. LE MEUT, Directeur administratif de l'Asile privé d'aliénés faisant fonction d'hôpital psychiatrique de La Cellette (Corrèze) ;

M. DEMELLIER, Chef des Services économiques des Hôpitaux psychiatriques Sainte-Anne et Henri-Rousselle, à Paris ;

M. ALLEMAND, surveillant à la Maison de Santé interdépartementale de Clermont-de-l'Oise ;

Mlle DELTRIEUX, surveillante à l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ;

M. ILIAS, surveillant général à l'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, à Paris ;

Mme JUNOT, née CHESNARD, surveillante générale des services médicaux à l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ;

M. LAINAUD, surveillant à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier) ;

Mme LAPORTE, en religion *Sœur Hélène*, Cheftaine au service de psychiatrie à l'Hôpital Saint-André, à Bordeaux (Gironde) ;

M. LERJAD, infirmier à l'Hôpital psychiatrique de Sainte-Marie-de-l'Assomption, à Nice (Alpes-Maritimes) ;

Mme MONSALIER, née GRISON, préposée chef à l'Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine) ;

M. ROUILLON, surveillant chef de quartier à l'Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine).

Nominations

M. le D^r HYVERT est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise (poste créé) ;

M. le D^r DELMONT est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Hoërdt (Bas-Rhin) ;

Mme le D^r DEFFUANT est nommée Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Dizier (Haute-Marne) ;

M. le D^r BUISSON est nommé Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Rodez (Aveyron) ;

M. le D^r BERCEGEAY est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique d'Auxerre (Yonne) ;

M. le D^r DAUMÉZON est nommé Médecin-Directeur de l'Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ;

Mlle le D^r PETIT est nommée Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

Mme le D^r MATHÉY-GÉVAUDAN et M. le D^r BERGERON sont adjoints en qualité de Médecins-Assistants aux Médecins-Chefs de la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice (Seine).

Sont nommés *Chefs de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale* à la *Faculté de Médecine de Paris* :

M. le D^r M. LEGONTE, M. le D^r LONGUET, M. le D^r ROJÉ, M. le D^r VERCIER,
Mme le D^r S. LECONTE-LORSIGNOL.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Conseil Supérieur d'Hygiène sociale

Sont membres de droit du *Conseil supérieur d'hygiène sociale*, en sus de ceux énumérés à l'article 4 du décret du 12 janvier 1938 :

.....
Le professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le professeur de clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Lille.

Le professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales de la Faculté de médecine de Montpellier.

Le professeur de clinique neurologique et psychiatrique de la Faculté de médecine de Lyon.

Le professeur de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale de la Faculté de Médecine de Paris.

Le directeur adjoint de l'Hygiène et de l'Assistance.

Les conseillers techniques nommés au titre de l'hygiène mentale.

Un représentant de la Ligue d'hygiène mentale.

Le président de l'Association amicale des médecins d'asiles.
.....

Le nombre des membres désignés par le Ministre, fixé à 60 par l'article 5 du décret du 12 janvier 1938, est porté à 95.

Le nombre des commissions du Conseil supérieur d'hygiène sociale est porté de 7 à 10. Les attributions des trois nouvelles commissions sont les suivantes : *Hygiène dentaire, Hygiène mentale, Hydroclimatologie sociale.*

Sont nommés respectivement président, vice-président, secrétaire général et membres de la *section d'hygiène mentale* :

Président : M. le professeur HENRI CLAUDE.

Vice-président : M. le professeur JEAN LÉPINE.

Secrétaire général : M. le D^r LAUZIER.

Membres : M. le professeur RAVIART, M. le professeur PERRENS, M. le professeur EUZÈRES, M. le D^r DEMAY, M. le D^r TOULOUSE, M. le D^r HEUYER,

M. le D^r GENIL-PERRIN, M. le D^r RISEB, M. le D^r LECULIER, M. le D^r HAMEL, M. le D^r DESRUELLES, M. le D^r SIMON, M. ORELLI, M. WEIL, M. LOUIS ROLLIN, M. le D^r BEAUSSART.

Sont nommés *auditeurs* au *Conseil supérieur d'hygiène sociale*, en sus des auditeurs visés au paragraphe 2 de l'article 6 du décret du 12 janvier 1938 :

Commission d'hygiène mentale : M. le D^r Xavier ABÉLY, M. le D^r Frantz ADAM, M. le D^r Henri BAUDOIN, M. le D^r RENAUX, Mlle le D^r SERIN.

Tous les psychiatres français applaudiront à l'heureuse initiative de M. le Ministre de la Santé publique, créant sous la présidence de M. le Professeur Henri Claude et la vice-présidence de M. le Doyen Jean Lépine une section d'hygiène mentale au Conseil Supérieur d'Hygiène sociale.

Ils regretteront seulement — mais cet oubli sera sans doute réparé — de ne pas voir figurer sur la liste des organismes représentés dans cette section, et en tête des diverses associations, la Société Médico-psychologique, fondée en 1852, reconnue d'utilité publique dès 1867, seule Société scientifique réunissant l'ensemble des psychiatres français et qui fut la première en France à s'intéresser aux problèmes de l'hygiène mentale. A l'article 1^{er} de son Règlement, rédigé en 1852, figure, en effet, dès cette époque, au programme de la Société Médico-psychologique : « hygiène morale, éducation et prophylaxie de l'aliénation mentale ou des névroses ».

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Comptes-rendus du Deuxième Congrès International d'Hygiène mentale (Paris, 19-23 juillet 1937)

Récemment publiés par le D^r René CHARPENTIER, *président du Comité du Programme*, du *II^e Congrès International d'Hygiène mentale*, les comptes rendus de ce Congrès comprennent, en deux tomes de 900 pages, tous les travaux et les actes du Congrès tenu à Paris du 19 au 23 juillet 1937, sous le Haut Patronage de M. le Président de la République, M. le Professeur Henri CLAUDE étant président d'honneur, M. le D^r Ed. TOULOUSE, président du Comité Exécutif, M. le Professeur Jean LÉPINE, président du Comité d'Organisation et de Propagande, M. le D^r GENIL-PERRIN, secrétaire général.

On trouvera dans ces deux volumes, avec le texte des discours prononcés lors de la séance inaugurale dont M. Marc RUCART, Ministre de la Santé publique, avait bien voulu accepter la présidence effective, les nombreux rapports et communications présentés aux diverses séances du Congrès avec les discussions auxquelles ces importants travaux donneront lieu, le texte des vœux proposés par les membres du Congrès, ainsi que les diverses allocutions prononcées aux brillantes réceptions offertes aux membres du Congrès. Des tables de matières, chronologique, analytique et alphabétique, facilitent la consultation de cet important recueil international de travaux concernant l'hygiène et la prophylaxie mentale.

Les membres du Congrès auxquels ces deux volumes ne seraient pas parvenus sont priés de le signaler à M. le Secrétaire administratif du Deuxième Congrès International d'Hygiène mentale, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arr.).

V^e Réunion Européenne d'Hygiène Mentale (Munich, 22-25 août 1938)

Organisée par le *Comité Allemand d'Hygiène Psychique* de l'*Association des Neurologistes et Psychiatres allemands*, la 5^e Réunion Européenne d'Hygiène Mentale se tiendra à Munich, du 22 au 25 août 1938. Les séances auront lieu à la Clinique psychiatrique et neurologique de l'Université, Nussbaumstrasse 8.

PROGRAMME

Lundi 22 août, à 15 heures, 1^{re} séance.

Ouverture : *Allocution du Président*, M. le Professeur D^r E. RÜDIN, de Munich.

1^{er} Rapport : *Prophylaxie du mariage et Hygiène psychique* : Rapporteurs : D^r W. MORGENTHAUER (de Berne) ; Prof. D^r E. RÜDIN (de Munich). — *Discussion* : inscrits : D^r C. TUMIATI (de Florence) ; D^r A. REPOND (de Monthey) ; D^r Doris OBLUM (de Londres).

Le soir : *Réception par la Municipalité de la Ville de Munich.*

Mardi 23 août, 9 heures, 2^e séance.

2^e Rapport : *Prophylaxie des toxicomanies* (Alcoolisme, Morphinomanie, Opiumanie, Cocaïnomanie, Abus des hypnotiques) : Rapporteurs : Prof. D^r L. STANOJEWITSCH (de Belgrade) ; Prof. D^r K. POHLISCH (de Bonn) ; D^r P. PANSE (de Bonn). — Les exposés seront suivis d'un *rapport* du Commissaire de police criminelle THOMAS (de la section des toxiques, de la Direction de la Police de Berlin) sur les mesures internationales concernant la lutte contre l'opiomane. — *Discussion* : Prof. E. MEDEA (de Milan) ; Prof. C. FERRO (de Turin) ; Prof. D^r FAHREDDIN KERIM GÖKAY (d'Istanbul).

Mardi 23 août, 15 heures, 3^e séance.

3^e Rapport : *Le rôle du travail (ergothérapie) dans le traitement des maladies mentales* : Rapporteurs : D^r F. BONFIGLIO (de Rome) ; D^r K. BERINGER (de Fribourg-en-Brisgau).

Le rôle du travail (ergothérapie) dans le traitement des maladies physiques : Rapporteur : M. le Conseiller Médical D^r H. TRACHTE (chargé de la section des questions hospitalières à l'Office d'Hygiène de la Ville de Berlin).

Discussion : invité : M. le Conseiller Médical D^r H. SIMON (de Gütersloh) ; inscrits : D^r J. KAMINSKI (de Berlin) ; D^r MICHELE EMMA (de Milan) ; D^r V. v. WEIZSÄCKER (de Heidelberg).

Le soir : *Réception par le Gouvernement du Reich.*

Langues du Congrès : allemand, anglais, français, italien.

VISITES ET EXCURSIONS

Mercredi 24 août.

Matin : 8 h. 1/2. *Visite de l'Institut allemand des Recherches psychiatriques* (Kaiser Wilhelm-Institut, section généalogique-démographique, section d'anatomo-pathologie cérébrale, section des études sur les spirochètes, section de Clinique psychiatrique de l'Hôpital de Schwabing), de l'*Institut de Criminologie* et de la *Clinique neuropsychiatrique* de Munich.

Après-midi : 16 h. *Visite des Institutions de psychiatrie sociale* de la Ville de Munich.

Jeudi 25 août.

Matin : 9 h. *Visite de l'Asile provincial d'Egging-Haar* et de sa section d'insulinothérapie.

Après-midi : 15 h. *Visite de l'Asile provincial de Gabersee* par Wosserberg-s.-l'Inn.

Réunion annuelle de la Société des neurologistes et psychiatres allemands (Cologne, 22-27 septembre 1938)

La 4^e Réunion annuelle de la Société des neurologistes et psychiatres allemands se tiendra à l'Université de Cologne sous la présidence du Professeur RÜDTN, de Munich, du 22 au 27 septembre 1938. Des séances séparées de neurologie et de psychiatrie ont été prévues ainsi que des séances mixtes neuropsychiatriques. Au nombre des excursions et des visites prévues au programme figurent, sous la direction du Professeur POHLISCH et du D^r SCHMITZ la visite de l'Institut provincial neuro-psychiatrique et la visite de l'établissement provincial pour enfants de Bonn.

1^{er} Congrès national du Néo-Hippocratism (Marseille, 29 septembre 1938)

En juillet 1937 a eu lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, le 1^{er} Congrès international de Médecine Néo-Hippocratique. Le terme de « néo-hippocratism » ayant été parfois mal interprété ou ayant paru équivoque à certains, les organisateurs tiennent à déclarer qu'ils ont voulu exprimer par ce mot leur souci de culture générale et le rattachement synthétique de la médecine moderne clinique et biologique à certains principes hippocratiques traditionnels.

Si ceux-ci ont inspiré de tout temps les meilleurs esprits de la médecine, l'époque moderne a paru s'en éloigner parfois. Le néo-hippocratism, qui n'est pas l'hippocratism, ne représente pas un retour au passé, il veut être un mouvement en avant et un enrichissement de la médecine. Il proclame la primauté de l'esprit clinique et la nécessité du contrôle expérimental. Affirmant l'importance primordiale du terrain, il veut donner un sens scientifique à cette notion. D'autre part, il entend garder une indépendance absolue vis-à-vis de certaines doctrines ou pratiques thérapeutiques auxquelles on a voulu l'inféoder. Il rappelle à ce point de vue qu'Hippocrate était essentiellement un éclectique et un observateur.

Les inspirateurs du mouvement néo-hippocratique ont adopté le projet d'un Congrès international qui aura lieu tous les deux ans et qui sera organisé par la Société internationale de Médecine néo-hippocratique ayant comme président, le professeur LAIGNEL-LAVASTINE. Mais en plus, aura lieu, au cours de l'année intermédiaire, un Congrès français plus restreint, organisé par la Société française de Médecine néo-hippocratique en liaison avec la grande Société internationale. La Société nationale est présidée par le professeur CORNIL.

Le 1^{er} Congrès national de Médecine néo-hippocratique aura lieu cette année à Marseille, immédiatement à la suite du Congrès français de Médecine, le 29 septembre 1938, sous la présidence d'honneur du professeur LAIGNEL-LAVASTINE et sous la présidence effective du doyen CORNIL.

Plusieurs rapports importants y seront présentés : Le premier rapport portera sur la *période préclinique des maladies* et comportera quatre travaux différents : deux généraux indépendants, l'un du professeur L. CORNIL (Marseille), l'autre du professeur agrégé DELORE (Lyon) ; un de MM. G. MARANON et Guy LAROCHE portant sur *le facteur terrain endocrinien* ; un dernier enfin de M. J. MORLAAS sur *la période préclinique des maladies mentales*. Le deuxième rapport du professeur LAIGNEL-LAVASTINE portera sur *la méthode hippocratique et l'induction en médecine* ; le troisième rapport du professeur GUIART (Lyon), sur *Hippocrate et l'école de Cnide* ; le quatrième rapport de M. POUCEL sur *Hippocrate et le traitement des fractures* ; le cinquième rapport de MM. BENOIT et FOATA sur *la Tradition professionnelle*.

Pour tous renseignements et inscription, s'adresser au *Comité organisateur* du Congrès : MM. BENOIT et FOATA, 16, rue Venture, Marseille. Pour toute documentation d'ordre scientifique, s'adresser au *secrétaire général* du Congrès, M. MARTINY, 10, rue Alfred-Roll, Paris (17^e).

Congrès international de Criminologie (Rome, 3-8 octobre 1938)

Le I^{er} Congrès International de Criminologie aura lieu à Rome du 3 au 8 octobre 1938.

Président du Congrès : S. E. MARIANO D'AMELIO, Premier Président de la Cour de Cassation.

Président du Comité d'organisation : S. E. GIOVANNI NOVELLI, Président de Section de la Cour de la Cassation, Directeur général des Instituts de prévention et de peine.

L'adhésion au Congrès doit être adressée au *Comité d'Organisation du Congrès International de Criminologie, Rome, Via Giulia 52*. Les congressistes et les membres de leur famille qui les accompagneront n'auront à payer aucune cotisation.

Les sujets suivants seront traités au cours du Congrès :

- 1) *Etiologie et diagnostic de la criminalité des mineurs et influence des résultats de ces recherches dans le droit.*
- 2) *Etude de la personnalité du criminel.*
- 3) *Rôle du juge et sa préparation dans la lutte contre la criminalité.*
- 4) *Organisation de la prophylaxie criminelle dans les différents pays.*
- 5) *Ethnologie et criminologie.*
- 6) *Expérience acquise sur les mesures de sûreté dans les différents pays.*

Les trois premiers sujets donneront lieu à la mise en discussion et au vote d'un *vœu*. Les participants au Congrès pourront présenter un rapport sur chaque sujet en discussion. Chaque sujet sera examiné par deux rapporteurs généraux : d'abord au point de vue juridique et ensuite au point de vue des sciences qui étudient le crime sous différents aspects. Une *discussion* aura lieu en sections séparées suivie d'un vote qui sera soumis à l'approbation des congressistes en séance plénière. Les rapports généraux seront imprimés et distribués aux congressistes avant le commencement des travaux du Congrès. Les *langues officielles* du Congrès seront : l'italien, le français, l'allemand, l'anglais et l'espagnol. Les *Actes du Congrès* seront distribués aux congressistes qui auront versé au Secrétariat du Congrès la somme de 20 lires italiennes.

PROGRAMME PROVISOIRE DES TRAVAUX ET DES MANIFESTATIONS

Lundi 3 octobre. — 10 h. : Inauguration solennelle du Congrès au Capitole. Discours de M. le Ministre de la Justice et du Président du Congrès. 15 h. : Visite du Musée Criminel, Via Giulia 52 (les dames seront admises). 20 h. : Réception au Capitole offerte par M. le Gouverneur de Rome aux congressistes et aux membres de leur famille qui les accompagneront.

Mardi 4 octobre. — Dans la matinée : séances de section. Dans l'après-midi : séances de section.

Mercredi 5 octobre. — Dans la matinée : séance plénière : rapport de S. E. Giovanni NOVELLI et de M. le Prof. Agostino GEMELLI, Recteur de l'Université Catholique du Sacré-Cœur de Milan sur « *Le criminel par tendance* ». Dans l'après-midi : séance plénière : discussion sur le sujet susmentionné. 21 h. : Réception dans un grand hôtel en l'honneur des congressistes et des membres de leur famille.

Jeudi 6 octobre. — Dans la matinée : séances de section. Dans l'après-midi : séances de section.

Vendredi 7 octobre. — Dans la matinée : séance plénière. Dans l'après-midi : séance plénière de clôture du Congrès.

Samedi 8 octobre. — *Excursion* à Naples et visite à la maison agricole de rééducation de Nisida. Dîner offert aux congressistes et aux membres de leur famille.

La Cité Universitaire a été choisie comme siège du Congrès.

ORGANISATION TOURISTIQUE. — La C.I.T. a été chargée par le Comité d'Organisation des services touristiques et des hôtels. Elle s'occupera de faire visiter la ville aux congressistes et organisera des excursions. Une circulaire suivra avec le programme détaillé de ces excursions. Tous les bureaux de la C.I.T. en Italie et à l'étranger sont à la disposition des congressistes pour tout renseignement. Des facilités pour les voyages ont été accordées aux congressistes et aux membres de leur famille qui les accompagneront.

En *Italie*, les Réseaux des Chemins de Fer de l'Etat feront remettre aux congressistes étrangers un carnet de six coupons, dont : deux qui donnent droit à la réduction du 70 % à partir de toutes les gares de frontière, maritimes ou aériennes, jusqu'à Rome, et de n'importe quelle gare italienne à une gare de frontière, qui peut être différente de celle d'entrée ; quatre coupons de réduction du 50 % pour n'importe quel voyage en Italie au choix des congressistes. Validité : le premier coupon du 3 septembre au 8 octobre ; les autres coupons du 3 octobre au 3 novembre 1938.

Sur les lignes aériennes, une réduction du 30 % sur les prix de parcours de l'« Ala Littoria » et des « Avio-linee Italiane » sera accordée du 15 septembre au 31 octobre 1938. Des réductions de 25 à 30 % sont accordées par les diverses Compagnies de Navigation italiennes.

En *France*, les congressistes obtiendront une réduction du 40 % en 1^{re}, 2^e et 3^e classe sur les prix des billets, soit pour l'aller soit pour le retour. Pour le voyage de retour ils pourront passer par une gare frontière différente de celle de l'entrée. Le Secrétariat du Congrès transmettra à tous ceux qui les demanderont, des questionnaires spéciaux qui devront être visés à la gare de départ, soit pour le voyage d'aller, soit pour le voyage de retour. Avant d'effectuer le voyage de retour, ce questionnaire devra être visé par ce Secrétariat pour certifier de la participation au Congrès. Validité : du 30 septembre au 20 octobre 1938.

LIRE TOURISTIQUE. — Les membres du Congrès pourront acheter dans tous les bureaux et aux agences de la C.I.T., ainsi que dans toutes les banques, des « lettres de crédit touristiques » ou « chèques touristiques » en Lires italiennes contre paiement en monnaie étrangère qui peut être librement transférée avec une prime spéciale accordée au moment de l'achat au change officiel. La limite maximum est fixée à 300 Lires italiennes par jour et par personne.

Les membres du Congrès régulièrement inscrits et les membres de leur famille recevront les *cartes de Congressiste* et les documents de voyage, ainsi que toute communication que le Comité d'Organisation (Rome, Via Giulia, 52) jugera utile. Les *hôtels* de Rome accorderont aux membres du Congrès des prix spéciaux.

MÉDECINE LÉGALE

En l'honneur du D^r Louis Vervaeck, Directeur général du Service d'Anthropologie criminelle de Belgique

Atteint par la limite d'âge, le D^r Louis VERVAECK, Directeur général du Service d'Anthropologie Criminelle du Ministère de la Justice du Royaume de Belgique, va prochainement quitter ce remarquable service dont il fut le créateur et qu'il dirige depuis sa fondation, service qui plaça la Belgique à l'avant-garde des progrès réalisés pendant ces dernières années par l'anthropologie criminelle.

Avant le départ du D^r Louis VERVAECK, M. le Ministre de la Justice accompagné de M. Emile VANDERVELDE, ancien Ministre de la Justice, ancien Ministre de la Santé publique, et de nombreuses personnalités, sont venus lui apporter le témoignage de leur admiration et de leur reconnaissance pour l'œuvre accomplie.

Les psychiatres et criminalistes français s'associent au juste hommage rendu au savant médecin belge qui fut un précurseur, et dont les réalisations hardies sont aujourd'hui le modèle dont doivent s'inspirer législateurs, magistrats et médecins.

Le Gouvernement Belge vient de nommer le D^r Louis VERVAECK, *Commandeur de l'Ordre de Léopold*. Tous applaudiront à cette haute distinction si méritée.

Création d'Ecoles de Criminologie en Belgique

A l'imitation de l'Université libre de *Bruxelles*, il est créé en annexe aux Facultés de Droit des Universités de *Liège* et de *Gand*, une *Ecole de Criminologie* qui confèrera le grade et délivrera le diplôme de licencié en criminologie.

L'examen pour ce grade scientifique fera l'objet de deux épreuves et de deux années d'études au moins, la durée des études étant réduite à un an pour les docteurs en droit et les docteurs en médecine. L'examen comprendra notamment, au point de vue médical, la criminologie, des questions spéciales de psychologie, la médecine légale, y compris la toxicologie et la sérologie, la prophylaxie criminelle (médicale et psychologique), les éléments de psychiatrie, la clinique psychiatrique, la psychiatrie légale y compris l'anthropologie et la pathologie criminelle.

Responsabilité des Médecins des Hôpitaux. Jurisprudence

I. — La Cour de Paris a rendu, ces temps-ci, un arrêt intéressant qui précise les principes qui président à la détermination de la responsabilité que peuvent encourir les médecins des hôpitaux, à l'occasion des soins qu'ils donnent aux malades de leur service.

Elle déclare qu'en pareil cas, il ne saurait être question de donner à cette responsabilité un caractère contractuel, comme il en est en ce qui concerne un malade de la clientèle particulière du médecin. La jurisprudence décide, en effet, que dans cette dernière hypothèse, « la responsabilité du médecin a pour origine le contrat par lequel celui-ci s'oblige à procurer au malade des soins diligents et conformes aux données acquises de la science », d'où il suit que, notamment, elle échappe à la prescription qui met fin aux actions fondées sur une responsabilité quasi-délictuelle (Voir à ce sujet : Civ. 20 mai 1936. D.P. 1936. 188).

Mais, lorsqu'il s'agit d'un malade soigné dans un hôpital confié à la gestion de l'Assistance publique, un tel accord ne peut se produire, et, dès lors, la responsabilité du médecin ne saurait avoir qu'une origine quasi-délictuelle, et se rattacher à l'article 1382 du Code civil. Et, la Cour en tire cette conclusion que la responsabilité du médecin ou de l'assistant des hôpitaux ne peut être engagée que lorsque le dommage subi par le malade est la conséquence « d'une négligence grave, impéritie grossière ou méconnaissance des règles de prudence courante ».

Et, dans l'espèce considérée, elle a débouté le malade qui se plaignait, seulement, de l'exagération ou de la mauvaise application d'un traitement radiothérapique, de son action en dommages-intérêts, en déclarant qu'il n'était pas établi que les accidents dont il se prévalait se rattachaient au traitement qu'il avait subi dans l'hôpital considéré (Paris, 18 mars 1938. D.H., 30 juin 1938, p. 377).

II. — Cet arrêt s'est prononcé, également, sur la responsabilité de l'Administration de l'Assistance publique à l'égard des fautes reprochées à ses médecins, en déclarant que la première ne saurait être considérée comme le commettant des seconds, car la décision administrative qui nomme ceux-ci à leur emploi « ne crée aucun lien de subordination entre eux et l'Administration ; que celle-ci n'est, à aucun moment, autorisée à intervenir pour leur donner des ordres relativement aux traitements qu'ils sont chargés d'appliquer sous la seule direction du médecin ou du chirurgien chef de service » (Voir également, en ce sens : Civ., 17 mars 1937. D.H., 1937, p. 285).

Le Conseil d'Etat a, d'autre part, décidé que l'Administration publique n'était responsable que de la faute lourde commise par le médecin ou le chirurgien ou l'interne opérant sous leur direction (Cons. d'Et. 8 nov. 1935. 2 arrêts D.P. 1936, 3, 15).

Ch. MONTAL (*La Presse Médicale*, 13 juillet 1938).

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

M. le Doyen Jean LÉPINE, de la Faculté de Médecine de Lyon, est nommé pour 4 ans *Membre du Conseil Supérieur de l'Instruction publique*.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 56.729

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES TENDANCES DU DÉVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE ALLEMANDE ⁽¹⁾

PAR

ROBERT GAUPP (Stuttgart-Degerloch)

Si j'entreprends l'essai d'exposer dans un périodique français les tendances du développement moderne de la psychiatrie allemande telles qu'elles se présentent à mes yeux, je dois préciser tout d'abord qu'en science, il n'est naturellement pas possible de limiter aux frontières politiques d'un pays ma description du progrès des recherches modernes (2). En effet, notre science allemande est, dans ses problèmes et ses méthodes de travail, si étroitement liée avec la science des pays voisins de langue allemande, nous devons tant à des hommes tels que *Bleuler*,

(1) Cet article du Professeur Robert GAUPP, écrit pour les *Annales Médico-psychologiques*, et dont le Dr REYOND (de Malevoz-Monthey) a bien voulu assurer la traduction en langue française, fait partie d'une série d'articles consacrés par les *Annales Médico-psychologiques* à une enquête internationale sur les tendances de la psychiatrie contemporaine (voir *Ann. Méd.-psych.* : 1936, t. I, p. 359, 554 et 718 ; 1937, t. I, p. 736 ; 1938, t. II, p. 482).

(2) Ce travail a été terminé en janvier 1938, c'est-à-dire avant la réunion de l'Autriche à l'Allemagne.

v. Monakow, Wagner, v. Jauregg, Pözl et Stransky, qu'il est impossible de parler du développement de la psychiatrie allemande sans penser constamment à la grande influence que ces hommes ont eu sur elle. De même, les psychanalystes d'Allemagne ont, pour la plupart, acquis à Vienne leur formation scientifique, leurs idées, leurs méthodes de travail ; ceux qui abordent l'étude des questions caractérologiques doivent, en première ligne, avoir affaire à *Karl-Gustav Jung* : bref, les frontières d'un pays sont sans importance pour la science psychiatrique. Il en est d'ailleurs de même pour la clinique, où nous sommes tellement redevables à nos voisins de langue allemande du Sud et de l'Est, que nous ne pouvons et ne voulons parler que d'une psychiatrie de langue allemande et non d'une psychiatrie limitée aux frontières du Reich.

Une brève introduction historique est indispensable. En Allemagne, la science psychiatrique a été plus longue et a eu plus de peine à se libérer du joug et de la tutelle philosophique qu'en France. A une époque où la France possédait déjà un grand nombre de psychiatres remarquables, qui enseignaient une psychiatrie fondée sur les sciences naturelles (*Pinel, Esquirol, Bayle, Calmeil, Georget, Ferrus, Jean-Pierre Falret, Baillarger, Voisin, Foville, Morel*), en Allemagne, les médecins dénommés les « somatiques » (*Friedreich*) menaient un dur combat contre les « psychiques » (par exemple *Heinroth, Ideler*). Malgré quelques progrès isolés, ce fut seulement au milieu du XIX^e siècle que *Griesinger* posa les fondements d'une psychiatrie scientifique. Celle-ci, grâce aux travaux de nombreux savants éminents, s'est, depuis lors, splendidement développée et a regagné le temps perdu. Les sciences auxiliaires telles que l'anatomie, la physiologie, la pathologie et notamment la psychologie, se sont parallèlement développées. La connaissance de la structure et des fonctions du système nerveux central devint toujours plus étendue, jusqu'à être parfois surestimée quant à son importance pour la clinique psychiatrique. Avec la pathologie cellulaire de *Virchow* et les progrès de la technique microscopique, naquit une histologie pathologique du cerveau qui se développa rapidement, guide précieux pour la délimitation des psychoses organiques. Ce que *Bayle et Calmeil* avaient commencé en France a été continué avec grand succès en Allemagne par *Tuczek, Nissl, Alzheimer, Spielmeyer, Jahnel*, c'est-à-dire la détermination anatomique et la délimitation de la paralysie générale et d'autres processus syphilitiques cérébraux. La discri-

mination, si importante, des psychoses organiques et fonctionnelles, fut faite déjà dans le dernier tiers du XIX^e siècle avec une acuité et une précision croissante.

Néanmoins, une classification de toutes les maladies mentales, d'après des points de vue identiques, n'était pas encore possible. En effet, les causes des psychoses étaient, et sont encore aujourd'hui, trop peu connues. Le concept général de la dégénérescence, comme facteur causal de la plupart des psychoses fonctionnelles, faisait obstacle à une classification étiologique plus précise. Une classification se fit, par contre, partout où il n'existait aucune différenciation anatomopathologique, c'est-à-dire avant tout dans les psychoses endogènes, et ceci d'après des principes symptomatologiques. C'est ainsi qu'on eut la manie ou folie furieuse, la mélancolie ou dépression, l'amentia ou confusion mentale, les folies systématisées ou paranoïa, la faiblesse mentale ou démence primaire et secondaire. Autrement dit, on confondait les syndromes avec les maladies elles-mêmes.

La conception de la catatonie de *Kahlbaum* et celle de l'hébéphrénie de *Hecker* eurent raison de ce principe. Les causes, l'évolution et l'issue des maladies devinrent, à côté de leurs symptômes, des facteurs essentiels de leur classification. Cependant, le système de *Wernicke* persistait encore, vers 1890, à attribuer moins de valeur aux classifications s'appuyant sur les causes et le cours des maladies qu'à celles reposant sur une analyse détaillée des symptômes psychiques. Il en revenait ainsi à des conceptions plutôt symptomatiques (1895 à 1900). Nous devons cependant à ces conceptions mûries et développées dans l'étude des aphasies inaugurée par *Broca* et par lui-même, des connaissances précieuses sur l'analyse et la description de certains états psychiques anormaux, basées sur une psychologie associationiste. La localisation du trouble mental dans des parties déterminées du cerveau, conception que *Meynert*, à Vienne, avait cherché à défendre avec hardiesse, mais avec des moyens insuffisants, trouva en *Wernicke* et ses élèves (avant tout en *Liepmann*, *Heilbronner* et *Karl Kleist*, ses représentants les plus notables, et cette manière d'étudier la pathologie cérébrale compte aujourd'hui encore, en plus de *Kleist*, maints adeptes fervents. C'est d'elle, avant tout, que la psychiatrie et la neurologie tiennent leur contact, depuis lors resté étroit. Nous leur devons aussi un examen beaucoup plus approfondi du malade mental.

Il était réservé à *Emil Kræpelin* (1856-1926) de donner, à la répartition et au groupement des maladies mentales, une forme

admise aujourd'hui encore dans ses grandes lignes. Avec la doctrine de Kræpelin, la psychiatrie allemande a atteint un point culminant. L'infinie variété des affections mentales ne peut pas être divisée en unités indépendantes d'après un point de vue unique, ni nettement délimitée. Pour la classification des psychoses, une valeur égale doit être donnée aux causes (exogènes et endogènes), à l'anatomie pathologique, à la symptomatologie clinique, à l'évolution comme à l'issue de la maladie. La distinction entre psychoses organiques et psychoses fonctionnelles subsista bien dans ses grandes lignes, mais fut soumise, dans ses détails, à de nombreux changements. Beaucoup de ce qui avait d'abord semblé fonctionnel s'avéra toujours plus clairement comme un processus organique (la schizophrénie, l'épilepsie essentielle, plusieurs psychoses préséniles telles que les psychoses d'angoisse des femmes âgées avec évolution défavorable). L'importance toujours plus grande que Kræpelin accordait à l'évolution de la maladie, le conduisit à la création des grands groupes nosologiques bien connus des démences précoces et des psychoses maniaques-dépressives, en quoi il suivit l'exemple des Français Falret et Baillarger.

Bleuler et la plupart des cliniciens allemands et étrangers adoptèrent le système de Kræpelin. Bleuler introduisit la conception de la « schizophrénie », équivalente aux démences précoces, tandis que la scission de la personnalité par le processus morbide lui apparaissait comme le trouble distinctif de ce grand groupe d'états à l'évolution et à la symptomatologie si variées. Bonhöffer, auquel nous devons la notion des « formes de réactions exogènes » (par opposition aux maladies d'origine endogène) et qui, du reste, a beaucoup étudié les causes exogènes des troubles mentaux et nerveux, dressa le tableau clinique des psychoses alcooliques chroniques. Il s'opposa aussi aux théories de l'école de Vienne en ce qui concerne la fréquence des psychoses d'épuisement appelées « Amentia ». La guerre mondiale confirma la justesse de ses vues en nous fournissant beaucoup de cas d'épuisement, mais très peu de psychoses d'épuisement (expériences faites dans les camps de concentration sur des prisonniers serbes arrivés à un état d'extrême épuisement, mais sans amentia).

Les cas de débilité mentale congénitale ou à développement précoce (Bielschowsky, Spielmeyer, Schaffer, Schob, Jacob, Scholz) furent étudiés de plus près à la lumière de l'anatomie pathologique et divisés en de nombreuses catégories. Weygandt notamment se distingua sur ce terrain par de nombreux travaux

et une importante monographie. L'anatomie pathologique trouve là encore un vaste champ d'étude pour différencier les diverses formes d'imbécillité congénitale et précoce. Cette tâche a pris une grande importance du fait des exigences de la loi du 14 juillet 1933 sur les maladies héréditaires.

La classification des maladies mentales, en vigueur aujourd'hui en Allemagne, répond, dans ses grandes lignes, aux propositions faites par *Bersot* au Congrès International d'Hygiène Mentale, à Paris, en juillet 1937 (L'Unification de la statistique psychiatrique internationale). Ainsi, en Allemagne, les pensées et les vœux émis par le psychiatre suisse peuvent être adoptés et poursuivis.

La grande époque de la neurologie française, qui débuta avec *Briquet* et *Charcot*, apportant la brillante découverte de *Broca* sur l'aphasie motrice, créa rapidement une méthode clinique d'examen permettant de distinguer les syndromes organiques des fonctionnels. Elle fut remarquable par une pléiade de chercheurs tels que *Bernheim*, *Magnan*, *Babinski*, *Gilles de la Tourette*, *Crocq*, *Janet*, *Dupré*, et fut utile aussi aux recherches allemandes, surtout dans le domaine des psychonévroses. C'est en 1888 que *Moebius* fit connaître, en Allemagne, les doctrines de *Charcot* et développa sa propre doctrine de l'hystérie. Dès 1894, *Brœuer* et *Freud*, s'appuyant sur les conceptions de *Janet*, décrivent les psychonévroses du point de vue analytique que l'on connaît. Dans l'appréciation des névroses traumatiques, que *Charcot* avait déclaré avec raison être une forme masculine de l'hystérie, l'autorité d'*Oppenheim* fit longtemps obstacle à une juste conception des choses, jusqu'au moment où la grande guerre eut raison de ses erreurs touchant la nature organique des névroses traumatiques et permit le triomphe d'une autre conception de l'hystérie. En Allemagne, on s'était graduellement éloigné toujours davantage de la doctrine de *Charcot* sur l'hystérie, pour voir, dans la *fuite voulue vers la maladie*, la cause de toutes les hystéries. Les doctrines psychanalytiques de Vienne (*Freud*, *Adler*, *Stekel*, etc.), suscitèrent le plus vif intérêt. *Bleuler* se déclara pour la psychanalyse, tandis que *Hoche* et *Bumke* mettaient en garde, avec un succès croissant, contre les exagérations du « Pansexualisme » et contre le mécanisme des « représentations inconscientes ». Le besoin de distinguer « l'hystérique » du « psychogène » devenait toujours plus fort. En Allemagne comme en France, le scepticisme croissait à l'égard de la maladie hystérique considérée comme entité morbide. En 1902

déjà, *Hoche* et moi-même, nous nous élevâmes contre cette conception de l'hystérie, et *Steyerthal*, en 1908, détruisit radicalement la doctrine de l'unité morbide de l'hystérie. Restaient les « réactions hystériques ». Mais le désaccord régnait quant au sens précis à donner à ces termes, et la nécessité se faisait sentir d'une distinction entre l'hystérique et le psychogène que *Sommer* et d'autres avaient commis l'erreur d'identifier. Un médecin allemand de Riga, *Sokolowsky*, proclamait déjà, dès 1895, que, dans l'hystérie, la volonté d'être malade était l'essentiel et que le caractère hystérique était une forme de dégénérescence psychique. Son avis ne triompha pas tout d'abord. *Kohnstamm* parla d'un « défaut de la conscience de la santé » et *Bonhöffer* sépara nettement, en 1911, dans son exposé de Stuttgart, les états hystériques de tous les autres états psychogènes. Il appuya sur le caractère *voulu* de tous les états hystériques véritables. Les expériences de la grande guerre lui donnèrent raison. Les vues d'*Oppenheim* furent abandonnées. La différenciation des états hystériques des réactions dues à la frayeur, des névroses et des psychoses de peur, réussit de même, grâce aux preuves apportées par les grands cataclysmes naturels (tremblements de terre, orages, etc.), dont *Stierlin*, associé à des savants italiens, décrivit en 1909 les conséquences psychiques, mais qui n'étaient pas hystériques.

La conception psychanalytique de l'hystérie et d'autres psychonévroses trouva, un certain temps, beaucoup de partisans en Allemagne, notamment lorsque les deux savants suisses, *Bleuler* et *K.-G. Jung*, l'eurent adoptée. La guerre mondiale ôta tout fondement au pansexualisme des doctrines de *Freud* et, en Allemagne, la recherche psychiatrique clinique, tout en reconnaissant la valeur des conceptions finalistes de *Freud*, ainsi que de maintes intéressantes interprétations freudiennes de symptômes, demeura, pour l'essentiel, étrangère aux constructions doctrinales psychanalytiques. La psychiatrie psychanalytique de *Schilder* fut écartée en Allemagne, et l'est encore.

Les doctrines d'*Adler* trouvèrent de nombreux partisans, notamment dans les cercles médico-pédagogiques, et plusieurs de ses idées sur la « volonté de puissance », le « besoin de s'affirmer » des névroses, « l'infériorité de certains organes » et « l'empressement des organes » dans la formation de symptômes hystériques, furent adoptées et développées.

En ce qui concerne l'hystérie, la psychiatrie clinique s'en tient aujourd'hui presque complètement au point de vue de *Bonhöffer*, quoique des doutes continuent à surgir. Beaucoup, sceptiques

quant à la théorie de la connaissance, renoncent à résoudre les problèmes de l'hystérie (*Hoche*), car l'influence du psychique sur le physique demeurera éternellement inexplicable. D'aucuns suivent les doctrines monistes, comme *Bleuler*, d'autres s'essaient à des explications pathophysiologiques des symptômes hystériques, prônent, avec *Kleist*, les théories localisatrices (siège des troubles dans les ganglions cérébraux), cherchent, avec *Kraulis*, une hérédité spécifique des symptômes hystériques ou attendent, des découvertes cliniques, un ultime éclaircissement (spécialement des hormones).

La théorie de *Janet* sur la psychasthénie a trouvé bon accueil en Allemagne, tandis que la conception de la neurasthénie de *Béard* subit plusieurs amputations et transformations (dans le sens des épuisements nerveux acquis).

Les recherches sur les systèmes sympathique et parasympathique éclairèrent sur divers points ce que l'on nomme les « névroses d'organes ». Il y a là des domaines où la manière de voir psychologique se rencontre avec les conceptions pathophysiologiques et hormonales. Les psychoses dites hystériques, en particulier, sont reconnues comme telles sous la forme de la pseudo-démence et de l'état crépusculaire de *Ganser*. Leur distinction d'autres délires et d'autres états crépusculaires traumatiques, consécutifs à des commotions cérébrales (explosion d'obus ou très violente frayeur), a été entreprise maintes fois et avec succès (*Bonhöffer*, *Gaupp*, *Kleist*, etc...). Le grand domaine des névroses obsessionnelles, dans la description plastique desquelles nous devons beaucoup à la France, (*Magnan*, *Janet*, etc...), a été étudié finalement à la lumière d'explications et de constatations psychanalytiques (par ex. *H. Hoffmann*). Certains travaux psychiatriques expriment aussi catégoriquement l'opinion que les symptômes obsessionnels ne sont, souvent, que les signes partiels de psychoses endogènes dépressives, qu'ils apparaissent et disparaissent avec celles-ci (*Bonhöffer*). La conception de la névrose unique, qui a commencé à se répandre largement dans certains milieux laïques et psychotérapeutiques, est déclarée inacceptable par la recherche scientifique. La classification par *Kraepelin* des syndromes hystériques en hystérie de développement, hystérie dégénérative, hystérie alcoolique et réactions hystériques d'emprisonnement, a recueilli l'approbation générale. Son rappel des théories de Darwin, touchant l'expression des états d'âmes par le physique, s'avère fructueux pour interpréter le primitif et l'infantile. *Kretschmer* expose les mécanismes psychiques de beaucoup de

symptômes hystériques (tempête motrice, réflexe de « faire le mort », parésie par habitude), dans sa très vivante monographie sur l'hystérie. Chez lui aussi ressortent clairement les rapports étroits des modalités de la réaction hystérique avec la structure psychique infantile primitive. Cette opinion a, d'ailleurs, trouvé aussi des adeptes dans la conception française de l'hystérie (voir par ex. l'exposé de *Schnyder*, 1908).

Les « *infériorités psychopathiques* », par quoi on entend depuis *J.-L.-A. Koch* le domaine frontière entre la santé mentale et la maladie, ont été en Allemagne plus encore qu'en France, partagées en structures de la personnalité entièrement différentes, dont cependant la base commune est, en général, une dégénérescence héréditaire. *Kraepelin* fit remarquer leur association fréquente avec de l'infantilisme, le manque de maturité et souvent aussi de la débilité mentale et un comportement primitif. Lorsque *Kretschmer*, s'appuyant en partie sur d'anciennes théories françaises sur des types constitutionnels définis, écrivit son célèbre ouvrage « *Körperbau und Charakter* », il jeta sur beaucoup de choses une lumière toute nouvelle. Il créa aussi les conceptions de « *cycloïde* » et de « *schizoïde* » en tant que formes définies de constitutions psychopathiques étroitement liées à des structures corporelles déterminées. Ainsi naquit une doctrine qui, dans certains caractères psychopathiques, ne voit parfois que la manifestation légère et abortive de psychoses connues (telles que la cyclothymie et la schizophrénie) qui seraient, pour ainsi dire, des psychoses « *fortement diluées* ». Cette doctrine a de zélés défenseurs et des antagonistes de principe. C'est ainsi que l'identité bio-héréditaire de la psychopathie schizoïde et de la schizophrénie est parfois contestée, bien que l'observation clinique nous enseigne que beaucoup de schizophrènes (évidemment pas tous), ont présenté, avant l'apparition de leur maladie, un tableau de bizarrerie schizoïde. La psychose maniaque dépressive, elle aussi, présente de légères variantes sous forme d'hypomanie constitutionnelle chronique (qui se rapproche beaucoup de la « *folie raisonnée* » de la psychiatrie française), ainsi que de la prédisposition dépressive du caractère. Ces formes ressemblent intimement au cours cyclique des psychoses maniaques-dépressives. Elles s'observent aussi parfois dans les intervalles libres qui séparent les poussées aiguës de la maladie. La conception de *Kretschmer* fait ainsi passer par degrés progressifs de la schizophrénie à la schizoïdie et de là au caractère schizothymi-

que normal, et de même de la psychose maniaque dépressive par la cycloïdie à la manière d'être cyclothyme, à l'homme « syntone ». Les particularités corporelles de ces groupes (pykniques chez les circulaires, asthéniques ou athlétiques ou dysplastiques chez les schizophrènes) plaident en faveur de la parenté de ces troubles.

Sous l'influence de chercheurs formés au point de vue de la théorie de la connaissance et orientés psychologiquement, la psychiatrie allemande s'est décidée, depuis le début du siècle, à s'engager dans la voie des problèmes solubles et des moyens de leur solution, après avoir cherché avec un optimisme prématuré, pendant un certain temps, l'impossible, et ceci sous l'influence des progrès de l'anatomie et de la physiologie. J'ai moi-même, en 1903, dans un travail sur « Les limites de la connaissance psychiatrique », puis en 1907, dans ma leçon inaugurale académique sur « Les voies et les buts de la recherche psychiatrique », pris le chemin de la réflexion critique, discuté l'insolubilité du problème des relations entre l'âme et le corps et mis en garde contre de fausses routes.

Bunke, dans l'introduction au manuel de psychiatrie qu'il a publié, discute également la position de ces problèmes, tels que la science réfléchie d'aujourd'hui les voit. Il reconnaît l'importance des recherches anatomo-pathologiques cérébrales, autrement dit « des méthodes de travail neurologiques en psychiatrie », comme les nommait *Arnold Pick*. Il fait remarquer, avec raison, que l'histopathologie du cerveau, en se restreignant sagement aujourd'hui, n'essaie plus de rapporter des symptômes psychiques isolés à des déficiences ou à des modifications anatomiques localisées, mais se contente de rattacher des tableaux cliniques définis, dans un lien causal, avec certains tableaux anatomo-pathologiques, en sorte que les constatations faites dans un domaine impliquent des déductions dans l'autre avec une sûreté toujours plus grande (*Nissl, Alzheimer, Spielmeier*). Dans bien des psychoses on ne peut pas accepter le principe de modifications anatomo-pathologiques du cerveau, par exemple dans les folies maniaques dépressives. Elles paraissent, en tout cas, ne devoir jamais être décelables, car les altérations anatomiques se produisant au cours de l'agonie sont, sans doute aucun, beaucoup plus importantes que celles qui peuvent exister entre le cerveau d'un homme sain et celui d'un malade maniaque ou mélancolique en vie. A plus forte raison en est-il de même pour tous les troubles psychogènes, pour les constitutions anormales, les développements maladifs, qui ne

présentent pas de frontières précises avec la vie psychique normale. C'est pourquoi la constitution de ces anomalies est devenue le problème essentiel de la recherche, de même que celui des causes, qui, partant d'une constitution donnée, font se développer des états maladifs.

Les recherches *généalogiques* ont ici un vaste champ d'action, et c'est dans l'étude des signes d'une constitution somato-psychique particulière que réside la tâche des recherches caractérologiques et bio-constitutionnelles modernes, (*Doctrine de Kretschmer, types de Jaensch, modalités réactionnelles chimiques de Eppinger et Hess*). Avec *Bumke* nous reconnaissons la difficulté d'aller plus avant sur la voie chimico-physiologique, mais nous y voyons toutefois déjà bien des acquisitions pleines de promesses (voir plus loin), notamment dans la recherche sur la schizophrénie. Nous reconnaissons aussi l'importance des examens neurologiques précis (symptômes pupillaires dans les psychoses, modifications psychopathiques dans l'encéphalite). Nous sommes toutefois moins sceptiques que *Bumke* quant à la valeur de la psychologie expérimentale sur laquelle *Kraepelin* avait fondé, autrefois de si grands espoirs, et nous attirons l'attention sur les troubles mentaux expérimentaux par l'action de poisons exactement dosés (« psychose modèle », de *Béringer*). Nous voyons aussi un progrès important dans les recherches phénoménologiques introduites par *Jaspers*, avec leur besoin de percevoir intuitivement ce qui est perceptible. Nous reconnaissons la différenciation des relations causales et compréhensibles dans le tableau-clinique des maladies, et nous espérons de grands bénéfices de la typologie psychique, tout spécialement dans le domaine des frontières des psychopathies, sans oublier, toutefois, que dans le processus des psychoses destructives, il y a des limites à l'intuition, et qu'une tendance exagérée à la psychologie dans ce domaine offre bien des chances d'erreur. Avec *Bumke*, nous refusons d'accepter une « psychiatrie pure » comme une sorte de science morale séparée de la psychiatrie clinique basée sur les sciences naturelles. Nous reconnaissons cependant le droit d'isoler provisoirement des syndromes (*Hoche*) et des types de réactions (*Bonhöffer*) au lieu des entités nosologiques vraies, trop difficiles encore à individualiser. Nous voyons aussi un grand progrès méthodique dans la doctrine de *Birnbaum* sur « l'analyse de la structure » et la « construction de la psychose », ainsi que dans les « diagnostics à plusieurs dimensions » de *Kretschmer*. Nous voyons enfin dans la pathologie constitutionnelle un guide précieux

pour ordonner l'immense variété des tableaux cliniques. Pour progresser dans la connaissance des relations causales vraies, tout chemin praticable doit être utilisé, même s'il ne fait faire qu'une avance limitée.

La révolution politique qui se produisit avec la prise du pouvoir par Adolf Hitler au printemps de 1933, et qui fit triompher en Allemagne les conceptions du national-socialisme, est devenue d'une importance décisive pour la psychiatrie allemande. En effet, si, depuis le début du xx^e siècle, des chercheurs éminents tels que *Alfred Plötz* et *Ernst Rüdin* avaient combattu pour l'étude bio-héréditaire des malades mentaux et des criminels, si les grandes idées eugéniques de *Galton* avaient, depuis longtemps, trouvé une vive approbation en Allemagne, si en Amérique du Nord et en Suisse on avait indiqué la voie à suivre pour endiguer l'augmentation des dégénérescences héréditaires (Loi de stérilisation des Etats-Unis et du Canton de Vaud en Suisse), ce n'est qu'en 1933 que l'Allemagne appliqua une législation consciente de ses buts pour limiter la reproduction d'individus héréditairement tarés et pour éviter aussi un mélange de races nuisible. Cette législation, dont la loi la plus importante, celle du 14 juillet 1933, exige la stérilisation des malades mentaux héréditaires, des imbéciles, des épileptiques et des alcooliques graves, place, au-dessus des intérêts personnels de l'individu, le droit à la vie et à la santé de la collectivité, et contraint le psychiatre à de grandes recherches sur l'hérédité biologique. Pour être équitable envers la loi et envers le malade, il est donc nécessaire d'obtenir la sécurité la plus grande possible dans la classification des maladies mentales. Il faut pouvoir arriver, dans chaque cas, à séparer, avec une certitude absolue, ce qui est héréditairement « endogène » et ce qui est « exogène ». Aussi l'infinie variété des tableaux cliniques fut-elle, dans la loi, réduite à un système de peu de groupes, en se servant comme base des grands groupes de maladies établis par *Krapelin*. Tout ce qui paraît être d'origine endogène doit être classé dans les catégories de l'imbécillité congénitale, la schizophrénie, la folie maniaque dépressive, l'épilepsie héréditaire ou certaines formes d'alcoolisme grave. Le législateur accorde une pleine confiance aux capacités diagnostiques des médecins aliénistes allemands. Le commentaire fait par *Gütt*, *Rüdin* et *Ruttke* sur la loi du 14 juillet 1933, donne des indications pour la classification des tableaux cliniques discutables dans un des grands groupes prévus. Des recherches exactes, très étendues et faites avec

soins sous la direction de *Rüdin* ont établi des frontières héréditaires empiriques dans les diverses formes de maladies endogènes. Partout où l'on rencontrait des lacunes à combler ou des doutes à surmonter, le travail de recherche s'est mis à l'œuvre avec un zèle croissant et de nouvelles méthodes.

L'étude sur les *jumeaux*, qui remonte à Galton, a été très soigneusement développée et a donné des résultats surprenants. Ces travaux de recherche continuent sans trêve sous la direction de *Rüdin*, *Luxenburger*, *Schulz*, *Lange*, *Hermann*, *Hoffmann*, et de beaucoup d'autres encore. On recherche les causes de l'imbécillité congénitale et l'on sépare, de manière de plus en plus précise, l'héréditaire de l'acquis. De même, dans la doctrine de l'épilepsie, les formes héréditaires et non-héréditaires doivent être différenciées de manière de plus en plus exacte (*Mauz*, *Stauder*, *Lange*, *Pohlisch*, *Karl Schneider*). En effet, l'Etat, exigeant une différenciation de l'épilepsie héréditaire des autres maladies, oblige à un examen corporel, neurologique et psychiatrique intensif. La conception règne que, même lorsque les preuves héréditaires manquent, le diagnostic d'épilepsie héréditaire doit être posé lorsqu'on ne peut trouver aucune cause extérieure de la maladie, lorsque les crises présentent un caractère épileptique typique et lorsque toute la personnalité du malade est modifiée, sans erreur possible, dans le sens d'une dégénérescence ou d'une démence épileptique. La recherche des ascendances familiales se trouve ici devant la tâche très difficile de constater et aussi d'éclairer le public. Les anamnèses tout à fait sûres ne sont pas toujours faciles à obtenir, les tares héréditaires sont parfois dissimulées pour éviter la stérilisation qu'on redoute. Aussi la constitution corporelle des malades épileptiques est-elle étudiée de manière approfondie (*Karl Schneider*, etc.). L'essence de la modification épileptique de la personnalité est analysée de manière exacte, les particularités de la démence épileptique sont dessinées de façon plus nette. Les relations héréditaires de l'épilepsie avec l'alcoolisme, sur lesquelles on mettait beaucoup l'accent autrefois, sont devenues moins sûres après des recherches statistiques exactes. Dans la « *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie* » (Institut allemand de recherches psychiatriques), de Munich, dont *Krapelin*, avant sa mort, avait fait la centrale de recherches la plus importante de notre science, toute une série de travaux sur cette question ont été faits sous la direction de *Rüdin*, et de nombreux savants sont occupés à étudier le grand domaine des maladies organiques comitiales au point de vue psychiatrique, constitutionnel et bio-héréditaire, en

employant toutes les méthodes d'investigation modernes, avant tout la méthode des jumeaux.

Ce fut longtemps un obstacle au traitement efficace du groupe de maladies mentales réunies sous le concept général de démence précoce ou de schizophrénie, que de reconnaître de plus en plus clairement qu'elles appartenaient aux psychoses organiques à évolution et issue prédéterminée, même lorsque leur anatomie pathologique était encore inconnue (Peters contre Fünfgeld et autres), et ce n'est peut-être pas par hasard qu'une thérapeutique somatique active des schizophrènes prit naissance dans le même lieu qui avait déjà obtenu de grands succès dans le traitement d'une autre psychose organique, c'est-à-dire à *Vienne*. Personne ne met plus en doute, aujourd'hui, la valeur curative de la malarisation dans la paralysie générale. Ici, tout notre effort porte sur un diagnostic aussi précoce que possible de la maladie. La science allemande n'oubliera jamais ce qu'elle doit dans ce domaine à *Ravaut* et *Sicard* en France, ni le don magnifique que lui fit son peuple frère d'Autriche avec le traitement de la paralysie générale de *Wagner, von Jauregg*. Après que *Sakel* eut abordé, en 1935 à Vienne, le traitement par l'insuline de la schizophrénie, on s'est mis, en Allemagne et en Suisse, à suivre ce même chemin avec une grande énergie. On s'est attaqué ensuite au traitement des schizophrènes par le Cardiazol en suivant *Méduna* (Budapest). On manque actuellement encore trop de recul pour porter un jugement sûr quant à la valeur durable de ces méthodes de traitement. L'histoire de la thérapeutique psychiatrique dans le siècle passé nous invite à la prudence : cependant, les voix qui mentionnent des succès surprenants se font de plus en plus nombreuses, avant tout dans les cas récents et aigus, mais aussi parfois après une durée assez longue de la maladie et dans les tableaux paranoïdes hallucinatoires chez lesquels nous voyons des rémissions beaucoup plus rarement que dans les catatonies aiguës. Il est à prévoir que les années à venir nous apporteront, dans ce domaine, d'importantes nouveautés. Il est utile de souligner l'importance qu'auraient de bons résultats dans ce domaine, puisque 75 % des occupants de nos asiles sont des schizophrènes.

D'autres méthodes, consistant à influencer les maladies schizophrènes par le moyen d'agents biologiques et chimiques, sont encore employées et, par-ci par là, des succès sont signalés qui, cependant, doivent encore être contrôlés. On admet, en général,

qu'il ne s'agit pas là de médications spécifiques, comme, par exemple, le traitement du diabète par l'insuline, mais bien plutôt d'une influence modificatrice et excitante du choc sur le processus maladif à son début ou déjà établi. Il y a plus d'un siècle que les effets de choc avaient déjà joué un grand rôle dans l'histoire du traitement des malades mentaux.

De même, la thérapeutique moderne active des maladies mentales aiguës par des méthodes de forte influence psychique et l'éducation à un travail intensif, telle qu'elle est appliquée, par exemple, à Heidelberg, par *Karl Schneider*, et sous une forme un peu différente par *Beringer* à Fribourg, a donné des résultats surprenants, et l'on ne peut se défendre toujours plus de l'impression qu'une action très forte, ébranlant l'âme et le corps dans les maladies mentales aiguës, de même que le fait d'empêcher le malade de glisser dans des processus psychiques maladifs, sont capables de refouler les symptômes de la psychose. Une telle transformation n'est pas seulement d'une grande importance pratique, mais présente encore un gros intérêt théorique. Beaucoup plus que nous ne l'avons cru un certain temps, les tableaux cliniques, et non seulement les vieux produits d'asiles, sont déterminés, dans leur symptomatologie, par le monde extérieur, et ne sont donc pas seulement des expressions immédiates du processus cérébral supposé. Ce qui, à un moment donné, était la loi suprême dans le traitement des psychoses aiguës, à savoir la tranquillité complète de l'âme avec alitement, apparaît maintenant, au contraire, comme une aide nuisible à l'aggravation de la maladie. Aussi l'aliéniste d'aujourd'hui s'engage-t-il dans une lutte active avec la maladie, en maintenant un contact constant avec le malade, en lui faisant refouler tous les symptômes dès leur apparition (hallucinations, phénomènes d'excitation ou de déficience psycho-motrice), auxquels on permettait autrefois, par l'alitement prolongé et par une sorte de passivité psychique, de s'emparer toujours plus de la personnalité du malade.

La psychothérapie des névroses n'a pas reçu ses impulsions déterminantes exclusivement du mouvement psychanalytique, bien que celui-ci lui ait certainement apporté une forte contribution. Il va sans dire qu'il y a eu de bons psychothérapeutes longtemps avant *Freud* et *Adler* : ils furent toujours de bons connaisseurs du cœur humain et de fortes personnalités. Ce serait d'ailleurs dommage et fort regrettable de ne pouvoir aider les névrosés que par le moyen d'un traitement qui exige

une telle quantité d'argent et tant de suggestibilité, que le demande la psychanalyse orthodoxe. On ne doit certes jamais oublier le grand bénéfice que la *psychologie en profondeur* a apporté à la compréhension et au traitement des malades que la vie fait souffrir. Cependant, tout psychiatre et tout neurologue pratique actuellement un traitement psychanalytique en raccourci, simplifié, adapté à la personnalité du médecin et du malade. Les méthodes subissent l'influence de l'époque et de la mode : bien des méthodes thérapeutiques suggestives, très prônées autrefois, sont aujourd'hui presque complètement abandonnées, l'électricité et l'hypnotisme ont perdu leur position privilégiée. C'est aujourd'hui le caractère pédagogique de bien des mesures et de bien des règles de conduite qui prédomine. La guérison des hystériques de guerre a montré clairement l'importance de l'autorité médicale, et l'on entend parfois exprimer le regret que l'on ne puisse pas soumettre les sinistrosés parasitaires, comme les soldats de la guerre, à un traitement rigide, les délivrant de leurs symptômes en une seule séance. *Jung, Künkel, v. Weizsäcker* et *Schutz* ont acquis de grands mérites en approfondissant les tâches médico-pédagogiques en Allemagne, et nous avons constaté l'aide précieuse que l'on peut trouver dans la religion, la philosophie et l'éthique lorsque, dans le traitement des âmes malades, on voit la misère humaine engendrée par la complexité des problèmes de l'existence.

Il est compréhensible que, devant l'imprécision de nos *conceptions pathogéniques en psychiatrie*, nous ayons toujours l'ardent désir de nous engager plus loin dans le chemin de la recherche clinique qui a donné les plus brillants résultats dans un autre domaine de la médecine, c'est-à-dire le chemin de *l'expérimentation*. Cette voie n'est pas neuve : en 1845 déjà, *Moreau de Tours*, faisant en France des essais sur lui-même avec du haschisch, constata chez lui, dans l'ivresse du haschisch, une dissociation des idées analogue à celle de tous les autres troubles mentaux. *Krapelin*, il y a plus de 40 ans, mit aussi au programme de ses études cliniques les troubles mentaux artificiels provoqués par des poisons, la faim, le manque de sommeil et la fatigue, et il publia de précieux renseignements sur l'action spécifique sur la vie psychique humaine de quelques poisons et de produits nocifs particuliers. Par son analyse des *effets de l'alcool*, nous avons gagné une compréhension plus profonde des tableaux cliniques de l'alcoolisme aigu et chronique ; sa mise en évidence de l'effet sédatif de l'alcool sur les divers aspects de la vie psychique (compréhension, association des idées, réactions

motrices, humeur) devient d'une importance fondamentale. Les dommages sociaux de l'alcoolisme, par suite de son action sur la capacité de travail et sur la criminalité, n'ont été rendus vraiment compréhensibles que par les travaux de l'école de *Kraepelin*. A Heidelberg et à Fribourg, des expériences systématiques ont été faites, spécialement par *Beringer* et ses collaborateurs, sur la mescaline et le haschisch. C'est au cours de ces auto-expérimentations que fut produite la « psychose modèle » (de *Beringer*), et les troubles qui en résultèrent furent observés de manière exacte, décrits et analysés par les intoxiqués eux-mêmes. Les impressions sensorielles anormales, en particulier visuelles, les altérations de l'état de conscience, les états affectifs pathologiques produisirent tous ensemble des tableaux psychopathiques surprenants, qui, par la richesse de leurs événements, ressemblaient à des schizophrénies commençantes. De nombreux symptômes apparurent : illusions et hallucinations, modifications de la pensée et de la représentation, anomalies de l'humeur allant de la gaieté la plus exaltée et la plus incontrôlable jusqu'à l'angoisse la plus profonde et la plus immotivée, véritables idées délirantes d'interprétation et d'influence, nombreux troubles divers psychomoteurs allant jusqu'à des états de catalepsie avec perte de la sensation de fatigue, impressions bizarres anormales contre lesquelles il était impossible de se défendre et qui, sur beaucoup de points, ressemblaient entièrement à ce que nous apprenons par les auto-descriptions de nos malades. Le fondement de ces psychoses toxiques expérimentales doit être recherché dans les modifications des échanges telles qu'elles furent découvertes dans le sang au cours de l'ivresse par la mescaline (augmentation du calcium et de l'acide phosphorique).

Sans aucun doute, de telles intoxications expérimentales, au moyen de corps chimiques connus et dans des circonstances permettant une observation clinique exacte, ont une grosse importance, surtout lorsqu'après de nombreux essais sur différentes personnes, il en résulte que ces états divers présentent réellement une parenté très proche avec certaines constatations faites dans les maladies schizophrènes. Elles nous donnent le droit de chercher aussi dans les schizophrénies des modifications chimiques des échanges des corps. A l'heure actuelle, la conception suivante a cours en Allemagne : même si les recherches psychiatriques les plus soignées et les plus approfondies peuvent encore préciser et éclairer le tableau clinique des formes de maladies schizophrènes au point de vue pathogénétique et

pathoplastique, il n'en demeure pas moins que l'étude des bases somatiques des processus supposés *organiques* est, pour le moment, *plus importante* que tout travail psychopathologique. Malheureusement, les processus organiques nous sont, au point de vue anatomo-pathologique, encore complètement inconnus. Nous ne savons guère qu'une chose, c'est que l'on a trouvé certaines atrophies cérébrales après qu'une maladie schizophrène dégénérative a existé pendant de longues années. En nous basant sur des recherches chimiques nouvelles qui, d'ailleurs, sont encore en cours, nous présumons certains troubles du métabolisme intermédiaire, un cours anormal de la destruction des matières azotées dans l'organisme, avec effet toxique de ces produits sur le cerveau. La pensée est donc très proche d'admettre que la schizophrénie n'est peut-être nullement une affection cérébrale primaire. *Jahn* et *Greving* ont suivi le chemin pénible de la recherche physiolo-chimique et ont étudié, chez des schizophrènes presque tous asthéniques, les modifications somatiques se produisant par l'injection d'insuline ou de cardiazol ; ils ont trouvé des modifications du métabolisme des hydrates de carbone et de l'équilibre acide-base (hyperinsulinisme), de même qu'une faiblesse dans l'action du système de l'adrénaline. D'après eux, il se produit, dans le traitement des schizophrénies, une excitation des centres végétatifs et une correction de l'orientation défectueuse du métabolisme. Le succès du traitement dépendrait donc des dispositions réactionnelles de l'organisme malade, sur lequel l'âge, la constitution et la durée de la maladie auraient une grande influence. Dans la psychasthénie aussi, *Jahn* et *Greving* ont trouvé de semblables anomalies multiples et compliquées du métabolisme. Il existerait une disproportion entre l'excitation et l'effet dans les domaines psychique et somatique. Le désaccord des réactions métaboliques pourrait être mis en lumière chimiquement et physiologiquement (carence des hydrates de carbone, accumulation de créatine dans les muscles, hypotension sanguine, labilité du système vasculaire, variabilité anormale de la teneur du sang en CO²). Dans la psychasthénie, il s'agirait donc d'une régulation déficiente, d'origine endogène, des processus métaboliques. On pourrait penser à une affection endocrinienne, à une hypo-fonction de l'hypophyse, tandis que, dans la catatonie aiguë mortelle, on devrait supposer l'organisme envahi par des substances toxiques quelconques, provenant de la désintégration des albumines (*Stauder, Jahn et Greving*). Le problème de ces troubles du métabolisme dans ces maladies a été récemment posé, et d'une manière très vivante, par *Jahn* dans

la « Klinische Wochenschrift » du 1^{er} janvier 1938. Ainsi a été probablement ouverte une voie d'où sortiront peu à peu des vues plus profondes sur les bases organiques des maladies psychasthéniques et schizophréniques.

La pathologie et la thérapeutique des affections syphilitiques du système nerveux ont trouvé, en *Jahnel*, à la « Deutsche Forschungsanstalt », à Munich, un représentant infatigable qui poursuit, par toutes les méthodes anatomiques et sérologiques, la solution des nombreux problèmes encore obscurs touchant les causes particulières de la paralysie générale. Sa démonstration, prouvant que l'on trouve régulièrement, par un examen minutieux, des spirochètes, dans 50 % des cas, dans le cerveau des paralytiques, a rendu caduques les doctrines antérieures de la « Metalues » de *Moebius* et de la parasyphilis de *Fournier*. Nous savons aujourd'hui que la paralysie générale est une encéphalite syphilitique au stade tertiaire. On parle bien aussi de syphilis quaternaire à cause de quelques particularités, telles, par exemple, que son apparition tardive après l'infection ou l'inefficacité du traitement spécifique. Il est connu que 10 % à peine des syphilitiques sont atteints plus tard de paralysie générale. Nous ignorons encore s'il existe une « syphilis neurotrope », avec une variété particulière de spirochètes, ou bien si c'est la constitution du malade infecté qui est déterminante pour l'écllosion de la paralysie générale. On a pensé aussi à la contribution d'autres causes pathogènes, telles que l'alcool, mais cette dernière conception est aujourd'hui passablement abandonnée. La pathogénèse de la paralysie générale nous paraît encore insuffisamment connue en Allemagne, et nos succès pour éclairer le public ne sont pas encore satisfaisants.

C'est actuellement avant tout la clinique de Hambourg (*Bürger-Prinz, Jacob et Braunnmühl*) qui s'occupe de délimiter les frontières cliniques et d'éclaircir les causes anatomo-pathologiques des troubles psychiques séniles. Ici aussi, et malgré de grands progrès dans l'histologie pathologique des processus séniles du cerveau, il reste encore bien des points obscurs. Ceci est vrai surtout pour les états psychopathiques de l'âge présénile, que nous rencontrons sous forme d'états dépressifs et anxieux, avec des bouffées délirantes et paranoïdes, en particulier chez les femmes entre 55 et 65 ans, et dont l'évolution est encore totalement imprévisible. Inexpliquée reste aussi encore la place systématique des maladies paranoïdes chroniques préséniles, avec

conservation de la conscience et sans désintégration essentielle de la personnalité.

L'étude psychiatrique de la caractérologie, faite depuis *Tiling* et *Neisser* jusqu'à *Ewald* et *Kretschmer*, et déjà mentionnée plus haut, représente une branche importante des recherches de la psychiatrie allemande moderne. L'être humain, lié par ses attaches somatiques, est examiné et analysé au moyen des méthodes de la science de la constitution, de l'examen clinique psychologique et de la biologie de l'hérédité. Ce faisant, l'on consacre un soin particulier à l'étude de la personnalité pré-morbide. Si la psychiatrie entend, par caractère, la manière d'être de la personnalité prépsychopathique d'un malade, avec toutes ses dispositions psychiques, cette orientation est évidemment tout aussi importante pour toutes les maladies endogènes. Ici se rencontrent les doctrines de *Birnbaum*, *Bleuler*, *Kretschmer*, etc. avec celles de *Claude* et plusieurs vues de *Sérieux-Capgras* (« La démence précoce », 1902). Le caractère paranoïaque détermine des formations délirantes intuitivement perceptibles, sans fracture évolutive de la structure de la personnalité (par opposition à la schizophrénie). Le fondement pathologique (la constitution) doit être distingué de la réaction pathologique (avec sa réactivité endogène fixée) et du développement pathologique (par exemple dans le délire des quérulants). Les psychopathes ont donc une base malade dans leur constitution. Nous voyons ici les relations qui existent avec les théories sur la dégénérescence de *Morel* et *Magnan*. Une interprétation caractérologique est ainsi donnée aux psychopathies. La discordance dans l'essence de la personnalité est donc le centre des troubles (*Kurt Schneider*, *Birnbaum*, *Kahn*). *Ewald* propose un démembrement des structures psychopathiques d'après l'affectivité, l'instinct et le tempérament. L'analyse par *Kretschmer* du délire sensitif d'interprétation opère avec d'autres conceptions caractérologiques (faculté de rétention, impressionnabilité, capacité de décharge). Sa formation des types, qui a eu un précurseur en *Sigaud* (avec des points de vue évidemment tout à fait différents et que *Jaensch* et *Pfahler* ont complétés), a beaucoup fécondé l'étude des constitutions pathologiques en psychiatrie par ses relations avec les types somatiques structuraux. Ces faits sont d'ailleurs connus et ne demandent pas d'autre commentaire.

La conception de la *paranoïa* et de la place qu'elle occupe dans le système des psychoses est bien celle qui a été soumise

aux variations les plus fortes pendant ces dernières 40 années. Vers 1890, les différentes formes de la paranoïa jouaient un rôle principal dans la systématique psychiatrique. On distinguait des formes aiguës et chroniques, curables et incurables, périodiques et à évolution insidieuse, des formes raisonnantes et d'autres confuses. On constatait que les hallucinations manquaient tantôt complètement, tantôt jouaient un rôle important, sinon même capital. On y connaissait des systèmes délirants chroniques et rigides, et d'autres formes avec des idées délirantes transitoires, des malades évoluant vers la démence et d'autres pas. Le contenu du délire amenait la vieille psychiatrie à construire beaucoup de sous-groupes tels que la folie religieuse, la folie amoureuse, la mégalomanie, le délire de persécution, etc... L'attitude par rapport à la question de la dégénérescence était très variée en Allemagne. Malgré les brillants exposés de *Magnan* au point de vue systématique, ses distinctions trouvèrent peu d'écho chez nous. Le changement se produisit avec la conception de la démence précoce de *Kræpelin*, qui comprend d'ailleurs un sous-groupe paranoïde. Beaucoup de ce que l'on appelait autrefois « paranoïa » fut rangé dans la démence précoce ou dans la schizophrénie de *Bleuler*. D'autres cas ayant le caractère de formations délirantes aiguës, irritables, raisonnantes, parfois périodiques, furent attribués aux psychoses maniaques dépressives. On voit aussi des syndromes paranoïdes évoluer sur un terrain épileptique ou alcoolique. *Kræpelin* a beaucoup restreint le concept de la paranoïa : il ne l'admet que lorsque se développe, pour des causes purement intérieures, un système délirant durable, inébranlable, avec conservation complète de la clarté et de l'ordre dans la pensée, la volonté et l'action. Cela correspond à peu près à ce que l'ancienne psychiatrie avait appelé « paranoïa chronique simple ». Tout le reste en fut éliminé et rangé dans la schizophrénie paranoïde et, en partie aussi, dans la paraphrénie du système de *Kræpelin*. Les liens du paranoïaque avec une certaine structure de base psychopathique furent confirmés, le caractère d'un processus progressif mis en doute, et enfin des événements moraux douloureux et humiliants furent considérés comme des causes essentielles de déclenchement. Cependant, et même sous cette forme réduite, la conception de la paranoïa fut encore combattue. Les examens de contrôle, faits par *Kolle* et d'autres, de malades qui semblaient des paranoïaques typiques, révélèrent, la plupart du temps, une transformation progressive de la paranoïa apparente en schizophrénie paranoïde. Les choses allèrent finalement si loin qu'on laissa complètement tomber la

conception de la paranoïa en tant qu'entité morbide indépendante, et qu'on n'attacha plus aux maladies l'épithète « paranoïde » ou « paranoïaque » que lorsque leur système délirant, plus ou moins coordonné, formait plus ou moins longtemps le centre du tableau clinique. Personnellement, je n'ai jamais été d'accord avec cette élimination de la conception de la paranoïa, et ne le suis pas davantage aujourd'hui. Le maître d'école Wagner, l'assassin qui tua tant de monde, dont j'ai fait la description détaillée et dont la maladie peut être jugée clairement maintenant après 38 ans de recul, est aujourd'hui encore (1) un paranoïaque typique et incurable, avec un délire systématisé absolu, sans aucun trait de schizophrénie, avec entière conservation d'une personnalité intelligente, en pleine fraîcheur et aux sentiments très forts. Bien qu'enfermé depuis 24 ans dans une cellule d'un asile d'aliénés, il est encore plein de vivacité intellectuelle, d'intérêt pour les événements du monde extérieur, sans atrophie affective ni diminution de ses facultés mentales. De tels cas de paranoïa typiques sont évidemment rares, mais ils existent. A mon avis, il s'agit, dans la règle, de psychopathes sensibles, chez lesquels s'affirme, après de violents conflits psychiques, un délire de persécution insidieux, égocentrique, sans tendance à disparaître, et malgré lequel la personnalité ne montre aucun signe de désagrégation. *Lange* range ces cas parmi les réactions psychiques anormales, insistant donc plutôt sur leur origine réactive que purement endogène. Une structure congénitale de caractère est cependant bien la condition indispensable d'une maladie paranoïaque, dans laquelle je vois une forme de dégénérescence psychique.

Il est hors de doute qu'il existe aussi des formes épisodiques, « abortives », de délire paranoïaque à base sensitive, qui n'ont rien à faire avec la schizophrénie (*Gaupp*). Nous les voyons se développer en particulier après des événements blessants ou humiliants : déception d'espérances chères, injustices durement ressenties subjectivement. Ce doivent être des événements en opposition irréductible avec l'amour-propre du malade et l'opinion qu'il a de lui-même. Nous devons ranger là certaines formes particulières du délire sensitif amoureux des vieilles filles mûrissantes, du « délire des gouvernantes », chez des filles cultivées mais pauvres, placées dans un milieu social médiocre, du délire de certains instituteurs, employés ou même

(1) Il est mort en 1938.

de savants mécontents et qui se sentent relégués à l'arrière plan. On a parlé parfois plaisamment d'une paranoïa de « Privat Docent », qui guérit immédiatement lors de la première promotion au professorat. Tout ceci se distingue foncièrement des processus schizophréniques. Le caractère progressif fait ici complètement défaut, il s'agit de développements du caractère et de réactions psychopathiques chez des hypersensibles.

On range en Allemagne des choses très différentes sous une conception peu précise qui est celle des « psychoses de dégénérescence ». *Kleist* a particulièrement insisté sur leur individualité, les a complètement mises à part du groupe des schizophrénies, mais leur reconnaît, par contre, une parenté avec les psychoses maniaques dépressives. La notion de dégénérescence a pris un développement différent dans la psychiatrie allemande que dans la doctrine française. La manière de voir de *Morel* (dégénérescence irrémédiablement progressive avec péjorations nouvelles à chaque génération, voir *Zola*), ne trouva pas d'écho en Allemagne. De même, les doctrines de *Magnan* furent rejetées ou mises en doute, malgré toute la considération accordée aux brillantes descriptions systématiques du psychiatre parisien. La connaissance toujours croissante de la nature essentiellement endogène et héréditaire des psychoses permit de dépasser les conclusions qu'il avait tirées. Cependant, on trouve encore en Allemagne de nombreux psychiatres qui tiennent pour certains les états, les psychoses et les développements dégénératifs dont la disharmonie, l'aspect capricieux et déroutant, l'instabilité, et la manière d'être tout entière sont mis au premier plan. Ils insistent aussi sur l'évolution imprévisible de ces cas et sur leurs relations avec l'hystérie qui, souvent, ne sont pas méconnaissables. Toutes ces questions de classification ont d'ailleurs une importance plus que théorique, car suivant que ces états de dégénérescence sont ou non rattachés au groupe des schizophrénies ou des manies dépressives, les malades doivent ou ne doivent pas être stérilisés. Ce sont là des raisons suffisantes pour stimuler ces recherches, et en particulier pour obtenir plus de clarté sur tous ces points par les méthodes de la biologie héréditaire.

Lorsque *Kræpelin* créa son concept générique de la « démence précoce » et que *Bleuler*, avec son groupe des schizophrénies, maintint une entité semblable, ces deux savants étaient parfaitement conscients du fait qu'ils groupaient ainsi, d'après des

points de vue provisoires, des états très divers. Les efforts de *Kræpelin* se portèrent surtout sur la discrimination des démences précoces d'avec les psychoses maniaques dépressives guérissables. Cette séparation n'a jamais été entièrement satisfaisante. La pratique se trouva souvent, en tout cas longtemps, devant un problème de diagnostic insoluble. Dans beaucoup de cas, ni démence ni débuts précoces survenant pendant la jeunesse n'étaient démontrables. Des sceptiques, comme *Rieger*, *Hoche* et d'autres, ont considéré la systématisation de *Kræpelin* comme une tentative sans espoir. On vit des catatonies guérir totalement et durablement, des formes circulaires devenir incurables et se terminer en un état de démence. Même avec l'aide précieuse apportée sur la structure corporelle par les études de *Kretschmer*, on ne put aboutir à une solution satisfaisante de chaque problème de diagnostic. Le secours vint d'ailleurs. Les recherches héréditaires prouvèrent que les porteurs héréditaires de la maladie schizophrène pouvaient être en même temps porteurs d'autres dispositions morbides. La disposition héréditaire du schizophrène peut s'allier à celle pour d'autres maladies psychiques héréditaires. L'analyse clinique de formes atypiques (en particulier dans le domaine des paraphrénies) nous montra, à mes élèves et à moi, que des symptômes schizophrènes peuvent parfaitement s'allier à des symptômes circulaires, de même que, d'après mes expériences, des particularités de conformation physique « pykniques » s'allient assez fréquemment à des traits leptosomes. C'est ainsi qu'avec la théorie édifiée par moi des « psychoses mixtes », bien des discussions diagnostiques perdirent leur signification, en sorte que l'on peut considérer avec une plus grande objectivité beaucoup de cas compliqués. L'existence des psychoses mixtes, d'abord mise en doute et repoussée ou simplement considérée comme un moyen diagnostique de fortune, « commode » et incertain, s'est imposée de plus en plus, et toutes les objections théoriques durent et purent d'autant mieux disparaître que le groupe des chercheurs de l'hérédité se mit de notre côté pour faire admettre la nécessité de l'apparition dans les tableaux cliniques de l'interaction des diverses hérédités.

Le principe de concomitance « aussi bien que » vint prendre la place de l'alternative rigide et dogmatique « ceci ou cela ». Nos analyses cliniques modernes, grâce aux faits mis en lumière par les réalités héréditaires, ont actuellement devant elles la tâche de comprendre ou d'éclaircir des tableaux compliqués en y faisant intervenir les dispositions héréditaires, les manières d'être

caractérologiques et les causes auxiliaires exogènes. Nous atteignons seulement maintenant à une véritable « construction des psychoses » (*Birnbaum*). C'est ainsi que la tâche de notre psychiatrie allemande contemporaine consiste à concevoir et à analyser les diverses psychoses (d'après les points de vue méthodiques de *Birnbaum* et de *Kretschmer*), après un examen approfondi de tous les facteurs héréditaires. Ce faisant, on cherchera d'abord à insérer le cas particulier d'un groupe de maladies dans le système des psychoses. Le premier diagnostic se basera souvent sur les symptômes les plus graves du tableau clinique (symptômes catatoniques, hallucinations caractéristiques, troubles de la conscience, manière d'éprouver subjectivement les événements psychotiques). Aussi n'est-il pas rare de commencer par un « diagnostic transversal » pour ensuite le corriger d'après le cours et la modification des symptômes, lorsque, par exemple, dans les états hypercinétiques aigus, le type de la constitution pyknique et une symptomatologie circulaire plus accentuée signalent peu à peu plus clairement l'existence de la composante maniaque dépressive. Une longue expérience nous apprend que, dans de semblables psychoses mixtes chez les constitutions pykniques, les symptômes schizophrènes sont d'une signification moindre et ne font pas obstacle à une guérison durable ou tout au moins temporaire.

Ces problèmes de la classification clinique des psychoses furent, pendant quelque temps, mis à l'écart après la mort de *Kræpelin* et une fois l'existence permanente et inévitable de formes de transition, de formes mixtes et de combinaisons reconnue. Ceci d'autant plus que, dans l'ensemble d'un peuple, les dispositions morbides s'héritent, pour la plupart des cas, sous forme de caractères récessifs. Tandis que, dans le domaine des psychoses organiques, l'édifice repose sur des bases solides jusque dans le moindre détail intérieur, les opinions concernant la valeur et la durée de chaque classification des psychoses fonctionnelles sont encore en perpétuel changement. Cependant, l'obligation d'examiner et d'élucider chaque cas par rapport aux grandes classifications de *Kræpelin* et d'après sa détermination héréditaire a fait remettre au premier plan les problèmes systématiques, depuis la mise en vigueur des lois sur l'hérédité. La question principale demeure naturellement celle de l'unité et de l'unification de tout ce que *Kræpelin* range dans la démence précoce et *Bleuler* dans la schizophrénie. Le problème de l'indépendance de certaines psychoses motrices et de dégénérescence est toujours

encore discuté à Frankfort par *Kleist* et son école, et l'on y énonce les raisons qui devraient assurer à ces formes une place particulière. *Schroeder* à Leipzig classe dans les « folies dégénératives » bien des choses qu'il sépare de la schizophrénie : des folies maniaques dépressives, des états psychopathiques hystériques, de véritables psychoses de dégénérescence et des formes plutôt paranoïaques. En admettant des *réactions schizophréniques qui ne sont pas des schizophrénies réelles*, on a suscité un nouveau et grave problème. Le fait qu'il existe des psychoses aiguës de courte durée, avec des symptômes schizophréniques, guérissant souvent complètement sans insulinothérapie et dont les porteurs demeurent guéris, est généralement admis. Pour les uns, ces états dénoteraient la première poussée d'une schizophrénie qui récidivera plus tard, pour les autres, il s'agit d'une « *réaction schizophrénique* », surtout si la psychose a été provoquée par des événements moraux ou d'autres causes exogènes. Pour d'autres encore, l'appartenance de ces cas à la schizophrénie est complètement contestée, et ils ne reconnaissent absolument pas l'existence d'une symptomatique schizophrénique caractéristique, telle qu'on l'avait enseignée (hallucinations typiques, troubles catatoniques avec négativisme, sensations d'influence, trouble de la sensibilité du moi au début de la psychose). Certains cas, qui commencent par un délire raisonné paranoïaque, deviennent, en effet, encore schizophrènes plus tard. Cependant, nous rencontrons parfois des caractères anormaux avec une manière de penser et de sentir figée, mais sans autisme ni négativisme, et qui sont issus d'un milieu original (piété étroite, attachement fixe aux traditions, sectarisme parfois) et qui, sous le coup d'événements impressionnants, développent des états paranoïdes qui durent plus ou moins longtemps, mais ne deviennent pas schizophrènes. Tout leur comportement demeure longtemps compréhensible, si l'on prend la peine de suivre chaque particularité et chaque trouble intérieur. L'intelligibilité de ces cas s'accroît en raison de la sollicitude et des capacités cliniques et psychologiques du médecin traitant. L'on doit se garder pourtant d'interpréter rationnellement tous les événements psychopathiques primaires. Souvent il s'écoule des mois, sinon des années, avant d'arriver à la guérison, ou tout au moins à une tranquillisation sans aucune altération spécifique schizophrène. S'il s'agit de gens très religieux depuis leur enfance, on ne peut même pas admettre comme sûrement schizophrènes des crises comportant des impressions telles que celles de la fin du monde ou des conversions et ceci notamment chez des sectai-

res chrétiens ayant une croyance aveugle au texte littéral de la Bible. Je vois de tels malades assez fréquemment ici, dans la population encore très pieuse du Wurtemberg.

L'indépendance de la *paraphrénie* est toujours discutée à nouveau, notamment parce que ces malades dévient du type leptosome dans leur structure physique. On essaie donc de la séparer de la schizophrénie paranoïde, mais sans atteindre de résultats satisfaisants. Dans le groupe des psychoses maniaques dépressives, ce sont surtout les fréquentes *mélancolies de l'âge avancé*, les « *psychoses d'angoisse agitées* », à évolution rapidement progressive et souvent mortelle, qui opposent les plus grandes difficultés au diagnostic allemand. Nous voyons des psychoses motrices périodiques aiguës évoluer et se terminer par une excitation maniaque, et des formes paranoïdes aiguës avec grande excitabilité psychique se combiner à la fuite des idées et la labilité d'humeur de la manie. *Kolle* range même les psychopathes paranoïdes dans le groupe des schizophrénies, et les recherches sur l'hérédité poursuivent actuellement la preuve d'un lien commun entre tout ce qui est paranoïaque et ce qui est schizophrène (*H. Hoffmann* et d'autres). *Meggen-dorfer* étudie l'hérédité de la moral insanity sur base d'épilepsie affective, et *Kraulis* les relations héréditaires entre les formes réactives hystériques. *Stumpfl* attire l'attention sur le danger social des associations entre les sensibilités congénitalement obtuses et l'hyperthymie. L'unité héréditaire biologique de tout ce que l'on réunit aujourd'hui dans le groupe des schizophrénies est affirmée par les uns et niée par les autres. *Conrad*, un des chefs de file des recherches modernes sur la biologie héréditaire dans le domaine de la psychiatrie et de l'épilepsie, affirmait dernièrement que nous sommes encore bien loin de connaître la pathogénie des grandes psychoses héréditaires. Il estime, avec *Luxenburger*, qu'en dernière analyse, les lois de *Mendel* s'appliquent naturellement aussi à la psychiatrie, mais qu'actuellement encore les recherches mendéliennes ne sont pas fécondes. Nous dépendons encore ici dans une large mesure des recherches de la physiologie pathologique : « La limite de la méthode de statistique héréditaire commence là où cessent nos connaissances physiopathologiques » (*Conrad*). On peut lire ces thèses de biologie héréditaire dans un nouveau périodique (« *Fortschritte der Erbpathologie, Rassenhygiene und ihrer Grenzgebiete* ») édité par *Johannes Schottky* et le *Freiherr v. Verschuër*.

Kraepelin a longtemps caressé l'idée de pénétrer plus profondément dans bien des problèmes au moyen d'une *psychiatrie comparée* des peuples et des races. Il avait aussi commencé, dans les Indes Hollandaises, des études psychiatriques comparatives qui apportèrent des données précieuses. La guerre mondiale de 1914 en interrompit le cours et *Kraepelin* mourut avant 1926, date à laquelle elles purent être reprises. Ce fut l'échec du voyage d'études qu'il avait déjà préparé. Les conditions matérielles peu favorables en Allemagne, ne nous ont pas encore permis de reprendre ces recherches pleines de promesses. Nos connaissances actuelles ne sont qu'un modeste début. On y range la disposition particulière des *Juifs* à bien des psychoses endogènes (idiotie amaurotique, psychose maniaque dépressive, formes précoces et graves de démence hétérophrénique, états dégénératifs hystériques). L'importance de la *superstition* et de la pensée primitive et archaïque pour la formation d'états psychiques morbides chez les incultes, les débiles mentaux et même chez les schizophrènes, a souvent été discutée par la psychiatrie allemande (*Gaupp, Storch, etc...*), et dernièrement encore *Beringer* la décrivit d'une manière très vivante.

La psychopathologie de *l'enfance* a été brillamment traitée dans les ouvrages de *Homburger* et *Scholz*. Tout l'essentiel y est discuté, avec soin et avec une fine intuition, au point de vue théorique et pratique, sur la base d'une psychologie empirique de l'enfant. Quelques cliniques psychiatriques possèdent des divisions pour enfants nerveux et psychiquement désaxés, mais les cliniques psychiatriques pour enfants seulement sont encore rares en Allemagne. La *prévoyance sociale*, partie importante de la *psychiatrie sociale* (à laquelle *Wetzel* s'est entièrement voué) ne s'est pas encore libérée partout des institutions pédagogiques et religieuses pour passer exclusivement sous l'autorité médicale. Il en est de même des établissements pour *épileptiques et débiles mentaux*. La *grippe cérébrale* des enfants et des adolescents nous a fourni de nouvelles formes de maladies psychiques déterminées organiquement : elles sont très intéressantes théoriquement, surtout au point de vue des localisations cérébrales anatomopathologiques et, en pratique, elles ont posé de nouveaux problèmes thérapeutiques, éducatifs et asilaires qui n'ont pas encore été résolus partout de manière satisfaisante.

La *pathologie sexuelle* a été obligée de s'occuper de la solution

de nouvelles questions depuis la récente loi sur la castration obligatoire des criminels sexuels récidivistes. On ignore encore jusqu'à quel point la castration de l'homme adulte peut guérir ses impulsions malades et perverses. Ce sera un devoir aussi de suivre attentivement l'évolution corporelle et psychique des sujets stérilisés de leur plein gré ou par ordre de l'Etat. Jusqu'à présent, l'expérience semble montrer que cette intervention est bien supportée biologiquement. L'atténuation et la suppression progressive des mouvements d'humeur provoqués parfois par les stérilisations doit être obtenue par une éducation du peuple aux pensées eugéniques. Le psychiatre du temps présent a ici de grandes et importantes tâches de psychothérapie à remplir. Le problème de l'homosexualité pose aux recherches le nouveau problème de savoir ce qui, dans chaque cas, est endogène ou exogène. La nature congénitale de l'homosexualité est reconnue de plus en plus en Allemagne, après avoir été longuement mise en doute et même combattue. On admet cependant toujours que les formes *spéciales* des anomalies homosexuelles dépendent de *hasards* au cours d'une période déterminante de la jeunesse.

Dans les conceptions de l'alcoolisme, des chemins nouveaux ont été frayés ces dix dernières années. *Bonhöffer* et *Kräpelin* avaient fourni une description précise des tableaux cliniques des maladies mentales alcooliques. La place à assigner à la *dipsomanie*, dont nous devons à *Magnan* l'excellente description, a été longtemps très discutée. Avec *Kräpelin* et *Aschaffenburg*, je l'avais classée autrefois parmi les troubles épileptiques. Mais depuis la restriction de la notion de l'épilepsie, telle qu'elle s'imposa durant ces 30 dernières années, on classa toujours davantage la dipsomanie parmi les formes impulsives des réactions psychopathiques. On a donné différentes interprétations au *délire de jalousie* des buveurs, qui forme un tableau maladif précis, particulièrement étudié par *Jaspers*. On a séparé de la paranoïa véritable les délires hallucinatoires chroniques des buveurs. Certains auteurs les considèrent comme une combinaison d'alcoolisme et de schizophrénie paranoïde, tandis que d'autres soulignent plutôt que ces états procèdent des psychoses aiguës du *delirium tremens* et des hallucinoses alcooliques. Le problème n'est pas encore résolu en ce qui conditionne les diverses formes de psychoses éclatant chez le buveur chronique. En Allemagne, on a cru tantôt davantage à des dispositions personnelles (type visuel chez les délirants, type auditif chez les raison-

nants hallucinés), tantôt à l'action de divers toxiques, ou aussi à une combinaison de l'alcoolisme avec la schizophrénie. L'importance héréditaire de l'alcoolisme chronique pour la santé de la descendance, autrefois considérée comme très grande, est aujourd'hui évaluée avec plus de prudence. Plus on s'occupe de la personnalité du buveur, plus on voit qu'il faut faire la distinction entre l'alcoolique par nécessité professionnelle, mais constitutionnellement sain (cafetiers, garçons de café, marchands de vin, brasseurs, distillateurs, etc.) et le buveur toxicomane constitutionnellement psychopathe. Les travaux que A. Pohlisch a fait avec soin nous ont appris que l'importance dégénérative de l'alcoolisme pour les descendants a été, pendant un certain temps, surestimée, parce qu'on avait méconnu que certains buveurs chroniques, appartenant à la catégorie psychopathique et toxicomane, héritaient beaucoup moins de dommages dûs à l'alcool que d'une prédisposition psychopathique tarée. Les délirants qui doivent leurs symptômes à l'alcoolisme professionnel ont beaucoup moins de descendants malades que les alcooliques psychopathes toxicomanes. L'alcoolisme est, en effet, très souvent le symptôme et non la cause de la dégénérescence. Les recherches sur les conséquences dégénératives de l'alcool sont encore en cours. L'ancien problème « *Ebrii gignunt ebrios* » ne semble pas avoir entièrement tort, mais il faut de la prudence dans l'interprétation des faits. Il n'est pas encore prouvé que l'alcool et la syphilis soient réellement les causes principales de la *dégénérescence* d'un groupe ou d'un peuple entier, ainsi qu'on l'a cru longtemps. Sur ce point, on peut attendre encore bien des éclaircissements d'une étude exacte de l'hérédité. A vrai dire, ce que la doctrine actuelle de la dégénérescence attribue à d'autres causes n'est pas encore véritablement satisfaisant. Car lorsque l'on déclare que la dégénérescence ne survient, dans une race jusqu'alors saine, que par la voie de « *mutation par perte* », cela ne fait que renvoyer le problème, tant que nous ne connaissons qu'imparfaitement les causes de ces mutations. Ce dont nous sommes à peu près sûrs au point de vue biologie héréditaire (altération des descendants par l'irradiation des parents aux rayons X, action de la chaleur, différence de race, de l'âge, peut-être aussi, sélection négative), ne suffit pas à expliquer l'apparition de la dégénérescence dans des familles ou des parties de la population.

On a beaucoup étudié en Allemagne les relations existant entre le *suicide* et les maladies mentales, problème qui avait déjà

préoccupé *Esquirol*. Dès le milieu du siècle dernier, ce problème a été étudié dans de multiples et importantes statistiques. De plus, depuis près de 30 ans, on a pratiqué l'examen psychiatrique des survivants de tentatives de suicide, et souligné la part du morbide (*Gaupp, Stelzner, Jaspersen, etc.*). La distinction entre les « causes » et les « motifs » du suicide, qui souvent ne sont pas du tout superposables, a été un résultat précieux de ces études.

L'hygiène mentale ne diffère guère, en Allemagne, de ce qu'elle est dans les autres pays. Des tendances réformatives à propos de l'alimentation appropriée et du repos chez les nerveux et les malades mentaux apparaissent ici et là, et affichent parfois un esprit sectaire. La ligue allemande contre l'« Abus de l'alcool » publie un tract de propagande « Auf der Wacht » et se charge de la lutte contre l'abus de boissons. Elle se propose comme but d'éduquer le peuple à la modération, non à l'abstinence totale. Quoique Adolf Hitler s'abstienne totalement d'alcool, le mouvement national-socialiste n'exige pas une complète abstinence du peuple, mais combat avec énergie (par voie législative également) les excès et délits alcooliques, et punit l'ivrognerie comme telle lorsqu'elle amène des actions illégales. De plus, le paragraphe 1 de la loi sur la prévention des maladies héréditaires, dans son 3^e alinéa, décrète : « De plus, pourra être rendu infécond quiconque souffre d'alcoolisme grave ». Je n'ai pas sous la main, en ce moment, les nombres exacts des stérilisations pour cause d'alcoolisme grave. La présence ou l'absence, chez le buveur et sa parenté, d'autres signes ou d'autres formes de dégénérescence héréditaire, pèsent aussi sur la décision. Des dispensaires antialcooliques (*Beratungsstellen für Süchtige*) doivent contribuer à élucider l'état des choses. L'Etat actuel compte beaucoup sur de tels dispensaires, et cela aussi dans d'autres domaines, en particulier dans celui des consultations prénuptiales, qui doivent faire en sorte que seuls les individus aux hérédités saines se reproduisent, même lorsqu'aucune loi ne prohibe les mariages. Le renoncement des individus porteurs d'hérédités douteuses est donc exigé pour le bien du peuple tout entier et de son assainissement. On a fait assez d'expériences, en Allemagne et dans d'autres Etats, prouvant que des mariages des buveurs, des criminels et des imbéciles, il résultait en moyenne un nombre d'enfants supérieur à celui issu d'individus sains, pour contraindre les autorités à prendre des mesures tendant à limiter la reproduction des êtres tarés (sélection néga-

tive) et accroître celle des êtres de valeur (sélection positive). L'union des familles nombreuses (Bund der Kinderreichen) travaille en Allemagne à influencer la législation dans ce sens. Il s'agit là de pensées et de mesures que la France connaît depuis plus de 60 ans par expérience personnelle. Les tâches du psychiatre dans les consultations matrimoniales ne sont ni simples, ni aisées, parce qu'il est souvent difficile d'établir les fait (états sanitaires des différents membres de la famille), et qu'il est impossible d'évaluer exactement dans chaque cas l'importance héréditaire d'une anomalie déterminée. Celui qui parcourt la littérature allemande neuro-psychiatrique de ces dernières années est frappé du zèle et des façons variées mis à pénétrer ces problèmes et à acquérir de nouvelles lumières sur les intrications bio-héréditaires. C'est avant tout par l'étude des jumeaux univitellins et bivitellins que l'on a pu obtenir de très intéressantes certitudes touchant la transmission héréditaire de certains états et comportements caractéristiques. Cette méthode de l'étude des jumeaux s'avère de plus en plus importante pour l'étude de ce qui doit être attribué à l'hérédité ou, au contraire, à l'influence du milieu.

Ceci ressort particulièrement dans le domaine de la biologie criminelle. Depuis longtemps déjà la criminologie s'occupe non seulement de l'exactitude juridique des faits du crime, mais tout autant de la structure psychique des criminels. *Viernstein* en Bavière a frayé la voie à de semblables études, après que l'école sociologique eût été le précurseur de ces points de vue (voir *Liszt*, etc.) dans le code pénal allemand. Antérieurement déjà, il y a de cela 58 ans, dans une brochure qui frappa l'opinion sur « L'abolition des limites de peine », *Krapelin* avait exprimé une critique très sévère sur le code pénal en vigueur. Ses idées, considérées alors comme hérétiques, sont actuellement tout près d'être réalisées. La personnalité du criminel est, beaucoup plus qu'autrefois, l'objet principal de l'observation scientifique et du traitement pratique. L'ancienne conception de *Lombroso* du « reo nato » ressuscite aujourd'hui sous une forme plus nette, après avoir été dégagée de bien des erreurs. On doit tirer au clair et séparer soigneusement ce qui est congénital de ce qui a été acquis de comportement criminel dans un milieu défavorable : autrement dit, distinguer les facteurs du milieu des facteurs héréditaires. Ici entrent en jeu les méthodes modernes de recherches. *Johannes Lange*, l'éminent psychiatre de Breslau, est parvenu, par l'étude des jumeaux, à l'émouvante constatation

que les prédispositions héréditaires peuvent être décisives pour le criminel. Dans un livre intitulé « *Verbrechen als Schicksal* » (Le crime : une fatalité), il a publié, en 1929, ses expériences sur le comportement concordant de jumeaux univitellins et le comportement discordant de jumeaux bivitellins, le cours de leurs vies étant exactement connu. Ces recherches sont poursuivies avec assiduité. Dans deux ouvrages de valeur : « Dispositions héréditaires et crime » (*Erbanlage und Verbrechen*), Berlin 1935) et « l'Origine du crime manifestée au cours de la vie de jumeaux » (*Der Ursprung des Verbrechens, dargestellt am Lebenslauf von Zwillingen*, 1936), *Friedrich Stumpfl* a exposé des résultats d'examens approfondis faits pendant de longues années sur des criminels graves et sur de petits délinquants, ainsi que sur les relations existant entre le crime et la maladie mentale. Il parle de « causes intérieures » du crime lorsqu'il y a une coïncidence, déterminée par l'hérédité, de certains traits du caractère et aussi de certaines anomalies de caractère. Il est hors de doute que cette méthode conduira à de nouvelles connaissances, substituera des faits certains et des données numériques précises à de vagues théories et à des impressions incertaines. L'action du châtement gagnera en valeur et en efficacité lorsque, une fois pour toutes, on saura clairement quels types de personnalité sont favorablement influencés par les mesures éducatives, et quels autres sont voués à une perte irrémédiable par la fatalité. C'est ainsi que la psychiatrie et la psychologie criminelles modernes subissent très fortement l'influence de la notion d'hérédité. Leurs recherches, comportant souvent des statistiques très étendues sur la population entière d'un territoire donné, sont très laborieuses et exigent une méthode très critique et très exacte. L'Institut de recherches à Munich (*Münchener Forschungsanstalt*), avec *Rüdin*, *Luxenburger*, *Schulz*, *Stumpfl*, et dernièrement aussi *Conrad*, a déjà obtenu d'importants résultats dans ce domaine. Ses travaux permettent de sortir progressivement du champ des impressions subjectives et des suppositions imprécises pour entrer dans celui des faits indiscutables et des données sûres, concernant les causes endogènes et exogènes des anomalies et des maladies mentales.

Celui qui veut connaître plus exactement l'état de la psychiatrie allemande par la littérature spécialisée trouvera le meilleur guide dans le grand traité de psychiatrie que *Oswald Bumke* a fait éditer chez *Springer*. Le nombre des manuels allemands est grand. Le remarquable traité d'*Emile Kraepelin*,

devenu au cours des années et des éditions un gros ouvrage de plusieurs volumes, est encore maintenant l'ouvrage standard de la science allemande, forgé d'un seul bloc. Cependant, à cause de son prix élevé, d'autres livres l'ont supplanté peu à peu chez les médecins et les étudiants. Les préférés sont actuellement ceux d'*Eugène Bleuler* et d'*Oswald Bumke*, tous deux excellents. Au point de vue didactique, le traité (passablement plus petit), de *Johannes Lange*, est très bon aussi. Les leçons de *Kurt Schneider* sont également à recommander. « Le diagnostic psychiatrique », de *Julius Raecke*, familier aux étudiants, a été, après la mort de l'auteur, réédité par *Hans Gruhle* sous le titre « Eléments de psychiatrie » (*Grundriss der psychiatrie*). Le traité de *Reichardt*, ouvrage personnel et bien fait, n'a pas, que je sache, été réédité à nouveau depuis sa 2^e édition (1923). L'intelligente description de *Wernicke*, malgré son originalité, ne s'est pas répandue dans un grand cercle de lecteurs, quelle que soit l'importance révélée ultérieurement de l'influence de cet homme sur la pensée psychiatrique allemande. De même, le traité érudit de *Ziehen* est maintenant presque entièrement hors d'usage. Le système de classification de cet auteur très cultivé, à qui nous devons plusieurs ouvrages philosophiques ainsi qu'une « Psychologie physiologique » très appréciée, ne put s'affirmer parce qu'il manquait de portée clinique. Un nouveau traité psychiatrique et neurologique, publié récemment par *Weygandt* et d'autres collaborateurs, doit encore se frayer son chemin. Il offre l'avantage d'englober la psychiatrie et la neurologie en un seul volume, il est clair et facile à comprendre. Les traités de *Sommer*, *Kirchhoff*, *Becker*, *Mendel*, *Pilcz* (très répandus en Autriche), *Binswanger-Siemerling*, *Jolly*, sont moins utilisés. Le précis des maladies mentales par *Aschaffenburg*, malheureusement inachevé mais contenant beaucoup de parties excellentes, est aujourd'hui dépassé par le manuel de *Bumke*.

Parmi les ouvrages monographiques de psychiatrie générale qui ont actuellement encore une grande valeur pour la science allemande et demeurent les bornes miliaires de l'histoire de notre science, je signalerai en premier lieu la « Psychopathologie générale » (*Allgemeine Psychopathologie*), de *Karl Jaspers*, le philosophe de Heidelberg, un ouvrage qui a beaucoup contribué à clarifier nos pensées, à nous faire distinguer les conceptions de processus et de développement, de relations causales et compréhensibles, et dont la lecture est encore

aujourd'hui très agréable. La « *Naturgeschichte der Seele* » (Histoire naturelle de l'Âme) de *Bleuler*, la « *Psychologie médicale* » de *Kretschmer* (*Medizinische Psychologie*) et son livre cité plus haut (La structure du corps et le caractère), sont également des ouvrages de valeur. Le précis de psychiatrie légale de *Hoche* demeure l'ouvrage classique dans la branche pratiquement si importante de la science appliquée.

Les périodiques ne manquent pas dans la psychiatrie allemande. A côté de la vénérable « *Revue générale de Psychiatrie* » (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*), les « *cahiers verts* » comme on les appelle, il y a les « *Archives de Psychiatrie et Neurologie* » que *Bumke* édite actuellement, puis la « *Revue mensuelle de psychiatrie et Neurologie* » (*Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*) rédigée par *Bonhöffer*, et enfin la « *Revue de Psychiatrie et Neurologie réunies* » (*Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*), appelée les « *cahiers bleus* », publiée par *Otfried Förster*, *Robert Gaupp*, *Ernest Rüdin* et *Wilibald Scholz*. La « *Revue hebdomadaire Neuro-psychiatrique* » (rédacteur *Bresler*) (*Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*), périodique hebdomadaire très répandu, traite, à côté de questions scientifiques, des questions de psychiatrie d'asile. Signalons un périodique récent, très bien fait, « *Der Nervenarzt* », publié par *K. Beringer*, *K. Hansen*, *F.-K. Kessel*, et *J. Zutt* paraissant tous les mois. Les anciennes revues « *Neurologisches Zentralblatt* » de *Mendel* et « *Zentralblatt für Nervenheilkunde* » de *Gaupp* se sont réunies au « *Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* » édité par *Bonhöffer*. Cette Revue publie chaque année en plusieurs volumes la bibliographie de tous les travaux allemands et étrangers sur la matière, et aussi à l'occasion des rapports d'ensemble du plus grand intérêt sur certains sujets.

A côté de tout cela, il existe encore d'autres périodiques, tels que « *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete* », revue publiée par *Lange* et *Boström*, intéressante et très appréciée. Les grandes revues de médecine, telles que la « *Münchener medizinische Wochenschrift* », la « *Deutsche medizinische Wochenschrift* », la « *Klinische Wochenschrift* », la « *Medizinische Welt* », publient aussi souvent des travaux de psychiatrie, notamment sous la forme de revues d'ensemble de problèmes importants. Les périodiques spécialisés de Suisse et d'Autriche tiennent naturellement aussi une grande place dans la science allemande. Ils mériteraient d'être plus répan-

das que ce n'est malheureusement le cas. Le « Deutsche Aerzteblatt », organe officiel de la chambre médicale allemande, possède un complément : « Der Erbarzt » (rédacteur Freiherr von Verschuer) qui renseigne de façon permanente sur toutes les questions bio-héréditaires pouvant présenter de l'importance pour le psychiatre, et publie aussi de bons travaux. Je dois renoncer, faute de place, à citer ici tous les autres organes consacrés à la psychologie, à l'hérédité, à la constitution biologique ainsi qu'aux problèmes connexes.

En plus des petites réunions professionnelles locales, se tient chaque année en Allemagne le congrès annuel des psychiatres et des neurologues, congrès durant 4 à 5 jours et dont le siège est variable. Quelques grands rapports sur des sujets importants d'actualité sont suivis de très nombreux travaux spécialisés. Le prochain congrès aura lieu en septembre 1938 à Cologne : l'œuvre de *Theodor Meynert* (rapporteur : de Crinis), de *Karl Wernicke* (rapporteur : Schröder) et d'*Emile Kraepelin* (rapporteur : Gaupp) y sera retracée et mise en valeur.

Les universités du Reich possèdent toutes une faculté de médecine comprenant une clinique psychiatrique et même, la plupart du temps, neuro-psychiatrique. Dans quelques endroits seulement, la neurologie est séparée de la psychiatrie et mise en d'autres mains (à Heidelberg par exemple). Dans quelques universités, à la chaire ordinaire de psychiatrie et de neurologie s'ajoute une chaire spéciale de neurologie (Hambourg et Breslau). Il est rare que la clinique universitaire et l'asile régional d'aliénés soient réunis (comme c'est le cas pour Bonn, Göttingen, Marburg et Erlangen). Le plus souvent ce sont des cliniques de moins grande capacité, possédant un nombre plus restreint de lits (80 à 240) qui reçoivent d'abord les malades provenant d'un rayon territorial déterminé et, après quelques jours, quelques semaines ou quelques mois, les transfèrent dans les grands asiles régionaux. C'est pourquoi les cliniques manquent souvent de malades chroniques, et ce n'est pas un hasard si les questions d'évolution chronique en psychiatrie n'ont pas été creusées comme elles le mériteraient dans les cliniques universitaires d'Allemagne. Berlin et Munich possèdent de véritables instituts de recherches scientifiques (Forschungsstätten) séparés des cliniques psychiatriques universitaires. A Francfort, il existe une clinique de recherches sur l'hérédité « Erbklīnik » (avec von Verschuer). Certaines

grandes villes qui n'ont pas d'Université (Dresde, Nuremberg, Stuttgart, Chemnitz) ont des établissements psychiatriques d'admission dont la construction et les installations sont semblables à celles des cliniques universitaires, et qui sont d'ailleurs en général dirigés par des hommes de valeur scientifique reconnue.

En Allemagne, on compte aujourd'hui environ 270.000 malades mentaux hospitalisés. Sur ce chiffre, 190.000 environ peuvent être rangés dans le groupe des schizophrénies. L'histoire des asiles d'aliénés remonte déjà à plus d'un siècle. Le « Sonnenstein », près de Pirna, est le plus ancien des asiles d'Allemagne (1811). Beaucoup d'asiles ont été installés dans d'anciens couvents ou châteaux passés aux mains de l'Etat au cours du XIX^e siècle. Les grandes villes (Berlin, Hambourg, Munich) possèdent, dans leur périphérie, de très grands asiles présentant l'aspect d'une petite cité et ayant une capacité d'hospitalisation de plusieurs milliers de malades. Indépendamment de ces « établissements mammoth », il existe un grand nombre d'asiles ruraux de 500 à 800 lits, et aussi quantité d'établissements privés pour malades aisés, dont beaucoup ne comptent qu'un nombre restreint de lits.

Les bâtiments, durant ces 40 dernières années, ont été construits dans le style pavillonnaire, avec de belles pièces spacieuses et bien organisés pour occuper et distraire les malades. Malheureusement, l'Etat ne possède que peu d'asiles pour le relèvement des buveurs. Une partie des aliénés criminels et des criminels aliénés sont enfermés dans des asiles spéciaux, d'autres établissements contiennent simplement des divisions fortes réservées à ces éléments associaux et dangereux. L'hospitalisation des imbéciles et épileptiques au nombre de 250.000 environ, n'a lieu qu'en partie dans des asiles d'Etat ou communaux. Beaucoup d'asiles de cette catégorie sont des œuvres de bienfaisance et portent généralement un caractère confessionnel. Il en est de même pour les établissements d'incurables. Cependant, toutes ces institutions sont sous la surveillance de l'Etat. Il n'existe pas encore en Allemagne de loi d'empire sur le régime des aliénés.

Le principe du travail, considéré comme moyen de guérison et d'amélioration, règne dans tous les asiles. *Altscherbitz* a donné dans ce domaine le bon exemple et réussi à occuper

80 % de ses malades depuis plusieurs dizaines d'années. On sait qu'un désœuvrement total conduit facilement le malade à des actes asociaux et au relâchement du comportement, en particulier là où il y a excitation endogène (manie, schizophrénie, paralysie générale) : il en résulte rapidement la tendance à détruire et à salir. C'est pourquoi le retour aussi rapide que possible à une ambiance plus normale est recommandé. La cure d'alitement, si longtemps pratiquée, a été de plus en plus abandonnée ces 20 dernières années. De même, les bains prolongés sont aussi moins employés. Les « produits d'asiles » (états terminaux catatoniques et paranoïdes) peuvent et doivent être évités par un travail approprié.

C'est de *Simon* (de Gütersloh) qu'est parti le mouvement tendant à considérer le travail rationnel et une discipline médicale stricte, comme les moyens les meilleurs pour humaniser les asiles et améliorer l'état des malades, en mettant le médecin au centre de la thérapeutique agissant sur les patients. Les travaux peuvent être de genre très divers : agriculture, horticulture, travaux ménagers, travaux manuels, cuisine, repassage ; travaux d'atelier ; cordonnier, tailleur, matelasserie, brosserie, boulangerie, fabrication d'objets utiles tels que cordes, nattes, treillis, tapis, tricots, cornets de papier. Des malades de constitution physique robuste peuvent être occupés aussi à des travaux de construction ou de restauration, de drainage, à la fabrication de briques, de carrelage, etc.. Bien des asiles possèdent leur imprimerie et leur atelier de reliure. Le sport et le jeu, la musique et la danse ont aussi leur importance. Des aumôniers sont attachés aux établissements.

La thérapeutique active par le travail a aussi été systématiquement appliquée aux malades au début de l'affection mentale, ainsi que je l'ai dit plus haut. *Karl Schneider* s'en promet un changement complet dans la symptomatologie des psychoses et l'écourtement des poussées délirantes isolées. *Beringer* a montré comment une clinique, avec un nombre restreint de lits, mais avec un grand nombre d'admissions, peut mettre un travail manuel intelligent au centre de l'activité thérapeutique et réaliser ainsi de belles économies. Dans les grands asiles placés à la campagne, c'est naturellement le travail agricole qui prend la première place. Le traitement dit « familial », pratiqué en Belgique depuis très longtemps (à *Gheel*), est appliqué aussi, mais sur une échelle moindre, en Allemagne, en particulier dans beaucoup d'asiles de campagne. Le travail social hors de

l'asile, pour les anciens malades guéris ou améliorés, comme pour leurs familles, tel qu'il est pratiqué par exemple de manière exemplaire à Stuttgart par *Wetzel*, a pris une importance toujours plus grande. Ce travail demande beaucoup de temps et d'énergie de la part du médecin. Depuis que *Bleuler* s'est déclaré avec insistance partisan de la sortie précoce des malades, celle-ci est devenue courante. Des raisons financières (économies de constructions nouvelles) obligent, dans un pays appauvri, à restreindre les hospitalisations ainsi que les dépenses improductives pour des malades mentaux incurables passés à l'état de chroniques inoffensifs. Chez les malades héréditaires soumis à la loi de la stérilisation, celle-ci doit être appliquée avant leur sortie de l'asile, même s'ils sont guéris. Pour les femmes de plus de 38 ans, ou lorsque l'intervention chirurgicale présente un danger, la stérilisation peut se faire aussi par irradiation aux rayons X ou au radium, mais pour cela le consentement de la femme ou de son représentant légal est nécessaire.

Résumons encore brièvement l'essentiel du développement moderne de la psychiatrie allemande : celle-ci qui, pendant longtemps, avait consacré ses recherches les plus assidues à classifier et délimiter cliniquement le champ des maladies mentales, en est arrivée, après bien des espoirs et des succès, mais aussi maintes déceptions, à passer de la méthode clinique psychologique préconisée par *Kræpelin*, à d'autres problèmes. Après avoir reconnu qu'une classification définitive n'était pas possible, que des mélanges et des combinaisons de tableaux cliniques différents paraissent naturels et sont fréquents, l'intérêt se porta davantage sur les relations constitutionnelles biologiques. Le livre de *Kretschmer* : « Structure du corps et caractère », a été un indicateur de cette évolution. Nous cherchons à déterminer ce qui, dans la construction d'une psychose, est dû au développement d'une disposition psychopathique, ce qui appartient au processus de développement de la maladie et ce qui est réaction à l'influence du milieu. La tâche de déterminer les facteurs héréditaires actifs nous est devenue essentielle, ainsi que de savoir s'ils apparaissent sous forme de caractères dominants ou récessifs. L'histologie pathologique est observée par la détermination et la limitation d'états anatomo-pathologiques spécifiques, mais n'a pas encore atteint le moindre résultat en ce qui concerne les altérations anatomiques des psychoses les plus importantes, la schizophrénie en particulier. Des nouvelles recherches en cours dans le domaine de la chimie, on espère surtout saisir chimiquement les désinté-

grations organiques des processus schizophréniques. Les troubles mentaux artificiels, produits par intoxication, permettent l'observation des sujets d'expérience (par auto et hétéro-observation) dans le cas d'expériences faites sur des médecins, et révèlent les analogies entre les états toxiques et endogènes, principalement ceux qui touchent la schizophrénie. Les travaux de biologie héréditaire, rendus très zélés par les exigences de l'Etat, conduisent à des méthodes nouvelles et de nouveaux résultats, mettent en lumière la participation de l'endogène et de l'exogène dans la genèse de la maladie mentale, et permettent une analyse plus précise de la dégénérescence.

En tout cela, la psychiatrie allemande trouve de nouveau un contact plus étroit avec la science française à qui, depuis plus d'un siècle, elle doit beaucoup de grandes choses, et dont elle suit l'évolution propre avec le plus grand intérêt.

Stuttgart-Degerloch, le 17 janvier 1938.

ETUDES CLINIQUES
ET CONSIDERATIONS NOSOGRAPHIQUES
SUR LA « DEMENCE PRECOCE »

PAR

HENRI EY et M^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX (1)

5^e groupe : Délires à évolution schizophrénique
sans affaiblissement démentiel (40 observations) (*suite*)

Les 26 cas que nous allons maintenant envisager font suite aux 14 premières observations de notre 5^e groupe (Délires à évolution schizophrénique sans affaiblissement démentiel). Ce groupe comprend dans sa grande majorité des cas généralement étiquetés « psychose hallucinatoire chronique ». Il est facile de voir, par l'examen des cas de cette série, que ce tableau clinique est bien difficile à séparer des formes délirantes rangées par Kraepelin dans la « démence » paranoïde. Le critère de démence ne peut pas servir utilement et pratiquement à cette discrimination, car : 1^o il existe incontestablement (comme nous sommes en train de le montrer) des « démences paranoïdes » répondant aux descriptions de Bleuler, c'est-à-dire non démentielles, et 2^o il existe incontestablement (comme nous l'avons vu à propos de notre 4^e groupe) des délires hallucinatoires qui versent dans un état d'affaiblissement considérable.

S'il y a des cas, parmi les « psychoses hallucinatoires chroniques », à séparer du groupe de « la démence précoce », ce sont des psychoses hallucinatoires à structure différente, systématisée, raisonnée, affectivement et passionnellement polarisée, c'est-à-dire des psychoses paranoïaques dans le sens ancien et fort du

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1938, page 151.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Octobre 1938.

terme. Mais les cas que nous examinons appartiennent bien au groupe de la « démence paranoïde » de Kraepelin. Il avait bien vu lui-même qu'il s'agissait, plutôt que d'une démence, d'une dissociation, dissociation désignée et étudiée par Bleuler sous le nom de désagrégation schizophrénique.

Ainsi, pour nous, les cas de psychose hallucinatoire que nous étudions ici, entrent et ne peuvent pas ne pas entrer dans le groupe des états de discordance (« démence » paranoïde de Kraepelin, désagrégation schizophrénique de Bleuler). La notion de « Psychose hallucinatoire chronique » est trop générale, puisqu'elle englobe à la fois des formes évoluant dans le sens schizophrénique et des formes évoluant comme une psychose paranoïaque claire, lucide et ordonnée. Elle est un *genre* dont les formes paranoïdes de la « Démence précoce » constituent une *espèce* et l'espèce la plus fréquente. On trouvera dans la thèse de H. C. NODER (*Le groupe des Psychoses hallucinatoires chroniques*, Paris, 1937) un exposé très complet de cette position nosographique.

Après cette digression, revenons donc à l'exposé de nos cas du 5^e groupe, qui constitue donc le groupe des psychoses hallucinatoires schizophréniques. Nous allons maintenant rapporter les 26 cas qui évoluent depuis moins de vingt ans.

Obs. 82. — Ne. F., 44 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 25 ans. — *Longueur d'évolution* : 19 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement, délire hallucinatoire, dissociation schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, troubles du cours de la pensée, dérivations, ellipses, coq-à-l'âne, phrases hachées. — *Troubles positifs* : thème délirant de transformations de la personne, activité hallucinatoire, dialogues. — *Catatonie* : signes isolés, maniérisme, éclats de rire stéréotypés, impulsions. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital, ambivalence affective, désintérêt pour situations d'ensemble. — *Menstruation* : bien réglée.

Obs. 83. — Vo. M., 46 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : perversions instinctives? — *Intelligence* : débilité. — *Age de début* : 28 ans. — *Longueur d'évolution* : 18 ans. — *Forme d'évolution* : premier internement à 28 ans, vagabondage, alcoolisme, activité hallucinatoire, rémission plus ou moins complète, réinternée à 37 ans, évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, troubles typiques du cours de la pensée, verbigération (analogie avec fuite des idées). — *Troubles positifs* : activité autistique riche, fabulation à thème

mégalo-maniaque. — *Catatonie* : signes isolés, impulsions, maniérisme de la phonation, tendance aux stéréotypies verbales et d'attitudes. — *Affectivité* : hypersthénie, affectivité délirante, indifférence aux situations vitales, bonne adaptation pratique. — *Menstruation* : bien réglée.

OBS. 84. — Ga. A., 37 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 20 ans. — *Longueur d'évolution* : 17 ans. — *Forme d'évolution* : premier accès à 20 ans ; confusion onirique, troubles du comportement, rémission incomplète, reprise des troubles à 26 ans, délire hallucinatoire à évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation très marquée. Pensée de type onirique au début de l'évolution. Incohérence idéo-verbale, verbigérations, soliloque, enchevêtrement des idées (analogie avec fuite des idées). — *Troubles positifs* : activité autistique en voie de désagrégation, thème de grandeur initiale et de persécution, dégradation de l'activité hallucinatoire, évolution vers soliloque. — *Catatonie* : signes nets de catatonie : grimaces, maniérisme, comportement stéréotypé et négativiste. — *Affectivité* : délirante paradoxale, fixation érotique au père, indifférence aux situations d'ensemble, humeur variable. — *Bien réglée*. — *Péritonite bacillaire*.

OBS. 85. — M. Ho., 47 ans. — *Hérédité* : tante paternelle internée. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 30 ans. — *Longueur d'évolution* : 17 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement, délire hallucinatoire, évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : troubles des associations, coq-à-l'âne, multiplication et intrication des thèmes idéiques, incohérence plus idéique que verbale. — *Troubles positifs* : activité autistique vive, fictions absurdes, fabulations scéniques, récits d'aventures incompréhensibles à thème macabre et monstrueux, indifférence dans l'emploi des pronoms, activité hallucinatoire, rêvasserie. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : détachement (n'a pas réagi à l'annonce de la mort de son mari), mais surtout familial. Peu attentive à l'ambiance, troubles profonds du tonus vital. — *Métrorragies*. — *Fibrome*.

OBS. 86. — W. L., 45 ans. — *Hérédité* : un frère suicidé. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 28 ans. — *Longueur d'évolution* : 17 ans. — *Forme d'évolution* : début par délire hallucinatoire et évolution vers incohérence schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique ; incohérence idéo-verbale, activité psychique fragmentaire et réduite. — *Troubles positifs* : activité autistique assez pauvre, activité hallucinatoire. — *Catatonie* : comportement stéréotypé, attitudes et actes bizarres. — *Affectivité* : assez bien

conservée, désir de sortie ; contact assez faible avec l'ambiance. — *Ménopause.*

Obs. 87. — B. Ch., 45 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 28 ans. — *Longueur d'évolution* : 17 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement, bouffées délirantes hallucinatoires, évolution délirante vers incohérence schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, tendance à la schizophasie (stéréotypie verbale, coq-à-l'âne, réponses à côté, pensée fragmentaire). — *Troubles positifs* : activité autistique en voie de désagrégation, évolution vers soliloque. — *Catatonie* : états de stupeur catatonique fréquents, grimaces, tics, conservation des attitudes, tendance aux stéréotypies verbales. — *Affectivité* : affectivité délirante, tendance à la solitude, sentiments paradoxaux. — *Bien réglée.* — Hypertrophie thyroïdienne.

Obs. 88. — La., décédée à 39 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : 0. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 24 ans. — *Longueur d'évolution* : 15 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement, épisode hallucinatoire initial, évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, pensée embrouillée, barrage, incohérence. — *Troubles positifs* : activité autistique hallucinatoire, fabulations étranges. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital, capacité émotionnelle conservée jusqu'à la fin, contact faible avec l'ambiance. — *Kyste ovarien.*

Obs. 89. — S. Sa., 51 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : débilité. — *Age de début* : 37 ans. — *Longueur d'évolution* : 14 ans. — *Forme d'évolution* : première période de troubles (mélancolie délirante hallucinatoire), vers 35 ans ; deux ans après, délire hallucinatoire avec excitation, délire schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation, incohérence idéo-verbale, dérivation, tendance aux abstractions incompréhensibles. — *Troubles positifs* : activité autistique avec expérience hallucinatoire surtout nocturne, dissolution de la personnalité, activité hallucinatoire dégradée, fabulation paralogique. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : sentiments paradoxaux, affectivité délirante, hypersthénie, variations de l'humeur, colère, anxiété. — *Ménopause.*

Obs. 90. — Ch. A., 49 ans. — *Hérédité* : grand-père mélancolique sénile. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : développée. — *Age de début* : 35 ans. — *Longueur d'évolution* : 14 ans. — *Forme d'évolution* : crise de mélancolie (?) avec délire de persécution, rémission incomplète ; à 38 ans, crise d'agitation délirante, délire hallucinatoire, évolution

schizophrénique avec grande agitation. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, incohérence maximum surtout graphique, tendance schizophasique avec verbigération (analogie avec fuite des idées). — *Troubles positifs* : activité autistique, fabulation mégalo-maniaque sans forme hallucinatoire apparente. — *Catatonie* : comportement stéréotypé et très impulsif. — *Affectivité* : agressivité, sentiments paradoxaux, affectivité délirante, exaltation de l'humeur, indifférence aux situations vitales. — *Métrorragies*. — *Fibrome probable*.

OBS. 91. — L. Bo., 41 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : légère débilité. — *Age de début* : 27 ans. — *Longueur d'évolution* : 14 ans. — *Forme d'évolution* : vagabondage au début, alternance de stupeur et d'agitation, délire paranoïde hallucinatoire, dissociation schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, incohérence idéo-verbale, bizarrerie d'expression. — *Troubles positifs* : fabulations très symboliques et paralogiques à structure hallucinatoire effacée, rêverie, fictions absurdes (activité autistique très vive). — *Catatonie* : quelques traits au début de l'évolution, impulsions, éclats de rire, stéréotypie. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital, détachement, désintérêt, contact minime avec l'ambiance. — *Menstruation* : ?

OBS. 92. — M. Vr., 43 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 30 ans. — *Longueur d'évolution* : 13 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement, délire hallucinatoire, évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation légère, troubles de la pensée typique, mais sans incohérence, pensée floue, embrouillée, rendement psychique faible. — *Troubles positifs* : activité autistique à thème de transformation corporelle et d'influence ; très absorbée dans son délire et ses monologues. — *Catatonie* : symptômes nets ; stéréotypies, rires immotivés, tendance aux conservations d'attitudes. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital, désintérêt de l'ambiance, détachement global, quelques réactions sentimentales et émotionnelles, assez bien adaptée. — *Bien réglée*. — *Tuberculose pulmonaire*.

OBS. 93. — Ch. D., 36 ans. — *Hérédité* : oncle maternel aliéné, mère ayant présenté quelques troubles. — *Facteurs étiologiques* : puerpéralité. — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : syntone, hypersthénique. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 23 ans. — *Longueur d'évolution* : 13 ans. — *Forme d'évolution* : brusque accès de délire hallucinatoire post-puerpéral, courte et incomplète rémission, délire d'interprétation, délire hallucinatoire chronique, évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, incohérence idéo-verbale, troubles des associations. — *Troubles posi-*

tifs : activité autistique, thèmes de persécution, fabulation absurde et incohérente. — *Catatonie* : assez marquée au début de l'évolution (rires, stupeurs), actuellement comportement impulsif, négativiste. — *Affectivité* : hypersthénie, sentiments paradoxaux, affectivité délirante, indifférence aux situations vitales, introversion. — *Syndrome somatique* : pleurésie séro-fibrineuse à 26 ans.

Obs. 94. — La. Le., 40 ans. — *Hérédité* : quelques antécédents névropathiques. — *Facteurs étiologiques* : aplasie utéro-ovarienne (impossibilité de rapports sexuels). — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 27 ans. — *Longueur d'évolution* : 13 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement, de l'humeur, délire de persécution et de grandeur, évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique très avancée (presque dementielle), inconscience, possibilité d'écrits cohérents, salade de mots, verbigération. — *Troubles positifs* : activité autistique mégalomaniaque en voie de désagrégation. — *Catatonie* : signes isolés : grimaces, maniérisme, impulsions, rires. — *Affectivité* : affectivité délirante et inadéquate, peu de contact avec l'ambiance. — *Menstruation* : aplasie utéro-ovarienne, aménorrhée.

Obs. 95. — G. Vi., 36 ans. — *Hérédité* : mère aliénée. — *Facteurs étiologiques* : 0. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde (créole). — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 25 ans. — *Longueur d'évolution* : 11 ans. — *Forme d'évolution* : troubles progressifs du comportement, développement d'un délire à évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation, troubles de la pensée orale et surtout graphique, coq-à-l'âne, ellipses, mélange de pensée, confusion d'événements réels et de fictions. — *Troubles positifs* : activité autistique à thème matrimonial, rêverie, fiction paralogique à forme symbolique, activité hallucinatoire peu importante. — *Catatonie* : comportement stéréotypé. — *Affectivité* : affectivité délirante, paradoxale, sentiments et désir inadaptés, souffre de son internement et de son dépaysement. — *Bien réglée*.

Obs. 96. — F. J., 38 ans. — *Hérédité* : une sœur aliénée. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 27 ans. — *Longueur d'évolution* : 11 ans. — *Forme d'évolution* : début progressif et délirant vers un état de dissociation schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, ambivalence, troubles du cours de la pensée, incohérence idéo-verbale, barrage. — *Troubles positifs* : activité autistique, fabulation incohérente, rêverie. — *Catatonie* : signes nets de catatonie, stéréotypies, immobilité dans station debout, négativisme, maniérisme. — *Affectivité* : sentiments paradoxaux, affectivité délirante, émotion vive. — *Menstruation* : aménorrhée. — *Syndrome somatique* : 0.

OBS. 97. — G. V., 38 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : 0. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 27 ans. — *Longueur d'évolution* : 11 ans. — *Forme d'évolution* : confusion mentale, légère rémission, évolution schizophrénique typique. — *Troubles négatifs* : dissociation, schizophasie, fragmentation complète de la pensée. — *Troubles positifs* : activité autistique faite d'incohérence verbale. — *Catatonie* : comportement stéréotypé, impulsions. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital, fixation sentimentale paradoxale, introversion à peu près complète. — *Bien réglée*.

OBS. 98. — L. H., 45 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 35 ans. — *Longueur d'évolution* : 10 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire de possession, dissociation schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique très marquée, incohérence graphique, mutisme habituel, réduction considérable de l'activité psychique et du contact avec l'ambiance. — *Troubles positifs* : activité autistique à thème mystique, possession par pluralité de démons, activité hallucinatoire en voie de désagrégation, teinte mélancolique de l'autisme. — *Catatonie* : négativisme, impulsivité, échonomie transitoire, suggestibilité, comportement hystérique, bizarrerie d'attitudes. — *Affectivité* : angoisse, indifférence au monde extérieur, affectivité délirante. — *Bien réglée*.

OBS. 99. — M. Ai., 43 ans. — *Hérédité* : père dément paranoïde interné. — *Facteurs étiologiques* : tabès. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : cyclothymique, syntone. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 33 ans. — *Longueur d'évolution* : 10 ans. — *Forme d'évolution* : psychose hallucinatoire chronique. Evolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation atypique, incohérence, verbigeration, fuite des idées, traits maniaques. — *Troubles positifs* : autisme très riche, thème mégalomane et d'influence, activité hallucinatoire continue, fabulation variée et paralogique. — *Catatonie* : maniérisme des ordres et des actes, excentricité. — *Affectivité* : exubérance, affectivité délirante, érotisme, variation de l'humeur, assez bonne adaptation à l'ambiance, mais indifférence à l'égard des situations vitales. — *Bien réglée*. — *Syndrome tabétique* : malarithérapie.

OBS. 100. — Bo. T., 51 ans. — *Hérédité* : père épileptique; sœur internée maniaque dépressive. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : syntone. — *Intelligence* : débile légère. — *Age de début* : 42 ans. — *Longueur d'évolution* : 9 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement, délire hallucinatoire, évolution vers incohérence schizophrénique. — *Troubles négatifs* : état de dissociation net, mais peu intense; modes d'associations bizarres, conceptions bizarres, impénétrables; propos alambiqués, mais

possibilité de langage adapté et d'occupation. — *Troubles positifs* : activité autistique assez pauvre, thème d'influence et de possession érotique, activité hallucinatoire dégradée. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital, ambivalence affective, bonne adaptation à l'ambiance, mais très détachée des valeurs sociales et de sa situation. — *Ménopause*. — *Cholécystite*.

Obs. 101. — Go. J., 55 ans. — *Hérédité* : père suicidé. — *Facteurs étiologiques* : 0. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 45 ans. — *Longueur d'évolution* : 10 ans. — *Forme d'évolution* : délire de persécution, interprétation, fabulation, évolution vers incohérence schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique, propos décousus, pensée embrouillée, stéréotypie verbale, néologisme, incohérence très marquée, verbigération. — *Troubles positifs* : activité autistique, thème de revendication, de persécution, dégradation de l'activité hallucinatoire vers le soliloque. — *Catatonie* : comportement stéréotypé, stéréotypies verbales, impulsivité. — *Affectivité* : troubles profonds du tonus vital, exaltation, impulsivité, affectivité délirante. — *Ménopause*. — *Syndrome somatique* : alternance d'hypertonie et de mouvements choréiformes, ictus avec hémiplégie droite et aphasia transitoire à 54 ans.

Obs. 102. — G. S., 43 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 35 ans. — *Longueur d'évolution* : 8 ans. — *Forme d'évolution* : agitation, délire hallucinatoire, incohérence schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation encore peu marquée, tendance à incohérence des propos, expressions embrouillées, pauvre psychique. — *Troubles positifs* : autisme assez pauvre, activité hallucinatoire. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : indifférence affective, euphorie, détachement de sa famille et de sa situation. — *Bien réglée*.

Obs. 103. — V. S., 36 ans. — *Hérédité* : grand-oncle paternel interné, cousin germain suicidé. — *Facteurs étiologiques* : 0. — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 28 ans. — *Longueur d'évolution* : 8 ans. — *Forme d'évolution* : début par troubles du comportement, délire, inactivité, évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation très prononcée, enchevêtrement des idées, incohérence, pensée embrouillée. — *Troubles positifs* : activité autistique en voie de régression. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital, vague conservation des sentiments familiaux, généralement indifférence, ni intérêt ni adaptation à l'ambiance. — *Bien réglée*. — *Hypertrophie thyroïdienne*.

Obs. 104. — De. M., 37 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : syntone. — *Intel-*

Intelligence : développée. — *Age de début* : 30 ans. — *Longueur d'évolution* : 7 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire à évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation très marquée, ambivalence, barrage, incohérence idéo-verbale et surtout graphique. — *Troubles positifs* : inactivité autistique très riche, fiction embrouillée, romanesque, faux souvenirs, fausses reconnaissances, mélange de rêve, activité hallucinatoire fondamentale. — *Catatonie* : signes isolés, maniérisme, stéréotypie, sourires, tics. — *Affectivité* : troubles profonds des sentiments et du tonus vital, indifférence à l'égard de la famille, adaptation paradoxale à l'ambiance, mais inadaptation aux situations vitales. — *Bien réglée*.

Obs. 105. — Sa. B., 50 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 44 ans (crise antérieure à 20 ans). — *Longueur d'évolution* : 6 ans. — *Forme d'évolution* : crise d'agitation à 20 ans ; à 44 ans, agitation maniaque avec délire hallucinatoire érotomaniaque, évolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation schizophrénique nette, mais incomplète, pensée floue, alambiquée, tendance aux rêveries. — *Troubles positifs* : activité autistique assez riche, rêverie, fabulation inconsistante, dégradation de l'activité hallucinatoire. — *Catatonie* : signes isolés, maniérisme, impulsions, comportement stéréotypé, bizarreries d'attitudes. — *Affectivité* : aménité, érotisme, indifférence à sa situation, ne veut pas sortir, affectivité délirante. — *Ménopause*.

Obs. 106. — Pa. M., 33 ans. — *Hérédité* : père tabétique, oncle paternel paralytique général. — *Facteurs étiologiques* : hérédo-syphilis, Wassermann positif. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 27 ans. — *Longueur d'évolution* : 6 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire à début brusque. Evolution schizophrénique. — *Troubles négatifs* : dissociation, trouble fondamental des associations, ambivalence, dérivations, incohérence verbale, mais très rarement graphique. — *Troubles positifs* : activité autistique assez pauvre, thème d'influence et d'effraction de la personnalité, activité hallucinatoire en voie de dégradation. — *Catatonie* : signes isolés : grimaces, éclats de rire, stéréotypies, maniérisme. — *Affectivité* : affectivité délirante, sentiments paradoxaux, ambivalence affective, désintérêt de l'ambiance, assez bonne adaptation théorique au monde extérieur, réactions vives. — *Bien réglée*. — *Hérédo-syphilis*.

Obs. 107. — Q. G., 32 ans. — *Hérédité* : hérédo-syphilis. — *Facteurs étiologiques* : hérédo-syphilis. — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : débile. — *Age de début* : 26 ans. — *Longueur d'évolution* : 6 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire, incohérence schizophrénique. — *Troubles négatifs* : disso-

ciation schizophrénique très marquée, troubles des associations, incohérence verbale et graphique. — *Troubles positifs* : activité autistique à thème de persécution hypocondriaque, activité hallucinatoire dégradée. — *Catatonie* : stéréotypie du comportement, maniérisme. — *Affectivité* : assez bien conservée, mais paradoxale, peu de contact avec l'ambiance. — *Syndrome somatique* : hérédosyphilis, atrophie optique, surdité.

Ce groupe de cas est le plus nombreux.

L'âge moyen de début s'établit aux environs de 30 ans (cinq cas de début après 40 ans, deux cas de début vers la vingtième année).

Le niveau mental de ces malades avant l'apparition des troubles a pu être connu dans 21 cas, parmi lesquels on note quatre débiles, dix-sept intelligences moyennes et une intelligence développée.

La *typo-caractérologie* de ces cas nous a fourni les données suivantes : 27 types du groupe longiligne, dysplastique avec caractère schizoïde concordant dans 14 cas et discordant dans 4 cas (dans 10 cas, nous n'avons pas disposé de renseignements suffisants sur le caractère), 14 types physiques pycniques concordant trois fois avec un caractère syntone (il nous a été impossible de reconstituer les antécédents du caractère des autres malades). Les bizarreries de caractère et les anomalies de comportement paraissent assez fréquentes dans les antécédents des malades de ce groupe.

Facteurs étiologiques. Les *tares héréditaires* nous ont paru particulièrement importantes : dix-sept malades sur quarante en ont présenté (pour dix des autres, nous n'avons pas pu obtenir de renseignements). Il s'agit dans trois cas de rejetons de familles comportant plusieurs aliénés ; dans douze cas d'ascendants ou collatéraux immédiats aliénés et dans quatre cas seulement de tares lointaines. L'*état puerpéral* a paru jouer un rôle déclanchant dans trois cas (dans un cas avec tares héréditaires importantes). La *ménopause* a paru jouer le même rôle dans trois cas. Dans un cas, il existait une *aplasie utéro-ovarienne* totale. Dans deux cas, l'*hérédosyphilis* a pu être incriminée très nettement. Dans un cas, il s'agit d'une *psychose tabétique* dont le père était interné. Dans trois cas, nous avons noté le *processus tuberculeux* peu évolutif (notamment une péritonite tuberculeuse chronique avec ascite).

Syndromes somatiques. Deux de nos malades présentent un *hirsutisme* considérable (femmes à barbe). Chez deux autres, il

existe une hypertrophie thyroïdienne. Parmi celles qui ne sont pas ménopausées, quatorze ont une menstruation régulière, deux seulement sont aménorrhéiques (celle naturellement qui présente une aplasie utéro-ovarienne et une autre qui avait un kyste ovarien énorme dont elle est décédée).

Evolution. Parmi ces quarante malades, trois ont évolué depuis plus de 40 ans, trois de 30 à 40 ans, huit de 20 à 30 ans, quinze de 10 à 20 ans, et onze de 5 à 10 ans. Les caractères propres à l'évolution de ces cas sont : 1° *le début à prédominance délirante et hallucinatoire avec épisodes aigus maniaques-mélancoliques ou confusionnels admettant des rémissions* (six cas) ; 2° *l'évolution vers un état d'incohérence schizophrénique, de dissociation avec grande activité autistique.*

Etat actuel. Il est inutile de grouper les cas suivant la durée de leur évolution, car leur tableau clinique est à peu près toujours le même. Voici comment ces malades se présentent cliniquement et quels sont leurs troubles fondamentaux. Les troubles négatifs sont caractérisés ici par les troubles du cours de la pensée, transformation du langage allant jusqu'à des degrés plus ou moins avancés de schizophasie (propos alambiqués, néologismes, incohérence et stéréotypies graphiques, discours et récits embrouillés, salade de mots). Quant aux troubles positifs, ils constituent des *expériences délirantes autistiques* sous forme d'activité hallucinatoire quasi-constante de transformations de la personne physique et morale, de dialogues évoluant vers les soliloques, de fabulations enchevêtrées vécus comme les seuls événements de leur existence. Ces troubles marquent le comportement de ces sujets de caractères de bizarrerie, d'étrangeté, de caprices bien particuliers. Parfois ils travaillent, mais sous forme stéréotypée, systématique, sans mesure ni raison. Le plus souvent, ils demeurent dans des attitudes d'opposition ou d'activité stérile, plus attentifs généralement aux fictions autistiques qu'aux événements réels. Les *troubles catatoniques* sont assez peu marqués. Ils ne sont importants que dans une observation. Ils se montrent manifestement en relation avec l'activité autistique : ce sont généralement des stéréotypies, du maniérisme, des impulsions. Ils paraissent plus caractéristiques au début de certaines de ces évolutions. Quant à l'*affectivité*, si elle se trouve généralement affaiblie, il y a lieu cependant d'indiquer, d'une part, sa solidarité avec la vie autistique qui rend très difficile d'apprécier si une malade est inaffective à l'annonce de la mort de son mari, car elle le croit vivant ou déclare qu'elle n'a jamais été mariée et, d'autre part, la fréquence d'un état d'exaltation

qui dans plusieurs observations (68, 69, 78, 83, 88, 89, 101) fait penser, pour si paradoxal que cela paraisse, à une certaine excitation maniaque. Il semble que, généralement, ces troubles d'exubérance de l'humeur se rencontrent longtemps au début où les phases d'agitation sont fréquentes. L'indifférence à l'entourage et aux situations vitales sont, pour ainsi dire, la règle.

6^e groupe : Evolutions paraphréniques (13 observations)

Obs. 108. — B. C., 60 ans. — *Hérédité* : père suicidé (delirium tremens). Une de ses filles serait aliénée. — *Facteurs étiologiques* : aurait présenté des troubles mentaux au cours de la lactation du premier enfant. — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 33 ans. — *Longueur d'évolution* : début par troubles du comportement, délire de persécution, évolution délirante, paralogique sans altération du fond mental. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée, submersion de la pensée rationnelle par une énorme prolifération paralogique, capacité d'adaptation au réel très considérable. — *Troubles positifs* : délire paralogique à thème d'influence de cohabitation, doublure mégalomaniacale autour de la pensée délirante et autistique. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : affectivité délirante, expansivité, hypersthénie, adaptation à la vie quotidienne, mais déformation autistique de la vie extérieure. — *Ménopause*.

Obs. 109. — Le. Ch., 66 ans. — *Hérédité* : une parente internée, un enfant idiot mort à 12 ans. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 40 ans. — *Longueur d'évolution* : 26 ans. — *Forme d'évolution* : délire systématisé avec évolution progressive vers une activité délirante très riche, sans altération du fond mental. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée, submersion de la conscience par l'activité imaginative, pensée embrouillée, paralogique, mais sans incohérence schizophrénique. — *Troubles positifs* : activité délirante sous forme de récits d'aventures et d'expériences hallucinatoires, aventures extraordinaires, délire surtout verbal. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : assez bien conservée, détachement des situations vitales, sentiments paradoxaux, contact superficiel avec l'ambiance assez bon. — *Ménopause*.

Obs. 110. — An. A., 56 ans. — *Hérédité* : une cousine internée. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : développée. — *Age de début* : 28 ans. — *Longueur d'évolution* : 28 ans. — *Forme d'évolution* : évolution d'un délire chronique à structure hallucinatoire de plus en plus faible et à fabulation de plus en plus riche. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée, excellente conservation des capacités élémentaires,

pensée de type archaïque, paralogique, avec légère incohérence idéo-verbale. — *Troubles positifs* : délire hallucinatoire à forme dégradée, expériences oniriques, récits très riches d'événements délirants, thème de dépersonnalisation, décalage systématique dans le temps. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : assez bien conservée, mais introversion narcissique ; assez adaptée à l'ambiance à laquelle elle accorde beaucoup moins d'importance qu'à son délire. — *Ménopause*.

Obs. 111. — Br., 54 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : très développée. — *Age de début* : 23 ans. — *Longueur d'évolution* : 31 ans. — *Forme d'évolution* : développement de plus en plus marqué de la vie intérieure, rêverie fantastique, évolution délirante à très grande activité autistique sans affaiblissement ni dissociation. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée, mode de pensée mystique, caractère paralogique des constructions délirantes. — *Troubles positifs* : rêveries sur des thèmes spirituels, compénétration des âmes, communication avec les esprits. — *Catatonie* : assez marquée au début de l'internement, actuellement comportement stéréotypé et maniéré. — *Affectivité* : sentiments paradoxaux, affectivité délirante, introversion narcissique, détachement affectif de l'existence, dilection pour la vie intérieure.

Obs. 112. — Mo. Bl., 56 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : vers 35 ans (entre 30 et 35). — *Longueur d'évolution* : au moins 25 ans. — *Forme d'évolution* : évolution essentiellement délirante vers une activité autistique considérable avec quelques traits de dissociation schizophrénique peu marqués. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée et quelques éléments de dissociation, tendance à l'incohérence, incohérence idéo-verbale uniquement en ce qui concerne l'expression de son délire, tendance aux néologismes, capacité intellectuelle bien conservée. — *Troubles positifs* : thème de transformation de la personnalité, de grandeur et d'influence, sous forme de récits prolixes et polarisés sur certaines scènes privilégiées, autisme riche, mais figé. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : assez bien conservée, hypersthénie légère, bipolarisation affective (assez bon contact avec l'ambiance et prédominance des intérêts autistiques). — *Ménopause*.

Obs. 113. — Ma. F., 61 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 40 ans. — *Longueur d'évolution* : 21 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire avec excitation, évolution vers un état délirant très expansif et imaginaire. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée rappelant la fuite des idées, légère excitation psycho-motrice, tendance à l'incohérence et à la verbigération pres-

que schizophasique. — *Troubles positifs* : activité délirante hallucinatoire à thèmes complexes d'influence et de transformation corporelle, extrême richesse imaginative, fabulation incohérente et cocasse. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : hypersthénie, affectivité délirante, détachement familial, variations d'humeur. — *Ménopause*.

Obs. 114. — P. Le., 51 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : vers 30 ans. — *Longueur d'évolution* : 21 ans. — *Forme d'évolution* : début relativement brusque avec délire et excitation maniaque, évolution délirante à structure hallucinatoire dégradée et submersion imaginative. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée, mélange de rêve et de réalité, peu d'incohérence dans les expressions orales, mais incohérence graphique, capacités intellectuelles bien conservées. — *Troubles positifs* : constructions délirantes à base de fabulation et de faux-souvenirs d'une personnalité fantastique, récits très analogues aux récits oniriques, clichés scéniques, pensée délirante très symbolique. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : hypersthénie, affectivité délirante, indifférence aux situations vitales, bonne adaptation à l'ambiance, polarisation délirante à peu près exclusive. — *Ménopause*.

Obs. 115. — Br. V., 57 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : 40 ans. — *Longueur d'évolution* : 17 ans (au moins). — *Forme d'évolution* : délire chronique ayant débuté par des excès alcooliques, légère excitation onirique, évolution vers un délire très riche et sans atteinte très marquée des capacités intellectuelles. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée, légère fuite des idées, mélange du rêve et de la réalité, indifférence aux valeurs logiques. — *Troubles positifs* : délire fantastique, récits d'expériences délirantes nocturnes, thèmes mégalomane et de persécution. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* : hypersthénie, affectivité délirante, attention à la vie courante, mais indifférence aux situations vitales. — *Ménopause*.

Obs. 116. — V. Fe., 58 ans. — *Hérédité* : deux sœurs internées (mélancolie d'involution, manie avec délire de persécution). — *Facteurs étiologiques* : 0. — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : ? — *Age de début* : vers 40 ans. — *Longueur d'évolution* : 18 ans. — *Forme d'évolution* : délire hallucinatoire, évolution vers un délire surtout imaginaire, paralogique et sans atteinte des capacités élémentaires. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée, mélange de rêve et de réalité, incohérence légère et principalement graphique. — *Troubles positifs* : thème de transformation de la personne, idées de grandeur, fabulation très riche de type onirique, activité hallucinatoire dégradée. — *Catatonie* : 0. — *Affectivité* :

affectivité délirante, hypersthénie, plongée dans son délire, est capable de s'adapter aux événements extérieurs. — *Ménopause*. — *Psoriasis*.

OBS. 117. — D. S.-M., 44 ans. — *Hérédité* : oncle maternel ayant présenté des troubles mentaux. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : un peu au-dessous de la normale. — *Age de début* : 31 ans. — *Longueur d'évolution* : 13 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement, développement d'un délire fantastique sans atteinte marquée du fond mental. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée, tendance aux fabulations ; indifférence aux valeurs logiques. — *Troubles positifs* : rêverie à thèmes fantastiques, mégalomaniaques, activité hallucinatoire dégradée. — *Catatonie* : comportement stéréotypé, léger négativisme. — *Affectivité* : affectivité délirante, haine familiale, hargnerie, bouderie. — *Dysménorrhée*.

OBS. 118. — G. Gr., 62 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ménopause. — *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : syn-tone. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 49 ans. — *Longueur d'évolution* : 13 ans. — *Forme d'évolution* : P.H.C. ayant débuté par crises de mélancolie avec idées de persécution, évolution délirante très riche à thèmes fantastiques sans altération des capacités élémentaires. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée, excitation psychique, productivité anormale de caractère imaginatif, expression délirante incohérente, tendance aux néologismes et expressions bizarres, mais possibilité de conversations normales. — *Troubles positifs* : délire hallucinatoire, dédoublement de la personnalité, thème fantastique et d'influence, extrême richesse de la production délirante. — *Catatonie* : comportement très maniéré, stéréotypies continues. — *Affectivité* : indifférence aux situations vitales, affectivité délirante, introversion délirante, mais assez bon contact avec l'ambiance. — *Ménopause*. — *Hypertrophie thyroïdienne*.

OBS. 119. — Ga., 44 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne asthénique. — *Caractère* : schizoïde (trappistine). — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 32 ans. — *Longueur d'évolution* : 12 ans. — *Forme d'évolution* : début par agitation maniaque et évolution délirante fantastique sans altération des capacités élémentaires. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée, idéalisation saugrenue, ambivalence, quelques barrages, mais pas d'incohérence idéo-verbale proprement dite. — *Troubles positifs* : délire de transformations de la personne morale, désir de transformation de sexe (rêve de castration), rêverie continue, impénétrable. — *Catatonie* : signes nets de catatonie : stéréotypie, maniérisme, blépharospasme. — *Affectivité* : troubles profonds de l'affectivité et du tonus vital, introversion, contact possible avec la réalité, mais dilection pour la vie autistique. — *Bien réglée*.

Obs. 120. — Fr. L., 44^s ans. — *Hérédité* : une sœur morte à l'asile (mélancolie à évolution déméntielle). — *Facteurs étiologiques* : puerpéralité. — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : ? — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 34 ans. — *Longueur d'évolution* : 10 ans. — *Forme d'évolution* : agitation maniaque au début, évolution délirante à caractère fantastique et paralogique sans altération du fond mental. — *Troubles négatifs* : pensée relâchée, idéation paralogique, hyperactivité imaginative. — *Troubles positifs* : délire fantastique avec transformation de la personnalité et du sexe, forme hallucinatoire actuellement très dégradée, proliférations imaginatives. — *Catatonie* : impulsions, rires immotivés (?). — *Affectivité* : affectivité délirante, exubérance, bonne adaptation à l'ambiance, mais transformation délirante du monde extérieur. — *Bien réglée*.

C'est en étudiant nos malades, classées par une première approximation comme des « démentes paranoïdes », que nous avons rencontré ce groupe de treize observations qui doivent grossir le groupe des paraphréniques que nous avons déjà séparées. Mais il y a une telle continuité entre ces tableaux cliniques et les précédents que, comme nous l'avons dit, dans cette étude, dont le but est l'observation sincère des divers aspects cliniques de la démence précoce au sens large, nous avons tenu à les rapporter.

L'âge de début moyen de ces évolutions s'établit aux environs de 38 ans, mais il y a des observations de troubles qui ont débuté à 23, 25, 28 et 30 ans.

Le niveau mental prépsychopathique est ici assez élevé : deux intelligences développées et huit moyennes (trois sans renseignements).

Au point de vue *typo-caractérologique*, nous avons relevé quatre types pycniques et neuf types longilignes-asthéniques ou dysplastiques. Huit fois sur neuf cas avec renseignements suffisants, le caractère était de type schizoïde.

Facteurs étiologiques. Des *tares héréditaires* ont pu être mises en évidence dans six cas sur onze connus à cet égard. Chez deux de nos malades, il s'agissait de tares familiales très lourdes, chez une autre d'un parent immédiat interné, et chez trois autres de tares lointaines. Le seul autre facteur étiologique à noter est encore, dans ce groupe, l'influence de la *puerpéralité*. Dans un cas (112), à chacune des trois gestations, il y eut des crises psychopathiques allant s'aggravant jusqu'à l'évolution du délire chronique, sans antécédents héréditaires. Dans une autre observation (120) avec tares héréditaires lourdes, le début s'est effectué au moment de l'accouchement du 3^e enfant. Dans un autre

cas (108) enfin, il y avait lieu de noter, dans les antécédents, une crise de troubles mentaux lors d'un précédent accouchement.

Evolution. De ces treize observations, cinq concernent des malades dont les troubles évoluent depuis plus de 25 ans, deux évoluent depuis plus de 20 ans et six de 10 à 20 ans.

Les caractères fondamentaux de ces évolutions paraphréniques sont : 1° le développement d'un délire hallucinatoire avec phases aiguës de troubles le plus souvent ; 2° la luxuriance des conceptions délirantes paralogiques sans troubles des capacités psychiques.

Etat actuel. Les troubles négatifs dans ces cas sont très discrets et caractérisés par un relâchement de l'activité psychique qui détermine l'échappement de l'activité imaginative au contrôle de la pensée dirigée par les catégories rationnelles. L'activité délirante (*troubles positifs*) est, dans ce cas, extrêmement luxuriante et formée par des fabulations fantastiques caractérisées par des récits scéniques dont les thèmes sont surtout des fictions mégalomaniaques de transformations de la personne (métabolisme de la personnalité) et du monde naturel. Il s'agit de conceptions idéo-verbales à structure hallucinatoire faible ou nulle. Le délire se développe comme un débordement lyrique et imaginalif parfois très riche, par juxtaposition de récits d'aventures et d'événements renouvelés, quelquefois de « clichés » assez stéréotypés. Le plus souvent, le délire « raconte » ses expériences vécues soit en rêve, soit projetées dans un ordre chronologique déformé et pour ainsi dire « irréel ». Un trait fondamental de cette structure paraphrénique est la *superposition de deux mondes, celui du délire et celui de la réalité*, auquel le malade reste bien adapté par ses capacités psychiques intégralement conservées. C'est peut-être cette bipolarisation de l'activité psychique qui engendre ce double plan de valeurs délirantes et réelles qui représentent un des caractères les plus typiques de ces états.

7^e groupe : Formes mineures (8 cas)

Obs. 121. — Lu. P., 40 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 24 ans. — *Longueur d'évolution* : 16 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement, phases d'agitation, évolution dans le même sens. — *Troubles négatifs* : troubles du cours de la pensée, mais peu marqués. — *Troubles posi-*

tifs : quelques attitudes hallucinatoires. — *Catatonie* : tendance au comportement stéréotypé, schizopraxie, actes saugrenus, inadaptée, coprophagie. — *Affectivité* : détachement de la réalité, affectivité délirante, adaptation possible à l'ambiance, mais désintérêt du monde extérieur. — *Ménopause*.

Obs. 122. — Ba. B., 29 ans. — *Hérédité* : très lourde, grande famille d'aliénés à prédominance maniaco-dépressive, sœur démente précoce. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthéo-longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 16 ans. — *Longueur d'évolution* : 13 ans. — *Forme d'évolution* : plusieurs états aigus (bouffées délirantes, schizopraxie ?), évolution cyclique mais à prédominance d'état de discordance de l'ensemble de toute son activité. — *Troubles négatifs* : pensée floue, dysharmonie instinctive, tendance légère à l'incohérence et au « flou ». — *Troubles positifs* : pendant les périodes aiguës : autisme à type onirique et à thème surtout mystique d'influence et de possession. Dans l'intervalle, aucune manifestation apparente de délire. — *Catatonie* : typique dans certaines périodes aiguës : dans l'ensemble, comportement schizopraxique : extravagances, impulsions, bizarreries de tenues et de comportement. — *Affectivité* : sentiments paradoxaux et ambivalents. Anxiété très vive, contact assez lointain avec l'ambiance. — *Bien réglée*. — *Bacillose pulmonaire*.

Obs. 123. — Ga. B., 39 ans. — *Hérédité* : père interné. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : longiligne. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 30 ans. *Longueur d'évolution* : 9 ans. — *Forme d'évolution* : début assez brusque par troubles du comportement, évolution uniquement dans le sens de ces troubles du comportement. — *Troubles négatifs* : discordance entre le caractère fantasque de sa conduite et ses capacités peu altérées, dysharmonie de l'ensemble de sa vie instinctive, très légère tendance à l'incohérence idéo-verbale. — *Troubles positifs* : autisme possible, mais sans aucune manifestation évidente. — *Catatonie* : ensemble de comportement fantasque, impulsif, maniéré, stéréotypé, se manifestant beaucoup plus dans sa façon d'être et sa conduite que dans l'activité proprement motrice (catatonie schizopraxique). — *Affectivité* : vive, colères, bouderies. Instabilité des sentiments. Contact difficile. Agressif. — *Bien réglée*.

Obs. 124. — Cl. 32 ans. — *Hérédité* : un cousin interné. — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : athlétique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : débile. — *Age de début* : 26 ans. — *Longueur d'évolution* : 6 ans. — *Forme d'évolution* : troubles de caractère et de comportement progressifs et pour ainsi dire purs. — *Troubles négatifs* : très légère tendance à l'incohérence, défaut d'harmonie et de direction dans l'ensemble du comportement. — *Troubles positifs* : activité

autistique probable mais peu intense, tendance au soliloque. — *Catatonie* : comportement schizopraxique : impulsions, bizarreries, activité paradoxale. — *Affectivité* : très vive, agressivité, colère, bouderie. — *Bien réglée*.

OBS. 125. — Vi. R., 29 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : 0. — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 23 ans. — *Longueur d'évolution* : 6 ans. — *Forme d'évolution* : troubles de caractère progressifs. Impulsivité, haine familiale, apathie. — *Troubles négatifs* : ambivalence, manque de direction, tendance très légère à la dissociation, écrits et propos rares, mais adaptés. — *Troubles positifs* : aucune manifestation d'activité autistique. — *Catatonie* : négativisme, rires immotivés, excentricités, comportement schiopraxique, activité elastique, actes bizarres, entièrement inadaptée. — *Affectivité* : réactions affectives très paradoxales, isolement, désintérêt de l'ambiance. — *Bien réglée*. — *Hypertonie de type extrapyramidal*.

OBS. 126. — B. Si., 36 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : 0. — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 31 ans. — *Longueur d'évolution* : 5 ans. — *Forme d'évolution* : début et évolution presque entièrement caractérisés par bizarrerie du comportement. — *Troubles négatifs* : ambivalence, dysharmonie du comportement, tendance assez marquée à une dissociation schizophrénique. — *Troubles positifs* : ébauche possible d'organisation délirante (?). — *Catatonie* : comportement schizopraxique, étrange, imprévisible, tout à fait inadapté et impulsif. — *Affectivité* : ambivalence affective, mélange de froideur et de décharges impulsives. — *Bien réglée*.

OBS. 127. — Le G., 20 ans. — *Hérédité* : 0. — *Facteurs étiologiques* : puberté. — *Morphologie* : pycnique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : moyenne. — *Age de début* : 15 ans. — *Longueur d'évolution* : 5 ans. — *Forme d'évolution* : troubles du comportement et du caractère, évolution dans le même sens. — *Troubles négatifs* : tendance à la dissociation, discordance, début d'affaiblissement (?). — *Troubles positifs* : aucune manifestation autistique. — *Catatonie* : grimaces, sourires discordants, ensemble de comportement schizopraxique, actes saugrenus, conduite paradoxale et inadaptée. — *Affectivité* : ambivalence affective, haine familiale, tendances sentimentales romantiques, désintérêt, détachement de la réalité. — *Bien réglée*.

OBS. 128. — M. P., 35 ans. — *Hérédité* : ? — *Facteurs étiologiques* : ? — *Morphologie* : asthénique. — *Caractère* : schizoïde. — *Intelligence* : débile. — *Age de début* : 30 ans. — *Longueur d'évolution* : 5 ans. — *Mode d'évolution* : troubles du comportement progressifs. — *Troubles négatifs* : ambivalence, flou de la pensée, manque de

direction et d'effort. — *Troubles positifs* : aucune manifestation de l'activité autistique. — *Catatonie* : comportement schizopraxique, impulsions, agressive, conduite bizarre, inadaptée, coprophagie. — *Affectivité* : manifestations affectives très rares mais expressions émotionnelles conservées. — *Bien réglée*.

Dans ce groupe, se trouvent rassemblés des cas d'évolution ou de troubles atypiques : sept cas de troubles prédominants du comportement (*schizopraxie*), sans gros troubles négatifs ni activité autistique manifeste. Il s'agit de cas (6 sur 8) d'évolution assez récente. Leur caractère atypique provient du fait que l'affectivité est généralement vive, les troubles négatifs légers, l'activité autistique nulle ou en tout cas peu apparente, les troubles catatoniques variables et capricieux au point qu'ils réalisent au maximum un *comportement négativiste et fantasque*. Ces formes à prédominance de troubles négatifs légers et de comportement schizopraxique paraissent représenter les formes légères de désagrégation qu'il est assez difficile de caractériser. Ce tableau clinique rappelle l'état de beaucoup de malades au début de leur maladie, mais ceux-là restent fixés longtemps à ces stades, peut-être toujours. Les états de renforcement de ces troubles (bouffées schizomaniaques de Claude) confèrent parfois à l'évolution une forme cyclique [notamment chez B. B... (122)]. En raison du caractère atypique de ces évolutions, il est assez difficile d'en faire une étude systématique. Notons cependant que, trois fois sur huit, il y a des *tares héréditaires*, et que généralement ces malades répondent à la typo-caractérologie schizoïde de Kretschmer. Il faut aussi ajouter que les éléments réactionnels aux situations vitales paraissent particulièrement importants dans ces cas.

Si nous essayons de tirer quelques conclusions du groupement clinique de nos 128 observations, nous voyons que 49 d'entre elles sont caractérisées par leur *évolution démentielle rapide*, sans d'ailleurs que cette démence soit complète dans la plupart des cas, tandis que les 80 autres cas sont caractérisés, soit par une absence d'affaiblissement (61 cas), soit par une apparition très tardive d'affaiblissement (19 cas).

Nous pouvons réunir les trois premiers groupes comme constituant le noyau de la *démence précoce kræpelinienne* avec ses trois formes, sous le nom de *formes rapidement démentielles* ou FORMES HÉBÉPHRÉNIQUES.

Quant aux formes caractérisées par la dissociation schizophrénique bleulérienne, elles constituent les 4^e et 5^e groupes. La considération de la longueur moyenne d'évolution, plus grande dans le 4^e que dans le 5^e, nous rend compte de ce fait que ces formes de dissociation (type 5^e groupe) évoluent vers un affaiblissement intellectuel tardif (type 4^e groupe). Cet ensemble de cas constitue les FORMES SCHIZOPHRÉNIQUES.

Le 6^e groupe représente un noyau de faits plus rares, mais dont la réalité clinique est indiscutable, ce sont les formes délirantes paranoïdes sans affaiblissement ni dissociation psychique, ou FORMES PARAPHRÉNIQUES.

Enfin, le 7^e groupe est caractérisé par des troubles prédominant du comportement, sans activité délirante apparente, avec signes de catatonie atypique, qui apparentent nettement ces formes à comportement bizarre et négativiste aux formes proprement catatoniques. Ces cas, avec prédominance d'actes et de conduites saugrenus, avec accès de négativisme et quelques traits de dissociation légère se révélant exclusivement sur le plan du comportement, pourraient être groupés comme FORMES SCHIZOPRAXIQUES.

Avant d'envisager les diverses questions nosographiques que posent ces faits, nous allons rassembler en quelques mots les données que nous pouvons tirer de leur étude à l'égard : 1^o de la typo-caractérologie ; 2^o des tares héréditaires ; 3^o de la puerpéralité ; 4^o de la menstruation ; 5^o des divers processus étiologiques.

1^o *Typo-caractérologie.* — Dans l'ensemble, les types asthénolongilignes dysplastiques prédominent nettement. Il y a lieu cependant de souligner, comme l'a fait l'un d'entre nous (1), que la part est donnée à l'avance trop belle aux types physiques correspondant au caractère schizoïde, puisqu'ils sont *tout ce qui n'est pas pycnique*. Nous avons souligné des concordances assez nombreuses entre ces types physiques et le caractère, mais elles sont loin d'être la règle. Certes, sous le prétexte d'apporter plus de « précisions », nous aurions pu faire de longues et nombreuses mensurations. Nous ne l'avons pas fait, car nous estimons que ce sont là de fausses précisions : l'accumulation infinie de chiffres finit par dissoudre les types physiques en séries infinitésimales qui se prêtent beaucoup plus à l'arbitraire que l'examen clinique *sommaire*. Pour nous en tenir à des impressions d'ensemble, il nous a semblé que les dispositions schizoïdes et le type physique

(1) La notion de constitution. *Evolution Psychiatrique*, 1932.

correspondant se rencontraient avec une plus grande fréquence dans les 4 derniers groupes.

En ce qui concerne le *niveau mental*, nous avons trouvé, dans les formes démentielles des trois premiers groupes, douze débiles, dix-huit sujets moyennement intelligents et quatre seulement d'intelligence très développée. Peut-être est-ce parce que beaucoup de nos malades sont des femmes de milieu rural que nous avons eu si peu l'occasion d'observer ces évolutions démentielles de sujets très intelligents. Pourtant, nous avons eu soin d'écarter de notre étude un groupe de cas de « débilité évolutive » (Propf schizophrénien) où le facteur arriération paraît primordial.

2° *Hérédité*. — Pour nos 128 malades, nous avons eu des renseignements sur l'hérédité dans 101 cas. Sur ces 101 cas, 51 n'avaient pas d'antécédents héréditaires connus (1) et 50 avaient des tares héréditaires : 13 des tares lointaines, 24 un parent immédiat aliéné et 12 appartenaient à de véritables familles d'aliénés. Si nous envisageons maintenant l'importance des tares héréditaires dans le groupe des 48 malades à évolution démentielle rapide, nous trouvons 27 cas sans hérédité contre 16 avec tares héréditaires (7 tares lointaines, 5 tares immédiates, 4 tares très lourdes). Dans le groupe des malades à évolution schizophrénique, sans affaiblissement ou avec affaiblissement très tardif, le nombre des cas avec tares héréditaires est beaucoup plus considérable : contre 24 cas sans antécédents, nous avons rencontré 33 cas à hérédité psychopathique (6 tares lointaines, 19 tares immédiates et 8 tares très lourdes).

3° *Puerpéralité*. — Nous avons trouvé 13 cas où l'évolution était en rapport avec l'état puerpéral : 3 cas du premier groupe (évolution démentielle rapide), 2 cas du 2° groupe (évolution catatonique avec démence rapide dans un cas, et sans affaiblissement dans un cas de catatonie périodique). Un cas du 3° groupe avec démence rapide après délire. Un cas du 4° groupe avec affaiblissement après longue période d'incohérence schizophrénique. Trois cas du 5° groupe avec incohérence schizophrénique. Un cas de forme paraphrénique. Un autre cas analogue dans les antécédents duquel on a signalé des troubles mentaux fugaces après un accouchement antérieur et un autre cas de même forme avec troubles mentaux à chacune des 5 gestations. Chez ces

(1) Naturellement les cas d'hérédité inconnue ont beaucoup plus de chance d'être des cas sans hérédité psychopathique, ainsi la proportion que nous donnons ne doit pas être prise en valeur absolue mais comme une simple indication.

13 malades, l'hérédité a pu être établie dans 12 cas, dans 6 cas il existait des tares héréditaires (3 tares très lourdes, 2 tares immédiates et une tare lointaine).

4° *Menstruation.* — Dans l'immense majorité des cas, la menstruation ne présente aucun trouble. Ce fait contraste avec les troubles des fonctions ovariennes qui sont si fréquentes *au début* même de l'évolution ou tout au moins dans un grand nombre de cas qui, dans la clinique quotidienne, font poser le diagnostic de démence précoce.

5° *Autres processus étiologiques* — Les relations de ces états avec la *tuberculose* nous ont paru cliniquement bien peu démonstratives. Nous avons relevé un terrain bacillaire (2 cas), des antécédents bacillaires (3 cas), des formes peu évolutives (4 cas) ou évolutives (3 cas), formant un total de 12 sur 128 malades. L'étiologie *syphilitique* (non pas comme facteur incertain, mais comme processus cliniquement et biologiquement prouvé) s'est rencontrée dans 7 cas, dont 4 cas d'hérédo-syphilis et 3 cas de syphilis acquise (dont une psychose tabétique avec hérédité psychopathique directe). L'*encéphalite léthargique* n'a pu être mise en évidence de façon certaine dans aucun cas. Nous avons souligné cependant que, chez 5 malades (dont 3 catatoniques et une schizophrénique), nous avons rencontré des signes discrets mais nets de la série extrapyramidale, de légers syndromes d'hypertonie parkinsonienne. Enfin, chez une de nos vieilles malades, s'est développé un syndrome de Parkinson sénile. Signalons aussi qu'une malade B. C... (59), à évolution schizophrénique et affaiblissement actuel, a eu un frère ayant présenté à peu près les mêmes troubles et qui était atteint d'une maladie de Wilson. Elle-même ne présente aucun trouble du tonus.

Nous n'avons pas fait porter notre étude sur les *facteurs* moraux, les choc affectifs, les éléments réactionnels des psychoses que nous avons étudiées, non certes parce que nous en méconnaissions et la fréquence et la valeur, mais ceci nous aurait entraîné trop loin. On nous permettra de dire simplement que l'activité autistique (positive) ne peut se concevoir en dehors de l'organisation instinctivo-affective de la personnalité. Son importance, si souvent soulignée dans cet exposé clinique, équivaut à la part « réactionnelle », considérable, de ce groupe de psychoses et est seulement limitée — *mais limitée* — par l'action proprement processuelle des facteurs étiologiques lesquels déterminent les troubles négatifs.

II. CONSIDÉRATIONS NOSOGRAPHIQUES

Nous aurions pu limiter ce travail à l'exposé clinique que nous venons de faire. Cela aurait été plus simple. Sans espérer apporter, aux problèmes si ardu qu'a posés la conception de Kræpelin, de solutions véritables, même partielles, nous pensons qu'il faut maintenant examiner quelle orientation l'étude clinique de nos observations peut bien leur assigner.

I. *Historique des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques en fonction des faits cliniques.* — Quand on envisage la masse des faits cliniques que nous venons de rapporter et qui constituent la variété des cas pour lesquels le diagnostic de démence précoce, hébéphrénie, catatonie, démence paranoïde, schizophrénie, etc., est généralement posé, on comprend clairement l'ordre et la nature des questions qui se sont présentées (1).

Les premiers faits qui ont frappé les médecins sont ceux des trois premiers groupes caractérisés par un état de démence rapide survenant chez des gens jeunes et surtout chez « les jeunes gens ». C'est ainsi que Morel, chez nous, a entrevu ce groupe de cas, et que Kalhbaum, en 1863, parle d'une « paraphrénie hébética ». Naturellement, Kalhbaum ne devait pas tarder à s'intéresser à un groupe de cas particulièrement nets, ceux du groupe 2, où prédominent les troubles moteurs. C'est ainsi que nombre de cas, appelés anciennement « mélancholia-attonita » (Bellini), catalepsie (Bourdin 1841, Puel 1858, J. Falret 1857), furent réunis par lui en une entité morbide, la « Spannungsirresein » (folie du tonus musculaire), qu'il décrivait comme une affection cyclique, c'est-à-dire évoluant en quatre phases : mélancolie, manie, mélancolie attonita et démence. Il en décrivait plusieurs formes : Katatonia mitis, Katatonia gravis, Katatonia protracta à forme rémittente ou intermittente, tous faits dont on trouvera des exemples dans notre 2^e groupe.

Le véritable créateur de la « démence précoce », Kræpelin, frappé de l'analogie des cas que nous avons groupés dans nos trois premières catégories, rattacha (dans son édition 1899) la

(1) Rappelons que nous avons divisé nos 128 cas en sept groupes : 1^o Formes rapidement démentielles à prédominance de troubles du comportement. — 2^o Formes rapidement démentielles à prédominance de catatonie. — 3^o Formes délirantes rapidement démentielles. — 4^o Formes délirantes démentielles après longue phase de dissociation. — 5^o Formes délirantes à évolution schizophrénique sans affaiblissement démentiel. — 6^o Formes paraphréniques. — 7^o Formes schizopraxiques.

catatonie de Kalhbaum à sa première conception de la démence précoce, laquelle correspondait seulement aux cas du premier groupe, c'est-à-dire à l'hébéphrénie étudiée d'abord par Kalhbaum, ensuite par Hecker, et il y joignit des formes délirantes rapidement démentielles (notre 3^e groupe). L'idée qui l'animait était celle de Kalhbaum et de tous les psychiatres de la fin du XIX^e siècle : il s'agissait de constituer une maladie sur le modèle de la paralysie générale. C'est ainsi d'ailleurs que la démence précoce fut accueillie en France par les plus éminents psychiatres de cette époque, Christian en 1899, Séglas en 1900 et Sérieux en 1902. Voilà donc comment s'est constitué ce groupe nosographique à partir des faits analogues à ceux que nous avons rapportés dans nos trois premiers groupes, surtout à ceux qui concernent des sujets « jeunes » (notion un peu imprécise). Les critères cliniques essentiels de cette entité étaient : l'évolution démentielle et les troubles fondamentaux de l'affectivité.

Cette entité portait en elle-même une grande puissance d'expansion que l'on comprendra clairement si l'on veut bien considérer que beaucoup de ces formes (11 sur 48 dans notre matériel clinique) représentaient et représentent des évolutions de délires vers la démence. Alors, devait nécessairement se poser un problème qui a préoccupé Kræpelin au cours des diverses éditions de son *Traité*. Ce problème, posons-le relativement aux faits précédemment exposés : *dans quelle mesure y a-t-il lieu de faire entrer, dans l'entité comprenant les trois premiers groupes, le 4^e, le 5^e et le 6^e groupe ?* Depuis longtemps, en tout cas depuis les études de J.-P. Falret sur l'évolution du délire de persécution et celles de Magnan sur l'évolution du fameux délire chronique, on savait que beaucoup de délires évoluaient vers une forme d'incohérence plus ou moins démentielle. Fallait-il les faire rentrer dans le groupe de la démence précoce ou les en faire sortir ? On connaît les hésitations de Kræpelin à ce sujet et comment il étendit son groupe de la démence paranoïde à tout le secteur de délires que recouvrent nos groupes 4 et 5. Pour le groupe 6, c'est lui qui l'a créé et à peine l'eût-il créé qu'il se demanda, et s'est demandé jusqu'à la fin de sa vie, s'il constituait vraiment un type clinique autonome à l'égard de la démence précoce.

En France, cette puissance d'expansion du concept de démence précoce effraya beaucoup les psychiatres à qui il répugnait d'accepter la notion d'une démence primitive englobant ou tendant à englober tous les cas que l'on considérait comme des

démences secondaires ou vésaniques. Ces résistances furent définitivement vaincues au Congrès de Pau en 1904, quand Demy, chargé d'un rapport sur les démences vésaniques, les présenta comme une forme de la démence kræpelinienne. Par là se trouvait donc ouverte la voie à l'extension du concept de démence précoce vers des formes délirantes de plus en plus nombreuses, correspondant à notre groupe 4 et 5. La résistance des Français contre l'invasion kræpelinienne, si nous pouvons nous exprimer de la sorte, se manifesta pourtant par la création de trois entités destinées à limiter l'extension de la « démence précoce » vers les délires chroniques : la création du groupe de la *psychose hallucinatoire chronique*, destinée à protéger les groupes 4 et 5, la création du groupe des « *délires d'imagination* », destiné à protéger le groupe 6, enfin la création d'une sorte de position de repli encore plus solide, le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras. Ce type de délire est resté à l'abri de l'extension du concept de démence précoce parce qu'il représente une structure délirante tout à fait différente de beaucoup de délires groupés sous le nom de psychose hallucinatoire chronique (4^e et 5^e groupes), lesquels, au contraire, sont bien difficiles à préserver des concepts de dissociation ou de discordance, concepts qui (au fur et à mesure de l'extension du groupe de la « démence » précoce) tendaient à se substituer à la notion de démence primitive initiale.

A considérer les faits cliniques représentatifs des divers groupes, on ne tarde pas, en effet, à se demander s'il est bien exact que tous ces malades, dont la personnalité se modifie profondément, sont vraiment des déments. A l'étude de cette question, que posent notamment les malades du 2^e groupe, Bleuler a consacré de longues études qui ont abouti à son mémorable ouvrage sur la « *Dementia precox ou groupe des schizophrénies* » (1911). Il y soutient que les troubles fondamentaux de ces divers états sont, non pas la démence et les troubles affectifs, mais un trouble de l'activité psychique qui rend le malade incapable d'avoir des relations psychiques normales avec la réalité et le plonge ou le maintient dans une forme de pensée incohérente, affective, qu'il appelle l'*autisme*. Naturellement, la puissance d'expansion du groupe kræpelinien a été décuplée par cette notion. Son extension a abouti à créer en Allemagne, en Suisse et un peu partout, une forme de troubles englobant à peu près tous les délires et un grand nombre d'autres états psychopathiques : « *la schizophrénie* ». A telle enseigne que, dressées en face de « *la maniaque-dépressive* », ces deux psychoses repré-

sentent à elles deux les 4/5^e de la folie ! C'est ainsi que les sept groupes de faits que nous avons étudiés s'intègrent dans le concept de schizophrénie, alors que les trois premiers seulement entraient dans le groupe primitif de la « démence précoce ».

C'est contre cette extension de la notion de schizophrénie que Claude a protesté en proposant de considérer, d'une part, les faits du groupe primitif (les trois premiers groupes approximativement) et, d'autre part, des états caractérisés inévitablement par l'activité autistique sous-jacente et les troubles de l'activité instinctivo-affective, dans le sens que Minkowski, interprète un peu « libre » de la conception de Bleuler, a indiqués comme caractéristiques de la schizophrénie. Le travail de Claude et de ses élèves a pris en considération des faits analogues à ceux de notre 7^e groupe, un certain nombre de formes initiales d'évolutions catatoniques (groupe 2) ou de dissociation schizophrénique délirante (groupe 5).

Tel est, tracé à grands traits, le développement historique des notions de démence précoce et de schizophrénie, que l'on saisit clairement si l'on se rapporte aux divers groupements de faits que nous avons effectués.

II. *L'ensemble des états groupés sous le nom de « démence précoce » ou de « schizophrénie » représente-t-il une entité ?* — Pour fonder une entité clinique, il faut indiquer clairement ce qui est identique dans l'intérieur du groupe (compréhension du concept) et ce qui distingue ce groupe de faits des autres faits (extension du concept). Certes, il est bien difficile que, dans les sciences biologiques et psychologiques, on puisse appliquer une méthode aussi rigoureuse, relevant un peu trop de l'esprit géométrique. Sans être aussi rigoriste, on peut cependant exiger d'un groupement clinique, que d'aucuns présentent comme « une maladie », qu'il soit assez clairement défini par des critères pratiques, évidents. Est-ce bien le cas de « la démence précoce » ou de « la schizophrénie » ?

Les critères dont on a doté, au début de son histoire, et, pour ainsi dire, dès sa naissance, la démence précoce, étaient : l'évolution démentielle fondamentale, l'indifférence affective, le début dans le jeune âge et la catatonie.

Que beaucoup de cas se manifestent par une *évolution démentielle*, cela paraît certain. Cependant, cette démence est souvent *moins profonde* et *plus tardive* que Kræpelin ne se le figurait et c'est précisément cette difficulté d'apprécier la profondeur des troubles négatifs réels qui est un empêchement pratique à toute

délimitation rigoureuse. Nous en savons quelque chose, car, pour bien des cas, nous avons longtemps hésité et ce n'est qu'avec bien des incertitudes que nous avons pu grouper nos malades. Il existe notamment, chez beaucoup d'entre elles, des barrages, un blocage de l'activité psychique, notamment chez les catatoniques, qui font peut-être pencher un peu trop la mesure en faveur de la démence. C'est ce qu'a bien vu Bleuler quand il a protesté contre cette idée que ces malades étaient des déments. Il semble donc que le critère de démence tende à restreindre un peu trop abusivement les limites du groupe et n'en permette pas une détermination satisfaisante. On aboutirait, en effet, à ce paradoxe de dire, de deux catatoniques semblables, que l'un est un dément précoce et l'autre est atteint d'une autre maladie, selon que le premier serait réduit en quelques mois à une vie végétative et que le second aurait des rémissions, pourrait encore, comme cela se voit, lire et travailler après vingt ans d'évolution.

L'inaffectivité pose un problème à peu près semblable. Si l'on considère un malade évoluant depuis de longues années, gâteux et inconscient, il apparaît bien totalement indifférent, mais que dirons-nous des autres déments paralytiques ou séniles, grabataires et inertes ? Et si l'on veut indiquer par là que l'indifférence affective est, dans la démence précoce, un signe de début, on se heurte également à d'insurmontables difficultés. Combien de ces malades ne voit-on pas souffrir, aux prises avec une tragique anxiété et manifester, souvent et longtemps, des sentiments très vifs. Ceux-là non plus, même si nous les voyons sombrer dans un délire incohérent et stéréotypé, nous ne pourrions pas les appeler des déments précoces ? Enfin, si, comme Dide et Guiraud l'ont avancé, ou encore Berze, on donne comme un trouble fondamental la chute de l'élan vital (athymhormie), on conviendra que le plan de clivage indiqué par ce critère aboutit à des discriminations cliniques bien délicates. Comment envisagerons-nous tel catatonique impulsif, coléreux, négativiste, chargé de haine ou de révolte, opiniâtre dans ses désirs ? Nous avons souligné chez nos malades combien avaient une déformation plus qu'une abolition de leur vie sentimentale, combien leurs troubles affectifs étaient souvent des fixations ou des élans paradoxaux. Si donc, les troubles de l'affectivité sont fréquents et parfois caractéristiques, il est bien difficile de restreindre sans excès le groupe des déments précoces aux malades présentant une affectivité nulle ou même une indifférence profonde.

Quant à *l'apparition au jeune âge*, on peut en faire naturellement un critère facile si l'on décrète que n'est démence précoce

que tout état évoluant vers la démence et débutant avant 18 ou 20 ans ; mais comment ne pas voir que L'ON PEUT OBSERVER DES ÉVOLUCTIONS POURTANT TYPIQUES A DES ÂGES EXCEPTIONNELLEMENT AVANCÉS ? Sans aller jusqu'à se demander — et peut-être ne serait-ce pas absurde — si des vieillards ne font pas quelquefois des évolutions démentielles ou schizophréniques superposables à des formes du jeune âge, on peut se tenir dans des limites plus acceptables en disant que les évolutions comme celles de nos malades H... (3), L... (31), B. B..., (45), par exemple, montrent que l'âge de début peut être assez avancé (de 35 à 40 ans), même dans des formes rapidement démentielles.

La catatonie est un syndrome également bien difficile à définir. Tantôt on en donne des définitions trop étroites en la réduisant à la fixation des attitudes segmentaires ou catalepsie (qui est un phénomène absolument exceptionnel) et tantôt on l'étend à des signes isolés, comme les rires immotivés, ou le comportement stéréotypé ou maniéré. Nous nous sommes attachés à noter, chez tous nos malades, leur « degré » de catatonie, en notant s'il s'agissait de catatonie typique et complète avec catalepsie, de catatonie typique avec stupeur et négativisme, d'un ensemble de signes assez nets (grimaces, stéréotypies, impulsions, par exemple), de quelque signe isolé, ou enfin d'un certain comportement stéréotypé. Il ressort de nos observations que ces troubles sont, à des degrés divers, très fréquents chez nos malades, y compris les 5^e et 7^e groupes (mais pas le 6^e). Nous pensons que c'est encore un des critères les plus constants. C'est d'ailleurs à des troubles de ce genre qu'on attribue le plus souvent, en clinique, la signification de la « discordance ». Ceci dit, il n'en reste pas moins que l'analyse clinique la plus élémentaire révèle que ces signes de catatonie ne sont que des expressions, le reflet de troubles plus profonds de l'activité psychique. Si, pour défendre certaines théories, des cliniciens l'oublient, en pratique ils savent bien que ces troubles sont l'expression d'une désagrégation profonde de l'activité psychique, expression très fréquente, mais inconstante, et, selon la terminologie de Bleuler, secondaire.

Ceci nous amène à envisager maintenant le critère bleulérien de ce groupe de *schizophrénie* ; pour lui, c'est cet état spécial de désagrégation de l'activité psychique qu'il appelle *l'autisme*, c'est-à-dire une pensée sans liens logiques, cristallisée autour des complexes affectifs inconscients. C'est à cette sorte de rêve incohérent que l'ensemble des signes cliniques de la maladie emprunteraient leurs caractères de discordance. Il suffit de lire

attentivement l'ouvrage de Bleuler en ce qui concerne la catatonie, les délires et les hallucinations notamment, pour comprendre qu'avec lui, on a touché, dans le domaine de la psychopathologie, à quelque chose de nouveau, à une sorte de clé de beaucoup de ces états de discordance, de dissociation, de catatonie. Mais il semble que, dans tous ces cas, et surtout au cours de l'évolution de chaque cas, quelque chose de plus décisif intervienne (1) : *c'est la série des troubles négatifs* qui vont depuis le simple relâchement de la pensée jusqu'à la démence profonde. Il nous paraît hors de doute que beaucoup de nos cas, et notamment ceux des trois premiers groupes, ont pu passer par une phase peut-être rapide d'activité autistique, mais qu'il n'en reste plus grand'chose, montrant ainsi que les troubles négatifs sont déterminants et essentiels.

Ainsi, que nous prenions les divers caractères qui nous sont offerts, tous proposés par d'éminents cliniciens et tous éprouvés par une clinique sémiologique traditionnelle, patiente, minutieuse, tous ont une valeur certaine, mais incomplète. Qu'est-ce à dire sinon que ce que nous nous entendrions peut-être tous à déclarer « ça c'est de la démence précoce », « ça ce n'en est pas », est irréductible à tel ou tel de ces critères ? Peut-être est-ce parce que nous sommes généralement moins victimes du dogmatisme doctrinal des entités que nous le disons, peut-être est-ce parce que nous ne nous posons pas tout à fait la question comme nous l'énonçons, « est-ce la maladie démence précoce ? », mais davantage comme nous le pensons, « s'agit-il d'une désagrégation de la vie psychique ? »

Revenons à un bref historique que nous avons tracé plus haut. Initialement un espoir est né, celui d'avoir découvert un syndrome assez net pour être rattaché à une étiologie comme cela était arrivé pour la folie paralytique. L'espoir que la « démence précoce » soit une maladie est resté chez beaucoup d'entre nous. C'est lui qui dirige les recherches dans le sens d'une étiologie spécifique et tout dernièrement encore, dans le sens de la tuberculose. C'est lui qui incite à voir, dans certaines thérapeutiques, un traitement spécifique. A ce titre d'hypothèse féconde, gardons-la, mais jusqu'au point seulement où l'hypothèse deviendrait stérile. Or, l'extension du concept de démence précoce n'a pas seulement obéi à une sorte de caprice, d'entraînement ou, si l'on veut, de contagion, elle reflétait un fait indé-

(1) Et que Bleuler n'a peut-être pas assez souligné, critique que nous avons déjà faite avec Guiraud (GUIRAUD et Henri Ey, Remarques critiques sur la Schizophrénie de Bleuler. A. M.-P., 1926).

niable, c'est qu'il existe toute une gamme, toute une échelle d'états étroitement parents, allant de nos premiers groupes au dernier, et qu'il est impossible de découper dans cette continuité autre chose que des aspects évolutifs différents, qu'il est impossible d'en détacher un tableau clinique suffisamment typique pour que, sans le recoupement d'autres signes somatiques ou d'une étiologie certaine, on puisse en faire une maladie. C'est dire (ou plutôt prendre acte de ce que l'on a tant dit et écrit sur la démence précoce), que l'ensemble des troubles appelés démence précoce, catatonie, schizophrénie, n'a qu'une valeur syndromique et qu'il est assez vain de chercher dans le sens d'une seule étiologie. En fait, le peu de renseignements que nous avons réunis sur la pathologie proprement dite de ces états, et qui correspond certainement à l'expérience de chacun de nous, démontre combien de processus étiologiques divers, héréditaires ou acquis, peuvent être incriminés. Qui peut croire, avec quelque argument sérieux, qu'un jour viendra où une étiologie unique rendra compte de ces modes de décomposition spéciale de l'activité psychique que nous appelons « démence précoce » ou « schizophrénie » ?

Ainsi, ce que l'on appelle démence précoce, ce que d'autres appellent schizophrénie, en se référant à des critères différents, nous apparaît comme une pluralité d'états, due à une pluralité d'étiologie, ou mieux, comme une série de niveaux différents de dissolution de l'activité psychique dont les caractères communs paraissent dépendre autant du processus lui-même (troubles négatifs) que des réactions psychiques à ce processus (troubles positifs).

III. *Pathologie et valeur nosographique des divers niveaux de troubles englobés dans le concept de « démence précoce ».* — Revenons aux faits que nous avons exposés. Ce sont des faits envisagés au point de vue évolutif. Qu'avons-nous constaté : quatre évolutions principales de forme HÉBÉPHRÉNIQUE, SCHIZOPHRÉNIQUE, SCHIZOPRAXIQUE ET PARAPHRÉNIQUE.

LA STRUCTURE HÉBÉPHRÉNIQUE (trois premiers groupes) se caractérise par l'importance et la rapidité évolutive des signes négatifs, c'est-à-dire du déficit capacitaire de l'activité psychique. Sans aller toujours jusqu'à un véritable état de dévastation démentielle, qui est beaucoup plus rare qu'on ne l'admet généralement, ces cas évoluent vers une réduction globale de l'activité, une extinction des sources affectives adaptées à la vie de relation. Elle s'accompagne d'un mode d'organisation de la vie psychique que Bleuler a appelé l'autisme. Mais il s'agit seule-

ment d'un autisme très dégradé, souvent résiduel et toujours transitoire. Les troubles catatoniques y sont très fréquents.

LA STRUCTURE SCHIZOPHRÉNIQUE (4^e et 5^e groupes) se caractérise par les troubles négatifs de la dissociation dont le caractère le plus remarquable est la dissolution des fonctions d'expression verbale (l'incohérence idéo-verbale) et de cohésion de la personnalité. L'activité autistique est vive dans ces cas. Il s'agit d'une organisation délirante de structure essentiellement hallucinatoire, telle que le schizophrène vit constamment les « expériences délirantes » de transformations de sa personne, de sa pensée, de ses relations avec le monde social et naturel. Les cas du 4^e groupe nous montrent que cette dislocation aboutit, dans beaucoup de cas, à un véritable affaiblissement intellectuel. En relation avec ce noyau autistique, expression de la régression de l'activité psychique et de la dissolution uniforme de la personnalité, apparaissent les troubles psycho-moteurs de type catatonique qui sont parfois très importants.

LA STRUCTURE SCHIZOPRAXIQUE (7^e groupe), caractérisée par des troubles négatifs dissociatifs faibles et des troubles graves en comportement, bizarreries, impulsions, tous traits rappelant les autres manifestations catatoniques, mais sans que s'observe le tableau clinique complet de la stupeur ou de l'agitation catatonique, accès de négativisme sans manifestations autres qu'intermittentes et faibles d'activité autistique.

En envisageant ces trois formes d'évolution typique, on ne peut pas ne pas être frappé de ce fait qu'elles ont quelque chose de commun, c'est l'organisation autistique avec troubles catatoniques. Or, c'est ce que l'on appelle généralement le *syndrome de discordance*. Cet état de discordance n'est pas autre chose que l'ensemble des signes manifestant l'écart qui existe entre l'importance des signes négatifs et l'activité autistique. C'est ainsi que tel malade « peu affaibli » commence à faire des actes bizarres, commence à rire « sans motif », à faire des actions saugrenues, à tenir des propos absurdes, à s'enfermer chez lui, à rêvasser, à refaire les mêmes mouvements, à avoir une mimique paradoxale, à se montrer étrange, etc... C'est ainsi encore que tel autre paraîtra complètement gâteux, dément, indifférent, manifestera au contraire des caprices, des malices, ou encore des capacités paradoxales. Les troubles psycho-moteurs, en tant que véritables comportements, et non pas simplement troubles moteurs, sont l'indice le plus sensible et le plus visible de cette *discordance fondamentale et évolutive*. Mais s'il y a quelque chose de commun, il y a aussi quelque chose de différent. Dans

les troubles de structure hétérophrénique, les étapes sont brûlées, et très rapidement le malade sombre, devient inactif, inerte, redescend à une vie très inconsciente. Dans les troubles schizophréniques, l'activité autistique est au premier plan et la discordance se manifeste sous la forme de syndromes d'incohérence idéo-verbale. Dans les formes schizopraxiques, tout se passe comme si la filière initiale de l'évolution typique par troubles de comportement se prolongeait indéfiniment, comme si la maladie restait fixée, accrochée à ce niveau. Nous pouvons dire, par conséquent, que, parmi le groupe des psychoses discordantes, *tout se passe comme si nous avions affaire à des formes inégalement évolutives* : les unes évoluent très rapidement, frappent les sujets les plus jeunes et font penser au développement d'un processus évolutif massif et précoce ; en général les dispositions caractérielles et l'hérédité sont moins marquées que dans l'autre groupe, ce sont les formes hétérophréniques. Les autres évoluent lentement, frappent des sujets plus âgés et font penser à un mode d'organisation autistique plus riche et durable : ce sont les formes schizophréniques et schizopraxiques.

Quant aux STRUCTURES PARAPHRÉNIQUES que Kræpelin fit sortir, rentrer, ressortir, etc., du groupe de la démence précoce, nous pensons qu'il s'agit vraiment d'un groupe de psychoses voisines, mais si spéciales qu'il vaut mieux les ranger, en raison de l'absence de troubles négatifs importants et durables, dans un groupe satellite ayant une structure propre. Nous ne pouvons allonger encore cette étude en envisageant ici cette question des paraphrénies.

*
**

En 1934, l'un de nous (1) posait une série de questions touchant le problème de la « démence précoce » et des états schizophréniques.

Etant donné qu'il est admis par hypothèse et par une première approximation des faits, que le noyau des psychoses discordantes est le noyau de la discordance schizophrénique, irréductible à une pure psychogénèse, paraissant représenter un *mode de réaction psychique à un processus toxico-infectieux acquis ou dégénératif* :

1° Y a-t-il lieu de faire entrer dans ce groupe de psychoses discordantes certains états *maniaco-dépressifs* ?

(1) Henri Ey. — Position actuelle des problèmes de la Démence précoce et des Etats schizophréniques. *Evolution Psychiatrique*, t. III, 1934.

2° Y a-t-il lieu de séparer du groupe des psychoses discordantes les formes *hébéphrénocatatoniques* proprement dites ?

3° Y a-t-il lieu d'intégrer au groupe des psychoses discordantes les formes *paraphréniques* ?

4° Peut-on considérer à propos des deux formes les plus typiques qu'il y ait lieu d'établir une distinction entre la *schizophrénie délirante* (ou « démence » paranoïde) et la forme à troubles du comportement que nous proposons d'appeler *schizopraxique* ?

5° Les psychoses discordantes constituent-elles une seule maladie ?

6° Y a-t-il lieu de considérer qu'il y ait à séparer des formes dégénératives pures des formes symptomatiques ?

L'examen de nos observations, l'étude attentive d'un grand nombre d'évolutions schizophréniques ou de démences précoces nous permet d'aboutir à cette même opinion classique que c'est le *noyau de la discordance* définie comme le contraste existant entre les signes négatifs et l'activité autistique positive avec ses manifestations paradoxales, qui définit le groupe des psychoses discordantes.

En ce qui concerne la première question, nous ne l'avons pas envisagée ici, car nous avons soigneusement écarté les formes marginales de la psychose maniaque dépressive qui posent précisément ce problème, spécialement étudié par Rouart dans sa thèse.

Pour la deuxième question, c'est-à-dire celle de savoir si l'on doit envisager comme un groupe complètement autonome les observations des trois premiers groupes de faits, nous ne pensons pas que cela soit possible, ces faits ne sont différents des autres que par la rapidité de l'évolution. Ce sont les formes graves de psychoses discordantes. *Il s'agit de deux niveaux différents d'évolution.*

Quant à la troisième question, nous pensons que le groupe des observations à structure paraphrénique (7° groupe) ne comporte pas de troubles dissociatifs, et encore moins d'évolution vers l'affaiblissement : il y a lieu de les séparer du groupe des psychoses discordantes, et de les considérer comme *une variété satellite*.

La quatrième question vise le groupe des évolutions schizopraxiques. Ces cas sont trop parents de certaines formes de catatonie (qu'ils peuvent peut-être contribuer à éclairer comme Bleuler et Claude l'ont montré), et aussi des états de dissociation schizophrénique pour ne pas entrer dans le groupe des psychoses discordantes dont ils représentent une sorte de *forme mineure*.

La cinquième question pose le problème de la « démence

précoce » maladie. La « démence précoce » n'est pas une maladie. On a groupé sous ce nom des états de discordance tendant à la désagrégation plus ou moins complète de l'activité psychique. *Ce que l'on a appelé les formes de la maladie sont des niveaux typiques auxquels peut s'arrêter cette dissolution sous l'influence de multiples facteurs étiologiques.*

Quant à la sixième question, il nous paraît possible de répondre qu'il n'y a pas lieu de séparer radicalement des formes de psychoses discordantes dégénératives et des formes symptomatiques. L'hérédité se retrouve dans tous les groupes et sans imprimer de caractères bien spéciaux à la maladie. Il semble cependant que le groupe des schizophrénies proprement dites comporte une proportion considérable de tares héréditaires et se développe davantage sur un terrain schizoïde. Des recherches plus poussées pourraient seules éclairer définitivement ce point.

Nous pouvons donc reprendre, avec quelques variantes, les conclusions provisoires qu'un premier examen de ces problèmes avait avancées.

Sous le nom de psychoses discordantes, on peut ranger des faits qui évoluent selon trois modalités : une forme typique de STRUCTURE SCHIZOPHRÉNIQUE, une forme évolutive grave de STRUCTURE HÉBÉPHRÉNIQUE, une forme évolutive légère de STRUCTURE SCHIZOPRAXIQUE. Les troubles *catatoniques* se rencontrent dans toutes ces formes et paraissent accompagner spécialement les formes typiques des évolutions hébéphréniques. Certaines formes évolutives voisines, mais sans syndrome négatif de dissociation, constituent LE GROUPE SATELLITE DES PARAPHRÉNIES.

*

**

Nous avons conduit cette étude d'un point de vue à la fois privilégié et difficile. Privilégié, car nous avons suivi des évolutions longues, anciennes, et par conséquent connues dans leur aboutissement. Difficile en ce sens qu'il a souvent été très difficile de reconstituer exactement l'histoire clinique de ces malades. Il faudrait se placer à un point de vue différent, celui du pronostic, et pour cela, envisager, non plus les cas qui ont achevé ou parcouru en grande partie leur évolution, mais qui commencent leur évolution. Ce travail, nous le faisons depuis cinq ans dans notre service de l'asile de Bonneval. Il ne pourra être utile de le publier que lorsque nous aurons accumulé suffisamment de faits cliniques.

LA RÉFORME DE LA LOI DE 1838,

vue par un Médecin-Directeur de Maison de Santé privée

PAR

J. VIGNAUD

Tous les psychiatres sont d'accord pour reconnaître que la loi de 1838 est une loi admirable et que, si elle doit être rajeunie, complétée, il n'en faut pas moins maintenir ses grands principes.

Nul besoin, à notre avis, d'une refonte complète, d'une modernisation totale, pour la mettre en harmonie avec les nécessités actuelles. Seules sont à envisager quelques modifications à des articles, devenus peut-être insuffisants, pour en combler les lacunes.

Les critiques faites depuis 100 ans sont exagérées et injustes, car cette loi est bien, dans l'esprit de ses auteurs, une loi d'assistance et de protection et elle demeurera, comme l'a dit fort bien le Docteur Fillassier, Président de la Société Médico-psychologique, dans sa remarquable communication lors de la commémoration du Centenaire de cette loi, un monument impérissable de notre législation hospitalière.

Bien appliquée, elle suffirait à la sécurité de tous et au respect du droit de chacun, et, comme le disait aussi le docteur Léculier, dans le dernier projet déposé à la Chambre des Députés le 7 février 1935, la loi de 1838 est bonne, et, au lieu de la refaire, il vaudrait mieux la maintenir dans ses dispositions générales et se borner à modifier les articles devenus insuffisants. Je ne m'étendrai pas sur une question qui a été bien mise au point par les différents rapporteurs lors du Centenaire, je me bornerai à formuler quelques desiderata, qui m'ont été inspirés par mon expérience de Médecin et de Directeur de la Maison de Santé Falret, à Vanves, pendant plus de 30 ans.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Octobre 1938.

Séquestrations arbitraires

La loi de 1838 est une loi médicale et les différents projets de réforme ont été faits sous la pression de l'opinion publique, croyant aux séquestrations arbitraires.

Des attaques violentes contre cette loi, à propos des séquestrations pseudo-arbitraires, ont ému en effet l'opinion à différentes périodes et n'ont pas manqué d'être exploitées par la presse. Les polémiques étaient dirigées non seulement contre la loi, mais aussi contre les médecins accusés d'ignorance, de complaisance ou de cupidité et en particulier les médecins de maisons de santé privées.

Dubief n'a-t-il pas été jusqu'à dire que, s'il ne croit pas aux séquestrations arbitraires dans les asiles publics, il se méfie des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics et encore plus des maisons de santé privées. Il craint qu'elles soient capables de « collusion coupable ». On croyait qu'il y avait dans les maisons de santé des personnes qui ne sont pas aliénées et dont les familles voulaient se débarrasser parce que gênantes ou surtout pour capter leur fortune.

Rien ne peut expliquer cette suspicion portée contre les maisons de santé privées. Les malades, en effet, admis dans les maisons de santé privées, sont soumis dans les trois jours à l'examen d'un Médecin-Inspecteur de la Préfecture, soumis également à l'inspection du Procureur de la République, une fois au moins par trimestre, et, en outre, les autorités administratives et judiciaires, Préfet, Président du Tribunal, Juge de Paix, Maire, font chacun une visite trimestrielle dans les maisons de santé privées. Ces mesures nous paraissent très suffisantes pour rassurer les imaginations inquiètes. Il faudrait en effet pour qu'une séquestration arbitraire fût possible, complicité d'un médecin, de toute une famille, du Médecin-Inspecteur de la Préfecture et des représentants des autorités administratives et judiciaires, qui, d'après la loi, doivent visiter les Etablissements. Comment prétendre que les maisons de santé sont des Bastilles modernes et que le certificat d'aliénation est une lettre de cachet, en présence des mesures de surveillance garanties et appliquées par la loi de 1838.

Je dois dire que les maisons de santé privées sont dirigées par des médecins pour qui la morale et la conscience professionnelles ne sont pas lettre morte, et qu'ils ne sont pas assez stupides

pour sacrifier une situation matérielle aux risques d'un internement arbitraire, qui serait bien vite découvert par le contrôle imposé par l'article 9 de la loi. L'honorabilité, la compétence scientifique, l'esprit philanthropique des médecins de maisons de santé n'est pas douteuse. Pour ne parler que des maisons de santé de la région parisienne, qu'il me suffise de citer les noms des Motet, Moreau de Tours, Blanche, Falret, Magnan, Arnaud, Semelaigne, etc...

Comme conclusion, les séquestrations arbitraires n'existent pas plus dans les maisons de santé privées que dans les asiles publics et si les différentes commissions chargées de rechercher les actes de séquestrations arbitraires n'ont pas déposé de rapports, c'est qu'elles n'en ont jamais trouvé d'authentiques.

Enquêtes

L'article 10 de la loi de 1838 prescrit des enquêtes faites par les soins du Préfet et du Procureur de la République du domicile de la personne placée.

On ne peut que souhaiter que ces enquêtes policières et administratives soient faites avec la plus grande discrétion, car elles sont de nature à empêcher souvent les hospitalisations précoces en effrayant les familles. Qui de nous ne connaît le désespoir des familles qui nous reprochent parfois amèrement d'avoir provoqué des démarches, pour nous assurer de leur solvabilité ? Qui de nous n'a pas vu des parents venir nous accuser d'avoir violé le secret professionnel quand ils se rendent compte que, par ces enquêtes, les fournisseurs du quartier, le concierge de leur immeuble ont appris la nature de la maladie et l'internement d'un des leur dans une maison de santé ?

Cette crainte compréhensible de la publicité empêche souvent les familles de faire soigner leurs malades en temps opportun ou les pousse à les conduire à l'étranger.

Il est donc à souhaiter que ces enquêtes soient faites avec tact et confiées soit au Maire, au Juge de Paix, aux commissaires, mais avec combien de discrétion, ou aux Assistantes Sociales particulièrement choisies et spécialisées, et non, comme cela se fait souvent, à de simples employés, à des agents qui n'apportent pas à leur mission toute la discrétion voulue.

Protection des biens

C'est la partie de la loi de 1838 la plus critiquée, comme le disait très justement dans son judicieux rapport le Docteur X. Abély et dans ses grandes lignes elle est loin de mériter les critiques, trop souvent théoriques, qui lui ont été adressées. Ces critiques portent surtout sur l'insuffisance de la protection dans les établissements privés. L'article 32 de la loi de 1838 dit que, sur la demande des parents, sur celle de la Commission administrative ou sur la provocation d'office du Procureur du Roi, le tribunal civil du lieu du domicile **POURRA** nommer un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite, placée dans un établissement d'aliénés et cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du Conseil de famille. La législation n'a donc pas fait une obligation de cette nomination. Si la famille demande la nomination d'un administrateur, cela n'a pas la moindre difficulté. Dans le cas contraire, pour des raisons très plausibles, si les biens du malade ne courent aucun danger, chose facile à connaître (le Procureur se renseigne dès l'entrée du malade sur tout ce qui concerne son patrimoine), et, pour éviter de faire connaître l'internement du malade, il n'y a pas lieu de l'imposer. En l'imposant, en effet, on risque souvent de léser les intérêts du malade, de mécontenter sa famille, qui, pour éviter toute publicité, n'hésite pas à reprendre le malade pour le soigner à domicile ou le conduire à l'étranger.

En présence de psychopathes aigus, il y aurait lieu, à mon avis, de ne pas prendre hâtivement les mesures de protection, et on pourrait attendre au moins trois mois, sauf des circonstances urgentes. Pourquoi imposer cette nomination d'un administrateur provisoire, dès le lendemain de l'entrée du malade dans une maison de santé privée et enlever ainsi aux familles le droit de s'occuper de leur malade et de ses biens. Puisqu'elle n'est provoquée par personne, elle ne saurait être une obligation pour tous les malades. C'est une suspicion blessante pour les parents les plus respectables et le malade, curable rapidement, risque d'en être troublé dans sa convalescence.

Il conviendrait s'il y a lieu de réunir un conseil de famille au bout de trois mois au moins après le placement et qu'un membre de cette famille, le plus qualifié, soit désigné pour s'occuper des biens du malade pendant la durée du traitement. Ainsi, l'intervention d'un administrateur légal étranger ne saurait être une *obligation générale* pour tous les malades.

La nomination d'un administrateur des biens doit donc rester facultative. Le Procureur aurait toujours le droit et le devoir dans certains cas de provoquer cette nomination si la gestion du patrimoine du malade ne pouvait pas être convenablement assurée par la famille. Sauf circonstances exceptionnelles ou naturellement demande de la famille, il semble logique d'attendre au moins trois mois pour prendre une telle mesure.

Curateur

Le rôle de curateur défini par l'article 38 nous paraît plus que suffisant. Il ne doit que s'occuper des intérêts qui lui sont confiés et il ne doit pas avoir le droit d'exiger la sortie du malade, mais simplement de provoquer une décision du Tribunal. La loi de 1838 a voulu que ce rôle fût facultatif et je dois déclarer qu'en pratique la nomination d'un curateur est très rare, du moins dans les maisons de santé privées. Je n'en ai vu que deux cas en 35 ans à Vanves. La sagesse est donc de le conserver sans le rendre obligatoire.

Conclusion

Au lieu de suspecter le médecin des maisons de santé, on devrait s'adresser à lui, se pénétrer de cette idée, de cette vérité que le médecin aliéniste est le défenseur de l'aliéné. C'est lui seul qui le connaît, qui peut juger des situations et qui peut lui être vraiment utile alors que c'est lui seul qui compte le moins dans les décisions à prendre pour la protection de sa liberté, de sa santé, de son honneur et de ses biens.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 24 Octobre 1938

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, vice-président

En ouvrant la séance, M. LAIGNEL-LAVASTINE, *vice-président*, souhaite la bienvenue à M. le D^r ALBERTO BROCHADO, de Porto, *membre correspondant étranger*, qui assiste à la séance.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 21 juillet 1938 est adopté.

Correspondance

M. Paul CARRETTE, *secrétaire des séances*, remplaçant M. Paul COURBON, *secrétaire général*. — La correspondance comprend :

des lettres de MM. les D^{rs} FILLASSIER, *président*, COURBON, *secrétaire général* et P. ABÉLY, *secrétaire des séances*, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r CHATAGNON qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* ;

une lettre de M. le D^r BELEY qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le D^r HANSEN, médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique d'Ettelbrück, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne pour l'examen de cette candidature une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, VIGNAUD et COLLET, rapporteur : le vote aura lieu à la séance du lundi 28 novembre 1938.

Date de l'Assemblée générale

Le quatrième lundi de décembre 1938, date à laquelle, conformément aux Statuts, devraient avoir lieu l'Assemblée générale et la Séance ordinaire de la Société, étant le lundi 25 décembre, lendemain de Noël, la Société décide de tenir exceptionnellement l'Assemblée générale et la Séance ordinaire le jeudi 22 décembre 1938.

Election de 4 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. Xavier ABÉLY au nom d'une Commission composée de MM. Xavier ABÉLY, COURBON et GENIL-PERRIN, il est procédé au vote.

Nombre de votants	15
Majorité absolue	8

Ont obtenu :

MM. BESSIÈRE	15 voix.
LECONTE	15 —
FRETET	14 —
FAIL	13 —

MM. les D^{rs} BESSIÈRE, LECONTE, FRETET et FAIL sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Le syndrome psychologique dans les cas de perversité par encéphalite épidémique chronique à forme retardée, par MM. Jacques DELMOND et Jean CARRÈRE.

L'étude des perversions des encéphalitiques comporte une littérature considérable. Quelques critères psychologiques ont été avancés, pour permettre le diagnostic de ces états de perversité avec les anomalies dites constitutionnelles, mais l'observation démontre la fragilité de ces critères. Dans la règle, le

(1) Travail de l'Hôpital psychiatrique et Quartier de sûreté de Hoerdt près Strasbourg. — Les examens ophtalmologiques ont été effectués par le D^r Paul Marx, Chef de Clinique, les examens de Laboratoire par le D^r M. Rhein, ancien Chef de Laboratoire à la Faculté. Pour l'observation II, de nombreux détails de l'observation sont dus à l'obligeance du D^r A. Brousseau, Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Villejuif. Qu'ils veuillent trouver ici tous nos remerciements.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Octobre 1938. 26.

diagnostic se fonde avec succès sur l'existence des signes de parkinsonisme, sur la recherche étiologique, ainsi que sur l'analyse des corrélations psycho-motrices de l'encéphalite chronique. Beaucoup plus difficiles sont les cas, pourtant très nombreux, où le parkinsonisme est apparu très longtemps après la psychose perverse. Dans ces cas de *dissociation psycho-organique* (G. Petit), des erreurs d'appréciation considérables peuvent être faites par l'expert psychiatre, alors que le destin de l'expertisé, sa liberté et l'honneur de sa famille sont en jeu. Un examen attentif de ces cas est d'autant plus nécessaire que, tout à fait inversement, une encéphalite peut être faussement alléguée par un criminel désireux d'échapper à l'incarcération.

Dans les quatre cas présentés, que nous avons pu suivre au Quartier de Sûreté de Hoerd, l'encéphalite épidémique causale a été *méconnue par les experts les plus qualifiés*, et ceci lors de plusieurs examens consécutifs ; elle fut même discutée et rejetée comme cause dans l'un de ces cas. Or, actuellement, au bout de plusieurs années, ces quatre malades se présentent avec un Parkinson évident, dont le diagnostic est fait au premier coup d'œil par des médecins non spécialistes. Ces malades ayant été scrupuleusement étudiés pendant leur observation médico-légale, il est impossible de douter qu'ils n'aient présenté des formes à symptomatologie somatique inapparente, *formes à parkinsonisme retardé*, à symptomatologie perverse pure. Il est certain pour nous que les signes physiques habituels de la maladie de Cruchet et d'Economo n'existaient pas chez ces malades lors de leur examen psychiatrique.

De pareils cas, avec précession des troubles de la personnalité, sont d'observation assez courante, mais il semble que l'on n'ait pas suffisamment recherché leurs caractères propres, puisque l'erreur est demeurée possible. C'est pourquoi nous avons voulu poser encore une fois le problème souvent débattu d'une *spécificité psychologique* des désordres encéphalitiques. Existe-t-il un syndrome psychologique, par la constatation duquel l'encéphalite pourrait être dépistée, de la même façon qu'il existe un psycho-diagnostic de la paralysie générale ou de la catatonie ? Sur le plan de la psychologie criminelle, la réponse à cette question est probablement négative ; en effet, le comportement criminel ne reproduit pas, en général, des désintégrations corporelles spécifiques, mais est plutôt gouverné, dans certaines directions, par la personnalité antérieure du sujet. Nous observons que *l'âge* des sujets, lorsqu'il s'agit d'atteintes infectieuses définies, comme l'encéphalite, joue un rôle considérable dans la

direction imprimée à ce comportement criminel et conditionne une attitude différente envers la société. Lorsque l'affection frappe le sujet adulte, elle atteint moins le comportement dans son ensemble ; l'acte criminel n'est pas dirigé contre la société mais représente, au début tout au moins, un but affectif particulier pour l'individu ; le délit est secondaire et constitué par la transgression de certaines barrières sociales.

C'est le cas de l'exhibitionniste de l'observation I. Maintenu pendant longtemps dans des sentiments humbles et timides, les actes délictueux représentaient pour lui l'évasion de cette situation et neutralisaient l'émotion sexuelle émancipée par la maladie ; il s'agissait donc d'actes symptomatiques.

Lorsque l'affection frappe le sujet dans le jeune âge ou vers l'installation de la puberté, elle détermine, avec des modifications endocriniennes et motrices maintes fois signalées, la libération de pulsions instinctives extraordinaires et classent ainsi définitivement l'individu, à ses propres yeux, à part de ses contemporains. De la libération des instincts résultent des sentiments de culpabilité, des haines irrationnelles, l'anxiété, le besoin d'être puni et la recherche du châtement. Des actes criminels en découlent, qui sont absolument *ambivalents*, le même individu oscillant constamment, par exemple, entre le meurtre et le suicide, la haine et l'adoration caressante, la dissimulation désespérée et l'aveu éclatant de ses fautes. Il s'agit toujours d'actes manifestement dirigés contre la société, et l'individu, dans certains cas, se conduit comme un *criminel professionnel* endurci (1). C'est notamment le cas dans notre observation IV, où le malade fut 12 fois condamné pour des vols répétés.

Cependant, il ne s'agit pas encore là de modifications spécifiques et seule l'analyse clinique du comportement des encéphalitiques peut nous enseigner s'il en existe. Les actes pervers ou criminels de nos encéphalitiques nous ont paru présenter certaines constantes que nous voulons, à présent, énumérer :

1) Les actes ont un caractère d'*itérations* incoercibles. Ce caractère itératif est encore plus accusé que ne le sont les itérations motrices chez ces mêmes sujets, à symptomatologie motrice pauvre. Ces actes ne peuvent être entièrement expliqués par la libération d'automatismes. Ce sont (suivant la séduisante

(1) On trouvera d'excellentes considérations sur ces deux types de criminels dans l'article de KARPMAN : Criminalité, sur-moi et sentiment de culpabilité (*Psychoanalytic Review*, 17, 2, avril 1930).

remarque de M. le Professeur Pfersdorff), *des symptômes « pali »*, ils font des pali-infractions, comme il y a des palilalies chez le parkinsonien, comme on trouve des « pali-politesses » dans l'assiduité visqueuse du malade chronique. Ils trouvent leur source dans des modifications permanentes du tonus, que l'évolution ultérieure seule permettra sans doute de déceler. Ils sont inlassablement répétés jusqu'à ce qu'ils entraînent les sanctions les plus graves, et par-delà ces sanctions, dans un dernier défi.

Ce caractère itératif a souvent l'aspect de l'obstination puérile. Ceci a maintes fois été remarqué chez des adultes chroniques, autrefois atteints dans l'enfance. Il s'opérerait une sorte de régression à cette période normale de l'enfance où les réactions d'opposition sont la règle (cf. sur ce point l'article d'Anders (1)).

2) Ces actes sont stéréotypés, mais ils sont encore *ingravescents*. Ils ne bénéficient pas de l'expérience. Ce sont des taquineries, puis des infractions, puis des crimes, de plus en plus impardonnables et audacieux.

Une malade de Maria Rossi (2) vole d'abord un œuf, puis un porte-monnaie, puis un coupon de soie dans un grand magasin. Un malade de Wimmer (3) commence par tenir des propos obscènes, puis frôle une externe du service, puis poursuit les petites filles dans la rue et enfin est arrêté après plusieurs attentats à la pudeur. Dans notre observation II, le sujet manifeste une salacité précoce, puis commet des agressions sexuelles sur des fillettes, enfin brise le crâne d'un enfant à coup de barre de fer. Dans l'observation IV, les vols ont été de plus en plus importants, les tendances agressives ont occasionné des punitions au régiment, puis des condamnations pour violences, le dernier exploit est le meurtre d'un malade à l'asile. On pourrait en multiplier les exemples à l'infini.

Ces actes semblent ainsi appeler, par leur gravité croissante, les châtiments les plus rudes ; ils donnent le sentiment d'une fatalité sans cesse secondée par les efforts pervers de l'individu.

3) Ces actes sont profondément *illogiques* : a) en rupture complète avec la personnalité antérieure de l'individu (qu'il s'agisse d'enfants ou de sujets frappés à l'âge adulte) ; b) ils

(1) ANDERS. — (*Archiv f. Psych. u. Nervenkrank.*, 81, 756, 1927).

(2) ROSSI (Maria). — Les réactions médico-légales chez les encéphaliti-ques (*Encéphale*, 21, 447, 1926).

(3) WIMMER (Auguste). — Contribution à la médecine légale de l'E.E.C. (*Ann. Méd.-psych.*, 82, 1, 105, 1924).

sont accomplis, la plupart du temps, sans préparation, sans précautions, avec une absence totale de considération de la découverte : quoique, bien entendu, par la suite, la dissimulation maligne et la mendacité des sujets tentent de brouiller les cartes. Ainsi, les outrages à la pudeur sont accomplis sans mystère, les vols et les meurtres sans préméditation soigneuse, et la conduite ultérieure du criminel, faite de mensonge, d'inventions calomnieuses, de dénégations bruyantes, fortifie la conviction du juge et ses conclusions répressives.

Cet illogisme flagrant des actes pervers a été décrit dès le début par les auteurs, qui en ont donné des explications diverses : libération brutale d'automatismes, cynisme, obnubilation comitiale, hyperthymie, détérioration psychique, etc.. Mais cet illogisme nous indique encore que le criminel ne désire pas échapper au châtement qui l'attend et qu'il semble plutôt agir en suivant une tendance auto-punitive, *en laissant la porte ouverte à la répression*.

4) Ils sont *scandaleux* au regard de la conscience même de l'individu. Ils reproduisent, de façon outrée, ce caractère de la psychologie des criminels, mis en évidence par Fr. Alexander. Les actes entraînent un conflit psychique : la conscience se trouve placée devant un *fait accompli* (1). Ils comportent comme corollaire la confession, monotone, stéréotypée, n'apportant pas de soulagement réel, semblant d'ailleurs évoquer une part minime de la vie affective, *confession quindée* comme l'attitude du sujet. Il y a, de la sorte, des auto-accusations encéphaliques révélant le besoin de punition. Peut-être même certains crimes des encéphaliques, destinés, par leur découverte immédiate, à un châtement immédiat, sont-ils analogues au « suicide indirect » mentionné chez des mélancoliques.

5) Ils sont *ouvertement dangereux et dirigés contre les personnes et la société* ; ce sont des actes essentiellement nocifs et certains malades se comportent, à cet égard, comme de véritables êtres du mal. Si nous avons retenu l'indication de la tendance auto-condamnatrice décelée dans les caractères précédents, nous comprendrons pourquoi, précisément, il faut qu'il en soit ainsi, et que l'acte pervers doit attirer le courroux d'autrui et les sanctions inévitables. Aussi parfois l'acte, s'il est passé inaperçu est-il, comme par dépit, répété avec encore plus d'éclat, jusqu'à ce qu'il attire enfin l'intervention du pouvoir.

(1) ALEXANDER (FRANZ). — Mental Hygiene and Criminology (*1^{er} Congrès International d'Hygiène mentale*, éd. à New-York, 1932, vol. I, p. 745).

6) Ces actes nocifs sont *dissimulés ou rationalisés* ; ceci est particulièrement paradoxal, mais nous devons réfléchir que les sentiments auto-punitifs de l'individu sont tout à fait informulés dans sa conscience ; cet individu, demeuré lucide par ailleurs, cherche à se mettre à l'abri des conséquences de ses actes.

Il faut aussi rechercher le sentiment de culpabilité sous le masque d'une minimisation consciente des résultats de l'acte criminel ou d'une dissimulation à laquelle nous avons déjà fait allusion. Le malade *n'aide pas* et semble s'exposer volontairement à être puni injustement, pour pouvoir affirmer les torts d'autrui à son égard, pour légitimer ses nouvelles manifestations perverses, pour obtenir le droit de rationaliser les anomalies de sa conduite. D'autres fois, le crime une fois prouvé, ils se confessent entièrement, mais avec des variations continues, se livrant souvent à un exposé introspectif de leurs états d'âme avant l'action criminelle, insistant, avec un égocentrisme souvent signalé, sur les circonstances atténuantes plutôt que sur le crime lui-même. Plus que le contenu douteux de ces confidences, il faut en retenir le mouvement qui les détermine et leur caractère anxieux.

7) Ces actes s'accompagnent de vigoureuses et paradoxales *oppositions affectives*, soit sous forme de variations ambivalentes, de paroxysmes pervers suivis de câlineries félines, soit sous forme de tyrannie amoureuse exclusive de l'un des parents, avec haine envers l'autre conjoint. Il ne faut pas se méprendre sur la valeur de ces sentiments affectueux.

Le cas II (viol et assassinat d'enfant) écrit une lettre extrêmement affectueuse à sa mère et termine : « Je pense que ma tendre petite sœur va toujours à l'école... Tu remercieras pour moi Angelina, Jiannina, Assunta et Consuela, ainsi que mon parrain, Giovanin... »

Les variations de l'humeur sont considérables, par exemple entre l'excitation agressive et la dépression.

8) Dans le domaine sexuel, les actes pervers montrent un *polymorphisme remarquable*. La perversité encéphalitique est polyvalente et divergente, englobe toutes, ou presque toutes, les anomalies de l'expression érotique. On voit coexister ou se succéder rapidement l'homosexualité et les agressions hétérosexuelles, avec pédophilie ou gérontophilie, la fellation, l'auto-phagie, les tendances sadiques ou masochistes, etc... La perversité

sion encéphalitique ne se limite donc pas à une psychopathie sexuelle simple.

Notre premier malade nous remet, dans le service, des billets où il affirme ne s'être pas masturbé depuis deux jours. Il est exhibitionniste, fellateur, spermophage, sodomite et coprophage, au vu de ses voisins de lit. Avant son encéphalite, il était un instituteur humble et timide, pauvre et chaste, menant la vie d'un moine laïc, vierge lors de son mariage à 27 ans. Il fut condamné cinq fois avant d'être interné avec un diagnostic de « perversion sexuelle ».

9) Enfin, ces actes sont accompagnés d'*anxiété* très vive et bruyante, avec turbulence, instabilité, parfois même avec manifestations respiratoires (soif d'air), le plus souvent discrète, mais latente. Elle représente, à nos yeux, *l'angoisse du moi devant l'invasion des pulsions mauvaises*, sexuelles ou agressives. Elle rappelle, en certains points, l'angoisse des jeunes gens devant la puberté et nous amène encore à faire état des phénomènes d'*hypergénitalité* et de *puberté précoce*, si fréquents chez les encéphalitiques.

Plus faible chez l'encéphalitique pervers est l'angoisse résultant du conflit avec la loi morale, car il découvre des compensations immédiates précisément dans son comportement criminel ; le remords, chez lui, contrairement à ce qui a été exprimé, n'atteint guère le plan profond de sa conscience et son expression ne doit pas être considérée comme un signe de valeur.

En définitive, l'angoisse et les sentiments de culpabilité nous semblent donc conditionner une grande part du comportement pervers chez l'encéphalitique. Ces sentiments résultent, en grande partie, des modifications profondes de la vie génitale et de leur retentissement sur la conscience de l'individu. Ils ont un caractère obsessif et s'expriment sous la forme impulsive. Un élément kinétique considérable dans ces actes pervers est encore représenté par les itérations, de caractère moteur, inlassablement reproduites. Les troubles permanents du tonus engendrent encore une sorte de faiblesse irritable, analogues aux réactions d'énervement qui se produisent dans la fatigue ; ils ont toutefois un rôle plus effacé dans les formes à parkinson retardé. Les actes criminels, chez nos pervers, ne nous ont jamais paru résulter de périodes d'obnubilation ou de suspension comitiale de la conscience ; c'est sur le plan de la vie instinctive et kinétique des malades qu'ils paraissent pouvoir être expliqués. M. Georges Heuyer, avec ses collaborateurs, Lagache,

Lacan, ainsi que Le Guillant, avaient plusieurs fois, dans cette même Société, insisté sur les correspondances biologiques des désordres encéphaliques (1). Au point de vue purement clinique, nous ajouterons que la perversité manifestée par nos malades n'a été nullement atténuée par l'apparition tardive des signes de parkinsonisme, contrairement aux constatations publiées par Strecker (2) et Molitch (3). On ne trouve donc pas dans ces cas de balancement psycho-somatique comme l'indiquent ces auteurs, mais corrélation étroite, ainsi que l'écrit Le Guillant (4), entre le trouble primaire des réactions et le développement anormal des sentiments moraux.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

Obs. I. — L. L., 56 ans, ancien instituteur, interné depuis août 1926 après expertise dans une affaire d'outrage public à la pudeur. Exhibitionnisme depuis décembre 1924, plus de 20 délits constatés, 5 condamnations de ce fait, avait fait trois fois l'objet d'une expertise à conclusions négatives. Examiné par treize psychiatres jusqu'en 1937, ne présentait pas de signes physiques d'encéphalite épidémique chronique. Depuis la fin de l'année 1937, le parkinsonisme est devenu évident. L'enquête étiologique établit la réalité d'une névrosite avec narcolepsie en juillet 1921. Le malade est le seul dans le groupe étudié qui présente des antécédents psychopathiques : mère dite « nerveuse », un oncle et un cousin du côté paternel suicidés, lui-même fut réformé en 1918 pour « psychasthénie ». Mais son comportement était demeuré entièrement normal jusqu'en 1922 (idées hypocondriaques, divorce pathologique).

Examen physique : homme de grande stature, aspect soudé et solennel ; monotonie d'intonation, tachyphémie. Visage figé, séborrhéique ; exorbitisme, regard fixe. Tremblement fin des extrémités, mouvements d'émiettement du pouce droit ; abolition des mouvements automatiques du bras gauche pendant la marche. Pauvreté des mouvements ; « oreiller psychique » ; hémihypertonie du bras gauche augmentée par la manœuvre de Froment ; hyperréflexie tendineuse.

Examen psychiatrique : délire d'imagination à thème d'influence et d'érotisme : « Les francs-maçons agissent sur ma pensée, on veut me faire rencontrer d'anciennes amantes » — en découvre les signes dans le son de la cloche, ou par des allusions dans les journaux.

(1) HEUYER et LAGACHE. — (*Ann. Méd.-psych.*, 91, II, 214, juillet 1933).
HEUYER et LACAN. — (*Ibid.*, p. 221).

(2) STRECKER (E.-A.). — (*Arch. Neurol. and Psych.*, 21, 136, 1929).

(3) MOLITCH (Matthew). — (*Amer. J. of Psychiatry*, 91, 843, janv. 1935).

(4) LE GUILLANT (Louis). — « Perversions instinctives » encéphaliques. (*Ann. Méd.-psych.*, 93, I, 121-133, janv. 1935). *

Exhibitionnisme irrépressible même à l'Asile, perversité polymorphe avec prosélytisme. Auto-appréciation : « c'est anormal de s'exhiber, ça ne mène pas à des rapports sexuels ».

Examens spéciaux : Absence de troubles pupillaires. Sérologie négative, tous les examens sont normaux dans le liquide céphalo-rachidien. Glycorachie 0 gr. 69. Le rapport glycémie-glycorachie n'a pas été obtenu par suite de glycolyse dans le sang lors de l'examen.

Commentaire : symptômes parkinsoniens extrêmement marqués à l'heure actuelle, après une très longue phase de latence. Quelques caractères dégénératifs dans ce cas. L'encéphalite fut méconnue, le malade révoqué de son emploi et condamné 5 fois à des peines de prison. Il fut interné sans diagnostic précis. Le délire d'influence est apparu à l'Asile même.

Obs. II. — O. L., 23 ans, d'ascendants italiens, parfaitement sains, interné après expertise en 1933 dans une affaire d'assassinat d'une fillette. Diagnostic des experts : « Perversions instinctives. Ces troubles ont été rapportés par certain médecin à des séquelles d'encéphalite épidémique dont il ne subsiste pas actuellement de symptômes appréciables... »

(Ce « certain » médecin était le D^r de Clérambault, qui avait eu à examiner le sujet en 1926 à l'occasion de fugues avec troubles considérables du caractère). Le malade, alors âgé de 11 ans, fut par la suite interné en province jusqu'en février 1929. Le 20 juin 1929, il fut interné de nouveau à l'asile de Prémontré. Il venait de la prison de St-Quentin, où il était détenu sous l'inculpation de violences (agression sexuelle). Il fut libéré le 28 avril 1931 ; le 28 octobre 1931, il commit une tentative de viol avec violences sur une fillette de 11 ans, fut interné de nouveau le 20 juin 1932 à l'Asile de Clermont.

Le 3 juillet 1933, il bénéficiait d'un congé d'essai de cet établissement ; le 22 juillet il tuait à coups de briques et de barre de fer une fillette de 5 ans.

Examen neurologique : maladresse motrice, cou enraidé, salivation, masque figé et luisant, tachyphémie, monotonie d'intonation, fibrillations péribuccales, tremblement fin des doigts, hypertonie des deux côtés, légère amyotrophie du côté gauche, abolition des mouvements automatiques à droite pendant la marche, signe du fessier du côté gauche, réflexe rotulien plus vif à droite, plus ample à gauche ; réflexe achilléen même caractère ; signe de la chaise positif.

Examens spéciaux : pupilles réagissant faiblement à la lumière, absence totale de réaction à la convergence.

Sérologie négative. Liquide céphalo-rachidien : lymphocytose 5, albumine 0,15, glycorachie 0,57, benjoin normal.

Examen psychiatrique : troubles considérables de l'humeur et du caractère, crise de colères avec impulsivité féline, viscosité affective, impulsions au suicide et à l'homicide, perversité polymorphe ; l'enquête étiologique établit l'existence d'une attaque aiguë à 5 ans avec

terreurs nocturnes, tremblement généralisé, attaques motrices cataleptiques, évolution ultérieure vers une forme algo-myoclonique pendant 3 ans.

Commentaire : encéphalite épidémique méconnue par plusieurs experts, reconnue à l'Asile de Villejuif trois mois après. Il s'agit soit d'une forme à Parkinson retardé, soit d'une symptomatologie parkinsonienne à éclipses et réactivations périodiques ; on notera l'importance des phénomènes d'hypergénitalité précoce.

Obs. III. — R. G., 27 ans, interné depuis 1926, après examen à l'Infirmerie spéciale du Dépôt (arrêté pour fugues et vols).

Pas d'antécédents familiaux de psychose ; broncho-pneumonie à 1 an, convulsions dans l'enfance, affection « choréique » à 11 ans avec soubresauts, tremblements ; « grippe » avec fièvre élevée, avec sommeil prolongé en plein jour, pendant trois semaines, à l'âge de 13 ans. Développement entravé par la suite, taille petite : 1 m. 57.

Délinquance : dès l'âge de 14 ans, menus larcins (gardait la monnaie de billets de banque), puis fugues, vols de bicyclettes, vagabondage, association avec des malfaiteurs, vol d'un porte-monnaie avec agression en plein jour.

Examen psychiatrique : mentalité puérile, mythomanie maligne, état dépressif habituel, tentatives de suicide, colères impulsives, importunité assidue suivie de menaces conditionnelles. Perversité polyvalente, principalement homosexualité active et passive.

Examen neurologique : masque atone et strabisme divergent de l'œil gauche, apparus dans cet hôpital depuis 1931 (ne présentait rien de semblable à l'asile précédent). Salivation. Monotonie d'intonation et dyslalie (clicchement). Abolition des mouvements automatiques du bras gauche ; signe de la chaise positif ; hypertonie du côté droit augmentée par la manœuvre de Froment ; réflexe rotulien plus vif à gauche, pendulaire à droite. Stylo-radiaux et olécraniens absents, légère amyotrophie du côté gauche.

Examens spéciaux : aurait eu une période de diplopie, absence de réaction pupillaire à la convergence. Sérologie négative. Liquide céphalo-rachidien : glycorachie 0,63 (5 août 1938), toutes les autres recherches humérales sont négatives.

Commentaire : non diagnostiqué jusqu'à l'apparition du masque parkinsonien, atteinte encéphalitique vraisemblablement très précoce et peut-être intriquée avec les lésions cérébrales d'une encéphalopathie infantile.

Obs. IV. — F. C., 32 ans, douzième enfant d'une famille qui ne porterait aucun ascendant pathologique, tous ses frères seraient normaux. Interné pour la deuxième fois après expertise médico-légale avec le diagnostic de « folie morale » ; la première fois en 1933 s'était évadé d'un asile du Midi et s'était engagé à la Légion étrangère. La deuxième fois, l'asile refuse de le recevoir et il fut expertisé en pri-

son. A subi douze condamnations pour vols et une pour une infraction à un arrêté d'interdiction de séjour, toutes consécutives à son encéphalite léthargique, survenue à 18 ans (période de narcolepsie pendant deux mois) ; a subi en outre des condamnations militaires pour violences à supérieurs.

Examen psychiatrique : viscosité affective, état de morosité habituelle avec colères meurtrières (a tué un autre malade dans l'établissement d'un coup de pied à l'abdomen), impulsivité irrépressible, perversions sexuelles multiples, surtout d'ordre homosexuel.

Examen neurologique : visage figé, amimie, tremblement digital et lingual, fond d'hypertonie aux membres supérieurs, signe de la chaise positif. Sialorrhée, séborrhée de la face, dermatoglyphisme, balancement dans la marche très diminué pour le bras droit. Réflexes : achilléens et medio-plantaires plus vifs à gauche, rotuliens plus vifs à droite ; les réflexes sont polycinétiques des deux côtés, il existe des secousses cloniques du pied. Signe du fessier plus vif à droite. Langage : monotonie d'intonation, tachyphémie par intervalles. On note en outre une ébauche de pied creux des deux côtés.

Examens spéciaux : les pupilles réagissent faiblement à la lumière et à la convergence, la pupille droite très faiblement. Sérologie négative dans le liquide céphalo-rachidien ; 3 lymphos par mmc., 0 gr. 40 d'albumine, sucre 0,67, benjoin 00000.22222.10000.

Commentaire : méconnu jusqu'à un examen fortuit en août 1937 (D' Adnès). Avait fait l'objet d'un débat entre le médecin de l'asile de son département et un professeur de Faculté, celui-ci tenant pour la folie morale, celui-là pour une « anomalie » justiciable des tribunaux.

CONCLUSIONS

Les actes des adultes pervers, atteints d'encéphalite épidémique chronique à parkinsonisme retardé, sont marqués, dans les cas observés, par les caractéristiques suivantes : *itération, ingravescence, illogisme, scandale et nocivité, dissimulation ou rationalisation.*

Ils s'accompagnent de *troubles sexuels polymorphes, de variations affectives et d'anxiété.*

L'angoisse et les sentiments de culpabilité, d'une part, un élément kinétique important (itérations, hyperkinésie), d'autre part, nous paraissent constituer la base psycho-organique de ce comportement criminel.

Erotomane et jaloux de sa mère, par MM. Xavier ABÉLY
et Jean FRETET.

L'observation que nous vous présentons nous a paru digne d'intérêt, car elle constitue un cas exceptionnel et suggestif.

Il s'agit d'un malade érotomane de sa mère, dont il est secondairement jaloux. Nous n'avons pas pu retrouver, dans la littérature consacrée à l'érotomanie, de cas analogue.

Fernand est interné en décembre dernier à l'âge de 19 ans. Il est né en avril 1918 à Paris, second fils d'un Français et d'une Autrichienne. A l'âge de 18 mois, il est atteint d'une polyomyélite qui laisse après elle un léger raccourcissement du membre inférieur droit. « Je n'ai jamais pu et je ne pourrai jamais me résigner à n'être pas comme les autres », déclare Fernand. Au collège, il souffre beaucoup de son infirmité ; il est timide, se croit peu aimé de ses camarades, ne trouvant de tendresse qu'auprès de ses parents qui le préfèrent peut-être à son frère à cause de sa douceur et de sa maladie ; au moins Fernand le croit-il.

Ce bonheur ne dura pas longtemps. « Mon père, dit-il, s'accordait mal avec ma mère et j'assistais à de fréquentes discussions. »

Fernand est placé successivement comme demi-pensionnaire au lycée Michelet, comme pensionnaire au collège d'Etampes. Ramené à la suite d'une fracture du bras, en janvier 1933, au foyer familial, il n'y trouve que dissensions. Guéri des suites de son accident, Fernand prépare le concours de l'école Lavoisier, y est reçu et réintègre l'internat.

Ses souffrances de collégien brimé recommencent : « J'étais frère, dit-il, je ne pouvais pas courir, mon teint était trop délicat, mes camarades de classe me traitaient de morue et me disaient que j'avais des yeux de fille. »

Fernand cherche un protecteur : « Je décidai de me lier avec un grand afin de me faire respecter. L'un d'eux, Jacques, devint mon ami, et je lui dis toutes mes pensées, car j'avais évolué, j'étais maintenant expansif et confiant. » Peu après, les parents de Fernand se séparent. La mère quitte le foyer, emmenant avec elle son fils aîné, laissant le cadet, Fernand, à la charge de son père. Fernand, mécontent de ce partage, se montre hostile à l'égard de son père.

Sous le prétexte de continuer à s'instruire, il néglige de s'occuper des places qui lui sont offertes, dépense de l'argent à l'achat de livres, exprime la volonté de ne pas travailler. En janvier 1937, il cambriole la chambre de son père, qui le met à la porte.

C'est alors pour Fernand le commencement d'une vie misérable qui dure jusqu'à l'internement. Ses seules ressources sont constituées par les 100 fr. que son père lui remet chaque mois pour payer sa

chambre d'hôtel. Son père l'a prié de venir prendre ses repas avec lui, mais Fernand se dérobe à cette invitation, il ne travaille pas, vagabonde durant toute la journée, ne reçoit aucune visite dans sa chambre. Bientôt, poussé par la faim, il va voir sa mère, finit par la visiter chaque jour et lui demande fréquemment de l'argent. Il pense avoir des droits sur elle, non seulement en qualité de fils, mais peut-être à d'autres titres encore. Il est difficile de fixer le début de l'érotomanie de Fernand à l'égard de sa mère. Ce sentiment est resté longtemps latent. Il s'alimente actuellement d'interprétations rétrospectives. Le malade nous dit que les manières douteuses de sa mère, les provocations datent de nombreuses années : « Dès mon jeune âge, elle avait eu des caresses qui m'avaient gêné. A l'âge de six ou sept ans elle me gardait encore sur ses genoux pendant toute la durée des visites. Cela lui suffisait. Elle éprouvait de la volupté ainsi. Il y a quelques années, comme je m'étais attardé chez elle un soir, elle m'avait proposé d'y coucher ; elle me l'avait offert d'un ton étrange. J'acceptai par curiosité. Aussitôt couché j'ai éprouvé l'impression d'un fer chaud sur mon corps. Ensuite ça a été avec son pied, et je dus me reculer. Autre manœuvre : il y a deux ans, elle m'a embrassé sur la bouche avec un petit air de « j'ai fait ça par hasard » ; vous pensez comme je suis dupe ; je l'ai laissé faire ; elle m'a presque enlacé ; elle m'a même communiqué un peu de salive. Et tout ça avec un calme déconcertant.

« A table elle se met derrière moi, me tire sur les épaules pour que je me tiende droit, dit-elle ; mais ce faisant elle presse ses seins contre mon dos.

« Il faut voir comme elle se cramponne à mon bras pendant la promenade. Sur la plateforme de l'autobus, même jeu. Elle dit qu'elle aime à être secouée. Les femmes qui aiment la trépidation de l'autobus sont sensuelles. Elle veut toujours m'emmener au cinéma. Là elle ne se retient plus. Elle est comme une folle, tellement elle est excitée ; elle se penche continuellement de mon côté. Elle presse mon bras dans l'obscurité. Elle s'énerve, soupire, je la sens incroyablement vibrante à côté de moi.

« Elle est sensible ; elle est charmante ; mais elle est très hypocrite. »

Sur ce thème érotomane à objet maternel s'est greffé un thème de jalousie, dont voici l'origine.

Dans son dénuement Fernand s'est adressé pour obtenir quelque argent, non seulement à sa mère, mais aussi à Jacques, son ancien camarade de classe, dont il est demeuré ou redevenu l'intime. Il ne passe pas de jours où les deux amis ne se voient. Cette amitié n'est pourtant pas sans jalousie et sans envie de la part de Fernand.

Jacques est le fils unique d'une famille aisée. « Il me racontait avec fierté, dit notre malade, son bien-être ; il avait certainement des économies ; il m'offrait des cigarettes. Nous nous confions nos projets. Nous nous jugions intelligents, c'est-à-dire que nous étions am-

bitieux. Nous avons fait le projet d'arriver par les femmes d'un certain âge qui, ayant passé le temps de ne penser qu'à leur beauté, commencent à s'intéresser aux jeunes hommes, les paient d'aide ou de protection. Ce dont j'avais bien besoin, plus encore que Jacques.

« Ce fut pourtant lui qui réussit ; je m'en aperçus bientôt. Évidemment Jacques possédait des moyens de séduction que je n'avais pas. Il n'était pas boiteux, il n'était pas misérable, il avait une famille, les femmes le regardaient, le trouvaient beau, particulièrement les femmes d'un certain âge.

« Je m'aperçus bientôt qu'il devait en tirer profit ; je le voyais chaque jour plus gai, mieux habillé, comme le sont les fils choyés et les garçons entretenus. Je ne plaisais évidemment pas aux femmes autant que lui. Ma paralysie infantile m'empêchant de me créer des relations, de parvenir.

« C'est pourquoi le jour où j'appris qu'il avait une liaison je lui fis une scène ; je le menaçai d'aller dévoiler sa conduite de maquereau à sa famille et de la sanctionner en ne rendant pas à Jacques les 300 fr. que je lui avais empruntés. »

Le succès de Jacques exaspère le sentiment d'infériorité de notre malade, mais il est permis de croire qu'il s'y joignait une autre déception, celle d'un penchant homosexuel froissé. Fernand est ainsi devenu jaloux de son ami. Cette jalousie, d'abord vague, générale, s'est ensuite curieusement précisée.

Bientôt la suspicion de Fernand englobe à la fois son ami et sa mère. Il a un beau jour une intuition brusque : Jacques est l'amant de sa mère. Cette clairvoyance subite s'accompagne alors de toute une série d'interprétations, qui confirment sa perspicacité. Il aurait dû s'en douter depuis longtemps. Sa mère était une vicieuse et une hypocrite ; au cours de ses conversations avec sa mère, le malade a reconnu chez elle la tournure d'esprit de Jacques. Il a vite constitué le roman de leur liaison : c'est Jacques qui aura pris l'initiative, il s'est renseigné, est allé visiter la mère de Fernand, elle lui est tombée dans les bras. Elle n'attendait que cela, il lui fallait un jeune amant. Elle lui avait manifesté les mêmes désirs, mais il avait refusé. « Avec Jacques si vénal, dit-il, elle avait eu beau jeu. Jacques est un aventurier capable de tout ; il n'a pas hésité à arriver aux dépens de ma famille, de ma mère, c'est-à-dire à mes dépens par ricochet. »

Au cours des conversations avec le malade, on s'aperçoit qu'il regrette de temps en temps de ne pas avoir répondu à l'avance incertaine qui lui avait été faite. « Si j'avais couché avec elle, elle m'aurait tout cédé, puisqu'elle donne de l'argent à Jacques. »

Ainsi sa jalousie gravite autour d'un intérêt frustré. « Maman entretenait Jacques, elle lui donnait de l'argent, tandis qu'elle me laissait sans rien ; elle me privait de cigarettes, de tickets de métro, tandis que lui obtenait d'elle tout ce qu'il voulait. »

L'aiguillon de l'intérêt et de la jalousie a donné à l'érotomanie du malade une exaltation qu'elle n'avait jamais eue jusque là et a révélé

brusquement ses tendances passionnelles, persécutrices et revendicatrices.

Désormais Fernand reproche à sa mère le moindre retard, l'oblige à rendre compte de l'emploi de son temps, l'interroge d'un ton ironique sur la santé de Jacques, cherche à lui faire croire qu'il a intercepté une de leurs lettres supposées.

Fernand file sa mère, l'attend à la sortie de son travail. Un jour où elle veut l'embrasser, il invective grossièrement contre elle, veut l'entraîner au commissariat, et là, l'accuser publiquement d'être la maîtresse de Jacques.

Le 23 décembre 1937, nouvelle démarche de Fernand au commissariat de police. Il accuse maintenant sa mère d'avoir tenté de l'empoisonner ou de le défigurer : « Cela devait arriver, commente Fernand. Depuis longtemps déjà je sentais qu'un danger planait sur ma tête, je n'étais plus en sécurité auprès d'elle, ce qui est curieux c'est qu'elle s'en soit prise à mon visage, c'est bien une vengeance de femme. »

L'accusation de Fernand repose sur des signes d'atteinte de ses traits, de son teint, que depuis longtemps il observe quotidiennement, pendant des heures, dans le miroir. Ces interprétations d'atteinte corporelle s'accompagnent d'ailleurs de significations personnelles multiples : les allégations anciennes et suspectes de la mère de Fernand, prétendant que son fils était de santé débile ; son insistance pour qu'il prenne un bain de pieds, son tremblement accru pendant qu'elle versait un certain sel dans le bain, l'apparition, bientôt après, des taches caractéristiques, visibles par un long examen dans la glace, etc.

Dans cette observation, nous trouvons une illustration de l'étude que l'un de nous a consacrée aux causes affectives de l'érotomanie (1). Nous découvrons, chez notre malade, ces caractères essentiels : le sentiment d'infériorité dû à une situation sociale malheureuse et à des disgrâces physiques ; et corrélativement, le besoin de protection, d'aide, d'assistance ; d'où la recherche d'un objet de condition supérieure ou du moins susceptible d'améliorer un sort misérable. L'érotomanie est souvent beaucoup plus l'espoir d'être entretenu que l'illusion d'être aimé. Les souvenirs heureux de la période infantile restent vivaces chez ces sujets que la vie a froissés. Dès lors, la personne aimée apparaît comme le succédané de la famille retrouvée ou améliorée. D'où l'hypothèse émise par l'un de nous que l'objet n'est que le substitut de la mère. Le malade le revêt souvent, en effet, des caractères maternels. L'intrication

(1) J. FRÉRET. — *Les causes affectives de l'érotomanie*. 1 vol., Alcan, 1937.

fréquente du thème érotique avec un thème de filiation plaide encore en faveur de cette hypothèse, que de nombreuses observations viennent corroborer. Il manquait cependant la consécration d'un cas de poursuite érotomaniaque de la mère elle-même. C'est l'observation directe de ce fait que nous apportons aujourd'hui.

Un second point nous paraît intéressant dans cette observation : c'est la coexistence d'un délire de jalousie et d'un délire d'érotomanie. La possibilité de cette simultanéité avait été niée pour des raisons surtout théoriques. Claude et Lagache ont soutenu cette incompatibilité, faisant remarquer qu'on ne peut pas, à la fois, se croire ardemment chéri et odieusement trahi. En réalité, l'érotomanie est essentiellement la poursuite de l'objet que l'on aime. Le postulat de de Clérambault, c'est-à-dire l'illusion d'être aimé exclusivement, est loin d'être la mesure commune de tous les érotomanes. Quand cette conviction n'est pas entière, l'idée de jalousie peut éclore. C'est le cas de notre malade. La jalousie, chez lui, apparaît comme la réaction d'un être frustré, à la fois dans son amour, dans son amitié, dans son intérêt, et dans son droit familial. Ce sentiment est ici plus complexe encore, parce que le malade est doublement jaloux, jaloux de sa mère et jaloux de son ami, pour lequel il éprouvait, à coup sûr, un penchant homosexuel.

On pourrait pousser plus loin l'analyse psychologique : si l'on veut bien considérer que l'ami représente moins peut-être le rival que le modèle bovaryque, auquel notre malade voudrait s'assimiler, on découvre que la jalousie s'exerce, en fait, entre le moi réel de notre sujet et son moi idéal, seul capable, d'après lui, de réaliser son ambition érotomaniaque. Et c'est la création de ce double qui rend à la fois possible le platonisme d'un désir dont un autre est bénéficiaire et la contemporanéité d'une jalousie pour un rival qui est soi-même.

M. HESNARD. — Demande si l'enquête clinique a pu, dans ce cas intéressant d'érotomanie à forme incestueuse avec jalousie, révéler qu'il avait existé, préalablement à l'érotomanie jalouse actuelle, des manifestations de jalousie infantile.

Des cas analogues à celui-ci sont doublement intéressants en ce qu'ils sont l'occasion de poursuivre, chez le même malade, l'analyse clinique au sens psychologique et l'investigation psychanalytique. Le rôle de la mère, essentiel dans beaucoup d'érotomanies, la tendance homosexuelle ici évidente, par le mécanisme d'identification, sont deux éléments, entre tant d'autres, qui pourraient relier l'un à l'autre ces deux disciplines.

Rendant hommage à la finesse de l'analyse pratiquée cliniquement par les deux auteurs de cette communication, il ajoute qu'il est aussi d'accord avec eux pour croire que la jalousie est un accompagnement relativement fréquent de l'érotomanie ; l'érotomane, ne ressentant pas de contradiction entre la certitude de son amour partagé et le doute que l'objet de son amour le trompe ; mais il fait peser la faute sur le rival et non sur l'objet, envers lequel il éprouve une indulgence toujours prête.

**Un nouveau symptôme des traumatismes crâniens :
la mydriase consécutive, par M. Alberto BROCHADO.**

C'est la première fois que j'ai le grand honneur de parler devant cet auditoire si distingué, devant l'élite de la science psychiatrique française. Je salue donc, d'abord, la Société, et je remercie les confrères ici présents de l'honneur qu'ils me font de m'entendre.

En janvier 1933, MM. Xavier Abély et Trillot ont décrit un symptôme qui apparaît très fréquemment dans la démence précoce, mais qui n'est pas absolument spécial à cette maladie et qui consiste essentiellement dans le phénomène suivant : la pupille, sous l'influence d'une excitation lumineuse assez forte, se contracte comme chez le sujet normal, mais reprend, avec une grande rapidité, sa dimension primitive. L'examen du réflexe photo-moteur de ces malades étant extrêmement difficile, parce qu'on se heurte à chaque instant à leur inertie et plus souvent encore à leur négativisme, les auteurs jugent impossible de fournir un pourcentage prétendant à quelque exactitude.

Depuis quelques années, je me suis mis à rechercher ce symptôme chez de nombreux malades mentaux ou névropathes et, en dépit de l'observation des auteurs ci-dessus transcrite, j'ai tâché d'exprimer numériquement les résultats de mes recherches. Je me suis permis, aussi, de le baptiser d'un nom qui, je crois, exprime suffisamment sa caractéristique principale. Je l'ai nommé le signe de la *mydriase consécutive*.

Faisant abstraction des cas où la recherche du symptôme est impossible, je l'ai trouvé positif dans 40 % des cas de démence précoce où j'ai pu l'examiner.

Si, toutefois, on écarte les cas dans lesquels ce symptôme est simplement esquissé et ceux dans lesquels il est nettement positif, on trouve, pour ces derniers, le pourcentage de 23 %.

Dans les autres maladies mentales ou névropathiques, on trouve le signe nettement positif dans 3,16 des cas seulement et si l'on prend tous les cas où il apparaît — nettement positif ou seulement sub-positif — on trouve le chiffre de 14,9 %.

MM. X. Abély et Trillot disent avoir trouvé le symptôme, en dehors de la démence précoce, dans des cas de confusion mentale, dans certains états anxieux, dans des états sympathicotoniques francs et dans la maladie de Basedow.

Or, je dois dire que, à l'exclusion de la paranoïa et de la démence sénile, j'ai trouvé la *mydriase consécutive* dans tous les états mentaux ou névropathiques, avec plus ou moins de fréquence, cela va de soi.

Mais, au cours de mes recherches, une chose m'a vivement frappé : c'est l'extrême fréquence, je peux même dire la constance avec laquelle on trouve ce symptôme dans les cas de traumatisme crânien.

J'ai divisé mes observations en deux groupes : a) cas de troubles nerveux ou mentaux incontestablement déclenchés par un traumatisme crânien avec ou sans fracture ; b) cas de malades mentaux qui ont eu, dans leur passé, un trauma crânien plus ou moins grave.

L'importance de ce deuxième lot de cas est beaucoup moindre. En effet : 1° la mydriase consécutive, pouvant apparaître, comme il a été déjà dit, dans bon nombre d'états neuro ou psychopathiques, on ne peut établir absolument une relation de causalité entre le traumatisme en soi et ce symptôme ; 2° il y a même des cas dans lesquels le rapport entre le trauma et les troubles mentaux postérieurement apparus n'est pas absolument certain. Dans une de mes observations, par exemple, il s'agit d'un stucateur qui, en 1928, a eu un trauma crânien, sans coma ni troubles postérieurs d'importance. Deux ans après, subitement, il s'agite, crie, détruit des objets dans sa maison. Cette crise d'agitation s'amende, mais il ne veut pas travailler et présente des idées d'influence. En 1932, il est interné dans l'asile Comte-Ferreira. Désorienté dans le temps et dans l'espace, absolument autiste, vagues idées d'influence, parfois refus d'aliments. Mydriase consécutive absolument positive. Un frère jumeau du malade est interné également à l'asile, pour une symptomatologie paranoïde.

Il semble que, dans ce cas, on ne peut établir aucun rapport entre le trauma et l'éclosion des troubles mentaux et que, par contre, le facteur constitutionnel serait le plus important élément étiologique de la psychose.

Je ne veux donc pas retenir que les cas du premier groupe, à savoir ceux dans lesquels les troubles nerveux ou mentaux ont été déclenchés, sans conteste, par le traumatisme cranien. Or, dans ceux-ci, la mydriase consécutive apparaît constamment. Je l'ai vue dans de grands traumatisés avec fracture crânienne et aussi dans des traumas sans lésions osseuses. Mais, de même que dans la démence précoce, l'intensité du symptôme est variable : il peut être très accusé ou simplement esquissé.

Sur l'évolution du signe, je ne peux donner que quelques indications, mais je crois qu'il subit une marche parallèle à celle de la restante symptomatologie. L'observation suivante est curieuse à ce point de vue.

J. M., 33 ans, commis-voyageur. Trauma violent le 24 novembre 1937. La moto sur laquelle il voyageait a été violemment heurtée par un autocar. Il reste en état comateux pendant trois jours. Je l'ai vu la première fois le 5 décembre. Etat confusionnel très marqué avec paraphasie. P = 72. Tension 14/7. I.o. = 4. Les pupilles, en légère mydriase, sont inégales, D > G. La mydriase consécutive est absolument nette. Une ponction lombaire décompressive a été faite, qui a montré une tension de 40 (Claude) et 0,22 d'albumine, 0,85 de glucose, 10 éléments cellulaires par mm³ (nombreuses hématies), Wassermann, Hecht-Muttermilch et Kahn négatifs, Guillain normal.

Dans le sang, Wassermann et Kahn négatifs. Un examen radiographique a montré plusieurs fissures dans les pariétaux, les temporaux et une dans l'occipital, sans esquilles osseuses ni enfoncements par fracture de la table interne du crâne.

Constipation, langue saburrale. Température 37°5 l'après-midi.

Les jours suivants la paraphasie s'améliore petit à petit et l'état confusionnel se dissipe.

Une nouvelle ponction le 11 montre une tension de 16. La mydriase consécutive est un peu plus faible, quoique bien nette.

Le 20, les derniers vestiges de l'état confusionnel ont disparu. Le malade est dans un état d'hyperémotivité et de légère excitabilité. Pas de céphalalgies ni de vertiges. Il dort bien. La mydriase consécutive est plus petite.

J'ai vu le malade la dernière fois le 12 février 1938. Il se porte presque bien. Il se plaint seulement d'un peu de dysmnésie des noms propres et d'un léger état vertigineux quand il baisse la tête. Il rêve beaucoup, mais dort toute la nuit. La mydriase consécutive s'est atténuée encore un peu.

Par contre, l'observation qui suit nous montre une *mydriase consécutive* bien positive sept ans après le trauma.

U. M., 28 ans, mariée ; femme de ménage. Vient à la consultation externe de l'asile Comte Ferreira le 10-XII-37. Il y a sept ans, elle est tombée dans un escalier et s'est heurtée violemment la tête dans les marches. Après cela elle a ressenti des malaises : céphalalgie, vertiges, dysmnésie, hypotonie. P = 85. R.O.C. = 9 (15 secondes de compression).

Pupilles en mydriase légère ; mydriase consécutive positive.

Postérieurement le syndrome s'est amélioré quelque peu, mais la mydriase persiste dans le même état.

Dans la première des deux observations, les troubles s'amendent très vite et la mydriase s'atténue aussi avec une certaine rapidité. Dans la deuxième, nous avons un syndrome subjectif qui persiste sept ans après le trauma et la mydriase consécutive se montre toujours bien positive. Dans ces deux cas, donc, la mydriase consécutive évolue à peu près parallèlement à la symptomatologie résiduelle. Mais seulement l'étude de l'évolution de nombreux cas pourrait permettre d'établir des conclusions nettes. Or, quoique j'aie vu la mydriase dans quelques 30 cas de traumatisés crâniens, je n'en ai pu suivre l'évolution que dans un petit nombre.

Recherchant le mécanisme du signe qu'ils ont décrit, MM. Xavier Abély et Trillot croient qu'il est dû à un spasme de l'irido-dilateur par hypertonus du sympathique et rejettent l'hypothèse de paralysie du moteur oculaire commun puisque la contraction de la pupille s'effectue normalement sous l'influence de la lumière, tandis qu'une lésion de la troisième paire s'accompagne de l'abolition totale du réflexe photomoteur. Je me rallie à l'opinion des auteurs que j'ai vérifiée par des épreuves pharmacodynamiques personnelles, dans des cas de démence précoce. Mais on comprend très facilement que les traumatismes crâniens offrent un état de déséquilibre du système vago-sympathique éminemment favorable à l'apparition de la mydriase consécutive.

Quant à l'importance de ce symptôme, je ne crois pas qu'il soit très nécessaire d'insister là-dessus. N'eût-il d'autre importance que celle de pouvoir être un précieux auxiliaire dans la pratique médico-légale, qu'il serait déjà digne de l'attention des neurologistes et des psychiatres. La symptomatologie du syndrome subjectif des traumatisés crâniens se prêtant à la simulation ou, du moins, à l'allégation, tout symptôme physique, objectif, en acquiert une importance considérable dans ce domaine.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Klippel et Mathieu-Pierre Weil ont observé la mydriase dans les traumatismes cranio-encéphaliques et signalent le rapport habituel de la prédominance du symptôme avec l'hémorragie méningée du côté lésé. M. Brochado a-t-il eu l'occasion de vérifier cette constatation ?

M. Alb. BROCHARDO. — Dans la majorité des cas, le symptôme est également accusé des deux côtés. L'évolution de tous les cas n'a pas été suivie suffisamment pour donner une réponse nette à la question posée. Parfois, cependant, la mydriase était plus marquée d'un côté que de l'autre. Dans plusieurs observations, le traumatisme était très antérieur au premier examen du malade.

Vagotonie et syndrome de démence précoce. Disparition par l'atropine, par M. A. DONNADIEU.

De la lecture du rapport de M. D. Santenoise au récent Congrès des médecins neurologistes et aliénistes de langue française (Alger, 1938), il ressort qu'après Truelle et Boudierlique, et lui-même, les auteurs qui ont étudié le système neuro-végétatif des déments précoces s'accordent à le reconnaître hypo-excitable. Pour tous, chez les hébéphréniques, on constate de l'hypotonie à prédominance vagale, le réflexe oculo-cardiaque étant toutefois souvent positif dans la catatonie pour Langfeld et Yoneyama.

Aussi m'a-t-il paru intéressant de rapporter l'observation d'un sujet présentant un syndrome net de démence précoce hébéphréno-catatonique avec vagotonie très accentuée et chez qui un essai de traitement par l'atropine a provoqué, avec une disparition de cet état neuro-végétatif, un rétablissement de l'état mental auquel, sincèrement, je ne m'attendais pas.

E... François, de nationalité espagnole, entre le 8 avril 1937 à l'Hôpital neuro-psychiatrique de Berrechid. Il est né le 15 avril 1916.

Sa mère a fait cinq accouchements à terme : 2 fils et 3 filles et une fausse couche.

En 1926 François a fait une fièvre typhoïde qui s'est terminée sans laisser de séquelles. En janvier 1937 il a présenté une arthrite gonococcique du poignet. Aucune autre maladie, en particulier rien qui puisse faire penser à une encéphalite épidémique. Il a été à l'école, sait lire et écrire, il s'est toujours montré d'une intelligence moyenne et a appris le métier de serrurier.

Le début des troubles mentaux remontant à un an, a été tout d'abord marqué par de la dépression, du mutisme, du refus d'aliments, de l'inertie. Cette inertie fut remplacée par la suite par de l'agitation passagère au cours de laquelle le malade criait, frappait

sa famille. Il retombait plus tard dans l'état précédent et devenait malpropre.

A son entrée, il semble indifférent mais tient difficilement en place sur sa chaise : il est instable, frotte ses pieds sur le sol.

Lorsqu'on l'interroge, on obtient, après une longue attente, quelques rares réponses brèves, faites en bégayant.

On ne peut déceler d'idées délirantes ou de phénomènes hallucinatoires. Lorsqu'on lui donne un ordre il en commence l'exécution puis s'arrête dans la position où il se trouve à ce moment.

Le maintien des attitudes les plus pénibles est très prolongé.

L'état général du sujet est assez précaire ; il a considérablement maigri. Son arthrite gonococcique est guérie. La motricité volontaire et la sensibilité sont normales. La recherche de la motricité passive montre de la raideur. Les réflexes tendineux sont un peu vifs bilatéralement. Les crémastériens, cutanés abdominaux sont corrects.

Pas de signe de Babinski, pas de trépidation épileptoïde du pied, pas de clonus de la rotule.

Les pupilles égales réagissent très lentement à la lumière.

Rien d'anormal à l'auscultation ; le pouls bat à 48 en position couchée.

On note encore des oreilles décollées, une mauvaise implantation dentaire.

On porte le diagnostic de démence précoce sur fond de dégénérescence.

Dans les jours qui suivent, le malade passe par des alternatives d'inertie absolue (il s'isole, se couche la journée entière à terre) et d'agitation. Il souille sa literie, se tient malpropre.

Le diagnostic d'hébéphrénocatatonie paraît se confirmer.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang.

L'examen du liquide céphalo-rachidien indique :

Leucocytes	2,6
Albumine	0,22
Pandy	négatif
Bordet-Wassermann	négatif
Benjoin colloïdal	00000.22100.00000.0

L'état se maintient identique dans les mois qui suivent et on note dans l'observation en août, octobre, novembre 1937: démence précoce.

Le 25 octobre, on écrit à la famille : « L'espoir de voir une guérison se produire demeure précaire. »

Soulignons qu'un psychiatre vu avant l'entrée à l'hôpital avait porté le même diagnostic.

J'ai noté plus haut la lenteur du pouls de François. En position couchée il se maintenait entre 41 et 48 mais s'accélérait vers 60, 64 en position debout. La tension était basse : Mx 10, Mn 5. Io = 2 1/2.

L'auscultation du cœur, particulièrement attentive du fait de la dothiéntérie présentée onze ans plus tôt, demeurait toujours négative.

Le réflexe oculo-cardiaque était augmenté : 48/39.

En vue de confirmer l'action du vague, le pouls étant à 41, je fais respirer une ampoule de nitrite d'amyle. Il monte aussitôt à 65 mais retombe à 53 une minute après son retrait.

J'eus alors l'idée d'essayer, pour faire céder cette vagotonie — oh ! sans espoir d'influencer les troubles mentaux — la solution d'atropine à 0 gr. 50 de sulfate pour 100 cc. préconisée par Roemer dans la maladie de Parkinson post-encéphalitique.

Les doses quotidiennes étant prises en trois fois avec début par une goutte, en augmentant d'une à chaque prise journalière, le traitement fut commencé en décembre 1937 pour atteindre 30 gouttes par jour.

A la dose de 12 gouttes on constata une accélération progressive du pouls et quelques jours après on fut surpris de la transformation mentale qui s'opérait. Le malade devenait calme, propre, se souciait de sa tenue, écrivait de lui-même à sa famille. Les phénomènes catatoniques disparaissaient également ainsi que le bégaiement. L'état général s'améliorait parallèlement.

Le malade était maintenu 10 jours à la dose de 30 gouttes de solution atropinique et revenait progressivement à la dose de départ.

Le 26 janvier 1938, on notait sur l'observation : sujet normal, a beaucoup engraisé, parle correctement ; souvenirs précis, orienté dans le temps ; réactions pupillaires redevenues normales ; pouls en position couchée : 72 ; réflexe oculo-cardiaque : 72/65.

Le 2 février, sa famille constatant cette amélioration demandait sa sortie qui était accordée.

De nouvelles reçues, en septembre dernier, de la famille et du malade lui-même, il résulte que l'état se maintient satisfaisant.

En résumé, il s'agit d'un syndrome hétérophréno-catatonique s'accompagnant d'une vagotonie marquée, tous phénomènes ayant cédé à l'application d'un traitement par l'atropine.

En rapportant cette observation, je n'ai voulu que vous soumettre un fait clinique étrange sans me risquer à des hypothèses. Les recherches bibliographiques auxquelles j'ai procédé, restreintes, il est vrai, par suite de l'éloignement, ne m'ont rien fait trouver d'analogue dans la littérature. Mais n'est-il pas intéressant d'avoir vu réussir, au cours d'un syndrome de démence précoce, un traitement qui donne parfois de bons résultats dans le Parkinson post-encéphalitique capable lui-même de produire des états mentaux si analogues à la démence précoce que certains les y rattachent ?

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — La recherche du pH aurait complété utilement l'observation. L'auteur n'a pas trouvé d'élément encéphalitique dans les antécédents, mais il a pensé à le rechercher. L'amélioration par la cure atropinique est logique. La vago-

tonie libère les automatismes. Il convient d'admettre, dans le cas présent, un mécanisme d'action vagotonique sur les centres plutôt que le mécanisme inverse.

Epilepsie post-malariathérapique. Etiologie. Mécanisme,
par M. A. DONNADIEU.

Les crises d'épilepsie survenant chez un ancien paralytique général sont choses connues, bien que peu fréquentes (2 % pour Alexander et J. Titeca) (1). Aussi l'observation ci-dessous ne vaudrait-elle pas d'être rapportée s'il n'avait été permis de trouver la cause des accès d'abord, le mécanisme de leur production ensuite.

Voici, avant l'exposé des recherches effectuées, un bref résumé de l'histoire du malade :

M... Luis, né le 7 août 1889, est vu pour la première fois en 1931.

Il est atteint de paralysie générale agitée avec faiblesse des réactions pupillaires, Bordet-Wassermann très positif dans le sang et liquide céphalo-rachidien très troublé. Impaludé en juin 1931, il rentre chez lui en août, stabilisé. Revu en 1932, l'amélioration s'est maintenue.

Après 19 grossesses dont les unes se sont terminées par des fausses couches et toutes les autres par des enfants morts très jeunes, sa femme met au monde en 1933 un enfant vivant et bien portant. En 1934 il rentre à nouveau à l'hôpital, très troublé et impulsif. Le sang et le liquide céphalo-rachidien sont devenus négatifs, à part une hyperalbuminose de 0 gr. 48. En juin 1934, récurrentothérapie sans amélioration. En décembre 1934, nouvelle impaludation ; 6 accès. On les interrompt, le malade ayant présenté plusieurs ictus.

Il entre à l'hôpital neuro-psychiatrique de Berrechid le 21 mars 1935 où l'on constate l'existence sur un fond déméntiel de crises d'épilepsie survenant souvent plusieurs fois par jour.

Un traitement par le stovarsol sodique ne donne pas d'amélioration.

Dans le liquide céphalo-rachidien on trouve 0 gr. 35 d'albumine et une réaction de Pandy positive.

Les crises se répètent plusieurs fois par jour jusqu'en novembre 1937 où elles disparaissent pendant trois mois. Elles réapparaissent brusquement en février 1938 au cours d'une visite de sa femme.

L'infirmier du quartier signale alors qu'il a remarqué que l'absence des crises semble avoir correspondu avec la privation de cigarettes et qu'elles ont réapparu parce que la femme du malade lui en a apporté.

A l'examen physique les pupilles réagissent faiblement, le malade tire un peu le membre inférieur gauche en marchant.

Il était intéressant de faire la preuve de l'action du tabac dans le déclenchement des crises. Voici les recherches effectuées ; chacune d'elles a été répétée de nombreuses fois.

A) *Première série de recherches : Est-ce bien le tabac qui provoque les crises ?*

I. Le malade est privé de cigarettes pendant quinze jours : il ne présente pas de crises.

II. On fait fumer le malade. Après avoir fumé deux cigarettes, dix minutes environ après le début de la première, crise d'épilepsie franche.

La crise s'annonce, au bout de cinq à six minutes, par de courtes absences du malade. Aimant fumer, il oublie de tirer sur sa cigarette et on est obligé de l'y inciter.

Puis apparaissent du tremblement des mains, des secousses dans les muscles de la face, enfin un cri et la crise se déclenche.

Elle se déroule suivant les phases tonique et clonique habituelles, est généralisée avec légère prédominance à gauche, déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite, dure 1 à 2 minutes, est suivie d'une période d'obnubilation de 10 minutes environ.

III. La crise était-elle bien due au tabac et non à l'effet réflexe irritatif de la fumée sur la muqueuse nasale ou oculaire ?

Le malade est alors invité à fumer plusieurs cigarettes d'eucalyptus ; elles ne déclenchent pas de crises.

IV. Enfin, recherches complémentaires : des crises sont provoquées par l'insufflation de 0 gr. 10 de tabac à priser dans la cavité nasale.

B) *Deuxième série de recherches : Par quel mécanisme, le tabac provoque-t-il les crises ?*

I. Réflexe oculo-cardiaque. Comme Claude, Tinel et Sante-noise (2) l'ont signalé, le système neuro-végétatif du malade exploré par le réflexe oculo-cardiaque paraît tout à fait instable. Examiné dans les mêmes conditions, au repos et à jeun, on trouve des chiffres très variables d'un jour à l'autre : 60-72, 66-72, 68-72.

Donc, à traduction nettement sympathicotonique, certains jours, les plus fréquents.

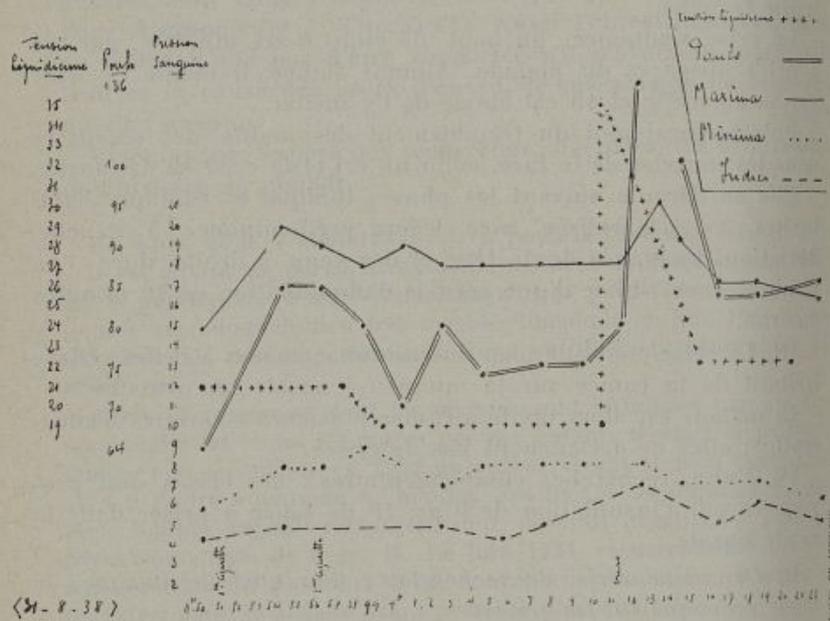
72-62, donc vagotonique d'autres fois, enfin 68-66 ; 72-72 donc indifférent à d'autres moments.

Il faut noter que, contrairement à la plupart des auteurs qui estiment que la vagotonie favorise l'apparition des crises et peut, dans certains cas, les faire prévoir (3), les crises, chez ce malade, ont paru plus faciles à déclencher les jours où le

réflexe était inversé. Ces jours-là, l'accès commençait souvent avant la fin de la deuxième cigarette, tandis que les jours où le réflexe oculo-cardiaque était augmenté, trois cigarettes étaient nécessaires.

II. En présence de ces constatations, j'ai recherché les phénomènes cardio-vasculaires qui précédaient, accompagnaient, suivaient la crise.

a) Le pouls s'accélère dès les premières bouffées passant, en deux minutes, de 64 à 85, puis redescend, après cinq minutes



environ, tout en restant plus élevé qu'au départ, remontant ensuite progressivement jusqu'au déclenchement de la crise. Celle-ci produit un bond brutal — à 136, par exemple — suivi, cinq minutes après la crise, d'une descente aux environs de 80 où il se maintient longtemps en plateau.

b) La pression artérielle suit les mêmes oscillations surtout nettes pour la maxima.

Étudiée avec l'appareil de Pachon, après une montée brusque de 15 à 20, la maxima, après quelques oscillations, se maintient aux environs de 18 et ce n'est qu'une fois la contraction tonique ébauchée qu'elle remonte à 20, 21, pour redescendre aux environs de 17 après cinq minutes. La minima et l'indice suivent des courbes analogues.

Il se produit donc, avant la crise, une hypertension d'abord brusque, avec maintien de la tension à un taux plus élevé qu'au départ.

Est-ce le maintien de la tension élevée qui déclenche la crise, est-ce l'élévation brusque du début, mais est-il nécessaire que s'écoule un temps perdu de sommation ? Il est difficile de se prononcer.

c) Cette hypertension s'accompagne, semble-t-il, d'une vasoconstriction cérébrale nette.

La tension du liquide céphalo-rachidien prise pendant le même temps en position couchée avec le manomètre de Claude, l'aiguille maintenue en place pendant toute l'expérience donne les chiffres suivants :

21 avant la première cigarette.

19 après sept minutes et maintien à ce chiffre jusqu'à la crise sans exacerbation précritique.

Ce n'est qu'une fois la crise ébauchée que l'aiguille remonte, et rapidement, pour, après avoir fait le tour du cadran, venir s'arrêter contre le butoir. Cette ascension s'explique par la contraction musculaire généralisée.

Deux minutes après la crise, l'aiguille redescend à 23, puis 22, où elle se stabilise.

Il n'y a donc pas d'hypertension liquidienne avant la crise, comme le pensent certains auteurs (4) ; il y a eu, au contraire, baisse de la tension, correspondant sans doute à la vasoconstriction constatée par ailleurs.

III. J'ai essayé alors quelques épreuves pharmacodynamiques.

a) L'injection intra-musculaire d'un milligramme d'adrénaline n'a produit qu'une très légère accélération du pouls, sans modification de la tension artérielle, et n'a pas déclenché de crise.

b) Un centigramme de nitrate de pilocarpine intra-musculaire injecté vingt minutes avant la première cigarette n'a pas empêché l'accès de se produire.

Par contre, des résultats bien plus intéressants ont été obtenus avec deux puissants vaso-dilatateurs.

c) L'injection intra-musculaire de 12 cgr. 5 de bromure d'acétylcholine vingt minutes avant de fumer a empêché la crise de se produire.

La même injection, faite vingt minutes avant l'instillation nasale de 0 gr. 10 de tabac à priser, a également empêché la crise.

d) Par ailleurs, le malade est mis à fumer ; dix minutes après le début de la première cigarette, au moment où il paraît absent,

où le tremblement des muscles péri-buccaux est intense, faisant prévoir une crise prochaine, l'inhalation d'une ampoule de nitrite d'amyle la fait avorter.

Il était alors intéressant de confronter les résultats obtenus avec ceux des auteurs ayant étudié l'action du tabac.

Des recherches faites par Fleig et de Visme et confirmées par Tournade (5), l'inhalation de fumée chez le chien produit une très forte augmentation de la pression artérielle avec grosse accélération du cœur, le retour à la normale se faisant progressivement.

Parfois, cette hypertension est précédée d'une forte et brusque chute de la pression, mais celle-ci peut faire défaut.

Il m'est difficile de dire en quel point, chez mon malade, agit l'agent toxique. Est-ce sur les centres vaso-moteurs de la base sur lesquels, d'après Tournade, le tabac exerce une action stimulante ?

Est-ce sur les centres réflexes intermédiaires de défense ? « Fait remarquable et qui mérite d'être tout spécialement souligné, écrit Tournade, le spasme artériolaire est si intense que les réflexes physiologiques de défense contre l'hypertension s'en trouvent mis hors jeu. Ni la distension du sinus carotidien, ni la faradisation du nerf de Héring n'engendrent plus l'effet dépresseur. »

Conception digne d'intérêt et qui attire l'attention, à la suite de recherches expérimentales, sur l'importance du sinus carotidien que vient également de souligner Euzière dans la thèse de son élève, Mme Deffuant de Gaillande (6).

En résumé, le cas que je rapporte démontre — compte tenu des lésions cérébrales sur lesquelles je n'ai pas voulu insister — l'action nette du spasme dans le déterminisme des crises épileptiques chez ce malade.

C'est une contribution modeste au mécanisme de la crise épileptique, sans qu'il soit dans ma pensée de généraliser cette pathogénie à toutes les crises épileptiques.

En montrant l'action d'un agent hypertenseur, elle élimine l'action du paludisme en tant que producteur de l'épilepsie post-malariathérapique, comme le pensaient Leroy et Médakovitch.

Mais cette hypertension brusque n'est peut-être pas le seul phénomène important. Des recherches en cours sur ce sujet me font déjà soupçonner des variations de certains éléments biologiques. Elles vont être poursuivies et feront l'objet d'un travail ultérieur. D'ores et déjà, je serais heureux de recevoir vos suggestions à leur sujet.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALEXANDER et J. TITECA. — L'épilepsie post-malariathérapique. *Journal belge de neurologie et psychiatrie*, 6, juin 1936, p. 354.
2. CROUZON. — XII^e Réunion neurologique internationale annuelle 1932 in *Revue neurologique*, juin 1932, p. 1169.
3. CROUZON. — *Loc. citat.*
4. PAGNIEZ. — XII^e Réunion neurologique internationale annuelle 1932 in *Revue neurologique*, juin 1932, p. 1149.
5. TOURNADE. — Données expérimentales sur le tabagisme. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 35, 29 août 1937, p. 177.
6. Mme DEFFUANT DE GAILLANDE. — Les troubles neuro-végétatifs des épileptiques et leur action sur la crise. *Thèse Montpellier*, 1937.

M. FRIBOURG-BLANC. — On ne peut qu'approuver les conclusions de M. Donnadiou. L'étiologie post-malarique de l'épilepsie est extrêmement rare et, du point de vue médico-légal, cette notion n'est pas indifférente. Des demandes de pension sont formulées au sujet de vieux coloniaux alcooliques qui invoquent à tort le paludisme à l'origine de leurs crises comitiales.

M. MARCHAND. — Il faut interdire le tabac aux épileptiques si on veut obtenir une diminution des absences.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Trop souvent, nous sommes appelés à soigner des épileptiques anciens qui continuent à faire usage du tabac et du vin, alors qu'il est indispensable de leur supprimer ces deux toxiques.

M. HESNARD. — Tous les traités anciens de Médecine coloniale consacrent un article à l'épilepsie post-malarique. Les observations qu'on veut bien se donner la peine d'étudier de près font ressortir qu'il s'agit presque toujours d'alcooliques.

M. CEILLIER. — Les rapports médico-légaux rédigés à propos de certains épileptiques mentionnent le paludisme dans les antécédents, alors que c'est généralement, comme l'observent MM. Fribourg-Blanc et Hesnard, l'alcoolisme qui doit être mis en cause.

M. RONDEPIERRE. — Ne croit pas non plus à l'origine malarique de l'épilepsie observée chez les paralytiques généraux.

La séance est levée à 17 heures 40.

Le Secrétaire des séances :
P. CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société Royale de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 30 Juillet 1938

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

La séance est consacrée à l'étude de la question des « Services ouverts ».

La discussion est introduite par M. le Professeur F. d'HOLLANDER qui rappelle que la juridiction toujours en cours est vieille d'un siècle et qu'elle a eu surtout pour but de prévenir les collocations arbitraires dont cependant aucun médecin encore en vie n'a jamais vu d'exemples ! Il reproche à la loi belge de 1850-73 de négliger les cas curables où les soins médicaux doivent primer les questions légales et d'entraver le traitement des psychopathes par la multiplicité des mesures administratives. Il commente à ce sujet les efforts tentés dans d'autres pays, et notamment en Grande-Bretagne où le placement volontaire des malades est admis depuis peu. Il insiste, comme d'autres orateurs le firent encore après lui, sur la nécessité de définir les termes « Service ouvert » et « malade libre » : on ne peut en effet mettre sur le même pied les instituts où l'on ne soigne que des psychopathes légers, non protestataires ni dangereux, libres d'entrer à la clinique et d'en sortir dès qu'ils en manifestent le désir, et les cliniques où l'on soigne sans formalités officielles des psychopathes graves identiques au point de vue nosologique et assistance à ceux placés sous le régime légal de la collocation.

L'orateur, examinant les possibilités d'application dans la pratique de cette doctrine psychiatrique, préconise préalablement à l'admission d'un malade à la clinique quatre conditions : 1° l'établissement d'un certificat médical circonstancié ; 2° l'approbation du médecin en chef de la clinique ;

3° l'acceptation par le patient de séjourner à la clinique ; 4° la curabilité du cas. L'auteur insiste sur la nécessité d'envisager ces quatre conditions dans un esprit très large : il ne faut pas s'attarder aux réclamations épisodiques de psychopathes curables qui, par suite de leur psychose, ne comprennent pas toujours le bien-fondé des mesures thérapeutiques prises à leur égard ; il ne faut d'autre part pas s'empresse de déclarer un patient incurable avant que l'épreuve du temps n'ait sanctionné le diagnostic souvent difficile à établir à la période d'invasion.

Cet exposé est suivi d'un long échange de vues auquel prennent part notamment MM. G. VERMEYLEN, F. SANO, NYSSSEN, P. VERSTRAETEN, M. MOREAU, R. TITECA, L. VERVAECK et J. TITECA.

Jean TITECA.

Société Belge de Neurologie

Séance du 30 Juillet 1938

Présidence : M. P. VERSTRAETEN, président

Une association exceptionnelle : encéphalite léthargique, chronique et arachnoïdite occlusive de la fosse cérébrale postérieure, par MM. Ludo VAN BOGAERT et P. MARTIN.

Une femme de 37 ans, atteinte en 1921 de forte grippe avec somnolence, présente depuis quelques années un syndrome parkinsonien post-encéphalitique typique. Plus récemment, elle a accusé des céphalées, des vertiges, des crises de dérochement subit des membres inférieurs et des vomissements. L'ophtalmoscopie décèle une stase papillaire unilatérale.

Les auteurs avaient d'abord cru à une forme parkinsonienne de tumeur frontale en raison d'une légère parésie faciale droite de type central et de la chute en masse du corps en position de Romberg. Par la suite, pensant avoir affaire à l'association d'une tumeur frontale gauche et d'une maladie de Parkinson, ils pratiquèrent une ventriculographie qui révéla seulement une hydrocéphalie marquée. Enfin, dans l'espoir de découvrir une tumeur cérébelleuse, ils eurent recours à une intervention exploratrice au cours de laquelle ils remarquèrent que, par suite d'une sténose inflammatoire, le liquide céphalo-rachidien ne s'écoulait pas du IV^e ventricule. Une sonde de Nélaton, intro-

duite dans l'aqueduc de Sylvius, permit pendant les quatre jours suivants d'évacuer une centaine de centimètres cubes de liquide cérébro-spinal ; puis la sonde fut retirée. Sept jours plus tard, la malade décéda en hyperthermie.

L'autopsie révéla dans le locus niger une gliose et une déshabitation cellulaire typique. Des lésions fraîches se retrouvaient aussi dans le tuber et au plancher du III^e ventricule. Enfin il existait une hydrocéphalie interne considérable s'expliquant par une arachnoïdite occlusive du confluent postérieur, processus en continuité avec une arachnoïdite kystique du vermis et une arachnoïdite séreuse englobant les hémisphères cérébelleux.

Les auteurs insistent sur la rareté de telles associations. Sur la foi de cette observation, ils font aussi remarquer que, contrairement à ce que certains cliniciens ont prétendu, une stase papillaire peut s'observer chez des malades atteints d'encéphalite léthargique authentique.

Le complexe aréflexie tendineuse généralisée et tétanie,
par MM. Ludo VAN BOGAERT et NUYTTEMANS.

Les auteurs présentent une jeune fille de 14 ans qui manifesta il y a deux ans, à l'occasion des premières menstruations, une crise de rigidité avec crampes douloureuses. Des crises identiques, d'une durée de six à douze heures, se répétèrent à plusieurs reprises. Durant cette période les auteurs constatèrent, en même temps que l'abolition des réflexes tendineux aux quatre membres, des signes de tétanie latente (signes de Chvostek et de Trousseau positifs, spasme carpo-pédal typique). L'examen oculaire mit en évidence une légère anisocorie et un réflexe à la lumière paresseux et d'allure myotonique. Malgré une calcémie et une phosphatémie normales, un traitement antitétanique fut instauré et donna de bons résultats : actuellement les signes de tétanie latente ont à peu près disparu et les réflexes tendineux ont pour la plupart réapparu.

Le tremblement parkinsonien est-il synchrone ou asynchrone ?
par MM. R. NYSSSEN, R. BUSSCHAERT et R. DELLAERT.

Les tremblements des extrémités des membres ont été enregistrés graphiquement par l'intermédiaire d'une ampoule de Marey chez 15 parkinsoniens vrais et chez 30 parkinsoniens post-encéphalitiques. De cette étude minutieuse, illustrée par des tracés très démonstratifs, il ressort nettement que le tremblement parkinsonien est asynchrone, les variations allant de 3 à 100 % entre les membres comparés. Les auteurs ont observé 28 fois, en faisant exécuter un mouvement ample par le membre symétrique, le dédoublement du rythme ; ce caractère dicrote du tremblement est transitoire.

Jean TITEGA.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XI^e Congrès des Sociétés d'Oto-Neuro-Ophthalmologie

Bordeaux : 3-5 Juin 1938

Président : M. le Professeur PORTMANN (de Bordeaux)

Les hallucinations. Etude oto-neuro-ophthalmologique,
par M. G. DE MORSIER (de Genève).

Le rapport du D^r G. de Morsier étant extrêmement long et touffu, nous ne pouvons songer à le résumer complètement ; nous devons nous contenter d'en donner un aperçu général en nous efforçant d'en dégager les tendances principales.

Voici le plan d'ensemble du rapport : Introduction et historique ; les hallucinations olfactives ; les hallucinations gustatives ; les hallucinations visuelles ; influence de la fonction vestibulaire sur les hallucinations visuelles ; les hallucinations vestibulaires ou statokinétiques ; les hallucinations sensitives ou corporelles ; les hallucinations auditives et verbales ; considérations finales ; le problème de physiologie générale du système nerveux.

Ce rapport compte de nombreuses observations personnelles de la plus haute valeur. Certes il faut un certain courage à un neurologue pour attaquer le sujet qu'on avait proposé au rapporteur. Le domaine de l'hallucination est en effet surtout réservé aux psychiatres, et ils admettent assez difficilement que d'autres s'y aventurent.

M. de Morsier avait, dès 1930, pris nettement position dans le problème des hallucinations et s'était rangé résolument à la suite des conceptions de G. de Clérambault. Les conceptions de ce psychiatre sont bien connues et nous ne pouvons songer à y revenir ici. Leur base, en ce qui concerne le thème traité dans le rapport, c'est que l'élément de la psychose est l'hallucination, celle-ci étant une sorte d'automatisme mental causé directement par un trouble cérébral. Le délire ne serait qu'un canevas dans lequel le

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Octobre 1938. 28.

sujet introduit et situe les perturbations subies. Dans ces conditions il était logique d'étudier en neurologue les signes de ces troubles cérébraux et de tenter de les rapporter directement à la physiologie des centres supposés troublés.

Tel est le but et telle est la signification du bel effort de M. de Morsier. Il a envisagé successivement les hallucinations des divers sens, à partir des plus simples (olfaction, gustation, vision, appareil vestibulaire, audition) jusqu'aux plus complexes (celles de la sensibilité générale et du schéma corporel). Dans chacune de ces catégories de troubles sensoriels il étudie successivement, après une introduction anatomo-physiologique, la séméiologie de ces illusions, depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes, qui touchent à la psychiatrie.

Dans le chapitre des hallucinations visuelles il a réuni un ensemble de documents précieux sur les résultats des excitations mécaniques et chimiques sur les impressions visuelles, sur la séméiologie des hallucinations dans les lésions occipitales et diencéphaliques, dans les atrophies, dans les intoxications, et tout un paragraphe est consacré aux hallucinations d'accompagnement des troubles d'automatose dont la crise oculogyre n'est qu'un phénomène. Cette interaction des fonctions labyrinthique et visuelle ouvre toute une série de problèmes nouveaux.

Après avoir discuté chaque catégorie d'hallucination, M. de Morsier essaie d'utiliser les phénomènes observés pour interpréter les différents modes de la psychose hallucinatoire et les phénomènes observés dans la schizophrénie. Les psychiatres ne manqueront pas de lui objecter que l'hallucination n'est ici qu'un élément, et encore un élément de surface — si l'on veut — de la psychose. Il n'en est pas moins vrai que la tentative de G. de Morsier d'expliquer cette manifestation « de surface » à la lumière des perturbations organiques régionales doit retenir toute notre attention.

Les considérations finales et le problème de physiologie générale du système nerveux posés par de Morsier touchent un problème sur lequel les psychiatres eux-mêmes ne sont pas d'accord. Le grand mérite du rapport de de Morsier, à notre avis, est d'avoir réuni et d'avoir situé, à la lumière des faits anatomo-physiologiques, un matériel énorme, de caractère séméiologique, et dont, jusqu'à présent, les relations nous échappaient. Il a réussi un magnifique effort de synthèse capable, peut-être, de nous apporter l'interprétation de certains éléments qualitatifs de nombre de syndromes psychiatriques.

DISCUSSION DU RAPPORT

M. BARRÉ (de Strasbourg). — J'aurais voulu que M. de Morsier nous donnât une définition personnelle de l'hallucination. Je ne suis pas tout à fait d'accord avec lui sur certains phénomènes qu'il considère comme hallucinatoires ; il me semble qu'il a rangé dans les hallucinations certaines excitations sensorielles.

L'hallucination est-elle exclusivement un phénomène de déficit ? Je ne le crois pas ; phénomènes d'hallucination et de déficit peuvent coexister, et je me demande même si la coexistence de plusieurs phénomènes n'est pas nécessaire pour qu'il y ait hallucination. Par exemple, un malade qui présente des troubles auriculaires marqués peut ne pas présenter d'hallucinations ; d'autres malades, au contraire, ont des troubles auriculaires très modérés et ont des hallucinations vives.

M. D. ANGLADE (de Bordeaux). — Au point de vue des hallucinations, il faut bien distinguer les différents sens ; ainsi, l'olfaction est tout à fait rudimentaire chez l'homme ; je considère les hallucinations visuelles comme moins importantes ; à mon avis, l'hallucination par excellence au point de vue psychiatrique, c'est l'hallucination auditive.

M. Anglade rappelle le mérite du travail capital de Mourgue sur l'hallucination.

Les hallucinations auditives supposent une opération intellectuelle ; leur origine n'est pas dans l'oreille périphérique ; les malades s'expriment toujours comme si les pensées qu'ils entendent formuler étaient pensées et parlées par d'autres personnes. Je crois donc que, pour qu'il y ait hallucination, il faut qu'il y ait mise en mouvement d'une pensée dans un centre, puis que cette pensée soit projetée au dehors par les voies sensorielles. J'en conclus que la base de l'hallucination auditive, c'est une dépersonnalisation.

M. le Prof. COPPEZ (de Bruxelles). — Un des grands mérites du rapport de M. de Morsier est, à mon avis, qu'il évoque de nombreux cas de notre pratique auxquels nous n'avions pas prêté une attention suffisante du fait que les hallucinations n'étaient qu'un épiphénomène d'un autre état.

M. Coppez croit qu'il n'y a pas de différence importante entre les phosphènes et les photopsies qui expriment l'un et l'autre la douleur rétinienne. Il rapporte l'observation d'une malade qui présentait, à la suite d'un décollement rétinien, des photopsies très pénibles. Une section du nerf optique, puis l'énucléation de cet œil n'amenèrent pas la disparition des phénomènes qui ne sont atténués que par pression sur la cavité orbitaire.

Il ne pense pas qu'il y ait lieu de ranger les hallucinations visuelles avec scotome central dans un cadre spécial ; en effet, dans les névrites rétro-bulbaires et chez les intoxiqués, si on considère le scotome central comme négatif, on peut remarquer que les hallucinations apparaissent surtout dans la partie aveugle du champ. Si on considère, avec Moret, qu'il y a scotome central positif, on peut admettre que les visions du malade sont surtout des interprétations.

Il rappelle également un signe décrit par Weekers, de Liège : dans les névrites rétro-bulbaires alcooliques et tabagiques existe un scotome positif qui se manifeste par la projection d'une tache jaune sur un papier blanc.

M. LHERMITTE (de Paris). — Le mécanisme intime de l'hallucination nous est encore inconnu. Je ne crois pas que le pulvinar puisse être considéré comme un centre primaire du système visuel. Il n'y a en effet ni modifications des perceptions visuelles, ni hallucinations dans les destructions limitées au thalamus optique. Il me semble possible que des lésions rétiennes puissent, chez des vieillards dont le système vasculaire cérébral est atteint, engendrer et diriger un trouble sensoriel et provoquer des hallucinations visuelles si l'état psychique n'est pas normal. Je pense que certains faits d'hallucinations liés à des lésions diencéphaliques peuvent être observés sans lésions des voies optiques elles-mêmes. Il ne me semble pas que l'hallucination puisse être tenue pour l'expression d'une excitation de l'appareil visuel par une lésion anatomique ; celle-ci étant destructrice, ne pourrait entraîner de phénomènes positifs que par libération d'une activité autre, habituellement soumise au contrôle. Il pense enfin que l'hallucino-pédonculaire doit être envisagée comme étant due à un désordre de la conscience assez général, pouvant être rapproché du rêve et d'une per-

turbation de la fonction hypnique. On hallucine avec tout son cerveau et son âme.

M. DIDE (de Toulouse) fait une critique assez serrée des théories de G. de Clérambault. Il lui reproche notamment de considérer le problème comme résolu et de ne pas s'attaquer à son essence. Les hallucinations ne sont pas la *cause*, mais bien la *résultante* du délire. M. Dide rappelle à ce sujet les idées si pénétrantes déjà d'un Descartes et d'un Spinoza. Il passe ensuite en revue les travaux modernes sur l'hallucination, et met en lumière combien les théories de Bergson ont inspiré l'ouvrage de Mourgue.

Depuis longtemps Séglas a bien montré que les hallucinations rectifiées par la conscience du sujet doivent être nettement distinguées de celles qui sont incorporées et qui conditionnent le délire et l'autisme.

Si on voit parfois des hallucinations visuelles élémentaires dans les reliquats de méningite corticale, on observe bien plus rarement dans ces cas des hallucinations cohérentes, objectives; d'ailleurs, à l'examen des cerveaux d'hébéphréniques hallucinés, il n'a jamais trouvé de lésions corticales (7 cas étudiés en collaboration avec Van Bogaert). Pour lui, l'hallucination se produit sous l'influence de lésions circonscrites respectant les zones perceptives où les automatismes se produisent.

M. COSSA (de Nice). — La théorie d'automatisme de G. de Clérambault présente les inconvénients de postuler une hasardeuse correspondance histologique qui n'est qu'hypothétique, d'évoquer un mécanisme d'excitation corticale qui paraît impossible lors des lésions destructives, de ne pas rendre compte de la complexité du syndrome hallucinatoire pur, dans son entier.

A l'appui de ses remarques, M. Cossa relate l'exposé d'un cas de psychose hallucinatoire survenu chez une malade, depuis vingt ans sourde avec acouphènes, au moment où s'est installé un indiscutable syndrome d'hypertyroïdie. Le traitement radiothérapique a fait régresser les troubles mentaux, parallèlement aux troubles endocriniens. A propos de cette observation, l'auteur discute la légitimité des théories mécanistes pures de la psychose hallucinatoire; théories qui lui paraissent à la fois arbitraires (en tenant pour des faits histologiques acquis ce qui n'est que suppositions peut-être inexactes et en faisant intervenir uniquement la notion d'excitation corticale, peu admise depuis Jackson) et insuffisantes puisqu'elles ne tiennent compte que d'une partie du phénomène et non de la totalité de celui-ci dans sa complexité. Il lui paraît indispensable de faire intervenir à côté de l'élément « libération sensorielle » (ou excitation) un élément de déficit global du psychisme.

M. A. PATRY (de Genève) apporte une observation d'hallucinations type Ch. Bonnet chez un vieillard de 82 ans, en apparence bien portant, et qui avait une acuité visuelle de 1/3 et 1/2. Il lui semble probable qu'il s'agit de dégénérescence sénile corticale discrète au niveau des territoires visuels cérébraux.

M. FERRERI (de Rome) est d'avis de distinguer de façon absolue les bruits d'oreille et les hallucinations auditives. Il note que le sympathique peut jouer un rôle dans la détermination de certaines hallucinations auditives qui disparaissent après action sur le sympathique.

Peut-on parler d'hallucination quand il existe un scotome? C'est comme

si on parlait d'hallucination chez certains sourds partiels. Il faut noter également la fréquence d'hallucinations olfactives chez les traumatisés du crâne.

M. E. VELTER (de Paris) pense qu'il faut nettement séparer les phosphènes, les scotomes positifs, les photopsies non figurées, des hallucinations. Chez des sujets atteints de *delirium tremens*, on peut penser qu'il existe, outre des anomalies de la conduction visuelle, une perception visuelle anormale dans une écorce intoxiquée. D'ailleurs, en dehors du *delirium tremens*, les cas d'hallucinations monoculaires associées à un scotome positif paraissent rares. Pour les hallucinations visuelles dans les affections du globe oculaire, il est probable qu'il y a transmission d'images lumineuses altérées du fait de la lésion et qu'il faut un état mental anormal, habituel ou accidentel, pour que ces perceptions modifiées produisent des hallucinations.

Il compare les hallucinations hémianopsiques aux scotomes scintillants des migraines ou de diverses affections, en notant d'ailleurs qu'il n'a jamais vu d'hallucinations associées à ces scotomes. A propos des hallucinations sous-thalamiques dans les lésions sous-thalamiques, il fait remarquer que le pulvinar ne reçoit de la voie optique que des fibres non visuelles et que la voie pulvinar-cortex est mal précisée. Peut-être les centres végétatifs sous-thalamiques déclenchent-ils des perturbations neuro-humorales ? Enfin les phénomènes de libération par interruption de la voie frénatrice jouent sans doute un rôle, comme semble le montrer le fait que l'occlusion des yeux exagère certaines hallucinations hémianopsiques, alors que l'exercice de la vision au grand jour les modère, peut-être en permettant un certain contrôle sur l'activité des centres.

M. WEILL (de Strasbourg) attribue à la pauvreté relative des acquisitions acoustiques en matière de localisations la brièveté du chapitre relatif aux hallucinations de l'ouïe, car ce rapport a été très justement conçu d'un point de vue objectif. Les hallucinations de l'ouïe sont légion, mais ce sont des malades d'asile qui échappent souvent à l'examen de l'auriste. Les lésions de l'oreille peuvent influencer l'état mental puisqu'elles peuvent par leur ténacité et l'intensité des acouphènes altérer profondément le caractère. Reste à savoir si les éléments guéris par l'intervention de l'auriste le sont définitivement. Les lésions que l'on trouve chez les malades des asiles sont très souvent des symptômes de dégénérescence et ne peuvent être considérées comme cause de la maladie mentale, fût-elle hallucinatoire. Inversement, il faut remarquer, en dépit de la fréquence des acouphènes, la rareté des hallucinations de l'ouïe chez les autres malades. Les états hallucinatoires peuvent momentanément distraire l'attention acoustique du malade, comme semble le montrer l'élévation momentanée du seuil de la perception sur les courbes audiométriques.

M. REBATTU (de Lyon) sépare nettement les acouphènes et bourdonnements d'oreille très fréquents des hallucinations auditives, bien plus rares. Il n'a jamais observé celles-ci dans les tumeurs du VIII ou de l'angle ponto-cérébelleux, et il pense qu'on ne peut tenter d'établir une localisation à l'aide de la constatation d'hallucinations auditives. Il insiste sur le rôle des intoxications exogènes, des auto-intoxications et des toxi-infections qui lui semble important dans le mécanisme de la production des hallucinations chez des sujets prédisposés.

M. PROBY (d'Evian) rapporte un cas d'audition colorée qu'il considère comme étant peut-être une forme intermédiaire entre l'hallucination pathologique à l'état de veille et l'hallucination provoquée à la limite du sommeil et du rêve et fixée définitivement par un mécanisme sensoriel double, visuel et acoustique, très violent.

RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. G. de MORSIER. — Il y a 50 ans, tout l'effort d'orientation de la neurologie se portait vers la détermination des localisations motrices. La doctrine des localisations sensorielles est beaucoup plus récente et présente donc plus d'intérêt.

Je répondrai à M. Barré que c'est volontairement que j'ai omis de définir l'hallucination ; la recherche de cette définition empoisonne la psychiatrie depuis un siècle. L'an dernier, à Paris, le rapport avait comme sujet la douleur ; on ne s'est pas préoccupé de donner une définition exacte de la douleur, et les rapports et les discussions n'en ont pas été moins intéressants.

Je crois que les hallucinations sont plus ou moins visuelles ou plus ou moins auditives suivant les malades et suivant les milieux dont ces malades proviennent.

A M. Anglade, je dirai que je ne suis pas localisateur à outrance et que je crois, comme l'a dit M. Lhermitte, qu'on hallucine avec tout son cerveau. Je crois cependant que nous pouvons situer certaines fonctions, telle la fonction mnésique dans les lobes frontaux, tandis que les souvenirs des formes et des couleurs se situent plutôt dans les lobes postérieurs.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Les visions d'un poète (d'après le Nocturne de Gabriele d'Annunzio), par M. J. LHERMITTE (de Paris).

Après avoir commenté les visions et les rêves du poète dans un article élégant et enthousiaste, enrichi de nombreuses citations, l'auteur conclut que la perception sans objet exige la mise en jeu du cerveau tout entier. Aucune affection morbide ne peut engendrer des phénomènes d'hyperfonctionnement, mais des activités afférentes à des arrangements nerveux sains dont le dynamisme a été modifié par la lésion anatomique destructive.

Sur le rapport entre les phosphènes mécaniques provoqués et certaines affections oculaires, par M. FRANCESCHETTI (de Genève).

Sur la structure du chiasma optique humain, par MM. QUERCY et LACHAUD.

Après quelques remarques sur l'histoire de nos idées concernant les voies visuelles de la rétine à l'écorce, les auteurs soulignent les insuffisances et les erreurs probables des schémas traditionnels, puis ils projettent des microphotos montrant certaines dispositions réelles au niveau du chiasma chez l'homme.

**Les phantopsies de Truc ; trois nouvelles observations ;
essai pathogénique, par M. Ch. DEJEAN (de Montpellier).**

Les phantopsies décrites par Truc en 1925 sont des hallucinations visuelles apparues chez des malades oculaires. Les trois observations rapportées concernent des vieillards artério-scléreux non délirants ; les visions sont complexes, mobiles, colorées, avec personnages. L'hallucinosité apparaît comme une création du cortex cérébral chez un sujet prédisposé mais non psychopathe. Toutefois, le rôle pathogène des yeux ne doit pas être négligé. La lésion oculaire est l'épine irritative qui dérègle le fonctionnement des centres visuels supérieurs, et il est de notion courante dans les milieux ophtalmologiques que le bandage occlusif favorise les hallucinations.

MM. Lhermitte et Vetter pensent comme M. Dejean que l'amblyopie peut avoir sa part dans le mécanisme des hallucinations chez un sujet prédisposé en supprimant ou atténuant la perception réelle dont le rôle freinateur est important à l'égard des fausses perceptions.

**Formes rares d'hallucinations visuelles chez les aveugles,
par M. G. WEILL (de Strasbourg).**

**Hallucinations et fonctions vestibulaires,
par MM. LHERMITTE et BINEAU (de Paris).**

Observations de deux malades atteints de lésions hémorragiques brutales des noyaux vestibulaires, qui présentèrent des hallucinations portant sur l'image du moi corporel, avec ou sans hallucinations visuelles. Donc des hallucinations de ces deux types peuvent être engendrées par une lésion brutale des voies de l'appareil d'équilibration dont il faut souligner, après Bonner, l'importance dans le maintien de notre personnalité consciente.

Recherches sur l'audition colorée, par M. H. PROBY (d'Evian).

L'audition colorée, déjà connue en 1735 où le père Castel avait fait construire un clavecin oculaire, a été très étudiée à la fois par les psychologues et les auristes. L'auteur s'est surtout attaché à montrer son mode d'apparition, sa stabilité ou sa variabilité, son origine souvent héréditaire (en soulevant la question de sa recherche chez les jumeaux univitellins), enfin son mécanisme, en l'expliquant avec Flournoy par la combinaison de trois principes d'association : l'association affective, l'association habituelle et l'association privilégiée. Il montre combien les bases des autres théories sont peu sérieuses. L'audition colorée pourrait constituer une voie d'avenir pour le théâtre radiophonique. Une intéressante tentative a déjà été faite au théâtre d'essais de l'Exposition de Paris en 1937 : on joua « Une saison en Enfer » de Rimbaud, avec récitation du sonnet des voyelles, accompagné de sons musicaux d'une amplitude déterminée.

**Hémiachromatopsie avec hallucinose hémianopsique,
par MM. P. DELMAS-MARSALET et BESSIÈRE (de Bordeaux).**

Observation d'une malade de 67 ans, prise le 6 mars 1938 de faiblesse du membre inférieur droit en même temps que de troubles de la vue sous

forme d'hémiachromatopsie latérale homonyme droite (sans modification du champ visuel pour la perception qualitative des formes) et de phénomènes hallucinatoires produits à l'occasion des mouvements de déplacement transversal de la tête, dans la partie droite des deux champs visuels.

Les auteurs précisent les caractères de ces hallucinations qui siègent uniquement dans le champ achromatopsique, sont de courte durée et conservent toujours un caractère irréel pour le sujet qui en est le jouet. Ils insistent sur le mécanisme possible de ces hallucinations liées à des atteintes organiques réelles des voies visuelles. Ils ne pensent pas qu'elles soient la conséquence de lésions irritatives des voies optiques. Une explication dynamique paraît devoir être proposée. La représentation hallucinatoire naîtrait de la différence entre la perception par le champ visuel sain et le champ achromatopsique d'un même objet en mouvement. Cette différence conduirait à la perception d'un changement de nature des objets normalement perçus et, de ce fait, à des évocations d'images nouvelles, origine de l'hallucination.

Hallucinoïse visuelle sénile type Charles Bonnet,
par M. P. PESME (de Bordeaux).

Observation typique d'hallucinations visuelles séniles, telles que les a décrites pour la première fois en 1769 le naturaliste genevois Ch. Bonnet. L'auteur signale la sédation remarquable du trouble visuel obtenue chez sa malade par une thérapeutique simple qui pourra toujours être utilisée dans des cas analogues. A propos de cette observation est abordé le problème du rôle de l'ophtalmologie dans les hallucinations de la vue. S'il me semble certain que le phénomène hallucinatoire lui-même ait bien son siège au niveau de la corticalité, il apparaît bien que certains troubles visuels peuvent avoir une action déterminante dans l'écllosion du phénomène : soit en fournissant par la projection d'images très déformées un aliment à la psychose, soit en libérant les centres corticaux de toute contrainte et de tout contrôle par déficience périphérique, comme cela se passe, par exemple, chez les vieillards qui hallucinent quand on leur bande les deux yeux.

Un cas d'hallucinoïse auditivo-visuelle et générale chez une ancienne otopathique, par MM. E. et M. ESCAT (de Toulouse).

Il s'agit d'une femme de 58 ans, traitée il y a 20 ans pour otite adhésive bilatérale, par catarrhe tubo-tympanique remontant à l'adolescence, et compliquée de déficience labyrinthique ayant entraîné une hypoacousie partielle et fixée, chez qui se sont développées ultérieurement des hallucinations conscientes complexes, auditives, visuelles, esthésiques, kinesthésiques, stéréognosiques, sismesthésiques et cénesthésiques, sans objectivité. La malade, très lucide, convaincue de l'irréalité de ses hallucinations, en rapporte la seule origine à son otopathie et insiste auprès des auristes pour qu'ils la délivrent de son mal ; donc pas d'autre construction délirante, si délire il y a, que l'attribution aux organes de l'ouïe de tout le complexe hallucinatoire. C'est pourquoi on peut classer ce cas dans l'hallucinoïse, selon l'acception proposée par Claude et Ey. Or tout en reconnais-

sant un rôle possible d'épine irritative ou d'amorce aux lésions et troubles périphériques, dans la pathogénie des hallucinations conscientes, relation valable seulement dans le cas particulier pour les hallucinations auditives, seiesthésiques, les auteurs, en confirmation de recherches anciennes faites par l'un d'eux à l'Asile Sainte-Anne en 1893, concluent que le seul foyer de l'activité hallucinatoire ne peut être qu'encéphalique.

En raison de l'hyperémotivité et de l'hyperesthésie générale de leur malade, ils pencheraient pour une localisation d'ordre éréthique dans le thalamus, centre si voisin des pédoncules dont les lésions ont déjà fait admettre une hallucinose pédonculaire.

Education médico-pédagogique des déficients sensoriels,
par MM. H. HOFFER et G. HIRTZ (de Bordeaux).

Elle doit être individuelle, complète et aussi précoce que possible, appuyée sur un traitement médical parfaitement adapté à chaque cas et réalisé par l'étroite collaboration du médecin spécialiste et du pédagogue. Les auteurs rappellent ensuite les grandes lignes de la méthode d'éducation des aveugles et amblyopes, sourds et demi-sourds, instituée par l'un d'eux dans des écoles de déficients.

Une observation d'audition colorée, par M. A. VIELA (de Toulouse).

Une observation très détaillée d'audition colorée. Il faut noter les caractères de la perception des couleurs qui sont projetées sur un plan purement cérébral, comme un souvenir visuel, mais qui sont aussi localisées dans l'espace du même côté que le son qui les provoque.

SÉANCE INAUGURALE

A la *séance d'inauguration*, le discours d'ouverture fut prononcé par M. TERRACHER, recteur de l'Université de Bordeaux. Ce fut une allocution extrêmement brève, mais où le distingué recteur sut mettre quelques envolées oratoires qui transportèrent littéralement son auditoire.

Le discours de réception fut prononcé par M. le Doyen MAURIAC ; allocution magistrale où la densité de la pensée n'avait d'égale que la perfection de la forme. Il termina en conseillant au congrès de mettre la session sous l'égide de Pascal. Ce fut un morceau d'éloquence aussi sobre que beau.

SÉANCE ADMINISTRATIVE

Il a été décidé de ne pas organiser de réunion en 1939, à cause de la coïncidence du *Congrès neurologique international de Copenhague*.

Le lieu de la *réunion de 1940* n'a pas été établi définitivement. Le rapporteur sera le professeur agrégé DELMAS-MARSALET (de Bordeaux). Sujet : *Etude oto-neuro-oculistique des ostéopathies du crâne*.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

Faut-il dire que nos amis bordelais s'étaient mis en frais pour nous rendre le séjour aussi agréable que possible : réceptions, excursions, visite des curiosités artistiques de la ville, réception à la Bourse de Commerce, que sais-je ?...

Il faut cependant citer tout spécialement la *réception* offerte aux congressistes par le Président et Mme Portmann dans leur magnifique résidence de l'Abbaye de Bonlieu : buffet somptueux, audition de cors de chasse, etc., tout contribua à faire de cette soirée quelque chose de très original dont les congressistes garderont un souvenir ému.

Le congrès se termina par une excursion à St-Emilion, avec retour par les vignobles du Sauternais et la visite de La Brède où séjourna Montesquieu.

Remercions tout spécialement le *Président*, M. le Professeur PORTMANN, qui présida les débats avec cette autorité souriante qui lui est propre, et le *secrétaire* local du Congrès, le D^r DELMAS-MARSALET, qui personnifie l'amabilité et le dévouement.

R. LEY.

Congrès Hollando-Belge de Neurologie et de Psychiatrie

II^e Session. Gand-Bruxelles, 24 et 25 Septembre 1938

Ce congrès, organisé par les sociétés hollandaises et belges de neurologie et de psychiatrie, a tenu ses assises à Gand et à Bruxelles sous la présidence de MM. le Professeur *C. U. Ariëns Kappers*, président de la *Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie*; le Professeur *R. Nyssen*, président de la *Société de Médecine mentale de Belgique*; le D^r *P. Verstraeten*, président de la *Société belge de Neurologie*.

M. le Président R. NYSSSEN, en ouvrant la session, souhaite la bienvenue aux délégués étrangers et rend hommage à la mémoire du Professeur *L. Bouman*, d'Utrecht, et du D^r *Musksens*, d'Amsterdam, décédés récemment.

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Sur les rapports cliniques entre la démence précoce et les encéphalites,
par M. le Professeur G. VERMEYLEN (de Bruxelles).

En raison de l'imprécision du concept nosologique de la démence précoce, l'auteur envisage la question sous un angle très large. Ce travail constitue plus exactement l'étude des « rapports cliniques entre les encéphalites et les psychoses, et principalement la démence précoce ».

Après avoir retracé à grands traits l'histoire des conceptions pathologiques et nosologiques de la démence précoce, l'auteur distingue les formes suivantes : 1° les *psychoses dégénératives* qui sortent du cadre de la démence précoce ; 2° la *schizophrénie*, considérée comme une forme en quelque sorte psychogène de la démence précoce et dépendant en première ligne d'une intensification des dispositions caractérologiques originelles ; 3° la *démence précoce vraie* dont les réactions psycho-pathologiques dépendent de processus encéphaliques à évolution lente ou rapide, tantôt primitifs, tantôt secondaires. Il faut y distinguer une forme dégénérative et une forme toxi-infectieuse. C'est à cette troisième catégorie de faits cliniques que la présente étude est consacrée.

D'autre part, la notion de l'encéphalite s'est considérablement élargie au cours des dernières années, et à côté de l'encéphalite classique il faut distinguer les encéphalites non suppurées évoluant souvent à bas bruit et dont la phase aiguë peut même passer inaperçue. L'étude des encéphalites non suppurées de l'enfance a précisé cette notion.

Les démences précoces toxi-infectieuses peuvent être divisées en trois grands groupes :

I) *Les psycho-encéphalites post-infectieuses ou secondaires.* — a) Les psycho-encéphalites secondaires de l'enfance, bien étudiées du point de vue neurologique, sont moins bien connues au point de vue de leurs conséquences psycho-pathologiques. Ces troubles psychiques présentent des caractères différents d'après l'âge auquel ils apparaissent, et sont d'autant plus organisés que l'enfant est plus âgé. Dans la première enfance, les convulsions et l'agitation psycho-motrice dominent la scène ; plus tard apparaissent des troubles du caractère et du comportement ; aux environs de la puberté se manifestent des troubles psychiques plus évolués encore qui revêtent de préférence la forme de la démence précoce. D'autre part, chez des sujets en apparence guéris, peuvent apparaître, même tardivement, et souvent à l'occasion d'un épisode toxi-infectieux nouveau agissant sur un cerveau fragilisé, des troubles mentaux à forme de démence précoce. Ceux-ci paraissent alors d'origine purement psychogène. Il s'agit là de phénomènes de neuropexie.

b) Chez les adultes, tous les états infectieux peuvent atteindre le cerveau et déterminer des psychoses, entre autres la démence précoce. La psychose puerpérale en est l'exemple le plus anciennement connu. Les prédispositions constitutionnelles ou acquises jouent évidemment un rôle dans le caractère et l'évolution de ces troubles mentaux.

c) Les encéphalites psychosiques aiguës, ou « délire aigu », représentent les formes aiguës et graves des états précédemment décrits. La symptomatologie neurologique et humorale est le plus souvent nulle ou à peu près. Lorsque le malade survit et que des troubles mentaux persistent, le tableau clinique revêt généralement la forme de la démence précoce.

II) *Les psycho-encéphalites primitives.* — L'encéphalite léthargique en est la forme la plus typique. Ses conséquences psycho-pathologiques chez l'enfant consistent surtout en troubles du caractère et du monde des instincts. Plus le psychisme se développe, plus les troubles mentaux s'organisent. Ils peuvent prendre des formes diverses, notamment celle de la démence précoce. Chez l'adulte également, on voit survenir des troubles psychiques divers, dont les principaux sont la confusion mentale, au début,

les troubles à caractère psychopathique, et enfin les troubles mentaux organisés, plus spécialement du type de la démence précoce. Souvent une distinction peut être faite entre ces troubles et la vraie démence précoce, mais dans de nombreux cas il est absolument impossible, sans données anamnestiques, de distinguer les deux tableaux cliniques. Le syndrome hétéphrénocatatonique le plus typique est fréquemment observé. L'auteur discute à ce propos les conceptions actuelles du syndrome catatonique.

III) *Les psycho-encéphalites chroniques.* — Les infections chroniques, et particulièrement la tuberculose, ont été invoquées également dans l'étiologie de certaines formes de démence précoce. Bien que l'hypothèse de l'origine tuberculeuse de la démence précoce par l'action de l'agent infectieux lui-même ou par celle de ses toxines, soit de plus en plus controuvée par les recherches récentes, il n'en est pas moins vrai que l'allergisation du terrain peut jouer un rôle, et que la possibilité de processus de méningo-encéphalite chronique diffuse à l'origine de certaines formes de démence précoce, ne peut être rejetée de manière définitive.

Conclusion. — Les faits passés en revue au cours de cette étude appartiennent à l'hypothèse des rapports entre les encéphalites et les psychoses des arguments de valeur très inégale. Une impression d'ensemble s'en dégage cependant ; dans de nombreux cas des psychoses bien organisées et notamment la démence précoce ont pour origine une encéphalite. La nature de ces encéphalites, évoluant souvent à bas bruit, est encore mal définie. Leur mode d'action peut être une influence directe du virus, un phénomène de neuropexie, la création d'un état d'anergie qui permet à un virus neurotrophe saprophyte de devenir virulent. Ces diverses hypothèses supposent d'ailleurs une diminution de résistance de la barrière hémato-encéphalique.

Les réactions psychiques dépendent du degré de développement mental, de l'étendue de l'atteinte cérébrale et de la rapidité avec laquelle elle évolue. Plus le psychisme de l'individu est développé, plus l'atteinte cérébrale est diffuse et plus elle évolue lentement, plus on a de chances de voir se développer des psychoses organisées.

DISCUSSION

M. le Professeur VAN DER SCHEER (de Groningen). — En ce qui concerne les formes toxi-infectieuses, la question est de savoir s'il existe des cas de psychoses post-encéphaliques que l'on ne peut cliniquement distinguer de la démence précoce. Il semble bien que oui. On connaît d'ailleurs aussi des syndromes parkinsoniens typiques qui n'ont apparemment jamais fait d'encéphalite. Il peut en être de même pour la démence précoce.

L'auteur attire l'attention sur les différences entre les troubles du caractère observés chez l'enfant et chez l'adulte.

La réaction de l'or colloïdal de Lange a été recherchée par l'auteur de très nombreux cas de psychoses, et les résultats obtenus montrent que les infections neurotropes paraissent fréquentes. Toutefois, dans la vraie démence précoce, la réaction est le plus souvent négative.

L'auteur doute que la psychose puerpérale soit fréquemment le résultat d'une véritable encéphalite, et demande au rapporteur s'il possède à ce sujet des documents histo-pathologiques. D'autre part, l'encéphalite psychosique aiguë est-elle capable de déterminer le tableau clinique classique de la démence précoce ?

La relation entre les lésions et les symptômes psychiques est souvent indirecte et ces derniers sont très tardifs, ce qui rend l'appréciation difficile.

M. le Professeur D'HOLLANDER (de Louvain) rappelle ses recherches sur les rapports entre la démence précoce et la tuberculose, qui représentent un des aspects du problème de l'origine infectieuse exogène de cette affection. La difficulté réside en grande partie dans l'imprécision des critères cliniques de la démence précoce.

M. le Professeur E. A. D. E. CARP (de Leiden). — La distinction adoptée par le rapporteur entre la démence précoce vraie et les états schizo-phréniques appelle certaines réserves, car le diagnostic différentiel entre ces formes, de même que leur pronostic, restent très imprécis. L'interprétation des lésions inflammatoires chroniques éventuellement observées est également délicate. On se demande encore si les psychoses post-encéphaliques sont de fausses démences précoces, ou si les vrais déments précoces sont de faux encéphaliques. Il y a lieu d'insister sur la grande différence entre une maladie simplement déclanchée par une infection, ou véritablement causée par elle.

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Sur les indications de la méthode psychologique individuelle, par M. le Prof. E. A. D. E. CARP (de Leiden).

L'auteur présente un tableau qui résume les résultats obtenus en dix ans à la clinique psychiatrique de l'Université de Leiden, par l'application de la méthode psychologique individuelle d'Adler, au traitement des névropathes et des psychopathes. Toutes les discussions concernant la préférence pour telle ou telle méthode resteront stériles, tant qu'on n'en aura pas précisé les indications et tant que les chances de guérison ne pourront pas être mieux appréciées. Il ne faut pas être partisan d'une méthode thérapeutique spéciale, ni disciple d'une école psychologique exclusive, mais s'efforcer d'utiliser judicieusement toutes les expériences acquises.

Il faut aussi voir clairement le but qu'on poursuit : soit la disparition de certains symptômes pénibles, soit l'élimination de certaines influences nuisibles au psychisme, soit une meilleure adaptation aux conditions de vie, soit la soumission ou l'introspection profonde. La méthode d'Adler s'appuie sur l'acquisition d'un sentiment social en refoulant les tendances égoïstes. L'auteur fait des réserves à ce sujet, et accepte cette méthode seulement dans les cas où la personnalité malade se trouve dans une période de sa vie qui exige une réadaptation, principalement aux périodes d'adolescence et d'involution. La prédominance des tendances ambitieuses et agressives avec sentiment de rancune constitue également une indication. L'élément dépendant de la personnalité du médecin a aussi une grande importance.

Trois cas d'encéphalite avec stase papillaire, par M. le Prof. VAN GEUCHTEN (de Louvain).

Relation de trois observations à symptomatologie très analogue ressemblant à celle de l'encéphalite, mais sans parésies oculaires. Il existe de la

stase papillaire dans les trois cas. L'un d'eux fut autopsié, mais l'examen histologique n'a pas permis de déterminer la nature exacte de ces encéphalites avec hypertension intra-cranienne importante.

Un cas de démence précoce post-encéphalitique, par M. J. TITECA.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans qui fit une encéphalite aiguë suivie rapidement de symptômes parkinsoniens très accusés et de troubles mentaux à forme de démence précoce : indifférence affective, stéréotypies, hallucinations. Après une rémission complète de près de deux ans, le malade a fait une rechute. Sans les données de l'anamnèse il serait impossible actuellement de distinguer cet état d'une vraie démence précoce, d'autant plus que le syndrome parkinsonien a presque complètement disparu.

Sur la signification du sentiment de la mort au cours des chocs à l'insuline et au cardiazol, par M. J. FORTANIER (de Leiden).

L'auteur soutient la thèse que dans les nouvelles méthodes thérapeutiques des psychoses schizophréniques par les chocs à l'insuline et au cardiazol, le syndrome épileptique provoqué joue un rôle important. A côté des modifications organiques qu'il détermine, et qui sont d'ailleurs difficiles à préciser, le facteur psychologique a également une grande importance. Le sentiment de la mort qui accompagne le choc oblige le malade à revivre en quelque sorte le problème de la réalité, et il constitue la base à partir de laquelle la régression des sentiments et du sens du réel sont l'objet d'une véritable reconstruction de la part du sujet. Une amélioration des facultés d'intégration est évidemment nécessaire et il est probable que les modifications somatiques favorables obtenues par ces cures sont à ce point de vue de grande importance.

Deux cas de névrose obsessionnelle, par M. DE MONCHY (de Rotterdam).

L'auteur soutient la thèse que dans la névrose obsessionnelle, la sensation d'être contraint se produit seulement si dans un conflit psychique l'impulsion supprimée est d'ordre agressif. La suppression des impulsions sexuelles peut être la cause d'actions qui ne peuvent s'accomplir sans angoisse. Mais la sensation d'être contraint n'apparaît pas ; celle-ci se perçoit seulement lorsqu'une part de l'agressivité supprimée est dirigée contre le malade lui-même.

Recherches sérologiques dans les psychoses, par MM. SIMONS et LIGTERINK (d'Apeldoorn).

Les auteurs ont étudié conjointement le taux des albumines totales, des globulines et du fibrinogène dans le plasma, ainsi que la sédimentation globulaire. Des modifications concordantes ont été trouvées dans les psychoses d'involution, dans les psychoses d'intoxication et dans la paralysie générale. Dans l'oligophrénie, la psychopathie, la schizophrénie et la cyclothymie, ces recherches ont fourni des résultats sensiblement normaux, sauf en cas de grande agitation. Les modifications sérologiques envisagées se rencontrent donc dans les cas où des processus organiques entrent en jeu.

Le problème des plaques séniles, par M. le Prof. DIVRY (de Liège).

L'étude histo-chimique des plaques séniles a montré à l'auteur que le noyau de ces formations présente toutes les réactions de l'amyloïde. Ce résultat, que l'auteur considère comme absolument certain, a cependant été discuté. La mise au point d'une coloration du tryptophane lui permet d'apporter une preuve supplémentaire de l'exactitude de sa conception. L'amyloïde, en effet, est riche en tryptophane.

Les mêmes dépôts d'amyloïde se retrouvent dans la dégénérescence d'Alzheimer et dans les parois vasculaires des vieillards. Une substance hyaloïde s'associe très souvent à ces formations. La plaque sénile est une hyalino-amyloïdose.

D'autre part, une substance trichosique prenant fortement l'argent, mais non colorable jusqu'à présent, existe aussi dans le cerveau sénile. Elle ressemble au fibrinogène A. du plasma sanguin. Il s'agirait, comme pour les précédentes, d'une substance précipitée. Un des processus fondamentaux de la sénilité serait donc le vieillissement et la précipitation des colloïdes.

Les modes réactionnels individuels à l'examen psychophysique, par M. STOKVIS (de Leiden).

L'étude de certaines réactions végétatives (variations de la tension artérielle, des réactions pléthysmographiques, de la sécrétion sudorale et du pouls) comparée à l'analyse des tempéraments des sujets d'après les méthodes de Heymans et de Wiersma, a montré à l'auteur que le mode de réaction à l'examen psycho-physiologique n'est pas accidentel mais déterminé par des qualités individuelles en rapport avec le tempérament de l'individu.

Symptômes nerveux déclenchés par la compression du sinus carotidien, par MM. le Prof. C. HEYMANS et J. BOUCKAERT (de Gand).

Les auteurs présentent un film qui démontre que la compression du sinus carotidien peut déterminer chez certains sujets des réflexes caractérisés soit par du vertige ou de la syncope, soit par des crises épileptiformes. L'hypersensibilité du sinus carotidien peut être unilatérale ou bilatérale. Ces réactions sont soit primaires et d'origine cérébrale, soit secondaires et d'origine circulatoire.

Idiotie avec amaurose chez un enfant d'israélites polonais, en dehors de la forme de Tay Sachs, par M. L. VAN BOGAERT (d'Anvers).

Etude anatomo-clinique du cas d'un enfant de 8 mois qui différait de l'idiotie amaurotique classique par l'absence de réflexes de décérébration et par l'absence des taches rétinienne rouge cerise.

L'examen anatomique révéla un aspect aqueux très particulier de la substance cérébrale, et l'étude histologique montra qu'il ne s'agissait pas d'idiotie amaurotique. Les coupes montrent de grosses cellules gliales pâles, gonflées, dont la genèse est tout à fait inconnue. Il s'agit d'un cas non classable actuellement.

Constatations expérimentales relatives à la signification des changements du niveau pléthysmographique, par MM. le Prof. R. NYSSEN et R. BUSSCHAERT (de Gand).

Des recherches mécanographiques et pléthysmographiques de contrôle permettent de conclure que les mouvements involontaires discrets et les modifications du tonus musculaire qui accompagnent les processus psychiques constituent un facteur très important dans les changements du niveau dit volumétrique. Ceux-ci ne peuvent être attribués avec certitude à des variations de volume. Il est nécessaire de recourir à l'enregistrement mécanographique concomitant ou à l'enregistrement thermo-électrique d'extrémités ou d'organes non musclés.

A propos d'un nouveau traitement d'affections allergiques, par M. A. LEROY (de Liège).

En traitant des malades mentaux par les choes au cardiazol, l'auteur a obtenu la guérison d'eczémas et d'autres maladies allergiques : urticaires, migraines, asthme. Il poursuit actuellement avec succès des essais dans ce sens, par administration intramusculaire de 3 à 5 cc. de cardiazol.

RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les affections parenchymateuses du cervelet et leur signification du point de vue de l'anatomie et de la physiologie de cet organe, par MM. le Prof. B. BROUWER et A. BIEMOND (d'Amsterdam).

Les auteurs ont limité strictement leur étude aux cas *purs*, c'est-à-dire à ceux dans lesquels l'atteinte du cervelet et des organes immédiatement connexes est indépendante de toute affection générale du névraxe. Ils montrent l'intérêt prépondérant de ce groupe restreint d'atrophies cérébelleuses, non seulement au point de vue clinique et anatomique, mais aussi et surtout au point de vue physiologique.

Ces atrophies cérébelleuses primitives comportent deux grands groupes : les variétés congénitales et les variétés acquises.

Les premières peuvent être subdivisées en quatre types : 1° Aplasie cérébelleuse ; 2° Hypoplasie néocérébelleuse ; 3° Hypoplasie paléocérébelleuse ; 4° Hypoplasie diffuse.

Les secondes comportent aussi quatre sous-types : 1° Atrophie localisée des cellules de Purkinje (atrophie tardive à prédominance corticale de Marie-Foix-Alajouanine) ; 2° Atrophie diffuse des cellules de Purkinje ; 3° Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse (Déjerine-Thomas) ; 4° Variétés héréditaires familiales.

La *symptomatologie générale* des affections dégénératives du cervelet est exposée ensuite, en grande partie à la lumière d'observations personnelles, et en insistant particulièrement sur les recherches de Rademaker-Garcin.

sur les myoclonies et sur la symptomatologie psychique qui a parfois été décrite, mais que les auteurs considèrent comme à peu près nulle.

Les auteurs abordent alors l'étude des différents types d'atrophie cérébelleuse. Deux observations personnelles sont prises comme point de départ pour la distinction anatomique et clinique entre la forme localisée et diffuse de l'atrophie des cellules de Purkinje. Dans la discussion de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, les auteurs attirent l'attention sur la tendance de ce processus à diffuser vers d'autres parties du système nerveux central ce qui est important au point de vue du diagnostic différentiel avec d'autres formes de dégénérescence cérébelleuse. Etant donné aussi le fait remarquable que dans le groupe des cas hérédofamiliaux on observe les trois mêmes types que dans les formes acquises, on peut établir le schéma étiologique suivant :

Dans l'atrophie corticale localisée : abiotrophie + sénescence locale ; dans l'atrophie corticale diffuse : abiotrophie + toxicose ; dans l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse : abiotrophie + un facteur démyélinisant, non encore défini, qui mène à la diffusion du processus dans d'autres parties du système nerveux central.

Les affections parenchymateuses chroniques du cervelet sont ensuite envisagées au point de vue de leur signification anatomique, en rapport tout d'abord avec les notions de paléo et néocerevet de Edinger.

Les relations importantes entre le pont de varole et le vermis sont confirmées par l'étude de deux cas personnels d'atrophie cérébelleuse croisée par lésions hémisphériques. Les lésions siègent surtout dans le néocerevet, mais le vermis n'est pas indemne. Ce dernier comporte en effet, comme l'indique l'étude de la myélinisation chez le *macacus rhesus*, des zones ontogénétiquement plus jeunes et plus anciennes.

Les auteurs étudient encore la projection des olives inférieures sur l'écorce cérébelleuse et montrent que les fibres grimpantes amènent à l'écorce cérébelleuse les excitations venant des cellules olivaires, tandis que les fibres moussues lui amènent les excitations venues de la protuberance et des systèmes spino-cérébelleux. Enfin, le problème de la projection de l'écorce cérébelleuse sur les noyaux du cervelet est envisagé également.

Dans un dernier chapitre, les auteurs exposent diverses considérations sur la physiologie du cervelet. Ils comparent la symptomatologie humaine, dans les cas envisagés dans ce rapport, à celle des chiens sans cervelet de Rademaker. Les rapports entre le cervelet et la parole sont étudiés à la lumière de recherches de physiologie expérimentale. Le problème du tonus et les travaux de F. Bremer sont longuement discutés.

Les auteurs penchent vers la conception qui fait du cervelet un organe d'association pour le système proprioceptif, et par conséquent un organe de coordination surtout pour les mouvements involontaires. L'activité du cervelet rendrait les mouvements plus rapides et plus aisés, parce qu'au niveau de cet organe des associations d'un autre ordre ne viennent pas gêner son fonctionnement, comme c'est le cas au niveau des hémisphères. Ceux-ci peuvent, il est vrai, intervenir à tout moment dans l'activité physiologique du cervelet et modifier ainsi le mécanisme de la motilité, mais ils ne peuvent cependant remplacer complètement le cervelet dans cette fonction.

DISCUSSION

M. le Prof. BREMER (de Bruxelles). — Le contraste entre l'unicité structurale du cervelet et la multiplicité de ses connexions efférentes et afférentes suggère l'existence d'une fonction commune, malgré cette diversité. L'existence de connexions entre les noyaux du pont et le vermis, donc de connexions cérébro-vermiennes, ne cadre pas avec la conception stricte de paléo et néo-cervelet. Cependant il faut tenir compte du fait que quand une fonction se corticalise, elle utilise les voies anciennes. Le problème des localisations dans le lobe antérieur est encore très mal connu ; la musculature des cordes vocales y est peut-être représentée. L'authenticité de l'hypotonie cérébelleuse a été mise en doute. Elle existe cependant, mais dans les expériences d'ablation il faut tenir compte des influences antagonistes entre le néo et le paléo-cervelet. Les travaux récents de Fulton et la section du pédoncule cérébelleux supérieur démontrent la réalité de l'hypotonie. L'ablation du nodulus, qui détermine un syndrome inverse de la lésion labyrinthique du côté opposé, montre qu'il existe un étage vestibulaire du cervelet et que l'étude de cet organe lobe par lobe est indispensable. Cependant l'unicité du cervelet existe et sa disposition structurale est en rapport avec la sommation des influx venant de partout, vers les cellules de Purkinje. Le cervelet est un appareil branché en dérivation sur le névraxe et qui dynamogénise les fonctions nerveuses d'action ou d'inhibition. Son action porte sur la musculature squelettique mais aussi sur la respiration et la vaso-motricité.

M. MORUZZI présente des résultats expérimentaux obtenus dans le laboratoire du Professeur Bremer qui montrent que la stimulation du cervelet inhibe certains réflexes vaso-dilatateurs et respiratoires, même dans l'atonie curarique.

M. STENVERS (d'Utrecht) expose certaines remarques sur les fonctions respectives du néo et du paléo-cervelet et sur les troubles de la parole d'origine cérébelleuse. Il montre également que dans le cours du développement les mouvements présentent de grandes analogies avec ceux des cérébelleux.

M. L. VAN BOGAERT (d'Anvers) demande aux rapporteurs si les maladies cérébelleuses familiales doivent être considérées comme des abiotrophies au sens strict du mot. D'après son expérience personnelle, l'atrophie olivoponto-cérébelleuse débute dans la substance blanche.

M. MAERE (d'Anvers) présente un malade atteint d'un syndrome cérébelleux complexe.

M. GEREBTZOFF (de Louvain). — A propos de la voie cérébello-oculomotrice dont l'existence a été niée, signale la complexité des connexions afférentes des noyaux oculo-moteurs ; il a trouvé en particulier un petit faisceau afférent passant par le faisceau longitudinal postérieur et provenant de l'acoustique.

M. le Prof. C. U. ARIËNS KAPPERS (d'Amsterdam) rappelle les connexions du flocculus et du vermis dans la série animale, et notamment chez le reptile, où le flocculus reçoit des connexions striées.

M. RADERMECKER (d'Anvers) présente deux malades à symptomatologie cérébelleuse quelque peu atypique.

M. SCHERER (d'Anvers). — En comparant certaines lésions corticales, striées et du locus niger, dans l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, la chorée chronique, la maladie de Pick et chez le vieillard normal, l'auteur est arrivé à se demander si l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse ne fait pas partie d'un groupe d'abiotrophies à localisation variable dans ces divers cas.

COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Les connections afférentes et efférentes du centre hypothalamique autonome, et la question de la localisation des fonctions ortho- et parasymphatiques dans l'hypothalamus, par M. le Prof. C. U. ARIËNS KAPPERS (d'Amsterdam).

L'auteur démontre au moyen de nombreuses projections la structure des noyaux végétatifs hypophysaires et non-hypophysaires de l'hypothalamus, leur développement phylogénétique et leurs connections afférentes et efférentes. Il discute leur importance fonctionnelle et la division de l'hypothalamus en régions ortho et parasymphatiques.

L'organisation du thalamus et du cortex cérébral,
par M. J. STOFFELS (de Louvain).

Chaque ganglion thalamique (sauf le noyau postérieur de d'Hollander) présente une ou plusieurs zones de projection sur l'écorce. L'auteur montre que la systématisation corticale de ces régions de bas en haut correspond à la systématisation thalamique de dehors en dedans ; la systématisation d'avant en arrière est la même aux deux niveaux. Cette correspondance topographique repose sur la structure lamellaire des voies thalamiques et la systématisation se retrouve chez tous les mammifères.

A propos de la catatonie expérimentale, par M. H. DE JONG (d'Amsterdam).

L'auteur présente un film qui montre de façon très suggestive l'identité absolue d'aspect entre la catatonie chez un dément précoce et chez un chat traité par la bulbo-capnine.

Kyste dermoïde de la queue de cheval dans un cas de rachischisis,
par M. H. DE JONG (d'Amsterdam).

Une religieuse de 41 ans, atteinte depuis sa naissance d'un spina-bifida avec pieds bots, présente des symptômes d'une tumeur de la queue de cheval. L'opération montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde dans lequel l'examen macroscopique et microscopique révéla la présence de cheveux.

A propos du diagnostic et du traitement chirurgical des anomalies congénitales du système nerveux central et des méninges, par M. I. OLIENICK (d'Amsterdam).

L'auteur relate l'observation d'un cas de kyste épidermoïde intra-médullaire et intra-caudal, et expose ensuite les examens détaillés qu'il y a lieu

de pratiquer et les précautions à prendre avant d'opérer les méningocèles, les encéphalocèles, l'hydrocéphalie congénitale et les pseudo-porencéphalies volumineuses produites par des kystes cérébraux nés de lésions obstétricales. Il insiste sur l'influence des phénomènes osmotiques dans ces derniers cas et sur les moyens de les combattre. Dans les autres cas également, ce sont les troubles de la résorption du liquide céphalo-rachidien qui constituent le danger principal auquel il convient de parer avant ou au cours de l'opération.

La neurochirurgie des nerfs crâniens, par M. F. VERBEEK (de Groningen).

L'auteur commente une série de résultats opératoires dans 5 cas de tumeurs de l'hypophyse opérées par la méthode de coagulation, dans 23 cas de névralgie du trijumeau opérés par les méthodes de Frazier et de Dandy, et dans 5 cas d'hypertension intracrânienne avec névrite optique bilatérale par pseudo-tumeurs.

Atrophie lobaire de Pick,

par MM. V. SCHENK, J. SANDERS et P. VAN VEEN (de Loosduinen).

Les calculs du volume des noyaux et des cellules dans des coupes de la même région corticale de divers malades ont permis aux auteurs de constater que dans la maladie de Pick c'est le volume du protoplasme qui diminue, alors que celui des noyaux reste sensiblement constant. La base de la maladie de Pick consisterait dans l'appauvrissement du protoplasme. Des altérations assez graves se rencontrent aussi dans le poléo-cervelet, les corps striés et les corps mamillaires. L'atrophie corticale n'évolue pas selon des lois ontogénétiques ou phylogénétiques. Les centres de peu d'importance vitale sont affectés d'abord et ceux de grande importance vitale ont la plus grande résistance.

A propos de quelques cas d'hyperostose frontale interne,
par M. G. MUYLE (de Zelzaete).

Relation de trois cas d'hyperostose frontale interne et d'autres cas d'énostose crânienne. L'auteur se rallie à l'hypothèse d'après laquelle l'hyperostose frontale interne est un symptôme généralement associé à d'autres anomalies non strictement pathognomoniques. Les cas qu'il rapporte constituent une contribution à l'étude sémiologique et étiopathogénique du syndrome d'hyperostose frontale interne.

Chondrome s'étant substitué à presque tout l'hémisphère cérébral gauche d'un enfant de 13 ans, par M. J. DE BUSSCHER (de Gand).

Etude anatomo-clinique d'un cas rare de chondrome intracrânien, dont l'auteur n'a retrouvé que 9 observations dans la littérature. La tumeur, de volume énorme, pesait 500 grammes et comprimait l'hémisphère sans le détruire. C'est le plus gros chondrome intracrânien connu à ce jour. Sa lente évolution explique une symptomatologie relativement réduite.

Les formes de croissance des gliomes et leur importance pratique,
par M. H. J. SCHERER (d'Anvers).

L'examen anatomo-pathologique de 106 cas de gliomes sur coupes sériees a permis à l'auteur d'étudier avec précision les rapports de ces tumeurs avec le tissu environnant. Leur croissance est refoulante dans 3 % des cas seulement ; elle est le plus souvent infiltrante ou destructive. Dans beaucoup de cas il n'y a qu'apparence de refoulement. Les astrocytomes sont toujours diffus, même dès le début, comme le montre un cas décédé accidentellement. Les épendymomes sont les seules tumeurs gliomateuses véritablement refoulantes. Les autres doivent être considérées en principe comme infiltrantes.

Projection des voies sensitives dans le thalamus,
par M. GEREBTZOFF (de Louvain).

L'étude des voies ascendantes vers le thalamus et de leur projection dans cet organe a permis à l'auteur d'établir des schémas précis. Il a constaté, d'autre part, l'existence de fibres d'origine sensitive qui se projettent dans l'aire motrice.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Études sur les syndromes schizophréniques (Estudos sobre os Síndromos esquizofrénicos), par Alberto BROCHADO. 1 vol. in-12, 152 pages. Prix « Magalhães Lemos » 1936. Édition de l'Hôpital du « Conde de Ferreira », Porto, 1937.

La lecture du travail consciencieux de M. Alb. Brochado dégage une impression assez pessimiste. Sur les syndromes schizophréniques nous ne savons rien de stable. Suivant l'orientation de l'esprit du chercheur on penchera pour l'hypothèse d'une psychose métatuberculeuse, pour une dysthymie entéro-toxique, un déséquilibre endocrinien, un état thalamo-strié, une déformation de la personnalité par introversion avec complexes sexuels, une athymie cœnestopathique, etc... Formes symptomatiques secondaires et formes dégénératives se présentent avec une telle diversité qu'on saisit mal le lien qui justifie l'étiquette maintenue de schizophrénie.

Certains symptômes permettraient peut-être de préciser ce lien. Par exemple celui de la « mydriase consécutive » décrit par MM. Xavier Abély et Trillot s'il était nettement décelable dans la majorité des cas. Or il résulte des recherches de M. Brochado qu'il n'est franchement positif que chez un nombre restreint de malades. Il n'est cependant pas négligeable puisqu'il est tout à fait exceptionnel de l'observer en dehors de la démence précoce.

Le niveau mental des schizophrènes pose un problème délicat. Dans les formes dégénératives il commande en partie la symptomatologie et notamment l'autisme. L'auteur cite des exemples de ce que Minkowski appelle l'autisme riche et l'autisme pauvre. Ce point de vue permet d'explorer les variétés délirantes de la schizophrénie et aide à la mesure du déficit ou de l'insuffisance intellectuelle. En face des résultats thérapeutiques récents on ne saurait être trop circonspect dans les tentatives de pronostic et les affirmations d'état démentiel à propos des syndromes schizophréniques. En ne tenant compte que des méthodes déjà éprouvées, on assiste à de curieuses évolutions. L'auteur cite en particulier des restitutions intéressantes dans des cas où le diagnostic de démence précoce est cependant appuyé sur un syndrome considéré comme assez complet et caractéristique.

P. CARRETTE.

Les états de déséquilibre mental, considérations théoriques et cliniques,
par René VERCIER, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine. 1 vol.,
in-8°, 174 p. L'entente linotypiste édit. Thèse, Paris 1938.

Ce sujet, infiniment vaste, n'est traité qu'au point de vue clinique. Les déséquilibrés sont légion, tantôt inoffensifs, objets de moquerie, tantôt dangereux, délinquants ou criminels. Ni déments, ni délirants, ils ressortissent des folies morales, des anciennes monomanies affective ou instinctive d'Esquirol, de la folie lucide de Trélat. Leur classification suivant les auteurs français et allemands est extrêmement variée ; c'est elle, en définitive, qui donna naissance à la notion des constitutions mentales, si parfaitement mise en valeur par Dupré et par Delmas.

L'auteur distingue nettement les états de déséquilibre mental du syndrome « perversions instinctives » de Dupré, dont ils ne présentent ni la pureté, ni la précocité d'apparition, ni la fixité d'évolution, ni aussi la gravité pronostique ; il reconnaît cependant la fréquence des perversions instinctives chez les déséquilibrés qu'il a étudiés.

Il les sépare de même de la cyclothymie, les oscillations de la psychose maniaque-dépressive ne ressemblant pas aux variations incessantes du tonus psycho-moteur des déséquilibrés ; toutefois, il est d'observation courante que l'excitation ou la dépression des cyclothymiques sont souvent précédés par un état de déséquilibre mental plus ou moins long, plus ou moins typique, qui disparaît ou se modifie avant que la psychose se réalise franchement avec ses accès caractéristiques.

Quant aux manifestations des divers syndromes psycho-névropathiques, il est banal de les rencontrer à titre épisodique ou permanent chez les déséquilibrés les plus typiques, soit les symptômes de la série psychasthénique, obsessions, phobies, doute, état d'insécurité ou mentisme obsédant, soit les formes plus ou moins larvées de l'hystérie, soit, en dehors même des accidents convulsifs, les traits de la mentalité épileptique.

Un chapitre des plus importants dans l'étude du déséquilibre mental est celui du déséquilibre acquis, post-traumatique, post-infectieux et surtout post-encéphalitique. Dans la grande majorité des cas, on observe, en même temps qu'un parkinsonisme fruste ou évident, une transformation pathologique du caractère et de l'humeur (malignité, asociabilité), des crises névropathiques hystéroïdes, des syndromes obsessionnels, des états dépressifs, des perversions instinctives.

R. DUPOUY.

NEUROLOGIE.

Les polyradiculonévrites avec dissociation albuminocytologique et à évolution favorable. Syndrome de Guillain et Barré (Compte-rendu des travaux de la séance tenue à la Fondation Universitaire de Bruxelles, le samedi 18 décembre 1937, par la Réunion Commune des Sociétés de Neurologie, de Pédiatrie et du Groupement d'Etudes oto-neuro-ophtalmologiques) 1 vol. in-8°, 206 pages, extrait du *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mars-avril 1938, imprimerie Jean Vromans, Bruxelles, 1938).

Il faut savoir gré au D^r Rod. Ley, Directeur en Chef du *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, d'avoir réuni et publié en cette brochure tous

les travaux de la séance tenue sous la présidence du Professeur Cheval, et dont il fut l'animateur. Une introduction de MM. Georges Guillain, J.-A. Barré et A. Strohl, dans laquelle ces auteurs insistent sur ce fait important que la méthode graphique permet beaucoup mieux que l'examen avec le marteau percuteur d'avoir des notions précises sur l'état des réflexes tendineux, précède l'exposé par MM. Ludo van Bogaert, F. Philips, J. et M. Radermecker et Th. Verschraegen (d'Anvers) de leurs intéressantes études sur le *syndrome de Guillain et Barré*. De ces études, ils concluent que l'affection décrite en 1916 par MM. Guillain et Barré constitue une entité morbide autonome, très probablement infectieuse, évoluant le plus souvent favorablement et sans séquelles. Sans pouvoir en donner la preuve, ces auteurs inclinent à penser que cette affection, l'une des rares entités morbides très probablement inflammatoires du système nerveux périphérique est due à un virus autonome.

On trouvera également ici les présentations et communications sur ce sujet, de MM. Paul van Gehuchten, P. Martin et J. Titeca, Dereux, A. Biémond, Clément et Kételbant, Henri Roger et J. Boudouresques, P. Giraud et J. Boudouresques, Riser et Planques, Ludo van Bogaert et M. Maere, Jacques Dagnélie, Cohen. Cette brochure se termine par les considérations du Professeur J.-A. Barré (de Strasbourg) résumant les caractéristiques principales du syndrome de polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique, considérations qui modifient fort peu la description donnée par lui en 1916 en collaboration avec le Professeur G. Guillain.

La synthèse générale de la discussion fut faite par le Professeur Guillain qui précisa les limites d'un syndrome que certains auteurs paraissent avoir tendance à trop amplifier. Ce syndrome comporte des troubles moteurs, l'abolition des réflexes tendineux, des paresthésies avec troubles légers, de la sensibilité objective, des douleurs à la pression des masses musculaires, des modifications peu accentuées, des réactions électriques des nerfs et des muscles, de l'hyperalbuminose très notable du liquide céphalo-rachidien avec absence de réaction cytologique, le pronostic favorable. Le Professeur Guillain distingue une forme inférieure, une forme mixte spinale et mésocéphalique, une forme mésocéphalique pure où les nerfs crâniens seuls sont atteints, et la forme avec troubles mentaux étudiée par G. Petit (de Ville-Evrard). Il insiste sur la guérison plus ou moins rapide mais complète des troubles, sur le fait que le diagnostic peut être fait précocement, et rejette de façon absolue l'origine alcoolique ou diphtérique du syndrome dont il élimine également les radiculites syphilitiques. L'origine infectieuse du syndrome, dont les lésions radiculo-névritiques sont peut-être secondairement d'origine toxique, lui paraît probable.

René CHARPENTIER.

Les méningo-neurobrucelloses, par Henri ROGER, professeur à la Faculté de Médecine de Marseille, et Yves POURSINES, professeur à la Faculté de Médecine de Beyrouth (1 vol. in-8°, 249 pages, Masson et C^e édit. Paris 1938).

Mélitococcie et infection de Bang s'intègrent actuellement dans un cadre plus général, celui des Brucelloses auxquelles est consacré cet ouvrage. Les Brucelloses atteignent le système nerveux en tous ses départements, mais le rôle des localisations méningées est capital dans les neurobrucelloses.

Depuis une quinzaine d'années, en effet, le professeur Roger n'a cessé d'attirer l'attention sur une série de cas, dans lesquels, quelques semaines ou quelques mois après l'évolution de la maladie, apparaissent des manifestations cérébrales, médullaires, radiculaires et surtout méningées. De nombreux auteurs ont fait après lui des observations analogues.

Toutes ces constatations nouvelles forcent à admettre aujourd'hui une affinité neurologique du *melitensis*, autrefois insoupçonnée peut-être en raison du caractère tardif de ces manifestations.

A côté des manifestations centrales, encéphaliques, médullaires ; et périphériques, radiculaires, névritiques, et des localisations squelettiques, para-nerveuses, crâniennes ou rachidiennes qui sont exposées dans cet ouvrage, les auteurs insistent sur les déterminations méningées cliniques et surtout biologiques, associées aux atteintes centrales ou périphériques, et même aux lésions squelettiques, para-nerveuses. Ils décrivent l'état psychique du brucellosique, fait d'asthénie physique et psychique, de troubles de l'affectivité, d'insomnie aussi dans la période fébrile. Le livre se termine par des considérations étiologiques, physio-pathologiques, pronostiques que complètent des indications thérapeutiques qu'il y a lieu, le plus souvent d'associer, aucune n'ayant d'action indiscutable.

Une importante bibliographie complète cette importante mise au point de l'action des brucelloses sur le système nerveux qu'elles peuvent atteindre en tous ses départements.

R. C.

La syphilis du système nerveux. Pathologie générale, traitement, prophylaxie, par A. SÉZARY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital St-Louis (1 vol. in-8°, 288 pages avec 28 figures. Masson et C^{ie} édit. Paris 1938).

Le but de cet ouvrage est de présenter une doctrine générale cohérente et valable pour la syphilis humaine. On y trouvera réunies : la pathologie générale, la thérapeutique et la prophylaxie de la syphilis nerveuse. L'auteur, clinicien à la fois syphiligraphie et neurologue, y expose et y défend une doctrine pathogénique qui rend compte des paradoxes que le syphiligraphie constate dans la syphilis du névraxe. Cette doctrine, basée surtout sur les données de la clinique, de l'histologie, des réactions biologiques et de la thérapeutique, le conduit à voir dans le milieu (tissu nerveux) et dans le terrain (organisme lui-même), et non dans le microbe pathogène, les éléments qui donnent à la syphilis nerveuse son originalité.

En second lieu, M. Sézary rapporte les résultats de ses recherches thérapeutiques. Spécialisé depuis trente ans dans l'étude de la syphilis nerveuse, il a préconisé avec M. Barbé la stovarsolthérapie de la paralysie générale, médication dont l'activité est aujourd'hui reconnue par de nombreux auteurs.

Il insiste enfin sur les moyens de prophylaxie dérivés de nos connaissances actuelles en pathologie générale, et montre comment on peut mettre les syphilitiques à l'abri des redoutables complications nerveuses dont ils sont menacés.

À côté d'études absolument personnelles, l'auteur a mis au point, vérifiées ou complétées par lui-même, un certain nombre de questions capitales

pour le neurosyphiligraphie, telles que les anomalies du liquide céphalo-rachidien, la posologie des médications antisyphilitiques. Ce livre rendra grand service aux étudiants et aux praticiens.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Essai de traitement de la migraine et de l'épilepsie par les solutions hypertoniques. Etude clinique et expérimentale, par le Dr Jean François BUVAT, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine. Broch. in-8°, 156 p. Le François éd. *Thèse Paris* 1938.

L'auteur emploie des injections intra-veineuses de sérum salé hypertonique à 20 0/0, à la dose de 20 centicubes trois fois par semaine, ou bien une solution mixte de chlorure et de bromure de sodium (2 grammes de chaque pour une ampoule de 20 centicubes), ou bien encore un goutte-à-goutte rectal d'une solution de sulfate de magnésie à 15 0/0, additionnée ou non de 2 grammes de bromure de sodium.

L'étude physio-pathologique de l'épilepsie aboutit à certaines conclusions : existence d'un terrain épileptique avec dysfonctionnement biologique ; perturbations de la circulation cérébrale au cours de la crise d'épilepsie jouant un rôle prépondérant dans la formation des lésions chroniques et le développement de la démence épileptique ; importance des phénomènes réflexes dans la genèse de la crise convulsive ; fréquence de l'œdème cérébral et de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien dans l'état de mal ; accumulation ou formation probable d'un poison épileptogène ; troubles du métabolisme de l'eau rendant la cellule nerveuse hyperexcitable et la sensibilisant à l'action de ce poison.

J.-F. Buvat présente ensuite sept observations de migraineux heureusement traités par des injections hypertoniques et esquisse une physiopathologie de la migraine comme il l'a fait précédemment pour l'épilepsie.

Puis il expose l'étude expérimentale à laquelle il s'est livré pour connaître l'action du sérum hypertonique sur la pression du liquide céphalo-rachidien, le pH urinaire, la formule sanguine et la résorption de l'eau injectée par voie intra-dermique.

Une bibliographie importante enrichit cette thèse intéressante qui pose des problèmes physio-pathologiques et pharmaco-dynamiques encore non résolus.

R. DUPOUY.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Recherches sur les réflexes conditionnels dans certaines psychoses, par MARES CAHANE et T. CAHANE. *Société de Psychologie Médicale de Sibiu, Bulletin* n° 2, nov. 1936.

Les auteurs étudient l'élaboration des réflexes conditionnés chez les aliénés, insistant surtout sur les réflexes conditionnels végétatifs. Ils observent ainsi la leucocytose produite à la suite d'injection d'eau distillée ou de simple piqûre (résultat net dans la paranoïa, moins exprimé dans la confusion mentale, la psychose maniaco-dépressive). Ils associent ensuite les injections de pilocarpine avec un disque de Pathéphone (résultat net dans la psychose maniaque dépressive, moins net dans la schizophrénie délirante et la mélancolie).

Les auteurs montrent ensuite l'importance des réflexes conditionnels dans la pathologie mentale et leur rôle dans le développement des processus psychopathologiques. M. LECONTE.

Les noyaux hypothalamiques dans la vie psycho-affective, par Albert SALMON (Florence). *Archives de Neurologie de Bucarest*, tome II, 1930.

De nombreux faits appuient l'hypothèse que les noyaux diencephaliques influent notablement sur les fonctions psycho-affectives : lésions diencephaliques traduites par des troubles psychiques ou des crises épileptiques avec suspension momentanée de toute activité. Les relations anatomiques sont le meilleur argument : nature et connexions sympathiques des noyaux diencephaliques, connexions avec l'hypophyse et surtout connexions corticales. Mais les noyaux hypothalamiques ne peuvent être considérés comme la source de l'énergie affective et des émotions. Ils ne méritent pas le nom de centre psychique. Quant à l'existence d'un centre affectif, si l'on entend par là un organe d'où part l'énergie affective, il ne peut siéger que dans les lobes corticaux. L'origine est corticale, probablement frontale. La veille, par exemple, est conditionnée par la transmission de réactions affectives d'origine corticale tels qu'intérêt, attention, etc., et de destinée hypothalamique par les faisceaux fronto-diencephaliques. Les noyaux diencephaliques, par leur nature sympathique, renforcent le tonus affectif qu'ils reçoivent des centres corticaux. C'est le point essentiel de conclusions de M. Salmon. Une bibliographie assez détaillée accompagne ce travail. M. LECONTE.

Contribution à l'étude des centres vestibulaires corticaux et des hallucinations lilliputiennes, par G. de MORSIER (Genève) avec une planche hors-texte. *Encéphale*, 1938, T. I, pp. 57 à 72.

M. G. de Morsier étudie dans cet article les troubles de l'équilibre et les vertiges apparaissant au cours de lésions circonscrites de la région pariétale ainsi que les troubles visuels qui les accompagnent.

Il détaille trois observations concernant des lésions irritatives localisées à l'écorce et chirurgicalement explorées. Le premier cas concerne une fracture pariétale par embarrure, passée inaperçue ; développement lent du kyste épidermique qui a déterminé au bout de un an et demi des vertiges ; ceux-ci ont disparu sitôt l'extirpation faite. Dans la deuxième observation, il s'agit de vertiges intenses avec hyperthermie cutanée localisée à la région pariétale à la suite d'un traumatisme limité à la même région ; l'extirpation d'un séquestre osseux a fait cesser tous ces troubles. Le troisième cas concerne un traumatisme cranien léger. Apparition tardive de vertiges intenses avec amblyopsie, cyanopsies, hallucinations visuelles lilliputiennes et auditives. Myoclonies et crises opisthotoniques. Hémianopsie et hémianesthésie avec faiblesse du côté droit. Trépanation : œdème cérébro-méningé de la région pariétale gauche. Grande amélioration.

M. G. de Morsier voit là la preuve de l'existence de centres vestibulaires corticaux dans la région pariétale et plus particulièrement dans la région du sillon interpariétal.

Des troubles visuels sont intimement liés à ces sensations vertigineuses. Dans ce syndrome vestibulo-visuel d'origine pariétale, l'auteur fait rentrer les hallucinations lilliputiennes ; ainsi le lobe pariétal gauche constituerait un carrefour où convergent les impressions visuelles, vestibulaires, somatosensitives (schéma corporel) ; « une interréaction anormale des trois sensorielles est probablement nécessaire à la production des hallucinations lilliputiennes. »

Pierre MASQUIN.

Amnésie (Amnesia), par R. D. GILLEPSIE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXVII, n° 4, p. 748-764, avril 1937.

Le problème de la mémoire est physiologique et psychologique. A côté des utilisations de la mémoire d'évocation et de fixation qui paraissent liées à des mécanismes associatifs et inhibiteurs assez simples à reconstituer, toute une catégorie de faits met en jeu l'affectivité pour expliquer les troubles du souvenir. L'amnésie du syndrome de Korsakoff n'a évidemment rien de commun avec l'amnésie hystérique. Si dans un cas on peut admettre un trouble physiologique ou une lésion anatomique supprimant un système d'association, dans un autre il y a lieu de faire intervenir le sentiment du passé et celui de la continuité de la personnalité. L'utilisation des tests est insuffisante en médecine légale et l'auteur rappelle les notions cliniques qui permettent de juger empiriquement la valeur d'une allégation d'amnésie chez l'épileptique, l'hystérique, le traumatisé du crâne, l'impulsif obsédé.

P. CARRETTE.

Le trouble aphasique ne constitue pas un déficit statique, par P. DELMAS-MARSALET. *Encéphale*, 1938, T. I, pp. 123 à 131.

L'étude clinique des aphasies se trouve faussée à sa base par la conception d'un déficit qui ne dépendrait, en définitive, que du siège et de l'étendue des lésions qui l'engendrent. Le caractère dynamique du déficit apparaît au cours de l'examen clinique, à condition de ne pas perdre de vue le fait que le langage est un processus de premier plan qui se projette sur le processus d'arrière plan représenté par le reste du psychisme.

Dans cet article, M. Delmas-Marsalet, met en évidence différents faits qui

prouvent la nature dynamique du déficit aphasique : 1° *La syntonisation « résonance »* qui crée entre le malade et le médecin une compréhension élémentaire ; l'attitude générale favorisant la compréhension ultérieure parce qu'elle oriente le fonctionnement cérébral dans un sens propice ; 2° *Les afférences supplémentaires ou de secours* (a) *afférences sensorielles* (auditives : un malade ne désignait une cloche qu'après en avoir entendu le son, visuelles, olfactives, sensitives) ; b) *afférences gestuelles* ; c) *afférences musicales* ; d) *afférences par intégration de secours* ; e) *par seriation de secours* ; f) *afférences de secours d'ordre intellectuel. Le savoir verbal ; g) le secours par formule toutes faites.*

M. Delmas-Marsalet conclut que le langage n'est nullement l'abrégé des idées, mais l'expression d'un état d'âme : prononcer un mot c'est exprimer avec lui quelque chose qui tient à notre personnalité tout entière. Lorsque on explore une aphasie, croire que l'on peut séparer un compartiment de l'activité cérébrale, des autres, est une erreur ; un aphasique est une *personnalité nouvelle* avec ses réactions particulières, ses imperfections, ses procédés nouveaux.

Pierre MASQUIN.

Le problème de l'énurésie, par P.-R. BIZE. *Revue médicale française*, n° 5, p. 421-434, mai 1937.

L'énurésie n'a pas une étiologie simple et les mesures thérapeutiques les plus diverses peuvent la supprimer. Il y a certes des cas imputables au phimosis, au spina bifida, aux vers intestinaux ou à l'alcalose urinaire, mais M. Bize estime que dans la majorité des cas les facteurs psychonévrosiques jouent un rôle capital. Les enfants atteints d'énurésie sont souvent des névropathes, des hyperémotifs, des angoissés victimes de conflits freudiens. Le médecin doit tenir compte de ces conditions pratiques et associer aux traitements calmants, endocriniens ou reminéralisants, la psychothérapie qui s'impose.

P. CARRETTE.

Hystérie, pithiatisme, mythomanie et maladies simulées dans l'enfance, par R. LIEGE. *Archives hospitalières*, n° 3, p. 163-170, mars 1937.

L'auteur ne vise pas à des considérations théoriques. Il désire simplement montrer que l'enfant est parfois un simulateur et un mythomane. Il rapporte des cas de simulation d'anurie, de calculose vésicale, de troubles paralytiques et indique la nécessité d'une psychothérapie basée sur l'isolement aidée par l'éducation parallèle de l'entourage familial.

P. CARRETTE.

Dessins de maisons par des enfants (Children's Drawings of Houses), par Madeline KERR. *The British Journal of Medical Psychology*. T. XVI, n° 3 et 4, p. 206-218, 22 juillet 1937.

Pour être moins productifs que les personnages humains, les dessins de maisons n'en fournissent pas moins des tests utiles à l'examen du développement intellectuel de l'enfant. Mme Kerr étudie l'évolution du dessin depuis sa forme initiale schématique jusqu'à l'apparition des détails et de la perspective. Elle établit la comparaison des dessins de l'enfant normal et de l'arriéré. Elle dénonce également les formes anormales produites dans

les névroses (maisons étroites, ouvertures refoulées, murs transparents), symptomatiques de perturbations émotives : anxiété, processus de fixation.
P. CARRETTE.

Troubles du comportement des enfants dont l'intelligence est sub-normale (Conduct Disorders of Intellectually Subnormal Children), par Louis A. LURIE. 92^e réunion annuelle de l'*American Psychiatric Association*, Saint-Louis, 4-8 mai 1936, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIII, n° 5, p. 1025-1033 mars 1937.

La criminalité et le délit ont été étudiés dans les états de gros déficit intellectuel comme dans certains déséquilibres parfois avec prééminence de certaines facultés. Beaucoup plus rarement, les désordres de la conduite ont été signalés chez des sujets sub-normaux. Normalement développés jusqu'à l'âge de 10 ou 12 ans, présentant à la puberté un niveau d'intelligence évalué par les tests à 80 ou 90 %, ces individus accèdent à l'adolescence avec l'inconscience de leur légère insuffisance psychique. En sorte que pour M. Lurie, les troubles du comportement seraient intimement liés à un état sub-normal qui favorise les tendances anti-sociales par un défaut d'adaptation aux faits. Le travail d'adaptation est ici très délicat des points de vue social, mental et émotionnel.
P. CARRETTE.

Sur un cas de paralysie générale juvénile, par MM. I. CONSTANTINESCO, D. CONSTANTINESCO et M. STOICESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 1, 1937.

Observation d'un cas de paralysie générale juvénile héréditaire chez un jeune homme de 16 ans présentant un tableau d'idiotie acquise avec mouvements involontaires des bras et des jambes. L'origine héréditaire est incontestable. Traité par la malarithérapie, le malade allait mieux après cinq accès ; les mouvements involontaires avaient disparu et l'état mental s'était amélioré également. Deux mois après, la famille reprend le malade pour le faire traiter à domicile.
M. LECONTE.

Formes cliniques similaires de paralysie générale chez deux frères, par MM. G. CONSTANTINESCO et A. DOSIOS. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 1, 1937.

Observation de deux frères atteints d'une forme identique de paralysie générale de type expansif. Même évolution assez longue. Même constitution somatique de type leptosome. Du point de vue psychique, l'un et l'autre de ces frères étaient cyclothymiques. Les auteurs suggèrent qu'à côté du virus neurotrope, condition primordiale, qui produit la localisation nerveuse, la forme clinique est déterminée par le type constitutionnel somato-psychique des malades.
M. LECONTE.

Sur un cas de fracture spontanée chez un paralytique général, par MM. A. DOSIOS et N. DEMETRIU. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 1, 1937.

Les auteurs rapportent le cas d'un paralytique général, depuis plus d'un an en rémission presque complète (après impaludation et traitement spéci-

fique) et qui présenta soudain une fracture totalement indolore du fémur droit (variété sous-trochantérienne). Une consolidation vicieuse se fit avec cal exubérant.

La prédisposition aux fractures spontanées (subordonnée à une altération des centres végétatifs de la corne latérale de la moelle) et qui a été rarement signalée dans la paralysie générale, a aussi une importance pratique particulière, au point de vue médico-légal, en cas de récupération sociale de ces malades après la rémission.

M. LECONTE.

Pathogénie des impuissances sexuelles d'origine émotive, par M. PALAZZOLI. *Le Monde médical*, n° 905, p. 899-905, 15 octobre 1937.

L'impuissance sexuelle chez un émotif relève de trois facteurs : un déséquilibre neuro-végétatif, une dystonie dans le territoire génital, un état obsédant qui donne à l'acte sexuel le sens d'une finalité, le partenaire féminin cessant d'être le but d'attraction pour devenir le moyen plus ou moins défectueux destiné à permettre la réalisation de l'instinct. La thérapeutique s'inspire de la correction de ces déficiences. Elle comprendra un correcteur vago-sympathique, un tonique et une psychothérapie se proposant de rendre à l'objet féminin sa force de séduction primordiale, son importance unique afin de libérer l'esprit du malade de la préoccupation de la manœuvre génitale elle-même.

P. CABRETTE.

Considérations pathogéniques sur quelques psychoses aiguës, par P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 1, 1937.

Les auteurs envisagent quelques cas de psychoses aiguës mortelles dans lesquelles ni l'aspect clinique, ni les réactions biologiques humorales, ni même les lésions anatomiques du système nerveux ne permettent un rapprochement avec celles qu'on entend sous le nom d'encéphalites psychosiques ou d'encéphalites d'autre nature. L'examen anatomo-pathologique est à peu près négatif et, fait capital : il n'existe aucune production diapédétique péri-vasculaire. MM. Tomesco et Constantinesco discutent la possibilité d'encéphalites parenchymateuses, différentes du délire aigu, qui appartiendraient à un type spécial d'intoxication d'origine digestive, ou à quelque processus neurotrope frappant brutalement le parenchyme nerveux, et causant la mort avant que se soient constituées des lésions mésodermiques. Les neuf cas pris pour types par les auteurs ont affecté deux types de syndromes différents : un type confusionnel pseudo-paralytique, un type de manie suraiguë confusionnelle, qui ne peuvent être rattachés aux encéphalites psychosiques de Marchand et Courtois.

M. LECONTE.

Réflexions sur l'étiologie de certains symptômes psychiques, à propos d'un cas d'encéphalite rhumatismale, par A. POPEA, R. DEMETRESCO et A. DOSIOS. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 1, 1937.

Les auteurs rapportent un cas d'encéphalite psychosique, traduit cliniquement par un délire interprétatif et hallucinatoire à la phase initiale de

recherche anxieuse, d'introspection analytique et succédant à un accès de confusion mentale survenu au décours d'une crise de rhumatisme poly-articulaire. Ce syndrome mental disparut complètement après un traitement spécifique par le formosalyl et le salicylate. Les auteurs considèrent comme légitime d'attribuer à une cause organique un tel état psychopathique que d'aucuns considéreraient encore de nos jours comme constitutionnel. Ils estiment qu'il s'agit là d'une encéphalite psychosique rhumatismale, qui représente la réaction de l'encéphale sous l'influence de la toxi-infection rhumatismale. En conséquence, les auteurs se demandent si beaucoup de cas de délire chronique ne seraient pas l'expression psychique d'encéphalites psychosiques passées inaperçues. Une bibliographie de la question accompagne cette intéressante observation, pierre nouvelle dans le jardin de la doctrine des constitutions.

M. LECONTE.

Remarques sur la psychopathologie des crises oculogyres dans l'encéphalite épidémique (Remarks on the Psychopathology of Oculogyric Crises in Epidemic Encephalitis), par Erwin WEXBERG. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 1, p. 56-69, janvier 1937.

La crise oculogyre de l'encéphalite épidémique possède les caractères d'un état névropathique dont la pathogénie continue à faire l'objet de communications fréquentes. A la vérité, le mécanisme en est moins discuté aujourd'hui. Il apparaît bien que la crise tonique est un des aspects des troubles de la personnalité à la fois neurologique et psychologique. Ainsi un malade de M. Wexberg explique le mouvement des yeux par l'effort d'attention qu'exige une hallucination auditive ou une conviction délirante. La fréquence du symptôme dans l'adolescence reçoit les mêmes explications que les troubles du comportement et les transformations complètes du caractère.

P. CARRETTE.

Phénomènes psychiques associés à l'insuffisance cardiaque (Psychic phenomena in Association with Cardiac Failure), par Norlan D. C. LEWIS. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 4, p. 782-795, avril 1937.

Il n'existe pas de psychose cardiaque à proprement parler, mais il est évident qu'un organe comme le cœur dont le fonctionnement est intimement lié aux régulations neuro-végétative et circulatoire du cerveau ne peut faillir sans menaces de répercussions psychiques. C'est de ce point de vue que M. Lewis étudie les effets de la syncope, le mécanisme des états convulsifs, les états d'angoisse et d'excitation, les rapports des insuffisances cardio-aortiques avec les phénomènes hallucinatoires.

P. CARRETTE.

Foie et troubles mentaux, par Lucien CORNIL et Joseph ALLIEZ. *Nutrition*. T. VII, n° 2, p. 125-142, 1937.

Cette très grosse question est bien étudiée par MM. Cornil et Alliez sous ses différents chefs. Il existe d'abord un problème de l'état mental des

hépatiques. Nous ignorons quels sont les troubles fonctionnels qui déclanchent un désordre psychique. Des sujets atteints d'une affection très grave du foie ne présentent jamais de troubles mentaux. L'insuffisance hépatique s'associe souvent à la dépression avec hypochondrie, à une affectivité orientée vers la tristesse et les exaltations imaginatives pénibles, à la torpeur intellectuelle.

Deuxième catégorie de faits : les psychoses hépatiques. Existe-t-il des psychoses conditionnées par une atteinte du foie ? Certains auteurs ont voulu voir, soit dans le syndrome confusionnel, soit dans l'accès d'anxiété, une manifestation d'origine hépatique. C'est peut-être exagérer la systématisation et poser des conclusions prématurées, mais il est évident que l'on observe en clinique des cas de confusion mentale évoluant parallèlement avec la crise de foie. La forme primitive simple serait déterminée par elle, sans préjuger du mécanisme des complications, de l'onirisme en particulier.

Enfin les troubles mentaux complètent la symptomatologie des icères, des hépatites aiguës, des états cholémiques, de l'asystolie hépatique, de l'intoxication éthylique et phosphorée. Ils font partie intégrante de la maladie de Wilson sans qu'on puisse déterminer les rapports exacts de la cirrhose nodulaire, de la dégénérescence lenticulaire et de l'affaiblissement psychique.

P. CARRETTE.

Symptômes mentaux dans les cas de tumeur sub-tectoriale (*Mental Symptoms in Cases of Subtentorial Tumor*), par MOSES KESCHNER, MORRIS B. BENDER et ISRAEL STRAUSS, *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 1, p. 1-18, janvier 1937.

Les troubles mentaux des tumeurs cérébrales sont surtout connus dans les localisations fronto-temporales. Les auteurs signalent de nombreux cas de syndromes mentaux complexes, précoces ou même initiaux dans des tumeurs de la fosse postérieure ou du tronc cérébral. L'hypertension intracrânienne n'est pas fatalement très augmentée dans ces cas, mais il est probable que son rôle s'ajoute à celui de l'intoxication encéphalique pour déterminer le syndrome mental. L'apparition d'un état de confusion amnésique avec hypertension peut avoir un intérêt diagnostique avant tout signe de localisation et inviter à pratiquer la ventriculographie.

P. CARRETTE.

La forme tardive de l'encéphalose centrolobaire symétrique (*La forma tardia de la encefalosis centrolobar simetrica*), par GONZALO BOSCH et ROQUE ORLANDO *Revista neurologica de Buenos-Aires*. T. I., n° 4, p. 271-279, janvier 1937.

La sclérose centrolobaire, maladie de Schilder, affection dégénérative, caractérisée par des manifestations convulsives et un état dementiel constitue une des étapes de la démence organique qui, dans sa forme tardive, voisine avec la maladie de Pick. L'étude histologique pratiquée par les auteurs est une contribution nouvelle à la question des scléroses cérébrales préséniles.

P. CARRETTE.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Octobre 1938. 30.

Troubles mentaux à réactions antisociales, survenus tardivement à la suite d'un traumatisme cérébral, par MM. I. CONSTANTINESCO, E. MITROPAN et M. STOICESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 2, 1937.

Le premier malade présenté par les auteurs concerne un homme de 45 ans qui subit en 1930 un traumatisme crânien de la région frontale droite, qui nécessita trois mois et demi de soins. Le caractère change par la suite. Puis surviennent des troubles de la série schizophrénique qui sont accompagnés d'une idée obsédante et impulsive au meurtre. Et le malade après son traumatisme va tuer sa propre fille.

Le deuxième cas concerne un malade âgé de 46 ans : blessé à 22 ans par un accident d'avion et fortement commotionné, son caractère change alors progressivement ; il devient bizarre, méfiant, puis jaloux, interprétatif. La psychose se systématisait sous la forme d'un délire de persécution à l'égard des siens. Il devient si antisocial qu'il est interné après une évolution dont le début remonte au traumatisme.

Ces deux cas sont donc en liaison étroite. Ils montrent la nécessité de compter avec une évolution à longue échéance pour établir le pronostic des traumatismes crâniens graves.

M. LECONTE.

Etude de l'alcoolisme chez la femme (A Study of Alcoholism in Women), par James H. WALL. 92^e Réunion annuelle de l'*American Psychiatric Association*, Saint-Louis, 4-8 mai 1936, in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCIII, n° 4, p. 943-955, janvier 1937.

Les conditions de l'alcoolisme féminin apparaissent assez différentes de celles de l'homme. L'abus d'alcool habituel est, chez la femme, un fait beaucoup plus individuel, plus lié aux circonstances psychologiques, déterminant une détérioration plus rapide de la personnalité, un trouble plus profond de la position sociale. Les cas d'hospitalisation féminine sont moins fréquents, mais tendent à augmenter. Les syndromes hallucinatoires avec réaction émotive sont plus rares que chez l'homme ; par contre, les cas de confusions amnésiques et de psychoses de Korsakoff sont relativement plus nombreux. Le cerveau féminin est sans doute fragile, car les cas d'alcoolisme sans manifestations psychopathiques sont rares et les délires aigus fréquents.

P. CARRETTE.

Un cas d'hallucinosse chronique avec multiples personnalités, par PREDĂ, IONASIU et STĂENESCU (Présenté aux Séances du Collège médical de Sibiu). *Bulletin de l'Hôpital des maladies mentales et nerveuses de Sibiu*, 1935.

Présentation d'un malade remarquable par les nombreuses hallucinations visuelles et auditives, dont le patient a conscience. Ses hallucinations ont le caractère d'une compensation d'un sentiment d'infériorité. Elles le représentent comme un héros alors qu'il s'agit d'un impuissant sexuel. Dans ses hallucinations, il se voit soit persécuté, soit en train de combattre ; il est l'acteur et le spectateur de son propre trouble mental. Les auteurs discutent la possibilité de phénomènes psychanalytiques, psychiques et neurologiques (L. Hermitte).

M. LECONTE.

Mortalité des malades atteints de mélancolie d'involution (Mortality among Patients with Involution Melancholia), par Benjamin MALZBERG. *The American Journal of Psychiatry*. T. CXIII, n° 5, p. 1231-1238, mars 1937.

Cette mortalité est très élevée. Beaucoup plus forte que celle des formes diverses de psychoses maniaque-dépressives. Elle tendrait à prouver qu'un état organique justifie la dépression et l'hypocondrie par la conscience de troubles graves au premier rang desquels il faut citer les cardiopathies avec complications pulmonaires aiguës et la tuberculose.

P. CARRETTE.

Etude de cas de folie à deux (A Study of Cases of Folie à deux), par M. GROVER. 92^e Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association, Saint-Louis, 4-2 mai 1936, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIII, n° 5, p. 1045-1068, mars 1937.

Les variétés de folie à deux se groupent sous quatre titres : folie imposée, simultanée, communiquée et induite. Elles constituent dans tous les cas une contribution au problème pathogénique. Une psychose schizophrénique induite par suggestion, même si elle évolue pour son propre compte après l'isolement, fournit un argument capital à la conception du mécanisme psychogène et remet en question les rapports nombreux de la schizophrénie avec l'hystérie.

P. CARRETTE.

La schizophrénie chez les jumeaux, par L. IONASIU et C. LUNGU. *Bulletin de l'Hôpital des maladies mentales et nerveuses de Sibiu*, 1935.

Présentation devant le collège médical de Sibiu, de l'observation d'un garçon de 14 ans, atteint de schizophrénie, ayant pour frère un jumeau univittelin. Ce dernier du point de vue psychiatrique présente une constitution psychique de type schizoïde et semble également évoluer vers un syndrome schizophrénique.

M. LECONTE.

Observations cliniques sur des dessins de schizophrènes (Clinical Observations on Schizophrenic Drawings), par E. GUTTMANN et W. S. MACLAY. *The British Journal of Medical Psychology*. T. XVI, n° 3 et 4, p. 184-205, 22 juillet 1937.

La production artistique de l'aliéné présente un double intérêt : celui de l'expression d'un état délirant et celui de la valeur technique de la production, élément d'appréciation de l'affaiblissement psychique. Une œuvre picturale ne mérite d'être retenue que si elle représente un moyen d'expression déjà utilisé par le sujet. Les auteurs rapportent l'observation curieuse d'une schizophrène, experte en dessin, mais ne trouvant son style qu'à l'occasion de son état pathologique. L'hérédité des dispositions artistiques est habituelle ; les procédés utilisés tendent à libérer le sujet par un symbolisme à manifestations souvent curieuses dont l'évolution est généralement fâcheuse.

P. CARRETTE.

Les schizophrénies. Etude statistique et son application à l'hygiène mentale (As Esquizofrenias. Estudo estatístico e sua aplicação à higiene mental), par René RIBEIRO. 1 vol. in 8°, 103 pages. *Editions Renda, Priori et Cie*, Recife, 1937.

Le travail de M. Ribeiro est avant tout une contribution statistique. Dans la terminologie et la classification l'auteur utilise les conceptions fragmentaires des diverses écoles psychiatriques pour présenter la schizophrénie sous tous ses aspects. Il envisage ensuite la fréquence par rapport au sexe, à l'âge, aux tares physiologiques, à l'hérédité psychopathique, aux professions et même aux influences météorologiques. Il étudie également le rôle des moyens de prévention, des tentatives thérapeutiques, des essais d'adaptation familiale, professionnelle et sociale. Les recherches portent sur des centaines de malades, de sorte que les résultats obtenus, qu'on envisage l'aspect clinique ou général du problème, sont largement utilisables dans la pratique comme base d'étude thérapeutique et prophylactique.

P. CARRETTE.

Le pronostic dans la schizophrénie et les facteurs qui influencent le cours de la maladie (The Prognosis in Schizophrenia and the Factors Influencing the Course of the Disease), par Gabriel LANGFELDT. 1 vol. in-8°, 228 pages. *Acta Psychiatrica et Neurologica. Supplément XIII. Levin et Munksgaard Editeurs, Copenhague et Oxford University Press, Londres, 1937*

Les éléments retenus pour l'établissement des statistiques sur le pronostic de la schizophrénie sont groupés dans les différents chapitres suivants : 1° influence des facteurs prépsychosiques : hérédité, structure du corps, personnalité, adaptation sociale ; 2° allure de la phase initiale : invasion brutale ou insidieuse, âge, prodromes ; 3° symptomatologie mentale de la période aiguë. M. Langfeldt passe ensuite à l'étude des formes cliniques et des signes fondamentaux qui, par leur fréquence et leur netteté, permettront d'affirmer le diagnostic ou de le réserver. Il existe d'abord des démenes paranoïdes pour lesquelles il est nécessaire d'établir la valeur relative des signes délirants : idées de persécution, sentiment d'influence, dépersonnalisation, délire d'influence ; des associations catatonico-paranoïdes ; des formes catatoniques pures ; des cas de nature hébéphrénique ; des réactions d'allure schizophrénique. Enfin l'auteur compare les cas dont l'allure clinique impose le diagnostic de schizophrénie et ceux qui restent incertains.

Il est impossible de tirer un enseignement immédiat des nombreux cas utilisés et des 100 cas de schizophrénie certains. Le matériel réuni par M. Langfeldt fournit une base de travail imposante. Le mieux est de s'en référer à ses observations précises et à ses statistiques où tous les éléments psychopathiques et somatiques sont exposés pour faire progresser l'étude du problème.

P. CARRETTE.

Aperçu sur les théories opposées concernant l'étiologie de la soi-disant « démenence » dans la démenence précoce (An Evaluation of Opposed Theories Concerning the Etiology of so-called « Dementia » in Dementia Proecox), par Mary Phyllis WITTMAN. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIII, n° 6, p. 1363-1377, mai 1937.

L'auteur refuse à la démenence précoce sa qualité de démenence. Rien dans l'étiologie, ni dans sa présentation clinique ne rappelle les maladies orga-

niques du système nerveux aboutissant à une détérioration définitive et s'exprimant par un affaiblissement profond et progressif des facultés psychiques. L'apathie, le désintérêt, l'aboulie, l'aprosodie, les constructions délirantes, l'inhibition s'associent à des troubles physiques changeants qui en présence des tests différencient complètement le schizophrène du paralytique général par exemple ou du dément sénile.

P. CARRETTE.

La solitude et le syndrome paranoïde (Loneliness and the Paranoid Syndrome), par D. N. PARFITT. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XVII, n° 68, p. 318-321, avril 1937.

L'isolement volontaire avec toutes ses conséquences de désadaptation psychique, physique et sociale est assez caractéristique des états paranoïdes préséniles, surtout fréquents chez la femme victime des circonstances : veuvage, établissement et éloignement des enfants, ménopause, gêne pécuniaire. La symbolisation délirante et les réactions agressives d'une fierté éprouvée et d'une forte personnalité masquent les effets de cette solitude. L'opposition du malade ne doit pas égarer le diagnostic. Les facteurs psychogènes étant reconnus, des mesures de réadaptation doivent être instaurées.

P. CARRETTE.

Quelques remarques sur les rapports de l'hystérie et de la schizophrénie, par le Professeur H. CLAUDE. *Archives de Neurologie de Bucarest*, n° 1, 1938.

Pour M. le Professeur Claude, dont on connaît l'essai de définition des caractères des accidents hystériques depuis le Congrès de Genève-Lausanne de 1907, (caractères marqués par la faculté qu'ont certains sujets d'isoler d'une façon demi-consciente, parfois même tout à fait inconsciente, certaines perceptions, ou aperceptions et de leur laisser prendre une activité psychique vigilante supérieure, mais, consciente ou non, si importante qu'elle exerce une action dynamogénique considérable sur certaines fonctions), désormais doit être qualifié hystérique l'accident dépourvu de caractère organique et qui disparaît par une action énergique de suggestion ou de persuasion.

Or, bien des cas de folie hystérique ont été plus tard rattachés au groupe des schizophrénies, états reposant sur une base de dissociation psychique. Aussi l'auteur, considérant encore ces cas d'accidents schizophréniques bénins, disparaissant par une psychothérapie un peu active est-il arrivé à penser que leur mécanisme peut relever d'une même capacité de dissociation. Le cas, présenté par M. le P^r Claude à la Société Médico-Psychologique en juin 1937, permet de mettre en parallèle, après d'autres, des faits d'allure dite hystérique et d'autres faits portant nettement la signature schizophrénique. Il rapporte à nouveau l'observation d'un délire collectif d'une mère et d'une fille chez lesquelles apparurent en cours d'internement des crises à caractère hystéroïde et des manifestations d'allure hystérique. Le parallélisme de ces manifestations est aisé à constater. Il s'agit de l'apparition sur le plan moteur d'une dissociation psychique de même ordre que les dissociations psychiques sur le plan intellectuel ou affectif. La différence réside dans la durée et l'évolution de ces troubles. M. le P^r Claude expose encore une observation de schizose ayant revêtu le type hystéro-

maniaque à l'âge de 18 ans pour aboutir à une dissociation schizophrénique complète incurable et termine sur diverses vues thérapeutiques et pathogéniques.

M. LECONTE.

Les connaissances actuelles sur l'hystérie, par D. PAULIAN. *Archives de Neurologie de Bucarest*, n° 1, 1938.

L'article de M. Paulian constitue un court et clair historique des positions prises successivement par les auteurs depuis la naissance de l'hystérie jusqu'aux conceptions contemporaines la concernant. C'est avant tout un avant-propos impartial du numéro des *Archives de Neurologie*, spécialement consacré à la question de l'hystérie et dont les colonnes ont été mises à la disposition des défenseurs des théories les plus opposées. On y trouve en effet divers articles de MM. Radovici, Dimulesco, Claude, Laignel-Lavastine, Froment, Cl. Vincent, Gelma, Baruk et Salmon.

M. LECONTE.

Le problème de l'hystérie et ses dilemmes, par Jules FROMENT. *Archives de Neurologie de Bucarest*, n° 1, 1938.

M. Froment pose comme essentielle au premier chef la question de préciser la définition et fait une critique fougueuse des conceptions et théories qui s'éloignent de celle de Babinski. Depuis longtemps, il insiste sur la nécessité de s'entendre et de parler la même langue. Pascal et Descartes sont tour à tour cités pour venir étayer ce point de vue légitime que la question de la définition est fondamentale. Il souhaite ardemment qu'on s'entende enfin sur les termes et qu'on ne donne pas le même nom à deux choses différentes. Il faut au contraire ne donner le même nom qu'aux mêmes catégories de faits cliniques, sans cela on ne peut plus s'entendre. Car en ce qui concerne la pathogénie, si l'on met tout dans l'hystérie, on y retrouvera de quoi légitimer toutes les pathogénies.

Pour éviter que des générations parlent de moins en moins la même langue, l'auteur expose les divers dilemmes que pose la question. Ou il faut accepter et appliquer à la lettre la délimitation clinique précise univoque proposée par Babinski, ou il faut en proposer une autre aussi précise et univoque. La rigueur doit être de mise pour délimiter l'accident hystérique, déterminer des critères fixes et passer au crible tout accident prétendu hystérique. Le danger d'une nouvelle remise en chantier du pithiatisme, après l'œuvre admirable de Babinski, c'est de remettre tout en question et le point de départ et les bases mêmes de toute la sémiologie objective. Et c'est agir ainsi que de vouloir réintroduire, aux côtés de l'accident hystérique-pithiatique *sine materia*, une hystérie physio-pathologique non pithiatique.

M. LECONTE.

Quelques remarques sur la position du problème de l'hystérie, par H. BARUK. *Archives de Neurologie*, n° 1, Bucarest, 1938.

M. H. Baruk n'étudie que les deux périodes importantes de l'hystérie, la première, contemporaine de Charcot, période anatomo-clinique, la seconde, issue des travaux de Babinski. A l'époque de Charcot, le terme d'hysté-

rique et de fonctionnel, désignait un trouble physiologique du système nerveux, trouble plus ou moins localisé à des centres qui étaient perturbés, mais non détruits. Babinski mit au contraire l'accent sur l'importance dans l'hystérie des facteurs psychiques en raison de l'apparence volontaire des troubles. Babinski accentua donc le divorce entre la neurologie et la psychiatrie. Puis une nouvelle phase critique se fit jour. D'une part, certains auteurs voulurent replacer une partie de l'hystérie dans le cadre des affections organiques en se basant sur les études fournies par l'encéphalite. D'autres, au contraire, voulurent rattacher l'hystérie à un fondement physiologique, amorçant ainsi un retour à la théorie de Charcot. Les représentants de ces deux tendances récentes sont, d'une part Marinesco et ses élèves pour l'Ecole Roumaine, Claude et Van Bogaert pour l'Ecole Française et Belge, enfin, d'autre part Froment, fougueux adversaire des précédents.

Pour M. H. Baruk, on ne peut opposer absolument les affections purement neurologiques et les affections purement psychiques. Tout le problème réside dans l'étude des troubles réalisant l'aspect extérieur des troubles volontaires : l'auteur, on le sait, a abordé ce problème par l'étude de la catatonie, jadis confondue avec l'hystérie. Il en résulte à son avis, qu'il faut retenir deux variétés d'affections du système nerveux central :

1° Les unes consistant dans un syndrome de localisation anatomique ou fonctionnelle, durable ou passager, mais en rapport avec une atteinte des centres localisés et spécialisés, d'où l'existence de symptômes limités.

2° Des atteintes diffuses dans lesquelles rentre la catatonie qui constitue une atteinte profonde et d'autres atteintes, plus légères, dans lesquelles se range le pithiatisme, reste du territoire de l'ancienne hystérie.

M. LECONTE.

Le problème de l'hystérie, par A. SALMON. *Archives de Neurologie*, n° 1, Bucarest 1938

Pour M. Salmon, il faut d'abord préciser la nature de cette névrose qu'on appelle l'hystérie, c'est-à-dire savoir d'abord quel est le rôle des émotions, qui, pour lui, on le sait, est grand, et enfin, quel est le siège de cette névrose. L'idéoplastie qu'on rencontre dans l'hystérie prouve une corrélation psychosomatique qui ne peut pas s'expliquer par des conceptions purement psychologiques. On ne peut nier que les atteintes organiques favorisent l'écllosion des phénomènes hystériques. L'affection est souvent jointe à des altérations organiques associées à des maladies telles que la sclérose en plaques et la démence précoce. Ce qui favorise le rôle considérable de l'émotion, c'est le terrain qui prédispose au développement des phénomènes hystériques et joue un rôle dans le mécanisme de ces phénomènes. Les stigmates sont produits par un élément vaso-moteur. Les hystériques appartiennent à des familles et à des races très émotives. Il faut néanmoins remarquer qu'on observe souvent une période de latence entre l'émotion et le développement des phénomènes hystériques. Les émotions ne créent donc pas toutes seules, l'hystérie. Un terrain prédisposé caractérisé par une labilité du système végétatif entraîne une réactivité particulière. Il y a en un mot un appareil hystérogène. Quant au siège, pour M. Salmon il est situé au niveau des centres corticaux, dans la zone cœnesthésique de Fleschig, concernant les lobes pariéto-temporo-occipitaux, zone qui est le siège prin-

cial de la cœnesthésie. C'est par un retentissement de désordres sympathiques sur la cœnesthésie qu'on peut imaginer la pathogénie de l'hystérie. Une courte bibliographie accompagne ce travail.

M. LECONTE.

L'hystérie au point de vue biologique, par V. M. BUSCAINO. *Archives de Neurologie de Bucarest*, tome II, 1938.

M. Buscaino a développé une théorie par laquelle des symptômes de l'hystérie sont en rapport avec des perturbations des fonctions du diencéphale. D'autres parmi ses travaux, qu'il rappelle lui-même dans son article, ont visé à mettre en évidence les variations bio-chimiques qu'occasionnent diverses émotions, notamment la peur. Pour lui, les centres réflexes émotifs sont localisés dans la substance grise autour du 3^e ventricule et de l'aqueduc de Sylvius (diencéphale et mésencéphale). Or les hystériques sont des émotifs, ce qui signifie qu'ils ont « une prompte réactivité des centres végété-émotifs sous-corticaux », réactivité à l'origine de réactions chimiques endocriniennes se répercutant sur l'activité des centres des réflexes émotifs. L'auteur insiste dans le reste de son travail, en ce qui concerne la démonstration de la réalité de la participation des centres diencéphalo-mésencéphaliques dans la genèse des phénomènes hystériques, sur le fait que, non seulement la priorité lui revient, mais encore que seuls les faits publiés antérieurement par lui démontrent cette réalité. D'autres affirmations viennent apporter leur critique aux notions de pithiatisme et au rôle des images, de la suggestion, de la psychanalyse et en général de toutes les formules des auteurs « qui discutent sans examiner minutieusement leurs malades ».

M. LECONTE.

Contribution à l'étude des troubles sensitifs hystériques et le rôle des réflexes conditionnés dans la physio-pathologie de l'hystérie, par G. MARINESCO. *Revue neurologique*. T. LXVIII, n^o 4, p. 585-600, octobre 1937.

Le regretté professeur Marinesco analyse un cas d'hémianesthésie hystérique au moyen des tests suivants : douleur à la brûlure, rythme respiratoire et pouls après application des agents nociceptifs, excitation pendant le sommeil, fixation du réflexe conditionnel vaso-moteur par la lumière blanche précédant l'excitant absolu, réflexe psycho-galvanique. L'auteur estime que les caractères neurologiques du syndrome hystérique ont une valeur propre et que les phénomènes d'auto-suggestion répondent à un mécanisme banal lié à la répétition. La persévérance, la suggestibilité hystérique imprimant une allure particulière aux réflexes conditionnés. Cette conception s'oppose aux idées exprimées par M. Froment qui assimile comme on sait l'hystérie au pithiatisme suivant les idées de Babinski.

P. CARRETTE.

Note sur le mécanisme psycho-physiologique de certains cas de pithiatisme, par M. LAIGNEL-LAVASTINE. *Archives de Neurologie de Bucarest*, n^o 1, 1938.

L'auteur, M. le P^r Laignel-Lavastine, élève de Babinski, souligne l'importance de l'état dépressif sous-jacent à beaucoup de réactions pithiatiques. Il a été depuis longtemps frappé en effet par les phénomènes pithiatiques

des mélancoliques. Il faut aussi tenir compte du facteur social du pithiatisme et des éléments physiologiques sous-jacents. A ce propos, l'auteur cite deux exemples montrant la labilité vago-sympathique de certains cas.

M. LECONTE.

L'hystérie et les fonctions diencéphaliques (Etude neurologique), par Clovis VINCENT. *Archives de Neurologie de Bucarest*, n° 1, 1938.

La tendance actuelle pour nombre de neurologistes est sans doute de créer une physiopathologie de l'hystérie, fondée sur l'analogie entre certains phénomènes hystériques et certains phénomènes organiques, tels que les troubles post-encéphaliques et l'attitude dite décérébrée.

M. Clovis Vincent met en garde contre les raisonnements par analogie qui ne sont pas ceux qui ont servi au progrès médical, car ils ont conduit à des erreurs énormes. D'autre part, il est imprudent de recommencer certaines erreurs en s'appuyant sur des manifestations bien moins connues actuellement que ne l'est, grâce à Babinski, l'hémiplégie organique. En ce qui concerne ces manifestations post-encéphaliques ou l'attitude décérébrée, elles sont très différentes et l'auteur s'étonne qu'on ait pu même les comparer. L'étude des spasmes de torsion, des spasmes oculogyres, de la crampe des écrivains, des crises postérieures des sujets atteints d'une tumeur du vermis médian montrent qu'il n'y a que de grossières ressemblances. Et la position prise par M. le D^r Clovis Vincent tient toute dans cette conclusion.

« Phénomènes hystériques d'une part, phénomènes post-encéphaliques et crise de décérébration d'autre part, n'ont aucun caractère intrinsèque commun. Actuellement, on ne peut les comparer que pour les séparer. »

M. LECONTE.

L'hystérie et le diencéphale, par A. RADOVICI. *Archives de Neurologie de Bucarest*, n° 1, 1938.

Passant en revue les différentes vicissitudes par lesquelles l'hystérie est passée, M. Radovici pense, après avoir constaté que le dogme du pithiatisme est déjà ébranlé, que le jour n'est peut-être pas éloigné « où la cérébrogénèse de l'hystérie remplacera la théorie psychogénétique. Il montre ce que l'on doit à l'extension de nos connaissances en physiologie et en sémiologie neurologique. L'étude du fonctionnement opto-lenticulaire et des syndromes opto-striés, l'expérimentation visant la désintégration des centres nerveux par diverses transections, les progrès de nos connaissances sur le sympathique, et les centres végétatifs sous-thalamo-tubériens ont créé tout un chapitre nouveau de psycho-physiologie, mais on doit beaucoup plus à l'étude de l'encéphalite léthargique. L'auteur rappelle le parti que lui-même et l'école roumaine ont tiré de l'apparition de spasmes et de crises oculogyres chez des parkinsoniens post-encéphaliques, manifestations que la suggestion pouvait faire apparaître. L'étude de centaines de post-encéphaliques a permis de laisser supposer la base physiologique des troubles hystériques et le rôle des formations de la base.

Les parkinsoniens ont trois ordres de troubles : 1) des troubles de la motilité et de la sensibilité d'origine psychogène ; des troubles végétatifs et viscéraux, un état mental spécial avec suggestibilité exagérée et troubles du caractère.

M. Radovici a donc appelé « états hystéroïdes organiques » ou syndrome

hystéroïde par diencéphalose », les aspects cliniques, ressemblant à l'hystérie, mais dus indubitablement à des lésions striées. On doit tenir compte de cette notion d'états hystéroïdes lésionnaires et distinguer des hystériques *sui generis* et des hystériques idiopathiques, termes à utiliser actuellement.

M. LÉCONTE.

L'hystérie et le pithiatisme vus par un psychiatre, par Eugène GELMA, *Archives de Neurologie de Bucarest*, n° 1, 1938.

La conception pithiatique de l'hystérie cause au psychiatre un certain malaise. Elle établit un abîme excessif entre les troubles mentaux nosologiquement caractérisés et l'hystérie. Ce n'est pas par persuasion que les accidents dits pithiatiques sont guéris, mais par une action émotive, un trauma émotionnel.

Les troubles pithiatiques ne sont pas volontaires. Il ne s'agit pas davantage d'un acte de simulation intentionnelle. En outre, peut-on préciser où s'arrêtent les possibilités de la volonté ?

« Il existe d'autres motifs de ne pas considérer la réforme de l'hystérie comme définitive. La discrimination entre l'organique (lésionnel, fonctionnel, neuro-végétatif) ne s'avère plus aussi simple qu'il le paraissait naguère, puisque des activités physiologiques que l'on croyait jusqu'ici formellement indépendantes de la cérébralité psychique peuvent être contrôlées et influencées par la volonté. Et comme on ne connaît pas exactement les limites de l'emprise psychique sur l'organique, le critère : « troubles qu'il est possible de reproduire par suggestion, chez certains sujets, avec une exactitude parfaite », devient à son tour « pure abstraction ».

On a quelquefois l'occasion d'observer, dans les meilleures conditions d'exactitude et à l'abri de toute mystification, des affections tissulaires, comme certaines dermatoses, qui s'évanouissent ainsi que de vulgaires paralysies hystériques, à la suite des procédés psychothérapeutiques équivalents à la persuasion anti-pithiatique ; tandis que d'autres troubles produits par suggestion demeurent rebelles à la contre-suggestion persuasive. L'auteur, à ce propos, cite d'intéressantes observations et conclut : « Les accidents hystériques, comme les états mentaux schizophrènes, représentent les effets de désordres endopsychiques spéciaux sur lesquels la psychiatrie moderne tient son attention fixée, depuis les doctrines freudiennes et surtout depuis les conséquences qu'en a tirées Bleuler.

« L'hystérie est un état psychopathique constitué par un ensemble de processus dissocié de la personnalité consciente. Les syndromes les plus divers de la pathologie qu'elle figure sur l'organisme sont susceptibles de disparaître avec les « affects » inconscients dont ils sont les traductions en clair lorsque ceux-ci se trouvent détruits par l'action de chocs émotifs ou de courants affectifs provoqués par une entreprise thérapeutique quelconque. » Un article très intéressant.

M. LÉCONTE.

L'hystérie dans les services de maladies mentales, par MM. I. CONSTANTINESCO et DAN CONTANTINESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 1, 1937.

Dans leur travail qui a fait l'objet d'une communication au Congrès de Bucarest d'octobre 1936, les auteurs rapportent l'observation de quelques cas

d'hystérie. Ils insistent sur l'aspect confusionnel dans lequel les patients sont parvenus à l'hôpital et discutent aussi des rapports entre l'hystérie, la confusion mentale et la schizophrénie.

M. LECONTE.

Considérations sur le mécanisme et le traitement du mutisme hystérique, par A. DIMOLESCO. *Archives de Neurologie de Bucarest*, n° 1, 1938.

Si les cas d'hystérie ont de beaucoup diminué depuis Babinski, on voit encore en pratique journalière nombre de petits accidents dont le mutisme est un des plus fréquents. L'auteur attire l'attention sur l'importance du terrain, insuffisamment appréciée à sa juste valeur. L'hystérie apparaît comme l'exagération d'un tempérament anormal, en rapport avec des facteurs émotifs particuliers. Le tempérament en est la cause prédisposante, l'émotion la cause presque unique. Tout au contraire de Claude, pour Logre, l'hystérie est de nature imaginative non émotive. L'auteur joint à son article l'exposé de cinq observations dans lesquelles on note fréquemment l'existence d'un état constitutionnel sur lequel une émotion choc a provoqué l'apparition du mutisme, rapidement guéri par suggestion armée, accompagnée de suggestion indirecte dont l'auteur expose la technique. Les cinq observations montrent l'existence d'un petit conflit psychique à résoudre. L'auteur rappelle que MM. Lowenstein et Parcheminey, dans leur exposé de la conception psychanalytique de l'hystérie, ont montré que celle-ci n'était en opposition avec aucune des idées actuelles sur l'hystérie. Une courte bibliographie est jointe à ce travail.

M. LECONTE.

Les facteurs sociaux dans le mécanisme de l'hystérie. par I. POPESCU (Sibiu). *Bulletin de la Société de Psychologie Médicale de Sibiu*, nov. 1936.

Les hypothèses matérialistes qui ont essayé d'expliquer les mécanismes de l'hystérie, n'ont pas donné une importance suffisante aux facteurs sociaux et psychologiques. Une série de notions : le choc affectif, le conflit psychique, le trauma psychique, la suggestion, l'intérêt, la simulation, etc., dépassent le cadre pur physiologique. Or, ces facteurs ont un rôle presque décisif dans la genèse, dans la complexité de ce déséquilibre neuro-psychique. Pour la première fois, la psychanalyse s'est occupée d'une manière spéciale et systématique de cet aspect spécial de l'hystérie.

L'auteur est partisan d'une attitude psychologique en neuro-psychiatrie, car en tenant aussi compte de ces facteurs, en cherchant leur corrélation avec les éléments somatiques, on pourra peut-être mieux connaître les manifestations hystériques, et faire une psychothérapie avec plus de compétence et de succès.

M. LECONTE.

Le rapport entre l'hystérie et l'hypnose, par PREDĂ et STOENESCU. *Sibiu Medical*, 1936.

Les conclusions de ce rapport sont les suivantes :

1. Il y a des auteurs qui soutiennent qu'il existe une grande différence entre l'état hystérique et la suggestion hypnotique, chacune d'elles ayant

ses caractères propres ; il y a d'autres auteurs qui plaident pour une analogie de ces états.

2. Les expériences viennent prouver l'étroit rapport existant entre l'hystérie et l'hypnose, parce que chez certaines personnes hypnotisées, les troubles sensitivo-moteurs et psychiques de l'hystérie ont pu être reproduits.

3. On reconnaît à l'unanimité que ces états névrotiques surviennent seulement chez les individus ayant certaines constitutions innées et dans certaines circonstances.

Les mêmes conditions s'imposent pour produire des suggestions à l'état de veille, des auto-suggestions et des introspections.

4. Les deux états névropathiques ont dans leur création presque les mêmes modifications physiologiques et on peut accorder les mêmes explications sur le prétendu agrandissement de certaines facultés intellectuelles.

M. LECONTE.

Les causes qui rendent plus rare l'apparition des états d'hystérie et l'emploi de l'hypnose, par PREDÁ. *Bulletin de la Société de Psychologie Médicale de Sibiu*, nov. 1936.

L'auteur montre que parmi les nombreuses causes qui peuvent agrandir ou diminuer l'apparition de ces deux névroses, l'évolution de la mentalité névrotique et celle de la socialisation du comportement biologique (avec la création de nouveaux comportements), semblent jouer un rôle plus important.

L'évolution sociale a surtout changé les circonstances par lesquelles les deux névroses sont mises en évidence.

La tendance de notre vie sociale s'est dirigée pendant les derniers temps vers un individualisme exagéré. Et dans ce milieu social presque hystérisé, les individus névrotiques — évolués par l'effet du temps et les circonstances, semblent s'adapter plus facilement. Ensuite les cas d'hystérie traditionnelle sont rares, car, grâce à l'alarme donnée par Babinsky, les suggestions médicales sont évitées et les hystériques sont isolés.

En ce qui concerne l'hypnose, elle est rarement employée, soit pour étude (où elle est remplacée par la psychologie expérimentale), soit en thérapeutique (où elle est remplacée, et avec le même succès, par la suggestion en état de veille, par la persuasion, la psychanalyse, etc.).

Aujourd'hui l'hypnose paraît être plutôt l'apanage des dilettantes qui la compromettent. Les médecins et les psychologues n'ayant ni le temps et souvent ni l'habileté nécessaires à sa pratique.

M. LECONTE.

Le parallélisme de l'évolution dans l'hystérie et l'hypnose, par PREDÁ. *Bulletin de la Société de Psychologie Médicale de Sibiu*, nov. 1936.

Les auteurs mettent en parallèle l'histoire de l'hystérie et celle de l'hypnose avec les différentes théories émises par divers auteurs, en montrant comment l'autorité de chaque auteur relève l'importance et la valeur du problème, l'imposant aux recherches comme une mode scientifique.

Par ce parallélisme on constate une fois de plus l'analogie de ces états (hystérie et hypnose), parce qu'à telle époque nous voyons que le monde

scientifique s'en occupe intensément et à une telle autre époque les néglige tous deux, arrivant quelquefois même à nier leur existence.

Les faits concrets constatés par tant de gens de science mettent de nouveau ces deux névroses en discussion, pour chercher à leur donner, à la lumière des investigations scientifiques, une explication aussi bonne que possible.

M. LECONTE.

Les conditions dans lesquelles sont créées les états de l'hystérie (névrose spontanée) et de l'hypnose (névrose provoquée), par G. PREDÁ. *Bulletin de la Société de Psychologie Médicale de Sibiu*, nov. 1936.

M. Preda expose les diverses théories expliquant les nombreuses faces du problème de l'hystérie et de l'hypnose. Il montre en quoi consisterait le mécanisme intime produit par la suggestion provoquée (hypnotique et à l'état de veille) et par la suggestion spontanée (hystérie).

Il constate l'analogie de ce mécanisme psychique et arrive à la conclusion que pour provoquer l'une d'elles, on a besoin :

- 1) d'un état constitutionnel particulier avec tendance à la désagrégation entre l'écorce et la base, ainsi que tendance à accepter et conserver des actes particuliers provoqués par l'imitation, la suggestion, etc. ;
- 2) d'un facteur occasionnel affectivo-émotif déclanchant la névrose ;
- 3) de représentations vives qui peuvent provoquer les actes réflexes.

Il montre qu'il peut exister aussi des acceptions intentionnelles difficiles à être distinguées des réflexes.

Les deux névroses (hystérie et hypnose) peuvent survenir ou peuvent être provoquées de même chez des individus ayant une personnalité infantile. Elles peuvent être quelquefois associées aux maladies organiques.

Leurs manifestations ressemblent beaucoup aux formes incipientes de la schizophrénie ou à celles survenant à la suite d'intoxications (alcool, morphine, etc.).

Il montre ensuite les rapports entre ces deux névroses et les réflexes conditionnels.

M. LECONTE.

L'explication de la bonne foi dans les deux névroses : hystérie et hypnose, par PREDÁ. *Bulletin de la Société de Psychologie Médicale de Sibiu*, nov. 1936.

Exposé sommaire du problème de l'instinct et des tendances, et comment la vie est pleine de leurs conflits, comment l'affectivité (qui est à la base de ces tendances), a son point de départ dans l'impression sensorielle, arrivant plus tard à des images, aux réflexions abstraites et à la volonté ; comment nos actions et réactions se font sociales par des expressions consacrées, des attitudes commandées, etc.

A la lumière de ces faits psychologiques, l'auteur tâche d'expliquer le rôle joué par l'imitation, la suggestion, etc., la sympathie (qui peut passer de l'état élémentaire à l'état de sentiment), la cristallisation imaginative (qui peut avoir lieu dans les états d'automatisme), et le facteur social.

Il montre que la volonté ne fait que prolonger un désir et que ce qui s'oppose le plus aux désirs, ce sont les impératifs investis du respect que

nous portons aux actes sociaux. Or, ces impératifs semblent manquer dans les deux névroses.

Pour rechercher la bonne foi dans ces névroses, il faut donc analyser tous les facteurs psycho-organiques personnels et sociaux. Tâche très difficile. Comme corollaire, il expose les idées de Kretschmer sur ce problème et surtout les possibilités de distinguer l'hystérie réflexe de la simulation intentionnelle, de l'habitude hystérique, des accumulations affectives, etc.

M. LÉCONTE.

NEUROLOGIE

Introduction à la sympathologie clinique, par LAIGNEL-LAVASTINE, *Le Monde médical*, n° 900, p. 726-743, 1-15 juin 1937.

La division adoptée par le professeur Laignel-Lavastine pour l'étude du système végétatif comporte : 1° un sympathique supranucléaire, système végétatif du névraxe ; 2° un holosympathique : orthosympathique, système vagal, petit sympathique et métasympathique ; 3° un système humoral. L'examen systématique des malades montre l'importance des manifestations dont ces différents systèmes sont responsables dans les états névropathiques avec troubles somatiques complexes et diffus. Les recherches effectuées dans cette voie sont fructueuses. Elles dirigent l'activité neuro-chirurgicale, clinique et pharmacodynamique. L'auteur admet, en conclusion, que « le sympathique nous paraît comme le lieu électif de l'électricité agissant sur le métabolisme ».

P. CARRETTE.

Les rapports du sinus carotidien avec le système nerveux automatique et les névroses (Relation of the Carotid Sinus to the Automatic Nervous System and the Neuroses), par Eugène, B. FERRIS, Richard B. CAPPS et SOMA WEISS. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 2, p. 365-384, février 1937.

Depuis le travail de Hernig en 1926, la connaissance du sinus carotidien a été complétée par de nombreux travaux. Les crises syncopales carotidiennes affectent trois types simples ou combinés : le type vagal où la perte de connaissance paraît liée à l'asystolie aiguë et à l'anoxémie cérébrale ; le type dépressif caractérisé par une chute brusque de la tension sanguine ; le type cérébral où l'inconscience survient sans modification marquante du cœur et de la pression artérielle ; ce dernier est le plus fréquent. Il n'est pas influencé par l'atropine ou l'éphédrine. Le diagnostic est parfois facilité par la découverte d'une anomalie cervicale : adénite, dilatation ou sclérose. L'intervention chirurgicale, « Pénervation » du sinus, l'hypermotilisation par le cyanure de sodium, l'accentuation de la réaction dépressive par les nitrites peuvent en définitive agir en sens opposé dans les cas de névroses. Le syndrome du sinus carotidien évolue ainsi en dehors de la régulation neuro-végétative et les auteurs suggèrent que derrière les névroses se dissimulent plus souvent qu'on ne le dit généralement une affection organique qui va égarer le diagnostic parfois jusqu'à la fin de la maladie.

P. CARRETTE.

Tonométrie cérébrale directe, par Henri ABOULKER. *Les Sciences médicales*, p. 202-203, 15 juillet 1937.

L'appareil de Bailliart pour la mesure de la pression oculaire est utilisé, après adaptation à la courbure de la méninge, pour apprécier la pression intra-durale. La tonométrie permet, au cours des syndromes d'hypertension intracrânienne dont l'étiologie reste à déterminer, de juger exactement les risques d'une ponction lombaire ou d'une ventriculographie éventuelle.

P. CARRETTE.

Hémihyperpathie du goût, par I. SILBERPFENNIG et H. URBAN. *Revue neurologique*. T. LXVIII, n° 3, p. 613-618, octobre 1937.

Dans le complexe clinique provoqué par une lésion étendue bulbo-protubérantielle, le syndrome d'hyperpathie du goût correspond à une lésion centrale gustative associée à une lésion des faisceaux alimentaires végétatifs. Le syndrome se reproduira quand ces deux conditions anatomiques seront réalisées, par exemple dans le cas de lésion bulbaire ou thalamique.

P. CARRETTE.

Douleurs centrales d'origine bulbo-protubérantielle, par J. de AJURIA-GUERRA et G. DAUMEZON. *Encéphale*, 1938, T. I, pp. 77 à 96. Deux tableaux.

Malgré la fréquence d'observations signalant l'existence de troubles sensitifs au cours d'affections du bulbe et de la protubérance, la plupart des auteurs classiques les passent sous silence ou les négligent. Ce travail comble cette lacune. Les auteurs font d'abord l'historique et la description clinique de ces douleurs centrales d'origine bulbo-protubérantielle, mais surtout ils discutent les arguments qu'elles apportent en faveur ou à l'encontre des théories habituelles de la douleur (cf. thèse de Ajuriaguerra). Ils étudient successivement ces douleurs dans les processus pathologiques localisés : 1° au bulbe ; 2° à la protubérance ; 3° englobant ces deux régions.

En ce qui concerne les douleurs centrales d'origine bulbaire, elles relèvent presque toujours, disent-ils, de causes vasculaires. Au contraire, l'origine vasculaire ne touche que 50 0/0 des algies protubérantielles. Les troubles sensitifs subjectifs sont sous la dépendance de lésions de la substance réticulée rétro-olivaire et du faisceau latéral ; ces troubles intéressent l'hémicorps opposé à la lésion ; les algies faciales traduisent des lésions du système trijéminal ; le Reil est en général épargné, du moins au bulbe. La dissociation des troubles tactiles et thermoalgésiques est très fréquente. Il est des cas d'anesthésie globale douloureuse et d'autres de douleurs sans troubles objectifs de la sensibilité.

L'article se termine par des considérations touchant le mécanisme de ces douleurs.

Pierre MASQUIN.

Le syndrome prémoteur (The Premotor Syndrome), par Alexander T. Ross. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 1, p. 1-7, janvier 1937.

L'aire préfrontale, telle qu'elle a été délimitée par Fulton, partirait en profondeur des bords antéro-supérieurs du lobule paracentral pour rejoindre

dre la partie antérieure du néo-pallium. Elle serait caractérisée histologiquement par une prédominance de l'aire de Brodmann à petites cellules alors que la zone motrice est surtout marquée par le grand développement des cellules géantes de Betz. Cliniquement les altérations préfrontales fourniraient un syndrome prémoteur caractérisé par la rigidité spastique, l'exagération des réflexes profonds, l'absence d'atrophie musculaire et de modifications électriques, la contracture en extension des membres inférieurs. Les troubles réflexes très particuliers : pas de Babinski, signes de Rossolimo et d'Hoffmann, réflexe de préhension forcée suggèrent l'existence d'une voie prémotrice indépendante dans la moelle et possédant sa représentation corticale fonctionnelle.

P. CARRETTE.

Nouveau signe dans les hémiparésies (Signe de l'adduction passive du membre inférieur paralysé), par E. HERMAN (avec une planche hors texte). *Encephale*, 1938, T. I, pp. 132 à 146.

Ce signe consiste en l'adduction passive du membre inférieur paralysé, le membre sain étant en même temps mis, en abduction passive.

Pierre MASQUIN.

Hémiplégie corticale et rétinite brightique chez une tuberculeuse avec purpura, par Henri SCHAEFFER. *La Presse médicale*, n° 59, p. 1093-1094, 24 juillet 1937.

Il est curieux d'observer chez une femme de 44 ans, non scléreuse, des tendances hémorragiques affectant uniquement les tissus ectodermiques. C'est une tuberculeuse et une brightique ; elle a présenté du purpura cutané. Les mêmes lésions vasculaires ont dû atteindre le système nerveux central et les nerfs. Les exsudats rétiniens sont discrets. Les troubles nerveux diffus et complexes évoluent rapidement et rétrocedent comme si des pétéchies se formaient dans les tissus profonds pour se résorber facilement. Nulle part on n'observe une grosse hémorragie. Malgré la lésion pulmonaire il n'y a pas eu d'hémoptysie.

P. CARRETTE.

L'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales et spécialement dans les tumeurs des hémisphères, par J.-A. CHAVANY et Alexandre PLAGA. *La Presse médicale*, n° 30, p. 569-573, 14 avril 1937.

La tumeur cérébrale qui altère les voies motrices donne généralement des signes moteurs avant le syndrome d'hypertension. Les auteurs signalent l'importance de la phase prolongée de crises bravais-jacksoniennes, la présence de signes discrets de parésie. Il importe en effet de compléter l'exploration clinique par la ponction lombaire et la ventriculographie, le diagnostic précoce permettant l'intervention avant l'apparition de troubles graves : telle l'hémiplégie brutale par la formation d'un cône de pression temporal.

P. CARRETTE.

Le signe du trapèze dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure,
par H. ROGER, Marcel ARNAUD et J.-E. PAILLAS. *La Presse médicale*, n° 21,
p. 385-386, 13 mars 1937.

L'hypotonie unilatérale et la douleur au pincement de la corde du trapèze constituent un signe intéressant de l'irritation du spinal et des premières racines cervicales. Il peut s'observer dans les états pathologiques qui impliquent l'engagement des amygdales cérébelleuses; mais plus spécialement dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure.

P. CARRETTE.

Epilepsie et manifestations intracrâniennes de la maladie de Hodgkin,
par Mlle S. ROUSSET. *Le Progrès médical*, n° 6, p. 206-210, 6 février 1937.

Les manifestations intracrâniennes de la maladie de Hodgkin proviennent d'envahissement du tissu osseux crânien, de la dure-mère et l'épilepsie est l'expression de la compression du tissu nerveux. Il est par ailleurs des cas exceptionnels d'atteinte cérébrale par une granulomatose maligne. La radiothérapie est indiquée et elle apporte dans le cas présent une amélioration transitoire.

P. CARRETTE.

Epilepsie bravais-jacksonienne, par Louis RAMOND. *La Presse médicale*,
n° 13, p. 239-240, 13 février 1937.

Exposé d'un cas d'épilepsie de l'adulte, diagnostiquée grâce aux méthodes modernes d'exploration. Après un examen clinique absolument négatif, la ventriculographie incite à pratiquer une intervention dans la zone motrice droite sous une cicatrice ancienne du cuir chevelu. L'ablation d'un kyste arachnoïdien a supprimé les crises. Quelques réserves s'imposent cependant sur les suites éloignées de ce cas d'épilepsie traumatique.

P. CARRETTE.

Crises épileptiques par bromure de camphre, par Ph. PAGNIEZ, A. Plichet
et A. VARAY. *La Presse médicale*, n° 36 p. 585-586, 17 avril 1937.

Certains sujets atteints de troubles névropathiques présentent une sensibilité anormale aux médicaments. Le camphre monobromé, administré aux doses habituelles, peut déclencher chez eux des crises d'épilepsie complètes et typiques. En présence d'un malade généralement intolérant, il convient de tâter la susceptibilité par la prescription de doses d'abord très faibles et fractionnées.

P. CARRETTE.

**L'épilepsie « essentielle » s'accompagne parfois de lésions crâniennes
décelables à la radiographie,** par L. BABONNEIX. *Bulletin de l'Académie de
Médecine*, 1938.

Dans 26 cas sur 35 d'épilepsie essentielle, l'auteur a pu mettre en évidence des lésions appréciables à la radiographie: lésions des parois crâniennes constituées par des anomalies de sutures et lésions des parois. L'auteur conclut, après avoir cité ses observations, que ces lésions, bien que loin

Ann. Méd.-Psych., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Octobre 1938. 31.

d'être constantes ne sont pas exceptionnelles ; peu accentuées, elles varient de siège et d'aspect. Leur signification n'est pas univoque. Il peut s'agir de lésions secondaires à une affection endocranienne : mégalencéphalie, hydrocéphalie, lésions à développement lent, ou de lésions primitives.

M. LECONTE.

Chorée gravidique (Chorea Gravidarum), par Walter C. WEIGNER. 92^e Réunion annuelle de l'*American Psychiatric Association*, Saint-Louis, 4-8 mai 1936 in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCHI, n° 4, p. 843-855, janvier 1937.

L'apparition de la chorée au cours de la grossesse est un fait relativement rare qui exprime un état infectieux avec toxémie. M. Weigner considère que le syndrome choréiforme est un mode de réaction névropathique. Sur la base organique s'installe une chorée qui a souvent son origine dans un trauma émotif ou un conflit psychologique relatif à la grossesse. Un cas rapporté par l'auteur montre deux attaques choréiques, la première consécutive à une infection du type rhumatismal, la seconde associée à un gros choc émotionnel.

P. CARRETTE.

Méningo-encéphalite saturnine, par MM. A. DOSIOS et N. DEMETRIU, *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 2, 1937.

Les auteurs rappellent l'histoire de la question et la symptomatologie de l'affection actuellement assez rare. Ils rapportent un cas un peu atypique, discutent les diverses étiologies possibles. Une bibliographie détaillée accompagne leur travail.

M. LECONTE.

Paralysie générale évoluant au début sous le masque d'une striatite syphilitique, par Henri CLAUDE et J. CUEL (avec une planche hors-texte). *Encéphale*, 1938, T. I, pp. 97 à 101.

Pendant plusieurs années le sujet, objet de cette observation anatomoclinique, présente uniquement des troubles moteurs qui font d'abord penser à un syndrome d'ordre névropathique, puis à un syndrome extrapyramidal : spasmes localisés à la face et aux yeux, hypertonies d'actions, crampes des écrivains, troubles de la parole différent de la dysarthrie de la paralysie générale.

Une ponction lombaire vient fixer l'étiologie de cette striatite et fait admettre alors une localisation élective du processus spécifique sur le système strié. Pourtant, les pièces examinées montrent des lésions banales de paralysie générale, lésions qui sont généralisées à tout l'encéphale sans aucune électivité topographique. Il faut admettre une généralisation tardive, malgré l'impaludation et le traitement spécifique, en raison de l'affaiblissement intellectuel qui a été très postérieur aux troubles moteurs ; mais on ne peut s'appuyer sur les lésions pour établir dans un tel cas la progression du processus encéphalitique.

Pierre MASQUIN.

Aspects neurologiques de la pétrosite (Neurologic Aspects of Petrositis), par J. C. YASKIN et Karl KORNBLUM. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 2, p. 307-333, février 1937.

L'extension mécanique de l'ostéite pétreuse s'effectue sous deux formes : l'inflammation de la zone des cellules mastoïdiennes et l'ostéomyélite des lamelles temporales. Elle provient d'une otite et sa symptomatologie primitive intéresse le ganglion de Gasser et ses branches, l'intermédiaire de Wrisberg et les nerfs pétreux. Les symptômes douloureux et paralytiques pour être reportés à leur véritable cause doivent être différenciés du syndrome de Gradenigo, de la méningite antérieure de la base, de l'abcès cérébral, de la thrombose du sinus, de la labyrinthite. Les Roentgenogrammes aident à préciser le diagnostic.

P. CARRETTE.

Essai de classification des méningites d'origine otitique, par Henri ABOLKER. *L'Avenir médical*, n° 4, p. 118-120, avril 1937.

L'otite propagée au temporal provoque des méningites que M. Aboulker propose de classer en tenant compte de la clinique d'abord, de la pathologie générale ensuite, de l'anatomie enfin. Il envisage donc des méningites aiguës et chroniques. Les premières hypertensives, généralisées ou localisées, sont cérébelleuses, cérébro-cérébelleuses. Les secondes, dites arachnoïdites, sont hypertensives, diffuses ou adhésives.

P. CARRETTE.

Les méningites séreuses circonscrites (Cloisonnements des espaces sous-arachnoïdiens et ventriculaires), par Th. de MARTEL et J. GUILLAUME. *Revue médicale française*, n° 5 p. 385-394, mai 1937.

Les processus arachnoïdiens circonscrits agissent directement par compression sur les tissus nerveux. On conçoit toute l'importance des interventions précoces qui rétablissent la circulation du liquide céphalo-rachidien en supprimant les cloisonnements. La nature des lésions nous échappe souvent. Si on peut retrouver dans l'étiologie un trauma récent, une infection locale ou générale, bien plus souvent on ne trouve rien. Les formes courantes sont : la méningite péricérébrale de la convexité, le cloisonnement du trou de Monro, la pseudo-tumeur de la fosse cérébrale postérieure et l'arachnoïdite opto-chiasmatique.

P. CARRETTE.

Sur un cas de méningite bénigne des porchers, par M. RAYMOND. *Le Monde médical*, n° 901, p. 782-783, 1 juillet 1937.

La méningite lymphocytaire bénigne observée chez les porchers et les fromagers se présente avec des signes cliniques frustes et un syndrome humoral constant : lymphocytose assez intense avec prédominance de polynucléaires et hyperalbuminose moyenne. La défervescence s'accompagne parfois d'éruption papulo-maculeuse. Il semble que cette affection d'allure épidémique mérite d'être individualisée, mais les notions du mécanisme étiologique restent à préciser.

P. CARRETTE.

Lepto-méningite hypertrophique luétique (Luetic Hypertrophic Lepto-Meningitis), par Alan P. SMITH. 92^e Réunion annuelle de l'*American Psychiatric Association*, Saint-Louis, 4-8 mai 1936 in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIII, n° 6, p. 1305-1312, mai 1937.

La leptoméningite hypertrophique est le résultat habituel d'un trauma ou d'une infection. Elle s'observe assez rarement, localisée au pont, à la moelle et à l'origine des nerfs crâniens. L'auteur ajoute à une revue générale deux observations de méningite hypertrophique syphilitique avec céphalée, périodes de stupeur avec fièvre, paralysies de nerfs bulbaires, œdème papillaire. La participation du tissu nerveux est peu importante : quelques lésions cellulaires avec infiltration lymphocytaire, contrastant avec l'intensité du processus vasculaire.

P. CARRETTE.

Le syndrome de l'œdème aigu cérébro-méningé, par Th. ALAJOUANINE et M. BASCOURET. *Revue médicale française*, n° 5, p. 397-403, mai 1937.

L'œdème aigu cérébro-méningé peut survenir isolément en dehors de toute autre lésion vasculaire cérébrale décelable, comme cela se produit par exemple au cours de l'hypertension artérielle permanente. Il se manifeste brutalement par une céphalée violente, des troubles paralytiques diffus et fugaces et un état comateux rapidement profond si on n'intervient pas par la ponction lombaire. Les battements artériels transmis au liquide sont décelés par le tube de Stockey. Le diagnostic n'est plus douteux et il faut prélever une quantité considérable de liquide céphalo-rachidien dont la caractéristique, en dehors de la pulsativité, est une forte hyperalbuminose.

P. CARRETTE.

Les méningiomes olfactifs, par Marcel DAVID et Harden ASKENASY. *Revue neurologique*. V. LXVIII, n° 3, p. 489-531, septembre 1937.

Les méningiomes olfactifs possèdent une symptomatologie abondante : troubles psychiques variés, céphalée, parésies, signes visuels, etc... Et pourtant le diagnostic précoce est difficile. Le signe essentiel, l'anosmie contralatérale, est rarement retenu et reporté au début à sa véritable étiologie. Malgré leur fréquence, les méningiomes olfactifs sont en pratique confondus avec les syndromes de voisinage. La radiographie est difficile à interpréter, mais la ventriculographie donne en position oblique une image caractéristique : l'amputation limitée par un arc à concavité antérieure de la partie antérieure des ventricules. Le seul traitement valable est l'ablation chirurgicale qui, si elle est totale, intéressant la zone d'insertion, peut comporter un pronostic éloigné très favorable.

P. CARRETTE.

Des accidents nerveux tardifs après les traumatismes méconnus du rachis cervical et de leur traitement chirurgical, par D. PETIT-DUTAILLIS. *Revue médicale française*, n° 5, p. 413-418, mai 1937.

Des traumas du rachis cervical, parfois d'apparence bénigne, peuvent donner lieu à des complications tardives de la plus haute gravité. La radio-

graphie ne décèle pas de lésions graves, mais des troubles paralytiques s'installent et prennent une allure progressive inquiétante. M. Petit-Dutailis montre comment l'intervention chirurgicale peut dévoiler des fractures avec déplacement. La laminectomie, en libérant les tissus nerveux comprimés, permet souvent une restitution progressive des fonctions compromises.

P. CARRETTE.

Quelques considérations sur les syndromes médullaires dans l'éthylisme chronique (Algunas consideraciones sobre sindromes medulares en el etilismo cronico), par Hugo LEA PLAZA et Sergio RODRIGUEZ. *Revista neurologica de Buenos Aires*. T. II, n° 1, p. 19-21, juillet-août 1937.

Les 15 observations rapportées par les auteurs présentent cette particularité d'un syndrome cordonal médullaire sans appoint radiculo-névritique chez des alcooliques chroniques pour lesquels la symptomatologie (démarche ataxo-spasmodique, hypertonie, dysmétrie, adiadococinésie) s'atténue ou s'aggrave sous l'influence de l'abstention ou de l'abus d'alcool.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude des Roentgenogrammes obtenus après injection de lipiodol (Contribution made by Roentgenographic Evidence after the Injection of Iodized Oil), par Joseph H. GLOBUS. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 5, p. 1077-1082, mai 1937.

Les diagnostics de nature et de localisation des tumeurs médullaires exigent parfois un complément d'investigations devant la carence des signes cliniques. L'auteur compare les différentes méthodes et notamment les tests manométriques pour conclure à l'avantage de la myélographie au lipiodol. C'est elle qui permettrait le mieux la fixation du niveau, la distinction entre les tumeurs intra- et extra-médullaires, entre les lésions spinales et radiculaires ou les altérations du squelette, entre tumeur et inflammation.

P. CARRETTE.

Formes d'ataxie familiale ressemblant à la sclérose multiple (Forms of Familial Ataxia Resembling Multiple Sclerosis), par George W. HALL et Roland P. MACKAY. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 1, p. 19-32, janvier 1937.

Il est difficile d'intégrer un syndrome comme celui de l'ataxie héréditaire dans un cadre aussi large et élastique que celui de la sclérose multiple. Les observations rapportées tendraient à montrer comment un syndrome d'ataxie est sans doute l'expression momentanée d'une atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. Le diagnostic différentiel repose sur l'évolution progressive plutôt que rémittente, la participation du faisceau pyramidal et de la voie dorsale, l'incidence familiale.

P. CARRETTE.

Syndrome de Landry et syphilis, par Henri ROGER, Jean PAILLAS et Jean VAGUE (Marseille). *Encéphale*, 1938, T. I, pp. 47 à 56.

On considère habituellement la plupart des cas de maladie de Landry comme dus à une infection autonome réalisant la paralysie ascendante aiguë. Il ne paraît pas douteux, cependant, que diverses infections (fièvre typhoïde, grippe), diverses intoxications (alcool, plomb, oxyde de carbone, arsenic) soient susceptibles de provoquer un pareil tableau clinique : d'où la conception d'un syndrome de Landry opposé à celle d'une maladie de Landry.

Parmi les causes de ce syndrome, la syphilis occupe une place peu contestable. Les auteurs rappellent les observations déjà publiées dans la littérature médicale, puis rapportent un nouveau cas de syndrome de Landry syphilitique et donnent la bibliographie de la question.

Pierre MASQUIN.

Paralysie unilatérale des six derniers nerfs craniens. Méningiome de la fosse cérébelleuse, par ANDRÉ-THOMAS. *La Presse médicale*, n° 99, p. 1785-1786, 11 décembre 1937.

Les syndromes paralytiques d'un groupe de nerfs craniens lésés d'un seul côté évoluent sans grands désordres des fonctions centrales, sans stase papillaire parfois. C'est que la tumeur, malgré son volume considérable, s'est développée très lentement, refoulant le tissu cérébral. Dans le cas présent, le diagnostic précoce n'a pas été suivi d'intervention. Et deux ans après, devant l'aggravation des troubles et en présence d'un accroissement de la torpeur et de la dépression, l'intervention est pratiquée. Le malade succombe. A noter l'absence de signes cérébelleux et l'épaississement osseux.

P. CARRETTE.

Névrалgie géniculée (Névrалgie du nerf facial) : contribution consécutive au système sensoriel du nerf facial et à ses états névrалgiques (Geniculate Neuralgia (Neuralgia of the Nervus Facialis) : A Further Contribution to the Sensory System of the Facial Nerve and its Neuralgic Conditions), par J. Ramsay HUNT. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 2, p. 253-285, février 1937.

La clinique et la pratique neuro-chirurgicale permettent à l'auteur les conclusions suivantes : la névrалgie trigéminal est celle qui atteint les zones superficielles de la face et se complique d'otalgie. C'est la prosopalgie classique. La névrалgie géniculée englobe les zones profondes de la face. Elle est caractérisée par la douleur orbitaire profonde, palatine et nasale, avec sensation de pression cutanée douloureuse ; elle s'associe à la prosopalgie géniculée profonde. La névrалgie glosso-pharyngienne répond à la distribution de la 9^e paire et se reconnaît à la participation de la base de la langue et de la gorge. La douleur laryngée indique l'atteinte vagale. Toutes ces manifestations sont accessibles par l'intervention chirurgicale sous anesthésie locale. Par la fosse postérieure, la 5^e, la 7^e, la 9^e et la 10^e paires sont excitables et la reproduction de la névrалgie confirme et précise le diagnostic clinique.

P. CARRETTE.

Vulnérabilité insolite du facial dans l'aqueduc de Fallope (Vulneração insolita do Facial no Aqueducto de Fallopio), par Edgard de CERQUEIRA FALCÃO. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*. T. III, n° 1, p. 27-33, janvier-mars 1937.

La lésion du facial intra-pétreux par pénétration d'une tige à travers l'oreille et la caisse du tympan a déterminé une paralysie développée progressivement du menton au front et régressant inversement. Ce fait confirmerait la conception de Moure sur l'agencement des fibres du nerf facial, les fibres inférieures protégeant les supérieures par une disposition en forme de gaine. C'est un cas très rare de paralysie faciale traumatique uniquement localisée à la septième paire après l'éloignement des nerfs auditifs.

P. CARRETTE.

A propos de quelques affections du système nerveux, par S. de SÈZE. *Revue médicale française*, n° 5, p. 437-463, mai 1937.

Il est difficile d'analyser un tel travail. C'est une revue des notions d'acquisitions récentes sur la sclérose en plaques, sa pathogénie et ses formes atypiques ; la syringomyélie, ses formes rares et son traitement par les rayons X ; l'encéphalographie ; la cure spécifique et opothérapique du syndrome adipo-génital ; les relations de la myasthénie avec les glandes endocrines et son traitement par la prostigmine ; les modalités cliniques des arachnoïdites de la base du cerveau ; l'acromégalie par hypertension intra-cranienne ; la maladie de Friedreich ; la polio-encéphalite subaiguë ; les radiculo-névrites et les polynévrites toxi-infectieuses ; les fièvres éruptives à localisations encéphaliques ; le syndrome d'Adie ; la chorée et les spasmes ; enfin les résultats des dernières tentatives de la neuro-chirurgie.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'hygiène et la prophylaxie mentales, bases de l'assistance psychiatrique, par C. HAYE et LAUZIER. *L'Aliéniste français*, n° 5, p. 215-238, mai 1937.

Tandis que les pouvoirs publics se préoccupent de la lutte contre la tuberculose, la syphilis et le cancer, ils ne s'intéressent pas encore effectivement à l'hygiène et à la prophylaxie mentales. Dans cet important travail, MM. HAYE et LAUZIER rappellent les dépenses énormes engagées pour les soins des aliénés et montrent les bénéfices que retireraient les budgets d'une organisation d'ensemble consacrée au dépistage et au traitement précoce des psychopathies. La récupération sociale ne tarderait pas à devenir considérable. De nombreuses tentatives isolées ont réussi à Paris et en province, il ne manque qu'une législation d'ensemble rendant les mesures utiles obligatoires. Ainsi serait réalisé le programme du regretté Julien Raynier envisageant pour chaque département un service de prophylaxie mentale comportant des consultations externes dans les asiles, une coordination avec l'inspection d'hygiène et des écoles, un service social, des hôpitaux libres spécialisés. Les responsabilités médicales iraient aux médecins des hôpitaux psychiatriques nommés au concours.

P. CARRETTE.

La genèse sociale de l'hérédité psychologique, par I. POPESCU (Sibiu).
Bulletin de l'Hôpital des maladies mentales et nerveuses de Sibiu, 1935.

L'auteur insiste sur les facteurs psychiques sociaux dans la détermination de l'hérédité, les influences psychiques (images, chocs, etc.) et les conditions psychologiques venant du caractère et des déficiences qu'on rencontre dans l'éducation familiale et sociale. Les conclusions de l'auteur se rapportent à l'hygiène et à la prophylaxie psychique et mentale.

M. LECONTE.

Du mode d'infection dans l'encéphalite épidémique, par Ryokichi INADA.
La Presse médicale, n° 21, p. 386-287, 13 mars 1937.

La transmission de l'encéphalite épidémique paraît s'effectuer par voie nasale et atteindre les centres nerveux par les voies olfactives. Mais la preuve d'une transmission directe n'est pas faite. Au contraire, l'auteur croit à une inoculation véritable par piqûre de moustique. Cependant, les moyens de conservation et de déplacement du virus restent inconnus. D'autant que le moustique responsable des transmissions estivales ne pourrait être mis en cause pour les épidémies hivernales qu'à la faveur des conditions météorologiques favorables qui restent à déterminer.

P. CARRETTE.

L'influence du rythme saisonnier sur la fréquence des maladies mentales (La influencia del ritmo estacional sobre la frecuencia de las enfermedades mentales), par E. Eduardo KRAFT. *Revista neurologica de Buenos Aires*, T. II, n° 2, p. 107-145, septembre-octobre 1937.

Dans un pays de forte immigration comme l'Argentine, il est utile d'étudier l'influence du climat et des saisons sur la physiologie des étrangers et de comparer les variations observées chez les indigènes avec celles qui sont signalées sous d'autres latitudes. C'est ainsi que M. Kraft observe que certaines tendances sont liées au tempérament et se reproduisent malgré la transplantation, tels les délits sexuels. Les délits contre les personnes subissent des variations saisonnières que l'on retrouve en correspondance de l'hémisphère sud à l'hémisphère septentrional opposé.

P. CARRETTE.

Corrélations entre pathologie humaine et météorologie. Les idées de Petersen, par A. BROUSSEAU. *Hygiène Mentale*, 1938, pp. 1 à 6.

M. Petersen s'est efforcé de montrer en une série d'études dans quelle dépendance s'écoule la vie de l'homme par rapport au monde physique. Il s'appuie en particulier sur un nombre considérable de documents officiels américains, de cartes météorologiques, de statistiques fournies par le gouvernement fédéral, par les Compagnies d'Assurance et les grandes Sociétés médicales. Ces variations météorologiques constituent pendant la vie entière les plus importants des facteurs externes. Hippocrate leur avait réservé une large part dans ses écrits et M. Petersen regrette que la médecine moderne semble en avoir perdu le sens.

Signalons cependant le fort courant qui s'est dessiné en France au cours de ces dernières années : la météoro-pathologie a même été proposée au début de 1938, comme sujet de discussion à tous les médecins de France par les Assises françaises de Médecine générale (*La Médecine générale française*).

Pierre MASQUIN.

ASSISTANCE

L'assistance aux aliénés en Europe. Les États Baltes : Esthonie. — Lettonie. — Lituanie, par M. DESRUELLES et H. BERSOT. *Hygiène Mentale*, 1938, pp. 18 à 31.

L'organisation de l'assistance aux aliénés a fait un grand pas dans ces pays qui ne sont indépendants que depuis une quinzaine d'années. L'effort est surtout remarquable en Estonie où, bien que l'assistance soit organisée depuis peu, le rapport du nombre d'admissions à la population traitée s'élève à 32 0/0 (Suisse 37 0/0).

Pierre MASQUIN.

L'assistance aux aliénés en Europe : U. R. S. S. par M. DESRUELLES et H. BERSOT. *Hygiène Mentale*, 1938, pp. 38-52.

Après un historique de la question, les auteurs donnent les traits principaux de l'œuvre des Soviétiques : orientation professionnelle, hygiène et prophylaxie mentales, assistance aux alcooliques, aux criminels, etc.... Les centres d'hygiène mentale sont caractéristiques de l'assistance aux aliénés dans ces pays. Outre la prévention, ils permettent les sorties précoces, l'aliéné continuant à être surveillé et traité par le Centre. Cela supplée à l'insuffisance des lits (1 lit d'aliéné pour 2.750 habitants). Les auteurs n'ont pas étudié sur place le fonctionnement de ce système, théoriquement intéressant. La journée de travail du personnel médical et infirmier est de dix heures.

Pierre MASQUIN.

L'assistance aux aliénés en Europe : Pologne, par M. DESRUELLES et H. BERSOT. *Encéphale*, 1938, pp. 53 à 70.

Les précurseurs sont, là encore, les Frères de Saint-Jean de Dieu dès 1609. L'assistance aux femmes aliénées fut organisée par les Sœurs de Saint-Vincent de Paul. Longue éclipse pendant l'oppression germano-austro-russe. « Pendant 150 ans les travaux des savants polonais n'ont contribué qu'à la gloire de leurs oppresseurs ». (Dueosté) Sauf en Pologne allemande, la situation des aliénés était épouvantable : un lit d'aliéné pour 4.500 habitants, en Pologne autrichienne et russe. L'organisation actuelle, réalisée en vingt ans, et dans une atmosphère politique extérieure souvent défavorable, rivalise avec celle des autres pays d'Europe plus favorisés où l'assistance aux aliénés est plus que centenaire.

Pierre MASQUIN.

L'assistance aux aliénés en Europe. Les États Scandinaves : Danemark. — Suède. — Norvège. — Finlande, par Maurice DESRUELLES et Henri BERSOT. *Hygiène Mentale*, 1937, p. 125 à 162.

Au Danemark. Le premier recensement des aliénés date de 1830 et déjà les malades sont classés en curables et incurables. Actuellement, le fait le plus saillant est le rapport médical et administratif que doivent dresser annuellement les asiles d'Etat. Le nombre total des lits est de 8.195 ; il y a

en moyenne un employé pour 2,68 malades Il existe un mode de placement familial.

En *Suède*. Vingt mille aliénés en traitement. Chaque année, un rapport général, « Soins médicaux aux aliénés en Suède » est dressé ; on y trouve tous les renseignements que doit donner une statistique des aliénés bien faite.

L'Assistance aux aliénés en *Norvège* remonte à 1858, un asile d'Etat, véritable palais (le prix de revient du lit s'élevait à cette date à 6.250 fr.) qui comportait alors 250 lits. Il y avait en 1935 23 asiles avec 5.285 lits, soit 204 lits pour 10.000 habitants. Le nombre d'aliénés s'élevait à 7.153 de 1.268 malades. La nomenclature, très simple, est inspirée de la nosologie kraepelinienne. La statistique est faite au bureau central par fiches individuelles envoyées par tous les asiles.

Pierre MASQUIN.

Rapport de la Commission spéciale établie pour étudier les relations de la psychopathie avec l'Etat, par John F. PERKINS, Erland F. FISH, Otis F. KELLY, Joseph W. MONOHAN, L. Vernon BRIGGS, Thomas P. DILLOX et John M. GRAY. 1 brochure in-12°, 51 pages. *Etat de Massachusetts. Wright et Profiter Printing Co. Legislative Printers, 1938.*

Le problème des maladies mentales est depuis longtemps au premier plan des préoccupations des Gouvernements de l'Etat de Massachusetts. Le résultat de cette sollicitude est universellement connu. Boston se place à l'avant-garde du progrès dans le domaine psychiatrique. L'organisation des hôpitaux, le travail des cliniciens et des biologistes associés avec les recherches sur l'enfance anormale, sur l'assistance des délinquants et des criminels ont rendu d'éminents services, appréciés et utilisés par d'autres états américains et par le monde entier. L'Etat de Massachusetts ne veut pas perdre cette place éminente à la tête de la lutte contre la psychopathie. Le rapport demandé par le gouvernement et présenté par la Commission utilise la compétence médico-légale de sociologues éminents parmi lesquels on doit retenir le nom de M. Vernon Briggs dont l'activité incessante s'exerce utilement à nouveau dans le présent travail. La Commission reconnaît le besoin d'inspections répétées et propose de réorganiser le département des maladies mentales en créant un office de la Santé mentale sous le contrôle exécutif d'un Inspecteur assisté de deux collaborateurs. Les trois membres responsables seront nommés parmi les médecins et directeurs d'hôpitaux psychiatriques ayant fait leurs preuves pendant 7 ans. Le rapport envisage les nécessités actuelles de l'assistance en faisant des propositions concrètes concernant le nombre des malades par rapport à celui du personnel, l'examen des hôpitaux existants et leur transformation possible, les relations de leur direction médico-administrative avec l'Etat, l'isolement et l'examen des criminels, les soins aux arriérés et aux enfants, la nourriture, les traitements.

P. CABRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 novembre 1938*, 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 28 novembre 1938*, 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 8 décembre 1938*, 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 *jeudi 22 décembre 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Nécrologie

M. le D^r O. CROUZON, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur de Médecine Sociale à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de la Salpêtrière, Commandeur de la Légion d'Honneur, *Membre titulaire de la Société Médico-psychologique* :

M. le D^r André RICHE, Médecin aliéniste honoraire des Hôpitaux de Paris, *Membre correspondant national de la Société Médico-psychologique*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le D^r DUBOURDIEU, Médecin-Directeur honoraire des Hôpitaux psychiatriques.

Légion d'Honneur

Est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur* :

M. CUCHET-CHÉRUZEL, Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Robert (Isère).

Honorariat

MM. les D^{rs} CAPGRAS, MARCHAND, MIGNOT, RODIET et ROGUES DE FURSAC sont nommés *Médecins honoraires des Hôpitaux psychiatriques de la Seine*.

M. le D^r G. VERNET est nommé *Médecin honoraire des Hôpitaux psychiatriques*.

Faculté de Médecine de l'Université de Lille

M. le D^r Pierre COMBEMALE, Médecin-Chef de l'Asile de Bailleul (Nord) est nommé Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille.

Nominations

M. le D^r VEYRES est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

M. le D^r CHAURAND est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Hôpital psychiatrique de Montredon (Haute-Loire) ;

M. le D^r Pierre ROYER est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Hôpital psychiatrique de Privas (Ardèche) ;

M. GOUZY est nommé Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute-Garonne) ;

M. Jules LESNÉ est nommé Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

le poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Yon (Vendée) ;

le poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Dury-les-Amiens (Somme) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique du Vinatier (Rhône) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Hôpital psychiatrique de Plouguernevel (Côtes-du-Nord) ;

un poste de Médecin-Chef au quartier d'aliénés des Hospices de Poitiers (Vienne) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique d'Alençon (Orne).

Concours pour 2 postes de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Blida-Joinville (Algérie)

Un concours, sur titres, pour le recrutement de deux médecins-chefs de service à l'Hôpital psychiatrique de Blida-Joinville, aura lieu le 3 novembre 1938, à Alger, dans les conditions fixées par l'arrêté de M. le Gouverneur Général en date du 6 avril 1938.

La liste d'inscription des candidats sera close le 6 octobre 1938.

S'adresser, pour tous renseignements, soit au Gouvernement général (Direction de la Santé Publique), soit à la Préfecture d'Alger (Service de la Santé Publique), soit à la Direction de l'Hôpital Psychiatrique de Blida (Département d'Alger).

Concours pour l'internat en Médecine des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Un concours pour 11 places d'interne titulaire en médecine et la désignation d'internes provisoires des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'Infirmierie spéciale des Aliénés près la Préfecture de police, de l'hôpital Henri-Rousselle (Service libre de Prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris, le 7 novembre 1938. Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service des Etablissements départementaux d'Assistance, 1^{er} Bureau, administration des Etablissements, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, porte 227), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 19 septembre au 3 octobre 1938 inclus. Les candidats seront convoqués par lettre.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion de la Société Suisse de Psychiatrie (Lausanne, 19-20 novembre 1938)

La Réunion d'automne de la Société Suisse de Psychiatrie se tiendra à Lausanne les 19 et 20 novembre 1938, sous la présidence de M. le Professeur J.-E. STAEHELIN (de Bâle).

Programme : Première séance : Samedi 19 novembre à 15 heures dans l'Auditoire de l'Hôpital Nestlé, Lausanne, Avenue de la Sallaz.

1. Allocution du Président : Prof. J. E. STAEHELIN, Bâle.
2. Rapports sur le sujet principal : *L'importance des facteurs exogènes pour la genèse et l'évolution des psychoses endogènes*. Rapporteurs : Dr A. GLAUS (de Zurich), Dr J. WYRSCH (de Berne).
3. Discussion des Rapports.
4. Présentations de malades : Prof. H. STECK (de Cery) : Psychoses schizo-phréniques avec facteurs exogènes traumatiques.
Prof. L. MICHAUD et Prof. H. STECK (de Lausanne et Cery) : Neurasthénie mercurielle.
Dr L. BOVET (de Cery) : Démence infantile.
5. Communications scientifiques.
6. Banquet officiel à 20 heures 30 à l'Hôtel de la Paix, Lausanne (Avenue Benjamin-Constant).

Deuxième séance : Dimanche 20 novembre à 9 heures à l'Auditoire de l'Hôpital Nestlé, Lausanne.

1. Communications annoncées : D^{rs} L. BOVET, CERY et JÉQUIER (de Lausanne) : Paralyse générale traumatique ?

D^r G. de MORSIER (de Genève) : La schizophrénie traumatique.

D^{rs} G. de MORSIER et M. MONNIER (de Genève) : Influence de l'alcoolisme chronique sur le phénotype chez une jumelle univitelline.

Prof. WILMANN (de Wiesbaden) : Die sogenannten schizophrenen Reaktionen.

Prof. F. MOREL (de Genève) : Une forme anatomo-clinique particulière d'alcoolisme chronique (avec projection de micro-photographie).

D^r H. BERSOT (du Landeron) : Les douze premières années des examens du personnel infirmier des hôpitaux psychiatriques suisses (1927-1938).

Séance administrative : Dimanche 20 novembre à 11 heures à l'Auditoire de l'Hôpital Nestlé, Lausanne.

Troisième Réunion de psychothérapeutes (Lausanne, 18 novembre 1938)

La Commission de Psychothérapie de la Société Suisse de Psychiatrie a décidé d'organiser pour le vendredi 18 novembre 1938, à 16 heures, à Lausanne (Auditoire de l'Hôpital Nestlé), une 3^e réunion suisse de psychothérapie ; elle y invite à nouveau les psychothérapeutes de toutes les tendances. Le sujet choisi est :

« La Psychothérapie des Toxicomanes »

Rapporteurs : D^r ERNST GABRIEL (de Vienne) et D^r O.-L. FOREL (de Prangins).

Après la séance : Dîner en commun.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Une nouvelle Société de patronage des psychopathes convalescents

Une *société de patronage* des malades en traitement, sortis guéris ou convalescents de l'hôpital psychiatrique de Montdevergues (Vaucluse), est en voie de formation sous les auspices du conseil général du département de Vaucluse. Tels sont les buts que cette nouvelle société se propose de poursuivre :

- a) venir en aide aux malades sortis guéris ou convalescents de l'établissement ainsi que, dans la mesure de ses moyens, à la femme et aux enfants des malades ;
- b) combattre les préjugés relatifs à l'internement des malades, à l'incureabilité et au traitement des malades mentaux ;
- c) sauvegarde du mobilier et des ustensiles de travail des malades présumés curables ;
- d) dégagement des objets déposés par les malades dans les monts-de-piété ;
- e) favoriser le placement des malades, à leur sortie ;
- f) assistance familiale ;

g) possibilité de se mettre en rapport, pour tout ce qui concerne son action, avec d'autres associations publiques ou privées d'assistances aux psychopathes (ligues d'hygiène mentale ; consultations gratuites, etc.) ;

h) poursuivre, en général, toute action ou soutenir toute initiative ayant pour but l'assistance aux malades mentaux, que ceux-ci soient internés, placés, ou même libres, ou traités à domicile.

Le bureau provisoire est composé du Dr GARNIER, *président*, vice-président du conseil général, membre de la commission de surveillance de l'asile de Montdevergues ; F. CLUCHIER, *secrétaire* ; GÉNEVAL, directeur de l'hôpital psychiatrique, et de M. de CHABAUD, *trésorier*.

La cotisation annuelle a été fixée à 12 francs pour les membres adhérents, 25 francs pour les membres actifs, et 50 francs pour les membres bienfaiteurs. Les dons en espèces sont reçus sans limitation de chiffre.

(*Le Siècle Médical*, 15 août 1938).

Une statistique des stérilisations pour troubles mentaux effectuées aux Etats-Unis de 1910 à 1937

Le nombre des stérilisations officiellement exécutées aux Etats-Unis depuis 1910 jusqu'en 1937 fut de 25.403, dont 10.674 hommes et 14.729 femmes. La Californie vient en tête avec un total de 11.484 stérilisés pour maladies mentales incurables. Il y a actuellement aux Etats-Unis 29 Etats ayant rendu obligatoire la stérilisation des déficients mentaux.

A titre de comparaison ajoutons qu'en Allemagne, depuis 4 ans, il a été pratiqué chaque année environ 50.000 à 60.000 stérilisations. (Ce chiffre nous a été confirmé par le Professeur Rüdin).

La réaction de Bordet-Wassermann prématrimoniale à New-York

Le Siècle Médical a annoncé qu'à partir du 1^{er} juillet les licences de mariages dans l'Etat de New-York ne seraient plus délivrées que contre un certificat des deux conjoints attestant que la réaction de Wassermann a été faite à chacun d'eux.

Un premier résultat connu est que, au lieu de 8.841 licences délivrées au cours de juin 1937, il en a été délivré 11.788 dans le mois de juin 1938 précédant l'application de la loi. Pour la seule ville de New-York, 220 licences ont été délivrées le 30 juin 1937, 666 le 30 juin 1938 et 7 le 1^{er} juillet !

(*Le Siècle Médical*, 15 août 1938).

L'intoxication par le haschisch en Afrique du Sud

L'emploi du haschisch est extrêmement répandu en Afrique du Sud. On sait que cette plante a été introduite dans cette région au temps de Van Riebeeck et qu'elle vient de Java. Avant cette époque, on a pu établir que les indigènes fumaient une plante qu'ils appellent « dagga ». Cette plante est très répandue dans le pays et orne les jardins. On a peu à peu remplacé le « dagga » par le haschisch, mais le mot « dagga » est resté, et on l'emploie souvent pour désigner le haschisch. Fumer le « dagga » ne présentait pas d'inconvénients plus grands que ceux du tabac ; mais le haschisch fait de grands ravages en Afrique du Sud.

(*Le Siècle Médical*, 1^{er} août 1938).

MÉDECINE LÉGALE

Pratique illégale de la psychothérapie

Le professeur Ragnar Vogt, professeur de psychiatrie à l'Université d'Oslo, vient de protester en termes brefs et mesurés contre le développement du nombre des personnes étrangères à la médecine qui pratiquent la psychanalyse.

Le professeur Vogt aimerait que l'on élargît l'application du paragraphe 364 du code pénal norvégien, selon lequel les non-professionnels qui pratiquent l'hypnotisme, l'autosuggestion, etc..., soient passibles de jugement.

(*Le Siècle Médical*, 15 août 1938).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Direction de l'Hygiène et de l'Assistance

M. STERN, Préfet de Maine-et-Loire, est nommé *Directeur de l'Hygiène et de l'Assistance* au Ministère de la Santé publique.

UNIVERSITÉ DE LYON

Faculté de Médecine

M. le professeur Jean LÉPINE a été réélu *doyen de la Faculté de médecine de Lyon* pour trois années.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nécrologie

M. le Professeur Frédéric COMBEMALE, Doyen honoraire de la Faculté de Médecine, professeur de Clinique Médicale, ancien médecin de l'Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord), officier de la Légion d'Honneur, ancien président de la Commission administrative de cet hôpital et vice-président du Comité départemental d'hygiène.

UNIVERSITÉ DE NANCY

Nécrologie

M. le Professeur Pierre PARISOT, Doyen honoraire de la Faculté de Médecine, ancien Professeur de Médecine légale, correspondant national de l'Académie de Médecine.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 56.895

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



SUR UN CAS DE MYTHOMANIE HYSTÉRIQUE

*Avec considérations sur la physiopathologie
de l'hystéro-pithiatisme et de l'hypnotisme*

PAR

G. MARINESCO et MARIE NICOLESCO (1)

Parmi les symptômes de l'hystérie, un des plus bizarres, pour ne pas dire des plus extraordinaires, est la mythomanie qui semble échapper à tout déterminisme physio-pathologique. Mais nous ne croyons pas qu'il y ait des phénomènes morbides dont on ne puisse pas, tôt ou tard, déterminer la causalité. En raison de ses caractères bizarres, la mythomanie a été désignée par les auteurs allemands sous le nom de *pseudologia fantastica*. Dans le travail actuel, nous reprenons le cas de notre malade, M. Z.,

(1) Par une lettre en date du 14 février 1908, peu avant sa mort si brusque, le regretté professeur G. MARINESCO, nous annonçant l'envoi de ce travail sur la physiologie pathologique de l'hystérie, avait tenu à préciser que cet article « ne vise en rien la définition du regretté BABINSKI ». Par une lettre du 26 juin 1938, le D^r Marie NICOLESCO nous annonçait avoir retrouvé après la mort de son maître le manuscrit destiné aux *Annales Médico-Psychologiques*. C'est ce manuscrit, sans doute la dernière œuvre du Maître disparu, que nous publions aujourd'hui (*Note de la Rédaction*).

dont l'un de nous a parlé dans son rapport au Congrès de Bucarest (1936). Nous allons analyser les phénomènes principaux qui caractérisent chez elle la mythomanie et en donner une interprétation à la lumière de nos connaissances actuelles sur la chronaxie et la théorie humorale.

Comme nous l'avons montré à plusieurs reprises, il y a dans l'hystéro-pithiatisme des modifications des glandes endocrines, donc constitutionnelles, qui nous expliquent le mécanisme physio-pathologique de cette affection et tout cela sur une base d'hérédité ; il en est de même pour la mythomanie. Sans entrer dans l'historique de la mythomanie, nous croyons utile de rappeler sommairement les idées de Dupré sur la mythomanie.

Dans ses articles publiés il y a assez longtemps, le regretté psychiatre Ernest Dupré (1), après avoir décrit diverses formes de mythomanie, envisage aussi les rapports de la mythomanie avec l'hystérie. Il pense que le fait mythopathique, d'une part, le fait hystérique, d'autre part, offrent un caractère commun : ils sont tous deux constitués par l'apparition provoquée ou simulée d'un fait inexistant en lui-même. Chez l'hystérique, le fait simulé apparaît le plus souvent d'ordre pathologique et s'objective avec la complexité synergique de l'esprit et du corps sous la forme d'un syndrome neuropathique. Chez le mythomane, le fait simulé, d'ordre beaucoup plus général, s'objective de préférence par le langage, mais avec la collaboration étroite de toutes les autres activités organiques sous forme d'une fable plus ou moins compliquée.

Quand la simulation paraît inconsciente et involontaire, elle est dite hystérique. Quand, au contraire, la simulation, dictée par un sentiment plus ou moins intéressé, paraît consciente et volontaire, elle n'appartient pas, pour la majorité des auteurs, à l'hystérie, et se rattache alors au vice, à la perversité, à ce qu'on entend généralement sous le nom de simulation. Le malade n'est plus un hystérique, c'est un simulateur. Dans les deux cas, la simulation est l'œuvre d'une suggestion, soit personnelle et spontanée, soit étrangère et provoquée. Mais Dupré ajoute que rien n'est plus difficile en théorie comme en pratique de distinguer chez un sujet qui simule la présence ou l'absence de la conscience et de la volonté dans la genèse du syndrome simulé. En effet, nous ne pouvons le savoir avec certitude et nous n'avons pas de moyen sûr pour mesurer chez les simulateurs la valeur des constatations de la conscience et des efforts de la volonté.

(1) E. DUPRÉ. — La mythomanie, *Le Bulletin médical*, 1905, p. 311.

En résumé, Dupré admet que, si l'on veut discuter le problème nosologique, ce n'est pas la mythomanie qu'il faut ramener à l'hystérie, mais qu'il convient plutôt de détacher de la névrose beaucoup de manifestations dites hystériques pour les faire rentrer dans le cas de la mythomanie.

Cette conception, ajoute Dupré, aurait au moins l'avantage de donner aux faits définis, sans préjuger de leur nature, un nom qui leur convienne, puisqu'il exprimerait leur caractère essentiel et primordial qui est de résulter d'une tendance au mensonge, à la simulation et à la fabulation. Ce qui est intéressant pour nous, c'est le fait que Dupré reconnaît que certaines conditions physiologiques ou pathologiques créent, chez l'homme, un état temporaire de déséquilibre mental qui présente de nombreuses analogies avec le syndrome mythopathique : tels sont les états de rêve dans lesquels les sauts anarchiques de l'imagination libérée de toute contrainte aboutissent à des créations fantastiques dont la croyance s'impose à l'esprit du dormeur dépourvu de contrôle, de critique et de volonté.

Tous les états de rêve dans le sommeil normal, dans le somnambulisme, dans les psychopathies toxiques, dans le syndrome de Korsakow représentent aussi des formes épisodiques et temporaires mythopathiques, intéressantes à rapprocher des syndromes de la mythomanie constitutionnelle. En effet, dit Dupré, comme les crises mythopathiques, ces états oniriques sont des processus d'auto-suggestion imaginative dans lesquels des créations de l'esprit, par suite de leur intensité anormale et de la faiblesse des éléments collecteurs, arrivent à s'imposer à la croyance du sujet. Certaines intoxications, le morphinisme chronique, et surtout la mescaline, prédisposent à la fabulation. Ces dernières considérations de Dupré, qui rapprochent les états de rêve, le somnambulisme et le syndrome de Korsakow de la mythomanie constitutionnelle offrent pour nous un intérêt tout particulier si l'on considère que, dans tous ces états, il y a probablement des modifications humorales et, par conséquent, de la chronaxie.

Le phénomène physiologique central, qui a lieu au cours de l'activité normale des hémisphères cérébraux, nous l'avons appelé réflexe conditionné. C'est une connexion nerveuse temporaire entre les innombrables excitants du milieu environnant l'animal, excitants perçus par lui, et les activités organiques déterminées. L'importance biologique capitale de cette connexion consiste en ceci :

Chez un animal supérieur (comme, par exemple, le chien), les

rapports les plus complexes avec le milieu pour la conservation de l'individu et de l'espèce sont déterminés, comme cela a été depuis longtemps démontré par les expériences de Goltz, par des centres sous-corticaux. Ces comportements (alimentaire, sexuel, défensif) s'appellent, habituellement, instincts ou tendances innées. Ils sont innés et leur excitants sont déterminés et très peu nombreux. Ils ne sont suffisants que sous la condition des soins parentaux. C'est pour cela que les animaux décérébrés ne peuvent pas vivre indépendamment.

La fonction fondamentale des hémisphères cérébraux, au cours de toute la vie ultérieure de l'animal, consiste précisément en l'adjonction continuelle de différents et multiples excitants signalétiques aux excitants innés peu nombreux : autrement dit, en complément des réflexes inconditionnés par ceux conditionnés. De sorte que les objets des instincts se font annoncer à l'organisme dans des régions de la nature de plus en plus vastes et par des signaux de plus en plus divers, fins ou complexes. Ces instincts ont ainsi des chances de plus en plus grandes de se satisfaire.

Dans la préface que le professeur Lapicque a écrit pour le livre de M. Dabrovitch sur les réflexes conditionnés et la chronaxie, il affirme que les résultats de Dabrovitch et Chauchard constituent pour la connaissance du fonctionnement cérébral des documents nouveaux, solides, objectifs, mais il ajoute qu'il faut revenir vers le problème des relations entre la physiologie et la psychologie et, pour cela, il a conseillé au D^r Covaci-Ulmeanu l'expérience suivante : ordonner chez l'homme l'exécution d'un mouvement avec un signal prémonitoire, puis un signal d'exécution, et mesurer dans l'intervalle des deux signaux la chronaxie du muscle intéressé, ou plus exactement, la mesure étant faite au point moteur, la chronaxie du nerf moteur intéressé.

Le résultat a été une diminution de chronaxie, pas très considérable, mais le sens de la variation a été parfaitement constant.

C'est l'inverse de ce qu'on obtient non moins régulièrement sur le chien dans le réflexe conditionné retardé, pendant la courte phase qui précède l'exécution du mouvement.

On voit la complexité du problème. Sans doute, on peut expliquer cette contradiction en disant, par exemple : chez le chien le signal déclanche une tendance au mouvement, tendance qu'il inhibe d'abord, et cette inhibition se traduit par l'augmentation de chronaxie ; chez l'homme, le premier signal éveille l'idée du mouvement, d'où préparation au mouvement consistant en une

diminution de chronaxie, diminution qu'on observe chez le chien au moment de l'exécution.

A l'appui de l'opinion de M. Lapicque, on pourrait ajouter les paroles suivantes, de Pavlov, extraites du rapport qu'il a présenté au Congrès international de physiologie de Rome : « Je suis convaincu que s'approche une étape importante de la pensée humaine, l'étape où le physiologique et le psychologique vont se fusionner réellement, où la pénible contradiction ou l'opposition entre ma conscience et mon corps va se résoudre ou sera éliminée naturellement. »

Nous sommes très heureux de constater qu'entre la physiologie normale et la pathologie il y a une solidarité incontestable. Les considérations que nous verrons sur le mécanisme physiopathologique de l'hystéro-pithiatisme viennent à l'appui de cette opinion, car les troubles hystériques relèvent en dernière instance des modifications des réflexes conditionnés dans la genèse desquels la chronaxie joue assurément un rôle important, comme le prouvent les règles établies par Pavlov. Les différentes manifestations hystériques relèvent d'un trouble d'induction réciproque déterminé par les modifications humorales et par conséquent de la chronaxie.

On pourrait ajouter à l'appui de notre opinion les recherches que nous avons faites autrefois dans l'intoxication par la mescaline et celles plus récentes de MM. A. Chweitzer, E. Gblewicz et W. Lieberson, publiées dans *Année psychologique* (1936), sous le titre : « Étude de l'électroencéphalogramme dans un cas d'intoxication mescalinique ». Ces auteurs ont trouvé une dépression de l'activité électrique de l'écorce occipitale dans un cas d'intoxication par la mescaline sur le lapin et dans un autre cas sur l'homme. Les résultats concordent en ce sens qu'ils témoignent d'une réactivité de l'écorce cérébrale à l'égard de la mescaline, réactivité qu'on peut objectiver par l'étude des phénomènes électriques.

Le mécanisme de l'action de la mescaline sur les électroencéphalogrammes est encore obscur. Si l'on trouve parfois des coïncidences entre les phénomènes hallucinatoires et les « silences », dans d'autres cas, en particulier les jours qui ont suivi l'intoxication, la dépression de l'activité semble s'observer en dehors de tout phénomène visuel d'origine mescalinique.

*
**

Nous avons cru que la question de l'hystérie était en quelque

sorte en voie d'être éclaircie, mais en lisant les travaux récents sur ce sujet, nous nous sommes rendu compte que nos idées, loin d'être acceptées, n'avaient pas été bien comprises.

C'est pourquoi nous croyons utile de reprendre cette question et de tâcher de montrer, par des données objectives, les raisons qui nous ont fait adopter notre point de vue à ce sujet.

Nous pensons qu'un phénomène ne peut exister, dans le domaine neurologique, aussi bien du point de vue moteur, sensitif que psychique, sans qu'il relève d'un substratum physiologique ; en effet, on ne conçoit pas l'existence d'une action ni même d'une modification d'une pensée ou d'un acte sans une modification concomitante humorale bio-chimique. Nous connaissons l'effet des modifications en plus et en moins des glandes à sécrétions internes sur le métabolisme, la rapidité des mouvements, l'intelligence et le caractère. Nous savons aussi l'effet thérapeutique des extraits glandulaires qui, chez les uns, règle un défaut existant, chez les autres amène des troubles circulatoires, nerveux, de l'insomnie, changeant le caractère, faisant d'une personne apathique une excitée, modifiant aussi bien le rendement physique que les fonctions les plus abstraites du psychisme. Nous croyons, d'autre part, que les glandes endocrines réalisent des modifications de perméabilité, de viscosité, du pH des humeurs, de centres végétatifs réglant la rythmicité des différentes fonctions : repos, travail, pensée, sommeil, enfin de tout ce qui forme la personnalité. Tout cela sur une base d'hérédité, que nous ne pouvons que présumer, s'appuyant sur les qualités innées et se renforçant de toutes les immunités acquises.

C'est pourquoi le problème de l'hystérie nous semble mériter d'être repris et discuté plus à fond, car chez ces déséquilibrés psycho-végétatifs on peut surprendre plus facilement ces modifications. On a beaucoup discuté sur la constitution des hystériques. On a même affirmé l'inexistence d'un terrain hystérique.

Nous avons étudié un certain nombre de ces malades, et nous sommes arrivés à la conclusion que l'on peut mettre en évidence un assez grand nombre de phénomènes que l'on retrouve plus souvent chez eux que chez d'autres malades, à savoir :

des troubles vaso-moteurs, consistant en microsphygmie, réaction des vaso-moteurs différente pour les excitants thermiques, froideur des extrémités, modifications qui peuvent être différentes chez la même personne pour les deux côtés du corps ;

des troubles humoraux avec modification du métabolisme et dysménorrhée, complétant en quelque sorte les troubles vaso-moteurs ;

une émotivité excessive, en rapport peut-être avec les endocrines, donnant facilement la sensation d'angoisse, de peur chez des malades qui sont d'ordinaire déjà trop égoïstes et vaniteux ;

une suggestibilité exagérée que tout le monde est d'accord à leur reconnaître, qui s'associe avec la facilité d'être hypnotisables et la fixation particulièrement rapide des réflexes conditionnés, fait que nous avons démontré et qui est important pour comprendre la persévérance des symptômes que le malade croit avoir ;

enfin, nous ne saurions omettre la facile association d'affections organiques, maladies infectieuses, traumatismes, accidents divers, épilepsie, qui souvent déclenchent des accès hystériques chez des personnes jusque-là indemnes. Nous en avons observé plusieurs exemples et la littérature médicale est riche en observations de ce genre.

Tous ces signes sont variables et leur association se retrouve aussi chez l'individu normal. Il est difficile de tracer les limites précises de l'hystérie. Mais cela ne veut pas dire qu'elle n'existe pas, au contraire, mais que certains organismes sont plus favorables à l'apparition des phénomènes hystériques grâce à leur constitution spéciale et à leur mode de réaction.

La mythomanie a été étudiée par les psychiatres comme un trouble psychique distinct. E. Dupré, en 1905, en a fait un travail important ; pour lui, la mythomanie est toujours perverse. Les travaux plus récents ont tendance à considérer la mythomanie comme parfois perverse, mais le plus souvent comme une activité inconsciente infantine conduite par l'imagination. Comme preuve, Redlich apporte des cas d'hystérie avec amnésie et mythomanie consécutives à un traumatisme ou à la syphilis cérébrale ; après la cure d'hôpital et la tranquillité, la confabulation disparaît. Plus récemment, Vermeylen pense aussi qu'il s'agit plutôt d'inconscience infantine que de perversité. C'est la projection des pensées et des désirs dans l'action. Mlle Badonnel et Néron parlent aussi, au Congrès de psychiatrie infantile, de la mythomanie perverse des dégénérés inventant des calomnies, des méchancetés dans le but d'attirer l'attention et de faire du mal et de la mythomanie, produit d'une imagination trop riche. La différence, selon Dupré, c'est que les uns, les vicieux et les pervers, sont conscients, car ils recherchent un but, tandis que les autres seraient inconscients, avec leurs inventions fantastiques, produits de l'hystérie.

Les psychanalystes ont longuement discuté cette question.

Au Congrès International de Psychiatrie d'Amsterdam, Karl Jung a montré qu'il existe deux modes de réaction. Dans un cas, le malade veut ignorer le conflit qui existe et il se fait une conversion dans l'innervation du corps-hystérie. Un autre groupe fait une transposition qui engendre une névrose anxieuse. Il ne pense pas à une prédisposition innée. Pour Jung, les théories de Freud ont une grande importance.

Nous voudrions que notre observation si laborieuse contribue à l'éclaircissement de ce problème si passionnant.

L'observation de cette malade a été résumée dans le rapport que l'un de nous a présenté au Congrès de Neurologie de Bucarest. M. le Professeur Froment n'ayant pas vu la malade et ne la connaissant que par notre résumé succinct a contesté le diagnostic d'hystérie. Mais les épisodes de son histoire : mutisme, aphonie, hallucinations, contracture généralisée, catalepsie, fixation des réflexes conditionnés et surtout mythomanie, s'opposent, en quelque sorte, aux maladies infectieuses très graves qu'elle a eues sous nos yeux et que son organisme a supportées de manière particulièrement facile, grâce à sa constitution dont nous aurons à nous occuper et que nous mettons en relation avec un système d'épargne : sommeil, immobilité, froideur des extrémités en rapport avec la circulation périphérique, constipation habituelle, aménorrhée, qui ont fait que notre malade traverse sans presque maigrir des poussées fébriles, des vomissements incoercibles suivis d'inanition durant parfois des semaines.

On a émis l'idée que, chez nous, on cultivait l'hystérie comme au temps de Charcot. Nous voudrions attirer l'attention que, pour connaître une maladie, il faut l'étudier. Il nous semble que l'on n'a jamais rien observé d'intéressant ni de définitif sans étude approfondie, mais considérer notre cas comme de l'hystérie de culture nous semble une exagération évidente, car notre malade venait spontanément à l'hôpital avec des symptômes plus ou moins variés, et rentrait au bout d'un certain temps chez elle, guérie de ces symptômes.

Nous avons vu pour la première fois notre malade en juin 1930. C'était, à cette époque, une jeune fille de 17 ans, dysménorrhéique, qui vient pour des accès de contracture généralisée.

Orpheline, elle a été recueillie par des personnes qui l'ont fait aider aux travaux du ménage. Bien qu'elle soit traitée avec bonté, cette jeune fille, intelligente et ambitieuse, se croyant supérieure à sa situation, voudrait en changer, mais le travail lui répugne, elle dit avoir la vue basse si on lui dit de lire ou de faire des travaux fins, et tout ce qu'on lui propose elle trouve de très bonnes raisons de ne pas le faire.

Le diagnostic posé dès 1930 a été celui d'hystérie. Elle avait des contractures et soubresauts allant jusqu'à l'arc de cercle et il a suffi d'un torpillage pour la guérir. Nous ne l'avons gardée que quelques jours dans le service et renvoyée guérie.

Elle revient au bout de trois mois. A la consultation on lui faisait des injections d'extraits ovariens. Brusquement, après une piqûre d'extrait folliculaire, sans autre cause (pas d'ennuis, pas de querelle), la malade tombe dans un état de contracture généralisée et d'immobilité. Internée dans le service, elle reste dans cet état pendant seize jours. Elle n'ingérait de l'eau ou du lait qu'une fois par jour et en petite quantité. On a dû recourir à la sonde à plusieurs reprises. Parfois, elle n'urinait pas pendant 36 heures et on a dû la sonder. L'immobilité était absolue pendant des jours entiers ; on l'a surveillée pendant la nuit et son attitude ne changeait pas. Vers la fin de la période d'akinésie, il y a eu des périodes d'agitation alternant avec l'immobilité et la contracture. Plus tard, elle nous a raconté que pendant son état d'immobilité elle avait des visions terrifiantes, des hallucinations tellement vivides que, pendant très longtemps, on n'a pas pu la persuader de l'irréalité de ces épisodes.

Pendant les états d'agitation, la malade était en proie à une terreur indicible, son pouls était rapide, ses pupilles dilatées. Elle s'agitait, se défendait, mettait les mains devant ses yeux, se roulait, se faisant parfois mal en tombant du lit.

Quand la période d'agitation a pris fin, elle nous raconte avec force détails tout ce qu'elle a vécu dans son imagination. Ce qu'elle raconte semble être en rapport avec des images visuelles extrêmement précises et persistantes, qu'elle peut évoquer longtemps après. Par exemple, elle raconte les détails d'un paysage, d'une robe, comme si un tableau colorié se trouvait devant ses yeux. En somme, c'est ce côté visuel qui tient le premier plan dans son affection. Nous essayerons de systématiser ses symptômes visuels.

Après l'épisode de contracture suivi d'hallucinations pseudo-oniriques, la malade revient à elle, marche, parle. Engagée à entreprendre un travail manuel, elle refuse sous prétexte qu'elle a la vue basse. Jusque-là, elle ne s'était jamais plainte d'avoir une mauvaise vue.

Le D^r Lazaresco constate chez elle que les réflexes pupillaires sont bons, l'examen objectif à la skiascopie et à l'astigmomètre montre que la réfraction des deux yeux est normale. Mais l'acuité visuelle et le champ visuel où le résultat dépend de la réponse du malade n'ont pu être recherchés, la malade déclarant ne voir qu'à une distance de 30 centimètres. Des couleurs qu'on lui a présentées à cette distance elle n'a reconnu que le blanc et le bleu. Elle dit ne pouvoir définir le vert et le rouge.

Voici donc un document objectif, venant d'un éminent et très consciencieux confrère, qui nous semble intéressant surtout en opposition des symptômes présentés un an plus tard quand la malade se trouvait mal, avait une véritable crise de nerfs aussitôt qu'on lui

présentait un objet de couleur rouge, surtout sous forme arrondie (fleur en boutonnière, gros pois rouge sur une cravate) et qu'elle nous déclarait assimiler (par réflexe conditionné) à des taches de sang. Cette vue lui faisait horreur à cause d'hémoptysies répétées, d'une part, des visions oniriques hallucinatoires qu'elle a décrites avec une acuité extrême, de Turcs coupant les membres à une jeune fille dont le sang ruisselle.

Cette horreur de la couleur rouge est extrêmement persistante et nous l'avons contrôlée à l'aide du réflexe psycho-galvanique qui nous précise sa réalité, sans subterfuge possible. La prononciation du mot rouge lui provoque une émotion violente. Si on dit blanc, bleu, rose, jaune, vert, la déviation est insignifiante. Pour le mot rouge, le rayon se déplace à l'autre bout du tableau, le dépassant même.

Si on lui donne une fleur rouge, actuellement, la malade réagit moins, mais quand on lui a demandé de lire le texte d'une réclame le couleur vermillon, elle le fait, sans émotion apparente, mais le lendemain elle se plaint que cette couleur s'est imprimée dans ses yeux et son esprit et qu'elle la voit tout le temps avec horreur, lui rappelant des choses sauvages, méchantes et laides. Elle en est extrêmement affectée.

A un moment donné de son séjour à l'hôpital, elle tenait les yeux fermés : c'était pour ne pas voir une couverture rouge foncé qu'on avait jeté par inadvertance sur son lit. A une autre occasion, se sentant affaiblie, elle a demandé un tonique : cette potion avait la couleur rouge, contenant de l'écorce de quinquina. Nous ne comprenions pas pourquoi notre malade la refusait après l'avoir elle-même demandé avec insistance jusqu'au jour où elle nous a avoué qu'elle ne pouvait pas en prendre à cause de sa couleur rougeâtre. De même, elle n'a pas pu prendre des pilules laxatives colorées à l'éosine.

Elle aurait eu dans l'enfance des mouvements désordonnés des membres. D'après ses dires, ces mouvements étaient peu marqués au repos, mais aussitôt qu'elle voulait se servir de ses mains survenaient des mouvements intentionnels de grande ampleur ; par exemple, si elle prenait un objet dans sa main droite (qui était indemne), la main gauche faisait des mouvements désordonnés et venait frapper la main droite jusqu'à ce qu'elle lâchait l'objet. On a dû la nourrir, elle-même ne pouvant pas le faire. Ces mouvements seraient apparus à la suite d'une peur, un chien l'a poursuivie et l'aurait même mordue à la jambe. Guérie, au bout de quelques semaines, ces mouvements sont réapparus un an après, pendant qu'elle récitait une poésie à l'école, où il s'agissait de la terre qui s'ouvre pour laisser voir les ennemis damnés brûlant dans l'enfer. Elle nous dit qu'au moment de réciter ces vers, elle a vu le plancher s'ouvrir réellement, des hommes se tordre dans le feu, et, remplie d'horreur, ses mouvements choréiques ont recommencé. Actuellement, quand elle est spécialement nerveuse, on peut voir, surtout à la main droite, de fins mouvements d'aspect choréique.

Elle a présenté, en outre, des convulsions avec arc de cercle, surtout au début. A un moment donné, l'émotion déclenchait de la tachypnée qui lui donnait de véritables accès de tétanie, contracture tonique avec attitude caractéristique des mains, trismus et signe de Chwostek. Le dosage du calcium sanguin était cependant normal et la malade était en train de faire une série d'injections de ClCa pour ses hémoptysies répétées. Un de ces accès a été parfois déclenché quelques minutes après la piqûre médicamenteuse.

Pendant que notre malade avait de la contracture avec immobilité, elle avait tendance à maintenir l'attitude donnée à ses membres. Il est remarquable que cette catatonie ne s'observait que pour le côté gauche du corps, où il y avait aussi de l'anesthésie cutanée. La catatonie a disparu complètement, de même que les autres troubles. Malgré la rigidité, la contracture et la catatonie, il n'y a jamais eu de signes objectifs de lésion du système extra-pyramidal, notamment les réflexes de posture n'avaient pas le caractère que nous connaissons habituellement chez les post-encéphalitiques.

Vers l'âge de dix ans, elle raconte avoir eu une peur à la suite de laquelle elle est restée muette pendant deux jours. Dans le Service Neurologique elle a présenté à deux reprises du mutisme; la première fois elle en a été guérie par le torpillage de la région cervicale, la seconde fois nous nous sommes contentés de la persuasion et la malade a recommencé à parler au bout de quelques minutes de traitement. L'examen laryngologique a été fait par le D^r Stefaniu pendant le mutisme et a montré que les cordes vocales avaient une légère atonie bilatérale, ne se rapprochant pas complètement pendant la phonation. Après la guérison du mutisme, la motilité des cordes vocales était redevenue normale.

A un moment donné, notre malade a dit ne pas sentir le goût des aliments. L'examen fait avec des substances sapides nous a montré qu'elle ne reconnaissait que le sucré. On pouvait mettre sur sa langue de la quinine en grande quantité sans qu'elle grimace.

Les troubles de la sensibilité ont pu être suivis et étudiés pendant longtemps, d'autant plus qu'ils ont été très persistants. Au premier examen, fait en juin 1930, on note sur sa feuille d'observation qu'il n'y a pas de troubles objectifs de la sensibilité. Un an après, elle présente une hémianesthésie totale, s'arrêtant nettement à la ligne médiane. Cette anesthésie s'étend aussi à la face, aux muqueuses et à la langue. Pourtant, le réflexe cornéen existe de même que le réflexe naso-lacrymal de Wernic. Les réflexes abdominaux ne se produisent pas, mais la malade est contracturée et le cutané plantaire est aboli, elle a les pieds froids.

Nous avons renvoyé la malade complètement guérie de son anesthésie aussi bien que des autres symptômes. Pendant un an et demi, elle a mené une vie normale dans sa famille, aidant au ménage, gaie, s'occupant dans la maison et sortant aussi un peu pour s'amuser. Un jour, ayant eu une forte contrariété, elle s'est sentie mal, est tombée

dans les bras des personnes de sa famille et elle nous revint dans un état de rigidité, d'immobilité avec de nouveau de l'anesthésie cutanée, mais se limitant cette fois-ci à l'avant-bras gauche jusqu'au-dessus du coude.

Il est intéressant de savoir comment elle a guéri de ses troubles de la sensibilité. Elle a entendu parler dans le milieu hospitalier de la visite en Roumanie du Professeur Duval et de ses opérations. La nuit, elle a rêvé que le Professeur Duval a envoyé un de ses assistants pour l'opérer ; il aurait fait une ponction avec un gros trocart lui retirant de la tête de gros vers. Le lendemain matin, elle était persuadée de la réalité de l'opération et la sensibilité de la face était entièrement revenue. A noter qu'il lui a semblé voir grouiller des vers dans un bocal et que depuis elle ne peut plus manger des macarons, quand on les lui présente, elle croit voir de gros vers blancs.

Deux jours après nous lui avons suggéré que le même docteur viendrait lui faire une nouvelle opération et qu'elle serait complètement guérie ; en effet, la nuit suivante elle a rêvé que la seconde intervention était faite au niveau du thorax et le lendemain la sensibilité était revenue normale sur tout le tronc jusqu'à l'épaule et à l'aîne. Les troubles persistants de la sensibilité du bras et du membre inférieur gauche ont été des plus rebelles et ont guéri spontanément alors qu'on ne s'attendait plus à cela, après une congestion pulmonaire avec fièvre élevée et état général assez grave.

A sa sortie de l'hôpital, la sensibilité était partout revenue complètement, son état général était bon et la malade pouvait être considérée comme guérie.

Nous insisterons sur les troubles de la sensibilité, car nous avons pu suivre l'influence de la suggestion sur leur modification. On a pu lui suggérer des anesthésies cutanées parcellaires et les faire disparaître à volonté. Leur existence réelle nous semble prouvée par le contrôle graphique des réactions respiratoire et cardiaque après stimulation des téguments et comparaison avec les mêmes stimulations du côté non anesthésié.

Nous avons provoqué une énorme phlyctène à la peau de la main gauche à l'aide d'une éprouvette chauffée à 100°. Pendant l'application, elle n'a pas lâché l'éprouvette de la main, n'a pas fait la moindre grimace. Elle a continué à parler, souriante, et ce n'est qu'une demi-heure après, en allant se laver les mains, qu'elle nous a demandé : « Mais qu'est-ce que j'ai dans la main ? Je sens une grosseur. » Et elle nous montre l'énorme phlyctène.

Nous insisterons aussi sur le fait que souvent nous avons surpris la malade dormant plus ou moins profondément. A chaque fois, nous avons pincé ou piqué profondément avec une aiguille. Jamais la piqûre ou le pincement du côté gauche ne l'a réveillée. Au contraire, si on la pinçait à droite, elle se réveillait en grimaçant ou en retirant le membre pincé ou en frottant l'endroit de l'excitation. Cette épreuve a été répétée très souvent et n'a jamais manqué, nous croyons donc

lui donner quelque importance comme preuve de la réalité de l'anesthésie hystérique, surtout si on la rapproche du peu de réaction cardio-respiratoire enregistré à l'excitation cutanée en comparaison des deux côtés.

Nous allons aborder l'étude de l'état *psychique* de la malade.

Dès le premier épisode de contracture avec arc de cercle, elle nous raconte avoir eu des rêves mystiques. Amenée dans le Service Neurologique, elle est soumise le lendemain à un torpillage qui la guérit momentanément ; la malade marche, parle, se nourrit. A cette époque, l'examen neurologique ne montre rien d'anormal, pas de troubles de la motilité, ni des réflexes, ni de la sensibilité. Elle est, dès cette époque, dysménorrhéique et constipée. Nous la renvoyons au bout de quelques jours chez elle, ne croyant pas qu'il soit dans son intérêt de la garder dans le milieu hospitalier. Mais, trois mois après, elle revient dans le même état ayant en plus l'hémianesthésie que nous avons eu tant de mal à guérir ensuite.

Notre malade dit qu'elle a toujours eu des rêves terrifiants. Elle rêvait d'animaux la poursuivant, de chutes dans un abîme, de fuites éperdues, d'une mare où elle s'enlise, de poursuites angoissantes.

Pendant l'état d'immobilité décrit plus haut, l'esprit et l'imagination de notre malade ont été d'une activité prodigieuse. Elle a vécu de manière extrêmement aiguë des épisodes extraordinaires : collection de contes populaires, chansons et épopées héroïques, personnages épisodiques devenus des figures imaginaires des contes enfantins, reminiscences de romans passionnants, tout cela tourne autour d'elle-même, personnage central, attirant l'attention de tous par ses malheurs et l'injustice du sort. Nous n'en finirions pas en copiant de son volumineux dossier toutes les innombrables histoires dont elle a été l'héroïne. Nous nous contenterons d'en résumer quelques-unes pour en donner une vague idée : « Ravié par des Turcs, elle fut menée dans une clairière pour être torturée et tuée ensuite. Elle n'en sait pas la raison. Ces Turcs seraient très bruns, ressemblant à des tziganes, ils portent de larges ceintures rouges et des bonnets turcs. Ils ont des cheveux noirs et des regards féroces, leurs habits sont déchirés, ils ont l'air sauvage avec leurs armes et couteaux. Elle était soumise à d'affreuses tortures, on la frappait, on la laissait mourir de faim et de soif. Elle est restée longtemps dans cette prairie, environ deux semaines. Un corbeau lui apportait de temps en temps trois gouttes d'eau dans son bec (épisode que l'on rencontre dans certains contes populaires roumains). Elle se sentait très isolée dans cette clairière, soumise aux mauvais traitements des Turcs qui voulaient la brûler sur un bûcher. Elle entendait de loin la voix plaintive d'un malheureux attendant lui aussi sa peine. Si elle criait de soif on lui mettait du fiel dans la bouche. Ses entrailles brûlaient, on la piquait, cela faisait mal partout, alors elle tâchait de se tenir immobile pour leur faire croire qu'elle est morte. Brusquement, les Turcs se sont enfuis, elle est restée seule. Elle ne sait pas comment elle est arrivée

à l'hôpital ; elle croit que deux hommes l'ont vue en passant dans cette clairière et ont pris pitié d'elle. »

La malade est persuadée d'avoir vécu les épisodes qu'elle raconte avec un grand luxe de détails et qu'elle répète sans y rien modifier, mais en ajoutant des détails qui toujours complètent la description.

D'autres fois, la malade raconte des histoires fantastiques : « On l'a menée dans une salle de bal, des femmes richement vêtues dansaient avec des hommes habillés tout de blanc : c'était le costume moderne de soirée, mais en blanc. Toutes ces personnes attendaient un personnage important qui était une impératrice, du nom de Victoria, mais elle ne sait pas de quel pays. Cette impératrice est arrivée dans une calèche tirée par douze chevaux arabes de toute beauté, venant au grand galop. L'impératrice, seule vêtue de gris perle, tous les autres personnages étaient en blanc, a fait arrêter la calèche, en est descendue et s'est assise sur un banc en disant à notre malade de venir s'asseoir à côté d'elle. Elle lui a parlé avec beaucoup de bonté, en s'intéressant de sa santé et en la plaignant d'avoir été torturée par les Turcs. Notre malade dit s'être sentie toute confuse de tant de bonté. Puis, le bal a commencé, il y avait une musique agréable et elle se sentait heureuse quand, en passant devant une glace, elle a remarqué qu'elle avait une capote d'hôpital et un pansement autour du cou. De fait, la malade avait le cou bandé ce jour-là, s'étant plainte d'un léger mal de gorge. Elle a eu une grande honte, s'est sentie toute confuse d'être dans cette brillante assemblée ainsi vêtue et s'est enfuie en pleurant. »

La description détaillée qu'elle nous fait ressemble au plaisir qu'ont certaines personnes à raconter leurs rêves. Elle n'omet aucun détail et on voit la précision de ses souvenirs déjà fixés et non pas inventés sur le moment.

Si la description est précise, par contre, le raisonnement est tout à fait défectueux, c'est pourquoi nous faisons le rapprochement avec des images oniriques, auxquelles elles ressemblent par leur vivacité, la couleur brillante et le manque de logique. Tout est décousu, sans raison. Par exemple : « elle entend la nuit un léger bruit, sous son lit, comme une souris qui gratte. Elle se penche pour voir : il y a là un vieux hideux, tout en loques qui veut faire un trou à l'aide d'un instrument qu'il frotte sur le ciment. Elle ne sait pas pourquoi ce vieux était là, ni ce qu'il voulait faire. C'est un inconnu qu'elle n'a jamais vu de sa vie. » Mais si on lui dit qu'elle a rêvé, elle se fâche, affirme la réalité de ses dires, pleure et prétend avoir eu très peur. Une autre fois, « c'est un vieux repoussant et deux vieilles femmes qui viennent la frapper, luttent avec elle, la griffent, la pincent, l'enchaînent, lui donnent des coups de pieds et la roulent par terre, puis elle entend un bruit comme le pas de chevaux qui s'éloignent, emportant ces personnes qui lui ont fait mal. »

En somme, dans ces contes fantastiques, il s'agit surtout d'hallucinations visuelles, avec des images mouvantes et brillantes, plus

colorées que normalement, ce qui lui fait croire à leur réalité. Ses descriptions sont pleines de détails, mais se bornent à des images visuelles, parfois elle interprète un bruit réel. Par exemple : on entend dans une autre salle le cri d'un malade souffrant. Notre malade prend peur : sursauts, tachycardie, regards effrayés. Interrogée, elle dit avoir vu des soldats qui se précipitaient sur un homme et le frappaient pendant qu'il criait. Elle a eu peur que ces soldats ne viennent aussi chez elle et elle voulait fuir.

Il est impossible de décrire toutes ses hallucinations. Une fois, elle est montée sur l'armoire et sur les tuyaux apparents jusqu'au plafond, nous racontant ensuite qu'elle se trouvait à la montagne et qu'un ours la poursuivait et qu'elle a grimpé sur un sapin pour se sauver.

En dehors de cet état onirique qui se prolonge à l'état de veille la malade accuse des troubles curieux de la vision.

Parfois, pas toujours, tous les objets et les personnes lui semblent déformés. Elle les voit tantôt grands, énormes, tantôt tout petits, de travers, déformés, images grimaçantes, ce qui fait que souvent elle dit ne pas reconnaître les personnes avant qu'elles ne parlent. Parfois, il lui semble qu'une personne est toute jeune en entrant, puis au bout de quelque temps la même personne a vieilli terriblement, est devenue voûtée, ridée, se tient à peine debout. D'autres fois, il lui semble voir des souris ou des grenouilles sur les habits des gens.

Comme au point de vue oculaire on ne trouve aucun défaut, c'est encore un trouble de la perception. Nous essayons l'effet de la mescaline pour voir s'il y aura exaltation des hallucinations. Il n'en est rien, et la malade n'accuse rien de visuel pendant l'expérience. Quand on lui fait entendre de la musique (disques de gramophone), elle semble aimer les mélodies chantées, douces ; au contraire, les danses orientales l'agacent, la font pleurer, parce que, dit-elle, cela lui rappelle les Turcs qui la torturaient, sans avoir d'images hallucinatoires vraies.

Nous voudrions insister sur la grande importance de la suggestion, mise tous les jours en évidence. Il suffit qu'on la menace que, si elle n'est pas sage, on lui mettra une sentinelle dans sa chambre, pour qu'elle affirme avoir vu un soldat qui ne la quittait pas des yeux, prêt à la fusiller au moindre mouvement.

A son troisième internement dans le service, après la phase de contracture et d'immobilité, elle semble désorientée, se croyant à l'hospice de maladies mentales, ne reconnaît pas les médecins et dit être soignée par le Professeur Magnaguviz, d'origine portugaise. Cette amnésie se dissipe peu à peu et nous apprenons ainsi qu'avant de venir à l'hôpital, la famille l'a menacée de l'interner chez les fous si elle n'est pas sage. De même, le voisinage d'une malade agitée et le fait de se trouver dans une réserve ont entretenu chez elle cette idée.

Le diagnostic d'hystérie, qu'on a voulu contester, ne fait aucun doute pour nous.

Cette jeune fille, qui a présenté à dix ans un mutisme qui a guéri en deux jours, qui a eu des convulsions, de la catatonie à forme curieuse (hémicatatonie gauche), une amaurose transitoire guérie en un jour par le torpillage, des troubles de la sensibilité durables, mais influencés par la suggestion et qui ont complètement guéri à la suite d'un rêve suggéré par nous, a présenté un syndrome psychique spécial, à savoir un état d'onirisme, de la mythomanie et des hallucinations ayant le même caractère de labilité et pouvant être influencé par la suggestion.

La malade est facilement hypnotisable, elle est docile et obéissante.

C'est sur elle que nous avons constaté la facilité avec laquelle se forment des réflexes conditionnés. En effet, on a installé très vite et très facilement un réflexe conditionné urinaire en lui faisant boire deux verres d'eau au son d'une plaque de gramophone, puis en la sondant de nouveau. En quelques jours, il suffisait de la musique de cette plaque pour lui faire uriner la même quantité d'urine, ayant la même densité, sans ingestion d'eau.

Du point de vue constitutionnel, notre malade est une déséquilibrée végétative avec troubles humoraux (dysménorrhée), et vasculaires (microsphygmie), réflexes vago-sympathiques exagérés, et, par les épreuves pharmacodynamiques, une dysamphonose.

Elle est très réceptive pour les maladies infectieuses et a eu, à notre connaissance, un nombre considérable de formes très graves de maladies aiguës qu'elle a supportées malgré la fièvre élevée. Son état général s'est maintenu bon. Même au moment le plus critique elle ne maigrissait que peu et son aspect n'était pas celui d'une personne sérieusement malade.

Voici la liste des maladies aiguës et infections graves qu'elle a présentées : scarlatine grave suivie d'adénite suppurée ; chorée ; bronchites répétées ; fièvre typhoïde ; varicelle ; rhumatisme polyarticulaire aigu, avec atteinte cardiaque consécutive ; amygdalite pultacée grave ; érysipèle de la face ; angine diphtérique ; otite et mastoïdite opérées ; angine de Vincent ; bronchiectasie avec expectoration purulente et hémoptysies répétées ; ictère et cholécystite ; appendicite opérée ; congestion pulmonaire.

De plus, depuis son enfance, elle a une constipation rebelle. Sans médicaments et lavements, notre malade reste 10 à 12 jours sans avoir de selle, alors elle se sent mal, devient nerveuse, agitée et se sent intoxiquée.

Elle a, depuis de nombreuses années, une bronchite chronique avec expectoration muco-purulente et sanguinolante et une otite chronique.

Elle a toujours été mal réglée, irrégulièrement et peu. L'examen hormonal fait par le D^r Milcou a montré un déficit aussi bien hypophysaire qu'ovarien. Pendant le traitement par extraits endocriniens, que nous avons institué, il y a eu un état d'agitation impressionnant qui a fait place à une amélioration après la cessation du traitement.

C'est donc sur cet état de toxi-infection chronique que se greffent ses troubles nerveux et leur guérison coïncide souvent avec une amélioration de l'état général.

Nous voulons insister sur le système d'épargne spécial qu'elle présente. Notre malade, malgré son lourd passé pathologique, est une jeune fille bien conformée, bien nourrie, ayant des muscles assez bien entretenus malgré son long séjour au lit et le manque d'exercice. Son tissu adipeux est suffisant et bien réparti, malgré qu'elle soit restée des jours sans se nourrir, vomissant tout, avec des poussées de forte fièvre. Mais elle reste immobile, dort beaucoup, n'urine que très peu, est constipée, et a les extrémités froides.

Nous croyons que notre malade n'est pas une simulatrice. Elle n'a aucun intérêt à rester dans le service et demande instamment de partir. Son anesthésie a été certainement réelle et non pas simulée : elle a été brûlée, piquée profondément. Non seulement il n'y a eu aucun signe de perception (grimace, cri), mais l'enregistrement graphique nous a montré qu'elle ne réagissait pas (respiration, pouls), comme elle le faisait du côté non anesthésié. L'épreuve de la piqûre pendant le sommeil n'a jamais fait défaut tandis que la piqûre à droite la réveillait toujours, lui faisait retirer le membre, se frotter.

Il est impossible qu'une affection organique (encéphalite) puisse expliquer ces symptômes. Nous avons vu un nombre considérable de postencéphaliques ; quelques-uns présentaient des troubles hystérisiformes (nous avons été les premiers à les décrire en 1924 avec nos collaborateurs Radovici et Draganesco), mais il y avait toujours des signes indubitables d'atteinte extra-pyramidale. Chez notre malade il n'en est rien. Quand elle est guérie, elle ne présente aucun symptôme, même fruste, de parkinsonisme. Ses réflexes de posture sont tout à fait normaux, il n'y a aucune rigidité musculaire ni de crises oculogyres.

Le diagnostic de schizophrénie ne peut pas non plus être posé dans ce cas, car dans les intervalles où elle est guérie, elle se

comporte de manière tout à fait normale, rien en elle ne paraît diminué, son raisonnement est si bon que réellement il est impossible de soutenir ce diagnostic.

Il reste donc que notre malade est une hystéro-pythiatique, présentant des phénomènes reversibles, produits par la suggestion et guéris par la persuasion. La pseudologie fantastique ou mythomanie serait son fond mental qui s'exalte occasionnellement, lui faisant raconter ces histoires extraordinaires qu'elle prétend avoir vécues et qu'elle détaille de manière impressionnante. Notre malade a constitutionnellement une grande labilité végétative, un dysfonctionnement endocrinien, une facilité surprenante à fixer les réflexes conditionnels et une réceptivité spéciale pour les maladies infectieuses qu'elle supporte facilement.

*

**

Nous voyons donc qu'il s'agit d'un cas indubitable d'hystérie avec comme symptôme principal la mythomanie. Notre observation est assez éloquente, les troubles revêtant l'aspect classique de l'hémianesthésie hystérique et d'accès hystériques.

La mythomanie a été étudiée depuis longtemps par les psychiatres et les psychologues, c'est pourquoi nous nous bornerons à citer quelques classiques. Si l'on consulte le *Traité de Psychologie*, de Georges Dumas, on voit au chapitre consacré par Piéron à la mémoire, qu'il insiste sur le rôle de l'habitude, depuis la formation du souvenir et jusqu'à sa disparition rapide ou progressive, conditionnant les différents états d'amnésie totale ou partielle, et évoluant selon des lois connues, aussi bien pour l'apprentissage moteur que pour la mémoire intellectuelle, c'est-à-dire la mémoire statique et la mémoire dynamique. Ce sont encore les réflexes conditionnels qui expliquent la formation et la persistance ainsi que la disparition des souvenirs.

On a discuté sur la division schématique de la mémoire en mémoire auditive et visuelle ; nous croyons que là encore il n'y a rien d'absolu, un musicien pouvant évoquer inconsciemment une page écrite et la reproduire ainsi « par cœur ». Nous n'hésitons pas à affirmer que notre malade est surtout une visuelle.

Il est autrement difficile de parler de souvenirs statiques ou dynamiques, le souvenir se fixant non pas dynamiquement, c'est-à-dire en tant que mouvement, mais en tant que souvenir instantané ; c'est une « image motrice », et ce n'est que l'association ou la succession des actes qui compte en fait de mémoire dynamique.

Nous estimons que cette idée de dynamisme en fonction de temps est assez importante à connaître ; si on parvenait à déterminer la vitesse, non seulement de la fixation du souvenir, mais aussi de la pensée et des phénomènes d'association et de propagation, on pourrait comprendre plus à fond ces phénomènes. Bourguignon est arrivé à d'intéressants résultats comportant de précieuses données sur la chronaxie vestibulaire ; il a travaillé sur des schizophréniques dont il a pu constater le parallélisme entre l'augmentation de la chronaxie, le déficit mental et la lenteur de l'idéation.

Il est intéressant d'étudier chez le normal et le pathologique le souvenir mnémotechnique, et nous savons quelle importance il prend en psychiatrie où on note la fuite des idées, les idées sans suite, et cela simplement parce que nous ne pouvons pas surprendre l'association des idées ou des sensations qui les commandent.

Toujours en rapport avec l'idée de chronaxie, il y a d'intéressantes études à faire à propos des états d'intoxication, comme dans la psychose de Korsakoff, la pellagre, où la fuite des idées, les fausses reconnaissances, les amnésies ainsi que les troubles affectifs s'associent aux troubles de l'évocation, répondant aux faits que Pavlof a observés dans l'effacement des réflexes conditionnels par inhibition, suivant l'excitation, ou par l'intervention d'une autre idée ou sensation.

Nous rappellerons les travaux de Flechsig qui, à l'aide de sa technique de coloration des fibres nerveuses, a décrit dans le cortex cérébral des zones de fibres d'association et de projection, idées qui à l'époque ont été vivement combattues par Déjerine et par Vogt.

En réalité, on peut arriver à concilier ces différentes opinions ; si on étudie les stratifications dans le néocortex, on observe que, dans les champs de Brodmann, les fibres profondes répondant à la couche 5 sont dégénérées dans les lésions capsulaires, tandis que la couche 1-3 n'est pas altérée. Cela implique que ces couches superficielles 1-3 répondent en réalité à des fibres d'association, tandis que les fibres des couches profondes, couche 5, qui sont dégénérées, ne sont que des fibres de projection. En somme, on ne peut rejeter d'emblée les conclusions de Flechsig, quoique leur généralisation ait provoqué de violentes controverses ; il existe des champs répondant surtout aux centres de projection et d'autres aux centres d'association. Pour Cajal, la quatrième couche forme une zone intermédiaire dans l'écorce, puisque les cellules à cylindraxes courts, c'est-à-dire d'association, s'y trou-

vent accumulées. De même, les petites cellules pyramidales qui résident dans cette couche peuvent être considérées comme neurones d'association à faible et moyenne distance, grâce au nombre et à l'épaisseur de leurs collatérales récurrentes.

Enfin, Berger, dans des travaux récents, place les ondes Beta dans les couches 1-3 et les Alpha dans les couches 4-5.

La pathogénie des hallucinations qui, selon Magnan, serait secondaire à un état affectif, reconnaît en réalité un mécanisme physiopathologique. Dans la psychose hallucinatoire chronique, l'autointoxication altère la cellule nerveuse ou plutôt la met dans un état d'irritation, sans apporter de profondes altérations structurales. L'intoxication mescalinique a la même action, mais transitoire, les diverses associations se produisant de manière anormale, certains champs cérébraux étant en état d'inhibition, d'autres recevant et amplifiant l'excitation avec une rapidité et dans des territoires qui, chez l'homme normal, ne réagissent pas d'habitude à cette sorte d'excitation.

Dans l'hystérie, ce qui est intéressant selon Janet, c'est que l'idée devient acte. L'idée se développe complètement, jusqu'à se transformer en acte, sans participation de la conscience, du sujet. Cette idée non réfrénée se développe jusqu'au bout, se réalise et se transforme et devient durable sous forme d'accident hystérique. Cela s'effectue par un travail subconscient, par la voie d'automatismes et en dehors de la volonté.

Chez notre malade, les hallucinations étaient en général visuelles, la malade racontant avec un grand luxe de détails les scènes qui passaient devant ses yeux. Elle nous a dit : « Si je ferme les yeux, cela se déroule comme un film devant moi, mais cela est colorié et extrêmement brillant. » Mais nous avons noté que parfois un bruit, un cri, la faisait trembler, tressauter, avoir peur et qu'ensuite elle racontait avoir vu une scène fantastique déclenchée à coup sûr par ce cri. Pendant le traitement par extraits ovariens et hypophysaires, elle était nerveuse, agitée, et elle entendait une voix qui lui disait sans cesse : « Il faut que tu fasses un crime pour guérir. » Ces mots l'affectaient beaucoup. Ce n'était pas la voix d'une personne connue, elle ne cherchait pas à savoir d'où venait cette voix, ni à qui elle appartenait. Elle la localisait assez loin, dans la rue : « C'est pourquoi les autres ne peuvent l'entendre. » En insistant pour savoir qui lui parlait ainsi, elle nous dit que c'est un homme qu'elle ne connaît pas, qui a commis un crime affreux, il a assassiné une vieille femme, mais qu'elle ne peut se résoudre à faire elle aussi un crime, même si elle savait que cela la guérirait. La malade

fronce les sourcils en racontant cela, elle paraît soucieuse et fâchée, ses mains tremblent et elle paraît convaincue de ce qu'elle raconte. Plus tard, elle a eu de l'amnésie et ne se rappelait rien de cette voix. Elle a pu avoir pendant ce temps la sensation véritable d'un bruit dans l'oreille, ayant une otite avec sans doute des phénomènes congestifs de tout l'appareil auditif périphérique. Cette voix était simplement une idée absurde, probablement basée sur des paresthésies qu'elle interprétait de cette façon, la malade n'ayant aucune idée de persécution ni aucune vindicte personnelle.

Enfin, dans notre cas, le réflexe psycho-galvanique a été particulièrement intéressant ; il montrait la rapide association des idées, la persistance du réflexe conditionnel mis en évidence par certains mots. Cette réalité de l'angoisse ressentie ne pouvait être comprise qu'en partant de la donnée que la malade avait réellement l'image vécue et la croyance de la réalité de ses hallucinations, sans quoi ses réactions émotives n'auraient pas dépassé ce que l'on voit habituellement chez des personnes normales. L'association de la couleur rouge, d'une part, avec ses hémoptysies, d'autre part, avec des scènes effrayantes d'horrible carnage, de têtes tranchées, de sang qui ruisselle, est d'autant plus curieuse que quelques années avant elle déclarait chez l'oculiste, à l'occasion d'un examen oculaire, ne pas pouvoir discerner le rouge du vert.

La réalité de son émotion pendant les épisodes hallucinatoires était affirmée par les signes apparents de la peur ; la tachycardie à 180, les pupilles dilatées, la rougeur de la face, le tremblement des mains. Nous ne croyons pas que ces phénomènes puissent être produits à volonté chez une personne normale ; on a étudié l'effet de l'émotion chez de grands acteurs, par exemple la Duse qui sortait de scène prête à s'évanouir, mais en général l'évocation d'une émotion ne peut être si facilement provoquée.

C'est pour cela que nous croyons que, chez notre malade, il s'agit d'une viciation des associations cérébrales lui donnant, pour des excitations qui d'ordinaire se limitent à de certains territoires, une réaction disproportionnée et diffusant dans des champs corticaux qui reçoivent cette incitation anormale. Bleuler, avec sa théorie des engrammes et des ecphories, complète la notion de mnémisme.

Dans certains états toxi-infectieux peuvent apparaître, à l'occasion d'accès fébriles, par exemple malariques, des hallucinations auditives et visuelles, de véritables accès d'onirisme qui disparaissent après la guérison totale, ou peuvent se fixer dans la

guérison relative. Les expériences dans l'anesthésie rectale par l'éther de Rauschburg montrent aussi la persistance de la mémoire mnémique en dehors de la conscience.

Dans son étude du sommeil, Lhermitte décrit la continuation de l'activité onirique : une dactylographe continuant à écrire automatiquement pendant un accès narcoleptique. De même, dans l'épilepsie, on constate souvent la continuation de l'activité de manière automatique. Dans une observation plus ancienne, Froment cite le cas d'une femme ayant souffert d'un épisode aigu d'encéphalite qui faisait de véritables accès de somnambulisme diurne avec état d'onirisme ayant nécessité l'internement. Le traitement journalier d'une petite dose d'insuline, 5 unités, l'a rendue à une vie normale, et il est intéressant d'ajouter que si on interrompait le traitement l'état d'onirisme avec dédoublement de la personnalité et troubles sensoriels réapparaissait. Il ne s'agissait pas dans ce cas d'hystérie, mais le fait reste intéressant.

Nous voudrions insister à la fin de ce travail sur la suggestibilité de notre malade. Elle est facilement hypnotisable. Elle peut être persuadée facilement de choses absurdes. Nous avons pu produire par suggestion une anesthésie tout à fait circonscrite dans la région du dos, où elle ne pouvait être aidée par la vue ; l'attouchement de la région indiquée à l'encre était vérifiée anesthésique le lendemain. Enfin, nous avons imaginé de lui suggérer qu'il faisait noir dans la chambre, en plein jour, les pupilles se sont dilatées. En lui disant ensuite qu'un soleil brillant éclairait la même chambre, nous avons pu constater la contraction de la pupille. Nous avons observé ces faits avec l'assistance d'un ophtalmologiste et il nous a affirmé la réalité de ces mouvements pupillaires, certainement impossibles à reproduire par la volonté.

Nous finirons cet article en affirmant que *l'hystérie peut donner certainement plus que ne peut produire la volonté*, et cette idée nous est chère depuis longtemps, car nous avons noté des spasmes laryngés qui auraient pu amener la mort, de même que des mouvements choréiques au cours d'une véritable épidémie par contagion mentale, dans une classe d'asile, où les mouvements d'une rapidité et d'une persistance sans arrêt auraient fatigué et épuisé rapidement une personne voulant les simuler. Ce fait a fait l'objet d'une étude il y a longtemps (1902) et depuis nous n'avons pas cessé d'être intéressés par cette affection et de l'étudier minutieusement.

LE RÉVEIL DES ANESTHÉSÉS

PAR

G. DESHAIES

A. INTRODUCTION

Les troubles psychiques résultant d'intoxications exogènes sont aujourd'hui bien connus en psychiatrie et représentent de riches documents pour la psychologie. Comment un fait aussi expérimental que l'anesthésie générale par inhalation n'a-t-il pas été mieux étudié au point de vue psychopathologique ? Sans doute parce que trop banal, d'aspect trop chirurgical et d'ordre trop thérapeutique. Il n'en offre pas moins quelque intérêt, comme nous essaierons de le montrer dans ce modeste travail (1).

« On appelle anesthésiques (αν privatif, αίσθησις sensibilité), les substances qui suppriment la sensibilité, la faculté d'éprouver de la douleur, qui amènent ainsi la résolution des membres, et par suite l'immobilité de l'homme et des animaux, qu'elles plongent dans une sorte de sommeil. » (Claude Bernard, 33). Définition imparfaite, car l'intérêt pratique de l'anesthésie réside en l'abolition de la sensibilité, surtout algésique, alors qu'en réalité toutes les fonctions de la vie de relation se trouvent perturbées ou suspendues.

« Réactif de la vie », suivant l'expression de Dastre (30), l'anesthésique serait-il spécialement le réactif de la vie mentale et permettrait-il d'instituer une méthode physiologique d'analyse psychologique ? Quelques-uns parurent le croire. Or, le mécanisme physiologique de l'anesthésie n'est pas encore élucidé. Sans doute, tout le monde admet la théorie de Hans Meyer et Overton, confirmée notamment par Nicloux, d'après laquelle

(1) Ces recherches ont fait l'objet d'un mémoire inédit, soutenu pour le Diplôme d'études supérieures de Philosophie, sous la présidence de notre maître le P^e Georges Dumas, à qui nous exprimons toute notre reconnaissance.

l'anesthésique se fixe électivement sur les éléments nerveux parce qu'ils sont les plus riches en lipoïdes, qu'il solubilise, modifiant ainsi les fonctions organiques. Mais, partielle, incomplète, cette théorie n'exprime en somme qu'un fait assez grossier. On ne saurait donc parler ici d'une nouvelle méthode d'analyse, mais seulement d'un procédé expérimental de perturbation psychique.

Trois moments à considérer dans le cours de l'anesthésie chirurgicale : avant, pendant, après. Le premier moment fut étudié déjà, imparfaitement d'ailleurs ; le second n'offre guère d'histoire psychologique. Reste le troisième et dernier moment, négligé de tous, auquel nous allons justement nous attacher : *le réveil post-opératoire des anesthésiés*.

Réveil implique sommeil, et le sommeil anesthésique — à vrai dire un *coma* — appelle la comparaison avec le sommeil normal, d'autant plus que la différence entre eux pourrait être minime si l'on admettait, avec H. Piéron, que le sommeil naturel résulte de l'action d'une « hypnotoxine » encéphalique traduisant « un fait d'intoxication » (363). Quoique la séméiologie du sommeil reste encore à faire, comme le constate, non sans ironie, A. Tournay, un caractère négatif essentiel distingue le sommeil naturel et normal de tout autre état somnique : la possibilité d'un réveil rapide et complet pour peu qu'augmente le nombre ou l'intensité des excitants. Or, l'anesthésié ne se réveille pas comme l'homme naturellement endormi ; c'est un intoxiqué d'une autre sorte, qui se réveille donc d'autre manière.

Comment définir le réveil post-narcotique ? Dire cessation du sommeil anesthésique serait trop vague. Une définition *stricto sensu* comme le passage même de l'état de sommeil à l'état de veille serait, par contre, trop étroite. Contentons-nous de le définir *lato sensu* comme *la période pendant laquelle le sujet passe de l'état de sommeil qualifié à l'état de veille lucide et psychologiquement normal*.

Nous en fixerons le point de départ objectif à l'instant où réapparaissent un certain tonus de retour, une certaine sensibilité, le réflexe oculo-palpébral, le parallélisme des axes des globes oculaires, l'alternance de mydriase et de myosis. Nous plaçons là le début du réveil, arbitrairement certes, mais toute convention nécessaire ne se légitime-t-elle pas par sa nécessité même ? L'établissement des relations avec le monde extérieur nous servira d'important repère, non toujours terminal, car, malgré l'opinion courante, le malade ne saurait être tenu pour vraiment réveillé tant que n'est pas accomplie la restitution intégrale de son activité psychique. Variant selon les cas, après quelques

minutes ou plusieurs quarts d'heure, la fin du réveil s'achève toujours après un temps bien limité, ce qui élimine du cadre de notre étude les *psychoses dites post-opératoires*.

Ce travail porte sur 65 observations cliniques, dont 60 furent prises par nous-même directement au lit du malade (1). Elles comprennent 25 hommes et 40 femmes, ayant subi les interventions les plus diverses. L'anesthésique utilisé était l'éther dans 32 cas, le mélange de Schleich dans 22, le chloroforme et le protoxyde d'azote dans 5, et le chlorure d'éthyle dans un cas. La durée de l'anesthésie a varié de une à soixante-quinze minutes.

Dans le tableau d'ensemble que nous allons décrire, nous étudierons d'abord les troubles des principales fonctions psychiques, puis les formes cliniques du réveil des anesthésiés, avant que de formuler quelques conclusions générales d'ordre théorique et pratique.

B. LE RÉVEIL DES FONCTIONS PSYCHIQUES

Analytiquement considéré, le réveil des fonctions psychiques offre un triple aspect moteur, affectif et intellectuel qu'il convient d'envisager séparément.

§ 1. — Réveil psycho-moteur

Quand on assiste au réveil d'un anesthésié, ce qui frappe tout d'abord c'est son aspect pour ainsi dire musculaire. Par là, s'établit la première prise de contact, derrière cela, on recherche, au début, l'ébauche des premiers phénomènes psychologiques. Ce qu'Esquirol disait déjà fort justement de la physionomie (2) s'applique à toute l'expression motrice de l'homme malade. Aussi distinguerons-nous l'expression musculaire et l'expression volutionnelle de l'anesthésié.

I. — L'EXPRESSION MUSCULAIRE

Elle comprend trois aspects — général, facial, vocal — qui progressivement se combinent au cours du réveil, depuis les

(1) Nous exprimons nos vifs remerciements à MM. le P^r Mocquot, les P^{rs} agrégés H. Mondor et Desmarest, dans les services de qui nous pûmes recueillir nos observations.

(2) « L'étude de la physionomie des aliénés n'est pas un objet de futile curiosité. Elle aide à démêler le caractère des idées et des affections qui entretiennent le délire de ces malades » (II, ch. XII).

manifestations les plus réflexes jusqu'aux plus mimiques proprement dites (1).

a) Dès la fin de l'anesthésie, l'aspect général est celui, bien connu, de la résolution musculaire du *coma*. Attitude d'affaissement, de repos complet en décubitus dorsal, qui se passe de commentaires. Coma profond, coma vigile, somnolence, sont des transitions souvent observées. L'inertie complète peut persister pendant tout le réveil. Sinon des mouvements spontanés, des ébauches de gestes ou d'attitudes ne tardent pas à se produire, parfois avec violence, prenant même un caractère *convulsif*, tonique plus que clonique.

Quand le réveil s'allonge assez pour ménager des transitions, les *mouvements* réapparaissent dans l'ordre chronologique et topographique suivant : d'abord, mouvements faciaux, accompagnés ou suivis de très près par les mouvements d'ensemble de la tête, puis mouvements des membres supérieurs, ensuite des membres inférieurs, enfin mouvements globaux de tout le corps. Cela répond à la répartition des centres psycho-moteurs du cortex cérébral, ce qui ne signifie pas que ce dernier se débarrasse, dans cet ordre, de la substance anesthésique.

b) L'expression faciale présente un intérêt tout particulier.

Le visage congestionné par la vaso-dilatation périphérique (quand l'anesthésique n'est pas vaso-constricteur) apparaît bouffi, gonflé, atone, suant, beaucoup plus que ne le serait la figure d'un dormeur ordinaire. Comme l'ivrogne son vin, l'opéré cuve son anesthésique. Ce masque de l'amimie asthénique fait progressivement place à celui de l'hypomimie, de l'hypermimie hypomimique (Dromard) et de l'hypermimie. Toutefois, selon la prédominance de l'adynamie ou de la dynamogénie, le réveil mimique s'opère en hypo, le plus souvent, ou en hyper, ceci dépendant, non de la substance anesthésique, mais de la durée de l'anesthésie : la forme hypermimique se rencontre surtout dans les anesthésies courtes, inférieures à vingt minutes, la forme hypomimique dans les anesthésies longues.

Les troubles de la mimique dite réflexe consistent en dissociation, spasmodicité et paramimie.

1° A des degrés divers, la *dissociation* mimique existe chez tous les anesthésiés. Elle relève, soit d'un trouble physiologique, dysharmonie musculaire, inadaptation par excès, défaut ou substi-

(1) Pour plus de commodité, nous nous conformerons à l'usage médical conférant au mot mimique un sens large, bien que seul soit exact le sens étroit, étymologique, adopté par G. Dumas.

tution des muscles faciaux à l'idée ou au sentiment exprimable ; soit d'un trouble psychologique, incertitude ou complexité du sentiment à exprimer, résultant d'un état confusionnel ; soit de ces deux troubles combinés, le trouble psychique survivant généralement au trouble organique.

Il semble que ce soit une règle que le système facial supérieur reprenne en premier lieu son activité, et seulement ensuite le système inférieur.

Le *latéralisme* s'est très nettement rencontré chez 10 % de nos anesthésiés. Citons le cas de ce jeune homme offrant un latéralisme en quelque sorte bilatéral à balancement. Avec énergie et spontanéité, l'hémiface droite prend un air très étonné, la gauche un air de souffrance. Soudain se renverse ce double jeu de physionomie : l'hémiface gauche s'étonne, et l'hémiface droite pleure. Le jeu couplé se répète deux fois de suite et se termine par la contraction globale et symétrique des muscles faciaux.

2° La spasmodicité observée dans certains cas de dissociation s'épanouit parfois en une mimique pleinement spasmodique, celle du rire et du pleurer.

Rire et pleurer se manifestèrent dans 27 % des cas (21 % d'hommes, 32 % de femmes). Si le « fou-rire est le propre de l'aliéné » (Dromard, 216), sans doute, dans la mesure rabelaisienne où « le rire est le propre de l'homme », on ne saurait dire qu'il fût le propre de l'anesthésié, qui pleure dans les trois-quarts des cas. Quand il rit, son rire est bien peu fou, demeure limité aux expressions faciale et phonétique, sans se généraliser à tout le corps.

Nous avons assez souvent observé le cas de cette expression motrice ou sécrétoire, consciente ou non, dépourvue de tout rapport avec un état affectif et intellectuel déterminé (1). Ici se retrouvent le rire et le pleurer spasmodiques décrits par Brossard chez les pseudo-bulbaires. Pareille discordance entre l'état de conscience et l'expression émotionnelle infirme la théorie périphérique de l'émotion, chère à William James, et confirme la conception éclectique accordant un rôle nécessaire aux éléments centraux, à l'état cérébral.

Le rire, exceptionnellement isolé, s'encadre de pleurs presque toujours. Il ne prédomine que dans l'anesthésie très courte,

(1) Dans sa thèse, Baron cite l'auto-observation du D^r Thouzellier qui, à son réveil, avait des crises de larmes dès qu'on lui parlait, sans pourtant éprouver d'émotion correspondante.

avec réveil très rapide et excitatif. Il exige un état suffisamment tonique, accompagné de vaso-dilatation cérébrale ; condition insuffisante, car cette réaction est loin de se produire dans tous les cas d'excitation. En outre, la règle inverse ne serait pas vraie pour le pleurer. Donc, solidarité des centres opto-striés du rire et du pleurer, mais avec notable prédominance de ceux-ci chez nos anesthésiés.

A quoi cela tient-il ? Au rapport général liant les réactions motrices et les réactions sécrétoires, exprimé par la loi de dérivation et d'antagonisme, dont G. Dumas dit, à juste titre, qu'elle « permettrait d'attribuer aux larmes un rôle de résolution et de dérivation par rapport à certaines excitations, en même temps que d'antagonisme relatif par rapport aux réactions musculaires » (III, 285). En effet, d'une part, la dérivation s'affirme chez les anesthésiés qui pleurent, et explique la prédominance des larmes sur le rire : réaction sécrétoire active épuisant dans le temps même où elle la manifeste le peu d'excitation des déprimés, suppléant ou plutôt complétant la diffusion de l'excitation neuro-musculaire chez les excités. D'autre part, l'antagonisme intervient aussi ; net, quand les réactions motrices réduites au minimum laissent aux larmes la place d'honneur, quand l'agitation motrice disparaît au moment du pleurer pour réapparaître ensuite. Par contre, dans quelques cas rares de très grande excitation, coexistent larmes et réactions motrices qui semblent diminuer ou s'accroître parallèlement ; le facteur inhibitoire sécréto-moteur doit alors se perdre au milieu de multiples stimuli, et l'antagonisme corrélatif être trop faible pour s'extérioriser.

3° Certains troubles de l'adaptation, provenant surtout d'une dissociation idéo-affective, peuvent se voir et constituer la parimimie, en vérité peu évidente du fait de l'obnubilation étendue à la fois aux domaines intellectuel et affectif.

Autant que les mouvements réflexes, la mimique dite volontaire est troublée. On voit surtout de l'*hypermimie de suppléance*, le sujet remédiant par l'expression mimique à la carence de l'expression verbale, et de la *stéréotypie*, notamment l'élévation des sourcils, par insuffisance du contrôle supérieur. Il est curieux de noter aussi, surtout chez la femme, la moue, la tendance au zézaïement, l'étonnement naïf, qui parfois confèrent à la mimique un caractère infantile.

c) Quelles que soient les conditions de réapparition du langage parlé, il y a toujours une première phase, courte ou longue, d'impuissance verbale totale, déjà signalée par les anciens auteurs

qui la qualifièrent d'aphasique. Sans doute, l'*aphasie* totale existait-elle tout au début du réveil, sous réserve, d'une part, que la naissance même de ce réveil implique une désintoxication avancée du cortex vraisemblablement incompatible avec la prolongation d'un trouble aphasique profond ; d'autre part, l'intoxication résiduelle diffusée à tout le cortex détermine des troubles globaux, et non locaux, d'ordre confusionnel.

L'expression vocale est perturbée dans ses attributs mécaniques et musicaux. Anarthrie, et surtout dysarthrie, représentent les troubles de l'articulation. La *dysarthrie* est propre aux réveils avec excitation précoce ; peu intense, peu durable, elle rappelle tantôt la dysarthrie alcoolique, tantôt la dysarthrie paralytique. Quant aux attributs musicaux de la parole, notons le *rythme* lent chez les déprimés, très irrégulier, sans être très rapide, chez les excités. De même pour la *tonalité* ; ton trop bas chez les premiers, trop haut chez les seconds. Parfois, caractère bitonal de la voix, dont la tonalité paraît rythmée sur le rythme respiratoire. D'autre fois, la « chanson du langage » ne ressuscite pas avec lui, sorte « d'aphasie d'intonation » (Brissaud), mutité affective.

II. — LA VOLONTÉ

L'activité volitionnelle passe par une période d'affaiblissement régressif au cours de laquelle s'extériorisent divers troubles précédant de l'insuffisance ou de l'excès de l'impulse volitif.

Après un temps de carence complète, réapparaît l'impulsion volontaire, dont l'insuffisance se révèle par l'incapacité d'agir du sujet, qui pourtant comprend bien les questions qu'on lui pose et n'est plus paralysé. Il est vraiment *aboulique*. Puis leur, mollesse, hésitation, inachèvement des actes ; quelquefois leur inadaptation traduit une courte phase d'*apraxie idéo-motrice*.

L'excès d'impulsion se rencontre évidemment chez les seuls excités. *Impulsions* motrices pures, réflexes, propulsives ; le malade, très agité, cherche à se lever, marcher, courir, sans même être en état de le réaliser (1). Des impulsions agressives, violentes, destructrices, se voient dans certains cas plus ou moins oniriques.

Beaucoup de femmes crient sans mesure leurs plaintes, d'une manière impérieuse, précipitée, incoercible, disproportionnée par

(1) La simple sollicitation motrice à accomplir l'acte suffit à définir l'impulsion (Régis). De même, point ne serait besoin que fût touché le gibier pour que l'acte du chasseur fût empreint de finalité.

rapport à la douleur physique ressentie ; la part étant faite à l'exagération intentionnelle à l'usage de la galerie, reste un besoin quasiment réflexe de crier, impulsion motrice vocale qui s'épanouit précisément lorsque les réactions motrices sont peu marquées, comme s'il y avait là aussi quelque suppléance ou dérivation, voire quelque antagonisme. Bien que nous eussions vu plusieurs « hypergénitaux », nous n'avons guère rencontré d'impulsions d'ordre sexuel, sauf dans trois cas, où des opérés parurent tentés d'embrasser leur infirmière, érotisme assez anodin, nous semble-t-il.

§ 2. — Réveil affectif

Les effets de l'anesthésie et ceux de l'acte opératoire s'additionnent algébriquement, non arithmétiquement, et sont antagonistes, les premiers supprimant une grande partie des seconds par rapport à la sensibilité et à la conscience, réduisant le choc mental au minimum pendant l'intervention, durant une partie du réveil et parfois même après celui-ci. Considérons le trouble des états affectifs et des sentiments proprement dits.

I. — LES ÉTATS AFFECTIFS

En premier lieu, s'affirme la tonalité affective sous l'espèce d'états douloureux, euphoriques, agréables, désagréables.

La *douleur* physique locale, relevant de l'acte opératoire, est souvent un test et une conséquence du réveil affectif, duquel elle devient secondairement une condition stimulante. Lorsque l'opéré se réveille avec sa douleur, il s'identifie avec elle et, à la façon de la statue de Condillac « toute odeur de rose », il semble tout douleur. « Je ne sais plus ce que je suis ! criait une femme, tout ce que je sais, c'est que j'ai mal ! » Etat propice au développement d'une certaine anxiété confuse.

Au contraire, au début du réveil, alors qu'existent un état confusionnel notable et une analgésie complète, la plupart des anesthésiés paraissent se complaire en un état de bien-être spécial, qui n'atteint sans doute pas à celui de l'extase ni du nirvâna. C'est l'*euphorie* des anesthésiés (1), imprimant parfois à toute la durée du réveil son heureux caractère. Au point

(1) Etat positif ; ne pas souffrir n'est qu'une absence de mal-être. Si l'absence de douleur représente une condition nécessaire, elle est à coup sûr insuffisante ; tous les opérés analgésiques ne sont pas euphoriques. Il y faut l'appoint de conditions positives, à la fois centrales et périphériques.

qu'une de nos opérées alla jusqu'à prétendre qu'elle recommencerait avec plaisir !

La *tonalité* agréable ou désagréable, vague, diffuse, indépendante de toute idée, sentiment ou sensation déterminée, qu'éprouvent beaucoup d'anesthésiés (1), confirme la distinction établie par G. Dumas, contrairement à Ribot, entre les états agréables ou désagréables, et les états de plaisir ou de douleur, les premiers étant tenus pour des phénomènes élémentaires et généraux par rapport aux seconds. Ce fait atteste combien le ton affectif, loin d'être une qualité de la sensation, en serait plutôt indépendant.

A titre indicatif, notons que le réveil fut : *pénible* dans 40 % des cas, dans la moitié desquels la douleur physique occupait le premier plan ; *agréable* dans 30 % des cas (12 % d'euphorie marquée) ; plus ou moins *indifférent*, au sens large, pour le reste.

Quant à l'*émotivité*, l'apathie est la règle au début du réveil et a persévéré jusqu'à la fin dans 15 % des cas. L'obnubilation intellectuelle concomitante intervient évidemment dans la genèse et le maintien de cette apathie, mais elle ne doit pas conduire à méconnaître la présence d'une obtusion proprement affective par diminution du potentiel émotionnel, insuffisance de l'émotivité. Il arrive pourtant qu'au cours du réveil des phases d'hyperémotivité plus ou moins anxieuse finissent par alterner avec des phases d'inémotivité.

Les anesthésiés ne réalisent guère d'émotions pleinement développées et qualifiées. Ce sont réactions à forme colérique plus que colère proprement dite chez les excités ; chez les déprimés, peur passive et vague rejoignant les épisodes anxieux de la confusion mentale.

II. — LES SENTIMENTS

Sortis du premier moment de dépression complète, quelques opérés manifestent un sentiment d'ordre social. Les uns témoignent de la sympathie, de la reconnaissance pour qui les entoure et les soigne. Les autres montrent de l'antipathie, de l'hostilité et, au lieu de vous remercier, vous envoient promener. La plu-

(1) Ce qu'exprime poétiquement Verlaine, pour l'avoir éprouvé en d'autres genres de toxiques :

*C'est bien la pire peine
De ne savoir pourquoi,
Sans amour et sans haine,
Mon cœur a tant de peine.*

part restent assez indifférents envers la personne d'autrui, tout en étant sensibles à son action de présence.

Des sentiments familiaux sont exprimés par la moitié des anesthésiés, en grosse majorité des femmes (70 % de femmes contre 20 % d'hommes). La plupart des mères ont une pensée pour leurs enfants, lorsqu'ils sont encore jeunes. Le sentiment maternel occupe en effet le premier plan, les sentiments conjugaux n'apparaissent qu'en second lieu, quand encore ils viennent ; comme si le jeune enfant était une propriété plus intime et plus sûre que le mari ou l'amant. Les jeunes filles qui en ont un réclament souvent leur fiancé. Parfois pointent des tendances cachées ou subconscientes que le sujet n'avouerait pas, en temps normal, à des étrangers, voire à lui-même. Le sentiment religieux se manifeste rarement parmi notre clientèle. Citons cette jeune fille invoquant la Vierge pour la délivrer de son mal, à la façon des pèlerins qui, à Lourdes, implorent de Bernadette un miracle. L'intérêt sentimental se trouve donc plus ou moins retardé par l'apathie et l'obnubilation intellectuelle, mais dès qu'il renaît, il s'exerce à peu près normalement, sans être perverti.

Ainsi, le réveil de l'affectivité commence par la réaction la plus simple, la plus biologique, la tonalité affective. A cette première période *tonale* succède une période *sentimentale* au cours de laquelle se dévoilent des sentiments plus ou moins complexes, égoïstes ou altruistes, trop souvent entremêlés et d'une manière trop variable pour souffrir aucune règle générale.

§ 3. — Réveil intellectuel

Envisageons successivement l'attention, la mémoire, les perceptions et les rêves.

I. — L'ATTENTION

Le premier acte du réveil attentionnel ne sera pas pour nous. Il portera sur un élément tout subjectif, de nature affective. Que la douleur locale soit alors perceptible, elle polarisera l'état mental tout entier dans une attitude monodéique, mieux, monoaffective. Sinon, l'anesthésié s'intéresse plus rapidement au monde extérieur.

Sans insister sur les troubles de l'attention, ordinaires dans la confusion mentale, remarquons que cette fonction se récupère, non pas selon le simple mode de la transition insensible, mais à

la manière du flux et du reflux, suivant un *rythme* caractérisé par l'allongement progressif du flux (attraction externe) et le raccourcissement régressif du reflux (attraction interne). Cela contredit la conception de Goblot, d'après qui le passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille se ferait par une transition continue, et corrobore l'idée de Vaschide affirmant que le réveil s'effectue « par une oscillation particulière dans laquelle les états d'attention et de distraction se succèdent dans une alternative irrégulière » (273).

II. — LA MÉMOIRE

Après une toute première phase d'amnésie générale et totale, s'en développe une seconde, d'aspect confusionnel, pendant laquelle se reconstituent les anciens souvenirs et s'en fixent de nouveaux, nous allons voir comment.

L'amnésie porte, le plus souvent, d'une part, sur les souvenirs de la période immédiatement antérieure à l'anesthésie, d'autre part, sur les événements qui auraient dû se constituer en souvenirs au cours du réveil. Donc amnésie rétro-antérograde, la forme rétrograde, d'évocation, étant transitoire, la forme antérograde, de fixation, définitive. Elle s'entoure comme d'un halo d'une *dysmnésie* rétro-antérograde, aux limites floues, plus diffuse que lacunaire, qui se dissipe au réveil complet tel un nuage au soleil. Mais le nuage est plus ou moins gros, le soleil plus ou moins actif, de sorte qu'on ne peut chercher ici de règle générale pour apprécier l'étendue, la profondeur et la durée de cette dysmnésie.

Peut-être existerait-il parfois une sorte d'alternance, de *rythme mnésique*, notion que nous inspira le cas, malheureusement unique, de cet homme à la conscience de qui se posait un dilemme à rechutes successives : il ne se rappelait pas avoir été opéré, il se le rappelait l'instant d'après, puis ne se le rappelait plus, etc..., sorte d'amnésie à éclipses, car il s'agit d'autre chose que d'une simple discontinuité attentionnelle.

Il serait vain de vouloir vérifier, en sens inverse, la loi de régression que Ribot édifia sur des aphasiques et des paralytiques généraux. Chez les anesthésiés, les troubles mnésiques sont globaux, régressent à peu près au même degré à un moment donné pour tous les souvenirs, et non pas en disparaissant successivement des divers systèmes de souvenirs. Toutefois, pourrait-on dire, en gros que la « vision dans le temps » (Ribot, c, 34) souffre surtout de presbytie.

Si l'amnésie au réveil est limitée et transitoire, l'amnésie du

réveil est immédiate et définitive. Globale, elle résulte d'un défaut de fixation, ne s'étend que sur la partie la plus confuse du réveil, et ne mord point sur les souvenirs de l'endormissement. C'est l'une des difficultés de l'examen mental des anesthésiés, et la non-valeur de nombre d'affirmations par eux soutenues après coup, de bonne foi. Le contrôle objectif est de rigueur.

L'ecmnésie de Pitres, signalée surtout dans l'hystérie et les tumeurs cérébrales, se retrouve dans le cas suivant. En se réveillant, une femme se croit reportée au moment où elle pensait « ça y est », à l'instant de perdre conscience, lors de l'endormissement ; elle croit s'endormir et s'étonne de s'éveiller. Elle revit cet état sans avoir le sentiment mnésique de rappel du souvenir. Ce fait ne dépend ici ni d'une amnésie rétrograde, ni d'une amnésie de fixation, puisqu'il n'y avait vraisemblablement rien à fixer et rien à oublier après la soudaine abolition de la conscience.

Les notions de durée et de lieu sont également perverties. Notons la curieuse impression *d'allongement de la durée*. Lacasagne, après s'être expérimentalement endormi au chloroforme, pour quelques secondes, croit avoir dormi des heures. Une de nos opérées s'exclamait : « Ah ! on dirait qu'il s'est passé des heures ! », etc... On sait combien cette illusion est commune dans l'intoxication par l'opium et le haschisch (1). Or, l'absence de perceptions, d'idées, de conscience dans la narcose, l'absence d'imagerie riche et d'hyperidéation au réveil (et même à l'endormissement), font rejeter ici l'hypothèse d'une accélération du jeu des cellules corticales (Taine), d'une augmentation des images ou d'une accélération du cours des représentations (Condillac, Guyau), d'une paramnésie reliant entre eux les rares tableaux d'un rêve (Tobolowska, Leroy), bien que celle-ci soit seule compatible.

Ne faudrait-il pas tenir compte de conditions négatives qui, pour autant qu'elles créeraient les yeux, n'en devraient pas moins être vues ? La lacune de mémoire pour le temps de la narcose répond à une lacune de conscience, à une coupure, une absence de durée psychologique. N'étant ni mesurée, ni mesurable, elle semble démesurée, d'où allongement apparent de la durée. Mais il y faut quelque chose de plus. Ce vide incommensurable est aborné de chaque côté par un état affectif plein, plus

(1) « Car les proportions du temps et de l'être sont complètement dérangées par la multitude et l'intensité des sensations et des idées. On dirait qu'on vit plusieurs vies en l'espace d'une heure. » (Baudelaire, 20).

ou moins anxieux, contribuant à allonger ce qui, sans cela, pourrait aussi bien être raccourci. Cette illusion résulterait donc, ici, d'une sorte d'interprétation consciente de l'absence de conscience, par étalement d'une tonalité affective pénible.

Reconnaissons d'ailleurs que cette lacune de conscience passe souvent inaperçue des anesthésiés, ce qui simplifie beaucoup les choses. Mieux encore, le phénomène inverse peut s'observer, le premier état de conscience du réveil s'enchaîner immédiatement avec le dernier état de conscience de la veille. L'abîme n'est pas comblé, il est sauté. Là, n'allons pas parler d'illusion de *raccourcissement* de la durée, puisqu'il n'y eut pas de durée psychologique. C'est la constatation pure et simple de cette négation, qui s'explique d'elle-même.

La *désorientation* dans le temps et dans l'espace est évidente, constante au début du réveil, et caractéristique de l'état confusionnel. Sinon plus profonde, du moins plus remarquée et plus inquiétante, la désorientation spatiale occupe bien vite le premier plan, manifestant le primat de la notion d'espace qui, chez l'enfant, apparaît avant la notion de temps. Dans quelques cas pourtant, nous avons vu l'inverse se produire.

Parfois, légers troubles de la localisation des souvenirs dans le temps rappelant une perversion *paramnésique*.

La mémoire s'exalte-t-elle aussi ? *L'hypermnésie* fut si souvent logée où elle n'avait que faire, qu'on ne saurait s'étonner de la voir complaisamment attribuée aux anesthésiés, comme on le fit pour ceux qui se noyaient ou qui crurent mourir. Pour notre part, nous n'avons constaté aucun exemple de vision panoramique, d'évocation de nombreux détails depuis longtemps oubliés, ni pendant le réveil, ni, soit dit en passant, durant l'endormissement (1). A notre tour, citons, pour combler la mesure, un Breton qui, depuis plusieurs années, n'ayant presque jamais utilisé son dialecte, à son réveil, et quoiqu'il fût fort excité, parla et nous injuria en bon français, si j'ose dire, sans préférer un seul mot breton.

En résumé, le réveil de la mémoire parcourt trois étapes marquant le progrès de sa récupération : 1° *amnésie générale et totale* ; 2° *amnésie générale et localisée, rétro-antérograde*, plus ou moins étendue, à laquelle s'ajoute une *dysmnésie* dif-

(1) Ribot cite (c, 145), d'après Duval, lequel l'avait sans doute emprunté à Friedrich Sabarth, le cas d'un vieux forestier polonais qui, depuis 40 ans, ne parlait plus que l'allemand. « Pendant une anesthésie qui dura près de deux heures, cet homme parla, pria, chanta rien qu'en polonais. » Il ne devait pas s'agir d'une anesthésie comme celle d'aujourd'hui.

fuse ; le tout conditionne une notable *désorientation* temporelle et spatiale ; 3° *dymnésie* d'évocation et de fixation, avec possibilité de paramnésie, de réminiscences sans hypermnésie. Une *séquelle* constante : l'*amnésie* partielle ou totale, définitive, du réveil même.

III. — LES PERCEPTIONS

Les troubles perceptifs provoqués par les intoxications, en particulier les toxicomanies, enrichissent la littérature médicale, voire la littérature tout court. On pourrait donc s'attendre à ce que l'anesthésie chirurgicale offrit de ce genre de troubles d'abondants exemples. Il n'en est rien.

Si les quelques auteurs qui s'occupèrent des phénomènes psychologiques dans l'anesthésie parlèrent avec facilité d'illusions et d'hallucinations nombreuses et variées, c'est pour n'avoir pas observé les mêmes faits que nous, ni de la même manière ; soit qu'ils eussent étudié des cas relevant plus de l'ivresse toxique ou toxicomaniaque que de l'anesthésie chirurgicale, soit qu'ils se fussent occupés de l'endormissement, le réveil ayant été négligé par tout le monde (1).

Sans doute avons-nous noté quelques *illusions* sensorielles, surtout visuelles et auditives. Peut-être sont-elles moins rares qu'il ne nous a paru, les malades pouvant parfois ne pas arriver à les exprimer ou les oubliant aussitôt. Malgré tout, nous en eussions reçu de plus nombreux échos, si elles avaient été plus fréquentes et remarquables.

De même pour les *hallucinations*. Chacun connaît les hallucinations auditives communes, différenciées en bourdonnements, cloches, sifflements, etc., au cours de l'endormissement, et qui, entre parenthèses, ne sont pas du tout constantes. Leur présence à ce moment-là n'implique nullement leur reproduction au réveil ; elles y sont d'ailleurs beaucoup plus rares. Par exemple, en se réveillant, une jeune femme entend des sons de cloches, au timbre voilé, au rythme lent, qui évoque en elle le souvenir, vieux de deux ans, du glas funèbre entendu lors des funérailles de sa fillette. Quelques rares opérés perçurent à leur réveil des espèces de phosphènes : spirales lumineuses violettes et rouges, taches ; tourbillons, points lumineux mobiles rouges, bleus,

(1) Cela nous prive donc, entre autres, de l'auto-observation de Sauvet, qui eut l'aimable vision lilliputienne d'une jolie fille de 0 m. 20 dansant la polka ; de Baron, qui entretint son éthérisme jusqu'à obtenir l'illusion tactile d'un serpent l'enlaçant, dont le support réel était un bandage herniaire.

jaunes, ne formant aucun dessin, n'éveillant aucune interprétation dans l'esprit du sujet (1). Remarquons la rareté de l'onirisme proprement dit.

La profonde intoxication réalisée par la narcose chirurgicale touche donc les centres psycho-sensoriels d'une manière différente de celle des autres intoxications, différence tenant moins à la nature de la substance toxique qu'à la quantité et à la façon dont elle se trouve administrée, puisque l'éthérisme s'avère tellement hallucinogène dans sa forme subaiguë, tandis que l'éthérisation l'est assez peu. Excitation, dynamogénie dans celui-là, paralysie, adynamie dans celle-ci ; question de degré.

IV. — LES RÊVES

Dans la première phase somnolente du réveil, le seuil des sensations étant très élevé, le niveau mental très abaissé, le rêve trouverait des conditions favorables pour se produire, si ce moment électif ne coïncidait pas avec un état de grande obtusion rendant fort difficiles l'évocation mnésique et l'activité imaginative. Sur de vagues expressions mimiques ou sur des bribes d'expression verbale, on suppose le rêve, on ne l'observe vraiment pas.

Nous ne sacrifions point au préjugé sentimental de nombreux psychologues qui rejettent systématiquement l'idée de la suspension possible de l'activité psychique inférieure pendant le sommeil, *a fortiori* au début du réveil (2). Dans la narcose, au moins, l'activité psychique ne saurait subsister comme telle. Du reste, quand les malades se rappellent avoir rêvé, ils situent toujours leurs rêves dans le temps antérieur ou postérieur au sommeil comateux, jamais pendant celui-ci. Serait-ce amnésie et témoignage d'un affaiblissement des fonctions psychiques, non de leur suspension ? Mais, d'une part, les fonctions psychiques sont étroitement solidaires, d'autre part, l'action anesthésique sur la substance nerveuse est massive et totale ; de sorte qu'il serait absurde d'attribuer au trouble d'une fonction particulière, si

(1) Possibilité de résidu sensoriel d'un rêve disparu (Delage, Ladd), mais aussi de simple excitation visuelle physiologique, sans valeur psychique, comme dans la phase hypnagogique du sommeil, où ces phosphènes pourraient être le point de départ d'un rêve (Bergson).

(2) Maury, par exemple, sans expérience personnelle, en matière d'anesthésie, admet bien d'abord que « les songes et les divers états intellectuels qui s'y lient disparaissent cependant quand la torpeur a tout envahi » (289). Mais il se reprend aussitôt en ajoutant que « l'intelligence peut tomber dans un engourdissement presque complet » (290).

capitale fût-elle, les signes manifestes, bien que négatifs, d'une déficience globale. Dans la cascade psycho-physiologique existent des niveaux, mais quand l'eau descend à un certain niveau, elle en occupe intégralement tout le plan.

Nous avons relevé des rêves dans 25 % des réveils, proportion sous-estimée, car des rêves ont dû nous échapper pour avoir été trop fugaces, trop vite oubliés, ou trop intimes pour nous être confiés.

La forme et le contenu des rêves post-anesthésiques ne diffèrent en rien des rêves ordinaires. Quels rapports ont-ils avec l'état mental antérieur ? Les auteurs (1) ont souligné l'influence primordiale de l'idée, de la préoccupation dominante. Très vraisemblable, *a priori*, puisque l'attention de la plupart des malades avant l'intervention se fixe légitimement sur cette dernière, cela nous a pourtant paru rare. Le plus souvent, il s'agissait d'événements tout à fait indépendants de la maladie et de l'opération. Simple reproduction de souvenirs très récents ou assez éloignés, certains de ces rêves composaient la réalisation directe et franche d'un désir non déguisé, caractères du rêve infantile, selon Freud. La pauvreté onirique traduit bien la déficience de l'imagination. Ce « polypier d'images » se trouve ici fort rabougri.

§ 4. — Comment se réveille le moi ?

La renaissance de la conscience et de la personnalité s'opère par paliers et comporte une curieuse phase de *spatialisation*. La conscience à l'état naissant ne distingue pas encore le moi et le non-moi et n'arrive à se saisir d'abord que dans l'espace, le sujet s'apparaissant à lui-même comme le lieu géométrique d'un certain bien-être ou mal-être, expression affective imparfaite d'une résultante organique. Défaut d'appropriation personnelle, impondérabilité que quelques-uns surent assez heureusement décrire (2).

Puis, cette confusion intime tend à se dissiper, la prise de contact s'établit avec le monde extérieur, mais le moi hésite encore à se reconnaître. C'est la *phase des éclipses*. Intermittences irrégulières et entremêlées d'une part d'activité et d'inactivité,

(1) Brière de Boismont, Maurice Perrin, Lacassagne, Baron notamment.

(2) Par exemple, l'auto-observation d'un « gradé de l'Université », chloroformé pour extraction dentaire, rapportée et commentée par H. Spencer. J.-J. Rousseau décrivant ses impressions au sortir d'un évanouissement, et Montaigne faisant de même, après une syncope consécutive à une chute de cheval.

d'autre part, d'activité intéroceptive et d'activité extéroceptive. Cette intermittence même représente l'une des principales conditions de la distinction du moi et du non-moi, et par conséquent de la reconstitution de la personnalité (1). La notion de tension psychologique de Pierre Janet serait ici facilement applicable.

C. FORMES CLINIQUES DU RÉVEIL POST-OPÉRATOIRE

Comme il n'y a pas qu'une manière de dormir, il n'est pas qu'une manière de se réveiller. Il n'y a pas une anesthésie, mais des anesthésiés. En très gros, physiologiquement et psychologiquement, le plan général demeure sans doute identique, sans être toujours même étouffé ; la mise en forme varie, sur plusieurs registres se chante la même gamme ; le même trajet se parcourt à la marche ou au pas de course. Le schème abstraitement conçu que nous prenons pour paradigme de la réalité ne doit pas nous masquer la vue de celle-ci, concrète, multiple, variée et variable, qui toujours fait plus ou moins craquer les cadres trop rigides que nous cherchons à lui imposer.

Sous cette réserve, reste légitime la catégorisation des faits. Considérons donc maintenant les formes générales du réveil et les influences relatives à la substance anesthésique, au genre d'intervention, à l'état mental du sujet, à l'âge, au sexe.

§ 1. — Selon la séméiologie générale

La *rapidité du réveil* varie généralement en raison inverse de la durée et de la profondeur de l'anesthésie (2), en raison directe de la vitesse d'élimination de la substance anesthésique (3), et aux deux extrêmes, l'aspect psychologique diffère grandement.

Dans le *réveil très rapide*, presque immédiat, les fonctions psychiques se réveillent pour ainsi dire en sursaut, et après un instant de stupidité complète, se réadaptent très vite, sans obnu-

(1) On pourrait presque y voir un cas particulier et plus complexe de la loi d'intermittence d'action de la vie animale dont parlait Bichat, qui l'avait appliquée au sommeil (32).

(2) La *durée* de l'anesthésie n'exprime pas toujours le degré d'intoxication, car la profondeur de la narcose n'est pas constamment maintenue au même degré. L'attente du réveil et sa durée varient facilement du simple au triple par rapport à la durée de l'anesthésie, selon les cas, des conditions individuelles intervenant en outre.

(3) Le *chloroforme* s'élimine en 7 heures, l'*éther* en 2 heures, le *chlorure d'éthyle* en 10 minutes, le *protoxyde d'azote* en 6 minutes.

bilation consécutive. On peut en saisir un cliché, on ne saurait en prendre un film.

Par contre, dans le *réveil au ralenti*, se manifeste un état de *confusion mentale*, auquel nous distinguerons trois formes selon le degré de tonus général et le mode d'activité.

1° La forme dépressive totale, *asthénique*, caractérisée par une dépression étendue à toute la durée du réveil, persistant même après, sans aucun phénomène d'excitation physique ou psychique. Sorti du coma narcotique, le malade paraît dormir d'un léger sommeil, au seuil du réveil. Après quelques secondes ou plusieurs minutes, il entre insensiblement dans une phase moins dépressive, mais encore stuporeuse. Puis s'établit enfin la participation progressive au monde extérieur. La mimique s'anime, la parole renaît, d'abord monosyllabique, puis syntaxique ; s'il souffre, le malade gémit doucement, tout en restant inerte, las, abattu. Dès lors tenu pour réveillé par l'entourage médical, l'opéré n'en demeure pas moins encore, un certain temps, confus avant que de récupérer son état mental habituel. Cette forme était réalisée dans la moitié de nos observations.

2° Presque aussi fréquente, occupant 40 % des cas, la forme mixte, que nous appellerons *asthéo-sthénique*, comporte les deux premières phases sus-décrites, l'une de stupidité, l'autre de confusion asthénique, mais raccourcies et suivies d'une troisième phase caractérisée par des symptômes d'excitation plus ou moins intense et durable : agitation motrice, plaintes, injures, cris, avec ou sans subonirisme. Excitation improductive de déprimé et de confus, impossible à confondre avec la manie aiguë ou subaiguë (1).

Cette excitation n'est pas plus maniaque que la dépression précédente n'était mélancolique.

3° La contraction des deux premières phases dépressives peut être telle et la phase d'excitation tellement étendue qu'il convient d'individualiser une forme excitée totale. C'est de la confusion mentale *sthénique*, sans que, de ce qualificatif, nous fassions ici le synonyme de délirant, car l'état confusionnel nous a paru pouvoir s'accompagner de phénomènes d'excitation sans qu'existât nécessairement de délire onirique. Forme d'ailleurs la plus

(1) Cependant, J. Moreau l'a notée. G. de Clérambault rapporte une observation personnelle de manie chez une éthéromane, et cite un cas de W. A. Gordon, où une éthérisation pour extraction dentaire fut suivie d'excitation maniaque. Ces faits appartiennent à l'éthérisme beaucoup plus qu'à l'éthérisation proprement dite.

rare, n'intéressant que 10 % des cas. Les phénomènes d'excitation se voient de préférence dans les anesthésies courtes, au cours desquelles la substance grise fixe deux fois plus d'anesthésique que la substance blanche, en raison de sa plus riche vascularisation (Nicloux).

Ce *syndrome confusionnel post-narcotique régresse entièrement* en quelques minutes ou quelques quarts d'heure, l'état psychique normal étant toujours récupéré dans les deux heures suivant le réveil. Cela constituerait un argument de plus en faveur de la thèse (A.-J. Rayneau, Magnan, V. Truelle), déniait toute autonomie aux troubles psychiques post-opératoires. Fait d'ailleurs très rare (1 à 2 % des opérés) que nous n'avons jamais rencontré, bien que nous eussions suivi nos opérés plusieurs jours après l'intervention.

D'autre part, une remarque s'impose sur la valeur d'une notion classique. Le grand principe de physiologie nerveuse d'après lequel toute fonction s'exalte avant que d'être paralysée s'applique aux troubles psycho-organiques de l'endormissement. Par un besoin logique de symétrie (rappelant les « fausses-fenêtres » pascaliennes), on admet la même chose au réveil. « L'activité fonctionnelle renaît progressivement reproduisant, dans un sens inverse, les principaux traits de l'ivresse initiale. » (Maurice Perrin, IV, 452). Lacassagne l'affirme ; Baron le répète, Dastre et Charles Richet le disent expressément.

Nous ne saurions accepter cette *loi du retour inverse des phénomènes psycho-physiologiques*. En effet, pour qu'elle fût bien vérifiée, il faudrait qu'au réveil, strictement se succédaient les étapes suivantes : 1° réveil médullaire, avec réapparition du tonus musculaire et des réflexes, puis réveil de l'encéphale avec, 2° hypertonicité, hyperréflexie, retour progressif de la conscience, de la mémoire, de l'esthésie tactile, puis algique ; 3° excitation cérébrale. Or, nous avons eu parfois l'occasion de noter l'absence d'hyperréflexie, et nous sommes assurés de l'absence d'excitation cérébrale dans la moitié des cas au moins (forme asthénique). En outre, tandis qu'à l'endormissement, la mémoire persiste la dernière, qu'il n'y a presque pas de confusion, que la conscience s'abolit soudain, comme tombe un rideau, au réveil, la conscience renaît progressivement, comme derrière un voile qui, par place, se déchire et disparaît par morceaux, la confusion est prononcée, la mémoire ne se reconstitue pas en premier et conserve une séquelle amnésique. La loi du retour inverse, pas même une règle, ne peut donc s'appliquer qu'à quelques cas, encore que très approximativement.

§ 2. — Selon l'anesthésique

Sédillot formula cet aphorisme, plus brillant qu'exact : « L'éther est expansif, joyeux, indiscret, bavard ; le chloroforme est triste, morose, et silencieux. » Lacassagne protesta déjà contre la deuxième partie de cette allégation et, tout en le tenant pour « moins poétique », défendit le *chloroforme* contre la médisante accusation de posséder une vertu mélancolique (1). Nos chloroformisations sont trop peu nombreuses pour nous permettre d'en bien juger. Par contre, nous avons vu assez d'éthérisations pour attester que l'éther n'est point tellement joyeux ni bavard, surtout au réveil. Les éthérisés ne sont euphoriques que dans 15 % des cas, ne rient que dans 9 %, et 27 % pleurent. Du reste, nous savons quoi penser de la valeur psychologique de ces expressions mimiques. Si l'éther peut être plus excitant que le chloroforme parce qu'il détermine une vasodilatation cérébrale, c'est surtout affaire de degré et de moment, car l'on conçoit, par exemple, que dans une chloroformisation assez courte, les phénomènes vaso-dilatateurs compensant la vaso-constriction primitive puissent coïncider avec le réveil et entretenir une certaine excitation, comme avec l'éther.

Entre le *mélange de Schleich* (2) et l'éther pur devrait-il y avoir plus de différence qu'entre l'éther et le chloroforme purs ? Non. Pourtant, si le Schleich ne fait ni plus ni moins rire et pleurer que l'éther, il engendre plus d'excitation que ce dernier (40 % seulement de forme asthénique contre 60 %). Toutefois, notre statistique est trop faible pour prouver que cette différence tient exclusivement à l'anesthésique, des conditions individuelles et inapparentes ayant pu jouer dans le même sens.

Le *protoxyde d'azote*, le seul des anesthésiques usuels qui soit gazeux, jouit encore du prestige ayant entouré sa bruyante entrée en scène. Ne fut-il pas baptisé « laughing gaz », gaz hilarant, par Humphry-Davy qui, pour l'avoir inhalé en étudiant ses propriétés physiologiques (1799), fut pris, dit-il, d'éclats de rire tels qu'il n'en eut jamais de sa vie (3). Dans l'anesthésie chirurgicale,

(1) Par rapport à l'éthérisme, G. de Clérambault considère pareillement que « l'ivresse chloroformique doit être moins logorrhéique et d'une allure moins agressive..., l'élément sensoriel plus abondant... La motricité est moins exaltée... » (414).

(2) Composé de 66 % d'éther, 22 % de chloroforme et 11 % de chlorure d'éthyle.

(3) Quoique anglais, ce chimiste n'était guère enclin au spleen, car lors-

le réveil est presque immédiat, avec un état de confusion stupide et de dépression de quelques secondes, suivi ou non de confusion légère avec agitation désordonnée. Sur cinq observations, nous avons relevé deux fois une euphorie très marquée, dont un cas de rire léger, deux fois un état affectif indifférent, une fois un malaise pénible. Ce qui importe au fond, c'est la courte durée et le peu de profondeur de l'anesthésie, alliées à l'effet hypertenseur et vaso-dilatateur de l'anesthésique, tendant à provoquer de l'excitation. On pourrait donc produire un réveil aussi « gai » avec le chlorure d'éthyle ou l'éther, sans que ceux-ci dussent être pour cela qualifiés de « liquides hilarants ».

Un mot maintenant des effets surajoutés des hypnotiques, en particulier de la *morphine*, aujourd'hui couramment associée à l'anesthésie, sur l'instigation de Claude Bernard (1869). La morphine paralyse les hémisphères cérébraux, atténue le choc émotif et la phase d'excitation pré-anesthésique, et au réveil diminue les réactions conscientes, tend à faire passer le malade du sommeil anesthésique à la somnolence morphinique. Il est plus inerte, plus apathique, plus aboulique, il éprouve le besoin de dormir ; douleur moins vive, réveil d'autant moins pénible, sans être pourtant spécialement euphorique. La forme dépressive totale existe ici dans plus des trois-quarts des cas. La durée du réveil est notablement prolongée, l'amnésie du réveil peut-être plus étendue et plus marquée.

§ 3. — Selon l'intervention chirurgicale

Le genre d'intervention chirurgicale ne paraît pas modifier beaucoup le mode du réveil, et ses effets se résument en l'influence dépressive du choc opératoire et l'influence pénible de la douleur locale consécutive.

Cependant, si les opérations *intra-abdominales* (appendicectomie, hystérectomie, cure de hernie, etc.) ne créent guère plus de dépression que les *extra-abdominales* (curettages, fractures, panaris, etc.), elles sont, par contre, beaucoup plus souvent dorigènes, beaucoup moins souvent euphorisantes. L'euphorie très marquée se voit toujours dans une intervention extra-abdominale très simple, et par là même rapide, n'ayant jamais excédé

qu'il découvrit, huit ans plus tard, le potassium, qui n'a rien d'hilarant, il se mit à rire et à danser dans son laboratoire.

L'emploi du protoxyde d'azote comme anesthésique par Horace Wells (1844) n'empêcha point ce dernier de lui préférer l'éther, associé à la phlébotomie, pour se suicider.

un quart d'heure d'anesthésie. Les longues anesthésies, même pour des interventions extra-abdominales peu choquantes, sont plus déprimantes et plus obnubilantes.

Cela doit nous rendre circonspect quant à l'attribution de ces différences au genre même de l'opération. Réveil plus pénible et plus agité, a-t-on dit, quand étaient intéressés l'anus, les organes génitaux. Lacassagne ne vit rien de tel. Pour notre part, les interventions sur les organes génitaux féminins ne nous ont point paru différer en quoi que ce fût de celles portant sur d'autres organes de la cavité abdomino-pelvienne.

§ 4. Selon l'état mental antérieur, l'âge, le sexe

Autant l'état mental du malade peut influencer sur l'endormissement (1), autant cette influence se montre minime au réveil, en raison précisément de l'état confusionnel du début de cette période. Elle n'importe guère qu'au cas d'anesthésie très courte, avec réveil très rapide.

En serait-il ainsi chez les *psychopathes* avérés ? Nous n'avons pas eu le loisir de procéder à cette curieuse étude. Relevons du moins quelques faits intéressants dans la thèse de E. Marchand, qui porte sur la chloroformisation de 643 aliénés, considérée à un point de vue purement pratique. Dans l'ensemble, les aliénés supportent bien la chloroformisation (alors effectuée à la compresse). Au réveil, une débile déprimée renouvelle l'accès d'agitation anxieuse qu'elle avait eu avant l'anesthésie (Obs. VI) (2). Au contraire, un alcoolique anxieux, peut-être subonirique à l'endormissement, présente un réveil très calme (Obs. VII). Notons une conséquence assez paradoxale de l'intoxication chloroformique qui « paraît avoir produit momentanément un effet curieux de retour à la lucidité » (25), chez les malades atteintes de confusion mentale post-puerpérale. Enfin, dans trois cas de mélancolie plus ou moins anxieuse, se produisit après le réveil et pendant quelques jours une nette aggravation de l'état mental, qui ne sembla d'ailleurs « avoir aucune influence sur l'évolution ultérieure de la maladie » (49). Fait très rare, de l'ordre de 5 0/00.

(1) La préparation psychologique de l'opéré ne devrait pas être plus négligée que sa préparation physique, surtout lorsqu'existent des dispositions émotive, anxieuse, hystérique, capables de compliquer l'endormissement et de ménager quelque désagréable surprise après le réveil.

(2) « Les aliénés, surtout les mélancoliques femmes, présentent en général de l'anxiété au début du chloroforme. Cette anxiété est parfois en rapport avec des idées délirantes. » (Marchand, 47).

D'autre part, l'éthérisation fut empiriquement utilisée comme procédé thérapeutique par Moreau de Tours (1847) dans l'épilepsie, et par A. Morel (1860) dans l'excitation maniaque et l'hystérie. H. Claude, A. Borel et G. Robin l'employèrent comme procédé d'investigation psychologique dans le cas particulier du diagnostic différentiel de la démence précoce et de la schizomanie (1). Cette étude délicate, mais légitimable moralement et scientifiquement au même titre qu'une ponction lombaire ou une laparatomie exploratrice, mériterait d'être reprise et élargie, malgré les difficultés pratiques et les bornes que nous a dévolées l'étude du simple réveil post-opératoire.

Considérons maintenant très brièvement deux sortes de conditions psycho-organiques susceptibles d'influer sur le réveil de la narcose : l'âge et le sexe.

Les *enfants* s'endormiraient plus vite, seraient plus excités, mettraient plus longtemps à se réveiller. Le réveil comporterait plus souvent de l'excitation, et surtout le rire et le pleurer. Rien de bien spécial au vieillard.

Le *sexe* influencerait-il davantage ? En vertu de ce principe que chez elles domine l'affectivité, les femmes sont comme les enfants, dit-on. Ce qu'exprime peu galamment la boutade de Schopenhauer : « La femme est un animal qui a les cheveux longs et les idées courtes. » Nous ignorons si, pour s'être raccourci les cheveux, les femmes ont aujourd'hui les idées plus longues. Mais au réveil post-anesthésique, elles n'ont pas plus d'excitation que les hommes. Néanmoins, leur excitation se dérive un peu autrement. Verbo-motrice dans les deux cas, l'excitation paraît plus verbale chez la femme, plus motrice chez l'homme, sans que cela tienne exclusivement à la plus grande fréquence de l'alcoolisme chez ce dernier. En somme, l'homme s'agite, la femme bavarde. C'est peut-être pourquoi cette dernière exprime beaucoup plus fréquemment des sentiments familiaux.

D. CONCLUSIONS

De cette étude, nous tirerons quelques conclusions générales d'ordre séméiologique, pratique et méthodologique.

I. — Au point de vue séméiologique, s'imposent les résultats suivants :

(1) Persistance de l'affaiblissement intellectuel chez les déments précoces vrais, régression transitoire chez les schizomanes.

1° Le réveil post-opératoire des anesthésiés par inhalation, passage d'un coma toxique à un état de veille normal, comporte très généralement, à l'exclusion de tout autre, un syndrome de *confusion mentale*, à forme surtout *asthénique* et *mixte*, parfois *sthénique*, variant de l'épisode stuporeux au délire subonirique, plus ou moins durable et profond selon les conditions intrinsèques et extrinsèques de l'anesthésie, mais *transitoire*, régressant dans les deux heures après la fin du coma (sous réserve de l'adjonction d'un hypnotique).

Toujours se réalise la *restitutio ad integrum* de l'état mental, hormis la constante *séquelle* de l'*amnésie* lacunaire, le plus souvent partielle, affectant la phase même du réveil.

2° La régression ménagée de cet état confusionnel laisse entrevoir certaines étapes d'une voie hiérarchique suivant laquelle renaît l'activité psychique, par intégrations progressivement synthétiques, du plus simple au plus complexe, de l'automatique et de l'impersonnel au conscient et au personnel, du biologique au sociologique.

3° Une *loi d'intermittence* régit cette résurrection. Rythme à oscillations descendantes caractérisé par des alternances de repos et d'activité, d'intéro et d'extéroceptivité. C'est le phénomène normal de marée psychique, grossi, dans ce cas, à la loupe de l'anesthésie.

4° Le réveil *n'est pas le simple rebours de l'endormissement* et ne saurait en être déduit. Cela controuve la loi trop simple et trop simpliste du retour inverse des phénomènes psychologiques.

5° Comparée aux ivresses des toxicomanies, la narcose chirurgicale réalise une intoxication à la fois plus intense, plus massive, plus profonde, déterminant une *déficience globale*. En particulier, le réveil de l'éthérisation ne s'identifie pas à l'ivresse éthérique ; sa brusquerie dans celle-ci s'oppose à sa progressivité dans celui-là ; le tableau clinique ne présente pas du tout la richesse de troubles irritatifs (moteurs, sensoriels, imaginatifs, idéatifs) de l'éthérisme. Mais entre l'éthérisme aigu et l'éthérisation massive, toutes les transitions symptomatiques seraient réalisables.

II. — Ces considérations cliniques incitent pratiquement à tenir pour souhaitable la *préparation psychologique pré-opératoire et même post-opératoire*, l'abandon moral du malade au réveil étant des plus regrettables. Autant que les autres, les malades dits chirurgicaux sont justiciables d'une psychothérapie discrète et bien comprise qui, pour être sur un plan secondaire, n'en serait pas moins utile.

III. — Au point de vue méthodologique, enfin, nous pensons pouvoir légitimement souligner l'intérêt de deux principaux points :

1° Sans prétendre ériger l'anesthésie générale en nouvelle méthode d'analyse, l'utiliser comme *procédé expérimental d'investigation psychologique* offrirait un intérêt peut-être limité, mais réel. L'observation spontanée dans le domaine déjà vaste des aliénées anesthésiés pour une intervention chirurgicale, jointe à l'observation provoquée de psychopathes convenablement choisis pour être anesthésiés (et non opérés), fourniraient une intéressante documentation (1).

2° Eventuellement, dans des cas particuliers, ce procédé d'investigation pure pourrait peut-être manifester quelque vertu *thérapeutique*, sous certaines modalités d'application.

BIBLIOGRAPHIE

- BARON (B.). — Etude psychologique de l'anesthésie par l'éther. *Thèse Lyon*, 1896.
- BASQUE (E.). — De l'éthérisme. *Thèse Lyon*, 1907.
- BAUDELAIRE. — *Les Paradis artificiels*.
- BERGSON. — *L'énergie spirituelle*, 1929.
- BERNARD (Claude). — *Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie*, 1875.
- DICHAU. — *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, 1805.
- BLONDEL (Ch.). — *La conscience morbide*, 1914.
- BRIÈRE DE BOISMONT. — Note sur l'influence de l'éther dans les rêves. *Rev. Méd.*, juin 1847.
- EBISSAUD (E.). — *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1894-1895.
- CARRÉ. — L'anesthésie au protoxyde d'azote. *Thèse Lille*, 1924.
- CHAMP (Tody). — De l'anesthésie par le mélange de Schleich. *Thèse Paris*, 1909.
- CLAUDE (H.), BOREL (A.) et ROBIN (G.). — Un nouveau procédé d'investigation psychologique : l'éthérisation. *Excéphale*, juillet-août 1924.
- DASTRE. — *Les anesthésiques*, 1890.
- DELAGE. — Une théorie du rêve. *Revue scientifique*, juillet 1891.
- DE CLÉRAMBAULT (G.). — Notes sur l'éthérisme. *Arch. de Neurol.*, avril, mai, juin 1910.
- DROMARD (G.). — *La mimique chez les aliénés*, 1909.
- DUMAS (G.). — *Nouveau Traité de Psychologie*.
- DUPHÉ et LOGRE. — Intoxications, in *Nouveau Traité de Médecine* de G.-H. Roger, Vidal, Teissier, VI, 1925.
- ESQUIROL. — *Des maladies mentales*, 1838.

(1) Cette étude psychopathologique aurait avantage à se combiner à l'étude physiologique de l'anesthésie qui, en ce qui concerne le réveil, n'a pas encore été bien poussée chez l'homme.

- FREUD. — *Introduction à la psychanalyse*, 1922.
- GLEY. — *Traité de Physiologie*, 1913.
- GLOBOT. — Sur le souvenir des rêves. *Rev. Philos.*, 1896.
- JANET (P.). — *Obsessions et psychasthénie*, 1903.
- LACASSAGNE (A.). — Effets psychologiques du chloroforme. *Thèse Strasbourg*, 1867. Repris dans un mémoire à l'Académie Impériale de Médecine : Des phénomènes psychologiques avant, pendant et après l'anesthésie provoquée, 1869.
- LOGRE. — *Toxicomanies*, 1924.
- MARCHAND (E.). — Chloroforme et psychopathies. *Thèse Paris*, 1906.
- MAURY (A.). — *Le sommeil et les rêves*, 1878.
- MONTAINE. — *Essais*, II, ch. VI.
- MOREAU (J.). — Analogie entre l'excitation maniaque et le délire anesthésique. *Union Médicale*, septembre 1847.
- MOREL (B.-A.). — *Traité des Maladies Mentales*, 1860.
- NICLOUX (M.). — *Les anesthésiques généraux au point de vue physio-chimique*, 1908.
- PERRIN (M.). — Anesthésie, in *Dictionnaire encyclopédique Dechambre*, IV, 1866.
- PIÉRON (H.). — *Le problème physiologique du sommeil*, 1913.
- RAULIN. — Le rire et les exhalants. *Thèse Paris*, 1899.
- RAYNEAU (A.-J.). — Les troubles psychiques post-opératoires. *Congrès des méd. alién. français*, Angers, 1898.
- RÉGIS (E.). — *Précis de Psychiatrie*, 1923.
- RIBOT (Th.). — A. Psychologie des sentiments ; B. De l'attention ; C. Maladies de la mémoire ; D. De la volonté ; E. De la personnalité.
- RICHEL (Ch.). — *Dictionnaire de Physiologie*.
- ROUSSEAU (J.-J.). — *Réveries d'un promeneur solitaire* (2^e promenade).
- SAUVET. — Article in *Ann. Méd.-Psych.*, 1847.
- SÉDILLOT. — De l'éthérisation. *Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1847.
- SPENCER (H.). — La conscience sous l'action du chloroforme. *Revue Philos.*, II, 1878.
- TAINÉ. — *De l'intelligence*, 1883.
- TOBOLOWSKA. — Les illusions du temps dans les rêves du sommeil normal. *Thèse Paris*, 1900.
- TOURNAY (A.). — L'homme endormi. *Thèse Paris*, 1909.
- TRUELLE (V.). — Etude critique sur les psychoses dites post-opératoires. *Thèse Paris*, 1898.
- VASCHIDE. — *Le sommeil et les rêves*, 1926.

LA GAUCHERIE

Les troubles fonctionnels d'origine psychogénique chez les gauchers contrariés ⁽¹⁾

PAR

VÉRA KOVARSKY (de Montpellier)

Quelles sont l'origine, la genèse et la nature des troubles psycho-moteurs, intellectuels, phonateurs, caractériels et affectifs chez un enfant gaucher contrarié (2), doué d'une intelligence et d'une santé suffisantes ?

La psychologie biologique peut nous éclairer à ce sujet. Le fait d'être gaucher, ou la gaucherie, doit être examiné à la lumière convergente de plusieurs sciences particulières, et tout spécialement de la physiologie et de la psychologie (3). Les activités physiologiques et les activités mentales, en réalité inséparables, peuvent néanmoins être envisagées, pour plus de

(1) Ce mémoire de Mlle Véra KOWARSKI, Docteur ès lettres de l'Université de Montpellier, Inspectrice psychologue des Ecoles de la Ville de Montpellier, est le complément de la note du même auteur intitulée « *Faut-il rééduquer les gauchers ?* » présentée à l'Académie des Sciences dans sa séance du 10 octobre 1938 et dont il est rendu compte dans le présent numéro des *Annales Médico-Psychologiques* (Note de la Rédaction). Voir aussi l'article « L'Inspection psychologique, sa raison d'être, ses buts », dans la *Revue Médico-sociale de l'Enfance*, Paris, n° 6, 1936, Masson, édit.

(2) Un gaucher contrarié est un gaucher chez lequel, à la suite de l'interdiction de se servir de la main gauche (et du pied gauche dans ses jeux) et de l'obligation de se servir de la main droite (et du pied droit), l'équilibre des systèmes fonctionnels se trouve être rompu et bouleversé, entraînant ainsi l'apparition des troubles fonctionnels divers, isolés ou associés : intellectuels, caractériels, affectifs, psychomoteurs, phonateurs.

(3) Le docteur A. Carrel (dans « *L'Homme, cet inconnu* », Paris, Plon, 1936, p. 352), dit : « La science suprême, la psychologie, a besoin des méthodes et des concepts de la physiologie, de l'anatomie, de la mécanique, de la chimie, de la chimie physique, de la physique et des mathématiques, c'est-à-dire, de toutes les sciences qui occupent un rang inférieur au sien dans la hiérarchie de nos connaissances », et plus loin « les événements psychologiques sont aussi réels que les physico-chimiques ».

commodité, et observées, à l'aide de méthodes différentes, à condition toutefois que l'on essaie ensuite d'élaborer la synthèse des données éparses de l'analyse, obtenues par des spécialistes, dont chacun a pour objet l'étude d'un des aspects de l'être humain.

On peut constater que les données accumulées par les spécialistes dans le problème de la gaucherie restent inutilisables, tant que le cerveau d'une seule personne n'arrive pas à coordonner les notions acquises, et à envisager la question dans son ensemble. C'est alors seulement qu'il sera possible d'appliquer judicieusement à l'homme le résultat des efforts des spécialistes et de tirer des sciences particulières, ce qu'on est en droit d'attendre d'elles, à savoir, entre autres choses, les applications pratiques.

Pour progresser dans la connaissance du phénomène de la gaucherie, on doit l'aborder, non seulement sous son aspect physiologique et physico-chimique, mais aussi en ayant recours à l'étude de certaines activités mentales, et, d'une manière générale, de toutes les manifestations ayant trait à la gaucherie, que nous pouvons saisir par nos méthodes d'observation ; et ensuite, il convient de mettre en lumière l'interdépendance de ces activités mentales avec les activités physiologiques.

Cette étude doit être complétée par des enquêtes psycho-biologiques, sur les activités que le sujet a manifestées dans le passé, et celles qu'il manifeste actuellement.

Ainsi comprise, cette étude, faite sur les gauchers, et plus particulièrement sur les gauchers que l'on avait empêchés de travailler de la main gauche, c'est-à-dire les gauchers contrariés (1), semble pouvoir enrichir puissamment la pathologie fonctionnelle, branche importante de la pathologie médicale. Les aspects anatomique, physiologique et physico-chimique de cette étude sont du domaine médical. Le psychologue (2) aura à étudier chez les gauchers, contrariés ou non, les activités mentales, le comportement, les réactions diverses, l'intelligence, le caractère, l'affectivité, la psychomotilité.

Il semble indéniable que les faits observés par le psychologue

(1) En parlant des gauchers, il est bon de spécifier chaque fois s'il s'agit de gauchers contrariés ou de gauchers non contrariés.

(2) Le fait d'avoir étudié dans les livres ou avec des instruments et même enseigné la psychologie, ne peut pas suffire pour conférer à quelqu'un le titre de *psychologue*. Il ne devrait être décerné qu'à celui qui possède, en outre des connaissances acquises, un sens psychologique inné, délié et pénétrant, qu'il a cultivé et développé, et qui le rend capable de saisir les nuances les plus délicates des états conscients et même inconscients.

peuvent être soumis au contrôle de l'expérimentation et qu'après une telle vérification, ils seront intégrés dans la pathologie fonctionnelle et contribueront à développer cette science d'avenir.

D'après le Professeur Abrami : « La médecine, c'est, avant tout, l'art de déchiffrer le langage de la maladie. »

Nous proposons la définition suivante de la psychologie : « La psychologie, c'est, avant tout, l'art de déchiffrer le langage des états mentaux conscients ou inconscients. C'est aussi une science basée sur des faits observables directement ou indirectement, et pouvant être interprétés à la lumière du comportement, des réactions psychiques diverses, à effet immédiat ou tardif, habituelles ou insolites, ainsi que des manifestations intellectuelles, caractérielles, affectives, psychomotrices. »

L'être humain, étant un tout indivisible, ces phénomènes, observés et étudiés par le psychologue, doivent être examinés et utilisés ensuite par le médecin, en collaboration avec le psychologue, afin d'établir, de préciser, leurs relations avec les activités physiologiques, chimiques et organiques.

D'après le Professeur Déjerine, les centres d'images linguistiques : visuelles, auditives, motrices, sont localisés anatomiquement, physiologiquement et fonctionnellement, dans l'hémisphère cérébral droit chez les gauchers, et dans l'hémisphère gauche chez les droitiers. Ils appartiennent toujours à un seul et même hémisphère cérébral. L'activité croisée entre l'un des deux membres supérieurs (1) et l'hémisphère cérébral du côté opposé est, non seulement physiologique, mais aussi psychique (2).

Les parents, les éducateurs et le grand public semblent méconnaître que les gauchers sont différenciés des droitiers par des dissemblances innées d'ordre anatomique, physiologique et fonctionnel.

On peut attribuer la méconnaissance du fait que la gaucherie est un phénomène congénital naturel (que l'on rencontre chez un nombre assez élevé d'individus) (3), à ce que l'étude de la gaucherie n'a pas été suffisamment poussée, ni approfondie. Il nous semble qu'elle n'occupe pas une place suffisante dans les études médicales actuelles.

Ceux (médecins ou non) qui ont étudié la gaucherie paraissent avoir tiré leurs conclusions, soit d'observations faites sur

(1) Et d'après nos observations entre l'un des deux membres inférieurs.

(2) Voir notre communication au Congrès international de Psychologie, Paris, 1937.

(3) Et dont le pourcentage reste à établir.

des gauchers adultes, soit d'un nombre trop peu élevé d'enfants gauchers.

Qu'y a-t-il d'étonnant alors que le grand public, les parents et les éducateurs ignorent tout, ou presque tout, de la question et combattent la gaucherie avec acharnement, en la considérant à tort comme une tare, un déshonneur ou la conséquence d'une éducation maladroite ou insuffisante.

L'étude de la gaucherie doit être commencée par son aspect physiologique, qu'il s'agisse de médecins ou de non-médecins. La connaissance des dissemblances innées (physiologiques, anatomiques et fonctionnelles) qui existent entre les droitiers et les gauchers doit servir de base indispensable à cette étude. Ce n'est qu'ensuite que l'on sera à même d'examiner avec fruit les particularités diverses chez les gauchers contrariés et chez les gauchers non contrariés, les troubles fonctionnels chez les premiers et le développement normal chez les autres.

On devrait commencer à étudier la gaucherie dès la tendre enfance, au moment où apparaissent les premiers mouvements volontaires chez un enfant : pouponnière, crèche, école maternelle, école primaire, etc., pour arriver à étudier la gaucherie chez les adultes.

Les médecins et les éducateurs nous déclarent qu'ils ne rencontrent qu'exceptionnellement des gauchers.

En fait, ils se trouvent souvent, sans s'en douter, en présence de faux droitiers ou de gauchers qui se servent pour écrire, pour manger et parfois pour travailler, de leur main droite, parce qu'ils ont subi la contrainte de leur milieu (1). Les troubles divers que l'on observe chez ces faux droitiers et la tendance naturelle à se servir de la main gauche, qui réapparaît

(1) Comme nous l'avons déjà dit au *Congrès international de Psychiatrie infantile* (Paris, 1937) : « un enfant gaucher intelligent peut devenir par contrainte ou par imitation un faux droitier, mais il le deviendra au détriment de son équilibre émotionnel, et en rompant, en bouleversant son développement psychomoteur.

Par contre, un enfant gaucher faiblement doué et qui manque par conséquent de souplesse intellectuelle, caractérielle et psychomotrice, n'arrive pas ou n'arrive que péniblement et incomplètement à substituer à ses mouvements spontanés des mouvements forcés, c'est-à-dire à effectuer au commandement tous les mouvements de la main droite.

La raison pour laquelle on aurait pu croire jusqu'à présent que la gaucherie était liée à la déficience intellectuelle me semble être la suivante : « les déficients intellectuels restent d'une manière générale des gauchers invétérés, tandis que les gauchers intelligents deviennent plus facilement de faux droitiers ou des gauchers qui s'ignorent en tant que gauchers » et plus loin nous avons apporté « quelques preuves nouvelles en faveur de l'hérédité de la gaucherie ».

chez eux parfois spontanément, sont attribués à des causes fantasistes, à de la mauvaise volonté, ou à de l'entêtement, etc...

Il est parfois assez malaisé de reconnaître qu'un enfant est gaucher, puisque, le plus souvent, un gaucher s'ignore en tant que gaucher. Beaucoup de parents ignorent également que leur enfant est gaucher, ou, dans quelques cas assez rares, ils cachent les faits pouvant mettre en évidence la gaucherie de leur enfant.

D'après le Professeur Abrami : « La vie d'un organisme... se manifeste surtout sous l'aspect d'un système d'équilibres fonctionnels. » L'interdiction faite à un gaucher de se servir de la main gauche, sa main « active », et l'obligation qu'on lui impose de se servir de la main droite, sa main « passive », provoquent des perturbations multiples et entravent son développement normal, psychique et psychomoteur.

Comme on le sait, la liaison entre les centres d'images visuelles, auditives, motrices, est assurée normalement par la voie intrapsychique. Mais la rupture de l'équilibre de l'activité normale des voies d'association accompagnée des altérations du langage intérieur chez un gaucher contrarié, amène des troubles fonctionnels, dont certains ressemblent temporairement aux états permanents dus à des troubles d'origine organique.

Les faits que nous constatons presque journellement au cours de notre travail d'inspection psychologique (1) prouvent, d'une façon incontestable, que l'hémisphère cérébral gauche, auquel fait appel un sujet gaucher contrarié et obligé de se servir de la main droite, n'est point outillé ni préparé pour assumer le rôle actif, directeur et coordonnateur de tous les actes de la vie quotidienne.

Ces faits confirment d'autre part que, comme l'a dit d'une façon magistrale le Professeur Déjerine, les images visuelles, auditives et motrices, se trouvent emmagasinées chez les gauchers (2) dans l'hémisphère cérébral droit, qui par le fait est, chez un gaucher, le seul hémisphère cérébral actif, capable d'assurer le développement harmonieux psychique et psychomoteur du sujet, en même temps que de sauvegarder son activité normale, à condition toutefois que ce gaucher puisse se servir, sans aucune entrave, de sa main gauche.

C'est parfois dès l'âge de 3 ou 4 mois, lors de ses premiers mouvements volontaires, que les parents et les éducateurs

(1) Depuis l'année dernière, nous avons fait personnellement une enquête spéciale sur les inadaptés scolaires et sur les gauchers, qui a porté sur une population scolaire d'environ deux mille cinq cents enfants.

(2) À l'inverse des droitiers.

essaient « d'habituer » un enfant gaucher à prendre les objets de la main droite, en repoussant sa main gauche qu'il tend spontanément. Or, tout mouvement volontaire comporte un élément psychique, un élément affectif et un élément moteur.

La lutte de l'enfant avec son milieu donne ainsi naissance à des troubles psychomoteurs, intellectuels, caractériels, affectifs, phonateurs. Ces troubles prennent naissance pendant la brève période du développement de l'enfant, et plus particulièrement avant l'âge de cinq ou six ans, c'est-à-dire au moment où l'interdépendance du développement psychique et moteur est la plus stricte et la plus nette (1).

Il est fréquent de constater que les enfants gauchers contrariés sont en retard pour marcher, pour parler, et si maladroits et si lents dans leurs mouvements. On accuse alors ces enfants d'être paresseux, de perdre leur temps, de manquer d'attention, etc., quand ils n'arrivent pas à lire ou à écrire au même rythme que leurs camarades de classe et quand ils finissent leur devoir longtemps après les autres.

Le fait d'agir spontanément sous l'influence d'un besoin ou de l'instinct est totalement différent du fait d'agir artificiellement au commandement.

Un gaucher obligé, par contrainte ou par imitation, d'arrêter le mouvement naissant qui le porte à se servir de sa main gauche, et d'acquiescer des habitudes contraires à sa conformation et à ses tendances, devient forcément moins adroit, si ce n'est tout à fait maladroit, et ses mouvements deviennent imprécis, incohérents, irréguliers et plus lents. Perte de temps et maladresse, tels sont les traits caractéristiques qui traduisent les perturbations psychomotrices chez un gaucher que l'on empêche de se servir de la main gauche.

Un acte ou un mouvement que l'on accomplit, non pas de sa propre impulsion et naturellement, mais sous l'influence d'une circonstance particulière ou par l'intervention d'une autre personne, est inévitablement un mouvement forcé, fragmenté et dévié dans de fausses voies.

(1) Comme nous l'avons déjà dit dans notre communication au *Congrès international de Psychiatrie infantile* (Paris, 1937), la nature et la gravité des troubles dépendent : 1° de l'état du terrain organique (suffisant ou défectueux), et de l'hérédité ; 2° des procédés utilisés, par les parents et les éducateurs dans la lutte engagée contre la tendance spontanée de l'enfant à se servir de la main gauche : brutalité physique, brutalité morale, persuasion, punitions diverses, etc. ; de la façon continue ou intermittente avec laquelle ils sont appliqués ; 3° du degré et de la souplesse de l'intelligence naturelle de l'enfant, et de la plasticité de son caractère.

Comme on sait, les mouvements volontaires font partie de notre vie psycho-biologique et ils jouent, en outre, un rôle important dans l'adaptation de la vie psycho-biologique à la vie sociale.

L'apprentissage consiste en ceci que les mouvements volontaires deviennent habituels, de plus en plus indépendants et automatiques, surtout ceux qui ont été acquis par éducation. Il est connu que les activités physiologiques doivent rester inconscientes, et que la plupart des mouvements de notre vie habituelle sont automatiques. Il suffit, par exemple, de diriger notre attention sur nos mouvements pour modifier leur rythme et pour les troubler. Cela explique, chez un gaucher contrarié, la maladresse des deux mains, et des deux pieds dans les jeux (même chez un sujet intelligent et plein de bonne volonté), et l'apprentissage long et malaisé de mouvements nouveaux.

Les gauchers contrariés d'un niveau intellectuel moyen ou suffisant ont souvent de grandes difficultés et mettent longtemps pour apprendre à lire ou à écrire. Nous avons constaté que la presque totalité des enfants qui ne profitent pas, ou bien qui profitent peu de l'enseignement donné à l'école ordinaire, ou qui n'arrivent pas à s'adapter à la discipline scolaire, et dont le niveau intellectuel et la santé sont suffisants, sont des gauchers contrariés. Ils restent parfois deux ou trois ans au cours préparatoire et n'arrivent qu'avec beaucoup de peine à apprendre à lire couramment, ou, dans certains cas, ils n'arrivent pas du tout à apprendre à lire, même au bout d'une scolarité de six ans. Le débit de leur parole est, chez les uns, précipité et fiévreux, et chez les autres, marqué par des hésitations et par des arrêts.

Les nombreux enfants bègues ou présentant des défauts de prononciation que nous avons eu à examiner au point de vue psychologique, sont tous des gauchers contrariés (1).

Il semble que l'aspect général et quelques détails de l'écriture d'un enfant (il ne s'agit pas là de la graphologie, que nous ignorons totalement), peuvent faciliter la recherche des gauchers qui s'ignorent en tant que gauchers. L'écriture d'un gaucher contrarié, obligé d'écrire de la main droite, manque souvent de netteté, ou bien présente des caractéristiques spéciales.

Ainsi, dans une classe de trente élèves, où les élèves de onze à treize ans nous ont soumis leurs cahiers, nous avons pu

(1) Naturellement, il faut mettre à part ceux qui ont des déficiences physiologiques concernant les organes phonateurs ou auditifs.

reconnaître immédiatement, et presque sans hésitation, l'écriture de ceux d'entre eux qui étaient de faux droitiers ou des gauchers contrariés.

Nous insistons sur le fait que l'éducation bimanuelle (1), préconisée par beaucoup, ne produit que des maladroits des deux mains. L'ambidextrie n'existe pas. On est gaucher ou on est droitier.

Le Professeur Déjerine cite le cas d'une gauchère cultivée qui est devenue aphasique en même temps qu'elle fut frappée d'hémiplégie gauche : « Cette femme, qui avait été éduquée à écrire de la main droite, devint agraphique à partir du jour où elle fut aphasique, c'est-à-dire dès que son langage intérieur dont les images étaient localisées dans l'hémisphère droit, dès que son langage intérieur fut altéré. »

Il semble que chez un sujet gaucher, l'usage forcé et presque exclusif de la main droite entrave le jeu de l'intelligence et de l'affectivité, rend pénible et malaisée l'acquisition des réflexes conditionnels, c'est-à-dire rend ce sujet difficilement éduicable et en fait à la longue une personnalité disloquée ou discordante, et très souvent hyperémotive.

Une émotion violente peut, comme on sait, donner naissance à des troubles multiples, et faire subitement, d'un sujet normal, un grand malade. Après l'émotion, le sujet reste fatigué, mais le lendemain, l'équilibre normal est rétabli.

Chez un enfant gaucher contrarié, les émotions violentes ou de peu d'intensité (2) se succèdent, le dépriment et peuvent arriver à épuiser ses forces et sa résistance nerveuse. Sa vie affective est bouleversée par des perturbations lentes et continues, qui deviennent conscientes ou bien qui restent inconscientes, et un manque d'équilibre apparaît. Ce déséquilibre est attribué, d'une manière générale, à toute autre cause que l'interdiction de se servir de la main gauche.

Ce ne sont pas tant les troubles mêmes de l'intelligence, du caractère, de l'affectivité ou de la psychomotilité qu'il importe de reconnaître le plus tôt possible, mais c'est surtout leur

(1) Beaucoup de travaux manuels mettent en action les deux bras. Il est donc tout indiqué d'habituer l'enfant dès le jeune âge à se servir des deux mains lorsqu'il aura à effectuer un travail manuel de cette nature. Mais il faut lui laisser dans l'emploi des deux mains la prédominance de la gauche s'il est gaucher, aussi bien que de la droite s'il est droitier, et lui permettre d'utiliser librement sa main favorite pour tous les actes de la vie courante qui ne demandent que l'emploi d'une seule main.

(2) Provoqués par la lutte avec son entourage, qui lui interdit de se servir de la main gauche.

origine, leur génèse et leurs causes. On pourra, de cette façon, empêcher ces troubles de provoquer éventuellement, tôt ou tard, des désordres organiques, voire même des lésions.

Ces troubles sont des troubles fonctionnels, et comme tels ils sont curables. Ils peuvent s'atténuer ou même disparaître si on laisse un gaucher se servir librement de la main gauche (et du pied gauche dans ses jeux).

Ce que nous désignons par troubles particuliers aux gauchers contrariés n'est qu'une *moyenne*. Il n'y a pas deux sujets gauchers qui agissent et réagissent de la même manière dans tous les cas où ils subissent la contrainte du milieu. Même pour les actes les plus spontanés et les plus simples, et pour les réactions d'un sujet dans la vie quotidienne, on peut observer, chez les gauchers contrariés, des divergences partielles concernant des actes ou des réactions, isolés ou groupés. Ces légères divergences ne sont remarqu es que par ceux qui ont un sens psychologique inné, et n'empêchent pas d'envisager les troubles divers observés chez les gauchers contrariés, dans leur ensemble.

Un gaucher contrarié tend, d'une manière générale, à s'adapter au milieu défavorable qui l'entoure, en éliminant aussi souvent qu'il lui est possible, les causes productrices de ses troubles fonctionnels, et en réparant le préjudice causé à son développement normal, par l'utilisation spontanée de la main gauche (et du pied gauche), dès qu'il se sent observé d'une manière moins rigoureuse, ou dès qu'il se trouve hors de l'atteinte du milieu perturbateur.

Sans ce pouvoir d'adaptation, la plupart des gauchers contrariés auraient eu un développement psychique et psychomoteur complètement bouleversé ; c'est cette capacité d'adaptation à l'égard des conditions adverses de l'ambiance qui leur permet de s'accommoder, plus ou moins bien, à des chocs incessants venant du milieu.

C'est pour attirer l'attention des spécialistes et du grand public sur l'origine des troubles fonctionnels particuliers aux gauchers contrariés, que nous présentons, dans notre étude, une explication causale de ces troubles spéciaux. C'est aussi pour démontrer que ces troubles particuliers, qui diminuent un individu gaucher au point de vue physique, et désagrègent et amoindrissent son individualité psychologique et biologique (1), sont dus, non pas aux défauts héréditaires, mais aux désordres

(1) Voir *L'individualité de l'enfant*, par J. ROSSOLIMO, traduit par V. Kovarsky, Paris, Alcan, 1929.

du développement provoqués ou suscités par l'influence dissolvante des erreurs d'ordre éducatif et psychologique commises par l'entourage du gaucher.

N'oublions pas que cette empreinte du milieu peut devenir, à la longue, ineffaçable et produire des modifications permanentes de l'organisme et de la vie mentale. Nous ne connaissons pas encore, chez un sujet gaucher, toutes les conséquences organiques et mentales qui pourraient dériver des procédés erronés du milieu.

Ce qui vient d'être dit entraîne une *conclusion* juste et logique : il faut laisser les gauchers se servir librement de leur main gauche (et du pied gauche).

Chez un enfant gaucher malade, l'interdiction de se servir de la main gauche semble pouvoir amener des complications, puisque les troubles fonctionnels viendront se surajouter aux troubles organiques. Cette étude sur les enfants gauchers contrariés malades est à faire.

Nous n'avons rencontré, que d'une façon exceptionnelle, des gauchers auxquels les parents ont permis, sans lutte préalable, de se servir de leur main gauche. Ces gauchers n'étaient pas émolifs et ne présentaient aucun des troubles cités plus haut.

Il est à noter que les parents qui sont gauchers eux-mêmes et qui se servent habituellement de leur main gauche, empêchent néanmoins leur enfant gaucher de se servir de sa main gauche.

Les préjugés et les superstitions concernant la gaucherie se retrouvent dans *toutes* les classes de la société, aussi bien chez les esprits incultes, que chez les personnes cultivées.

Quand les parents, les éducateurs et le grand public auront compris, accepté et assimilé qu'ils font encourir un grave danger à un enfant gaucher en l'obligeant à se servir presque exclusivement de sa main droite, c'est alors seulement que la prophylaxie mentale, l'hygiène du caractère et la prophylaxie criminelle auront fait de grands progrès.

La manière dont un sujet réagit à l'action nocive de son milieu dépend de son hérédité, de sa constitution, de son intelligence, de son caractère, de son affectivité. Méditons les paroles d'un gaucher : « C'est défendu, mais je le fais quand même. » (1) [de se servir de la main gauche].

Ces paroles nous permettront de comprendre pourquoi cer-

(1) C'est ainsi que se manifeste la tendance d'un organisme sans cesse en action à rétablir l'équilibre troublé.

tains gauchers contrariés, en réagissant contre les défenses, pour eux incompréhensibles, de se servir de la main gauche (et du pied gauche), et en voulant, envers et contre toutes les interdictions, s'en servir quand même, arrivent à enfreindre d'autres défenses et commencent par exemple, par réaction spéciale, à voler de l'argent à leurs parents.

Il ressort, d'une façon incontestable, de nos observations, que certains gauchers contrariés ont des réactions de telle nature qu'exaspérés ou mortifiés, ils arrivent à commettre, entre autres méfaits, divers petits larcins, ou même des délits. L'importance de l'état émotif dans la genèse des faits délictueux est connue. D'autres gauchers contrariés, par contre, deviennent, en apparence, amorphes et paraissent ne pas réagir à toutes les contraintes du milieu qui les entoure, tant qu'ils se trouvent opprimés par la lutte avec lui, mais dès la première occasion, ou dès qu'ils commencent à se sentir hors de l'atteinte de ce milieu, ils deviennent des « moutons enragés » ; il est difficile de prévoir la tournure que pourra prendre alors leur revanche et la manière dont elle s'extériorisera. Certains gauchers, épuisés par la lutte persistante avec leur milieu, peuvent même tomber malades (1).

Nous avons eu à nous occuper au point de vue psychologique, il y a cinq ans, d'un jeune homme âgé de 19 ans, envoyé à nous par un aliéniste qui le croyait atteint du début de démence précoce : gestes incohérents et indisciplinés, manque de discipline intérieure, troubles apparents de l'affectivité, etc.. Au cours de l'enquête psychologique, nous avons appris, entre autres choses, qu'il était un gaucher contrarié (fait qui n'a pas été relevé par l'aliéniste). L'examen psychologique (2) nous a permis de constater que ce garçon était intelligent. Nous lui avons donné quelques leçons *d'auto-éducation dirigée* (3) et nous l'avons encouragé à se servir de sa main gauche. Au bout de quelques mois, il a passé ses examens avec succès. Ses gestes se

(1) Beaucoup de gauchers contrariés nous ont déclaré être sujets aux vertiges. Le strabisme et les tics se rencontrent fréquemment chez les gauchers contrariés. Nous soumettons ces faits à toute fin utile aux médecins.

(2) Voir notre livre, « La mesure des capacités psychiques », Paris, Alcan, 1927.

(3) Ces procédés éducatifs et psychologiques nous sont personnels. Nous les désignons auparavant d'une manière provisoire, par le terme « d'orthopédie psychique ». Nous le remplaçons actuellement par « l'auto-éducation dirigée », qui exprime d'une façon plus nette le but de ces procédés. Pour améliorer le caractère ou pour soulager la souffrance morale d'un sujet, nous faisons appel à sa collaboration continue et au travail conscient de sa part.

sont disciplinés. Il a repris le goût à la vie. Actuellement, ayant terminé ses études, il a obtenu une bourse afin de pouvoir poursuivre ses recherches. Il est marié depuis un an.

On observe souvent un état d'angoisse ou d'insécurité morale chez les gauchers contrariés.

Voici ce que nous avons appris d'une femme gauchère contrariée, âgée de 52 ans, réputée comme ayant un caractère « impossible ». On l'a battue souvent et on l'a grondée, même encore à l'âge de dix-huit ans, quand elle travaillait ou quand elle cousait de la main gauche. Alors elle laissait le travail, se mettait à pleurer et puis elle revenait et reprenait le travail de la main gauche. « Jamais je l'ai perdu, cette habitude de travailler de la main gauche. Une fois, j'avais des panaris à tous les cinq doigts de la main gauche et je m'en servais quand même. Je ne sais pas tenir de l'autre. Jamais j'ai pas l'idée de travailler de la droite (1). Jamais la droite me sert pas à grand'chose. Tout me contrarie. Quand on me contrarie, c'est fini, je ne suis plus à moi. » Cette femme fait tout de la main gauche. « Je me trompe toujours pour mettre le couvert. Je mets le couteau à gauche et la fourchette à droite. » Elle met souvent ses vêtements à l'envers et se trompe parfois de pied en mettant ses chaussures. Son état d'esprit paraît être haletant, anxieux, imprégné d'un sentiment d'insécurité morale, continuellement sur le qui-vive.

Un gaucher contrarié, âgé de 50 ans : « Quand je vois travailler un gaucher, ça me porte sur les nerfs, il me fait mal de le voir. Je me dis : comment fait-il pour y arriver à ce travail. Je pense : il va s'abîmer. C'est comme si je voyais quelqu'un qui était maladroit, il me semble qu'il allait se taper sur les doigts. »

La lutte du gaucher avec son milieu fait apparaître, dans certains cas, l'esprit de contradiction. Les parents se plaignent alors d'être obligés, pour être obéis, de dire à leur enfant le contraire de ce qu'ils voudraient qu'il fasse. Suivant ses dispositions et les procédés qu'emploient ses parents pour refouler sa tendance naturelle à se servir de la main gauche, l'enfant gaucher devient un révolté ou un indécis à l'extrême, ou un obstiné, un indépendant, souvent un émotif, même un craintif.

Son intelligence paraît être comme « embrouillée » ou

(1) Un droitier âgé de 12 ans : « Elle travaille jamais la main gauche, rien que quand il faut attraper une chose de deux mains ; comme si elle était morte. Jamais je m'en sers. »

inhibée, son idéation lente ; on est surpris même, chez certains gauchers intelligents (gauchers contrariés), par la lenteur dans l'expression de leur pensée. Leur activité semble incohérente, leur travail précipité, même fiévreux et peu précis.

Il est particulièrement instructif d'observer l'apaisement intérieur, des changements profonds en bien dans l'attitude, dans le comportement et dans l'adresse, qui se produisent chez un gaucher contrarié quand on lui permet et quand on l'encourage à se servir de sa main gauche. Sa satisfaction intérieure se reflète sur son visage, il reprend de l'assurance, etc... Certains de ses troubles, qui n'étaient en somme que des troubles fonctionnels d'origine psychogène, disparaissent définitivement en peu de temps (1), d'autres ne s'atténuent et ne s'effacent que progressivement.

Il nous semble même qu'une amélioration peut survenir dans l'état physique d'un sujet gaucher contrarié malade, chez lequel une affection organique est accompagnée forcément de troubles fonctionnels, et cela par le seul fait de la disparition de ces derniers.

L'interdiction des parents et des éducateurs porte sur les mouvements les plus spontanés effectués par les membres supérieurs et par les membres inférieurs, tels que lancer, sauter, gestes de défense, de préhension, etc...

Chez un gaucher, la tendance naturelle à se servir de la main gauche est toujours accompagnée de la tendance à se servir, dans les jeux, du pied gauche. Beaucoup de parents empêchent leur enfant de sauter, de jouer au ballon du pied gauche.

Nous avons rencontré des parents et des éducateurs qui attachaient derrière le dos la main gauche de leur enfant gaucher, afin qu'il ne puisse être tenté de s'en servir. D'autres menaçaient : « Si tu fais ce devoir de la main gauche, tu auras à le recopier de la main droite. » La brutalité physique est un moyen auquel recourent certains parents ; des coups sur les doigts de la main gauche, des gifles, etc... « C'est défendu. Je pense plus à attraper la cuillère de la main droite et l'attrape à la gauche. Je ne m'en aperçois pas. Je mange et après je reçois une raclée par papa et maman. » Brutalité morale : réprimandes, « gros yeux », intimidation. « L'oreille gauche pousserai

(1) Un enfant gaucher contrarié âgé de 8 ans 1/2, très intelligent, qui ne faisait aucun progrès à l'école, est devenu le premier de sa classe au bout d'un mois, pendant lequel ses parents lui ont permis, sur nos conseils, de se servir librement de sa main gauche.

trop. » (Si l'enfant devait continuer à se servir de la main gauche). Persuasions : « Fais ça de la jolie main. » « Parce que c'est un péché de se servir de la main gauche, parce que tout le monde à peu près se sert de la main droite. » « C'est mal élevé, et puis tu pourrais t'habituer à ça. » « C'est pas poli. » « Pourquoi tout le monde travaille de la droite ; c'est mieux comme ça ». Superstitions : « C'est le diable (1). De la main gauche, jamais ça pourrait faire du bien. » Alors l'enfant, apeuré, n'ose plus se servir sciemment, malgré tous nos encouragements, de sa main gauche, mais l'utilise néanmoins inconsciemment et spontanément dans les travaux que nous lui demandons d'accomplir.

Invité à effectuer, par exemple, un travail de piquage, et averti qu'il pourra se servir indifféremment de la main gauche ou de la main droite, il arrive souvent que le gaucher, après avoir tendu sa main gauche vers le poinçon la retire rapidement avant de prendre le poinçon, et la cache derrière son dos, en me disant : « Maman ne veut pas. » Encouragé, il effectue, d'une manière générale, le travail de la gauche, mais ses mouvements ne sont pas précis, ni de la gauche, ni de la droite.

La lutte avec les parents. Un garçon gaucher, âgé de onze ans et demi : « Quand j'ai commencé à faire de la gauche, on m'a empêché pour pas continuer. Moi, envie ! Je me servais toujours tout le temps de la main gauche. On me disait : « Allez, Raymond », alors je changeais de main pour manger, quelques moments après, je reprenais de la main gauche. Quand ils ont vu que je continuais à faire de la main gauche, ils m'ont laissé faire à huit ans [manger, mais non pas écrire]... A huit ans et demi, j'ai dit à mes parents : « Maintenant que j'écris de la gauche, laissez-moi faire de la gauche. » Ils m'ont répondu : « Si tu écrivais de la gauche, quand tu seras grand, ça te passera. Quand tu seras grand, il faudra que tu te serves de la droite. » Moi, j'ai dit : « Au contraire, maintenant que j'écris de la main gauche, je resterai comme je suis. » Je l'ai fait quand même de la main gauche. Quand même on me l'a défendu, parce que j'en avais envie. Ils savent que je suis gaucher ; ils me laissent faire gaucher. Parce que j'ai envie, ça me sert mieux. Parce que tout jeune, je m'en suis servi. Parce que maintenant, j'ai le geste de faire de la main gauche. Parce que chacun son goût et moi, vous comprenez, je sens que je pourrais mieux l'attraper

(1) Ou bien encore : « La main gauche c'est la main du diable. La main droite c'est la main du bon Dieu ».

l'objet de la main gauche. » Ce garçon écrit de la droite, mais sait écrire aussi de la gauche. Il dessine de la gauche.

Un gaucher de neuf ans et demi : « Je lui [à sa mère] ai dit que je pouvais pas manger de la droite, il faut que je mange de la gauche. Je renversais la soupe quand je mangeais de la main droite. » Malgré toutes les interdictions de la part de ses parents, il mange quand même, la plupart du temps, de sa main gauche. Il est émotif.

Dans quelques cas rares, l'enfant gaucher arrive à obtenir gain de cause. Un garçon gaucher, âgé de dix ans : « Mon père voulait m'apprendre à écrire de la main droite, mais quand il a vu qu'il avait pas moyen, il s'est arrêté et il m'a laissé faire. De la main gauche je peux écrire bien, tandis que de la main droite je peux écrire mal. De l'autre [droite] je ne peux pas travailler et de celle-là je travaille bien. » Il fait tout de la main gauche. Il n'est pas émotif.

Quelques preuves en faveur de la thèse — la gaucherie est un phénomène congénital naturel : une jeune fille gauchère, âgée de quatorze ans : « Je taillais de la main gauche, on m'a corrigée, quand j'avais six ans. Quand on est petit, on ne se rend pas compte. Je n'y pense pas, je m'en aperçois pas quand je m'en sers. Parce que c'était une habitude, alors ma foi, j'ai toujours envie de m'en servir. » A notre question : « Voudriez-vous que l'on vous laisse vous servir de la main gauche ? », elle répond : « Bien sûr. Pour ne pas perdre l'habitude. » Les enfants gauchers déclarent : « Quand je n'y pense pas, je fais tout de gauche. » « Des fois, sans faire exprès, j'en fais de la gauche. » « Quand je me trompe, je lance de la gauche. » « Quand je veux aller vite, je me trompe, je tape de la gauche. » « Quand c'est inattendu [l'attaque], c'est le gauche [poing] qui part le premier. » « Des fois, je ne réfléchis pas et alors j'écris de la gauche, je me mets à faire les dessins de la gauche. » « J'avais la manie, quand j'étais petit, de lancer plutôt de la gauche. » « Maman m'a fait perdre cette habitude. » « Je n'y fais pas attention, c'est mon premier mouvement. » « Parfois je m'y prends mal et je coupe un peu de la gauche et après je reviens à la droite. » « Parce que je travaillerai mieux de la main gauche que de la droite. » « Quand je travaille de la gauche, je suis content parce que je sais que je travaillerai mieux. » « C'est la main que je préfère le mieux, pour m'en servir. » « Quand j'étais petit, j'en avais pris l'habitude. » « Parce que la droite, pour diverses choses, je ne peux pas m'en servir ; elle ne peut pas m'être utile pour certains travaux. » « On écrivait et on

s'amuserait mieux de la gauche. » « Des fois, je ne sais pas où la [la cuillère] mettre, alors je la mets à la main gauche. »

Comment les enfants gauchers cherchent à justifier leur tendance à se servir de la main gauche : Un garçon intelligent, âgé de six ans et demi : « Des fois, je faisais du dessin avec la main gauche pour pas fatiguer la main droite, pour écrire. » Son maître déclare que l'enfant n'arrive pas à écrire convenablement de la main droite. Un garçon de douze ans : « En cas que je me ferais mal de la main droite, j'apprenais à écrire de la main gauche. J'aime bien écrire de la gauche, parce que, quand tu te casses un bras, tu peux un peu écrire de la gauche. On écrit tout le temps de la main droite, alors il faudrait écrire un peu de la gauche. Pour faire mon bras gauche un peu plus fort. »

L'apparition des troubles du caractère (dissimulation) : « Quand il n'y a pas maman, je lance toujours la balle de la gauche. Maman me frappe sur les doigts quand je joue du pied gauche et de la main gauche. » « Quand il y a personne, que je veux m'amuser, je prends les ciseaux et le couteau de la gauche. » « Quand on me voit pas, je coupe de la gauche, et quand on me voit, vite je le mets à la main droite et je taille de la droite. » « Quand je suis chez ma sœur, des fois je mange de la gauche, mais à la maison jamais, papa ne veut pas. »

L'apparition des troubles de l'émotivité chez les enfants gauchers contrariés. Un garçon gaucher, âgé de onze ans, invité à compter de la monnaie, cache sa main gauche derrière son dos : « Je crois tout le temps qu'il [le père] est à côté de moi, alors quand je me sers de la main gauche, je ne peux pas bien m'en servir parce que j'ai peur. » Son père frappe l'enfant quand il se sert de la main gauche. Encouragé, l'enfant a compté ensuite la monnaie de la main gauche. Un gaucher de huit ans : « Si je coupe de la main gauche, ma main gauche tremble parce que je peux pas couper, j'ai peur que mon papa me frappe. S'il me voyait, il me frappe. »

Un gaucher de onze ans : « Ça m'arrive souvent de faire quelque chose de la main gauche et j'ai peur qu'on me tape sur les doigts, et je pose vite ce que je tiens à la main gauche et je le prends de la main droite. Même quand il y a un camarade à côté de moi, il me semble que c'est ma maman qui veut me taper sur les doigts et je le mets vite de la main droite. Je m'effraie et tout de suite je mets de la main droite. Avant j'avais bien peur, maintenant pas tant. »

Mouvement fragmenté : un gaucher de quatorze ans (intelli-

gent) : « Je peux pas bien écrire de la gauche, alors je lâche le porte-plume et j'écris de la droite. Je vais pour prendre mon porte-plume de la gauche, mais je le touche pas et je vais de la droite. J'ai peur de me servir de la gauche. J'écrirai mal et sûrement je serai grondé. »

Les enfants gauchers contrariés confondent souvent la droite avec la gauche. « Je crois que je lance de la droite et je lance de la gauche [pied]. » « Je tourne, en gymnastique, à droite au lieu de tourner à gauche, comme me le dit le maître. » Un gaucher de onze ans : « Je n'ai jamais pu savoir où est ma droite et où est ma gauche. » On peut noter le même sentiment d'insécurité morale et de confusion chez les gauchers adultes. Un gaucher de 52 ans : « Si je suis invité à un repas, je suis ennuyé, je suis gêné pour la façon dont on doit se servir de la fourchette, de la cuillère, je suis tenté toujours de me servir de ma main gauche. Je suis à l'inquisition de ce fait. » Un gaucher contrarié, âgé de 50 ans : « Je suis resté très longtemps à ne pas savoir quand il fallait la [la vis] dévisser ou visser, étant déjà ouvrier, et même encore, il y a des moments où il faut que je calcule. On a faussé mon naturel ». Il visse le piton de la main gauche à droite.

Les gauchers auxquels arrive au bras gauche un accident grave : fracture, brûlure ou autre, qui les empêche momentanément de se servir de la main gauche recommencent à se servir de cette main dès qu'ils sont guéris.

L'étude de la gaucherie est de nature à intéresser les médecins, les neurologues, les médecins légistes, les juges, les avocats, les criminalistes, les physiologistes, les biologistes, les linguistes, les phonéticiens, les psychologues, les éducateurs, les orienteurs, les sportifs, les chefs d'entreprises, les parents et le grand public. Elle concerne tous les humains, à un titre quelconque.

L'hygiène sociale, l'hygiène du caractère, la prophylaxie mentale, la prophylaxie criminelle ne peuvent pas se passer de cette étude.

Le cri d'alarme : « Le nombre des troubles mentaux (1) ou psychomoteurs augmente d'une année à l'autre » est entendu et reçoit une réponse. Il sera dorénavant possible d'une part de prévenir, et d'autre part d'atténuer ou même de faire disparaître ceux d'entre eux qui ne sont que des troubles fonctionnels d'origine psychogénique.

(1) « La pathologie de l'esprit a sa clef dans la psychologie, de même que celle des organes est expliquée par la physiologie » (D^r A. Carrel).

La tâche que doivent se proposer tous ceux que ce problème si important de la gaucherie ne laisse point indifférents, est la suivante : informer et renseigner le grand public, les spécialistes et les autorités compétentes afin de modifier, sans plus tarder, les procédés éducatifs que l'on utilise actuellement à l'égard des gauchers, pour arriver à laisser les gauchers se servir librement de la main gauche (et respectivement du pied gauche), c'est-à-dire de favoriser et non d'entraver leur tendance immanente et irréversible. Remplacer le préjugé ancré dans l'esprit de beaucoup — la gaucherie est une tare ou un défaut que l'on doit dissimuler, cacher ou réprimer — par la conception conforme aux réalités biologiques et psychologiques, la gaucherie est un phénomène congénital naturel (1).

Les objections que le monde actuel est fait pour les droitiers ne peuvent pas contrepeser la constatation des méfaits de détérioration mentale et peut-être même organique, qui apparaissent chez un gaucher contrarié.

(1) Voir notre communication concernant les gauchers, qui a été présentée par M. le Professeur Gossset à l'Académie des Sciences, le 10 octobre 1938. (Publiée dans les *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences* du 24 octobre 1938).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 16 Novembre 1938

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, vice-président

PRÉSENTATIONS

Suspension rapide des hallucinations lors de l'internement chez des délirantes préséniles, par MM. J. VIÉ et A. PATEL.

Pendant notre séjour à l'hôpital de Moisselles, il nous a été donné de voir une série d'épisodes délirants préséniles tourner court grâce à la suspension totale des processus hallucinatoires coïncidant avec le début même de l'internement.

L'un de nous avait déjà, l'an dernier, présenté à la Société (1) une Italienne hyperémotive de 59 ans, dont l'accès délirant, basé sur des hallucinations olfactives prédominantes, s'était éteint dès l'entrée à Ste-Anne. Les nouveaux cas que nous apportons aujourd'hui permettent des considérations plus étendues. Nous rapporterons le plus typique pour en schématiser brièvement deux autres.

OBSERVATION 1. — Mme Ch..., séparée P..., giletière, née en 1871.

Fille unique, elle a perdu son père à 78 ans, sa mère à 85 ; elle ne connaît pas de troubles mentaux dans sa famille.

Après de nombreuses maladies de l'enfance, dont une typhoïde à

(1) J. Vié et SOURIAU. — Accès délirant hallucinatoire basé sur des hallucinations olfactives prédominantes. *Soc. méd.-psychol.*, 10 juin 1937.

9 ans, elle s'est élevée chétive ; néanmoins, elle a été bien réglée, à partir de 11 ans. Mariée, elle n'a pas eu d'enfant.

De 27 à 38 ans, elle présente des *crises épileptiformes* avec perte de connaissance et chute, ainsi que des vertiges. A 52 ans, elle est opérée, pour fibrome, d'hystérectomie totale. Un an après, elle se sépare de son mari pour incompatibilité d'humeur. En 1931, à 60 ans, elle subit l'ablation du sein droit avec curage de l'aisselle. Elle reste affaiblie, maigrit beaucoup, souffre de ptose gastrique.

Le début des troubles mentaux, en janvier 1937, est marqué par une discussion avec un voisin, auquel Mme Ch... reprochait de faire du bruit à neuf heures et demie du soir. Ce voisin l'accusa bientôt d'envoyer des ordures chez lui, l'injuria, dit « des horreurs » d'elle, la menaça. Elle entendait sa voix, puis celle de voisins plus éloignés, le jour d'abord, puis la nuit. Les hallucinations auditives devinrent continuelles « comme une T.S.F. », dit la malade. Notons cependant qu'au mois d'avril, lors d'un séjour chez un parent habitant le Nord, se produisit pendant huit jours une sédation nette des troubles.

Tout recommença dès le retour. Puis les *phénomènes d'automatisme mental* prédominèrent. « Dès qu'elle pensait une chose, elle était émise », ses actes étaient énoncés, commentés ; elle recevait des ordres..., « c'était une voix neutre, qu'elle ne pouvait pas reconnaître ». Enfin, dans la nuit, s'ajoutèrent des *hallucinations olfactives* (odeurs dans la chambre).

Mme Ch... attribuait ses voix, de même que la « transmission de pensée » dont elle était victime, aux voisins, au concierge et pensa, en définitive, que toutes ces misères avaient pour but de la chasser de sa chambre que désirait le neveu d'un autre locataire.

L'énerverment étant à son comble, Mme Ch... porta plainte au commissariat. Elle y fut convoquée, déchira la convocation et ne s'y rendit pas. Un samedi d'août 1937, elle fut conduite à la Préfecture entre deux agents. Les phénomènes hallucinatoires, — bruits et voix de la concierge, — y atteignirent leur maximum. Le certificat du D^r Michaux porte : « Hallucinations auditives, insultes, grossièretés, parfois contredites par une voix qui la défend. Commentaire des actes, prise et écho de la pensée. On lui fait penser des ordures : « Je suis libre, mais pas toujours maîtresse de ma pensée », une pensée plus forte que la sienne la domine. Transmission et enregistrement de la pensée. Tapage nocturne. Accuse des persécuteurs explicitement, tous voisins. »

Puis, à l'Infirmierie spéciale, Mme Ch... sentit son état se modifier rapidement. Voici comment elle nous le racontera plus tard : « J'étais calme, j'attendais, je me disais : Que va-t-on faire de moi ? Mais quand on m'a emmenée de la Préfecture à Ste-Anne, quelle commotion ! Je n'entendais plus rien, plus de prise de pensée, plus de voix de concierge, j'étais normale comme maintenant. »

De fait, Mme Ch... fut étiquetée à l'Infirmierie spéciale, comme à Ste-Anne, puis à Moisselles : « Psychose hallucinatoire chronique »,

mais on ne constata plus rien d'anormal chez elle, sa conduite fut entièrement correcte, elle semble bien n'avoir plus présenté de trouble hallucinatoire.

Au point de vue physique, il n'y avait, à l'entrée, ni albuminurie ni glycosurie, mais une azotémie à 0,36. Le poids passe, en deux mois, de 39 à 41 kgr., le tremblement disparut, les réflexes tendineux, vifs à l'entrée, redevinrent normaux. Par contre, la tension artérielle s'éleva de 16-9 à 20-10 (en décembre). La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang était négative.

Si les hallucinations ont brusquement cessé, la *rectification* du délire, chez cette femme non affaiblie, ni débile, peu familière aux subtilités psychologiques et fortement frappée par l'évidence hallucinatoire, s'est montrée plus laborieuse. Le 26 octobre, elle dit : « Du moment que j'ai quitté la maison, je n'ai plus rien entendu, c'étaient des réalités, des méchancetés ». Le 13 novembre, elle n'admet pas encore l'hypothèse morbide : « Si c'était une maladie de mon cerveau j'aurais eu les mêmes ennuis partout. » Elle ajoute : « Les G... (ses voisins) sont des gens avec qui personne ne pourrait s'entendre ; mais n'ayant plus affaire à eux, ils me laisseront tranquille. »

Depuis lors, au contact de grandes hallucinées, elle s'est rendu compte de tout ce qu'il y avait eu d'extraordinaire, d'inexplicable dans son aventure. Mais il lui reste désagréable d'en convenir.

Sortie de l'asile en mars dernier, et rentrée dans son ancien logement, elle a repris son travail, mais bientôt après les hallucinations auditives ont recommencé. Néanmoins, la malade parvient à se dominer, et à ne plus leur répondre, à n'en plus parler à l'entourage.

L'histoire de Mme Ch... présente des points bien caractéristiques. Il s'agit d'une femme *chétive, au système nerveux fragile*, comme en témoignent les crises épileptiformes qui se sont produites pendant onze ans, les troubles du caractère entraînant la séparation, à la suite d'une ménopause chirurgicale, enfin, l'épisode présénile actuel, sur fond de léger trouble cardio-rénal. Une *cessation brusque des hallucinations et de l'automatisme mental* semble bien parallèle et bien liée à l'internement, tandis que la superstructure psychologique du délire s'atténuait quelque peu, de même que l'état physique se modifiait lui aussi progressivement.

Voici, très condensés, deux autres cas voisins :

Obs. 2. — Marie V..., veuve B..., née en 1867. *Psychose hallucinatoire* évoluant depuis cinq ans *chez une cardio-rénale*. Hallucinations auditives et olfactives : « Un marchand de vin et ses clients l'injurient, la menacent, on dit sur son passage : Ce vieux Chiappe, l'espionne, on aura sa peau. Un voisin lui envoie des gaz par l'évier. » Sa fille ne peut la garder.

Internée le 23 janvier 1937. Les hallucinations cessent dès l'entrée à Ste-Anne. A Moisselles, le 28 janvier, on note des céphalées, douleurs lombaires, petits signes brightiques ; azotémie, 0,52 ; Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Clangor aortique. Tension artérielle 11-20. Déjà, elle parle de son délire au passé. Elle en reconnaît le caractère morbide : « J'avais cette imagination, je n'y crois plus depuis que j'ai été avec les grandes malades de Ste-Anne, qui sont tout à fait folles. »

Le 7 août 1937, Marie V... est envoyée à la Colonie de Dun. Elle n'a plus présenté pendant son séjour à l'hôpital aucun trouble hallucinatoire ni délirant.

Chez la malade suivante, la suspension des hallucinations laisse intactes les convictions délirantes, qui cessent seulement de se développer, ainsi que d'entraîner des réactions anti-sociales.

Obs. 3. — Mme G..., veuve D..., née en 1867. *Psychose hallucinatoire* évoluant depuis quatre ans chez une *sénile artério-scléreuse*. Idées délirantes de persécution basées sur des hallucinations auditives élémentaires et verbales, ainsi que des interprétations. Très pieuse, elle se figure que le curé, de vieilles dévotes, « vieilles grenouilles de bénitier », des religieuses veulent la forcer à se faire carmélite. Sur son passage, elle entend dire qu'elle est folle des jeunes gens, on fait des gestes odieux, surtout on siffle, et un beau jour, elle jette à la tête d'un des siffleurs son filet à provisions.

Mme G... est une artério-scléreuse hypertendue (18-10). Elle présente du gérontoxon et une taie de la cornée gauche. Le Bordet-Wassermann est négatif.

Dès l'internement, le 20 janvier 1937, la malade n'accuse plus aucune hallucination, elle n'entend plus ni sifflements, ni injures. Elle demeure absolument calme. Elle ne tire plus aucun élément délirant du nouveau milieu. Néanmoins, elle demeure persuadée qu'on s'est moqué d'elle et que diverses personnes ont été malveillantes à son égard.

Tout à fait inoffensive, elle sort le 6 avril 1938.

Tous ces cas présentent un phénomène très net et bien particulier : *l'arrêt des hallucinations lors de l'internement*.

Ce n'est d'ailleurs pas là chose exceptionnelle, et jadis, à la Société clinique de médecine mentale, Marchand et Courtois (1) ont présenté une délirante de 71 ans, chez qui l'internement avait suspendu des hallucinations se poursuivant depuis 11 ans. Les idées de persécution, par contre, bien implantées, persistaient.

(1) MARCHAND et COURTOIS. — Psychose hallucinatoire datant de 11 ans, suspension des hallucinations depuis l'internement. *Soc. clin. de méd. ment.* 16 mai 1927.

I. — Comment l'internement peut-il, en quelques jours, modifier si radicalement le processus hallucinatoire ?

Certaines hypothèses, émises lors de la présentation de Marchand et Courtois, sont éliminées par cette rapidité même. Ainsi, la désintoxication, qu'invoquait de Clérambault, certainement utile pour la consolidation des résultats, n'en peut expliquer la genèse. De même, le sentiment de sécurité à l'asile (H. Colin) ne peut apparaître et agir qu'à la longue, et, chez nos malades, les tribulations au début de l'internement se marquent, au contraire, par un redoublement de l'anxiété.

L'intimidation se montre salutaire pour certaines réactions coléreuses qui, chez des débiles, tendraient, au dehors, à s'organiser en délires de persécution. Mais elle demeurerait bien impuissante à juguler un processus hallucinatoire ; encore l'intimidation représente-t-elle un facteur complexe nécessitant une analyse détaillée.

Dans nos cas, l'internement paraît agir à la façon d'un *choc émotif* intense, ou mieux encore, à la façon d'une *série de chocs émotifs répétés*. Qu'il suffise de rappeler, en quelques mots, les péripéties que comporte un placement d'office à Paris (ce fut le cas de toutes nos malades). Les jours qui le précèdent ont vu l'excitation délirante atteindre son point culminant ; en proie aux hallucinations, le sujet a réalisé des manifestations antisociales : injures, plaintes, discussions, voies de fait. L'entourage qui sent — et désire l'issue imminente — cesse de se contenir : les hostilités sont ouvertes. Puis, c'est l'enlèvement à domicile, ou au commissariat par subterfuge, le transport et le séjour à l'Infirmierie spéciale, le transfert à Sainte-Anne, les migrations dans les services successifs, avec l'incertitude qui résulte des formalités, des examens répétés à chaque fois, par de nouveaux personnages inconnus...

La portée de cette succession d'événements nous apparaît considérable dans la vie psychique d'un individu. Nous devons la considérer dans toute l'ampleur de sa signification bio-psychologique. L'internement devient partie intégrante d'une vie dans laquelle il engendre un bouleversement indélébile. *Il comporte une charge affective et biologique d'une intensité infiniment plus grande que tous les chocs thérapeutiques* créés dans la suite par les médecins, sans base profonde dans la vie mentale, d'une façon fortuite, nous dirions presque purement arbitraire. Chez les sujets dont nous parlons aujourd'hui, l'internement est capable de faire disparaître, pour un temps plus ou moins long, les hallucinations qui, pour nous, sont un trouble physio-

gène, c'est-à-dire organique. Chez les plus vieux déments précoces que nous avons interrogés, et qui peuvent s'exprimer encore, les souvenirs de l'internement sont les derniers qui restent, mettant un point terminal avant le néant définitif. Arme à deux tranchants, comme tous les procédés de choc, l'internement, dans certains cas favorables, se montre ailleurs hautement pathogène : il faudrait y revenir.

II. — Mais ici, les résultats heureux, bien que temporaires, nous permettent d'entrevoir les limites d'un dogme : celui de *l'intangibilité des délires chroniques*. Il y a cent ans, nous avons un précurseur. La douche de Leuret a fait échapper à l'asile des vies entières, tout comme le torpillage des neurologistes sauvait les hystériques du Conseil de guerre et d'une infirmité perpétuée.

Il ne s'agissait pas seulement d'une intimidation, mais d'une invigoration d'un nouveau genre, reposant sur un *choc émotif*. Leuret, d'ailleurs, en jugeait bien ainsi. Lorsque le raisonnement et les moyens physiques avaient échoué, Leuret combattait les hallucinations, l'automatisme mental (il disait : la production de la pensée, la pensée parlée) : « *par l'effet d'une forte impression morale* ».

Il n'en faisait pas une panacée. L'internement, par lui-même, ne se montre actif, en tant que choc moral, que chez un petit nombre de sujets, *ceux-là mêmes qui ont succombé plus facilement* à la psychopathie en raison d'une fragilité nerveuse originelle et d'un affaiblissement lié à leur état physique. Dans leurs antécédents, on note l'hyperémotivité, des crises convulsives transitoires, des accès confusionnels pour des causes minimes, du chétivisme physique et mental.

L'accident actuel survient à l'heure de la ménopause, de la présénilité, où de petites déficiences viscérales (artériosclérose, hypertension, hyposystolie, légère insuffisance hépatique ou rénale) apportent une vulnérabilité nouvelle ; où l'isolement, ce redoutable facteur sociopathologique que soulignait M. Courbon en 1927, intervient avec son élément d'inquiétude.

Sur ce terrain particulier, le processus hallucinatoire, facilement apparu, vite mis en lumière par l'anxiété, se montre moins profondément implanté, plus facilement accessible à la thérapeutique émotive.

III. — Enfin, nous attirerons l'attention sur un dernier point. C'est *l'indépendance relative de l'hallucination et du délire*. Tandis que l'internement amène une disparition rapide de l'hallu-

cination, l'évolution du délire est différente : dans tous les cas, il cesse de s'enrichir d'apports nouveaux ; parfois il cède, mais avec plus de lenteur que l'hallucination ; ailleurs, il persiste.

Ce dualisme paraît en concordance avec la théorie du délire que l'un de nous a exposée dans des travaux antérieurs (1) ; il ne peut naître indépendamment d'un trouble fonctionnel morbide, de nature organique, hallucination, confusion mentale, insuffisance cérébrale, etc... Mais lui-même, il constitue une modalité psychologique réactionnelle, capable de s'organiser, de se perpétuer, d'évoluer, selon le caractère du sujet, selon les lois de sa pensée.

La malade de l'observation I est introduite. Elle raconte être sortie de l'Hôpital psychiatrique de Moisselles il y a six mois, et relate, dans les mêmes termes qu'alors, la disparition rapide, en quelques heures, de toutes les voix, de toute répétition de la pensée. Ce dernier trouble ne reparut, dit-elle, qu'à de très rares intervalles pendant le séjour à l'asile. Elle explique que depuis son retour dans son ancien logement, les voix ont repris : ce sont toujours les voix de ses voisins, elle les entend de façon très nette, comme elle entend les nôtres. Il doit y avoir une sorte d'appareil de T.S.F. Malgré le désagrément qu'elle en ressent, elle ne réagit plus, reste maîtresse d'elle-même, ne leur répond plus.

M. MARCHAND. — Dans ce cas, il semble qu'il y ait eu une suspension momentanée des hallucinations sous l'influence du choc émotif de l'internement, puis le syndrome d'automatisme mental est réapparu de nouveau après la sortie de l'asile. Actuellement, le syndrome se présente avec les mêmes caractères qu'avant l'internement, avec cette seule différence que la malade supporte ses hallucinations sans manifester de réactions violentes. Ne peut-on pas admettre que la crainte d'être de nouveau arrêtée et conduite à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, dont elle garde un souvenir pénible, ne joue pas un rôle frénateur et explique ce comportement particulier qui permet à cette malade de rester en liberté.

Quant à la malade observée avec Courtois, à laquelle font allusion MM. Vié et Potel, elle ne présenta plus d'hallucinations dès qu'elle fut internée, mais elle conserva la conviction délirante de la réalité de toutes ses persécutions antérieures et elle fut maintenue à l'asile.

(1) Les idées délirantes de grossesse (avec BOBÉ). *Encéphale*, juin 1932.
— Comment concevoir l'Organique et le Fonctionnel. *Hyg. mentale*, mars 1934.

M. HESNARD. — L'influence du séjour à l'asile est évidente. Mais, dans le cas particulier, il semble qu'on ne puisse pas dire que le séjour ait suspendu le délire. La malade nous a bien dit tout à l'heure, en effet, qu'elle avait presque immédiatement après l'arrivée à l'asile entendu les mêmes injures, mais qu'elle avait eu la force de ne pas y répondre.

M. DAUMÉZON. — Cette sédation des hallucinations par l'internement est de règle. Mais elle n'est que momentanée, comme le prouve cette réponse que l'on obtient fréquemment des malades auxquelles on demande s'ils entendent encore des voix, le jour où on les examine pour la première fois : « Non, pas encore. »

M. COURBON. — Le rôle de l'émotion dans la disparition des troubles mentaux est incontestable chez cette malade. Elle nous a dit nettement : « Quand j'ai constaté qu'on m'emmenait à l'infirmerie de la préfecture, j'ai tellement eu peur que j'ai cru que tout était perdu. »

Dans certains cas, la disparition de tous les troubles mentaux ; phénomènes hallucinatoires et convictions délirantes elles-mêmes disparaissent réellement. En effet, il ne faut pas prendre comme l'expression exacte de la réalité tout ce que les malades nous disent, ou du moins nous n'avons pas le droit de décréter quand leurs dires varient à plusieurs mois de distance, que l'une de ces variations était vraie et que l'autre était fausse.

Cette malade, quand elle était à l'asile, disait ne plus entendre d'injures. Maintenant, elle dit qu'elle les entendait, mais qu'elle dominait ses réactions à leur égard. Rien ne nous autorise à dire que sa première version était moins sincère que la seconde. Le délirant chronique par un processus, auquel les anciens auteurs donnaient le nom de métabolisme, transforme son passé en le reconstruisant.

Par conséquent, je crois avec M. Vié qu'il s'est agi chez cette femme d'une suspension réelle des hallucinations et non simplement d'une réticence. Et c'est assez souvent le cas.

M. J. VIÉ. — A l'asile, Mme Ch... n'avait plus présenté aucun trouble objectif. Elle avait supporté avec un calme complet le retard apporté à sa sortie par des démarches de l'administration relatives à son logement. La réapparition du processus hallucinatoire légitime le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique. Certes, l'internement n'a pas eu de valeur curative complète. Néanmoins, l'amélioration, constituée en quelques heures, prolongée des mois, sensible encore puisque la malade reste en liberté, conserve un double intérêt théorique et pratique.

Deux cas de psychose polynévritique,
par MM. Xavier ABÉLY et Jean MAILLARD.

Les deux observations que nous vous présentons sont des cas assez classiques de psychoses polynévritiques, mais qui présentent des particularités dignes d'intérêt.

La première malade, Mlle B., téléphoniste, est âgée de 39 ans. Elle a toujours été nerveuse. A la suite du décès de sa mère, survenu il y a six mois, elle a fait un accès de dépression avec pleurs, découragement, inappétence. L'état paraissait s'améliorer, la malade avait repris son travail et avait pu assurer son service jusqu'au 20 octobre dernier, bien que se sentant très fatiguée. A ce moment apparut un état onirique avec agitation nocturne ; Mlle B. distribuait des communications téléphoniques imaginaires. En même temps se développèrent très rapidement des phénomènes parétiques des membres inférieurs, rendus évidents par une chute dans un escalier.

A son entrée, Mlle B. présente un syndrome typique de Korsakoff avec désorientation, amnésie de fixation, fabulation, suggestibilité, turbulence ; épisodes oniriques persistants. La polynévrite des membres inférieurs est très marquée avec abolition des réflexes rotuliens et achilléens, atrophies musculaires ; parésie des membres inférieurs rendant la marche presque impossible ; douleurs subjectives très intenses, troubles sensitifs objectifs très importants. Mais la polynévrite n'a pas touché seulement les membres inférieurs. Avec une évolution extrêmement rapide, elle a envahi les membres supérieurs, les muscles du tronc, des lombes, du dos et paraît atteindre les muscles de la nuque. La malade ne peut plus s'asseoir sur son lit.

Au niveau des yeux on constate même de façon intermittente des mouvements nystagniformes.

Il n'y a pas de tremblement de la langue et des mains.

Le foie est volumineux et non douloureux ; il n'y a pas d'ascite. La rate est normale. Les urines contiennent des traces d'albumine et de glucose. Les règles sont suspendues depuis le début des troubles. Cette malade présente enfin très probablement une tuberculose qui semble évoluer de façon assez aiguë avec toux, submatité des sommets, craquements, râles, fièvre vespérale.

Dans cette observation nous croyons pouvoir souligner les particularités suivantes :

1° La rapidité d'envahissement du processus polynévritique qui fait de ce cas un véritable syndrome de Landry. Il n'y a cependant encore aucun trouble nerveux laissant craindre une atteinte du pneumogastrique. Toute réserve faite sur la possibilité d'une lésion des cellules motrices nerveuses, il s'agit en tout cas d'une polynévrite ascendante aiguë.

2° L'origine de cette polynévrite reste sujette à discussion. Cette jeune fille a toujours vécu dans sa famille, menant une existence très régulière. Il est possible qu'elle ait fait quelques excès de vins généreux, mais ces excès sont de date relativement récente. On ne saurait, par contre, ne pas tenir compte de la tuberculose qui évolue parallèlement à la polynévrite. Il est à remarquer que Mlle B. ne présente aucun tremblement digital ou lingual.

3° Enfin, il faut noter l'hépatomégalie, qui peut être sans doute d'origine éthylique, mais qui peut relever aussi d'une hépatite dégénérative tuberculeuse. Rappelons que le foie n'est pas douloureux. Plusieurs auteurs considèrent que la lésion hépatique est un intermédiaire nécessaire entre l'intoxication et le syndrome de Korsakoff.

La deuxième malade est âgée de 70 ans.

A l'entrée, elle se montre désorientée, amnésique, fabulante, onirique, turbulente; elle a de vagues idées de préjudice. Les réflexes tendineux sont faibles; les mains ont un léger tremblement. On constate un arc oculaire sénile très net et une légère opacité des cristallins.

On pouvait, en somme, songer très légitimement au diagnostic de presbyophrénie. Cependant, quelques symptômes imposaient aussi une orientation différente.

Les membres inférieurs présentaient une légère parésie; dans sa turbulence la malade avait fait elle aussi une chute avec fracture de l'avant-bras. Elle accusait des phénomènes douloureux subjectifs et objectifs, la pression étant notamment fort pénible. Le foie était petit et on constatait un léger subictère conjonctival. La tension artérielle était normale.

L'évolution devait lever le doute. Les troubles se sont améliorés; la confusion s'est atténuée, laissant apparaître une mémoire des faits anciens assez bien conservée. Les réflexes tendineux des membres inférieurs se sont modifiés, devenant plutôt vifs. Les troubles de la marche et la douleur subsistent.

Il est possible, d'ailleurs, que l'âge ait eu son action sur les phénomènes cliniques observés. On sait que Dupré et René Charpentier (1) ont signalé la fréquence des polynévrites dans la presbyophrénie qui ne serait qu'une psychopolynévrite sénile.

Les facteurs étiologiques peuvent être d'ailleurs multiples dans les polynévrites. Il est extrêmement probable que l'alcool est en

(1) E. DUPRÉ et René CHARPENTIER. — Des psychopolynévrites chroniques (*L'Encéphale*, avril 1908). — Psychopolynévrites chroniques et démence (*L'Encéphale*, février 1909).

cause dans ce cas beaucoup plus peut-être que dans notre première observation. Mais il y a ici un autre élément dont il faut souligner l'importance. Cette femme a été employée pendant trente ans dans une usine de vulcanisation du caoutchouc et à plusieurs reprises elle aurait présenté des signes d'intoxication par le sulfure de carbone avec troubles digestifs et douleurs des membres. On peut voir là, en tout cas, une cause lointaine de prédisposition à la polynévrite.

M. MARCHAND. — Les cas présentés par M. Abély sont particulièrement intéressants. Nous sommes habitués dans les hôpitaux psychiatriques à ne voir que des polynévrites dues à l'intoxication alcoolique. Dans les services de médecine générale, dans les services de neurologie, on observe de nombreux polynévritiques chez lesquels l'intoxication alcoolique doit être écartée. A propos de la première malade, qui est atteinte d'une forme grave de psychose polynévritique, le rôle de la tuberculose pulmonaire est manifeste. Je rappellerai à ce sujet ce que disait dans ses leçons le prof. Pitres : après les infections aiguës, les causes les plus fréquentes de polynévrites à marche rapide sont l'intoxication alcoolique, la grossesse, la tuberculose.

Dans ces formes aiguës à marche ascendante rappelant le syndrome de Landry, j'ai montré avec Courtois (*Revue Neurol.*, 1934) qu'il s'agissait non pas d'une lésion de nerfs périphériques, mais de lésions aiguës portant sur les cellules des cornes antérieures de la moelle et notre conclusion était que la psychose aiguë de Korsakoff était une encéphalo-myélite parenchymateuse.

M. HESNARD. — Le concept de la polynévrite à l'heure actuelle tend à être des plus imprécis et à être confondu avec celui de poliomyélite. Certains auteurs la décrivent comme mortelle à brève échéance. Cette présentation nous prouve qu'il est des cas qui régressent et que, lorsque l'issue est fatale, c'est la cause de la polynévrite et non celle-ci qu'il faut incriminer. C'est parce qu'elle est tuberculeuse et non parce qu'elle est polynévritique que la première des deux malades évolue rapidement vers la cachexie.

M. FRETET. — Je rappelle à M. X. Abély que, dans son service de Villejuif, nous eûmes l'occasion d'observer une polynévrite grave, à propos de laquelle on aurait pu incriminer le sulfure de carbone, car elle travaillait dans une usine où elle avait à manipuler ce corps. La malade cachectique qui vient de nous être présentée, étant donné l'état de son foie, pourrait être considérée comme un syndrome de Klippel.

M. GUIRAUD. — Au point de vue thérapeutique je crois devoir signaler les excellents résultats de la vitamine B. dans les poly-névrites.

Pathogénie des symptômes du délire aigu,
par MM. P. GUIRAUD et L. SAUNET.

Depuis les travaux récents de Toulouse, Marchand et Courtois sur les « Encéphalites psychosiques », le délire aigu redevient un sujet d'actualité. Ce renouveau d'intérêt est bien justifié par la fréquence relative de ce syndrome dans les services d'aigus, par sa gravité, par les difficultés de sa thérapeutique. Le « délire aigu » des auteurs classiques constitue un syndrome clinique assez précis et univoque, mais il semble bien que ce syndrome qui n'est en somme que l'expression de la gravité de l'atteinte du système nerveux et surtout de sa localisation aux régions vitales de l'encéphale puisse être réalisé par des causes et des pathogénies diverses.

Nous résumons les symptômes du délire aigu dans le tableau suivant :

Agitation motrice désordonnée. Défense violente contre toute intervention extérieure. Bris d'objets, laceration de la literie. Tremblement généralisé spécial au delirium tremens, mais habituellement trémulation musculaire perceptible surtout au contact et à l'auscultation. Parasitisme mimique sous forme de grimaces.

Somnolence : c'est l'inverse du syndrome précédent. Elle alterne souvent avec lui. Ce n'est pas un coma, puisque le malade sort brusquement de la somnolence pour s'agiter.

Troubles mentaux : confusion, onirisme terrifiant, incohérence verbale, assez souvent itérations verbales et écholalie. Anxiété.

Hyperthermie : peu élevée au début, mais s'accroissant rapidement. Dans certaines formes fulgurantes, la température monte en clocher à 41°5-42°.

Azotémie : nous avons observé une azotémie de 6 gr. 50 prolongée pendant 12 jours. Des azotémies de 3 gr. 50 à 3 gr. 80 peuvent guérir.

Oligurie : c'est un symptôme très important sur lequel nous avons attiré l'attention au Congrès de Nancy.

Troubles de l'instinct d'alimentation : cet instinct est atteint dans tous ses éléments : sécrétoires, moteurs et psychiques. Les malades encore conscients refusent de boire, jettent timbale et contenu au visage des infirmières, mordent les bords de la timbale, font des mouvements précipités et ataxiques avec les lèvres

et les mâchoires. Quand ils reçoivent de l'eau dans la bouche, ils font des mouvements de langue, de bouche, mais non de déglutition, comme un animal enragé. La sécrétion de la salive est presque complètement tarie. La langue est rôtie, les fuliginosités se développent. La sécrétion gastrique est également tarie, les aliments introduits par la sonde sont souvent rejetés par vomissements. Ces sortes d'apraxies motrices des actes d'alimentation contrastent avec une capacité normale d'articulation verbale.

Amaigrissement rapide.

Atteinte cardio-vasculaire : la pression sanguine n'est pas très défaillante, mais l'impulsion cardiaque est affaiblie. L'indice oscillométrique est très diminué, à peine perceptible. Tachyarythmie. Parfois, rythme couplé. Diminution de la masse sanguine. Hémorragies, congestions, infarctus.

Défaut d'absorption sous-cutanée : dès que l'état devient grave, le sérum chloruré ou sucré introduit sous la peau n'est pas absorbé, la peau devient pâle au niveau de l'injection. Les injections intra-veineuses sont seules efficaces.

Microbisme de sortie : fréquence des infections pulmonaires septiques. Broncho-pneumonie. Parotidites, otites, abcès, eschares. C'est l'homologue des infections bactériennes de sortie de la grippe. Fréquence de la congestion pulmonaire, infarctus.

Nous estimons que la plupart des symptômes caractéristiques du délire aigu résultent de l'atteinte des centres hypothalamiques et des centres végétatifs sous-jacents et accessoirement des centres voisins (corps striés). On peut attribuer à l'atteinte de l'hypothalamus :

L'agitation désordonnée : elle rappelle ce que les expérimentateurs ont appelé la pseudo-rage (sham-rage). Ce syndrome est obtenu chez le chat après ablation du cortex et du corps strié et de la moitié antérieure du cerveau intermédiaire. Ils réagissent avec une violence sauvage à de faibles excitations, frappent le sol avec la queue, dressent les poils, présentent des sueurs, de la tachycardie, l'élévation de la pression sanguine ; chez l'homme divers expérimentateurs ont provoqué, au cours d'opérations un état semblable à l'agitation maniaque par excitation de la partie antérieure de l'hypothalamus (Fulton et Bailey, Foerster, Ranson), rappelant la sham-rage de Bard.

Il est superflu de faire remarquer que l'état inverse, à savoir la somnolence, est provoqué par l'excitation de la partie postérieure de l'hypothalamus (Hess).

L'action de la région infundibulo-tubérienne sur la régulation thermique est un fait classique. Nous ne faisons que renvoyer à

ce sujet au rapport de André Thomas (1) en 1934. La fièvre nerveuse est bien connue dans l'hémorragie cérébrale, les opérations pour tumeur qui modifient l'équilibre du liquide céphalo-rachidien dans le troisième ventricule. Gagel (2), dans son article sur la symptomatologie de maladies de l'hypothalamus insiste sur les différences entre l'hyperthermie nerveuse et la fièvre des infections. La première est caractérisée par une discordance entre la température centrale et la température périphérique qui reste peu élevée (Cl. Vincent), l'absence d'hyperleucocytose, la résistance à l'action des médicaments antipyrétiques, l'absence de déperdition cutanée de chaleur.

Donc, en théorie au moins, il n'est pas impossible qu'une excitation purement nerveuse puisse provoquer de la fièvre dans le délire aigu. Cette hypothèse est au moins vraisemblable pour le *delirium tremens* des alcooliques.

Les troubles de l'instinct d'alimentation, tels que nous les décrivons, ne sont pas notés d'ordinaire dans les manifestations cliniques de l'hypothalamus, mais il faut cependant les rapprocher de la cachexie de Simmonds.

Depuis longtemps nous avons émis l'hypothèse que l'hyperazotémie des délires aigus pouvait être d'origine nerveuse. Il faut se reporter à ce sujet aux travaux de Ch. Richet fils et Dublineau, et plus récemment de Ch. Richet fils (3), qui obtiennent chez l'animal une azotémie notable par piqûre du quatrième ventricule et de quatre autres centres montant jusqu'à la région tubérienne.

Soulignons, en passant, que tous les symptômes du délire aigu ne sont pas attribuables au seul hypothalamus, mais à un ensemble de centres végétatifs qui d'ordinaire résistent bien aux agents pathogènes.

Une des causes importantes de l'accumulation de l'urée dans les tissus est l'oligurie et même l'anurie, dont l'apparition rend si grave le pronostic du délire aigu. Ici, nous avons un trouble du métabolisme de l'eau qui réalise l'inverse du diabète insipide. Le rôle de l'hypothalamus dans ce dernier syndrome est connu de tous.

Cependant, depuis que nous avons pratiqué l'examen histologique d'un assez grand nombre de reins provenant de délires aigus, nous ne croyons plus, qu'au moins à la période terminale, la rétention uréique soit le seul fait de troubles nerveux. Tous les reins examinés sont atteints de néphrite épithéliale d'autant

(1) André THOMAS. — *Revue Neurol.*, 1934, T. I, p. 984.

(2) O. GAGEL. — *Handbuch der Neurologie*, T. V, p. 482 et suivantes.

(3) Ch. RICHEL. — *Revue de la Société biologique argentine*, nov. 1934.

plus accentuée que la maladie s'est prolongée plus longtemps. Il ne s'agit nullement d'une inflammation rénale, mais d'une véritable lyse des cellules épithéliales des tubes contournés. Des recherches récentes tendent à faire admettre que cette néphrite n'est probablement pas le résultat d'une atteinte directe du rein, mais qu'elle est elle-même d'origine nerveuse.

L. Christophe (1), étudiant expérimentalement le mécanisme de la mort des brûlés, a montré que si l'on fait passer le sang provenant du membre inférieur brûlé d'un chien par la tête d'un autre chien et exclusivement par sa tête, le rein de ce dernier chien présente des lésions comparables à celles des « néphrites toxiques aiguës » d'Oberling. Il suffit de faire durer la perfusion pendant six à huit heures pour que le chien meure en quelques jours de la maladie des brûlés. Entre autres symptômes de cette maladie des brûlés, signalons l'augmentation constante et progressive de l'urée sanguine, l'augmentation de l'azote non protéique, l'acidose progressive, la diminution considérable de la masse sanguine, tous symptômes également fréquents dans le délire aigu.

En résumé, dans le délire aigu, nous avons affaire à un syndrome bien différent de ceux que nous soignons d'ordinaire dans nos services. Tous les syndromes mentaux habituels, y compris les confusions mentales de gravité moyenne respectent les *centres nerveux réflexes d'importance vitale primordiale*, dans le délire aigu, au contraire, ces centres sont atteints, spécialement ceux de la régulation thermique, azotée et hydrique.

Ils ne sont pas les seuls atteints, mais leur lésion donne au syndrome sa gravité spéciale. Il est probable que leur importance vitale leur confère une résistance particulière à l'égard des agents pathogènes en général, mais non de tous, l'exemple de la maladie des brûlés est caractéristique.

Dans cette première partie nous avons fait un essai de localisation. Reste à déterminer quels facteurs étiologiques peuvent atteindre l'hypothalamus. Théoriquement, tout est possible : infection, intoxication, mécanisme rappelant les chocs peptoniques ou l'anaphylaxie sur lesquels a insisté Marchand (2). Nous croyons utile de faire une classification des délires aigus suivant les facteurs étiologiques.

1° L'atteinte *directe* de l'encéphale par un processus infectieux (type encéphalite-léthargique) nous paraît très rare.

(1) L. CHRISTOPHE. — *Presse médicale*, 2 juillet 1938, p. 1054.

(2) L. MARCHAND. — *Congrès de Bâle 1936*, p. 405.

Cependant, certains délires aigus et certains ictus mortels de la paralysie générale peuvent résulter d'une localisation du tréponème ou de ses toxines dans la région hypothalamique.

L'examen histologique ne montre qu'exceptionnellement des réactions périvasculaires inflammatoires. Nous ne voulons pas dire qu'on ne puisse trouver quelques lymphocytes dans les espaces périvasculaires, mais ces réactions discrètes n'ont rien de comparable aux encéphalites par atteinte directe de l'encéphale par un virus neurotrope telles qu'on les observe dans l'encéphalite-léthargique, la paralysie générale, la maladie du sommeil, l'herpès cérébral expérimental, les encéphalites à toxoplasmes, à encéphalitozoon cuniculi, les formes aiguës de la sclérose en plaques, etc...

Il suffit de se reporter aux figures de l'article de Girard, Cornat et Moreau (1), pour voir combien elles sont discrètes. Dans l'ouvrage de Marchand et Courtois elles sont plus accentuées dans quelques figures, mais il s'agit alors de septicémies véritables : métrite fébrile, grossesse extra-utérine, accouchement prématuré, etc. Les thrombus de polynucléaires signalés par Dechaume dans la thèse de Chaillet sont fréquents chez les malades décédés de broncho-pneumonie ou d'infections généralisées.

2° Délires aigus, complication d'une maladie infectieuse grave (par exemple, septicémie streptococcique, etc...). Dans ces cas il n'y a pour ainsi dire pas de problème, les toxines microbiennes atteignent les centres hypothalamiques, protubérantiels, bulbaires, etc. La maladie est appelée délire aigu seulement parce qu'elle est soignée dans un hôpital psychiatrique.

3° Délires aigus saisonniers. C'est pratiquement la forme importante et de beaucoup la plus fréquente. Elle coïncide d'ordinaire avec des épidémies de grippe. Est-elle une forme particulière de grippe ? La coexistence avec la grippe, la fréquence et la gravité des congestions pulmonaires confinant à l'infarctus, y font penser. Mais, au début, il n'y a pas de céphalée, ni de catarhe oculonasal, ni d'hyperthermie brusque. On pourrait essayer l'inoculation au furet et la recherche de l'immunité croisée.

Mais nous ne croyons pas à une encéphalite primitive (absence de réaction périvasculaire notable, atteinte des cellules nerveuses et réactions névrogliques consécutives). A notre avis, il s'agit d'une maladie infectieuse générale. Le meilleur argument est l'hyperleucocytose sanguine fréquente, 12.000, 19.000, 22.000.

(1) P. GIRARD, P. CORNAT et P. MOREAU. — Le délire aigu. *Revue de Médecine*, juin 1937, p. 311.

24.000. Cette hyperleucocytose est déjà signalée par Marchand et Courtois et par Girard et ses collaborateurs.

4° Délires aigus récidivants. Nous en publierons ultérieurement un certain nombre d'observations. Dans ce cas, le problème est de savoir si nous avons à faire à une maladie infectieuse récidivante (comme la grippe, l'herpès, etc...), ou à une forme particulière de psychose maniaque dépressive dans laquelle le processus morbide de nature inconnue atteint de façon inhabituelle les centres végétatifs d'importance vitale.

5° Délires aigus survenant à titre de complication des psychoses. Nous nous demandons si, dans ces cas, il ne s'agit pas bien souvent de maladies infectieuses banales passées inaperçues : bronchopneumonies surtout, septicémies par eschares. Nous avons peu de documents sur cette dernière variété.

Nous reconnaissons que le présent exposé théorique n'est qu'un aperçu général et plutôt un plan d'études soumis à tous, qu'un recueil de résultats. Mais la difficulté extrême des examens cliniques et biologiques chez ces malades doit sur ce point nous valoir l'indulgence des médecins qui ne soignent que des sujets tranquilles et dociles.

M. MARCHAND. — Le tableau clinique et biologique du délire aigu que vient de nous tracer M. Guiraud concorde dans ses grandes lignes avec celui que j'ai décrit, avec Toulouse et Courtois, sous le nom d'encéphalite psychosique aiguë azotémique. M. Guiraud pense que l'ensemble du syndrome semble indiquer une lésion de la région infundibulaire. Quoique, chez ces sujets, la diffusion des lésions encéphaliques permette difficilement d'établir une telle localisation, je tiens à insister sur le fait que, dans tous les cas examinés histologiquement, il y avait des lésions particulièrement profondes des cellules des couches optiques et souvent des réactions vasculaires intéressant les vaisseaux de la région sous-épendymaire.

Il est très possible que cette grave maladie, parfois à caractère saisonnier, soit secondaire à une infection inconnue de l'organisme qui retentirait secondairement sur le système nerveux sans toutefois que l'élément microbien se soit propagé au tissu nerveux, mais on doit également tenir compte des cas qui surviennent seulement à la convalescence des maladies infectieuses, des cas qui viennent compliquer une grossesse normale, des cas idiopathiques qui frappent des sujets en pleine santé. C'est pourquoi j'attache une si grande importance au terrain de l'individu, dont la fragilité cérébrale est manifeste. Il s'agit très souvent de sujets qui ont présenté antérieurement des troubles

mentaux. L'encéphalite non suppurée du délire aigu est subordonnée bien moins aux causes provocatrices qu'à la réaction du terrain, à l'intolérance nerveuse individuelle, ce qui la rapproche des réactions cérébrales sérothérapiques, protéiniques et anaphylactiques.

M. X. ABÉLY. — Je me demande si l'épithète d'épidémique ne conviendrait pas mieux que celle de saisonnière pour ces cas de délire aigu qui, à des époques variables de l'année, remplissent le service de l'admission.

M. FRETET. — L'hyperleucocytose peut fort bien exister dans les lésions de l'hypothalamus. Clovis Vincent la considère comme fréquente dans les tumeurs de cette région. Elle constitue avec l'hyperhémie et l'hypertension, le syndrome de Jesbow.

Remarques sur un délire chez une débile mentale,
par M. L. SAUNÉ.

Le sujet que nous avons l'honneur de vous présenter nous semble manifester plusieurs points particuliers intéressants.

Il s'agit d'un délire survenu à la ménopause chez une débile mentale.

H. est en effet une débile mentale nette, sa débilité mentale comporte ce caractère non exceptionnel d'être consciente, la malade semble même accentuer son infériorité réelle.

Le délire d'auto-accusation qu'elle présente a tout d'abord ce caractère d'être presque uniquement limité au remords d'avoir pincé au genou un petit enfant lorsqu'elle avait quinze ans.

Un deuxième caractère est la forme très spéciale d'itération phasique que la malade manifeste lorsqu'elle évoque cet acte ancien et très rarement lorsqu'elle parle d'autre chose.

Enfin, H. éprouve l'évocation répétée de ce souvenir à lourde charge affective sous forme d'hallucination verbale motrice. Ce n'est pas elle qui parle, c'est l'Assistance publique, qui veut la punir. Elle accuse des douleurs dans les lombes et dans la tête ; elle exécute des mouvements alternatifs et saccadés des bras ; elle crie parfois, et la raison qu'elle donne de toutes ces manifestations est une action corporelle et punitive de l'Assistance publique.

Voici le résumé de l'observation :

H. entre dans le service le 25 août 1938, âgée de 52 ans. Elle a le front bas, les yeux écarquillés et écartés, les cheveux noirs et drus,

la face aplatie ; elle effectue des mouvements de constriction répétée de l'orbiculaire des lèvres, avec projection de la lèvre inférieure en avant. Lorsque nous voyons la malade pour la première fois, elle se livre à des mouvements d'élévation et d'abaissement des deux avant-bras, les mains étant jointes et les bras serrés contre le corps. « Je peux pas m'empêcher, je peux pas m'empêcher, dit-elle, dzi dzi dzi dzi, bobobobobo, moi triste, triste, triste, seulement un petit peu pincer le marmot pour consoler après tristement. » Ce langage petit-nègre, qui comporte de nombreuses itérations verbales, syllabiques, ou simplement sonores, va devenir presque normal lorsque nous interrogerons la malade sur ses antécédents.

H., pendant son enfance, gardait les moutons dans son pays natal, elle avait deux frères et deux sœurs, dont une sœur idiote et un frère alcoolique. Son père devait mourir à 62 ans d'une maladie de cœur, sa mère de vieillesse à 78 ans. Ils étaient pauvres. Elle se rappelle qu'elle était « mangée à poux » et qu'elle avait grand peur des revenants dont on lui racontait l'histoire. La malade se rappelle une grande peur panique qu'elle eut dans son enfance, courant à perdre haleine dans la campagne, se figurant que les revenants la poursuivaient. Pendant sa jeunesse elle fuyait les garçons, son père lui recommandait de se méfier d'eux, elle se souvient de ces conseils : « Pas avoir d'amis, pas avoir d'enfants, pour faire des malheureux c'est pas la peine. » Elle fréquenta peu l'école : « Tête dure j'avais, dit-elle », elle apprit assez bien les départements, le catéchisme, les quatre règles, mais elle ne comprenait pas les problèmes.

A partir de l'âge de quinze ans, sur le conseil de sa sœur placée à Paris, elle quitte son pays, veut rejoindre sa sœur et commence une existence pénible de transplantée. Son récit exprime combien elle souffrait de la notion de son infériorité, des reproches qu'on lui adressait, de ceux qu'elle jugeait mériter, de son appétit campagnard jamais satisfait, de sa confusion quand elle avait mangé le contenu du garde-manger, et aussi du travail et des initiatives qu'il comporte.

H. change fréquemment de place, sa sœur l'aidant à vivre, elle semble n'avoir jamais été adaptée à une tâche, sauf dans une fabrique de jouets où elle comptait les pièces : « Ça m'amusait beaucoup, dit-elle. » A l'âge de 36 ans elle tombe malade et subit une néphrectomie ou néphropexie droite. H. travaillera encore un peu dans une chocolaterie, puis est placée à l'Hospice d'Ivry, elle semble y avoir été assez heureuse, délivrée du souci du pénible travail.

Au cours du long récit de sa vie, la malade est incapable de situer les événements chronologiquement, elle ne sait ce qu'elle faisait pendant la grande guerre qui a passé pour elle inaperçue auprès des difficultés quotidiennes. Les événements de la vie se déroulent avec réminiscence des plus petits détails, elle n'en peut condenser les principaux épisodes ; si on lui demande une précision, une confirmation, une chose déjà dite, elle s'arrête, déconcertée.

L'épisode actuel semble avoir débuté au mois de janvier de cette année. Au milieu d'un état probablement onirique ayant débuté par des douleurs lombaires, de la céphalée, une impression cœnesthésique pénible, surgit le souvenir de l'enfant pincé, situé tout au début de la vie d'Henriette à Paris, oublié pendant 37 ans, et qui apparaît avec une netteté extrême, accompagné de vives représentations de remords, d'émotion, de sentiment d'impuissance, et de tristesse.

Voici comment elle narre les circonstances de cette réminiscence : « J'étais fatiguée au mois de janvier, triste, et puis beaucoup bobo partout..., depuis le mois de janvier, fatiguée partout, j'ai pleuré dans la salle de jeu, elle me dit : Faut demander le médecin. Il m'a pris des douleurs, j'ai dit : Quelqu'un me travaille, des voix dans ma tête ; c'est la surveillante qui m'a dit que mon beau-frère me corrigait parce qu'elle se touchait : Je me touche pas, je me touche pas. La surveillante m'a fait demander, j'ai entendu qu'elle disait à quelqu'un qu'elles avaient la permission de me flageller, un externe a demandé la permission à son beau-frère pour la corriger, on la mettra après à l'Assistance. Je suis tombée en loques, mes yeux retournés, on m'a passé à la radio, mes yeux tournés à l'envers, on m'a fait corriger au jardin, des grelots, des grelots sur ma tête, je vole, je vole, je cours, je cours, je touche pas la terre, vol-au-vent. » Au cours de cet état, H. ressent des douleurs dans la main gauche qu'elle appelle des picots, des douleurs dans les reins, dans le ventre ; elle perçoit de mauvaises odeurs, des bourdonnements d'oreilles. Elle éprouve la sensation de voler et de se mouvoir dans l'espace. Tout cela est produit par l'Assistance Publique. Voici les paroles d'Henriette qui nous semblent le mieux exprimer ses troubles cœnesthésiques et ses convictions d'action extérieure : « Ça me brûle dans la gorge, ça me fait serrer les dents, j'entends dze dze dze, et mauvaise odeur gorge, et coucou serré, électricité, T.S.F. dans mon corps, gz gz gz, eh eh eh et bobo, peux pas m'empêcher, pas pas m'empêcher, les clochettes me sonnent pour le petit mignon. Docteur, ce n'est pas elle qui parle, c'est l'Assistance Publique, tremble, ce n'est pas toi, c'est nous ! »

Le noyau du délire d'H., le reproche de l'enfant pincé est évoqué en un style où les itérations et les phrases rythmées sont d'une fréquence particulière. La fixation de ces phrases n'est pas invariable (comme nous avons demandé à la malade pourquoi elle parlait comme un petit enfant, au lieu de dire bobo bobo, elle dit maintenant mal mal).

Nous avons reconstitué en français le récit qu'elle nous raconte dans un langage itératif dont nous avons déjà donné un échantillon. Elle venait de subir un reproche parce qu'elle était sale, très triste elle entre dans la pièce où se trouve l'enfant de sept mois, elle retient un moment son geste, puis pince l'enfant deux fois (farouchement, dit-elle), l'enfant crie, Henriette serait heureuse de l'embrasser et de le consoler, mais la mère accourt. Henriette dit qu'il s'est cogné, la

mère ne répond pas, et Henriette monte l'escalier pour se laver les mains, elle n'a pas été grondée.

Elle mène dans le service une vie très active à certains jours, balayant la cour avec ardeur. Parfois, elle ne fait que pousser des cris perçants et gesticuler ; parfois, elle se contente de répéter quelques bribes de l'histoire du marmot pincé.

Quand elle voit un médecin elle vient lui dire : « J'ai mal, j'ai mal, c'est pour le marmot, elle n'ose pas toucher à cette chair, et farouchement, et l'enfant a jeté un cri, et H. toute triste », ou tout autre propos semblable.

La méthode des tests de Binet et Simon attribuée à H. un âge mental de 9 ans et 2 mois.

Plusieurs points nous semblent utiles à mettre en évidence dans ce délire :

I. *La nuance mélancolique.* La malade a des idées d'humilité, elle est bête, elle est sale, elle souffre, mais ne fait aucun reproche à la puissance qui la punit, elle demande seulement qu'on arrête sa peine. Elle est geignarde, extrêmement démonstrative, dans sa douleur, elle rappelle beaucoup les enfants qui se forcent à pleurer pour attirer l'attention.

II. Le caractère peu intense de la conviction hallucinatoire qui semble parfois une simple forme d'expression.

III. Dans ce délire, le rôle de pouvoir surnaturel punissant les fautes les plus cachées est tenu par l'Assistance publique. Le sujet accorde à la puissance dont dépend sa vie matérielle un accès à sa conscience. C'est à proprement parler une divinisation. H. croit qu'en reconnaissant une sanction émanant d'une puissance tutélaire par excellence, elle se met à l'abri de l'inquiétude, elle échappe aux malaises dont elle n'a pas trouvé la clef. Elle se met sous une protection connue. Elle attribue à l'Assistance publique l'origine de ses malheurs actuels, espérant qu'ils sont l'effet d'une sévérité passagère, espérant aussi pouvoir éviter la prolongation du châtement en faisant comprendre au pouvoir suprême l'étendue de la douleur qu'elle éprouve. C'est là un point de rencontre entre la pensée débile et la pensée primitive totémique.

IV. L'émotion pénible ressentie à la puberté et oubliée est évoquée à la ménopause. Le souvenir de l'acte de nature sadique revient en même temps que le sujet croit entendre qu'on l'accuse de se toucher et qu'on la menace de flagellation.

V. Le récit d'H. permet de saisir le mécanisme d'une forme de sadomasochisme très fréquente : le sujet triste et anxieux fait souffrir l'objet pour l'amener au même état que lui, et compâtrer ensuite à la souffrance provoquée.

VI. Enfin, les itérations syllabiques et verbales déforment le langage du sujet d'une façon particulière lorsqu'est évoqué le souvenir à lourde charge affective, elles sont à peu près absentes dans l'expression de la pensée normale.

Le souvenir refoulé détermine une parole soumise à des centres itératifs d'activité inférieure et primitive, il détermine également tout un comportement moteur inférieur à type infantile avec grimaces, cris et trépignements.

Il faut remarquer que chez H. le retard de développement mental permet de supporter plus facilement des tâches constituées par des gestes répétés indéfiniment. Le métier qu'elle a préféré est le travail à la chaîne dans une fabrique. Au contraire, tout ce qui comporte une variété d'action lui cause un malaise.

H. peut faire l'effort nécessaire à l'adaptation de son langage à un mode à peu près normal de débit, sous l'influence du pénible souvenir, cet effort devient impossible.

La forme de langage d'H. est un exemple de l'utilisation pathologique des modes itératifs pour une fonction supérieure telle que le langage ; l'itération étant, dans un psychisme normal, maintenu aux fonctions mécaniques de la mastication, de la marche, etc...

Nous empruntons cette conception des itérations à notre maître, le Docteur Guiraud, elle est exposée dans son article : Analyse du syndrome stéréotypie.

Par ces quelques réflexions, nous avons essayé de montrer que l'examen d'un psychisme inférieur et naïf peut laisser observer des mécanismes, bien souvent masqués chez d'autres sujets par la censure, les acquisitions intellectuelles et le désir d'être logique.

M. FRETET. — La modification du langage de cette femme lorsqu'elle parle de son délire semble de nature émotionnelle, due à l'émotion qu'elle éprouve, et non de nature paranoïde, terme par lequel on pourrait désigner le langage maniéré et à prétentions logiques que certains malades employent, simulant le jargon de la basoche.

La séance est levée à 11 heures 30.

Les secrétaires des séances :
Paul ABÉLY et Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 28 Novembre 1938

Présidence : M. René CHARPENTIER, ancien président
et M. LAIGNEL-LAVASTINE, vice-président

En ouvrant la séance, M. René CHARPENTIER, qui préside, souhaite la bienvenue au D^r BERSOT (de Neuchâtel), *membre associé étranger*, qui assiste à la séance.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 24 octobre 1938 est adopté.

Correspondance

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

une lettre de M. FILLASSIER, *président*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

des lettres de MM. BESSIÈRE, LECONTE et FAIL, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

des lettres de MM. les D^{rs} MENUAU, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine ; DUCOUDRAY, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Albi ; SOULAIRAC, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques, et GALLOT, médecin-assistant à l'hôpital de la Pitié, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membres correspondants nationaux* ; la Société désigne une commission composée de MM. LAIGNEL-LAVASTINE, CHATAGNON et Henri BARUK, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du 22 décembre prochain ;

des lettres des D^{rs} LOWELL SELLING, directeur de la Clinique psychopathique de Détroit (Michigan), et FAHREDDIN KERIM GÖKAY, professeur à l'Université d'Istanbul, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membres associés étrangers* ; la Société désigne une commission composée de MM. René CHARPENTIER, Paul COURBON et Paul CARRETTE, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du 22 décembre prochain.

Déclaration de vacances de places de membres titulaires

Trois places de membre titulaire résidant et une place de membre titulaire non-résidant sont déclarées vacantes. Les candidatures accompagnées d'un exposé de titres et travaux devront être adressées au secrétaire général avant le jeudi 22 décembre, date à laquelle seront constituées les commissions chargées de l'examen de ces candidatures. L'élection aura lieu à la séance du lundi 23 janvier 1939.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. COLLET, au nom d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, COLLET et VIGNAUD, il est procédé au vote.

Nombre de votants	21
Majorité absolue	11

A obtenu :

M. HANSEN	21 voix
-----------------	---------

M. le docteur HANSEN, médecin-chef de la Maison de santé d'Ettebruck (Grand-Duché de Luxembourg), est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

Décès du D^r CROUZON et du D^r TRUELLE

M. LAIGNEL-LAVASTINE, *Vice-Président*. — Mes chers collègues, notre Société vient, en ces derniers mois, d'être cruellement frappée par la disparition de deux de ses membres les meilleurs : Crouzon et Truelle.

CROUZON, né en 1875, fut surtout un grand neurologue. Reçu en 1900 au concours de l'internat des hôpitaux, puis chef de clinique du Professeur Dieulafoy en 1906, médecin des hôpitaux en 1912, membre de l'Académie de médecine en 1935, il fut nommé Professeur de Médecine sociale en 1937, chaire créée pour lui. Il était commandeur de la Légion d'Honneur.

Depuis 1919, il était chargé de cet immense service de la Salpêtrière que vous connaissez tous. Elève du Professeur Pierre Marie, son œuvre personnelle en neurologie est considérable. Je ne puis ici que citer sa thèse de 1904 sur les Scléroses combinées, la description, en 1912, de la Dysostose cléido-cranienne, maladie qui porte son nom, et ses nombreuses communications

à la Société de Neurologie, dont il était le Secrétaire général depuis 12 ans.

En médecine légale, son autorité d'expert était grande devant les tribunaux et je me contente de rappeler ses dernières publications : un rapport au Congrès de Francfort cet été dernier et un article avec Duvoir sur les Prédispositions aux maladies nerveuses professionnelles dans les *Annales de Médecine légale*.

Il était membre de la Commission internationale des Accidents du travail.

Il avait été orienté vers la psychiatrie dès ses années d'études au Collège Rollin, où il avait eu la bonne fortune d'avoir pour maître mon maître Pierre Janet. Et s'il n'appartenait à notre Société que depuis 1935, du moins était-il, depuis près de 30 ans, le participant fidèle des Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française qu'il présida, il y a 2 ans, à Bâle et à Zurich, prononçant à cette occasion un discours remarquable sur Erasme.

La mort l'emporta en quelques jours d'une façon inopinée, le 16 septembre dernier, alors qu'estimant la mobilisation inévitable, par suite des complications politiques, il avait préparé son uniforme militaire.

Il aimait faire plaisir aux autres, a dit de lui son vieil ami le Professeur Guillain. Cette formule résume toutes les qualités de cœur de Crouzon.

Victor TRUELLE a été, lui aussi, emporté en quelques semaines de maladie, il y a quinze jours.

Né en 1871, il fut externe des hôpitaux de Paris, puis interne major des asiles d'aliénés de la Seine, puis encore major, en 1900, au concours de l'adjuvat qui, à cette époque, ouvrait seul la carrière des asiles publics, appelés aujourd'hui Hôpitaux psychiatriques. Pour lui, cette carrière s'écoula tout entière dans les établissements de la Seine. Après avoir été médecin-adjoint à la Colonie Familiale de Dun-sur-Auron, il passa à Moisselles comme Directeur, devint médecin-chef d'abord à Ville-Evrard et enfin à Sainte-Anne où l'âge de la retraite l'atteignit en pleine activité, il y aura bientôt trois ans.

Nombreux sont les travaux dont il fut l'auteur et qui font autorité. Ses communications sur toutes les branches de la psychiatrie alimentèrent, pendant des années, les séances de notre Société à laquelle il appartenait depuis 1901 et dont il fut président en 1924, ainsi que les séances de la Société Cli-

nique de Médecine mentale dont il avait été l'un des fondateurs et qu'il présida en 1921.

La valeur de ses publications devant ces Sociétés et la finesse des discussions auxquelles il prenait part, le firent choisir par ses collègues comme rapporteur dans maintes circonstances. C'est ainsi que Sergent lui confia la rédaction des chapitres de la Démence artérioscléreuse et de la Démence sénile dans son traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée. En 1922, lors de la célébration du Centenaire de la thèse de Bayle, il traita la question du traitement et de l'assistance des paralytiques généraux. La même année, avec son ancien interne Georges Petit, qu'à un an de distance il vient de suivre dans la tombe, il soutint, devant le Congrès des Aliénistes et Neurologistes, un autre rapport sur les troubles mentaux de l'encéphalite léthargique. Enfin, en 1935, il exposa ici même, lors du Centenaire de la naissance de Magnan, dont il avait été l'interne, les conceptions du Maître de l'Admission, sur la Médecine légale des aliénés.

Truelle était lui-même un médecin légiste dont la renommée légitime s'étendait dans le grand public. Il était chevalier de la Légion d'Honneur.

Il fut un excellent clinicien et un charmant confrère. Ce n'est pas sans émotion que je le revois par la pensée, soit ici, soit au cours d'expertises communes. Elevons nos souvenirs vers lui pendant une minute de silence et puisqu'il fut notre Président, levons ensuite la séance en signe de deuil, conformément à l'usage.

COMMUNICATIONS

Indications du placement familial des paralytiques généraux traités (thérapeutique et assistance), par M. P. SIVADON et M^{lle} G. BRATANOVA.

Il serait vain de redire ici les importantes modifications qui ont été apportées dans le pronostic de la paralysie générale par la malariathérapie et la stovarsolthérapie. Ces thérapeutiques — tout le monde aujourd'hui l'admet — permettent de récupérer socialement de 30 à 40 % des malades. Mais, en revanche, elles créent un nombre considérable d'invalides, insuffisamment

guéris pour être remis en liberté et qui encombrant de façon inquiétante les services hospitaliers. Nous ne parlons pas de ceux, rares d'ailleurs, sur lesquels le traitement est resté sans influence. Nous voulons envisager la masse imposante des « paralytiques généraux fixés », des « délirants secondaires », des « affaiblis résiduels ». Surtout, nous voulons parler de ces malades dont les facultés élémentaires paraissent entièrement récupérées, qui répondent parfaitement aux tests classiques et pour lesquels, cependant, le médecin ne signe pas, sans quelque appréhension le certificat libérateur. Il est si difficile d'apprécier, en milieu hospitalier, ce que pourra être leur comportement lorsqu'ils auront repris place dans la société. Que faire cependant de ces malades auxquels on ne peut reprocher que d'avoir l'air « trop guéri » et de manifester un optimisme qui serait de bon aloi si l'on n'y soupçonnait l'indice d'une auto-critique amoindrie ?

Pour tous ces sujets, l'assistance familiale paraissait *à priori* pouvoir rendre des services.

Il s'agit, en effet, d'un mode d'assistance particulièrement économique puisque le prix de journée des Colonies Familiales est trois fois moindre que celui des Hôpitaux Psychiatriques de la région parisienne. Les malades y sont en liberté à peu près totale tout en restant sous la surveillance médicale, ils partagent la vie calme des populations rurales et se réadaptent progressivement à la vie sociale, cependant que leurs biens restent protégés par les dispositions de la loi de 1838.

Ce n'est pourtant qu'avec beaucoup de prudence que des essais de placement familial de paralytiques généraux ont été faits à Dun-sur-Auron et à Ainay-le-Château.

Entre 1930 et 1935, leur nombre, dans les Colonies, était d'une cinquantaine environ.

Cette prudence était bien légitime. Les paralytiques généraux ont toujours été considérés comme les malades les plus difficilement adaptables au placement familial. Ainsi que le notait très justement Vié en 1934 (1), « la plupart d'entre eux changent sans cesse de placement, ne sont contents nulle part, prétendent faire toutes sortes de travaux dont ils sont incapables, se livrent à des fugues, s'excitent, font des actes absurdes ». Cependant, tous les médecins qui se sont succédé à la tête des Colonies ont été d'accord pour reconnaître l'existence de quelques exceptions

(1) J. Vié. — Indications psychiatriques du placement familial des hommes. *Alléniste Français*, juin 1934.

heureuses. L'expérience méritait donc d'être continuée et développée. C'est à quoi s'est attaché l'un de nous, depuis 2 ans, à Ainay-le-Château.

Soixante-deux paralytiques généraux, traités sans succès dans les Hôpitaux Psychiatriques, ont été, depuis cette époque, transférés à la Colonie d'Ainay-le-Château. Quinze seulement ont dû être réintégrés en service fermé.

Voici les conclusions qui paraissent, dès à présent, pouvoir être tirées de cette expérience (1) :

1) Bien que les paralytiques généraux constituent, avec les déséquilibrés pervers, les malades les plus difficilement adaptables au placement familial, il est possible de faire bénéficier un grand nombre d'entre eux de ce mode d'assistance. Près des trois-quarts des paralytiques généraux transférés dans les Colonies peuvent y être maintenus sans incident.

2) Les causes de réintégration les plus fréquentes sont : l'incurie totale, les fugues et les tentatives d'évasion, les tendances érotiques (presqu'uniquement chez les femmes), le gâtisme urinaire. Les contre-indications au placement familial sont donc, avant tout : une démence trop accentuée, l'excitation psychique, les tendances érotiques, le gâtisme. Par contre, les idées délirantes les plus absurdes ne sont pas un obstacle absolu.

L'expérience montre que deux catégories de malades se rencontrent avec une extrême fréquence parmi les cas défavorables :

a) Les paralytiques généraux avec syndrome tabétique.

b) Les paralytiques généraux ayant fait une rechute après traitement et ayant été malarisés à plusieurs reprises.

Ce n'est donc qu'exceptionnellement que de tels malades peuvent être envoyés dans les Colonies.

3) Les cas les meilleurs sont ceux qui, après avoir réagi favorablement au traitement, voient leur amélioration stagner brusquement. Alors que l'agitation, les idées mégalomaniaques, l'excitation psychique ont cédé rapidement, il persiste un affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué, aggravé d'apathie, d'obnubilation, de légères tendances dépressives. Ce sont là des cas fréquents. Ils constituent l'indication la plus formelle au placement familial. Nous avons la conviction, en effet, que le milieu hospitalier, indispensable pour la conduite du traite-

(1) Voir pour plus de détails : G. BRATANOVA. — Le placement familial des paralytiques généraux fixés après traitement. *Thèse Paris*, 1938.

ment, est souvent néfaste pour la période de convalescence. La preuve paraît en être donnée par les améliorations remarquables observées chez de tels malades après placement familial. Nous pourrions en citer de nombreux exemples. L'un de nous en a rapporté plusieurs dans sa thèse. En voici deux :

Obs. 1. — Gro... Aimé, né le 31 juillet 1893.

Interné le 14 mai 1935, est transféré le 9 octobre 1936, avec le certificat suivant :

« Paralyse générale à la 2^e période, non améliorée par la malaria-thérapie. Inconscience de son état. Hypertonie, satisfaction, dysarthrie, troubles pupillaires. Peut être transféré. »

A l'arrivée, on note de gros troubles intellectuels avec apathie, satisfaction morbide, etc.

Rapidement, sous l'influence de l'assistance familiale, il s'améliore, se met au travail, prend conscience de sa maladie.

Sa mémoire est récupérée au point que, récemment, il a pu apprendre en deux jours, pour une séance récréative, une pièce de plus de 500 vers qu'il déclama sans la moindre défaillance et sans aucune dysarthrie.

Il peut être considéré actuellement (novembre 1938) comme mentalement guéri et sa sortie n'est différée qu'en raison de circonstances personnelles.

Obs. 2. — Dum... Claude, né le 6 mai 1893.

Interné le 16 juin 1934 pour « paralyse générale, agitation furieuse, démente accentuée, grivèlerie (vol de fleurs), générosité mégalomaniacque, syndromes neurologique et humoral au complet ».

Malarisé, s'améliore au point de vue de son excitation.

Il est transféré le 5 novembre 1936 avec le certificat suivant : « Paralyse générale non améliorée après traitement. Peut être transféré. »

A l'arrivée, on note de gros troubles intellectuels et particulièrement des troubles du jugement.

Cependant, sous l'influence de l'assistance familiale, et sans le secours d'aucun autre traitement, il s'améliore rapidement.

Son comportement devient sensiblement normal.

Ses troubles intellectuels régressent et il ne persiste bientôt que des troubles de l'autocritique avec très léger affaiblissement intellectuel.

Il est remis en liberté le 6 octobre 1937.

Certes, les améliorations tardives, après traitement, sont bien connues. Mais il nous paraît intéressant de noter la fréquence avec laquelle ces améliorations, dont on désespérait souvent, se sont manifestées immédiatement après le placement familial.

C'est pourquoi nous pensons qu'il y aurait bien souvent inté-

rêt, lorsqu'une guérison franche n'est pas promptement obtenue, à envoyer le malade en Colonie Familiale sans attendre qu'il « se fixe » à un stade de demi-guérison ou qu'il « s'installe dans la chronicité ».

C'est en partant d'un point de vue analogue que certains auteurs préconisent la sortie précoce après malariathérapie, préférant les risques d'une sortie hasardeuse à ceux d'une « démence asilaire ».

Les Colonies Familiales permettent les avantages de la vie libre sans enlever imprudemment au malade la tutelle médicale et administrative dont il a encore besoin. Elles doivent, à ce titre, être considérées comme de véritables établissements de cure dont la valeur thérapeutique, en ce qui concerne les paralytiques généraux, n'est pas négligeable. Il va sans dire qu'elles sont médicalement outillées pour effectuer les traitements d'entretien indispensables. Les médecins des Colonies peuvent étudier le comportement des malades dans des conditions très analogues à celles de l'existence normale. Ils peuvent ainsi estimer, avec les moindres chances d'erreur, le moment propice à la libération définitive. Et si la sortie se révèle impossible, le malade s'adaptera sans trop de peine à cette existence artificielle comportant, pour lui, le minimum de contrainte et, pour la société, le minimum de frais.

M. GUIRAUD. — Comme le fait remarquer M. Sivadon, le nombre des paralytiques généraux améliorés par la malariathérapie, mais incapables de gagner leur vie, surtout dans les circonstances actuelles, est considérable. Dans les services d'asile, on s'efforce, autant que possible, de les faire travailler pour éviter l'ankylose mentale, le désintérêt et l'inertie. Les Colonies Familiales conviennent moins aux femmes qu'aux hommes; les paralytiques femmes sont encore relativement jeunes, souvent érotiques, et l'érotisme risque d'avoir, pour la femme, des conséquences plus fâcheuses que pour l'homme. Je me demande si les résultats défavorables constatés chez les paralytiques remalariés ou qui présentent des symptômes tabétiques ne sont pas de simples coïncidences. D'après ma pratique, qui comporte plus de 800 malariathérapies, je ne constate pas que les signes de la série tabétique, c'est-à-dire, en pratique, l'abolition des réflexes tendineux, s'accompagnent d'un état mental particulier. Je remalariase assez rarement les paralytiques parce que la première inoculation confère une certaine immunité qui atténue notablement les effets de la seconde, mais je n'ai pas observé que la

remalariation provoquât des troubles particuliers de la conduite ou du caractère.

M. VIÉ. — Je suis tout à fait de l'avis des auteurs. Et l'épreuve sociale qu'est la vie en Colonie prouve l'insuffisance des tests verbaux de guérison des paralytiques généraux. C'est à l'œuvre que se révèle l'invalidité de leur jugement, soit par le peu de rendement de leur travail, soit par la surestimation qu'ils en font, soit par leur prétention à se croire capables de se suffire ou même d'acquérir une brillante situation.

J'insisterai aussi sur le fait que les paralytiques généraux labétiques sont à surveiller et ne s'adaptent généralement pas à la vie en Colonie, à cause de la très grande fréquence de leurs accès de dépression et de leurs idées de suicide.

M. HARTENBERG. — L'intérêt de la communication est de montrer que, même sur des cerveaux incontestablement atteints de lésions organiques, comme l'est celui des paralytiques généraux en régression incomplète, l'influence psychothérapique exercée par le milieu social est salutaire. Et il serait intéressant d'étudier quels sont les éléments du milieu social qui interviennent dans telle ou telle circonstance.

M. René CHARPENTIER. — A l'appui de ce que vient de dire M. Hartenberg, on peut rappeler que c'est en se basant sur « l'ambiance défavorable » de l'hôpital, autant que sur les inconvénients de « l'inaction » et le « préjugé d'irresponsabilité » que Simon, de Gutersloh, entreprit cette rééducation des malades mentaux par le travail connue aujourd'hui sous le nom d'ergothérapie. Il s'agissait pour lui d'une véritable thérapeutique psychique, base d'une « thérapeutique plus active » des maladies mentales. Transformant complètement les conditions psychologiques de l'hôpital pour maladies mentales, l'ergothérapie a ainsi pour but et pour effet, en dehors de l'action directe, physiologique et psychologique du travail, de réaliser une véritable psychothérapie. Son action bienfaisante ne se limite pas aux malades, mais agit même sur le personnel médical dont l'attitude vis-à-vis des malades se trouve ainsi profondément modifiée.

Ces points ont été bien mis en lumière, récemment encore, dans l'excellent rapport présenté par le Professeur Bonfiglio, de Rome, à la 5^e Réunion Européenne d'Hygiène Mentale, qui eut lieu à Munich, du 22 au 25 août 1938, et dont on trouvera le compte rendu dans le numéro de novembre des *Annales Médico-Psychologiques*.

M. VIÉ. — En effet, Simon de Gütersloh a établi, comme le rappelle M. René Charpentier, toute une hiérarchie des occupations à appliquer aux psychopathes suivant leur atteinte mentale. A la Réunion européenne d'Hygiène mentale de Bruxelles en 1935, j'ai étudié cette question dans le rapport dont j'avais été chargé.

Automutilation punitive : amputation de la langue par morsure,
par MM. P. SIVADON et P. QUÉRON.

...« La langue, aucun homme ne peut la dompter, c'est un mal qu'on ne peut réprimer, elle est pleine d'un venin mortel... » (1).

C'est pour avoir « prononcé des paroles inqualifiables », c'est pour n'avoir pas su « tenir sa langue », qu'un de nos malades se l'est récemment arrachée.

B... Georges, âgé de 48 ans, avait été interné à Paris le 20 mai 1937 en raison d'une paralysie générale avec syndrome tabétique. Le certificat immédiat et le certificat de quinzaine signalent : « troubles profonds du jugement, inconscience de sa situation, euphorie, fugue amnésique récente... »

Après malariathérapie, ses facultés intellectuelles élémentaires se montrèrent récupérées au point que la sortie fut envisagée. Des raisons de famille s'y opposèrent. Il fut transféré à Ainay-le-Château le 22 janvier 1938. A son arrivée à la Colonie, on note : « Paralysie générale nettement améliorée par le traitement... Persistance de troubles marqués du jugement et de l'humeur. Tendances dépressives. Larmoyance. Importunité assidue. »

Pendant quelques mois, il semble bénéficier des avantages de l'assistance familiale. Son amélioration s'accroît et il paraît bientôt fixé à un stade de récupération pouvant laisser espérer une libération prochaine. Une série de stovarsol est faite en juillet.

C'est à cette époque que se manifeste un délire secondaire qui s'amplifie rapidement : des entrepreneurs veulent le frustrer d'une somme importante ; s'il n'intervient pas rapidement, il va être ruiné. Bientôt, il entre en communication hallucinatoire avec eux. Ils le mettent au courant de leurs manœuvres. Il apprend ainsi, vers la fin d'octobre, qu'il va avoir une « lutte terrible à soutenir ». Il doit « pour ne pas être vaincu », crier sans arrêt toute la nuit. « S'il s'arrête un seul instant, il est perdu. » Ayant réalisé cette perfor-

(1) Epître de Jacques, chap. III.

mance, il est retiré de son placement et mis en observation à l'Infirmier. Ses persécuteurs lui réservent d'autres épreuves. Il doit « se maîtriser, ne pas faire une seule faute, surveiller ses paroles, ne rien dire de trop... » De fait, pendant plusieurs jours, dans la cellule où il a été isolé, il semble « lutter » contre d'invisibles forces. Son masque est tendu d'énergie farouche. Il se cogne aux murs comme pour se punir de la moindre défaillance. Deux jours plus tard, le 2 novembre, il est prostré, anéanti. Sans doute, a-t-il été « vaincu ». Il gémit et pleure par instants. C'est alors qu'il dit avoir prononcé des paroles « inqualifiables ». Il veut mourir et réclame trente cachets de gardénal. Profitant de ce que l'infirmier est occupé par le service du repas, il défait un pansement dont il est porteur et tente de se pendre au moyen de la bande. L'infirmier peut intervenir à temps.

Le 3 novembre, également à l'heure du repas de midi, il met à profit quelques secondes d'inattention du personnel pour trancher sa langue avec ses dents. Il réussit ainsi, en tirant avec force sur la pointe de sa langue avec ses mains, à la sectionner au niveau de la base et à la détacher du plancher buccal. Quelques instants après, il était à l'hôpital de Saint-Amand où le chirurgien suturait le moignon. De retour à l'Infirmier de la Colonie, il doit être maintenu mécaniquement et plongé, grâce au somnifère, dans une somnolence continue, pour éviter qu'il n'arrache ses points de suture. Ses narines doivent être obturées en permanence pour l'empêcher de mordiller le moignon tuméfié qui emplit sa bouche.

Le 5 novembre, des fragments de langue sphacelés se détachent et une nouvelle intervention chirurgicale est nécessaire. Cependant, malgré de fréquentes irrigations au Dakin, la plaie s'infecte, le sphacèle s'étend, l'état général s'aggrave et la température s'élève le soir à 40°.

Le 10 novembre, notre malade meurt, vraisemblablement emporté par une bronchopneumonie (température terminale 40°3).

L'automutilation de la langue chez les aliénés est un fait classiquement bien connu. Cependant, nous avons été frappés de la rareté des cas signalés dans la littérature que nous avons pu consulter. En 1904, Brouardel (1) en publiait un cas qu'il croyait unique.

L'opinion des auteurs est fort variable en ce qui concerne la motivation délirante. Nous ne parlerons pas, bien entendu, des mutilations involontaires, telles que celles provoquées par les accidents convulsifs de l'épilepsie, de l'éclampsie ou du tétanos. Nous écartons également les impulsions auto-

(1) *Ann. d'Hygiène publ. et méd.-lég.*, 4^e s., II, 1904.

mutilatrices de certains encéphalitiques. En dehors de ces cas, c'est, pour Régis et pour Ritti, chez les mélancoliques et chez les mystiques que l'on en rencontre le plus fréquemment. Selon Bénédicti (1), ce sont les déments précoces qui se mutilent le plus souvent. Il cite le cas d'un dément paranoïde qui se trancha la pointe de la langue avec ses dents et celui d'un confus qui mourut après avoir avalé le morceau de langue ainsi sectionné. Pour Paravicini (2), ces accidents se rencontrent avec une certaine fréquence dans les psychoses maniaco-dépressives. Parmi les automutilations citées par Vallon (3), René Charpentier et Dupouy (4), Uréchia (5), Vigouroux et Prince (6), Laignel-Lavastine et Brousseau (7), Leroy (8), etc., on trouve des paralytiques généraux, des déments précoces, des débiles, des délirants persécutés. Régis (9) cite le cas d'un alcoolique onirique qui se scia la langue avec un morceau de verre sous l'influence de ses hallucinations. Nous avons nous-mêmes rapporté ici l'observation d'un dément sénile qui s'était fait une grave blessure du crâne en se frappant à l'aide d'une pierre (10).

Blondel (11), dont le travail fait autorité en la matière, cite, parmi ses automutilations, les diagnostics les plus divers. Il note cependant le rôle prépondérant joué par les états mélancoliques et hallucinatoires.

Pour certains, l'automutilation ne serait qu'une tentative de suicide maladroite. Sans doute, observe-t-on souvent des idées de suicide chez les automutilateurs. Notre malade lui-même, la veille du jour où il se trancha la langue, tenta de se pendre. Il ne s'ensuit pas, pour cela, que la filiation psychologique soit identique. B... voulait mourir le 2 novembre parce qu'il était désespéré d'avoir été « vaincu ». Il se trancha la langue le 3 novembre pour se punir d'avoir prononcé « des paroles inqualifiables ».

Si l'on fait abstraction des pratiques masochistes, qui provo-

(1) *Annali del manicomio provinciale de Perugia autoriassunti e riviste di psichiatria e neuropatologia*, 1914, fasc. I.

(2) *Rassegna di Studi Psichiatrici*, mai 1911.

(3) *Ann. Méd.-Psych.*, 1896, I, p. 803, et discussion Société de Psychiatrie, 16 février 1922.

(4) *L'Encéphale*, avril 1908.

(5) Société de Psychiatrie, 21 avril 1910.

(6) Société de Neurologie, 5 mars 1931.

(7) Soc. Clin. de Méd. Ment., 18 décembre 1911.

(8) Société de Psychiatrie, 16 février 1922.

(9) *Précis de Psychiatrie*.

(10) Soc. Médic.-Psych., 28 mars 1938.

(11) *Les automutilateurs*, Paris, 1906.

quent rarement des mutilations graves, les motifs délirants les plus fréquents paraissent bien être, soit un désir de sacrifice ou d'immolation, soit surtout un désir d'autopunition. Mais on observe aussi assez souvent des blessures faites avec une intention curatrice, particulièrement chez les délirants zoopathes. Nous avons ainsi connu, dans le service du Professeur Claude, un paralytique général qui tenta de s'ouvrir l'abdomen avec ses ongles pour donner issue aux « mille milliards de vers » qui encombraient son estomac. Le dément présénile dont nous avons publié l'observation souffrait de céphalées et se frappait la tête pour « tuer le mal ». Un paralytique général, cité par Vigouroux et Prince, s'amputa l'avant-bras parce que, se croyant bon chirurgien, il désirait se guérir de paresthésies. Uréchia a rapporté un cas analogue.

Tous les auteurs qui ont étudié les automutilateurs ont été frappés de la remarquable analgésie de ces sujets. Elle paraît, en effet, constante.

Certains ont été tentés de l'expliquer par des troubles neurologiques de la sensibilité. Le malade de Laignel-Lavastine et Brousseau s'était dévoré la phalange de l'auriculaire droit. Or, il était tabétique et les auteurs rappellent que, dans le tabès, l'anesthésie prédomine, en général, le long du bord cubital de la main. Le malade d'Urechia, qui s'était détruit quelques phalanges, présentait une pachyméningite cervicale et l'examen de sa sensibilité montrait une anesthésie correspondant au renflement cervical et à la région dorsale supérieure.

Cette explication ne peut être invoquée qu'exceptionnellement. A vrai dire, aucune explication bien satisfaisante n'a jamais été donnée. S'agit-il d'ailleurs d'une analgésie véritable ? Ou plutôt, ne pourrait-on supposer que l'état mental qui conditionne l'automutilation comporte en lui-même une faculté particulière de supporter la souffrance ? Blondel et Colin émirent un avis analogue lors de la discussion de la communication de Courbon : *Automutilations pittoresques d'une analgésique algophobe* (Soc. Méd. Psych., 29 juillet 1907). Le délire ne peut-il conférer au malade l'étrange pouvoir de transposition des sensations qui permet à certains mystiques de jouir des macérations douloureuses qu'ils s'imposent et aux martyrs de transformer en joie ineffable les atroces souffrances de leur supplice ?

M. BRISOT. — C'est quelquefois pour se débarrasser de l'organe qui est en rapport avec leurs hallucinations que les paralytiques

généraux se mutilent. Ce fut le cas d'un halluciné de la vue, qui s'arracha l'œil dans mon service, il y a une dizaine d'années.

M. Paul ABÉLY. — C'est aussi quelquefois parce qu'ils souffrent de l'organe qu'ils le mutilent. Les paralytiques généraux qui souffrent de névralgies dentaires se mutilent les mâchoires.

M. René CHARPENTIER. — Et cela, surtout lorsqu'ils ont des appareils de prothèse dentaire.

Au nombre des explications que l'on peut donner de cette analgésie des automutilateurs, peut-être faut-il faire intervenir, dans une certaine mesure et dans certaines conditions, ce fait que beaucoup de ces automutilations profondes et graves ne sont pas, en réalité, aussi douloureuses que certains peuvent l'imaginer ? Par leur gravité même, intéressant surtout les plans profonds, par leur brusquerie impulsive et leur rapidité, ces blessures sont parfois beaucoup moins douloureuses qu'elles ne sont impressionnantes.

Il faut tenir compte également de cet état passionnel qui a rendu jadis possible tant d'interventions chirurgicales sans anesthésie, sur les champs de bataille, par exemple.

A un moindre degré, est-il nécessaire d'ajouter à ce propos que bien des faits d'analgésie dite hystérique concernant, par exemple, des transfixions des tissus par une épingle, sont si facilement réalisables volontairement, que l'on s'étonne de l'importance que l'on a pu attacher à ce « symptôme » ?

M. Pierre JANET. — Le problème des automutilations aura probablement plus tard une grande importance, car il se rattache à la question des répartitions entre le moi et le non-moi, et plus précisément entre le sujet et le socius, qui jouent un grand rôle dans les délires de persécution.

L'intéressante observation que nous venons d'entendre me rappelle une ancienne observation que j'ai déjà plusieurs fois discutée. Une jeune fille, âgée, je crois, de 25 ans, veillait son père atteint d'une maladie du cœur ; celui-ci voulut se lever et sa fille essayait de le soutenir. Terrassé par une syncope cardiaque, il tomba mort sur sa fille. Celle-ci, bouleversée, resta immobile une heure sous le cadavre de son père qui écrasait son côté gauche. Quand on la releva, elle présentait une hémiplégie gauche complète avec anesthésie que, dans ce temps-là, nous n'hésitions pas à appeler hystérique. Quelque temps après, l'hémiplégie s'atténua et le mouvement réapparut à peu près complet.

mais l'hémianesthésie persista. De temps en temps, survenaient des crises avec un délire bizarre : la malade présentait une horreur de son bras gauche qu'elle sentait comme un membre étranger à sa personne, comme le membre d'un monstre odieux. Elle voulait arracher ce bras, le déchirer avec sa main droite. Ce délire et ces efforts d'automutilation duraient quelques heures, pendant lesquelles il fallait contenir la malade. Puis, à la fin de la crise, elle se calmait et cessait de se préoccuper de ce bras gauche qui était de nouveau complètement paralysé pendant quelques jours. A cette époque, William James avait publié une observation du même genre : il décrivait un malade qui avait aussi, par crises, une horreur d'un de ses bras, qu'il appelait « old stumpf, vieux chicot », et qu'il voulait détruire.

Ces délires de haine contre une partie du corps propre du malade sont assez difficiles à comprendre et j'ai déjà discuté plusieurs interprétations. Pour le moment, je me borne à rappeler qu'il s'agit probablement de ces troubles dans les répartitions des phénomènes psychologiques entre le sujet et le socius qui nous intéressent en ce moment. Quoique cela puisse paraître bizarre, ce sentiment d'aliénation d'un membre qui se rattache à l'étude des schémas corporels est également voisin du sentiment des sosies que je discutais il y a bien des années, qui a été si bien présenté par M. Capgras, du sentiment des Frégolis étudié par MM. Courbon et Faïl, et au terme d'une série d'illusions, de l'hallucination auditive du persécuté. La perception sociale est plus compliquée que la perception simple des objets physiques. Dans cette dernière perception, l'objet n'est caractérisé que par une seule de nos conduites réactionnelles, toujours la même, il ne peut pas provoquer une autre réaction sans changer de nature. La perception que nous avons d'un autre homme considéré comme un socius est bien plus complexe, elle exige une synthèse d'un grand nombre de réactions, car nos conduites vis-à-vis d'une personne peuvent changer suivant son attitude et nous continuons à lui conserver son personnage et même son nom. Les difficultés nombreuses que l'on peut signaler à ce propos quand on remarque que l'objet physique peut également être changeant sont des illusions ou des symbolismes quand on traite socialement cet objet. Cette perception sociale est donc fort difficile : bien des sujets socialement asthéniques ont de la peine à donner le même personnage à un individu qui paraît changer d'attitude à leur égard et sont amenés à la conception des sosies, comme d'autres prêtent leurs propres sentiments et leurs paroles intérieures à des socii et construisent

le délire de persécution. Les automutilations ne sont qu'un chaînon dans une longue chaîne d'illusions sociales.

M. VIÉ. — En somme, le phénomène que M. Janet vient de mettre en évidence chez ces automutilateurs est l'équivalent, dans le domaine affectif, des méconnaissances systématiques du domaine intellectuel. Et en ce qui concerne ces méconnaissances systématiques, en particulier, le délire des sosies, j'ai l'impression que le malade, en cessant de reconnaître pour ce qu'elles sont telles ou telles personnes ou telles ou telles circonstances, défend la continuité, la persistance de sa personnalité psychique dont il ne peut admettre les modifications.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — La distinction de M. Janet entre la perception des objets et la perception des personnes est très intéressante. Mais la perception des objets est-elle toujours simple et ne provoque-t-elle pas, à leur égard, des conduites différentes, quand les circonstances où on les perçoit sont différentes ? Estaunié, dans son roman « Les choses qui voient », a bien montré qu'elles nous inspirent des sentiments variables. Et si un morceau de pain inspire à tous les hommes bien portants la conduite qui convient à l'égard d'un objet comestible, il inspire au diabétique instruit la conduite qui convient à l'égard du poison. Il n'y a là ni illusion, ni symbolisme.

M. COURBON. — Je rappelle que la douleur physique des automutilateurs a été discutée à la séance de juillet dernier devant la Société, à la suite d'une communication de M. Ey sur un suicidé.

La vitamine B₁ en neuro-psychiatrie, par M. H. BERSOT.

De toutes les vitamines, la vitamine B₁ est celle dont l'importance est la plus grande pour notre santé nerveuse. Son défaut, l'avitaminose B₁, provoque le syndrome neurologique dit « béri-béri » ; son insuffisance, l'hypovitaminose B₁, se manifeste par des troubles nerveux importants et même des troubles mentaux sur lesquels les neuro-psychiatres portent de plus en plus leur attention.

C'est en 1897 qu'Eijkman remarqua, chez les poules, l'apparition d'une affection analogue au béri-béri qu'il observait chez ses malades ; il établit que ces troubles provenaient d'une

alimentation trop riche en riz décortiqué et découvrit que ce facteur antibériberique était localisé dans l'écorce du riz. On trouva ensuite dans d'autres aliments des substances aussi indispensables à la santé que Hopkins désigna sous le nom de « facteurs alimentaires accessoires ». En 1911, Funk créa la notion de « vitamine » appliquée d'abord au facteur antibériberique. La Vitamine B₁ est donc la vitamine par excellence, puisque c'est la substance extraite du son de riz qui, la première, a porté ce nom de *vitamine*.

En 1926, Jansen et Donath parvinrent à isoler, à l'état cristallisé, la vitamine antibériberique, dite *aneurine*. En 1931, Windhaus en établit la formule chimique et enfin, en 1936, l'Américain Williams fournit les éléments de sa synthèse que les chimistes américains, allemands et anglais ne tardèrent pas à réaliser. Il y a 2 ans à peine, en 1936, Jansen détermina la méthode au thiochrome qui permet de la titrer facilement, méthode exacte et spécifique de dosage quantitatif, décrite par Karrer et Kubli. Ces récentes découvertes firent progresser à grands pas l'expérimentation et permirent à l'aneurine de prendre une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique.

EXPÉRIMENTATION CHEZ L'ANIMAL. — a) *Avitaminose*. — Il est aisé de reproduire chez le rat un bériberique expérimental qui, selon l'excellente description qu'en a donnée Demole, se manifeste comme suit :

Une cachexie progressive s'installe, caractérisée par une attitude spéciale, ramassée, en cyphose, des troubles moteurs cérébelleux et labyrinthiques (tremblements, oscillations, rotation, déviation de la tête, démarche titubante, mouvements de manège, roulement autour de l'axe longitudinal, renversement dorsal, culbute ventrale, pro ou rétropulsion, crampes toniques généralement en extension déclenchées souvent par l'effort ou la frayeur, terminées par la mort subite, d'origine cardiaque vraisemblablement)... Ces symptômes sont précédés par des signes d'alarme : la marche est lente, irrégulière, accompagnée de faux pas et de glissades, le rat perd son équilibre ; lorsqu'il se tient sur ses membres postérieurs, il élargit sa base de sustentation et multiplie ses points d'appui. Pendant la marche, il écarte les jambes, écarte aussi les doigts de ses pattes, appuie sa queue sur le sol, s'adosse aux parois de sa cage, dort la tête enfoncée dans un coin.

Chez les oiseaux, l'avitaminose B₁ prend la forme classique de

la polynévrite aviaire, caractérisée par le manque d'appétit, l'immobilité, les troubles digestifs, la cachexie, l'hypothermie, les parésies et convulsions.

b) Précaréence. — Cette période d'état est précédée par une série de symptômes de précaréence : les rats sont souvent indifférents, négligent leur toilette, ou deviennent irritables, très sensibles aux variations atmosphériques, parfois ils s'entre-dévoient. Mouriquand a montré que, bien avant l'apparition des symptômes d'avitaminose, leur chronaxie est altérée. L'appétit fait graduellement défaut et conduit à l'inanition. Chez les jeunes rats apparaît une excitation génitale bien avant la puberté. Ce priapisme ne donne pas lieu à des tentatives de copulation. Il existe isolé, sans exaltation concomitante de l'instinct génésique, ni mûrissement du sperme et des glandes génitales... Le rat carencé en vitamine B₁ fait preuve d'une ingéniosité remarquable dans la recherche de cette vitamine. On sait que des micro-organismes et un virus filtrant peuvent la former dans les intestins. Aussi apparaît-elle en abondance dans les matières fécales. Le rat dévore ses matières fécales et celles de ses congénères. Il utilise des subterfuges parfois très ingénieux pour y parvenir.

L'hypovitaminose B₁ chez l'animal s'accompagne de troubles du métabolisme des hydrates de carbone, avec hyperglycémie, symptôme qui s'aggrave lorsque la nourriture est encore enrichie en hydrates de carbone ; on observe une diminution de la fonction thyroïdienne, des échanges gazeux, des troubles du métabolisme des lipoides avec lipémie et hypertrophie de la corticale surrénale. Il se produit aussi des troubles du métabolisme de l'eau, puis, si la carence se prolonge, des troubles digestifs, de l'anorexie, de l'atonie gastrique et intestinale, une atrophie de la paroi intestinale et de la musculature, des ulcères des muqueuses, le foie devient plus petit et friable, etc... (Cowgill, Rowlands, Edey, Sherman, Hill, Gross, etc...).

CHEZ L'HOMME. — A) *Avitaminose.* — Chez l'homme, la carence en vitamine B₁ provoque le béribéri que l'on observait fréquemment en Extrême-Orient chez les mangeurs de riz décortiqué et qui a été abondamment décrit, surtout par les auteurs japonais.

Le béribéri se présente sous deux formes cliniques principales, parfois associées :

a) Le béribéri sec ou polynévritique : douleurs névralgiques dans les membres, puis paralysie et atrophie de plus en plus marquée, se terminant par une paraplégie atrophique.

b) *Le béribéri humide*, ou béribéri cardiaque, qui se caractérise par un œdème généralisé avec de gros troubles d'insuffisance cardiaque, des épanchements dans les séreuses, un syndrome asystolique, entraînant rapidement la mort.

On décrit spécialement *le béribéri infantile* atteignant les bébés alimentés par une nourrice carencée en vitamine B₁ et qui se manifeste surtout par des paralysies atteignant les nerfs craniens.

B) *Précarence*. — Les premiers signes d'hypovitaminose B₁ sont des troubles digestifs : inappétence, ralentissement de la digestion, constipation chronique, ballonnements, sensations de nausée ; puis surviennent de la faiblesse musculaire, des paresthésies douloureuses dans les membres, parfois de l'enflure des chevilles, une tendance à l'œdème, une baisse de la pression artérielle. Si l'hypovitaminose persiste, des polynévrites véritables apparaissent, des névralgies, des paralysies, des troubles du caractère, de l'anxiété, de la dépression.

Chez les enfants, la précarence en vitamine B₁ se manifeste par du nervosisme, de l'insomnie, de la brusquerie dans les gestes, des sursauts à la moindre excitation, de l'irritabilité et de la mauvaise humeur, une tendance à la spasmophilie.

Comme on le voit, il y a, dans toute cette symptomatologie, tant dans les troubles produits expérimentalement chez l'animal que dans les manifestations observées chez l'homme, une prédominance frappante des troubles d'ordre neurologique et même psychique.

Les phénomènes de carence B₁ peuvent être dus :

a) *A une insuffisance de vitamine B₁ dans la ration alimentaire*. On sait que le principal apport de vitamine B₁ dans notre alimentation est l'enveloppe du blé dans la farine complète. Or, la consommation de pain blanc, si généralisée, prive l'homme de cet apport vitaminique. L'aneurine est, de toutes les vitamines, la moins généralement répandue dans les divers éléments de notre alimentation (H. Muller).

b) *A un appauvrissement de l'organisme en vitamine B₁ par une infection ou une intoxication, ou par la grossesse*. C'est ainsi que l'aneurine guérit les névrites diphtériques (Sternad, de Brünn), les névrites infectieuses (Vorhaus, Williams, Waterman), les névrites si pénibles et parfois si graves de la grossesse (Kramm, Théobald, Stähler). Les maladies qui augmentent les échanges nutritifs, la fièvre, le Basedow, épuisent rapidement les réserves de vitamine B₁, elles exigent une plus forte dose

journalière qu'en temps habituel. Les personnes qui consomment une grande quantité d'eau et dont la diurèse est augmentée épuisent plus rapidement leurs réserves en vitamine B₁ ; on a vu apparaître de l'anorexie en suite de déficit en vitamine B₁ chez les chiens auxquels on avait administré de grandes quantités d'eau (C. Fiorio).

c) *A une exaltation des besoins de l'organisme en vitamine B₁* par suite de consommation excessive de certaines substances. C'est ainsi qu'une consommation excessive en *hydrates de carbone* prédispose à l'apparition d'hypovitaminose B₁. A mesure qu'augmente la consommation d'hydrates de carbone, le besoin en vitamine B₁ s'élève aussi (Abderhalden, Cowgill). Or, on sait combien, dans notre monde moderne, la consommation du sucre et d'aliments sucrés a augmenté dans des proportions inouïes. Les besoins de nos populations en aneurine sont donc beaucoup plus forts qu'il y a encore 40 ou 50 ans. Stoeck et Schroeder ont décrit un cas de béri-béri chez un individu qui consommait une à trois livres de sucre par jour, tout en ingérant une quantité de vitamine B₁ suffisante pour un besoin normal. Une quantité plus grande de vitamine B₁ a provoqué une guérison rapide. Pour compenser l'exagération glucidique, il a fallu que la teneur du cerveau en vitamine B₁ dépasse fortement le taux normal. C'est à ce genre de précarence par excès d'hydrates de carbone qu'on peut attribuer de nombreux troubles digestifs, certains cas d'anorexie, de constipation opiniâtre, certaines douleurs qualifiées de rhumatisme musculaire ou névralgique. *L'acide urique* augmente aussi les besoins de l'organisme en vitamine B₁. Certains *métaux lourds* également favorisent des symptômes de carence B₁ tels que le thallium (Brumm), ou le mercure (Fellinger). On sait que l'intoxication par les sels de mercure s'accompagne de phénomènes névritiques et de troubles mentaux parfois très graves (tremblements, dépression, mélancolie, idées de persécution, délire paranoïde) (1).

d) *A un trouble de la résorption de la vitamine B₁*. C'est ce qui se produit dans certaines intoxications, soit industrielles (névrites saturnines), soit par l'alcool (névrites alcooliques). Heimann estime nécessaire de recourir à la vitamine B₁ dans tous les cas de polynévrite d'origine toxique, y compris les

(1) Certaines substances, par contre, diminuent les besoins de l'organisme en vitamine B₁. L'Esquimaux, au régime fortement lipidique, par exemple, n'a besoin que d'un infime apport en vitamine B₁, 5 à 10 fois moins que l'homme qui s'alimente au riz (Fabry). Certains métaux, tels que le Manganèse, le Fer, sont capables d'améliorer le béri-béri.

intoxications arsenicales et saturnines. Sciclounoff et Broccard, Neumann, Schwochow et de nombreux autres auteurs signalent d'abondantes guérisons, grâce à la vitamine B₁, de névrites ou polynévrites alcooliques, ou même de maladie de Korsakoff (Brodsky). Sciclounoff et Broccard ont traité avec succès des polynévrites diabétiques. Dans tous ces cas, la symptomatologie très analogue à celle du béribéri dans ses premiers stades ou dans ses stades plus avancés, est attribuée à une résorption insuffisante de l'aneurine par suite de l'intoxication.

Les troubles neurologiques améliorés par la vitamine B₁, sans toutefois qu'il y ait d'hypovitaminose manifeste, sont très nombreux. Ce sont surtout des névrites, névralgies, parésies et paralysies : paralysie consécutive à la poliomyélite (J.-W. Wirtz), névrites par carcinome, maladie de Recklinghausen (E.-L. Stern), troubles végétatifs (K. Muller), troubles parétiques encéphalitiques (Polzer), névralgies rhumatismales (Nemecek), paralysie par névrite périphérique (Hesse, J. Böhm), myélose funiculaire (Bergel, Böhm, Neumann). Certains auteurs prétendent avoir amélioré des cas de tabès, de paralysie générale, de sclérose en plaque, etc...

SON MODE D'ACTION. — a) *Stimulation du métabolisme cérébral.* — La vitamine B₁ exerce une action sur le métabolisme des hydrates de carbone et en particulier sur la nutrition en hydrates de carbone des centres nerveux. Elle est un biocatalysateur (1) : coferment de la carboxylase, elle scinde l'acide carbonique de l'acide pyruvique (Jansen) par oxydation des lactates dérivés du glucose.

Collazo et Morelli ont montré que, dans le sang des animaux B₁ avitaminosiques, il y avait une augmentation de l'acide lactique. On a observé que les animaux béribériques présentant des crampes et de l'opisthotonos ont un cerveau particulièrement riche en acide lactique accumulé surtout dans le lobe optique. Cette augmentation de l'acide lactique cérébral est indépendante de la teneur en acide lactique du sang. Le symptôme crampe est donc provoqué par une altération locale du métabolisme cérébral. La purée de cerveau de l'animal B₁ avitaminosique, placée

(1) Les vitamines sont des bio-catalysateurs : ainsi la vitamine B₂ en combinaison avec l'albumine forme le ferment jaune respiratoire (*Thorell-Warburg*) ; la thyroxine joue un rôle analogue. La vitamine B₁ n'est certainement pas sans avoir des relations avec le pancréas, dont l'hormone agit sur les hydrocarbures. Déjà *Funk* avait envisagé la relation de la vitamine B₁ avec le métabolisme des hydrates de carbone. De nombreux auteurs ont confirmé cette idée.

in vitro dans une solution de Ringer, avec glycose, lactate et pyruvate, consomme moins d'oxygène que normalement. Dès qu'on ajoute 1 mgr. de vitamine B₁, la respiration d'oxygène augmente et provoque la dégradation des acides pyruvique et lactique. Dans le sang des malades atteints de bériberi, l'acide pyruvique existe en quantité excessive et Peters a bien établi la relation qui existe entre la dite fonction cérébrale et l'altération biochimique réversible par la vitamine B₁.

Les manifestations neurologiques du bériberi, de même que les troubles neurologiques (névralgies, polynévrites, paralysies, etc.), dus à des intoxications chroniques, semblent donc être la manifestation d'une disfonction des centres et des troncs nerveux par suite d'altération biochimique réversible par la vitamine B₁. La carence en vitamine B₁ augmente, d'autre part, la sensibilité de la cellule nerveuse aux toxiques.

b) *Des processus d'oxydation.* — Hecht et Weese ont démontré l'augmentation des processus d'oxygénation, de diurèse, etc., chez l'animal ayant reçu des injections de vitamine B₁. Chez plusieurs des enfants traités par Wilkins, les parents ont remarqué que les enfants devenaient plus éveillés, plus vifs. Wilkins pense que cela provient de la stimulation par la vitamine B₁ des processus d'oxydation et des fonctions nerveuses.

c) *De l'action de l'acétylcholine.* — Minz a montré récemment, par un important article dans la « Presse médicale », que la vitamine B₁ joue, dans la régulation humorale du système nerveux, le rôle d'un *coferment de l'acétylcholine*. C'est l'absence de ce coferment qui explique l'apparition des symptômes de bériberi, tels que la tachycardie, la diminution des réflexes, les paralysies. De même, dans les maladies infectieuses et états où les échanges nutritifs sont augmentés, l'équilibre vitamine B₁-acétylcholine est troublé, de même aussi dans les cas de carcinome, de névrite, etc... La vitamine B₁ paraît renfermer un principe qui renforce l'action de l'acétylcholine. On sait que l'acétylcholine agit très brièvement. Des doses croissantes de vitamine B₁ jusqu'à saturation de l'organisme permettent à l'acétylcholine d'avoir une action plus longue et plus marquée.

d) *De la glycogénolyse et de la resynthèse glucidique.* — Demole et Silberschmidt ont démontré que la vitamine B₁ diminue la fréquence et l'intensité des convulsions hypoglycémiques et raccourcit la durée de l'hypoglycémie chez le lapin. Chez le rat avitaminosé, l'insuline provoque une hypoglycémie plus accentuée que chez le rat normal et la récupération du sucre

sanguin est retardée. Les auteurs concluent que l'influence de la vitamine B₁ s'exerce principalement sur le stade de la resynthèse glucidique et de la glycogénolyse hépatique.

Nous avons nous-même démontré que, chez l'homme, la vitamine B₁, non seulement atténue légèrement l'hypoglycémie provoquée par l'insuline, mais surtout maintient plus élevé le taux de la glycémie durant les heures qui suivent l'administration de sucre. Chez le malade en coma insulinaire, la vitamine B₁ rend le coma moins profond et moins durable. Elle exerce une action apaisante sur les réactions convulsives, à condition d'être administrée à forte dose, et même éventuellement par voie intra-rachidienne. Elle stimule les échanges nutritifs. Freudenberg recommande la vitamine B₁ pour tirer du coma hypoglycémique des schizophrènes traités par l'insuline chez lesquels l'administration de glucose reste sans effet.

e) *Son administration intra-rachidienne.* — Etant données les propriétés neurotropes de l'aneurine et son action particulièrement intense sur le métabolisme des centres nerveux, on peut se demander si son administration par voie intra-rachidienne présentait des avantages par rapport à l'injection intra-veineuse.

Demole a montré que, chez le chien, malgré la saturation du sang, la vitamine B₁ ne passait pas dans le liquide céphalo-rachidien (1).

Friedemann a guéri deux cas de psychose polynévritique de Korsakoff par des injections intra-lombaires de vitamine B₁, cas qui étaient restés complètement réfractaires à des injections intra-veineuses répétées. E.-L. Stern a, lui aussi, remarqué que l'aneurine est plus active en injection subarachnoïdienne, car elle subsiste pendant plusieurs jours dans le liquide céphalo-rachidien. Martimor et Neveu ont signalé, à la Société Médico-Psychologique du 28 février 1938, plusieurs cas de polynévrite de Korsakoff traités avec succès par des injections intra-rachidiennes de vitamine B₁.

Il nous plaît de citer ici le cas suivant, que nous avons nous-même traité :

L. A., 42 ans. Chef technique dans une fabrique d'horlogerie où il remplissait convenablement ses fonctions jusqu'à il y a un an. S'est mis à boire au cours de ces 20 dernières années des quantités de plus en plus fortes de vin rouge, des liqueurs et apéritifs nombreux. Depuis

(1) Avec Demole, nous recherchons quelle est la perméabilité à la vitamine B₁ de la barrière hémato-encéphalique. Nous publierons prochainement les résultats de nos observations.

5 ans, son épouse remarque qu'il devient irritable, nerveux, manque de compréhension, parfois s'emporte en de violentes colères, il est méfiant, se plaint que les affaires ne marchent pas et en accuse son entourage, se figure qu'on est incompréhensif à son égard, a quelques idées de persécution, devient de plus en plus capricieux, mange avec un appétit médiocre, finalement souffre d'une anorexie presque complète, maigrit avec rapidité, ne fait que boire et surtout fumer presque constamment. Des douleurs surviennent dans les jambes, la démarche est saccadée, finalement titubante, le malade ne peut plus marcher qu'avec des appuis, sa mémoire diminue, des tremblements apparaissent dans les mains, il ne peut plus continuer son travail. Sa vue baisse avec rapidité, à tel point qu'il ne parvient plus à lire les heures à l'horloge. Des troubles mentaux apparaissent sous forme de graves lacunes de mémoire, misanthropie, découragement, idées de persécution, accusations pénibles à l'égard de sa femme et de son entourage, finalement des idées de suicide de plus en plus impérieuses obligent à songer à son internement et font intervenir le psychiatre. L'examen confirme le diagnostic de polynévrite alcoolique et troubles mentaux. Cette psychose de Korsakoff est aggravée par le mauvais état général du malade. Une cure de vitamine B₁ par voie intra-lombaire à raison d'une injection de 10 mgr. d'aneurine tous les 4 jours améliore rapidement ces symptômes. Au bout de 6 semaines de traitement, le malade peut reprendre complètement ses occupations. Depuis 6 mois, il travaille de nouveau avec entrain, vivacité, sa mémoire est redevenue bonne, l'appétit a réapparu, le malade a engraisé, sa vue est redevenue parfaitement normale, les tremblements, l'insécurité manuelle et surtout les douleurs polynévritiques ont disparu. Pendant les premiers mois après la cure, le malade a même spontanément déclaré ne ressentir *plus aucun besoin d'alcool* et, à plusieurs reprises, a refusé le vin que des amis lui offraient. Actuellement, cette inappétence pour les boissons alcooliques a disparu.

L'aneurine a donc, semble-t-il, une action plus accentuée sur le système nerveux lorsqu'elle est mise directement en contact avec les centres nerveux par la voie lombaire ou par injection sous-occipitale. Ajoutons encore que la vitamine B₁, administrée par voie lombaire, est fort bien supportée. Après avoir injecté 3, 5, 10 mgr., nous sommes montés jusqu'à 50, 60 et même 100 mgr. sans constater aucun signe d'intolérance. Stern, qui a aussi administré 100 mgr. de vitamine B₁ en injections intra-spinales, n'a observé aucun trouble méningé ou d'intolérance.

SES INDICATIONS. — En *neurologie*, les indications de la vitamine B₁ sont nettes et ont été bien précisées grâce aux nombreuses recherches pratiquées ces dernières années.

La vitamine B₁ est indiquée :

a) Dans tous les troubles neurologiques s'accompagnant d'une déficience en vitamine B₁ : paralysie flasque, paralysie par narcose, polynévrites par l'alcool, le plomb, le thallium, l'arsenic, polynévrites diabétique, béribérique, pellagreuse, carcinomateuse, névrite gravidique, œdème d'inanition, et tous autres troubles dus, soit au déficit en vitamine B₁, soit à la perturbation des échanges nutritifs (Gloor-Meyer).

b) Dans les maladies d'ordre névritique où la douleur se tient au premier plan : névralgies de toutes sortes, névrites, herpes zoster et autres troubles des nerfs sensitifs, ainsi que pour certains troubles de la motricité, parésies et paralysies diverses.

c) Pour stimuler les échanges nutritifs chez les anorexiques, les enfants débilités, dans la spasmophilie (Widenbauer), et à titre préventif ou même curatif, dans certaines inflammations et certaines maladies infectieuses, radiculomyélites, poliomyélite, etc...

d) Lorsque le métabolisme hydrocarboné est perturbé, dans le traitement du diabète, la vitamine B₁ permet de diminuer fortement la quantité nécessaire d'insuline et d'éviter l'hypoglycémie.

En *psychiatrie*, les indications de la vitamine B₁ ne sont pas encore, à l'heure actuelle, aussi nettes qu'en neurologie. Cependant, son domaine d'action commence à se préciser.

Elle est d'abord indiquée : a) dans les intoxications alcooliques, non seulement dans les cas de psychose de Korsakoff, mais aussi dans les cas de delirium tremens, non seulement à cause de son action désintoxicante, mais parce que presque tous les alcooliques souffrent de gastrite chronique et sont, de ce fait, B₁ hypo ou même avitaminosiques. Dans les autres intoxications, en particulier chez les morphinomanes, les héroïnomanes, nous avons remarqué que la vitamine B₁ permettait d'atténuer les douleurs souvent si violentes qui accompagnent la phase de privation de la drogue.

b) Dans les troubles mentaux accompagnant les intoxications industrielles par le mercure, l'arsenic, le thallium, troubles mentaux qui peuvent se rapprocher, d'une manière étonnante, de certaines formes de mélancolie ou de délire paranoïde, avec hallucinations les plus variées, délire de persécution, etc...

c) Comme l'aneurine favorise les processus d'oxydation et la désintoxication, il serait indiqué de l'expérimenter dans les cas aigus de schizophrénie où la maladie paraît manifestement

provoquée par une intoxication, soit d'ordre infectieux, soit d'ordre digestif, ou d'une cause inconnue.

Lorsqu'on connaît ce que sont les *dystrophies inapparentes*, si magistralement décrites par Mouriquand, troubles qui sont mis en évidence par des facteurs de révélation (maladies infectieuses, intoxications, troubles digestifs, etc.), on peut se demander si la maladie mentale, dite schizophrénie, dont l'éclosion est si souvent liée à des troubles toxi-infectieux, ne serait pas simplement la manifestation d'une de ces dystrophies inapparentes. « Avec une telle dystrophie, il ne s'agit pas, dit Mouriquand, d'une maladie qui se crée avec des causes favorisantes comme la pneumonie par le froid, mais d'une maladie préformée, mettant l'organisme en extrême état d'instabilité et dont tout déséquilibre supplémentaire précipite l'évolution. L'existence silencieuse de cette maladie nous devient alors perceptible, l'inapparence cesse, la maladie passe au stade clinique fruste, ou suraigu... » Il y a dans cette description beaucoup de traits qui évoquent la schizophrénie.

Dans les cures de la schizophrénie par l'insuline, la vitamine B₁ est un auxiliaire utile ; dans les cas où le coma se prolonge exagérément, elle favorise la récupération de la glycémie normale et exerce une action anticonvulsivante appréciable. Elle est un de ces agents modificateurs de l'action de l'insuline dont l'étude nous amènera à mieux connaître comment l'insuline agit sur les fonctions nerveuses et mentales, sur le processus schizophrénique en particulier ; peut-être même nous permettra-t-elle d'améliorer la thérapeutique de cette maladie mentale la plus grave, la plus répandue, la plus onéreuse pour la collectivité ?

Ce que nous savons de la vitamine B₁ et de l'insuline nous permet de mieux concevoir les troubles du métabolisme dans les maladies mentales. On comprend mieux que les individus bons vivants et grassouillets, du type pycnique, soient moins prédisposés à la schizophrénie que les asthéniques, pâles et maigres. On reconnaîtra aussi, par exemple, que l'amaigrissement rapide qui accompagne si souvent les poussées aiguës de schizophrénie n'est pas dû qu'à un simple appauvrissement lipidique, mais correspond à des modifications plus profondes du métabolisme cérébral. Peut-être aussi, connaissant, d'une part, l'influence de la vitamine B₁ sur le métabolisme hydrocarboné et, d'autre part, l'influence défavorable sur la santé nerveuse d'une alimentation trop riche en sucres, en arriverons-nous à créer une diététique spéciale pour certaines catégories de mala-

des mentaux et à composer plus rationnellement leur régime alimentaire.

En *psychiatrie infantile*, la vitamine B₁ sera indiquée dans les cas d'excitation, de nervosisme accompagnant des troubles de nutrition, ou, dans les cas de chorée, d'agitation choréiforme, de spasmophilie, dans les troubles mentaux post-encéphaliques, avec exaltation génésique, manies, tics, troubles du caractère.

EN RÉSUMÉ, la vitamine B₁ joue, en neuro-psychiatrie, un rôle important. La neurologie utilise son action activatrice des processus d'oxydation, stimulante du métabolisme des hydrates de carbone, anti-névralgique et anti-névrétique. En psychiatrie, son utilisation dans tous les troubles mentaux par intoxication se précise et s'impose. Dans certains cas, elle est plus active administrée par la voie intra-rachidienne. Elle est un auxiliaire utile dans les cures insuliniques. Il est probable que son champ d'action s'étendra encore et que, pour les psychiatres aussi, comme elle l'est déjà pour les neurologues, la vitamine B₁ deviendra une arme thérapeutique indispensable.

BIBLIOGRAPHIE

- EIKMANN. — *Geneesk. Tijdschr. v. Ned. Ind.*, 1890, 30, 295 ; 1896, 36, 2, 14 ; 1898, 98, 275.
- FUNK. — *Journ. Physiol.*, 1911, 43, 395.
- JANSEN et DONATH. — *Meded. königl. A cad. der Wetensch. Amsterdam (Naturkunde)*, 1926, 35, n° 7. *Meded. Dienst d. Volksgez.*, in *Nederl. Indie.*, 1927, 1, 190.
- WINDHAUS. — VI, Conseil de chimie, *Inst. int. Solvay*, Bruxelles, 1937, p. 179.
- WILLIAMS. — *J. Amer. Chem. Soc.*, 1936, 58, 1063 et 1936, 57, 289.
- KARRER et KUBLI. — *Helv. Chim. Acta*, 1937, t. XX, n° 3, p. 369-373.
- KARRER. — *Helv. Chim. Acta*, 1937, t. XX, n° 5, p. 1147-1155.
- MOURIQUAND. — *Presse Médicale*, n° 75, sept. 1931, 7 mars 1934.
- COWGILL. — *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1938, n° 11, p. 805 et p. 1009.
- STERNAD. — *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1938, n° 17, p. 495.
- VORHAUS, WILLIAMS et WATERMAN. — *Journ. Americ. Med. Assoc.*, 1935, vol. 105, p. 1580.
- KRAMM. — *Med. Klinik.*, 1938, n° 12, p. 418 ; *Münch. Med. Wochenschr.*, 1938, n° 14, p. 534 ; *Zentralblatt f. Gynäk.*, 1938, n° 5.
- THÉOBALD. — *Lancet*, 1936, I, p. 834.
- STABLER. — *Mürch. Med. Wochenschr.*, 1935, 1937, n° 9, p. 327 et *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1938, n° 32, p. 1137.
- FIGLIO. — *Klin. Wochenschr.*, 1938, n° 30, p. 1054.
- ANDERHALDEN. — *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1937, n° 30, p. 1141 et *Wertheimer Pflüg.* — *Arch. Menschen Tiere*, 1933, 233, 395 et 1934, 235, 53.

- BRUMM (G.). — *Münch. Med. Wochenschr.*, 1938, n° 27, p. 1024.
- FELLINGER. — *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1936, n° 50, p. 1503.
- HEIMANN. — *Med. Klin.*, 1936, n° 44, p. 1501 ; *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1936, n° 41, p. 1271 ; 1937, n° 31, p. 1076.
- SCICLOUNOFF et BROCCARD, NEUMANN. — *Schw. Med. Wochenschr.*, 1936, n° 41, p. 985-987.
- NEUMANN. — *Münch. Med. Wochenschr.*, 1935, n° 49, p. 1959.
- SCHWOCHOW. — *Münch. Med. Wochenschr.*, 1937, n° 3, p. 98.
- STERN (E. L.). — *Amer. Journ. of Surg.*, 1938, 39, p. 495 et *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1938, n° 20, p. 1705 et *Clin. Med. Surg.*, 1938, 45, p. 108 (inj. intrarach. dans polyomyélie).
- MULLER (K.). — *Therapeut. der Gegenwart*, 1938, n° 3, p. 136.
- POLZER. — *Therapeut. der Gegenw.*, 1938, n° 6, p. 377.
- BRODSKY. — *J. Conn. State Med. Soc.*, 1938, 2, 228 (psych. alc.).
- BERGEL. — *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1936, n° 40, p. 1643.
- BÖHM (J.). — *Psych. Neurol. Wochenschr.*, 1936, n° 34, p. 418.
- HESSE (E.). — *Münch. Med. Wochenschr.*, 1936, n° 50, 9, p. 356.
- MULLER (H.). — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, n° 13. 25, t. XII, 34.
- DEMOLE. — *Congrès Suisse de Neurol. et de Psych.*, Fribourg, 1936 et *Arch. Suisses de Neurol. et de Psych.*, vol. sp. 39, p. 44.
- FRIEDEMANN. — *Arch. Suisses de Neurol. et de Psych.*, vol. 39, p. 236.
- MARTIMOR et NEVEU. — *Soc. Méd.-Psych.*, 28, t. II, 1938.
- COLLAZO et MORELLI (augmentation de l'acide lactique dans le sang).
- PETERS. — *Lancet*, 1936, p. 1161 ; *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1938, 31, p. 483 et *N. Americ. Veter.*, 1938, n° 4, p. 20.
- HECHT et WEESE. — *Klin. Wochenschr.*, 1937, n° 12.
- WILKINS (E. H.). — *Lancet*, 1938, 234, p. 228.
- MINZ (B.). — *Presse Médicale*, 1938, n° 76, p. 1406.
- MINZ et AGID. — *C.R. Acad. des Sc.*, 1937, 205, 576.
- DEMOLE et SILBERSCHMIDT. — *Praxis. Revue Suisse de Médecine*, 20, t. V, 1937.
- BERSOT. — *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Alger, 1938, p. .
- FREUDENBERG. — *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1937, n° 16, p. 535 et *Arch. Suisses de Neurol. et de Psych.*, vol. sp. 39, p. 215.
- GLOOR-MEYER. — *Schweiz. Med. Jahrbuch*, 1938, p. 34-35.
- WIDENBAUER. — *Mshr. f. Kinderheilk.*, 1937, t. LXX, v. 1/2 ; *Munch. und Wochenschr.*, 1937, n° 24, p. 948.

M. GUIRAUD. — J'interviens, non pour discuter, mais pour confirmer une partie de l'intéressante communication de M. Bersot. Depuis deux ans, j'emploie largement la vitamine B₁ dans les syndromes de Korsakoff, soit d'origine alcoolique pure, soit par alcoolisme associé à la tuberculose et à la syphilis. Sauf dans les cas trop avancés, j'obtiens toujours d'excellents résultats, d'abord sur l'état mental et plus lentement sur les symptômes de polynévrite, même dans des cas d'atrophie musculaire accentuée et avec ankylose. Le massage est associé à la Bevitine. Les doses injectées doivent être fortes : un centigramme intramusculaire trois fois par semaine. Depuis quelques mois, j'em-

plioie l'injection épидurale de 0 gr. 00125 à 0 gr. 00200 dans 10 cc. de sérum physiologique une fois par semaine. Je préfère l'injection épидurale qui a moins d'inconvénients que l'injection intra-rachidienne. Chez deux malades, j'ai observé après l'injection épидurale de la congestion du visage avec céphalée persistant un ou deux jours. J'estime que la vitamine B₁ comporte des indications autres que le syndrome de Korsakoff, mais il ne faudrait pas les étendre à l'excès sous peine d'avoir des désillusions sur cet excellent médicament. En terminant, je dois regretter le prix excessif des préparations de vitamine B₁ qui risque de restreindre son emploi dans les services hospitaliers et chez les malades de situation modeste.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Moi aussi, j'ai obtenu d'excellents résultats de l'emploi de la vitamine B₁ dans les polynévrites. Il serait intéressant d'étudier les rapports signalés par M. Bersot entre la coprophagie de nos malades et l'avitaminose de leur organisme.

M. COURBON. — L'éventualité de ces rapports me rappelle les rapports qu'un savant vétérinaire que je consultais pour un chien coprophage avait établis entre cette coprophagie et une prétendue carence en sels de chaux dans l'alimentation que je lui donnais. « C'est par une thérapeutique instinctive, disait-il, que bien souvent les animaux domestiques remédient au déséquilibre de la ration alimentaire que leur imposent les hommes. » Et il me vendit une poudre qui, mise dans la pâtée, devait rééquilibrer la ration alimentaire et faire disparaître la répugnante gourmandise de la bête. Hélas ! il n'en fut rien. Et je crains bien que les rapports entre l'avitaminose et la coprophagie psychopathique n'aient les mêmes fondements que ceux de la carence calcique et de la coprophagie canine.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances :
Paul ABÉLY et Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 10 novembre 1938

Présidence : M. R. BOURGUIGNON, président

Sur la structure de l'hypophyse chez l'homme adulte par MM. QUERCY et LACHAUD.

Les auteurs présentent une série de micro-photographies de la racine de l'hypophyse. Dans la région juxta-chiasmatique existent des amas de grosses cellules, ces groupes disparaissant à partir de la moitié du pédicule de l'hypophyse. Les auteurs montrent ensuite, dans leurs projections, des terminaisons nerveuses, et distinguent deux sortes d'éléments pigmentaires, les uns siégeant dans le tissu conjonctif, d'autres dans la neuro-hypophyse.

Considérations sur les voies de transmission des sensations gustatives chez l'homme, par MM. HOWSI et LECHNITZKY.

Deux cas de paralysie du plexus brachial consécutive à la sérothérapie antigangréneuse, par MM. J. LHERMITTE, L. BOUR et AUGUERRA.

Dans ces deux faits la complication nerveuse de la sérothérapie survint, ainsi qu'il est de règle dans les paralysies post-sérothériques, entre le cinquième et le septième jour après l'application du sérum, et dans les deux cas, le syndrome s'accusa par des douleurs extrêmement vives auxquelles succéda une impotence du membre supérieur droit. Rapidement une amélio-

ration de l'impotence se manifesta tandis qu'apparaissait une amyotrophie portant sur le deltoïde, les sus et sous-épineux et le biceps brachial. Chez l'un des malades l'atrophie musculaire persiste deux ans après l'application du sérum, chez l'autre la guérison est complète.

A noter que si chez un des sujets le sérum fut injecté sous la peau, chez l'autre celui-ci fut simplement appliqué sur la plaie opératoire ; enfin dans aucun de ces faits on ne put révéler d'autre témoignage de la maladie sérique.

Discussion. — M. ANDRÉ-THOMAS fait remarquer que c'est toujours le côté droit qui est atteint, et insiste sur la variation des troubles de la sensibilité et des muscles frappés.

M. BAUDOUIN estime que ce n'est pas le sérum de cheval qui semble en cause, car on a vu les mêmes accidents après injection de moelle de lapin.

M. LHERMITTE pense que le siège de la paralysie s'explique par l'étranglement de la racine rachidienne à cette hauteur. Peut-être cet étranglement est-il plus accusé à droite ?

M. BAUDOUIN est d'avis que peut-être ce n'est pas une lésion funiculaire, mais poliomyélitique.

Pour M. ANDRÉ-THOMAS, la douleur n'exclut pas la poliomyélite.

M. BOURGUIGNON souligne que chaque poison a une affinité pour un groupe ayant même chronaxie. A chaque poison sa chronaxie.

Un cas de membre fantôme par compression du plexus brachial, par MM. J. LHERMITTE et SEBILLOTTE.

Il s'agit d'une femme atteinte d'une tumeur du sein accompagnée de masses ganglionnaires sus-claviculaires comprenant tous les troncs du plexus brachial droit et entraînant une paralysie sensitivo-motrice complète. Or, cette malade est hantée par le sentiment de posséder un bras illusionnel, dont les positions ne correspondent en rien à ceux du membre réel. Fait curieux, l'application d'une compresse sur le creux sus-claviculaire permet à la malade de percevoir certaines excitations portées sur la main alors que celles-ci ne sont pas senties sans cet artifice. Il y a là un effet analogue à la reviviscence du fantôme des amputés par excitation des nerfs du moignon.

Hypertrophie musculaire congénitale (Syndrome de Débré-Semelaigne), par MM. DARRÉ, P. MOLLARET, Mme ZAGDOUN et Mlle OEMICHEN.

Un nourrisson de 6 mois présente une hypertrophie musculaire généralisée (atteignant même les muscles viscéraux tels que le muscle cardiaque). L'enfant est par ailleurs hypotrophique, tant au point de vue pondéral que statural. Il présente un retard intellectuel. Il semble qu'il faille éliminer les myopathies et qu'on soit en présence d'un syndrome hypothyroïdien.

Discussion. — M. BABONNEIX fait remarquer qu'il existe deux autres cas connus en dehors de ceux signalés par les auteurs.

M. GARCIN estime que des lésions pigmentaires de la base du cerveau sont peut-être l'origine commune des troubles endocriniens et des troubles musculaires. Ou encore, il existe peut-être une toxi-infection commune.

Hypertrophie musculaire, à constitution rapide, chez un adulte.
Discussion d'un facteur hypothyroïdien, par MM. MOLLARET et SIGWALD.

Chez un homme de 51 ans, apparaît en 2 ou 3 mois une hypertrophie musculaire, hypertrophie musculaire isolée, sans faiblesse musculaire, sans réaction myotonique. Il coexiste certains facteurs hypothyroïdiens apparus à la même date : bouffissure de la face, cheveux secs. Le métabolisme de base est abaissé de 7 à 13 %.

Etude électrique du malade précédent, par M. BOURGUIGNON.

On constate une contraction myotonique dans certains faisceaux du muscle. Il existe une grande variabilité suivant les faisceaux et aussi suivant le moment de l'examen, ce qui semble dû à des troubles vaso-moteurs passagers.

Il semble à M. GARCIN qu'il y a une grande complexité des lésions glandulaires. Son malade avait un adénome hypophysaire.

Asymbolie tactile et hallucination du toucher dans l'atrophie de l'hémisphère gauche, par MM. J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA.

Chez une malade âgée de 72 ans apparurent des sensations bizarres dans les mains, telles que la patiente prétendait que ses doigts étaient englués de colle. L'examen objectif montrait l'absence de déficit des analyseurs sensibles, la conservation de l'identification primaire des objets qui faisaient contraste avec l'asymbolie tactile. L'étude histologique du cerveau révéla l'existence d'une atrophie marquée du cortex et de la substance blanche centrale de la région pariéto-occipitale gauche ainsi que la présence de volumineux kystes des plexus choroïdes. La première lésion rend compte de l'asymbolie, la seconde de l'hallucination du toucher passif.

Fracture spontanée du calcaneum chez un tabétique,
par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H. M. GALLOT et P. PAUGAM.

Les auteurs présentent un spécifique ancien, tabétique traité irrégulièrement, hospitalisé pour fracture spontanée du 1/3 postérieur du calcaneum droit.

Les signes orthosympathiques sont particulièrement nets, au niveau de la fracture : rougeur locale, aspect pseudo-phlegmoneux, sudation intense, hyperthermie mesurée et localisée par la thermométrie cutanée électrique, augmentation légère de l'indice oscillométrique.

Ce malade présente par ailleurs : une analgésie testiculaire absolue et bilatérale, de l'hypoesthésie des deux nerfs cubitiaux, une inégalité pupillaire avec réactions photométriques paresseuses, quelques douleurs constrictives autour du genou droit.

Les réflexes tendineux sont conservés.

Les auteurs insistent sur la lésion indiscutable du tractus intermédiaire-latéralis, lésion prédominante, l'emportant de beaucoup sur les lésions radiculo-cordonnales postérieures.

Parkinsonisme et traumatisme périphérique,
par MM. FAURE-BEAULIEU et FELD.

Les auteurs présentent une malade de 32 ans, qui, à la suite d'une contusion simple mais violente du membre supérieur gauche, a accusé une impotence douloureuse, diffuse de ce membre, puis un tremblement de la main et des doigts, et une rigidité parkinsonienne, donnant la roue dentée ; au membre inférieur du même côté existe le signe de la pédale. Il s'agit donc d'un syndrome héli-parkinsonien gauche dont la relation avec le traumatisme demande à être discutée.

Les auteurs estiment que, malgré la réaction qui, après la découverte de l'encéphalite épidémique, avait jeté la suspicion sur la genèse traumatique de la maladie de Parkinson, peut-être autrefois trop facilement admise, il y a lieu dans des cas aussi nets que celui-ci d'admettre cette filiation.

D'ailleurs, dans leur rapport au Congrès de Médecine Légale de 1932, MM. Naville et de Morsier ont pu réunir 42 cas de cet ordre et montrer qu'ils évoluent selon un schéma presque invariable réalisé dans le cas présent.

La pathogénie de tels faits ne semble plus aussi difficile à concevoir depuis les notions nouvelles sur les processus chimiques de l'influx nerveux : on se représente aisément qu'une impression douloureuse persistante issue de la périphérie arrive à léser les centres par la « libération » prolongée de substances chimiques spécifiques.

Discussion. — M. LHERMITTE émet l'hypothèse de la possibilité d'une coïncidence.

M. BEAUDOUIN estime qu'il s'agit d'une hypothèse audacieuse et qu'on devrait alors avoir un syndrome thalamique.

M. ANDRÉ-THOMAS se déclare peu convaincu par l'orateur et envisage la possibilité de lésions minimales préexistantes. En tous cas, il ne faut jamais dire devant les malades que le traumatisme a causé la maladie.

M. PÉRON, qui s'était montré très prudent jusqu'alors, rapporte un cas de syndrome parkinsonien, qu'il estime post-traumatique à la suite d'une explosion dont fut victime une malade.

M. GUILLAIN ne croit pas à la possibilité d'un syndrome parkinsonien secondaire à une grande émotion dans le genre de celle que signale M. Péron.

Sur le phénomène de l'ascension du bras et sa valeur séméiologique,
par MM. J.-A. BARRÉ et J. KABAKER (de Strasbourg).

Dans l'épreuve des bras tendus, pratiquée par les otologistes et les neurologues, il arrive parfois qu'un bras ou les deux s'élèvent au lieu de rester immobiles comme à l'état normal, de dévier latéralement comme chez les vestibulaires, ou de s'abaisser comme chez les pyramidaux déficitaires.

L'ascension observée dès 1934 dans divers cas de tumeur du III^e ventricule semble liée à certaines altérations de cette région et de la région pédonculaire. Les auteurs présentent l'observation d'un sujet qui avait un syndrome de Parinaud partiel, l'ascension du bras et des troubles de l'équilibration dans le plan sagittal. Les réactions vestibulaires étaient normales. Ce cas confirme nettement ce que l'un des auteurs avait déjà avancé.

En outre, le mode spécial suivant lequel s'associe l'ascension du bras à

divers autres troubles de l'équilibration permet de séparer plusieurs groupes cliniques en rapport avec la topographie haute, moyenne ou basse des lésions qui les ont provoquées.

Discussion. — M. ANDRÉ-THOMAS : Ce signe se rencontre assez souvent dans les troubles de la sensibilité d'origine centrale. L'influence de la position de la tête est intéressante.

Un cas d'asymbolie tactile, par MM. LHERMITTE et AJURIAGUERRA.

Abcès du cerveau extirpé en une seule pièce par MM. David et Thébaut. Présentation d'un jeune homme dont l'abcès a été extirpé en bloc. Les auteurs montrent également la pièce anatomique.

M. LÉCONTE.

Groupement Français de Neuro-Psychiatrie Infantile

Séance du lundi 21 novembre 1938

Présidence : M. TOURNAY

Technique rationnelle de l'enseignement à la première année scolaire,
par Mlle ABRAMSON.

Mlle Abramson rappelle les caractéristiques essentielles des deux techniques courantes d'enseignement des arriérés intellectuels, les méthodes Montessori et Decroly. Chez les enfants présentant des troubles du caractère, la première méthode, qui laisse s'épanouir les tendances naturelles de l'enfant, ne convient guère, ces tendances étant justement déviées. L'auteur analyse ensuite les insuffisances intellectuelles. La déficience de l'attention est à l'origine de l'insuffisance de l'observation et l'inaptitude à se représenter par la pensée certains faits ou gestes, à celle de l'inadaptabilité sociale.

La méthode de rééducation est basée sur des exercices gradués où coopèrent vue, ouïe, exercices attrayants dont l'auteur donne des exemples, et qui apprennent à définir, généraliser.

Ces techniques appliquées récemment à des enfants normaux, semblent devoir donner d'excellents résultats.

Les névroses infantiles et la pupillographie,
par M. LOEVENSTEIN (de Nyon).

L'auteur définit tout d'abord le terme de névrose infantile, ce qui est entre la santé et la maladie, tel que les troubles du caractère, des instincts, se traduisant par exemple par des réactions antisociales, ou dans un autre ordre, des obsessions. C'est le déséquilibre, la dysharmonie entre les diverses qualités caractérielles. En psychiatrie plus qu'ailleurs, il est difficile de conclure qu'il y a relation de cause à effet entre les signes physiques observés et l'affection mentale. D'autre part, si on ne trouve rien, ce peut être dû à l'insuffisance des investigations. Une méthode est précise et fine : la pupillographie.

Après la présentation de schémas rappelant les innervations pupillaires et le trajet des voies réflexes, l'auteur signale que la réaction à l'obscurité n'est pas un phénomène passif, mais certainement actif. Il décrit les différents types de réactions à la lumière (direct, consensuel) et à la convergence, normalement identiques aux deux yeux.

M. Loevenstein classe les types constitutionnels en quatre classes, les jumeaux univitellins, ayant même type de réaction, ce qui en prouve le caractère constitutionnel.

Il expose ensuite les stades observés chez un même sujet au cours de la fatigabilité (7 stades) et les déductions de nombreuses observations cliniques. Les schizophréniques, les hystériques ont chacun leur type de réaction (contraction en escalier pour ce dernier cas). Dans les troubles mentaux ou caractériels, par infection (encéphalite), les signes pupillaires visibles à la pupillographie précèdent souvent tout autre signe neurologique. La preuve a souvent été faite ultérieurement de la véracité de ces assertions par les bons résultats du traitement.

En conclusion, l'auteur considère que bien que toutes les psychopathies ne soient sans doute pas traduites par des troubles pupillaires, il s'agit d'un signe précieux. Il semble qu'on puisse déjà conclure certains faits de ces premières recherches : par exemple, l'instabilité semble ressortir plus souvent de l'infection syphilitique que de l'encéphalite, la débilité mentale relève dans la moitié des cas d'une encéphalite de la première enfance.

Discussion. — Mme ROUDINESCO : 1° demande si les pupilles des toxicomanes présentent des réactions anormales ; 2° fait remarquer que la fréquence de ces signes pupillaires organiques est contraire aux théories psychanalytiques, et que 3° l'hystérie semblerait constitutionnelle.

M. LOEVENSTEIN répond qu'il a en effet observé des toxicomanies, mais insuffisamment pour conclure.

S. LECONTE-LORSIGNOL.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 29 Octobre 1938

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

**L'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien.
Essais de saturation, par M. J. HEERNU.**

L'étude du rôle de l'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien est difficile en raison, d'une part, de l'impossibilité d'appliquer à l'homme les résultats de l'expérimentation chez l'animal, d'autre part, du fait que les méthodes de dosage ne sont pas toutes équivalentes. On a néanmoins cherché à établir le taux normal de cet acide dans le liquide cérébro-spinal, malgré les nombreuses variations qu'il subit sous certaines influences, et qui font que le taux actuel relevé chez un malade ne peut pas être considéré, sans vérification, comme normal.

Les recherches de l'auteur ont porté sur 100 malades de sexe féminin. Les taux observés s'évaluent entre 0,8 et 37,5 milligr. par litre, sans qu'on puisse déterminer une valeur nettement prépondérante. La moyenne arithmétique est de 13,98 milligr. par litre. Les valeurs moyennes selon les âges restent très voisines de ce chiffre. Le taux de l'acide ascorbique ne diminue donc pas avec l'âge, comme on l'a prétendu.

Dans les épreuves de saturation (au cours desquelles le taux peut s'élever jusqu'à 45,5 milligr.), on constate que ce taux est indépendant du taux initial, de l'âge du sujet et de la nature de la maladie. La vitesse de saturation (indice de saturation) est indépendante des mêmes facteurs, et le taux de saturation reste constant même si l'on continue l'administration du produit. Lorsqu'on suspend celle-ci, le taux obtenu peut rester constant (4 cas de manie), peut diminuer (2 cas de mélancolie, 2 cas de débilité mentale) ou peut même augmenter (2 cas de psychose anxieuse, 2 cas de démence précoce), ceci indépendamment du mode d'administration pendant l'épreuve de saturation.

L'auteur conclut de ces recherches préliminaires que le taux actuel

d'acide ascorbique du liquide céphalo-rachidien ne peut donner aucune indication en rapport avec la maladie mentale dont le sujet est atteint. Les modalités particulières de saturation, qui nécessitent une observation prolongée, pourront peut-être donner des renseignements plus utiles.

Résultats d'une année de traitement de la schizophrénie par l'insuline au Centre neuro-psychiatrique de Bruxelles, par MM. H. BAONVILLE, J. LEY, A. et J. TITECA.

Cette statistique porte sur 54 cas de « schizophrénie » à forme hétérophrénique, catatonique ou paranoïde, traités de juin 1937, à juin 1938, par la méthode des chocs insuliniques répétés quotidiennement pendant une période de trois mois, et allant régulièrement jusqu'au coma hypoglycémique profond. Les cas dans lesquels le tableau clinique comportait un élément cyclothymique, de même que ceux qui pouvaient être interprétés comme une bouffée délirante sur terrain de dégénérescence ou de débilité mentale, ont été rigoureusement écartés de la statistique. Les auteurs ont encore contrôlé leurs diagnostics par comparaison avec la proportion des cas étiquetés « schizophrénie » dans l'ensemble des quelque 400 malades admis annuellement à la clinique et y ayant séjourné deux mois au moins, pendant les années précédentes. La proportion des rémissions spontanées est également envisagée.

Après quelques considérations sur la technique et sur les accidents, habituellement bénins, qui peuvent se produire au cours du traitement, les auteurs communiquent les chiffres suivants. Les 54 malades sont répartis en 3 groupes : 1° ceux dont l'affection évoluait depuis moins de 1 an (22 cas) ; 2° ceux dont l'affection évoluait depuis 1 à 2 ans (15 cas) ; 3° ceux dont l'affection évoluait depuis plus de 2 ans (17 cas).

Les résultats favorables comprennent les guérisons cliniques complètes et les améliorations suffisantes pour permettre la reprise de la vie sociale. Les échecs comprennent les améliorations légères et les cas non modifiés.

Dans ces conditions, on note dans le premier groupe 17 résultats favorables et 5 échecs ; dans le second groupe, 6 résultats favorables et 9 échecs ; dans le troisième groupe, 2 résultats favorables et 15 échecs. Dans l'ensemble, c'est dans la forme paranoïde et hallucinatoire que les meilleurs résultats ont été observés.

On voit que le traitement paraît influencer surtout les cas relativement récents. Le recul du temps manque encore pour porter sur la méthode un jugement définitif, mais il est certain que les résultats paraissent très encourageants et que l'expérience mérite d'être poursuivie.

J. LEY.

Séance du 19 Novembre 1938

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

Paralysie de Lissauer, par M. P. DIVRY.

Etude anatomo-clinique du cas d'un homme de 30 ans, atteint de syphilis depuis dix ans, et dont l'affection mentale débuta par un état dépressif, au cours duquel il présenta un petit ictus avec agitation et confusion consécutives. Il ne présentait pas de signes neurologiques de paralysie générale, mais ce diagnostic fut établi par l'examen du liquide céphalo-rachidien. Après malarisation, le sujet se plaignit de secousses dans le bras gauche ; il présenta passagèrement une exagération du réflexe bicipital gauche et une légère parésie faciale du même côté. Plus tard, survinrent des crises épileptiformes et un affaiblissement lent des facultés intellectuelles. Les réactions spécifiques étaient devenues négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Le sujet mourut cinq ans après le début des troubles psychiques, sans plus avoir présenté à aucun moment le moindre signe neurologique.

L'examen anatomique révéla une atrophie énorme des pôles antérieur et postérieur de l'hémisphère droit, les parties moyennes et le lobe temporal étant relativement conservés. Il s'agissait d'une dégénérescence parenchymateuse avec hypertrophie névrogliques et vasculaire ; à certains endroits, on notait la présence du « status spongiosus » signalé par Lissauer. L'intervention d'un facteur vasculaire dans la pathogénie de ces lésions est peu probable ; il s'agirait plutôt de facteurs locaux de prédisposition.

La paralysie de Lissauer paraît être une notion plus anatomique que clinique : il s'agit d'atrophies focales à évolution presque silencieuse, différentes des lésions d'origine vasculaire qu'on rencontre chez beaucoup de paralytiques généraux ayant présenté des ictus.

De la valeur de la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien prélevé sur le cadavre, par M. MUYLE.

Les recherches de l'auteur ont porté sur 86 cadavres de sujets dont l'analyse du liquide céphalo-rachidien avait été pratiquée récemment pendant la vie. Le liquide a été prélevé entre 24 et 80 heures après la mort, par ponction sous-occipitale.

Les résultats obtenus furent dans leur ensemble concordants avec ceux du liquide prélevé du vivant du sujet. Contrairement à l'opinion classique, l'auteur a constaté qu'un liquide très altéré fournit plutôt une réaction négative (un seul sujet de contrôle — un dément sénile — a donné

une réaction positive). L'auteur conclut que la réaction de Bordet-Wassermann peut être recherchée dans le liquide céphalo-rachidien longtemps après la mort, si ce liquide n'est pas trop altéré. Une réaction positive constitue une forte présomption de neuro-syphilis.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 19 Novembre 1938

Présidence : M. P. VERSTRAETEN, président

Angiomatose de la main avec troubles de développement des os sous-jacents, par M. MOREAU.

Présentation d'un sujet de 15 ans, asthmatique depuis l'enfance, arriéré scolaire, atteint d'un certain degré d'infantilisme corporel et d'énurésie. Depuis la naissance, la mère a constaté que le bras gauche a toujours été plus chaud que le droit. Au cours du développement de l'enfant la main gauche s'est progressivement déformée : le pouce, l'index et le médus sont plus développés que les autres doigts. Ils ont une coloration vineuse et la palpation décèle l'existence d'un état angiomateux du système veineux. A la radiographie on constate que le système osseux correspondant est allongé et présente de l'ostéoporose. Les autres os, et notamment la colonne cervicale, sont normaux.

Zona du plexus cervical ; paralysie faciale, par M. B. DUJARDIN.

Le zona est une affection beaucoup moins circonscrite qu'on ne le croit ; il existe souvent des vésicules aberrantes et l'affection peut présenter diverses formes. Elle est probablement accompagnée au début d'une véritable septicémie. L'auteur relate le cas d'un sujet atteint de zona classique du plexus cervical, avec vésicules aberrantes sur le crâne, le dos et le sacrum. Au cours du séjour à l'hôpital, on vit apparaître une paralysie faciale d'origine zonateuse, par atteinte centrale ou méningée.

Paralysie générale fruste, par M. B. DUJARDIN.

Relation du cas d'un ancien syphilitique chez lequel fut découverte une formule liquidienne de paralysie générale, sans signes psychiques caractéristiques de cette affection. Il présentait cependant des troubles du caractère

avec instabilité, impulsivité, et un certain affaiblissement de la mémoire qu'il constatait lui-même. Le traitement spécifique améliora ce tableau clinique, sans modifier le syndrome humoral ; le malade fut soumis ensuite au traitement malarique qui permit d'obtenir la négativation des réactions sérologiques.

Nécrose de coagulation au sein d'un ramollissement cérébral ancien,
par M. J. LEY.

Un foyer de nécrose de coagulation a été observé au sein d'un énorme ramollissement cérébral à foyers multiples survenu à 46 ans, chez un sujet indemne de tout signe clinique d'affection organique. La survie fut de 3 ans. La consistance dure de la zone « coagulée » a été constatée à l'état frais, avant toute fixation, fait qui n'avait pas encore été contrôlé jusqu'à présent, tout au moins dans le cerveau. L'étude systématique de l'ensemble du réseau artériel — souvent négligée, mais sans laquelle l'examen des lésions parenchymateuses par troubles circulatoires reste toujours incomplet — a permis de constater que cette zone « coagulée » siégeait à la limite entre deux territoires dont les artères étaient complètement exsangues, alors que tout le reste de l'arbre artériel, même dans les régions ramollies, était bourré de sang frais. Ce fait, joint à d'autres constatations rapportées dans la littérature, permet de supposer que la « nécrose de coagulation » représente la forme strictement *ischémique* de la dégénérescence du tissu cérébral, par opposition à la « nécrose de colliquation » ou ramollissement, qui en est la forme *congestive*.

La structure et l'organisation du thalamus et du cortex cérébral chez différents mammifères, par M. J. STOFFELS.

Les recherches anatomo-expérimentales effectuées chez le rat, le lapin, le chat et le singe, démontrent que, dans leur ensemble, les lois de l'agencement et de la systématisation des groupes nucléaires du thalamus (groupe antérieur, ventral, latéral, médial, corps genouillés externe et interne) par rapport à leurs aires de projection corticale, se maintiennent à travers toute l'échelle des mammifères. Le développement progressif du noyau médial, du noyau latéral et de sa portion pulvinarienne, va de pair avec celui des zones d'association préfrontale, pariétale, para-occipitale et post-temporale. Ce développement produit d'importants mouvements de migration dans certaines régions thalamiques et corticales.

Sur quelques voies d'association de l'écorce cérébrale ; recherches anatomo-expérimentales, par M. A. GERBETZOFF.

En appliquant la méthode de Marchi à des cerveaux de lapins et de cobayes dont il avait été lésé, suivant les cas, l'écorce interhémisphérique, la cloison transparente, le cingulum et le tapetum, l'auteur a vu dégénérer plusieurs systèmes de voies d'association de l'écorce. Il donne une description détaillée des dégénérescences observées, et apporte ainsi une série de notions intéressantes sur les connections des régions envisagées.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

V^e Réunion Européenne d'Hygiène Mentale

Munich (22-25 Août 1938)

Président : M. le Professeur RUDIN (de Munich)

A cette V^e Réunion Européenne d'Hygiène Mentale, tenue à Munich, du 22 au 25 août 1938, sous la présidence de M. le Professeur E. RÜDIN (de Munich), avaient pris part des représentants de Belgique, Espagne, Estonie, France, Grande-Bretagne, Italie, Mexique, Suède, Suisse, Turquie, Yougoslavie. Après le discours de bienvenue du Professeur E. RÜDIN, auquel répondit le Professeur Aug. LEY (de Bruxelles), au nom des participants étrangers, eurent lieu l'exposé et la discussion des rapports présentés à cette réunion et dont on trouvera ci-dessous le résumé.

Après la réunion, d'intéressantes *visites* conduisirent les participants au Kaiser Wilhelm-Institut (Professeur E. RÜDIN), à la Clinique neuro-psychiatrique de l'Université (Professeur O. BUMKE), à la Kriminal biologische Sammelstelle (D^r Th. VIERNSTEIN), aux Etablissements l'Egfling-Haar (D^r H. PFANMUELLER) et de Gabersee (D^r F. ÜTZ), etc...

De brillantes *réceptions* furent également offertes par la ville de Munich, dans la splendide salle du Vieil Hôtel de Ville de Munich, et par le Gouvernement du Reich dans les beaux jardins anglais du Seehaus au Kleinhesseloher See.

A la réception du 22 août, il fut demandé au D^r René CHARPENTIER, seul Français présent, de répondre, au nom de tous les membres de la Réunion Européenne, à M. le Bourgmestre de Munich. Le lendemain, M. le Professeur Eug. MEDEA, de Milan, fut chargé de remercier le Gouvernement du Reich de son généreux accueil.

RAPPORTS

I. — PROPHYLAXIE DU MARIAGE ET HYGIÈNE MENTALE

La prophylaxie du mariage et l'hygiène mentale,
par le Dr W. MORGENTHALER (de Berne)

Les relations entre l'hygiène mentale et le mariage peuvent être divisées en trois chapitres principaux, c'est-à-dire : préparation correcte au mariage, conduite des couples pendant le mariage, et cure des dérangements et maladies matrimoniales. Chacun de ces chapitres contient un nombre de subdivisions que M. Morgenthaler classe de la façon suivante :

I. *Préparation correcte au mariage* : manière de se procurer un partenaire sain ; sélection correcte ; exercices préparatoires au mariage, conseils en matière de mariage ;

II. *Conduite spéciale pendant le mariage* : l'appréciation de la vie conjugale ; instruction sur la structure et le caractère de l'état matrimonial ; conflits matrimoniaux et leur évaluation ; conception réelle du cours de la vie conjugale ; hygiène du mariage ;

III. *Traitement des dérangements et des maladies matrimoniales* : conseils à l'égard des dissensions conjugales ; traitement des dissensions matrimoniales ; question du divorce.

En réalité, toutes ces questions se trouvent en connection. De ces sujets, l'auteur choisit, pour le traiter ici, celui qui lui paraît de la plus grande importance, celui de la sélection d'un partenaire convenable, surtout au point de vue psychique. Dans un certain sens il faut distinguer entre convenance matrimoniale et le libre choix d'un partenaire conjugal.

I. *Convenance matrimoniale* : avant tout émerge cette question : Qui devrait se marier ? Considérée du côté psychique, la réponse suivante s'impose : chaque adulte sain qui sent l'inclinaison de se marier et qui est capable de se soumettre à une communauté conjugale et de s'adapter à un partenaire matrimonial.

Qui, du point de vue psychique, ne devrait pas se marier ? La réponse est : les imbéciles ; les fous incurables ; les psychopathes-hyperégocentriques ; les sujets atteints d'hystérie ; les maniaques dégénérés incurables ; les sujets à inclinaisons homosexuelles ; les schizoïdes développés ; les distinctement intersexuels. Tous ces individus ne devraient pas se marier : a) si leur guérison par un traitement systématique est impossible (cela ne concerne qu'un nombre limité de malades) ; b) si en raison d'une agressivité anormale, ou par passivité, les relations conjugales sont impossibles.

II. *Sélection du partenaire matrimonial*, dans un sens spécial : la sélection du partenaire matrimonial est devenue plus difficile, parce que : les circonstances extérieures sont devenues plus difficiles et compliquées ; le côté psychique de chaque individu se montre énormément affecté, surtout superficiellement ; nous venons d'abolir les vieilles formes jusqu'ici en usage de choix du partenaire conjugal.

L'attraction mutuelle des deux sexes est plus forte que tout obstacle mais ce

sont justement les hommes et femmes les plus consciencieux et sérieux et par conséquent les plus précieux qui ne trouvent ce chemin direct jamais ou très rarement. Une aide pratique se montre donc d'une nécessité opportune, en particulier pour ces êtres assez timides : aide personnelle ou aide par des annonces dans les journaux.

Les annonces dans les journaux ne sont qu'un expédient d'une valeur plus ou moins douteuse ; il est cependant bien connu qu'un grand nombre de bons mariages en résultent. M. Morgenthaler a expérimenté l'efficacité des annonces matrimoniales pour des personnes jeunes, désireuses de mariage, mais ne sachant pas trouver leur partenaire, faute d'occasion convenable. Il donne les résultats de ses expériences et conclut à la fois à la nécessité d'une sélection des partenaires matrimoniaux et à l'insuffisance des institutions existant jusqu'à présent.

Au sujet des certificats pre-nuptiaux M. Morgenthaler fait observer que le médecin ne sait constater que la santé ou la maladie du candidat matrimonial, et non pas l'adaptabilité au mariage. Ce n'est pas non plus l'officier de l'état civil qui, en cas de doute, serait en état de prononcer le verdict final. Un Conseil de plusieurs experts devrait être nommé, auquel, en cas de doute, devrait être soumis le certificat. Si la nécessité s'en faisait sentir, ce Conseil devrait faire des recherches plus élargies ou prendre soin de faire réexaminer le candidat. Il aurait à prendre la décision finale ou à soumettre le cas à un tribunal supérieur. Ce n'est que dans les cas les plus sérieux, empêchant des relations matrimoniales normales, qu'une prohibition absolue devrait être prononcée. Dans tous les autres cas, l'union devrait être permise sous la condition que le partenaire non irréprochable consente à se faire stériliser.

II. Quant au choix du partenaire matrimonial, M. Morgenthaler insiste sur la nécessité de la surveillance des annonces et des agences matrimoniales. En Suisse, seul le Canton Zurich a promulgué, en 1916, un décret réglementant la surveillance des agences matrimoniales professionnelles.

L'effet désiré ne serait pas complet si l'autre partie du problème, concernant les candidats eux-mêmes, n'était pas prise en considération. La préparation de la jeunesse au mariage ne nous semble pas moins importante que la préparation au service militaire ou à des devoirs analogues. Une telle préparation et instruction devrait se diviser en deux parties ; elle devrait se composer de :

1. Instruction matrimoniale pour toutes les classes du peuple entier ; l'instruction matrimoniale devrait être traitée dans les écoles supérieures et dans des cours spéciaux ; de plus, des cours de perfectionnement devraient être installés partout où l'occasion se présente, c'est-à-dire où des personnes de l'âge matrimonial se réunissent. L'instruction matrimoniale devrait précéder le choix du partenaire, devrait s'occuper de la sélection, devrait chercher à surmonter les obstacles, devrait aider dans le choix des époux futurs.

2. L'institution devrait être l'occasion de demander et de donner de bons conseils. Ce serait l'affaire d'un comité, attaché aux Bureaux de l'Etat Civil ; celui-ci devrait entrer en action aussitôt après le choix du partenaire et aussi avant et pendant la cérémonie du mariage. A ce moment, l'attention des jeunes gens devrait être attirée spécialement sur la nécessité d'une conduite convenable de la vie conjugale.

La prophylaxie du mariage, par le prof. E. RÜDIN (de Munich)

M. le Professeur E. RÜDIN traite le sujet du point de vue racial-hygiénique ou si l'on préfère du point de vue eugénique. Il expose d'abord sa conception personnelle sur le Conseil Matrimonial et la Prophylaxie du mariage dans leur forme idéale, pour l'avenir.

Chaque instruction matrimoniale raciale-hygiénique doit être basée sur le principe que la santé et la qualification d'un peuple entier et son accroissement suffisant devraient être assurés. Les intérêts d'un individu ou d'une famille entière ne seront considérés que lorsqu'ils ne heurtent pas les intérêts suprêmes de toute la nation et des générations futures. Il faut que le bien-être économique et racial-hygiénique d'un peuple entier soit basé sur le principe : « Le bonheur de la Communauté vient avant les intérêts individuels. » Cette loi fondamentale n'a, ajoute le Professeur Rudin, aucun rapport avec la politique ; elle devrait être la base du développement racial-hygiénique d'un peuple entier.

Ces exigences indispensables raciales-hygiéniques comprennent deux points : l'encouragement de toutes les personnes d'une santé héréditaire à fonder une famille, l'empêchement de fonder une famille pour toutes les personnes d'une mauvaise santé héréditaire et atteintes d'anomalies.

Il est évident que cette réalisation du programme racial-hygiénique, ces principes devant être inculqués au peuple et avant tout aux membres de la profession médicale, n'est possible que si la direction politique d'un peuple permet et encourage une telle instruction. De cette manière, l'hygiène raciale semble sans aucun doute liée avec la politique et une conception réelle de la vie. Il s'en suit que, si les principes racial-hygiéniques doivent prédominer dans l'instruction matrimoniale, les membres du gouvernement doivent avoir eux-mêmes une conception intransigeante de la vérité de ces principes. Il ne suffit pas de permettre leur application. Ils seront tenus de les faire réussir par leur exemple.

Convaincre sera toujours l'idéal de la consultation et de l'instruction raciale eugénique. Si les mesures prophylactiques et éducatives étaient bien prises, le plus grand nombre de consultations pour fiançailles ou mariages consommés disparaîtrait.

Les faits spéciaux pourraient être étudiés en commentaires de la « Loi Allemande sur la Stérilisation et la Loi pour la Protection des Mariages ». Il s'agit ici d'éclairer les buts de la consultation matrimoniale qui, en principe, tendent à atteindre le même point que la loi.

Les principes racial-hygiéniques de la consultation matrimoniale sont :

1. Il est du devoir de chaque personne, étant sans soupçon à l'égard de sa santé héréditaire, de fonder une famille avec un partenaire d'une hérédité irréprochable et d'avoir un nombre normal d'enfants. Personne ne devrait risquer la santé de sa progéniture en épousant un membre d'une famille d'hérédité malsaine. Personne n'est autorisé à contribuer à l'extinction de sa race en épousant un partenaire stérile par des raisons physiologiques ou pathologiques.
2. Quiconque est atteint d'une maladie héréditaire se trouve moralement obligé d'éviter de transmettre sa tache par une alliance avec un partenaire d'une hérédité saine. Si malgré tout il désire se marier, il doit choisir un

partenaire d'une hérédité impeccable analogue à la sienne et n'avoir qu'un petit nombre d'enfants ou pas d'enfants du tout.

Récapitulation

Des sujets fertiles et d'une bonne santé héréditaire ne devraient épouser que des partenaires d'une santé et fertilité héréditaire analogues tandis que les personnes d'une hérédité défectueuse, si elles ne veulent pas renoncer à la procréation probablement peu nombreuse. Toute autre interprétation ne suit pas les principes raciaux-hygiéniques. Ce sont des principes strictement opposés à ceux d'autrefois lorsqu'on conseillait de revivifier les familles dégénérées avec du sang pur et sain.

Les questions scientifiques les plus importantes dans l'interprétation des principes matrimoniaux sont :

1. Quelles maladies et quels défauts sont héréditaires ?
2. Quels sont les maladies ou défauts, qui par leur nature ou par leur virulence devraient être considérés assez graves à présumer des dangers héréditaires ?

Les méthodes d'investigation ont prouvé qu'un grand nombre de maladies physiques et psychiques ont comme origine prédominante des causes héréditaires. Dans tous ces cas, si les maladies paraissent être d'un caractère grave, il n'y a qu'un seul conseil à donner : *Pas d'enfants !* Peu importe si l'infirmité est d'un caractère récessif, ou dominant, ou héréditaire, selon l'une ou l'autre modalité (sexuellement malade, polymer, etc.). La procréation d'enfants devrait être empêchée.

Si les candidats matrimoniaux souffrent eux-mêmes d'une maladie héréditaire, la consultation ne sera pas difficile. La décision sera d'une certaine difficulté si la gravité d'un certain cas est telle qu'on devrait déconseiller la procréation. Cette décision sur la gravité d'une maladie dépend du degré de l'adaptabilité de la personne malade aux exigences de la vie, et de toute la nation, de même si le malade peut répondre aux exigences de son âge, de son sexe, de sa profession, de la défense de son pays, s'il possède les dispositions à endurer les intempéries du temps et du climat, s'il est capable de résister à l'insuffisance de la nourriture ou d'habillement, de logement, etc., etc. De plus, s'il est capable ou non de s'adapter au trafic, aux rapports sociaux, aux exigences occasionnelles concernant son corps et sa force mentale (maladies contagieuses, blessures, choc mental). Il n'y a pas d'autres signes pour juger la gravité d'une maladie héréditaire. Un cas de diabète, influencé favorablement par l'insuline, devrait être taxé comme aussi grave qu'un autre cas, non influencé par des thérapeutiques (du point de vue de l'hygiène héréditaire et de la procréation biologique).

Il faut se rendre compte que, du point de vue racial-hygiénique, les maux causés par des personnes affligées de maladies héréditaires et traitées thérapeutiquement peuvent être plus graves que les cas de personnes non traitées. La chance de transmission et de propagation est plus grande dans ces derniers cas.

Pour les candidats matrimoniaux, eux-mêmes sans tache matrimoniale et par conséquent d'une capabilité individuelle phœnotypique, mais dont la parenté montre des signes de maladies héréditaires, la première question qui se pose est : est-il possible de juger d'après leur apparence, s'ils

doivent être porteurs de prédispositions héréditaires, ou faudrait-il avoir recours à leurs rapports des descendance. Par nos études sur l'hérédité biologique, nous avons pu tirer la conclusion qu'en ce qui regarde certaines personnes psychopathiques, on peut discerner le fait qu'elles appartiennent à un groupe spécial (le type schizoïde ou cycloïde) ou à un groupe montrant des maladies sérieuses. Nous considérons justement ces types comme hétérozygotes, bien reconnaissables. Pour être sûr qu'un sujet est hétérozygote, il faudrait s'informer si parmi ses ancêtres se trouve un individu affligé d'une tache héréditaire. En un tel cas, toute cette descendance hétérozygotique pourrait transmettre ses prédispositions morbides aux enfants, avec une probabilité de 50 %.

Un jugement absolu sur la prédisposition hétérozygotique des enfants d'une personne affectée d'une maladie dominante héréditaire ne pourrait se faire qu'en cas de maladie dominante innée ou si l'hétérozygotie se montrait dès la première jeunesse par des marques caractéristiques, inconnues parmi les personnes sans ancêtres homozygotiques.

Une instruction matrimoniale sera assez simple pour les hétérozygotes (dissuasion) de même que pour les personnes homozygotes (conseillant le mariage). La décision se présente plus difficile, si tous les enfants des parents, avec une transmission dominante, sont indubitablement phénotypiques au même degré, c'est-à-dire si la maladie ne montre pas d'indications antérieures, mais fait son apparition à l'âge plus avancé. En ce cas, le conseil de remettre le mariage — si le mariage est permis — le conseil de n'avoir pas de progéniture, devrait être différé à une date ultérieure à celle où cette maladie pourrait encore faire son apparition.

Mais aussi dans les cas où un enfant, affligé d'une maladie récessive, a été procréé par deux parents d'une santé phénotypique, le consultant matrimonial pourrait bien porter la responsabilité de dissuader les parents d'avoir encore d'autres enfants. Le même verdict s'imposerait par exemple à l'égard de difformités innées, héréditaires ou apparues dans la jeunesse, comme l'idiotisme amaurotique, la surdi-mutité constitutionnelle, etc. Nous persistons sur notre point de vue, même d'après des possibilités vagues, énumérées par la statistique, s'il s'agit d'un candidat au mariage, sain lui-même, mais dont les frères et sœurs, tantes, grands-parents, neveux, nièces ou cousins se montrent affligés.

Comme principe prépondérant, formulons la règle qu'avant tout, chaque infiltration de maladie héréditaire dans la partie saine du peuple devrait être évitée.

Des difficultés s'imposent dans le cas de mariage et de procréation entre des personnes saines, mais issues de familles affligées, avec des partenaires analogues. Quel conseil devons-nous donner en ce cas ? Considérons l'impossibilité jusqu'à présent de faire un pronostic exact à l'égard de la santé de leurs enfants. A cet égard, les perspectives suivantes devraient être prises en considération ; s'il s'agit d'une race, montrant une natalité élevée et une mortalité assez basse, le mieux serait que des hétérozygotiques, affectés gravement, s'épousent entre eux, sans avoir d'enfants ; par cette mesure, les prédisposés seraient restreints à eux-mêmes et l'infection des familles serait évitée.

Même l'union d'un hétérozygotique réel, ayant des afflictions homogéniques, avec une personne analogue et leur procréation seraient permises. Un certain risque de transmission d'une maladie héréditaire ne saurait être

éviter. Du point de vue racial-hygiénique, une telle procédure pourrait être défendue avec plus de conviction si, plus tard, les enfants de cette union, montrant une tache héréditaire, pouvaient être empêchés d'avoir des enfants comme nous le faisons en Allemagne et si les autres, d'une santé héréditaire irréprochable, pourraient choisir des partenaires sains, mais issus des familles affligées, s'ils ne veulent pas renoncer à la procréation. Par ces mesures, le principe de croisement de personnes saines avec des saines et des prédisposées héréditaires avec des analogues serait bien suivi. L'autre principe, celui d'élimination des prédisposés graves du procès racial se ferait automatiquement, sans porter préjudice au nombre de naissances.

Ce serait une mesure intermédiaire et une concession à des méthodes plus larges de sélection et d'extirpation, si nous conseillons, le cas échéant, la procréation d'un seul enfant, bien que le risque d'une transmission héréditaire soit à craindre.

Dans les cas d'une prédisposition héréditaire plus faible ou plus distante, les défenses indiquées ci-dessus ne seraient pas à appliquer dans toutes les circonstances ; non seulement pour des raisons de la politique nationale, mais aussi parce que le pronostic héréditaire d'un tel candidat ne différencierait pas trop de toute autre probabilité de santé de la population en général.

Dans ces consultations, on fera des recherches sur la santé du candidat et de son partenaire par la visite médicale et l'anamnèse. L'attention la plus précise devra être apportée à la possibilité de prédispositions héréditaires de l'un ou des deux partenaires. Ces prédispositions devraient être constatées par un diagnostic précis, parce que sans cela tout conseil n'aurait aucune valeur. Bien souvent, il m'est arrivé de faire disparaître la crainte du candidat en l'assurant que quelque dérangement d'un de ses parents n'était que de nature exogène.

Si nous conseillons à une personne de ne pas se marier ni d'avoir d'enfants et si elle refuse d'être raisonnable et d'obéir, il serait désirable de se mettre en rapport avec l'autre partenaire et avec sa famille.

Soyons absolument stricts envers des personnes qui souffrent de quelque grave tare héréditaire, ayant fait son apparition même un seule fois dans leur vie ; insistons sur ce fait qu'elles ne devraient ni avoir d'enfants, ni épouser un partenaire d'une hérédité saine, quoiqu'il soit stérile. Un point de vue précis devrait être pris à l'égard des croisements entre des personnes récessives-hétérozygotiques normales qui ont procréé au moins un enfant, affligé récessivement ou anormal ; en ce cas, une grossesse ultérieure devrait être évitée. Le même principe sera appliqué à l'égard des jumeaux, même si l'un d'eux est affligé, et aussi pour des jumeaux concordants, dont l'un est phénotypiquement sain pendant que l'autre est héréditairement affligé.

Si dans les cas mentionnés une femme se trouve en état de grossesse, l'interruption de la grossesse devrait être permise jusqu'au sixième mois pour des raisons raciales-hygiéniques.

Quiconque dans les cas mentionnés ci-dessus, pèche contre les principes de l'hygiène raciale, que ce soit par ignorance, maladresse, indifférence, opiniâtreté, manque d'énergie, ou pour d'autres raisons, ou en négligeant les mesures de précaution les plus simples de la vie conjugale, de sorte qu'une progéniture indésirée du point de vue eugénique serait à craindre, devrait être forcé par la loi de se faire stériliser (par vasectomie, par salpingectomie, ou par les rayons X, ou par stérilisation au radium.

Nous ne serons capables d'offrir des indications précises à l'égard des risques héréditaires qu'après avoir fait d'autres études empiriques, des recherches concernant les jumeaux, des investigations Mendel. Le calcul de ces risques ne se montre pas aussi facile que ceux par lesquels nous avons déjà obtenu des termes précis. Mais toujours reste-t-il que le médecin devrait donner son avis, en ayant en vue la condition la plus idéale de la santé physique et mentale de la nation. Il devrait limiter ses conseils de renoncement au mariage et à la procréation à un minimum, exigé par l'idéal de la vraie humanité et de l'hygiène raciale, dans l'intérêt de la défense nationale et de la force culturelle de son pays.

La responsabilité concernant la consultation raciale-hygiénique et l'instruction matrimoniale est beaucoup plus grande que l'application des lois sur la stérilisation, la prohibition de mariage ou l'interruption de grossesse. Le conseil d'un médecin privé n'est pas sujet à un contrôle public sévère ; il ne dépend pas d'autant de personnes vigilantes que lorsqu'il s'agit par exemple d'exécuter un décret allemand sur la stérilisation. Un conseil racial-hygiénique, que ce soit la dissuasion de la procréation ou l'encouragement à avoir une progéniture nombreuse, devrait être donné pour chaque personne, pour chaque famille. C'est le bien-être permanent de tout un peuple qui est en jeu dans les consultations matrimoniales.

A la suite de ces rapports, une *discussion* s'engagea, à laquelle prirent part MM. TUMIATI (de Florence), André REPOUD (de Malévoz-Monthey), G. VERMEYLEN (de Bruxelles), et au cours de laquelle fut lu un exposé de Miss Doris ODLUM (de Londres).

II. — PROPHYLAXIE DES TOXICOMANES

Prophylaxie des toxicomanes, par le Professeur Dr L. STANOJEVIC (de Belgrade)

Exposant l'évolution clinique des toxicomanies en Yougoslavie, le Professeur L. Stanojevic met en lumière quelques particularités locales.

Considérant l'ivrognerie dans les différents territoires de la Yougoslavie, il indique que la consommation d'alcool est la plus forte en Slovénie, puis en Bosnie et en Herzégovine ; viennent ensuite la Croatie et la Slavonie, la Crna Gora (Monténégro), Wojwodina, Serbie. C'est en Macédoine qu'il est consommé le moins d'alcool.

Au cours des dernières années, ce n'était que parmi des Russes émigrés que l'on pouvait constater des psychoses alcooliques graves, le « delirium tremens », le syndrome de Korsakow, ou des hallucinations alcooliques par exemple. Mais ils consommaient de larges quantités d'eau-de-vie forte (Schnaps) ou des quantités exagérées de vin. Des hallucinations délirantes s'observaient chez des sujets cyclothymes, et surtout à « habitus pyéni-que ». Un seul cas de syndrome de Korsakow est à signaler chez un psychopathe schizoïde.

Il est intéressant de signaler que parmi la population juive, l'ivresse est très rare. Cette même observation a été faite en Pologne et en Allemagne.

Quant aux autres narcotiques, l'auteur a souvent observé des intoxications par la morphine, le véronal, l'adaline et le luminal chez des sujets de cons-

titution névro-psychopathique avec tendances au suicide. Il rapporte également que dans la partie sud de la Serbie, les paysannes donnent des grains de pavot à leurs enfants pour les faire dormir pendant qu'elles vaquent à leurs besognes quotidiennes.

L'auteur estime indispensable d'imposer une taxe échelonnée sur les bières et vins forts, de même que sur les alcools (de plus de 6 %), les liqueurs et le rhum.

Pour la prévention de l'abus des drogues narcotiques, les mesures suivantes seraient nécessaires :

1. l'établissement d'une liste des substances devant être considérées comme « stupéfiants » ;

2. l'installation par l'Etat d'un contrôle spécial par un inspecteur, chargé de surveiller la fabrication dans les usines et la vente par les grossistes. Cette surveillance devrait aussi comprendre les pharmacies et drogueries, de manière à rendre impossible la falsification des prescriptions médicales ;

3. la limitation pour les médecins du droit de prescrire des narcotiques dans des limites fixes, c'est-à-dire en accord avec les principes de la science médicale ; le médecin ne devrait en aucun cas prescrire ces médicaments régulièrement à des toxicomanes. Il devrait signaler le cas au médecin régional, qui aurait à décider si le malade devrait être soigné à la maison ou s'il devrait être transporté dans une maison de santé, un sanatorium ou une autre institution. Cette résolution devrait être prise dans le délai d'un mois après la visite médicale, avec, si besoin, recours à la police ;

4. la durée d'un tel séjour forcé devrait dépendre de la gravité du cas spécial, le médecin régional étant informé de la sortie du malade, qu'il devrait surveiller ensuite ;

5. après avoir quitté l'institution, le malade congédié devrait être tenu de se présenter à un examen médical une fois par mois pendant une année. Si le médecin surveillant soupçonnait une récurrence, il devrait faire interner de nouveau le malade ;

6. les toxicomanes qui se montrent incapables de gagner leur vie et celle de leur famille devraient être mis sous curatelle : la proposition pour la nomination du Curateur serait faite par la famille du malade ou par le médecin officiel, ou par le directeur de l'institution où la personne est internée ;

7. la question de paiement pour un tel internement serait réglée dans la même manière que dans les autres cas où un malade a dû être envoyé dans une institution publique.

Tous les Etats devraient essayer de s'accorder sur les mesures préventives nécessaires à la protection contre les effets des toxicomanies.

La prophylaxie de l'abus des stupéfiants, par le Professeur POHLISCH (de Bonn.)

Il est difficile de résumer cet important exposé dans lequel le Professeur Pohlisch, estimant à juste titre nécessaire à une prophylaxie efficace de l'abus des stupéfiants d'établir exactement *les conditions* d'origine de cet abus habituel, examine d'abord la *constitution du toxicomane*.

Pour établir les conditions primordiales, il utilise des méthodes de statistique, de psychologie, de pathologie appliquée, de biologie de l'hérédité et de biologie des races, l'emploi simultané de toutes ces méthodes pouvant seul donner une idée d'ensemble.

Les auteurs n'ont pas perdu de vue qu'une adaptation *au point de vue psychologique* et en particulier l'emploi moins systématique des notions de psychologie étaient nécessaires. Mais quand cet essai fut tenté, il dévia vers des systèmes doctrinaires, comme la psychanalyse de Freud ou la psychologie individuelle d'Adler. La notion de psychopathie était remplacée par celle de névrose, et celle de l'infériorité psychopathique innée par l'idée de lésions provoquées par le milieu. La névrose, ramenée par l'une des doctrines essentiellement à des conflits sexuels, par l'autre à des conflits nés de l'insatisfaction de la manie d'accroître son autorité, était l'objet d'un cliché qu'on appliquait également aux toxicomanies et même tout simplement à tout abus d'alcool, de morphine ou de cocaïne. On se souciait peu de la multiplicité des causes qui sont à l'origine des toxicomanies. L'utilisation des statistiques, par exemple, aurait montré dès l'abord, que la morphinomanie et l'alcoolisme chronique, s'ils apparaissent quelquefois combinés, restent généralement distincts et ont donc évidemment des causes différentes. Il est certain que le total des cas observés sur lesquels se basent les psychanalystes est trop réduit pour servir de point d'appui à la méthode statistique.

C'est à tort que Klatt étend la notion d'ivresse, lorsqu'il réunit l'ivresse sexuelle, religieuse, artistique et sportive et considère tout simplement l'ivresse toxique comme surrogat des formes précédentes. Les types purement psychologiques de *Gabriel* et de *Kratzmann* se révèlent également insuffisants.

On ne peut non plus expliquer psychologiquement le fait biologique, que les individus réagissent d'une façon tout à fait différente à certains stupéfiants, à l'alcool par exemple. Il faut, même lorsqu'on ne peut l'expliquer, considérer la biologie comme une réalité, et lui accorder le respect qu'on lui doit.

On commet aussi parfois la faute de traiter le problème de l'alcool comme si l'alcool n'était qu'un stupéfiant et intoxicant. Or, il est également un moyen de jouissance. On a en effet tenté de ramener tout abus d'alcool à une passion primaire des stupéfiants. Pourtant, le fait est bien souvent plus simple : il y en a beaucoup qui glissent simplement, et sans d'ailleurs le remarquer, dans l'ivresse.

Des conditions nombreuses extérieures qui peuvent conduire à l'abus habituel de l'alcool, nous ne mentionnerons ici que : le prix de l'alcool, la situation économique générale, et jusqu'à un certain degré, les usages et les mœurs.

Mais ceci ne conduit le plus souvent à l'abus que si le consommateur y est déterminé par des particularités constitutionnelles. Il est très important de faire remarquer qu'il se trouve parmi les buveurs invétérés un groupe qui n'offre ni symptôme psychopathique, ni d'autre anomalie. D'après leur constitution, ces sujets sont des cyclothymes, c'est-à-dire des individus à tempérament gai et chaleureux. Physiquement, ils appartiennent aux types dits pykniques, mais ils ont souvent une ossature plus forte que ceux-ci. Comparé au chiffre total des alcooliques, le groupe des cyclothymes ne paraît pas très important ; mais ils ont une influence funeste comme séducteurs

et entraîneurs. J'indiquerai encore, pour ne rien oublier, des débiles mentaux, des épileptiques et enfin les malades atteints de psychoses. Mais le plus grand nombre se rattache au groupe des psychopathes.

Chez les femmes, on peut souvent établir que le père et le conjoint étaient déjà atteints d'alcoolisme chronique. Il est frappant de remarquer chez elles une tolérance pour l'alcool qui dépasse de beaucoup la moyenne observée en général chez les femmes. Souvent aussi se révèlent des inquiétudes instinctives provoquées par leur constitution de telle sorte qu'on peut parler ici de penchant passionnel pour l'alcool.

Chez les hommes se détache comme groupe important et bien délimité celui des psychopathes émotifs, irritables et explosifs. Un autre groupe bien délimité est celui des hyperthymes et psychopathes dépressifs, et des alcooliques schizoïdes ; plus compliqué est celui des vagabonds et des pseudologues. La faiblesse de la volonté et l'instabilité ne peuvent servir à déterminer des groupes constitutionnels parce qu'elles sont à l'origine de formes trop variées.

La structure individuelle de l'alcoolique chronique se détache plus nettement encore par l'opposition avec celle du morphinomane. Entre les deux existent certainement des différences essentielles en ce qui concerne le choix du poison et la réaction à celui-ci. La coexistence de l'opiomanie et de l'alcoolisme invétéré chez le même individu est rare ; on l'observe, il est vrai, dans les cas plus graves et l'auteur ne nie pas qu'il existe aussi des polytoxicomanes. Il est évident que les mouvements morphiniste et alcoolique sont déterminés par une étiologie différente.

Ce sont en premier lieu les différences dans la structure de la personnalité qui nous intéressent. Le morphinomane est plus différencié et par suite il ne peut être rangé dans un des groupes de psychopathes décrits jusqu'ici. Il est frappant de trouver en lui une disproportion entre le besoin d'accentuer son autorité et le succès de ses tentatives. A la base de celle-ci on trouve non pas un manque d'intelligence, mais l'incapacité d'un travail régulier, l'instabilité de proposition, et la faiblesse en face des sensations organiques nombreuses. A ces particularités psychopathiques contraires s'ajoute encore un manque de sensibilité émotionnelle joint à une tendance accentuée à l'abattement psychique. On peut y opposer la robustesse physique et psychique de l'alcoolique.

La morphine calme la manie accentuée de faire valoir son influence, l'alcool par contre doit augmenter la conscience de soi-même et pousser à l'activité. La morphine agit sur les troubles polymorphes de neurasthénie, l'alcool sur les irritations d'autre nature, dépressives et émotives. Le morphinomane ne trouve aucun agrément dans la société ; le besoin seul de souligner son autorité et l'aplomb en société le conduisent dans une réunion et non pas l'affabilité naturelle.

Il préfère la sensation étrange, la fréquentation d'un café mondain. Il n'a pas de goût pour le romantisme d'alcool. On ne peut imaginer une association de morphinomanes maintenant guéris. En face de son vice le sujet adopte une attitude intellectuelle qui lui fait même considérer le morphinisme comme un objet d'étude. C'est tout le contraire pour l'alcoolique. La diminution et la suppression de la libido et de la puissance laissent le morphinomane plus indifférent que l'alcoolique, comme le prouve en particulier la jalousie de ce dernier. D'après l'attitude sexuelle générale je ne crois pas qu'on puisse inférer de l'habitude de boire dans la société

des hommes, à une homosexualité latente de l'alcoolique ; on trouverait plutôt des instincts homosexuels chez certains morphinomanes.

Aux groupes de morphinomanes déjà décrits s'ajoute en outre celui des sensibles, des mélancoliques plaintifs, des lâches. Ils sont particulièrement disposés à des troubles du système nerveux végétatif. En ce qui concerne le corps et l'âme, ils sont loin d'être robustes ; plutôt inaptes à des efforts physiques prononcés, ils n'ont d'ailleurs aucune envie de s'y entraîner.

L'incapacité remonte à des insuffisances physiques et psychiques en proportion différente suivant leurs individualités.

Du point de vue physique apparaît avant tout nettement l'infériorité des prédispositions chez le morphinomane. Un sentiment de bien-être physique lui est inconnu, parce qu'y interviennent constamment des troubles dans le cours des fonctions végétatives. La façon dont l'individu réagit comme enfant et adulte envers ses insuffisances physiques est un facteur décisif. Alors seulement on peut décider s'il s'agit ou non de psychopathie. On remarque chez les morphinomanes de ce groupe qu'ils sont incapables de maîtriser leurs troubles ou de ne leur accorder que peu d'attention.

Chez eux existent deux dispositions d'infériorité de différentes espèces qui se combinent : les infériorités physiques et psychiques. Ce ne sont pas les troubles physiques mais les insuffisances psychiques qui, en dernier ressort, portaient à l'évolution vers la morphinomanie. Parmi les amputés de guerre, comme par exemple ceux atteints de douleur de moignon, ce sont essentiellement ceux qui déjà avant leur blessure présentaient des anomalies psychiques qui n'ont pu se défaire par la suite de l'usage régulier des opiacés.

Dans ces douleurs aiguës, les opiacés n'étaient pas ressentis seulement comme remèdes prompts et calmants, mais avant tout comme moyen de compensation pour les sensations organiques constitutionnelles et les états dépressifs. Ces individus mélancoliques, à faible volonté ne peuvent s'abstenir d'une substance, même lorsqu'il s'agit d'un toxique dont ils attendent le rétablissement de leur équilibre.

Les différences concernant la biologie des races sont dignes d'observation. La rareté de l'alcoolisme chronique chez les Juifs des différents pays est frappante depuis longtemps et, en ce qui concerne la Pologne, prouvée également par la statistique. La cause en est moins dans le nombre des abstinents que dans celui des tempérants, quoique le commerce de l'alcool en Pologne soit depuis des siècles pratiqué de préférence par les Juifs. Par contre, la morphinomanie se rencontre chez les Juifs et particulièrement chez les médecins juifs, avec une fréquence extraordinaire.

L'expérience montre qu'il n'existe pas de stupéfiant proprement primaire de nature pandémique, c'est-à-dire répandu à peu près également sur le monde entier (Straub) mais que plutôt parmi les peuples ou les groupes de peuples différents prédomine un moyen particulier de jouissance et d'intoxication. Ceci s'explique évidemment parce que ces peuples préfèrent le stupéfiant adéquat à leurs caractères spéciaux et l'auteur en énumère quelques exemples.

En dépit des contacts étroits avec d'autres peuples provoqués par le commerce mondial, jamais *l'opium* et *la cocaïne* n'ont pu se répandre en Europe occidentale comme stupéfiants populaires, ni en particulier supplanter l'alcool. L'extension de la cocaïnomanie et de la morphinomanie en Europe occidentale, durant la guerre et l'après-guerre faisait d'abord penser que de profonds bouleversements politiques sont capables de répandre chez

nous, sur une assez grande échelle, la consommation de ces substances comme stupéfiants. Pour l'Allemagne on peut considérer que la cocaïnomanie qui n'était répandue essentiellement que dans certains milieux psychopathiques des grandes villes, est vaincue depuis 1925 environ ; quant à la morphinomanie elle a, il est vrai, après la guerre, gagné nettement les professions médicales, mais elle a peu atteint l'ensemble de la population. Il paraît en être ainsi dans les pays voisins du nôtre. Nulle part nous ne trouvons la preuve que ces substances aient remplacé l'alcool dans une grande mesure.

En Allemagne et dans d'autres pays civilisés s'est développée depuis environ dix ans une nouvelle épidémie : *l'abus chronique des soporifiques*. Pour l'hôpital de la Charité à Berlin, par exemple, le taux des admissions pour ce motif se rapproche de celui des alcooliques et des morphinomanes chroniques. Il est important de remarquer que, en ce qui concerne l'abus chronique des soporifiques, on se trouve en face d'un phénomène qui se répand approximativement dans la même mesure au sein de tous les milieux professionnels ou sociaux.

Sur le développement de l'abus chronique des soporifiques, nous pouvons faire les observations suivantes : tout abus chronique n'est pas forcément accompagné d'un état d'ivresse ; toute réaction calmante ou stupéfiante, même accompagnée d'euphorie, ne doit pas être considérée comme ivresse : tous les consommateurs chroniques de soporifiques ne présentent pas non plus de réactions d'euphorie déterminée, comme par exemple les morphinomanes lors des premières injections. L'attitude du sujet est dans ce cas variable suivant les individus. Le robuste psychique dont le sommeil est troublé par une maladie organique emploiera volontiers le soporifique comme tout autre médicament, mais seulement durant le temps que sa maladie le nécessitera.

Les sujets d'un second groupe peuvent également être considérés comme psychiquement normaux ; ils n'appartiennent pas même aux psychopathes. Ils sont conduits vers les soporifiques par un sommeil gêné par des défauts constitutionnels, et particulièrement aux époques d'activité spirituelle plus intense ou des maladies. On rattache encore à cette catégorie les troubles de sommeil provoqués par le retour d'âge. Il y a non seulement une action bienfaisante sur le sommeil, mais aussi une action calmante et sédative en général. L'usage est alors très souvent étendu à une longue période et peut devenir chronique. Il se limite à la dose thérapeutique. M. Pohlisch considère déjà cette forme comme un abus, même si elle ne tourne pas à la toxicomanie et si aucune intoxication n'apparaît. Il est contraire aussi au sentiment naturel de s'en tenir toujours à un remède.

Le troisième groupe enfin réagit tout différemment envers les soporifiques. L'équilibre après une nuit de sommeil tranquille est ressenti par ces personnes, la plupart psychopathes, comme quelque chose d'étranger à leur nature et d'autant plus agréable. Une tentation particulière d'employer des soporifiques existe, quand, à l'occasion, l'euphorie toxique intervient. L'effet qu'ils leur procurent, c'est-à-dire l'accord de leurs contrastes psychopathiques, leur apparaît en même temps comme particulièrement désirable. Par contre, l'idée que cet effet peut être obtenu de manière naturelle, idée qui s'impose au non psychopathe et qui pourrait servir de frein, s'efface : l'usage est alors continué.

Pour obtenir l'effet primitif, les doses doivent être augmentées. L'orga-

nisme s'accoutume tellement au soporifique que celui-ci doit également être pris dans le courant de la journée et qu'il perd son pouvoir soporifique pour ne plus être qu'un assoupissant général, et parfois aussi, qu'un facteur euphorisant. Si par la suite des phénomènes d'intoxication se présentent, comme des états prolongés d'hébétéude et d'engourdissement, ceux-ci sont non seulement supportés par maints individus, mais même accueillis par eux avec satisfaction comme un moyen d'oublier, c'est-à-dire d'être soulagés des luttes contre les difficultés de la vie. De calmant, la drogue est devenue un stupéfiant.

Le devoir du médecin est donc de tenir compte de la constitution du malade et en cas d'ordonnance répétée de soporifiques de veiller à ce qu'il n'ait pas affaire à un psychopathe.

Tous les symptômes de l'intoxication chronique, c'est-à-dire les états d'ivresse et d'hébétéude, les accès épileptiques, les délires et les hallucinations se présentent sous une forme semblable, et parfois même identique dans l'alcoolisme chronique. C'est l'expression d'une parenté chimique entre les soporifiques et l'alcool. On ne peut, en cas de crise épileptique et de délire, savoir au premier abord s'il s'agit d'alcoolisme invétéré ou d'abus des soporifiques. Il faut alors, pour établir un diagnostic différentiel, faire appel à des symptômes physiques déterminés. Les formes physiques de la maladie après un abus prolongé sont donc remarquables par de nombreux caractères communs, en dépit de types de constitution différents, ce qui au total montre combien il est important de pas prendre comme base d'observation une drogue unique, l'alcool par exemple.

Le toxicomane est, le plus souvent, de par sa constitution, un psychopathe. Comme toxicomane, il a besoin de nos soins. Nous le traiterons donc, mais il faut qu'il sache qu'au-dessus de la main paternelle du médecin il trouvera aussi la main vigoureuse de l'Etat. C'est à bon droit qu'un gouvernement énergique condamne au sein de son peuple la fuite devant les difficultés de l'existence et le refuge dans une satisfaction artificielle toxique.

Il nous faut donc prendre notre parti de l'existence des psychopathes, mais le rôle qu'ils joueront dans l'Etat doit dépendre de nous, et non d'eux-mêmes. Dans notre état, nous réclamons le droit en ce qui concerne notre législation et notre attitude générale en face des toxicomanes, de prendre pour ligne de conduite l'intérêt général et non l'égoïsme de l'individu.

La prophylaxie de l'abus des stupéfiants (Mesures d'assistance et mesures législatives), par le Professeur PANSE (de Bonn)

Le Professeur Pohlisch ayant établi la base constitutionnelle de l'abus des stupéfiants dans toute sa différenciation et montré les résultats des recherches psychologiques et psychopathologiques, le Professeur Panse expose les mesures pratiques et légales de nature à remédier à l'abus des stupéfiants : alcool, opiacés et somnifères.

L'alcool, d'une part, et les opiacés et somnifères, d'autre part, se différencient, entre autres en ceci, que le médecin n'a aucune part au développement de l'abus de l'alcool tandis qu'il doit être considéré, en ce qui concerne l'abus des opiacés et des somnifères, comme le membre le plus important

dans la chaîne des causes qui conduisent à cette passion. Il en résulte de profondes différences, pour les possibilités de la lutte contre ces abus.

L'alcool est, sous forme des boissons les plus diverses, d'usage courant et à la portée de tous. Pour la majorité des gens, il n'est qu'un simple moyen de jouissance et c'est seulement pour le petit nombre de prédisposés qu'il devient le stupéfiant dangereux dont nous connaissons tous les effets.

Il faut remarquer également que la lutte contre l'abus de l'alcool s'est montrée plus efficace que la lutte contre la consommation de l'alcool. Une abstinence prolongée est toutefois nécessaire pour les prédisposés à l'alcoolisme au sens le plus restreint du mot. L'attitude exemplaire des abstinents par suite de raisons éthiques doit être considérée comme un facteur essentiel pour détourner les peuples de la consommation de l'alcool.

En Allemagne, depuis la guerre — et ceci est valable pour de nombreux autres Etats de l'Europe — les psychoses alcooliques sont devenues très rares. Il ne faut pas considérer ceci comme le résultat de mesures médicales appropriées ni exclusivement comme le résultat des mesures d'assistance publique. Ce fait encourageant est bien plus exclusivement le résultat de l'éloignement de l'alcool et surtout de l'eau-de-vie, qui est apparu dans des cercles plus étendus du peuple, grâce à la diversion des besoins et des intérêts sur d'autres domaines, des plaisirs, des distractions, en un mot, de la vie publique en général.

Parmi les faits sociaux qui ont amené cette heureuse évolution, on peut nommer : l'intensification des procédés de travail qui rendent impossible l'absorption de quantités importantes d'alcool durant le travail, le sport, les efforts physiques et l'absorption et la diversion psychique dans les organisations politiques, le cinéma, la T.S.F., les organisations des loisirs, surtout celles de genre culturel, la motorisation, et aussi peu à peu le goût de beaucoup de classes de la société pour les jus de fruits et de raisin.

Là où ce changement de point de vue ne suffit pas à préserver le public des dangers qui le menacent, l'Etat intervient. L'auteur rappelle le décret Rd.Erl.d.RFSS et Ch.d.Dt.Pol.RMdI. du 23-3-1937, qui insiste sur la défense de débiter des spiritueux aux jeunes gens de moins de 16 ans et de débiter de l'eau-de-vie, aux jeunes gens de moins de 18 ans, défense qui avait été déjà prévue dans la loi des auberges du 28-4-1930 — de plus le décret Rd.Erl.d.RFSS. et Ch.Dt.Poli.RMdI. du 28-5-1937, d'après lequel l'ivresse au volant et dans la circulation de la rue est traitée dorénavant comme délit criminel. Quiconque est lui-même automobiliste et observe les automobilistes, sait quelle influence « dégrisante » a eu ce décret, d'autant plus qu'en cas d'accidents de circulation, il est procédé méthodiquement à des analyses de sang. Comme mesures publiques ayant leurs preuves dans certains pays, par exemple au Danemark, M. Panse cite *les taxes* augmentant fortement de façon progressive selon le pourcentage d'alcool.

Toutes ces mesures s'appliquant à la généralité du peuple doivent être naturellement soutenues par une lutte préservatrice et thérapeutique, menée méthodiquement en faveur des prédisposés à l'alcoolisme par suite d'une disposition ou de conditions particulières de vie. C'est ici que commence *la lutte proprement dite contre l'alcoolisme*.

Trois conditions nécessaires doivent être réalisées : 1. contrôle des alcooliques le plus tôt possible ; 2. contrôle autant que possible complet des alcooliques ; 3. abstinence complète pour ceux qui sont menacés par l'alcoolisme.

Les alcooliques ne peuvent être *traités à temps* que si l'on fonde en nombre suffisant des offices d'assistance contre l'alcoolisme auxquels peuvent s'adresser en toute confiance les prédisposés à l'alcoolisme et leur famille.

Ceux qui se placent au point de vue de l'hygiène de la race réclament à ce sujet que l'on traite à part les alcooliques tout à fait anormaux pour lesquels les mesures thérapeutiques et les mesures d'assistance ont échoué à l'expérience. En Allemagne, ces buveurs de constitution anormale peuvent être stérilisés d'après le G. z. V. e. N. (Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses). S'ils deviennent criminels ou si l'on doit les considérer comme un danger public, certains décrets entrent en action qui ont été dernièrement renforcés principalement par les mesures de sûreté et d'amendement créées par la loi du Reich du 24-11-1933 (42c, 42f et 330a). Le nouveau paragraphe 330a du code criminel ne voit pas dans l'ivresse complète une circonstance atténuante ou excluant tout délit.

Un bon traitement contre l'alcoolisme ne peut être réalisé qu'avec l'aide des ligues et organisations antialcooliques. Si l'on abandonne à son destin et à son caprice un alcoolique libéré après une cure très coûteuse, le succès restera malheureusement trop souvent assez déficient. C'est en tenant compte de cette expérience qu'agit l'organisation allemande pour la lutte des dommages causés par les stupéfiants en Allemagne, qui a son siège central dans la « Reichsarbeitsgemeinschaft für Rauschgiftbekämpfung » dans la « Hauptabteilung II » du « Reichsausschuss für Volksgesundheitsdienst ». Cette organisation s'occupe de la même manière de la lutte contre les autres stupéfiants.

L'abus des opiacés, surtout sous forme de l'abus de morphine, a grandi considérablement après la guerre, dans beaucoup de pays d'Europe, dans l'Amérique du Nord mais aussi en Allemagne, en particulier dans les professions médicales, c'est-à-dire chez les médecins, pharmaciens, infirmiers. Depuis 1932, il s'est produit en Allemagne un recul de l'opiomane dans des proportions que l'on aurait jugées impossibles il y a environ 10 ans. Pour ce résultat, c'est surtout sans aucun doute la législation allemande au sujet du débit et de l'ordonnance des opiacés, qui a eu une influence décisive.

D'après la loi sur la mise en circulation des stupéfiants (Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln), la loi appelée « de l'opium » du 10-12-1929, qui a été changée plus tard le 22-5-1933 et le 9-1-1934 et a été appropriée aux décrets internationaux, la vente des opiacés, de la cocaïne et des autres produits de ce genre est soumise à la surveillance du Comité de Santé publique qui permet ou refuse le droit de vente. Le 19-12-1930 fut décrétée la loi sur l'ordonnance des remèdes contenant des stupéfiants et sur leur vente dans les pharmacies, loi se basant sur le paragraphe 8 de la loi de l'opium (Opiumgesetz) et qui devait, avec des compléments postérieurs, rendre impossible l'emploi abusif des stupéfiants par les médecins et pharmaciens. D'après ce décret, les remèdes qui contiennent des stupéfiants soumis à la loi déjà nommée ne peuvent être prescrits par les médecins, les dentistes et les vétérinaires que lorsque l'emploi est fondé de façon médicale. Les pharmaciens ne peuvent livrer de tels remèdes que contre présentation d'une ordonnance médicale. Toutes ces ordonnances doivent être conservées par le pharmacien. On doit tenir un livre sur le débit des stupéfiants. Depuis environ 1932 l'apparition d'opiomane non contaminés jusqu'alors est devenu un fait extrêmement rare et se limite presque exclusivement aux médecins et à leur entourage.

Il faut signaler aussi un décret général, créé par le « Reichs- und Preussische Minister der Justiz » du 31-5-1935 d'après lequel les parquets doivent, en cas de non obéissance à la loi de l'opium, faire part au « Reichszentrale zur Bekämpfung von Rauschgiftvergehen » de la plainte et du résultat du délit. De plus, il a été possible en vertu des paragraphes complémentaires 42b, 42c et 330a du Code civil qui ont été créés par le gouvernement allemand actuel de mettre les opiomanes qui ne sont pas responsables de leurs actes dans une maison de santé lorsque la sécurité publique l'exige. De plus, il est prévu dans le nouveau code médical du « Reichs-ärzteordnung » que l'exercice de la profession médicale doit être suspendu lorsque la municipalité peut faire constater que le médecin n'est pas capable d'exercer sa profession par suite d'une passion quelconque.

Langelüddeke (1) a fait des propositions détaillées pour le traitement législatif des opiomanes. Parmi ces propositions je voudrais faire ressortir un point particulièrement essentiel. C'est la nécessité de faire déclarer par le médecin l'opiomane au médecin de l'office, obligation de déclaration qui n'existe pas encore.

Les possibilités de guérison par des cures d'abstinence méthodique ne sont pas si mauvaises qu'on le pense généralement. Naturellement, on doit faire un traitement progressif. La méthode qui s'est montrée la plus sûre consiste à faire une cure d'abstinence de 3 à 4 mois, dans un établissement fermé, sans transition et en refusant au malade la plus petite quantité de stupéfiant. La passion de fumer est souvent un signe de la non disparition du besoin de stupéfiants. On peut compter sur 40 % de guérisons durables (statistique de la clinique psychiatrique de la Charité). La possibilité de la perte du droit de tutelle par suite de l'abus des stupéfiants (et non seulement par suite de l'alcoolisme) faciliterait l'obligation de cures d'abstinence de plus longue durée.

La cocaïnomanie n'a joué un certain rôle en Allemagne que de 1919 à 1924 et a disparu maintenant presque complètement.

Mais au cours des dernières années, à partir d'environ 1925, apparut l'emploi abusif et maladif de certains médicaments, l'abus des somnifères, qui était jusqu'alors inconnu. Dans notre monographie, avec Pohlisch, nous avons montré l'élévation rapide du nombre des somnifères courants depuis l'introduction de l'hydrate chlorhydrique en 1869 et en même temps l'augmentation menaçante des empoisonnements accidentels par les somnifères et de l'intoxication chronique au cours des années allant de 1925 à 1932. La courbe des admissions par suite d'intoxication chronique par les somnifères se rapproche de celle des admissions pour morphinomanie et la dépasse bientôt. Cette évolution est restée à peu près la même depuis 1932.

La source de cet abus est encore le médecin qui doit se persuader que les somnifères ne sont pas une thérapeutique inoffensive et que l'on doit penser aux psychopathes, souvent très difficiles à reconnaître pour le médecin.

C'est une grande faute que de laisser les somnifères si facilement accessibles. La vente devrait au moins se limiter aux pharmacies. Et, de plus, devrait être établie la nécessité de faire des ordonnances pour certains somnifères, obligation qui n'existe pas encore. Le danger qui apparaît ici doit être étouffé en son germe.

(1) LANGELÜDDEKE. — Zur gesetzlichen Behandlung Rauschgiftsüchtiger. *Dt. Z. f. d. ges. gerichtl. Medizin*, Bd. 27, 1937, S. 290.

La lutte méthodique contre les dangers de ces passions constitue une partie très importante dans les mesures pour l'hygiène psychique des peuples. Bien que l'on puisse déjà observer quelques résultats positifs en ce qui concerne l'abus de l'alcool et des opiacés, il serait inopportun de relâcher dès maintenant nos efforts.

Mesures de la Police Criminelle pour combattre l'abus des stupéfiants,
par M. Werner THOMAS (Kriminalkommissär, Département de la Police Criminelle de Berlin, Principal de la Reichszentrale pour combattre les Délits contre le Règlement des Stupéfiants.

La Police Criminelle considère comme son devoir principal le combat préventif contre des crimes et délits de toutes sortes. Par son activité et ses mesures préventives, la Police Criminelle forme l'appui du législateur et se met au service du peuple entier. L'activité criminelle la plus moderne est le commerce clandestin des drogues stupéfiantes. Des délits contre le règlement concernant l'emploi de ces remèdes sont considérés comme infractions aux lois, réglant le trafic de l'opium.

Il existe encore une organisation internationale de contrebande de stupéfiants, dont M. V. Thomas rapporte des exemples récents. Tout un cercle de contrebandiers existe : fabricants, négociants en gros, représentants, acheteurs en gros, consommateurs. Souvent, les contrebandiers sont les partenaires des fabricants et ont leur argent investi dans les usines. Ils tentent même de corrompre les douaniers, les agents de la police et de la diplomatie, etc.

Le combat contre ces organisations, qui sont en possession de capitaux considérables, ne demandent pas seulement une grande habileté et une grande endurance du côté des criminalistes, mais aussi l'aide mutuelle des autorités officielles dans tous les pays civilisés.

Il existe en Allemagne, à Berlin, le Reichskriminal-Polizei Departement, centre de combat contre le trafic illégal des narcotiques. Ce département s'occupe de collectionner les noms des contrebandiers internationaux ou locaux, des commerçants, consommateurs habituels des drogues, qui se trouvaient déjà sous surveillance et d'autres personnes suspectes ou condamnées. Ce registre contient 9.000 cartes dont 2.200 y nommés ont été déjà punis de façon ou d'autre. La liste donne des informations sur des consommateurs de drogues de toute sorte (médecins, apothicaires, infirmiers, artistes, estropiés de guerre) sur leurs manies, etc.

Quinze départements d'investigation criminelle, nommés « Bureaux d'Information pour les Délits contre le Règlement sur les Narcotiques », dépendent de ce Bureau Central pour combattre l'abus des narcotiques. De cette manière, un filet a été tendu sur tout le pays, dont les mailles sont nouées en 15 districts et aboutissent finalement au Quartier Général de la Police du Reich.

La Reichszentrale est en relation directe avec tous les départements officiels du Reich, tels que le Service de la Santé Publique, le Conseil des Médecins, l'« Apotheker-Kammer », la Caisse de Secours Médical, l'Union de tous les Centres pour combattre la Contrebande des Narcotiques, etc., sous la Commission Nationale de la Santé Publique. Son occupation principale est l'unification de toutes les forces contre les malfaiteurs qui nuisent à leur prochain par leurs actions illégales.

Outre le combat contre le « *smuggle* » international aux frontières et l'empêchement du petit trafic des narcotiques, résultant d'effractions, de vols, de tromperies ainsi que des mesures contre les trompeurs qui vendent des drogues falsifiées, la Reichszentrale s'occupe des personnes privées, affectées de la manie des drogues narcotiques et qui se procurent leurs provisions par des vols et des falsifications de prescriptions ou par d'autres méthodes illégales. En 1928, M. Pohlisch, par son œuvre assidue, a estimé à 8.000 le nombre des personnes qui ont acquis la manie des narcotiques en Allemagne. Si nous considérons que dans la Nomenclature Centrale 2.200 d'entre eux sont classés délinquants, cela montre la proportion de criminels et que ce nombre serait en accroissement perpétuel si des mesures préventives n'étaient pas appliquées.

Ce fait incita la législature national-socialiste à préparer des mesures qui devraient être exécutées par la Police Criminelle. Le 24 novembre, on promulgua une loi contre des criminels habituels dangereux et pour leur incarcération ; le second article de cette loi est d'une importance capitale contre les infracteurs. S'ils ne sont pas responsables de leurs actes (en accord avec l'article 51 sect. du code pénal) ou s'ils ne sont responsables que partiellement (d'après sect. 2), ils peuvent être internés dans une maison de santé (depuis janvier 1934 ; en accord avec art. 42b) si l'intérêt public l'exige.

Si une personne, adonnée habituellement aux drogues narcotiques, a été condamnée pour une infraction, commise en conséquence de la consommation de drogues et si son internement a eu pour but de la guérir de sa manie et de l'habituer à une vie régulière, le Tribunal ordonnera son internement (d'après l'article 42c) conjoint à la peine qui lui a été imposée.

De plus, une interdiction de sa profession ou de son métier peut être décrétée (jusqu'à la limite de 5 ans).

Si la loi fait une distinction entre « les asiles ordinaires » et les « asiles de privation » (Entziehungsanstalt), il faut remarquer que les « asiles ordinaires » sont aussi de « privation », puisqu'ils emploient des médecins experts et sont pourvus de l'installation nécessaire pour les traitements restrictifs. Il n'existe pas d'Institutions spéciales pour des personnes séquestrées par l'ordre de la Cour.

Parmi les malades pour lesquels ces mesures d'internement sont prévues, un groupe, celui des médecins, mérite notre attention spéciale. Le médecin, lui-même s'adonnant aux drogues, devrait, non seulement être considéré inapte et incapable d'exercer sa profession, il représente aussi un certain danger pour la sûreté publique. Le médecin a la possibilité de s'en procurer par ses propres prescriptions ; mais il commet ainsi une contravention à la loi, réglant l'abus des drogues (d'après les articles précis du Décret sur les Prescriptions du 19 décembre 1930). 60 médecins ont été internés pour cette raison dans des maisons de santé pendant les quatre dernières années.

Quoique les effets des règlements concernant les infracteurs, agissant sous l'influence d'un narcotique, aient été des plus bienfaisants, leur application générale dans le territoire du Reich s'est montrée au commencement bien difficile. Grâce à l'influence du Département de la Police Criminelle depuis sa réorganisation, et d'après la promulgation des nouveaux règlements pour leur territoire, des améliorations considérables ont pu être obtenues.

En vue de l'interrogatoire par la Police Criminelle, des infracteurs adonnés aux drogues narcotiques, on rassemble des pièces à conviction aussi complètes que possible (prescriptions, bouteilles, paquets, esquisses). Des listes sont préparées sur la consommation des stupéfiants en contrôlant les registres des drogues, tenues par les pharmacies. Si un délit punissable a été établi, et en cas de danger, la Police Criminelle citera la personne accusée devant le Procureur Général, en cas d'urgence devant un expert médical pour être examinée. Ce dernier donne une expertise temporaire sur la nécessité d'internement de l'accusé, et le juge régional donnera, le cas échéant, l'ordre de l'interner temporairement, en accord avec l'article 126a St.P.O.

L'ordre d'internement prononcé, le « malade » sera transféré le même jour à l'hôpital de la prison pour « prisonniers préventifs » ou dans un sanatorium désigné à ce propos par les autorités régionales pour des malades séquestrés. Pour éviter toute menace de la vie des autres personnes, il s'impose que l'internement temporaire, l'examen médical, l'exécution du mandat d'amener, l'émission de l'ordre d'internement et le transport à la maison de santé régionale doivent avoir lieu le même jour.

Dans l'établissement, « une privation entière des drogues sera achevée dès le commencement du traitement, sans s'occuper des douleurs qui en résultent pour le malade ; de cette façon, le traitement se prouvera comme correctif ». Mais avant le verdict final, le médecin de l'établissement et l'expert médical feront un examen minutieux de l'inculpé. Si l'expert trouve que les conditions de l'art. 51 et 42b ou c s'appliquent, le Procureur de l'Etat plaidera l'internement dans un asile. Le séquestré temporaire sera incarcéré d'après un jugement final dans un asile, pour un temps limité ou illimité, et n'aura pas la permission de quitter l'établissement sans ordre spécial de la Cour. Dans la plupart des cas, il sera nécessaire de le préparer à une nouvelle profession ou à un nouveau commerce.

Si un « congé conditionnel » (en accord avec article 42h St.GB) est à conseiller, il ne devrait être autorisé qu'après une période de six mois, parce que les expériences de beaucoup d'années ont montré que les traitements de « privation » plus courts ne donnent pas de résultats durables. En accord avec l'expertise, la Cour ordonnera une détention plus prolongée, ou elle permettra le congé sous certaines restrictions. Celles-ci consisteront dans la plupart des cas dans l'obligation de se présenter pendant une année et demie pour des examens nouveaux, à intervalles réguliers commençant par des périodes de quinze jours jusqu'à quatre semaines.

Si en dépit de tous les avertissements et des examens consécutifs, une rechute a été établie, il ne faudra qu'une courte audience dans laquelle l'Avocat Général proposera à la cour de suspendre la libération conditionnelle par une simple résolution. Le « malade » sera de nouveau interné dans l'asile, et une période plus étendue d'incarcération commencera. Un nouvel examen à l'égard d'une deuxième libération conditionnelle ne sera pas prononcé par la Cour avant la fin d'une année à partir du ré-internement.

Au Bureau de la RKP, « Reichszentrale pour combattre les Offenses contre les Règlements concernant les Stupéfiants », un registre, nommé « Registre d'Internement et de Surveillance », est tenu pour les autorités du Reich, contenant une revue des effets de la loi du 24 novembre 1933 à l'égard de son application sur les personnes adonnées à l'abus des drogues

narcotiques. Les chiffres pour une période de quatre années indiquaient 289 personnes internées, 10 décès, 128 libérées sous condition, 27 rechutes.

Un chapitre bien difficile à traiter, est celui de l'internement forcé des personnes adonnées aux stupéfiants, non punissables jusqu'à présent, qui cependant refusent de se soumettre volontairement à un traitement de « privation » (Entziehungskur). Il y a ici une lacune qu'il faudrait faire disparaître. La possibilité existe de les mettre sous curatelle, en donnant au curateur le droit de choisir le lieu de domicile du malade, mais il n'y a que peu de parents qui oseraient aller jusqu'à ce point. La procédure d'installer un curateur étant bien incommode, on n'y a recours que très rarement.

Il nous semble nécessaire de mentionner encore un autre groupe de personnes non adonnées elles-mêmes aux stupéfiants mais qui néanmoins aident leurs malades à suivre leurs inclinaisons pour les stupéfiants. Ce sont les médecins qui ne font autre chose que des ordonnances ! Ils causent beaucoup de mal par ce fait et par leur négligence, leur manque de réflexion et leur bonté innée, mais aussi quelquefois par leur avarice transgressant les règlements de l'Ordre sur les prescriptions qui donnent aux médecins des instructions minutieuses selon lesquelles ils doivent agir en prescrivant des stupéfiants. Quant aux incorrigibles, la Police criminelle interviendra en les accusant d'infractions du règlement et la Cour infligera des amendes ou aussi dans des cas sérieux, l'emprisonnement.

Même si le but principal de la « Reichszentrale pour combattre les Infractions contre l'Abus des Stupéfiants » est la prévention et la mise en accusation des contrebandiers en stupéfiants, nous ne pouvons pas passer sous silence les délits moins graves de ce genre. La Reichszentrale aide et assiste la « Kriminalpolizei » et en même temps se met à sa disposition pour donner tout renseignement voulu.

L'œuvre unie de toutes les autorités, aidée par la Science dans le combat contre l'abus des stupéfiants, fera avancer indubitablement l'amélioration de la Santé Publique.

A la discussion de cette importante question, prirent part M. le Professeur G. MEDEA (de Milan), M. le Professeur C. FERRIO (de Turin) et M. le Professeur FAHREDDIN KERIM GÖKAY (d'Istanbul).

III. — ERGOTHÉRAPIE

Importance de l'ergothérapie pour la guérison des maladies mentales,
par M. le Professeur BONFIGLIO, Médecin-Chef à l'Institut de Psychiatrie
Sta. Maria della Pietà (de Rome).

Parmi les défenseurs les plus convaincus de l'ergothérapie, figurent les plus illustres psychiatres du début du siècle passé (tels que Chiarugi, Pinel, Tuke, Reil, Jakobi, Neumann), mais Simon fut le premier à proclamer explicitement que l'application au travail est le meilleur moyen psychothérapeutique pour la guérison des maladies mentales, et à étendre systématiquement et rationnellement cette méthode à toutes les maladies mentales sans exception. A l'Hôpital de Psychiatrie de Gütersloh, il a donné un incomparable exemple d'organisation parfaite d'ergothérapie. Les psychiatres virent en cette méthode le seul moyen de sortir enfin de l'inactivité théra-

peutique à laquelle ils étaient condamnés, et commencèrent avec son aide une *lutte active* contre les manifestations morbides de leurs malades.

D'après Simon, l'ergothérapie est une thérapeutique psychique, qui ne doit pas être appliquée isolément, mais qui doit former une partie d'un plan psycho-thérapeutique plus vaste et plus complet, que lui-même a appelé « Thérapeutique plus active » des maladies mentales.

Les principes fondamentaux de ce plan thérapeutique ont été clairement définis par Simon, quand il a écrit : « Les trois maux, dont sont menacés nos malades mentaux dans un hôpital, et contre lesquels notre thérapeutique doit lutter sans arrêt, sont les suivants : *l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital, et le préjugé d'irresponsabilité* (du malade lui-même). » Le but principal de la « Thérapeutique plus active » doit être : 1) d'appliquer au travail les malades de l'esprit ; 2) d'améliorer le plus possible l'ambiance de l'hôpital ; 3) de pratiquer la *rééducation curative* du malade de l'esprit en partant de ce principe : que « la phrase — les aliénés sont irresponsables de leurs actes et de leur état, — doit être entièrement et catégoriquement révisée et considérée comme entièrement fausse », et que les malades de l'esprit doivent être tenus pour responsables de leurs faits et gestes dans l'hôpital, comme s'ils n'étaient pas atteints de maladie mentale.

Dans la réalisation de ce plan thérapeutique, Simon est guidé par trois autres considérations fondamentales : 1) que, dans le psychique de chaque malade, existe, à côté d'une partie *malade*, une partie *saine*, que, le psychiatre doit *intentionnellement* négliger la première pour ne pas attirer dessus l'attention du malade, et qu'enfin le psychiatre doit agir sur la seconde en cherchant à développer et à fortifier au plus haut point ce qu'il reste d'énergie saine chez le malade ; 2) que chez chaque aliéné, à côté des symptômes, se trouvent d'autres manifestations psychiques, — parmi lesquelles il faut spécialement citer celles qui ont un caractère anti-social, — qui, étant plutôt conditionnées par l'ambiance, et en rapport avant tout avec la *personnalité prémorbide* de l'aliéné — peuvent être favorablement influencées par l'ergothérapie ; 3) que, la psychologie d'un aliéné, spécialement en ce qui regarde son attitude anti-sociale, peut être comparée à la psychologie d'un enfant, et qu'en conséquence la rééducation psycho-thérapeutique et l'ergothérapie doivent être effectuées selon une méthode spécifiquement pédagogique.

L'occupation et la rééducation curative sont les deux principales armes dont nous devons nous servir simultanément dans la lutte contre les maladies mentales. Simon affirme clairement qu'il faut bannir tous les moyens de coercition quels qu'ils soient, mais que, quand il est nécessaire, on doit agir avec sévérité et même souvent avec une certaine dureté. Pour décider les malades à travailler et pour les habituer à se comporter correctement, il suffit d'ordinaire d'employer la suggestion. En ce qui concerne les aliénés qui créent des désordres, on pratique à leur égard l'éloignement de la salle de travail et l'isolement. On doit enfin organiser très méthodiquement l'affectation des malades à la section dont l'ambiance convient le mieux à leur état mental du moment. Enfin, Simon soutient que l'application de l'ergothérapie n'est, au point de vue mental, contre-indiquée en aucun cas, et que l'idéal à atteindre est de faire travailler *tous les malades* qui entrent à l'hôpital *sans exception*.

M. le Professeur Bonfiglio déclare être en désaccord avec Simon sur les

trois points suivants : a) la reconnaissance générale de la responsabilité du malade pour tous ses actes dans l'hôpital ; b) la mise de côté systématique de la partie malsaine du psychique du malade ; c) l'application de l'ergothérapie à la quasi-totalité des malades.

Il indique les raisons qui permirent à Simon, à Gütersloh, d'assujettir 88 % de ses malades au travail (personnalité de l'auteur, construction particulière de l'hôpital de Gütersloh, son éloignement des grandes villes, son isolement total du reste du monde, la grande prédominance dans cet hôpital du nombre des schizophrènes, — particulièrement adaptables à l'ergothérapie, — le petit nombre des psychopathes, des cas de psychose maniaco-mélancolique et de paralysie générale progressive, moins adaptables à cette thérapeutique).

Les méthodes de Simon ne sont pas facilement applicables dans la grande majorité des hôpitaux. D'autre part, il existe une quantité de cas où l'application de l'ergothérapie est contre-indiquée ou nettement impossible ; il en existe d'autres où l'application de la dite méthode est tout simplement superflue. Il faut écarter de l'ergothérapie ce caractère, — si faux d'apparence soit-il, — de coercition et de schématisme rigide, qui a valu, du reste, aux méthodes de Simon tant de critiques.

Etudiant ensuite les résultats de l'ergothérapie, M. le Professeur Bonfiglio rappelle que cette thérapeutique n'étant pas une cure *causale*, mais simplement une cure *symptomatique*, il n'est pas possible d'espérer d'elle la *guérison* de la maladie elle-même. Son action thérapeutique n'a cependant pas une médiocre importance.

Comme nous l'avons déjà dit, l'ergothérapie est une *thérapeutique psychique*, qui agit d'une manière assez complexe sur l'état mental de l'aliéné ; elle maintient avant tout en activité et développe l'énergie et les facultés psychiques *saines*, qui, plus ou moins, et si latentes soient-elles, existent chez tous les aliénés. D'autre part, en attirant continuellement l'attention du malade sur les buts de son travail, elle le distrait des phénomènes morbides qui l'assaillent ; en l'obligeant à une activité motrice, régulière et ordonnée, elle met aussi de l'ordre dans le domaine psychique du malade et l'habitue à la discipline ; en le mettant en contact avec les autres malades employés à ce travail, elle le rend sociable ; enfin, en donnant à l'aliéné un but et une occupation pratique dans la vie quotidienne, l'ergothérapie le maintient en contact permanent avec la réalité, maintient vivant en lui le sens de la dignité personnelle, stimule en lui l'amour-propre et l'émulation, suscite le sentiment de la satisfaction personnelle due à la perception par le malade de sa capacité productrice, développe la volonté, l'intérêt, les réactions affectives, l'initiative, et éveille enfin chez l'aliéné le sentiment de sa propre responsabilité.

En fortifiant la partie saine de la personnalité du malade, l'ergothérapie le rend moins sensible aux répercussions dangereuses des symptômes psychopathiques ci-dessus. D'autre part, en améliorant le « *modus vivendi* » du malade, elle contribue à son bien-être, et, en maintenant toujours en activité ses mécanismes psychiques normaux, elle s'oppose à la désagrégation psychique et à l'abrutissement de l'aliéné.

De l'action thérapeutique complexe de l'ergothérapie résulte deux conséquences de grande importance pratique : l'amélioration de l'ambiance de l'hôpital et l'augmentation du nombre des malades guéris qui le quittent.

A ces deux conséquences, il faut ajouter aussi les avantages économiques

que trouve l'administration dans l'application de l'ergothérapie : produit du travail des malades et augmentation du nombre des départs, mais aussi diminution sensible des dégâts causés par les malades (lacérations, dégradation, bris, blessures ou coups sur les personnes, etc.) et diminution de la consommation de produits pharmaceutiques (sédatifs, fortifiants, reconstituants, etc.), sans parler d'une réduction du nombre des infirmiers.

M. le Professeur Bonfiglio indique ensuite comment est appliquée l'ergothérapie en Italie. A l'hôpital de S. Maria della Pietà di Roma, le chiffre des malades assujettis au travail oscille autour de 60 %. Le malade est affecté de préférence au travail qui lui était habituel avant d'être atteint mentalement. En ce qui concerne le genre de travail, il est donné une large place aux travaux agricoles (culture des champs, jardinage, horticulture, élevage de vaches, porcs, poules, lapins, etc.) ; aux travaux d'entretien général de l'hôpital (cuisine et ce qui s'y rapporte, chauffage, blanchissage, magasin, gros travaux de nettoyage) ; aux travaux de différents corps de métier dans des ateliers (menuiserie, serrurerie, ferblanterie, cordonnerie, typographie, imprimerie, tissage, etc.) ; quant aux femmes, elles sont employées aux travaux de couture, broderie, tissage de bas et sous-vêtements, de cartonnage, etc.

Examinant ensuite les rapports de cette thérapeutique avec les autres méthodes curatives en usage dans le domaine des maladies mentales, l'auteur fait observer que l'assistance psychiatrique extra-hospitalière, inaugurée par Kolb en 1908, se base essentiellement sur la thérapeutique psychique et part des principes fondamentaux d'où l'ergothérapie est sortie elle-même : c'est-à-dire d'une part, de l'idée que dans chaque aliéné, existent : des symptômes directement dépendants du processus morbide, et des symptômes primaires *physiogéniques*, qui ne sont pas influençables par notre traitement psychothérapeutique ; d'autre part, de l'idée que l'*ambiance de l'hôpital* et l'*inaction* sont à l'origine des dits symptômes, ou du moins, de l'aggravation de ces symptômes dans l'hôpital.

Pour atteindre le même but, l'assistance extra-hospitalière, — contrairement à l'ergothérapie proposée par Simon, qui suit son plan psycho-thérapeutique à l'intérieur de l'hôpital, — cherche à éloigner le malade le plus tôt possible de l'hôpital et à le réadapter directement à la vie libre en dehors de l'hôpital.

L'assistance psychiatrique extra-hospitalière n'est donc pas en contradiction avec l'ergothérapie. Ces deux méthodes se complètent mutuellement. L'ergothérapie est une méthode de choix dans tous les cas où, pour une raison quelconque, le renvoi du malade hors de l'hôpital n'est pas possible et où le malade est condamné à vivre à l'hôpital longtemps, si ce n'est toute sa vie. L'assistance extra-hospitalière devra, par contre, être préférée dans tous les autres cas où — bien que la guérison ne soit pas obtenue — l'état mental du malade ne s'oppose pas à son renvoi de l'hôpital.

Alors que l'ergothérapie et la méthode de Kolb agissent sur le dément avant tout par *voie psychique*, au contraire, les autres méthodes thérapeutiques qui en découlent, comme la malariathérapie, l'insulino-choc-thérapie, la cardiazol-choc-thérapie et l'électro-choc-thérapie, tendent à obtenir la guérison des maladies mentales en combattant directement la base somatique.

La malariathérapie de Wagner von Jauregg donne de bons résultats depuis presque vingt ans et peut désormais être considérée comme la cure *spécifique* de la *paralysie progressive*.

Les autres thérapeutiques physiques : l'*insulin-o-choc-thérapie* de Sakel, la *cardiazol-choc-thérapie* de Meduna, l'*électro-choc-thérapie* de Cerletti sont employées, comme on le sait pour le traitement de la *schizophrénie*.

On ne sait pas davantage comment ces thérapeutiques agissent sur le processus morbide qui est à la base de cette maladie. Cerletti cependant, basant sur de nombreuses observations histo-pathologiques expérimentales, a émis l'hypothèse que les *chocs* répétés, — de quelque façon qu'ils soient provoqués, — causent la destruction de la structure nerveuse de formation récente et moins résistante par le fait, à l'action de la cause nocive ; cette structure nerveuse serait, paraît-il, en rapports étroits avec les symptômes de la *schizophrénie*.

Des expériences faites par différents savants sur environ mille cas, on peut conclure que la thérapeutique par le choc est capable de provoquer, sur environ 1/3 des cas, une *rémission* d'un degré tel que l'on a pu consentir au renvoi des malades chez eux. On peut ajouter que les investigations catamnésiques pratiquées sur les malades deux ans après fin de traitement, n'ont révélé aucune rechute dans bien des cas où les conditions étaient favorables.

Il faut convenir que les résultats fournis par la malariathérapie dans les cas de paralysie progressive et ceux que la thérapeutique par le choc a fournis dans les cas de *schizophrénie* sont notablement supérieurs à ceux que peut donner l'ergothérapie en pareils cas. Cette dernière, en effet, ne modifie pas profondément les symptômes fondamentaux ou ne fait tout au plus que favoriser l'« isolement » des dits symptômes, de tout le reste de la vie psychique du malade.

Aussi est-ce le devoir du psychiatre de soumettre à la malariathérapie tous les cas de paralysie générale progressive, et à la thérapeutique de choc, tous ceux de *schizophrénie*, sitôt qu'il a diagnostiqué de manière certaine ces deux maladies.

Quant à l'ergothérapie, elle entrera en action en deuxième lieu, pour traiter tous les cas dans lesquels les thérapeutiques physiques ci-dessus, n'auront pas donné de résultats tels que l'on puisse donner au malade traité l'autorisation de sortir de l'hôpital. Il est clair que les effets de l'ergothérapie seront différents suivant que l'on aura traité une paralysie générale progressive ou une *schizophrénie*.

Dans la *schizophrénie*, l'application de l'ergothérapie, après thérapeutique de choc, permettra de récupérer un certain pourcentage des cas non influencés par cette dernière, en hâtant le renvoi et la réadaptation à la vie libre, — et ce, avec le concours de l'assistance psychiatrique extra-hospitalière. Enfin, chez tous les autres malades, qui, malgré la thérapeutique de choc et l'ergothérapie, sont destinés à rester à vie à l'hôpital, — parce qu'inadaptés à la vie libre, — l'ergothérapie réussira toujours utilement à empêcher la maladie de s'aggraver et procurera au malade des conditions plus humaines de vie.

Si l'ergothérapie n'est plus de nos jours, dans les hôpitaux psychiatriques, ni le premier, ni le seul, ni le principal moyen thérapeutique en usage pour le traitement des maladies mentales, elle n'en a pas moins une place de toute première importance à côté des méthodes curatives modernes.

Simon a réussi à créer, en psychiatrie, un nouveau « climat ». Il a en effet lutté contre le pessimisme thérapeutique, qui sévissait vers la fin du début du siècle présent et il a ancré profondément en nous tous la convic-

tion féconde de la « curabilité » des maladies mentales. Ce « climat » n'est pas étranger au développement du courant idéologique, d'où sont sorties les cures modernes de la schizophrénie.

L'importance de la thérapeutique d'occupation pour le traitement des maladies mentales, par M. le Professeur Dr Kurt BERINGER (de Fribourg).

En se basant sur les expériences qu'il a pu faire depuis 4 ans dans la clinique pour maladies nerveuses à Fribourg, le Dr Kurt Beringer analyse dans ce rapport de quelle manière l'occupation a une influence thérapeutique favorable sur les troubles psychiques. *A priori*, on peut distinguer trois possibilités d'un effet thérapeutique : 1) la thérapeutique d'occupation obtient son effet par suite de l'augmentation du changement de substance dont est accompagnée toute occupation corporelle, donc par la voie physiologique ; 2) l'effet thérapeutique du travail est dans le domaine psychologique ; 3) des processus psychologiques et des processus physiologiques coopèrent.

Etudiant surtout les facteurs psychologiques, M. Kurt Beringer ne considère pas comme sans importance les effets biologiques. Mais premièrement nous ne connaissons de ceux-ci, pour autant qu'il s'agit de détails, que peu de chose dépassant la psychologie de travail général, et deuxièmement, il tient en réalité les effets psychologiques pour plus importants.

Le rapport se limite au cas spécial de malades psychiques internés se trouvant dans un établissement clos. De ce fait, il existe naturellement certaines conditions qui manquent dans d'autres hôpitaux et pour d'autres malades, et qui sont fort importantes.

Conformément à ce point de vue, il existe deux voies pour influencer psychologiquement le malade par le travail.

1° *Possibilités générales.* — L'arrangement d'une thérapeutique d'occupation sérieuse change fondamentalement la structure et le rythme d'un établissement ou d'une clinique et, en même temps, la façon de vivre de ses occupants malades.

2° *Possibilités spéciales* s'adaptant à la forme de dérangement psychique dans un certain cas, lequel attaque pour ainsi dire la thérapeutique d'occupation.

L'auteur montre d'abord quelles sont les conditions générales psychologiques dans lesquelles le malade vit dans un établissement ou dans une clinique sans occupation et d'abord les effets psychologiques défavorables dus au fait que le malade a été amené à la clinique contre sa volonté et qu'on le retient par force.

Le fait le plus important, c'est que l'espace de vie, le rayon d'action du malade se rétrécit à un degré élevé au moment de son accueil dans une clinique ou dans un établissement. Il s'étend au lit où il est couché, condamné à un loisir involontaire. Au mieux, il flâne dans un rayon calme, il fait la conversation, il lit ou joue aux cartes. Ainsi le jour passe inemployé. Au pis aller, il se trouve au bain permanent ou sous l'influence d'une injection de scopolamine.

L'inactivité favorise l'abandon aux expériences psychiques. Celles-ci deviennent donc l'objet d'une observation de soi-même et forment de nouveau le commencement de bien d'autres symptômes secondaires, surtout si

le malade se trouve sous l'influence de soporifiques ou de calmants. Il en résulte que le malade est encore plus inaccessible à l'influence que veut exercer le médecin.

Le but à atteindre est donc d'adapter le plus possible aux conditions de vie normale les conditions de vie anormale du malade, aussi bien dans l'établissement que dans la clinique.

Mais ceci n'est possible que si l'on s'adresse aux côtés sains et influençables qui existent chez l'individu et que l'on en tire tout ce qu'il y a de capacités et d'intérêts en eux, qu'on les nourrisse et qu'on les dirige.

La méthode de choix est alors la *thérapeutique d'occupation*. Avec une thérapeutique d'occupation bien dirigée, on a dès le commencement une journée réglée et remplie, divisée d'une façon raisonnablement variée entre le travail et le repos. De plus, l'accumulation des malades dans différentes salles dans lesquelles la mauvaise humeur s'étend souvent comme une infection, disparaît et fait place à une division en petits groupes de malades sous la direction d'un infirmier expert, ceci dans un atelier qui exhale l'atmosphère objective et calmante du métier.

Par le travail, le rayon d'action s'élargit de nouveau au delà du lit et de la salle des malades. La monotonie est interrompue, de nouveaux intérêts s'éveillent, de nouveaux devoirs sont entrepris, de nouveaux buts visés.

Le placement dans un groupe de travailleurs lui prouve qu'on attend de lui un certain travail, qu'on ne le considère pas comme un sujet inutile, qu'on exige de lui, comme de toute personne saine, des devoirs, et qu'en conséquence on fait appel à lui. Or, la confiance a toujours et partout renforcé la conscience de soi-même.

En dépit de l'internement continu, la propre existence est ainsi libérée d'un but absolu improductif. Elle devient de nouveau une vie qui a toute sa raison d'être, positive et ayant un but.

Forcément, cette nouvelle base d'intérêts objectifs communs évoqués par le travail produit aussi un changement dans les relations humaines entre le malade, le médecin et les gardes-malades. L'infirmier n'est plus seulement un garde regardé avec défiance, il devient un camarade de travail qui a simplement une position d'ouvrier plus expérimenté ou de contre-maître. Il se forme ainsi de nouveaux liens, grâce à la communauté du travail. Il en résulte également, et non en dernier lieu, que les gardes-malades et les médecins changent d'idées et voient même la question sous un angle complètement différent ; la résignation thérapeutique fait place au contraire.

Il va sans dire que le succès est variable. L'effet de la thérapeutique par le travail est vraiment une délivrance pour les psychopathes, les buveurs et les personnes qui sont adonnées aux stupéfiants. Ces malades : 1° s'habituent de nouveau à un travail régulier ; 2° reprennent vite leurs forces corporelles, deviennent donc de nouveau capables de travailler davantage et ils regagnent par là la confiance en eux-mêmes ; 3° lorsqu'on leur a procuré du travail en dehors de l'établissement, ils sont capables de le reprendre complètement.

La situation est naturellement tout autre sous bien des rapports en ce qui concerne les schizophrènes. Il faut agir suivant les cas, selon la structure de la psychose en question, selon le reste auquel on peut s'adresser d'une façon active thérapeutiquement. Même en cas d'érétisme aigu, il ne faut pas se laisser intimider, mais justement essayer dès le commencement de placer ces malades dans un petit groupe quelconque ; l'on est toujours étonné de voir comment des malades agités succombent finalement

à l'atmosphère qui les entoure, se rangent et travaillent finalement avec les autres. Dès que ce point est atteint, les autres effets de l'occupation se font remarquer assez vite.

Il est d'une importance toute spéciale que les schizophrènes qui se trouvent le matin sous le choc de l'insuline, viennent l'après-midi à la thérapeutique d'occupation, puisque c'est par elle surtout qu'on peut fortement tirer profit du relâchement et de l'accessibilité psychiques et les approfondir. Ce n'est pas par hasard que les meilleurs pourcentages concernant les succès avec l'insuline proviennent de cliniques et d'établissements où la thérapeutique d'occupation est intense.

Contrairement à une conception assez générale, des états de mélancolie endogène ne sont nullement surchargés par l'exigence d'une occupation. Ils travaillent donc dans de tout autres conditions qu'en liberté. Car on leur enlève complètement le choix du travail, la décision en ce qui le concerne, etc. ; ils n'ont donc pas de responsabilité, mais cette simple activité lie une partie de leurs pensées et les dirige d'une façon bienfaisante. Le travail corporel a aussi pour suite un écoulement de l'oppression et de la tension internes dans les forces motrices. Le dimanche, jour pendant lequel on ne travaille pas, est en général le jour de la semaine le plus mauvais pour les dépressions. Il est aussi très caractéristique que les instruments dangereux tels que couteaux, alènes, marteaux, etc., que l'on doit mettre entre les mains du malade dans une thérapeutique d'occupation, ne sont considérés *dans l'atelier* par celui-ci que comme des outils. Nous n'avons jamais vu de tentative de suicide au moyen de ceux-ci. Dans l'établissement, le même instrument serait dangereux. Cela prouve encore combien l'atmosphère du travail et de tout ce qui en dépend s'empare du malade et opère sur lui une grande impression.

Quel que soit le diagnostic, le malade est très sensible à tous les efforts sérieux, directs ou indirects, faits dans son intérêt.

Extérieurement, on reconnaît la valeur de la thérapeutique par le travail à une forte diminution de l'état d'excitation. La preuve la plus évidente en est que :

1° la thérapeutique par le travail permet de supprimer les bains permanents ;

2° les calmants, comme par exemple la scopolamine, ne sont plus employés pendant des mois entiers ;

3° l'emploi des soporifiques diminue rapidement ;

4° les psychopathes et les personnes qui souffrent de réactions anormales, d'épuisement neurasthénique, etc., peuvent être renvoyés plus tôt et ces malades sont de nouveau en pleine possession de leur capacité de travail.

Il n'est pas nécessaire de mentionner en détail les effets favorables généraux que produit sur l'organisme un travail augmentant les échanges, comme par exemple, une meilleure digestion, une augmentation de l'appétit, un sommeil plus calme, un sentiment de bien-être physique intensifié. Il faut par contre mentionner la possibilité d'une action en delà sur les mouvements patho-physiologiques qui servent de base aux psychoses endogènes.

Le travail physique crée un sympathico-tonus. Pour autant que nous sommes instruits des procédés physiologiques, il se fait une expulsion

d'adrénaline, une augmentation de la quantité de sang en circulation, une mobilisation du sucre, une acidose, en un mot l'organisme est transposé sur une autre manière végétative de réaction.

Si l'on considère que justement chez les schizophrènes une constitution vagotonique prédomine complètement, avec inclination à l'hypo-glycémie, avec une très petite consommation d'oxygène, avec alcalose, bref avec le complexe appelé « asthénie d'échange de substance » par Jahn, l'effet du travail comme action biologique reçoit pour les schizophrènes une importance spéciale dirigée spécifiquement.

Si l'auteur a borné consciemment son exposé à l'importance de la thérapeutique d'occupation pour les malades psychiques dans les établissements ou dans les cliniques, il va sans dire que le domaine du travail comme facteur thérapeutique ne se limite pas à ces établissements. Il peut être aussi d'une grande importance pour des malades d'un tout autre genre. L'auteur utilise depuis longtemps avec succès la thérapeutique par le travail pour les malades de sa clinique pour maladies nerveuses, clinique ouverte, l'intercalant à la psychothérapie de certaines névroses, ainsi qu'au traitement des suites graves de commotions et de contusions. On parvient ainsi, au moyen de travaux exactement dosés, à ramener peu à peu chez les malades leur capacité de travail à 100 %.

Il faut citer encore les exposés et les remarques de MM. les D^{rs} H. TRACHTÉ (de Berlin), J. KAMINSKI (de Berlin), du D^r H. SIMON (de Gütersloh), spécialement invité à la Réunion, du D^r M. EMMA (de Milan) et du D^r V. v. WERZACKER (de Heidelberg).

René CHARPENTIER.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg : Directeur : Professeur PFERSDORFF. XII-1938 (1 vol. in-8°, 174 pages. Imprimerie des Dernières Nouvelles, Strasbourg).

Ce douzième volume des travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de l'Université de Strasbourg contient deux mémoires. Le premier a été consacré par le Professeur Pfersdorff à une patiente et très importante étude des troubles post-commotionnels du langage, basée sur l'observation de 14 cas. L'auteur divise ces cas en deux groupes : formes avec lésions des éléments constitutifs du mot, formes sans lésions des éléments constitutifs du mot, distinguant en outre dans chacun de ces deux groupes des formes avec ou sans excitation du langage.

Le groupe sans lésions des éléments constitutifs du mot est particulièrement intéressant par les analogies qu'il présente avec les productions du langage schizophrénique. Toutefois, cette analogie n'est pas totale. Si l'on y observe la persévération, la stéréotypie, les associations par assonance et surtout par allitération, les mots composés, le maniérisme de l'expression par inhibition, on n'y rencontre pas le maniérisme par pararéaction, qui semble réservé à la schizophrénie. Il est intéressant de constater que les troubles associatifs de l'encéphalite léthargique présentent les mêmes analogies et la même particularité : les pararéactions associatives leur font également défaut ; et ce fait, surtout signalé par Bleuler, constitue un signe précieux pour le diagnostic différentiel.

Dans le deuxième mémoire, intitulé *Obsessions et Epilepsie*, le Dr Charles Buhecker rapporte l'observation d'une malade de 36 ans, présentant des scrupules religieux progressivement remplacés par des obsessions de malpropreté, des phobies de « goudron » et, par extension, de tout ce qui est noir, phobies de plus en plus intenses. La malade ayant présenté postérieurement à l'apparition du syndrome obsessionnel des crises d'épilepsie, crises offrant un certain degré de parallélisme avec l'évolution de ce syndrome et ayant entraîné un état de dépression, M. Buhecker recherche si l'épilepsie peut être considérée comme ayant joué dans ce cas un rôle pathogénique. Il

rejette également l'éventualité de psychose maniaque dépressive et de schizophrénie, et conclut qu'il s'agit d'une névrose obsessionnelle idiopathique, l'épilepsie n'étant ici qu'une coïncidence.

René CHARPENTIER.

La psychiatrie et les sciences de l'homme (*Essai de synthèse scientifique*), par le Dr G. VILLEY (1 vol. in-12, 194 pages, Félix Alcan édit., Paris 1938).

Pour réaliser son but, qui est d'éveiller l'esprit du public, des étudiants et des médecins non spécialisés, à une curiosité plus compréhensive pour la médecine de l'esprit, M. G. Villey présente dans ce livre une vue d'ensemble de la psychiatrie, de son domaine, de ses bases, de ses méthodes.

Sous son double aspect, théorique et pratique, la psychiatrie trouve sa raison d'être dans les nécessités auxquelles elle doit immédiatement faire face. L'histoire du déséquilibre nerveux se confond avec l'histoire même de l'humanité. L'auteur s'attache à montrer l'intérêt de l'étude de la psychiatrie et à fixer sa position vis-à-vis des sciences connues, biologie, psychologie, sociologie. Il souligne l'importance du terrain de l'intervention psychiatrique (malade et son entourage, opinion et pouvoirs publics), du rôle, si complexe, du médecin spécialiste, et expose les méthodes générales de la pathologie mentale.

Ce qui caractérise la psychiatrie, c'est l'intervention du fait psychique et d'une discipline qui appartient en propre à la psychiatrie, c'est-à-dire « le langage psychologique ». Et M. Villey rapporte cette phrase de Chaslin : « La psychologie est un simple langage fait de symboles et de rapports entre ces symboles qui, vis-à-vis de la physiologie, joue un rôle analogue à celui des mathématiques vis-à-vis des sciences physiques », faisant observer que, bien que s'exprimant en langage psychologique, les psychiatres ne s'avouent pas volontiers psychologues.

M. G. Villey étudie ensuite la nature et la classification des faits psychiques, la nosographie psychiatrique (critique des notions d'hystérie et d'épilepsie). Il propose une nosographie psychiatrique envisageant les faits sous l'angle de la pathologie générale et les classant suivant les divers chapitres de cette science. Séméiologie et nosographie ne sont que les données qui permettent l'étude du mécanisme des maladies mentales ; l'examen clinique est essentiellement affaire de pratique et d'expérience. L'auteur insiste sur l'importance, dans la pratique psychiatrique, du rôle de l'empirisme, « usage exclusif de l'expérience sans théorie, ni raisonnement », passant rapidement en revue un grand nombre de questions telles que l'organisation professionnelle et hospitalière, l'enseignement de la psychiatrie, l'hygiène et la prophylaxie mentales, la pédagogie. A côté de considérations générales, on trouvera dans ce livre de nombreuses indications d'ordre théorique ou pratique nées de l'action professionnelle quotidienne.

René CHARPENTIER.

La mélancolie. Syndrome. Maladie. Médecine légale. Traitement, par R. BENON, Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes (1 vol., in-8°, 206 pages, Marcel Vigné édit., Paris 1937).

S'élevant contre les tendances organicistes de la psychiatrie contemporaine, M. Benon estime que c'est une erreur que d'« appliquer les modes de la médecine générale à la neuro-psychiatrie ». La donnée clinique que

constitue la dégénérescence de Magnan représente la plus grande acquisition de la neuro-psychiatrie à la fin du XIX^e siècle. Consacrer son temps en neuro-psychiatrie à autre chose qu'à l'étude de l'état mental, c'est « vouer cette spécialité à la médiocrité ».

Rappelant les idées émises par Tastevin sur les émotions et les asthénies, M. Benon expose ici les conceptions de cet auteur sur la mélancolie, variété d'hyperthermie morbide, considérée comme une maladie autonome dont la cause déterminante est le chagrin (idée d'un mal passé) et qui survient chez les déséquilibrés décrits par Magnan. Après des considérations sur l'histoire et l'étiologie, on trouvera dans ce livre la description du syndrome-mélancolie et de la mélancolie-maladie (formes, complications, évolutions), l'étude du diagnostic, plus facile chez l'adulte que chez l'adolescent, du pronostic, des indications médico-légales et thérapeutiques.

L'auteur y insiste sur le caractère atypique de la mélancolie vraie, autonome, chez les jeunes gens, qui ne doit être confondue ni avec la démence précoce, ni avec la psychose périodique. Pour lui, le négativisme de la mélancolie est une manifestation de l'énerverment contenu, énerverment contenu que traduit l'oméga mélancolique.

A la mélancolie ainsi décrite s'apparentent l'hyperthymie anxieuse, vraie, délirante ou non, et l'hyperthymie colérique, contenue, vraie, délirante ou non. L'asthénie périodique, qui n'est pas de la mélancolie, peut donner naissance à du chagrin, se compliquer d'idées d'auto-accusation : on y observe plus souvent le suicide que dans la mélancolie vraie.

Le traitement psychothérapeutique de l'affection ne consiste ni en persuasion, ni en suggestion, mais en « l'acte d'écouter, à peine de contredire ». Au cours de la convalescence le service social pourra rendre de très grands services.

René CHARPENTIER.

Troubles fonctionnels et réflexes conditionnels, par le Dr Max DESMONTS (Travail du Laboratoire de Pathologie générale de la Faculté de Médecine de Montpellier : Professeur Paul PAGÈS, 1 vol. in-8°, 173 pages, 3 fig. Thèse Montpellier 1938. Paleirac Valat édit.).

Dans ce travail, M. Max Desmots, se proposant d'étudier les troubles fonctionnels, c'est-à-dire « les phénomènes pathologiques qu'aucune lésion apparente ne légitime », recherche le rôle joué par les réflexes conditionnés. Après avoir indiqué sommairement les caractères de ces troubles, il rappelle l'histoire des principales conceptions sur les rapports du « psychisme » et de l'« organique » et relate les conditions et les résultats de ses expériences personnelles sur l'action des réflexes conditionnés dans la vie courante et en particulier sur l'intoxication par le gaz d'éclairage, sur la paralysie provoquée, par la compression de l'aorte abdominale, l'intoxication par le chloroforme, l'action de la cocaïne, l'action locale du chlorure d'éthyle, les variations de la coagulation sanguine, l'action de l'insuline, la cicatrisation, l'anaphylaxie, l'action catatonisante de l'histamine, l'action de la tuberculine.

Dans les réactions du sujet interviennent non seulement l'excitant absolu et les excitants conditionnels, mais encore un facteur propre au sujet. Sous le nom d'« affect », l'auteur entend le complexe global réalisé chez le sujet par l'ensemble des éléments psychoaffectifs et somatophysiologiques,

ce complexe étant envisagé avec son déroulement dans le temps. L'affect global de l'individu a sous sa dépendance les affects des différentes parties de l'individu et en dépend également. Il en est ainsi des affects plus localisés jusqu'à l'affect cellulaire. Cette notion d'affect établit l'interaction du « psychisme » et de l'« organique ». Les réflexes conditionnés ont une action sur la volonté et sur l'imagination qui, de leur côté, agissent sur eux.

Des excitants conditionnels pourront déclencher des processus toxiques ou anaphylactiques. L'affect interviendra dans la localisation et dans le caractère de la symptomatologie des processus toxiques. Il interviendra également dans la symptomatologie, la localisation et la gravité d'une infection ainsi que dans la réceptivité du sujet.

Il faut considérer dans les névroses trois facteurs : un facteur local ou fonctionnel, un facteur nerveux général et un facteur psychique. Dans la confusion mentale, il y a trouble du déroulement chronologique de l'affect.

Les réflexes conditionnés interviennent dans le rêve et dans la mémoire. Ils permettent, ajoute l'auteur, d'expliquer une grande partie de la psychanalyse.

Le rôle de l'état psychoaffectif ne doit être négligé ni dans la pathogénie des troubles, qu'ils soient fonctionnels ou organiques, ni dans leur thérapeutique.

L. R.

NEUROLOGIE

Les **polynévrites**, par Jacques BOUDOURESQUES (Travail de la clinique neurologique de Marseille). Préface du Professeur H. ROGER (1 vol., in-8°, 534 pages, Editions Doin et C^{ie}, Paris 1937).

Ainsi que l'écrit dans la Préface le Professeur H. Roger qui a inspiré ce travail d'ensemble, c'est un véritable « Traité des polynévrites », plein de faits nouveaux et d'idées personnelles, que le gros volume dans lequel M. Boudouresque, après avoir passé en revue les nombreuses variétés polynévritiques, en établit la synthèse pathogénique et clinique. Il y a polynévrite toutes les fois qu'une atteinte bilatérale et symétrique d'un ou de plusieurs neurones périphériques des membres est due à une intoxication, à une infection, à un processus carenciel ou dysérasique.

Dans une première partie, analytique, l'auteur étudie d'abord les *polynévrites toxiques* : alcooliques, arsenicales, saturnines, professionnelles (mercurielles, sulfo-carbonées, soufrées, chloriques, etc.), thérapeutiques ou médicamenteuses (phosphacréosotiques, émétiniennes, auriques, séro-thérapeutiques, post-vaccinales, barbituriques, bismuthiques), celles dues à des intoxications alimentaires, rappelant, conformément à l'opinion de H. Claude et de H. Roger que la clinique, l'anatomo-pathologie, l'expérimentation permettent de conclure à la non-existence d'une polynévrite oxycarbonée.

Des polynévrites toxiques M. Boudouresque rapproche les *polynévrites infectieuses* dont l'action est due non aux microbes mais aux toxines élaborées. La toxine seule lèse le nerf et il s'agit plutôt de toxi-infection que de véritables infections. Il décrit successivement les polynévrites diphtériques, typhoïdiques, du typhus exanthématique, dysentériques, syphilitiques, tuberculeuses, paludéennes, mélitococciques, lépreuses, puerpérales, ourliennes,

celles des maladies éruptives (rougeole, varicelle, variole, suette miliaire, scarlatine), les polynévrites érysipélateuses, colibacillaires, blennorrhagiques, rhumatismales, pneumoniques, grippales, etc., consacrant un important chapitre aux poly-radiculo-névrites curables (Syndrome de Guillain et Barré).

Cette partie analytique se termine par l'examen des *polynévrites auto-toxiques* ou dyscrasiques (diabétiques, gravidiques, anémiques, urémiques, cancéreuses, goutteuses, de l'ulcère de l'estomac) et des *polynévrites carenciales*, par avitaminose, telles que celles observées au cours du béri-béri, de la pellagre et du scorbut. Si les polynévrites autotoxiques, certaines surtout, sont bien dues à l'élément toxique, les polynévrites carenciales semblent relever d'un mécanisme différent en rapport avec des phénomènes dysmétaboliques.

Dans la deuxième partie, purement synthétique, de cet important travail on trouvera le tableau clinique commun du *syndrome polynévritique* et l'exposé des particularités, signature de chacun des différents groupes ci-dessus énoncés. Dans chacun d'eux, le seul examen clinique permettra souvent d'en caractériser l'*étiologie*, que parfois les antécédents ou l'interrogatoire du malade n'auront pu révéler ou préciser.

Le *pronostic* est généralement bon, réserves faites d'une évolution aiguë du syndrome nerveux avec atteinte bulbaire, et d'une évolution très prolongée laissant des séquelles (amyotrophies, rétractions tendineuses, ankyloses). Les cas mortels, et par là même anormaux étant les seuls documents *anatomopathologiques*, il est difficile d'établir de façon précise les lésions anatomiques de ce syndrome dont la *pathogénie* met en évidence à côté de l'action directe du poison, le rôle de premier plan qui revient aux avitaminoses en rapport avec un déséquilibre alimentaire (rapport des glucides et de la vitamine B1), des troubles gastro-hépatiques, des lésions endocriniennes, sans négliger l'importance du terrain et de l'hérédité. Ces indications devront trouver leur place à côté du traitement classique, dans une *thérapeutique* qui sera d'autant plus active qu'elle sera très précoce, complète, et que le facteur causal sera éliminé d'emblée.

René CHARPENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

Essais de tuberculinothérapie dans la démence précoce, par le Dr I. RUFF (1 vol. in-8°, 102 pages, L. Radstein, édit., Thèse Paris 1938).

Ce travail, écrit sous l'inspiration du Dr Toye, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique du département de Maine-et-Loire, commence par l'exposé des faits qui militent contre l'unité du syndrome démence précoce, syndrome surtout clinique, dont les symptômes essentiels sont la discordance, l'affaiblissement de l'état vital et l'évolution chronique.

Etudiant les rapports, souvent invoqués, de la démence précoce et de la tuberculose, M. I. Ruff estime pouvoir affirmer : 1° qu'on peut parfois prouver, cliniquement ou biologiquement, la présence chez les déments précoces d'une infection tuberculeuse ; 2° que cette infection tuberculeuse présente fréquemment des caractéristiques cliniques assez spéciales, qu'elle apparaît souvent comme peu évolutive, l'allergie des déments précoces étant admise par la majorité des auteurs.

Considérant l'énergie des processus de défense de ces malades à l'égard de l'infection tuberculeuse, Paul Pagès et Toye, reprenant les travaux de Grynfeldt et de ses collaborateurs, ont considéré la démence précoce, tout au moins dans certains cas, comme conditionnée par l'exagération du processus métabolique de défense, dont un des aspects essentiels serait le stade acide formique. La démence précoce étant alors envisagée comme une auto-neuro-intoxication par l'acide formique, MM. Toye et Ruff furent amenés à rechercher si la tuberculine à doses prudentes ne pourrait pas rétablir l'équilibre humoral ainsi perturbé. Thérapeutique corollaire de l'interprétation physiopathologique de ce syndrome, considéré comme une infection paratuberculeuse au sens de Paul Pagès.

Ce sont les résultats de ces expériences thérapeutiques, faites sur 26 malades, cas « indiscutables » de démence précoce, que rapporte l'auteur. De l'observation de ces 26 cas, prudemment et progressivement traités pendant 5 à 6 mois, tantôt par voie buccale, tantôt par voie hypodermique, et dont les analyses biologiques furent faites par MM. Papin et Roiset, l'auteur apporte les conclusions suivantes :

En employant des doses initiales très faibles, la tuberculinothérapie par voie buccale ne détermine aucune réaction, aucun choc. Par voie parentérale, elle déclenche des réactions thermiques transitoires, sans réaction locale ni focale. La tuberculinothérapie s'accompagne souvent d'une augmentation du poids des malades traités. Mais le caractère encore incertain des améliorations obtenues et le nombre trop restreint des cas traités ne permettent pas de conclure à l'efficacité de la tuberculinothérapie de la démence précoce.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Mécanisme de la narcolepsie (Mechanism of Narcolepsy), par Ernest G. Lion. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 4, p. 424-437, avril 1937.

L'auteur compare le système neuro-végétatif et l'équilibre endocrinien de 12 sujets atteints de narcolepsie avec ceux de 12 sujets normaux. Les résultats sont dans le détail, assez variables. La vagotonie est très fréquente ; l'instabilité vaso-motrice, les perturbations glandulaires décelées par l'examen des réflexes, les tests orthostatiques et à l'adrénaline sont également mises en évidence dans la majorité des cas de narcolepsie. Dans l'ensemble, M. Lion observe chez ces sujets une prédisposition parasympathique aux troubles affectifs et émotionnels qui facilite l'apparition des crises de sommeil et de catalepsie.

P. CARRETTE.

Observations sur l'hérédité dans les névroses (Observations on Heredity in Neurosis), par R. G. Mc. INNES. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry*. T. XXX, n° 3, p. 895-904, mai 1937.

Des investigations de M. Mc. Innes, il résulte que les psychoses mixtes fréquemment associées aux névroses (états maniaco-dépressifs, schizoïdes), ainsi que les formes névrosiques avec obsessions et anxiété ont généralement un passif héréditaire chargé. Le plus souvent, il s'agit d'hérédité similaire. Dans l'hystérie, au contraire, le facteur héréditaire, pour être important, n'en est pas moins extrêmement divers. Dans l'un et l'autre groupe, on rencontre dans les ascendants et collatéraux, à côté du syndrome similaire et psychosique, des états de dystrophie, de déséquilibre neuro-végétatif et de sensibilisation.

P. CARRETTE.

Sur une forme adulte d'idiotie amaurotique familiale évoluant jusqu'à la pré-sénilité (Über eine adulte, nich bis familiären amaurotischen Idiotie), par Ludo VAN BOGAERT et Pierre BORREMANS. *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLIX, p. 136 à 157.

Observation d'un cas « d'idiotie amaurotique tardive », dans le sens de Kufs et Meyer, ayant évolué de 15 à 62 ans. En outre de ce caractère inhabituel de longue durée, ce cas présentait quelques traits cliniques spéciaux, notamment un syndrome hyperkinétique extrapyramidal. Il n'existait pas de lésion du fond d'œil comme dans les autres cas du même genre publiés jusqu'ici. Histologiquement, les lésions se caractérisaient par un gonflement cellulaire avec inclusions lipoidiques au niveau des couches corticales des ganglions de la base et spécialement du corps de Luys. Microphotographies et arbre généalogique.

Henri Ey.

Démembrement de la psychasthénie (Desmembramento da Psychasthenia), par A. AUSTREGESILLO. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*, T. III, n° 1, p. 1-8, janvier-mars 1937.

L'auteur refuse à la psychasthénie l'autonomie clinique et nosologique. Le mot n'évoque pour lui aucun syndrome mental. Dans les états décrits par Janet et Raymond, le professeur Austregesilo isole les différents modes d'obsessions et des syndromes polymorphes relevant de la psychose maniaque-dépressive ou de la schizophrénie, de l'hypocondrie ou des crénestopathies. Par contre, l'auteur tendrait à individualiser la neurasthénie, état dépressif accompagné de fatigue musculaire, d'irritabilité et de troubles vago-sympathiques.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude du syndrome aphasique de Wernicke (Contributo allo studio della Sindrome afasica di Wernicke) par GIUSEPPE, Aschieri. *Il Cervello*, novembre 1937, p. 345 à 360.

Après avoir résumé l'opinion des auteurs les plus autorisés sur la question de l'aphasie sensorielle, Aschieri rapporte l'observation d'un malade

de 64 ans, épileptique, qui présentait une aphasia caractérisée par de la surdité verbale et un léger affaiblissement psychique. Il s'agissait d'une lésion cicatricielle post-traumatique intéressant le gyrus supramarginalis, la moitié postérieure de T₁ avec atteinte discrète de T₂ et T₃.

Henri Ey.

Champs architectoniques du lobe frontal et fonctions de l'intelligence (Campos Architectonicos do Lóbo Frontal e Funccões da intelligencia), par ANNIBAL SILVEIRA. *Revista de Neurologia e Psychiatria de São Paulo*. T. III, n° 3, p. 131-161, juillet-septembre 1937.

La méthode anatomo-clinique reste le moyen sûr d'établir les relations possibles des lésions cérébrales avec les troubles de la sphère intellectuelle. Le scepticisme des nombreux auteurs est compréhensible. En effet, en dehors des localisations lésionnelles qui précisent chaque jour le terrain neurologique le domaine de psycho-pathologie reste à peu près inexploré car on ne saurait tirer des conclusions sérieuses de l'examen des altérations cellulaires et fibrillaires dans les états psychopathiques en apparence liées à des lésions frontales. Et pourtant M. Silveira croit pouvoir décrire un syndrome frontal caractérisé par l'apathie, « l'apraxie des actes coordonnés et les troubles alogiques de la pensée ». Bien mieux il établit une différence entre les syndromes purs, primitifs et les syndromes secondaires à une compression pariéto-temporale. Il vérifie d'ailleurs son diagnostic dans plusieurs observations par la pneumo-encéphalographie.

P. CARRETTE.

Incubation et particularités étiologiques de la paralysie générale et du tabes hérédosyphilitiques, par A. SÉZARY et M^{lle} A. ROUDINESCO. *Le Progrès médical*, n° 46, p. 1601-1605, 13 novembre 1937.

Les recherches statistiques de M. Sézary et de Mlle Roudinesco montrent que la paralysie générale et le tabès ont une incubation écourtée chez les hérédosyphilitiques. Le rôle du surmenage intellectuel ne pouvant être invoqué, il est notoire que le développement psychique antérieur à l'écllosion des troubles paralytiques ne présente pas en général des particularités révélatrices. La neuro-syphilis héréditaire est fréquente tout simplement parce que la syphilis est d'autant plus neurotrope que ses manifestations sont plus tardives.

P. CARRETTE.

Sur deux cas de parkinsonisme encéphalitique d'apparition très tardive, (Sopra die parkinsonismo encefalitico della forma tardivissima), par FRANCESCO VIZIOLI (Naples). *Rivista di neurologia*, Juin 1937, p. 276 à 284.

Un cas d'encéphalite en 1926, traumatisme et commotion cérébrale en 1934 et apparition du syndrome parkinsonien trois mois après. Un autre cas d'encéphalite à l'âge de 10 ans avec manifestations choréiques, à 19 ans intoxication par l'oxyde de carbone et apparition du syndrome parkinsonien. Malgré l'importance de ces deux causes occasionnelles, l'auteur pense que l'encéphalite est ici le facteur étiologique essentiel, mais à effet retardé.

Henri Ey.

Sur un cas de maladie de Parkinson post-traumatique (Sopra un caso di morbo di Parkinson post-traumatico), par F. PETROSELLI (Viterbe). *Il Cerebro*, Mars 1938, p. 89.

Apparition d'un syndrome parkinsonien débutant au niveau du membre blessé chez un sujet de 25 ans ayant subi un traumatisme avec blessure du pied et commotion cérébrale.

Henri Ey.

Un cinquième cas Varois de chorée fibrillaire de Morvan avec prédominance de troubles psychiques, par H. ROGER, A. CRÉMIEUX, J. PAILLAS et Y. VAGUE. *Le Progrès médical*, n° 47, p. 1642-1646, 20 novembre 1937.

Le syndrome de la chorée fibrillaire de Morvan se reproduit dans le cas présent avec tous ses signes : sueurs, algies, acrodynie, fibrillations. En outre, signalons l'importance des troubles du caractère, de l'irritabilité, de l'insomnie qui attirèrent tout d'abord l'attention. Les auteurs soutiennent l'origine infectieuse probable de la maladie. Ils la rapprochent de la petite épidémie provençale d'acrodynie infantile, mais sans identifier les deux syndromes. La durée moyenne des cas précédents était de quelques mois ; celui-ci n'est pas guéri un an après l'apparition des premiers troubles douloureux et vaso-moteurs.

P. CARRETTE.

Intoxication oxycarbonée avec manifestations striées (Intoxicación oxicarbonada con manifestaciones estriadas), par Vicente DIMITRI et Felipe M. CIA. *Revista neurologica de Buenos Aires*. T. I, n° 6, p. 488-494, mai-juin 1937.

Les complications encéphaliques de l'intoxication oxy-carbonée sont connues. La persistance des troubles et leur évolution tardive vers un syndrome strié est cependant un cas assez rare. Après une période de troubles psychiques et de troubles de la parole avec quadriplégie, les signes rétrocedent tandis que s'installent les mouvements automatiques et les modifications de la mimique qui paraissent liés à une altération vasculaire du territoire des striées antérieures.

P. CARRETTE.

Complications de l'endocardite subaiguë bactérienne au niveau du système nerveux central (Central Nervous System Complications in subacute Bacterial Endocarditis), par Russell N. de JONG. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 4, p. 397-410, avril 1937.

Les atteintes cardiaques aiguës des maladies infectieuses comportent un pronostic extrêmement grave. Parmi les complications les plus justement redoutées, il faut citer celles qui atteignent le système nerveux central. Plusieurs types anatomo-cliniques sont rapportés par l'auteur. Au premier degré on observe de l'œdème et de la congestion des tissus nerveux sans localisations neurologiques. Un degré plus élevé est celui des complications vasculaires : embolies et thromboses. Enfin de véritables métastases sont observées avec les lésions précédentes ajoutées à une méningo-encéphalite purulente.

P. CARRETTE.

PSYCHOLOGIE

La psychopathologie de la métaphore (The Psychopathology of Metaphor) par WENDELL MUNCIE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 4, p. 796-804, avril 1937.

L'exposé par les malades des troubles délirants offre de multiples occasions de formuler des comparaisons. L'expression « comme si » revient fréquemment. Dans certains états d'autisme caractérisé la comparaison disparaît et la métaphore est employée directement, abusivement, avec des images d'autant plus incohérentes et plus étranges que l'état paranoïde s'aggrave et que s'installe la désagrégation psychique.

P. CARRETTE.

La mémoire dans les troubles mentaux, par L. IONASIU et S. CUPCEA. *Revista de Psihologie*, vol. II, Cluj, 1938.

Les auteurs ont examiné 91 malades mentaux adultes sachant lire, à l'aide de tests de mémoire immédiate. Le résultat a montré que la mémoire des nombres est plus réduite que la mémoire des mots et des images et que la mémoire est plus réduite pour un matériel visuel que pour un matériel auditif.

Ces données sont encadrées dans la loi bien connue de la régression de la mémoire de Ribot, par les faits suivants : les nombres représentent les méthodes de l'expression symbolique apparues, du point de vue évolutif, après la parole articulée et les images visuelles ; l'expression graphique est ultérieure comme apparition évolutive à l'expression verbale. Il semble que dans tous les processus de dissolution et de désintégration, la fonction visuelle soit intéressée avant la fonction auditive.

M. LECONTE.

Aversion et négativisme (Aversion and Negativism), par OSKAR DIETHELM. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 4, p. 805-816, avril 1937.

L'attitude d'opposition peut se présenter sous deux formes qui se traduisent par un comportement très différent : l'une, passive, est le négativisme ; l'autre, active, constitue l'aversion. L'aversion est la réaction d'une personnalité inflexible en présence d'une situation inacceptable. Elle implique l'affirmation du moi et l'agressivité en certaines circonstances. En d'autres, l'isolement maussade avec des accès de dépression, surtout au cours des états d'involution. Le fait que l'aversion résulte d'un état émotif morbide, intelligible au patient et à l'entourage, permet une emprise thérapeutique qui manque dans le négativisme.

P. CARRETTE.

Les réponses aux tests-images de Binet-Bobertag considérées en fonction de la personnalité et leur valeur diagnostique (Lösungen der Binet-Bobertagschen Bildertest als Persönlichkeits leitungen und ihre diagnostische Verwertung), par A. WEBER (Waldau-Berne). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1937, tome 157, p. 277 à 303.

Longue analyse des interprétations de vignettes selon la « méthode des tests d'images » de Binet-Simon-Bobertag. Les trois dessins d'allure un peu

« fin de siècle » représentent des scènes qui peuvent être en relation fréquente avec des traumas affectifs. L'auteur, qui distingue avec W. Stern les facteurs objectifs et subjectifs des interprétations d'images, ou si l'on veut les mécanismes proprement gnosiques et les mécanismes affectifs, insiste spécialement sur ces derniers. Il tire de ces nombreuses expériences la conclusion que pour une intelligence moyenne les erreurs d'appréciation sont liées à des troubles affectifs et notamment à des complexes sexuels qui peuvent mettre sur la trace d'une névrose.

Henri Ey.

Les mécanismes cérébraux des hommes doués de talents exceptionnels (Mechanismen in Gehirn einseitig begabter Menschen), par DÖLLKER (Leipzig). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1937, tome 157, p. 323 à 357.

Etude approfondie de morphologie cérébrale chez des hommes « de talent », porteurs de dons exceptionnels et pour ainsi dire exclusifs (einseitig begabten). Nous avons légèrement déformé la traduction exacte du titre de ce travail pour le rendre accessible aux recherches bibliographiques. Les conclusions auxquelles aboutit cette étude sont pour la plupart assez banales (aspect symétrique, segmentaire et commissural du système nerveux dans ces diverses portions). Détachons cependant celles-ci : Les systèmes cérébraux isolés comme supports de mécanismes fonctionnels déterminés ont un grand coefficient de variations individuelles — toute fonction cérébrale surnormale est en partie conditionnée par une plus grande masse de substance, par le déplissement et l'extension en surface de la zone spéciale — le problème droit-gauche n'est important que pour quelques-uns de ces systèmes — lorsqu'une disposition a une localisation prévalente d'un côté. La zone symétrique représente une garantie de suppléance. Mais plus que dans ses conclusions l'intérêt de ce travail réside dans l'étude morphologique de cerveaux d'hommes de talent. Notons les dessins du cerveau de Gambetta (d'après Duval) et de Sanerwein (d'après Stiéda). C'est surtout l'étude de la localisation du don musical qui est intéressante (p. 345 à 356). D'après ses recherches, Döllker conclut qu'un don exceptionnel correspond toujours à une morphologie exceptionnelle.

Henri Ey.

Conscience et mécanismes du cerveau, par W. DRABOVITCH. *Revue philosophique*, juillet 1938, p. 51 à 75.

Après avoir analysé le livre récent de Lhermitte sur les mécanismes du cerveau et rappelé les travaux de Lapicque sur la motricité, de Pawlow sur les réflexes conditionnés, de Métalnikow sur l'immunité conditionnée, l'auteur arrive à cette conclusion :

Il n'y a pas en psychophysiologie de dualisme. La vie psychique n'est pas un épiphénomène. L'esprit et le corps sont les deux termes d'une même réalité, capables de sauvegarder en partie, chacune sa propre dynamogénie contre les atteintes de l'autre. Ce sont là des rapports que notre intelligence ne comprend pas, mais avec lesquels il convient de se familiariser car le monde est trop compliqué pour être saisi par notre intelligence.

Paul COURBOIS.

Psychologie et psychopathologie de la conscience du Moi (Psicologia y psicopatología de la conciencia del yo), par Honorio DELGADO. *Archivos chilenos de Criminología*, T. I, p. 111-140, décembre 1937.

L'histoire de la formation de la conscience d'un sujet évoque des expériences de plus en plus complexes. Sa régression, son rétrécissement s'effectuent en sens inverse par les mêmes étapes. Elles comprennent la répétition des impressions corporelles, l'alternance de satisfaction et de déception vis-à-vis des désirs, le besoin d'imitation et d'identification à certaines personnes déterminées affectivement, le choix des mouvements par l'exercice de la volonté, le règlement des conflits intérieurs par justification et compensation. La perfection de ces opérations donne au moi une plénitude caractérisée par la certitude de l'être, la constance, l'activité, l'autonomie et l'unité. Chacune de ces qualités de la conscience peut être perdue ou diminuée. Ainsi l'extase, l'autisme, le transitivisme expriment des degrés et des variétés de perte de conscience dont le terme est la négation du moi. M. Delgado considère la possession hystérique comme une paralysie de la conscience. Le dédoublement est la forme simple des personnalités multiples ou alternantes. L'auteur illustre sa revue de tableaux cliniques et de considérations médico-légales d'un grand intérêt.

P. CARRETTE.

Caractérologie normale et pathologique. (*Psychologie du Caractère*), par le Professeur FRANCESCO DEL GRECO (92 pages, in *Bull. de l'ospedale psichiatrico provinciale di Apuila*, Perugia 1938).

Dans le travail, le Professeur Francesco Del Greco, après avoir retracé la genèse historique de la « Science du Caractère », en décrit la méthode générale. Il expose brièvement les doctrines se rapportant aux tempéraments, aux constitutions et aux acquisitions récentes de l'endocrinologie.

Partant des aspects organo-instinctifs de l'individu et de la Personnalité, il définit la réalité psychologico-sociale qu'est le « Caractère ». Il étudie la « Personne » et le « Caractère », par rapport à la mentalité historico-sociale. Il en montre les variations sous l'influence des grands modificateurs biologiques et sociaux. Il en décrit deux espèces, deux types fondamentaux : « Simpatetici » et « Personali » (Caractères sympathétiques et personnels) et esquisse les structures intimes et les développements de la Personne et du Caractère.

Cet intéressant mémoire se termine par l'étude des principaux types pathologiques du caractère présentés dans les différents états névropathiques et psychopathiques.

R. C.

PSYCHANALYSE

Réflexions à propos de l'article de S. Freud « La psychanalyse qui va vers la fin et celle qui est sans fin », par M. BORNSTAJN. *Rocznik Psychiatryczny*, fasc. 33, 1938.

L'auteur souligne le scepticisme de Freud en ce qui concerne l'issue de certains traitements psychanalytiques particulièrement difficiles. L'auteur

polonais plus optimiste que le créateur de la psychanalyse soutient qu'il ne faut pas abrégé la psychanalyse afin de ne pas compromettre les résultats ; qu'il ne faut pas promettre au patient la terminaison de la cure, car cette promesse entraîne de la part du sujet une réaction inverse. L'analyse des rêves doit faire l'objet d'une mise au point particulièrement minutieuse en raison du critérium précieux qu'ils apportent pour juger du stade où se trouve la psychanalyse et de sa fin présumée.

FRIBOURG-BLANC.

ANATOMIE

Recherches histologiques sur les voies optiques. *Le chiasma optique d'un borgne*, par P. QUERCY et R. de LACHAUD (avec une planche hors-texte). *Encéphale*, 1938, T. 1, pp. 73 à 76.

Les ingénieuses déductions morphologiques de Müller ont dégénéré en un schéma scolaire, disent les auteurs. L'histologie « désintéressée » n'a jamais vu les fibres directes constituer le « prétendu faisceau externe, temporal, du chiasma ». Tout le nerf optique fournit des fibres directes à toute la bandelette, de son bord le plus externe à son bord le plus interne.

Pierre MASQUIN.

Etudes anatomiques et pneumographiques de la corne temporale (Anatomic and Pneumographic Studies of the Temporal Horn), par A. E. CHILDE et Wilder PENFIELD. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 5, p. 1021-1034, mai 1937.

La corne temporale ou inférieure du ventricule latéral, — souvent négligée dans les études pneumographiques et anatomiques —, est relativement petite, en forme de croissant, avec deux portions à angle droit dans un plan vertical flanquées d'une zone latérale (corne d'Ammon) et d'une fente horizontale supérieure supracornuiale. Les schémas et ventriculogrammes reproduits par MM. Childe et Penfield constituent les meilleurs guides pour l'analyse des dispositions anormales de la région. Les tumeurs du lobe temporal n'oblitérent pas la corne ventriculaire en général. Elles déforment les zones moyennes. Il en est de même pour les altérations frontales, pariétales, pour celles de l'Insula. L'atrophie du lobe temporal se traduit par un élargissement ventriculaire ; les infiltrations de la Corne et de l'Hippocampe suppriment la visibilité de la fente supracornuiale.

P. CARRETTE.

Relations du thalamus avec le cortex cérébral (The Thalamus in Relation to the Cerebral Cortex), par A. EARL WALKER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 3, p. 249-261, mars 1937.

Les noyaux du thalamus peuvent se diviser en trois groupes. Le premier, le plus ancien du point de vue phylogénique, n'a que des relations sub-corticales. Il comprend des noyaux centraux et un noyau ventral antérieur. Le second (noyaux ventraux latéraux, postérieur et des corps genouillés) reçoit des fibres des voies sensorielles ascendantes et de projection dans le

cortex cérébral. Le troisième (noyaux médiaux dorsaux, latéraux postérieurs et du pulvinar) assure les connexions intra-thalamiques et le système de projection du cortex. Au niveau du cortex les fibres thalamiques sont reçues par l'aire préfrontale (dans les zones motrices, 4 et 6 de Brodmann) qui envoie des fibres associatives dans le cortex pariétal. Les aires 5 et 7 des zones pariétales reçoivent des fibres thalamiques qui vont s'associer avec les régions pré- et post-centrales, les aires péripars-striées et le cortex temporal. Le thalamus apparaît donc comme un grand relai, centre primaire de réception chargé de transmettre les impressions aux centres corticaux fonctionnellement plus élevés.

P. CARRETTE.

La nature des fibres de Rosenthal (The nature of Rosenthal fibers), par AMOUR F. LIBER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 3, p. 286-304, mars 1937.

Rosenthal, en 1898, a mis en évidence des formations pathologiques à contenu ferrique provenant de dépôts d'hémoglobine dans des cas de syringomélie et de syringobulbie avec tumeur intramédullaire et gliose. Les zones lésées montrent alternativement des régions envahies par les fibres de Rosenthal et des dépôts ferriques avec macrophages accompagnant des vaisseaux épaissis, des tissus œdémateux et nécrosés. L'auteur propose de dénommer ces « fibres », corps à hémoglobine.

P. CARRETTE.

Commissure anormale du troisième ventricule. Décussation aberrante dorsale supra-optique (Anomalous Commissure of the Third Ventricle. Aberrant Dorsal Supraoptic Decussation), par A. R. VONDERABE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 6, p. 1283-1288, juin 1937.

Une commissure anormale du troisième ventricule est observée chez huit malades atteints de tumeurs diverses. Le tractus renferme des fibres et des cellules du noyau paraventriculaire et des fibres de la décussation supra-optique ou commissure de Ganser. Cette étude paraît démontrer que normalement certaines des fibres croisées du système supra-optique dorsal se rendent au noyau paraventriculaire du côté opposé.

P. CARRETTE.

Agénésie du corps calleux. Sa découverte par la ventriculographie (Agenesis of the Corpus callosum. Its recognition by Ventriculography), par OLAN HYNDMAN et WILDER PENFIELD. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 6, p. 1251-1270, juin 1937.

Le diagnostic ventriculographique d'agénésie du corps calleux est établi chez cinq sujets : deux présentaient une absence totale ; deux autres n'avaient pas de commissure, chez le dernier, le splénium seul manquait. Les ventriculogrammes antéro-postérieurs montrent une séparation des cornes antérieures. Dans le plan sagittal, une ombre les réunit au-dessus du troisième ventricule. Le signe le plus frappant est pour les auteurs l'aspect en bicoque, oblique, presque à angle droit, du corps des ventricules latéraux.

P. CARRETTE.

A propos de quelques aspects de l'atrophie corticale de l'adulte (Acercos de Algunos Aspectos de la Atrofia Cortica del Adulto), par VICENTE DIMITRI et JULIO ABRANOVICH. *Revista neurologica de Buenos Aires*. T. I, n° 6, p. 452-470, mai-juin 1937.

Les lésions du cortex cérébral liées à certains affaiblissements psychiques de l'adulte se présentent parfois sous forme de petites zones nécrotiques périvasculaires avec désintégration des cellules voisines allant jusqu'au foyer de ramollissement. Les deux observations de MM. Dimitri et Abranovitch vont nous aider à comprendre le mécanisme de ces désordres. Elles montrent que les affections chroniques : cancer gastrique, artériosclérose, dégénérescence hépatique et alcoolisme entretiennent des troubles circulatoires qui ralentissent l'activité vasculaire et l'irrigation cérébrale pour aboutir aux nécroses observées.

P. CARRETTE.

Recherches sur les spirochètes dans la paralysie générale, par P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 1, 1937.

La question des spirochètes dans la paralysie générale est la partie la plus importante de l'étude biologique de cette affection tant pour le clinicien que pour l'anatomiste. Etudiant la fréquence de la mise en évidence de spirochètes dans le système nerveux central des paralytiques généraux, les auteurs n'ont pu noter qu'un pourcentage de 30 0/0 d'examen positifs. Ils estiment possible que d'autres méthodes plus fines pourront à l'avenir augmenter ce pourcentage. Il est aussi possible que cette absence ou disparition de tréponèmes dans le système nerveux central soit due à une autolyse.

Les auteurs estiment encore que les spirochètes n'ont aucune part spéciale dans la pathogénie des ictus ainsi qu'ils l'ont montré dans un autre travail.

Il semble, quant à la localisation tréponémique, qu'elle n'affecte qu'un siège péri-neuronal. La pénétration des spirochètes dans le neurone n'est qu'un phénomène exceptionnel. La malariathérapie influence de façon différente les spirochètes et même quand ils ont complètement disparu sous leur forme adulte, il semble qu'il existe des formes résistantes ou filtrantes qui rendent inévitable le retour du spirochète et produisent la réapparition de la paralysie générale dont la malariathérapie avait entraîné la rémission apparente.

M. LECONTE.

Troubles mentaux dus à une tumeur cérébrale sans symptômes de localisation, par MM. I. CONSTANTINESCO, D. BAGDOSAR et M. STOICESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 1, 1937.

Présentation d'un cas de tumeur cérébrale à manifestations mentales avec moria ayant fait poser le diagnostic de tumeur cérébrale du lobe frontal droit. Il n'y avait pas de signes neurologiques de localisation. Les hallucinations visuelles du malade avaient été mises sur le compte de son alcoolisme. L'intervention chirurgicale montra un gliome profond de la région temporo-pariétale droite. Les auteurs estiment que les troubles mentaux observés étaient probablement dus à la compression du lobe frontal du même côté.

M. LECONTE.

Considérations sur l'aphasie croisée, par G. MARINESCO, D. GRIGORSCU et S. AXENTE (de Bucarest), (avec sept planches hors-texte). *Encéphale*, 1938. T. 1, p. 27 à 46.

Chez un droitier, âgé de 60 ans, s'installent progressivement en quelques jours une hémiparésie gauche avec hémianopsie homolatérale gauche et des troubles du langage à type d'aphasie de Wernicke qui évoluent parallèlement.

L'autopsie montre un large foyer de ramollissement dans le territoire de l'artère cérébrale antérieure droite, destruction presque complète du corps calleux. A l'examen microscopique, lésions caractéristiques de ramollissement et, dans différentes régions, lésions diffuses de périvasculature avec prolifération névroglie et microglie semblables à celles qui existent chez de vieux artérioscléreux. *Intégrité complète du cerveau gauche.*

Les auteurs rappellent les discussions topographiques auxquelles a donné lieu l'aphasie et concluent : « D'accord avec Pierre-Marie, nous admettons qu'il n'existe pas de centres préformés ou innés, mais une prédisposition d'adaptation de certaines zones pour certaines fonctions, encore faut-il souligner qu'on ne saurait enfermer dans des zones bien délimitées une fonction aussi complexe que le langage.

Pierre MASQUIN.

Thrombo-phlébite des sinus cérébraux dans une confusion mentale du post partum, par MM. I. CONSTANTINESCO, S. CONSTANTINESCO et D. CONSTANTINESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 1, 1937.

Histoire d'une malade qui présenta, huit jours après l'accouchement, une confusion mentale agitée. A l'hôpital apparurent des accès épileptiques généralisés subintrants suivis de mort. L'examen anatomique montra une thrombo-phlébite du sinus longitudinal et du sinus latéral droit, ainsi que de la jugulaire droite venant expliquer les manifestations cliniques.

M. LECONTE.

Nature et signification des hémorragies pétéchiales multiples associées au trauma cérébral (Nature and significance of multiple petechial hemorrhages associated with Trauma of the Brain), par Walter F. SCHALLER, K. TAMAKI et Henry NEWMAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 5, p. 1048-1076, mai 1937.

L'étude des petites hémorragies profondes de la masse encéphalique fait apparaître la différence essentielle qui sépare ces lésions circulatoires des altérations observées dans les contusions cérébrales et les lésions traumatiques à grands délabrements. La commotion produit une vaso-dilatation, la stase, l'anoxémie et la diapédèse. Les vaisseaux ne sont pas déchirés et les zones de ramollissement sont rares. De petits foyers thrombosés, la dégénérescence hyaline entourent les artérioles. Ils se localisent dans la substance blanche, les noyaux gris centraux et le tronc cérébral plutôt que dans le cervelet et dans le cortex.

P. CARRETTE.

De l'histopathologie cérébrale de l'alcoolisme chronique (Sull'istopatologia cerebrale dell'alcoolismo cronico), par F. CARDONA (Florence). *Rivista di Patol. nerv. e mentale*, juillet-août 1937, p. 63 à 75.

Depuis les travaux de Gamper et Neuburger, la question de l'anatomie pathologique de l'alcoolisme est à l'ordre du jour. D'après les récents travaux de Steck, Warner, Cacchione, Saethre et Korney, les auteurs paraissent divisés en deux camps : les uns admettent des lésions diffuses, les autres des altérations locales, notamment au niveau du diencéphale et des corps mamillaires. De l'examen de 4 cas (1 cas de délire de jalousie avec accidents subaigus, 2 cas de psychose de Korsakow et 1 cas de delirium tremens), l'auteur croit pouvoir, en conclusion, nier l'existence de lésions locales ayant, comme on a pu l'avancer, une valeur quasi-spécifique. Bibliographie de 17 travaux récents sur la question.

Henri Ey.

BIOLOGIE

Les dernières acquisitions de la physiologie olfactive et leurs applications diagnostiques (The Newer Aspects of Olfactory Physiology and their Diagnostic Applications), par Charles A. ELSBERG. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 2, p. 223-236, février 1937.

La physiologie olfactive a été jusqu'ici la plus négligée. Ses voies ont pourtant une importance considérable en anatomie et en pathologie cérébrales. M. Elsberg établit un certain nombre de tests pour la perception des odeurs en faisant parvenir sur la muqueuse olfactive un courant d'air chargé de particules odorantes et variant en concentration et en intensité. Il mesure ainsi en chiffres : 1° la qualité de l'olfaction ; 2° l'influence de la fatigue. Il a pu reconnaître que les voies olfactives sont surtout homolatérales et, pour une faible part, croisées ; que la fatigue perceptive augmente très rapidement dans un certain nombre de syndromes neurologiques, que les intoxications et l'hypertension crânienne provoquent une diminution de l'acuité olfactive. Le diagnostic des lésions de l'hippocampe, du corps calleux, des zones temporales internes peut être précisé en ajoutant à la symptomatologie classique, les signes olfactifs obtenus par les tests de perceptions d'odeurs uni et bilatéraux avec des variations qualitatives et quantitatives. Les réponses permettent de considérer les racines olfactives comme formant à leur jonction un véritable chiasma et le point de départ de l'impulsion olfactive, comme un phénomène purement physique, mécanique.

P. CARRETTE.

Etude expérimentale des mouvements involontaires, par M^{me} Nathalie ZAND. *Revue neurologique*. T. LXVIII, n° 4, p. 601-612, octobre 1937.

Les mouvements involontaires sont déclenchés par lésions de certains éléments nerveux du bulbe. Ni l'irritation, ni les lésions de certains centres ne paraissent modifier l'hypercinésie qui, d'après les recherches de l'auteur, est en rapport avec les désordres du système proprioceptif c'est-à-dire de la voie spino-cérébelleuse.

P. CARRETTE.

Survie et reviviscence des centres nerveux après suspension de la circulation, par C. HEYMANS et J. J. BOUKAERT. *Bulletin de l'Académie Royale de Belgique*, fasc. 1, 1938).

Après avoir donné un aperçu de leur technique les auteurs concluent : Les centres respiratoire, pneumogastrique et vasomoteur du chien chloralosané peuvent être ranimés après une suspension totale de la circulation atteignant 30 minutes et une mort apparente de 40 à 60 minutes.

Les centres des réflexes pupillaires et cornéens résistent à une suspension de la circulation atteignant 10 à 15 minutes.

Certains centres cérébraux indispensables à la reviviscence intégrale de l'organisme ne peuvent supporter une anémie complète dépassant 5 minutes.

Ces observations expérimentales permettent de comprendre pourquoi, dans certains cas cliniques, le sujet succombe tardivement après un arrêt plus ou moins prolongé de la circulation, et cela malgré le rétablissement de la circulation et la reviviscence des centres respiratoires, vaso-moteur, pneumogastrique, pupillaire et cornéen.

M. LECONTE.

Les réactions vasculaires du cerveau au cours des embolies solides et gazeuses. (Etude expérimentale des spasmes vasculaires cérébraux), par Maurice VILLARET, René CACHERA et R. FAUVERT. *La Presse médicale*, n° 89, p. 1555-1558, 6 novembre 1937.

Les auteurs démontrent l'existence de spasmes des vaisseaux cérébraux provoqués par une excitation endo-vasculaire directe ; dans le cas particulier actuel par l'embolie solide. Toutefois ils n'en tirent pas de conclusions utilisables pour l'explication du mécanisme du ramollissement cérébral. L'embolie gazeuse expérimentale n'agit pas sur la paroi des artérioles. Les accidents nerveux observés ne sont pas dus aux spasmes. Ils sont la conséquence d'un arrêt circulatoire déterminé par l'air obstruant un vaisseau. L'ischémie cérébrale consécutive, d'origine mécanique, explique seule l'altération parfois considérable des éléments nerveux.

P. GARRETTE.

L'encéphalogramme de la région précentrale chez l'homme à l'état normal et pathologique, par G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER. Présentation par M. Souques. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, mai 1938.

Les auteurs publient leur neuvième note : Observation de trois cas de sclérose latérale amyotrophique. Après avoir rappelé les divers avis de Berger et Adrian sur l'origine des ondes α , les auteurs estiment, d'après les recherches qu'ils ont faites dans des cas de sclérose latérale amyotrophique et chez le lapin, qu'il existe un rythme propre de toute l'écorce cérébrale, rythme sur lequel se superposent d'autres fréquences dont ils indiquent les rythmes.

M. LECONTE.

Réflexes psycho-chimiques dans le sang et leur comportement chez les malades mentaux, par E. WILCZKOWSKI, *Rocznik Psychjacyjny*, fasc. 33, 1938.

En s'inspirant du principe des réflexes conditionnés, l'auteur constate dans ses recherches expérimentales l'existence de réflexes psycho-chimiques dans le sang. Ces réflexes sont spécifiques pour chaque excitant (sucre ou sel de cuisine). Ce fait témoigne de la part que l'écorce cérébrale joue dans la vie végétative de l'organisme et offre un argument à l'appui de l'existence de la représentation du système végétatif dans l'écorce cérébrale. Le caractère spécifique de cette modalité de réflexivité conditionnelle prouve son extension dans le domaine des phénomènes chimiques et son retentissement sur le taux des composés chimiques dans le sang. Les réflexes psycho-chimiques se manifestent conformément à la loi de Jackson d'après laquelle les fonctions des centres inférieurs s'intensifient parallèlement à la diminution de l'action inhibitrice des centres supérieurs.

La partie du travail concernant les sujets atteints de troubles psychiques enseigne que les réflexes psycho-chimiques sont plus intenses chez les paralytiques généraux et les schizophrènes. Les épileptiques jouissent d'une réactivité élevée. Les schizophrènes présentent des réflexes très variables : élevés, moyens ou nuls. Les malades alimentés artificiellement ne réagissent pas, de même que la plupart des catatoniques. Par contre, les sujets présentant un syndrome paranoïde réagissent très vivement. L'auteur estime que ces résultats ne sont pas définitifs et possèdent surtout une valeur d'orientation. Ils demandent à être poursuivis simultanément avec d'autres épreuves sur le système végétatif.

FRIBOURG-BLANC.

Reaction colloïdale de la coagulation dans la démence précoce, par V. A. GLAZOW et G. M. ZIMMER. *Neuropatologia i psichiatria*, t. VI, fasc. 2, 1937.

Comme suite à leurs travaux antérieurs, les auteurs étudient la coagulation des colloïdes du sérum sanguin dans la schizophrénie. Ils constatent que dans la démence précoce le sérum contient une grande quantité d'albumine. La rapidité de la coagulation témoigne de la faible stabilité de la charge colloïdale. L'augmentation quantitative de l'albumine plaide en faveur de l'organicité de l'affection et la diminution de la stabilité de la charge colloïdale témoigne du vieillissement anticipé du système nerveux. Les auteurs soulignent la constance de la réaction dans la démence précoce qui explique le caractère progressif de l'affection. Ces constatations démontrent que la démence précoce « simplex » est une entité morbide différenciée, ayant son étiologie, son évolution et sa trame biologique. Elle doit être isolée du groupe des schizophrénies. La réaction est tellement caractéristique qu'il est impossible de lui attribuer une signification diagnostique. Le caractère de l'organicité de la démence précoce s'accorde avec les constatations anatomo-pathologiques et dénote l'existence d'un processus destructivo-atrophique de l'encéphale.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à l'étude des hyperleucocytoses sympathiques. Modifications de la formule sanguine consécutives aux cautérisations de la muqueuse pituitaire, par Jean FRETET. *Encéphale*, 1938, T. I, pp. 147 à 151.

Nouveau travail sur l'hyperleucocytose, auquel l'auteur a été entraîné au cours de ses recherches sur les modifications végétatives, (pouls, tension artérielle, R.O.C., etc...) consécutives à l'excitation de la muqueuse pituitaire.

M. J. Fréret arrive aux conclusions suivantes: a) La cautérisation de la zone sus-jacente à la tête du cornet moyen, des deux côtés, chez des sujets atteints d'affections diverses apyrétiques provoque chez 73 0/0 d'entre eux de la leucopénie avec rupture d'équilibre du rapport leucocytaire dans le sens de l'inversion de ce rapport; b) Ces modifications constatées dans le sang périphérique surviennent dans les minutes qui succèdent à la cautérisation et persistent en s'atténuant pendant les jours suivants; c) La connaissance que nous avons de l'hyperleucocytose nerveuse, ne nous permet de rendre compte ni de l'inconstance de ce phénomène, ni de son mécanisme.

Pierre MASQUIN.

Le taux du phosphore dans le sérum sanguin pendant la crise épileptique (Phosphorus Content of the Blood Serum during the Epileptic Seizure), par Arthur WEIL et Erich LIEBERT. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXVII, n° 3, p. 514-522, mars 1937.

L'attaque épileptique chez l'homme est l'origine d'une augmentation notable du phosphore dans le sérum. Les recherches expérimentales confirment cette observation. Le phosphore, sous sa forme inorganique et sous sa forme acide-soluble, peut être maintenu à un taux normal par arrêt des phénomènes convulsifs, par exemple après immobilisation de la musculature par injection de curare.

P. CARRETTE.

La calcémie dans l'épilepsie essentielle (The Blood Calcium in « Idiopathic » Epilepsy), par R. L. HAVILAND MINCHIN. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XVII, n° 68, p. 314-317, avril 1937.

L'hypothèse des perturbations du métabolisme du calcium dans l'étiologie de l'épilepsie dite « essentielle » a été inspirée par les similitudes d'apparence clinique avec la crise spasmodique du parathyroïdisme. Cependant, ni les paroxysmes dans la tension du système neuro-végétatif, ni la fréquence des crises ne paraissent être en rapport avec la calcémie qui reste normale. L'auteur ajoute qu'elle est dans le cas de l'épilepsie indépendante du niveau de la glycémie.

P. CARRETTE.

Considérations sur la protéidoglycémie dans la schizophrénie, par MM. P. TOMESCO, I. COSMULESCO et E. GIOSSAN. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome 2, n° 2, 1937.

Les auteurs envisagent d'abord les travaux de l'école française sur la question et joignent à l'exposé des leurs un important tableau synoptique. Les dosages qu'ils ont effectués leur ont permis de conclure: 1) que le sucre protéidique est le plus souvent augmenté, dans des limites variables;

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Novembre 1938. 43.

2) qu'il existe des rapports entre cette augmentation et l'existence de tuberculose et de lésions rénales ; 3) qu'il y a eu cependant des cas sans aucune atteinte bacillaire, rénale ou néoplasique décelables ; 4) qu'il n'y a aucune liaison chez les malades entre le sucre libre et le sucre protéidique ; 5) qu'il ne semble pas non plus qu'il y ait un rapport quelconque entre la forme clinique de la schizophrénie et l'intensité de l'augmentation du sucre protéidique. Dans l'ensemble les résultats obtenus plaident en faveur d'une altération du métabolisme général de ces malades.

M. LÉCONTE.

Considérations à propos de l'action catatonisante passagère de l'urine d'une schizophrénique catatonique et colibacillurique, par MM. P. TOMESCO, G. BADENSKI et I. COSMULESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome 2, n° 2, 1937.

Les auteurs ont obtenu avec l'urine d'une malade schizophrénique catatonique et colibacillurique une action catatonisante nette pour la souris blanche. Ils exposent l'observation de la malade et le résultat de leurs expériences ainsi que la technique.

La catatonie obtenue chez la souris n'est pas due à la « catatonine » urinaire de Dingemans, Freud et de Jong, mais bien à une colitoxine produite par les microbes urinaires. La question difficile à résoudre est celle de la liaison entre le syndrome catatonique présenté par la malade et le colibacille. La catatonie a persisté après une amélioration bactériologique incontestable. La rétention de la neurocolitoxine dans le système nerveux n'explique pas les suspensions très intéressantes du syndrome catatonique qui se sont produites à deux reprises. Le rôle essentiel paraît revenir, pour les auteurs, au terrain constitutionnel.

M. LÉCONTE.

Sur la présence de l'acide phényl-pyruvique dans l'urine des oligophrènes, par M. E. GIOSSAN. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 2, 1937.

L'auteur rappelle les travaux de Fölling et de Penrose sur la question et conclut, de ses recherches personnelles, que l'urine des oligophrènes ne contient pas d'acide phényl-pyruvique. Il émet d'autres hypothèses pour expliquer les travaux des deux auteurs précédents : facteur social ou forme clinique spéciale d'oligophrénie.

M. LÉCONTE.

Etude du métabolisme hydro-salin dans un cas d'hystérie (Studio del recambio idro-salino in sur caso d'isterismo) par C. PERO (Catane). *Rivista di Neurologia*, Juin 1937, p. 257 à 275.

Observation d'une femme de 25 ans, présentant des crises hyperkinétiques sans troubles organiques. Il existait un syndrome physiopathique complexe : vagotonie, troubles de l'élimination de l'eau, hypochlorémie, hyperpotassémie, hypocalcémie inconstante, abaissement du seuil électrolytique du sérum (méthode de Weltmann), anomalies de l'action diurétique mercurielle. Les crises s'accompagnaient d'oligurie. L'administration d'extrait de posthypophyse a fait apparaître ces crises. On reconnaît dans cette description de l'auteur les caractères physiologiques généralement attribués à l'épilepsie.

Henri Ex.

Etudes sur la teneur du liquide céphalo-rachidien en vitamine C (Studien über der Vitamin C gehalt in Liquor), par Michio KASAHARA et Hayao GAMMO (Osaka), *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1937, tome 157, p. 147 à 152.

Tableaux donnant les résultats et dosages de la vitamine C selon la méthode de Tillmann, dans le liquide céphalo-rachidien des lapins, chiens, chèvres, chats et singes. Les moyennes sont respectivement de 0,038 mmg. par cm³, 0,066, 0,042, 0,046 et 0,023. Dans la note qui suit ce premier travail, les auteurs ont avec Minoru Iatsumi, étudié la teneur en vitamines C du liquide céphalo-rachidien des singes en état d'hypo-vitaminie diététique (9 expériences). Dans ces conditions, les valeurs rachidiennes de vitamine C ont considérablement diminué sans qu'apparaissent des signes de scorbut.

Henri Ey.

Réactions cytologiques dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la « réactivation » par les sels de bismuth (Reazioni citologiche del liquor nella « riattivazione » con sali di bismuto) par Luigi PONZONI (Modène), *Rivista di Neurologia*, octobre 1937, p. 476 à 489.

La modalité de réaction de la formule cytologique de la « méningite bismuthique » peut être ainsi fixée : augmentation des granulocytes et des « plasmazellen », diminution des lymphocytes et des microcytes. Chez les syphilitiques, il ne semble pas y avoir de modification notable, d'après ce travail très minutieux.

Henri Ey.

Recherches sur l'origine de l'accroissement des protéines du liquide céphalo-rachidien dans les tumeurs du système nerveux central (Contribution on the Origin of Increased Protein in the Cerebrospinal fluid of Tumors of the Central Nervous System), par James S. DEANE, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXV, n° 4, p. 373-396, avril 1937.

Le taux des protéines du liquide céphalo-rachidien n'est pas rigoureusement lié aux variations de l'hydrocéphalie. Il augmenterait en fonction de la compression du système veineux non-anastomotique drainant les plexus choroïdes, en particulier ceux du troisième ventricule et des ventricules latéraux. L'hydrocéphalie interne se présente sous trois formes différentes : ou bien la formation de liquide céphalo-rachidien est supérieure à l'absorption, ou bien le système opposé s'installe, ou bien les deux mécanismes alternent. On conçoit que le premier système correspond à l'augmentation des protéines. M. Deane note encore que la constitution histologique de la tumeur et que les hémorragies, les déchets nécrotiques des tumeurs intracrâniennes ou intra-spinales n'ont pas de rapports, par eux-mêmes, avec l'accroissement du taux des protéines du liquide cérébro-spinal.

P. GARRETTE.

Le système neuro-végétatif au cours de l'hyperthermie, par PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et J. LEMANT. *La Presse médicale*, n° 16, p. 289-291, 24 février 1937.

Parmi les modifications physiologiques enregistrées au cours de la fièvre qui peuvent aider à la compréhension des résultats obtenus par la pyrété-

thérapie, il est important de noter celles qui concernent le système nerveux autonome. Les auteurs ont trouvé dans la grande majorité des cas une sympathicotomie durable, se prolongeant plusieurs jours après la chute de température, proportionnelle à l'intensité de la poussée thermique, appréciable seulement à partir de 38°5 environ. Enfin, autre constatation capitale ; la sympathicotomie, affirmée par l'examen concordant des réflexes oculo-cardiaque et solaire et des réactions vaso-motrices, est la même avec les différents procédés utilisés pour provoquer l'hyperthermie : injection d'huile soufrée, Dmelcos, impaludation, ondes courtes.

P. CARRETTE.

Régulation thermique dans l'encéphalite chronique (Heat Regulation in Chronic Encephalitis), par Isidore FINKELMAN et W. Mary STEPHENS. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 3, p. 514-522, mars 1937.

L'examen de la régulation thermique des encéphalitiques a été pratiqué grâce à l'étude des effets produits par les bains chauds et froids. La consommation d'oxygène a également été recherchée par rapport aux sujets normaux et à l'occasion du traitement par l'atropine. Si l'atropine tend à régulariser les fonctions, elle n'y parvient qu'imparfaitement et dans l'ensemble la régulation thermique apparaît comme déficiente dans l'encéphalite chronique. Les auteurs tendent à admettre que ce trouble est dû aux lésions de l'hypothalamus.

P. CARRETTE.

Anesthésie au chlorure d'éthyle de la région radiale, moyen de provocation de l'accès épileptique (Anestesia al cloruro d'etile della regione radiale par la provocazione dell'accesso epilettico) par Paolo MAMINZA (Cagliari). *Neopsichiatria*, Mai, Juin 1937, p. 230 à 240.

L'auteur a cherché à vérifier les faits rapportés par O. Muck (*Münsch. med. Woch.*, 1935). Il a soumis la région radiale (gourrière du pouls) à l'action réfrigérante du chlorure d'éthyle pendant quelques secondes ou quelques minutes mêmes, chez 29 épileptiques et 3 malades atteints de tétanie. Seulement dans 4 cas il a pu obtenir la crise d'épilepsie chez les épileptiques. Chez les tétaniques, par contre, tous les 3 ont répondu par des manifestations tétaniques. Comme tous les autres moyens déjà nombreux employés, ce nouveau procédé de déclenchement des crises d'épilepsie ne peut avoir de valeur que dans les cas positifs, qui restent rares.

Henri Ex.

La réaction à l'alcool dans certains types de psychoses (The Reaction of Certain Psychotic Types to Alcohol), par Carl E. TRAPP et Purcell G. SCHUBE. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 6, p. 668-688, juin 1937.

L'ingestion d'alcool, introduit par la sonde nasale, est utilisée par MM. Trapp et Schube pour provoquer des réactions émotives chez certains psychopathes en état de stupeur. La dose d'alcool à 40 0/0 à administrer est très variable. La méthode ne paraît pas avoir une grande valeur thérapeutique, mais elle permet de libérer certains sujets atteints de mutisme et de différencier précocement des états maniaco-dépressifs de syndromes stu-

poraux liés à la démence précoce. L'absence de réaction du catatonique s'apparente à la résistance rencontrée au cours des états d'hébétéude des arriérés intellectuels.

P. CARRETTE.

Recherches sur l'étiologie des visions mescaliniques (An Enquiry into the Causes of Mescal Visions), par C. R. MARSHALL. *The Journal of Neurology and Psychopathology*. T. XVII, n° 68, p. 289-304, avril 1937.

Les hallucinations qui caractérisent l'intoxication par la mescaline mettent en cause la structure des éléments rétro-rétiniens et particulièrement la circulation choriocapillaire. Les visions répondent à des types constants d'excitation périphérique, tandis que l'inhibition psychique supérieure supprime la réaction émotive adéquate. La turgescence des vaisseaux du fond d'œil a été mise en évidence. Les phénomènes observés n'ont donc rien de commun avec les états hypnagogiques. L'indifférence affective du sujet s'associe à une absence presque complète de contrôle volontaire.

P. CARRETTE.

Effets de la solution d'avertine (tribrométhanol) sur le tronc cérébral (The Effect of Avertin Fluid (Tribromethanol) on the Brain Stem), par Robert R. WHITE, Rowland T. BELLOWS et William P. van WAGENEN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVI, n° 1, p. 1-6, juillet 1937.

L'injection intraveineuse d'avertine provoque, chez le chien décérébré, un relâchement de la rigidité de posture en extension. Les modifications des réflexes viennent s'ajouter aux phénomènes déjà décrits et admis à propos de l'action de l'avertine sur l'hypothalamus.

P. CARRETTE.

L'action combinée de l'armine et de la bulbo-capnine chez les chats, (Azione combinata dell'armina e della bulbo-capnina sui gatti) par Pasquale PEETA et Antonio VETA (Naples). *Rivista di Neurologia*, février 1938, p. 31 à 54.

L'armine étant employée comme médication de la catatonie et du parkinsonisme, les auteurs ont voulu étudier l'action combinée de l'armine et de la bulbo-capnine. Dans une première série d'expériences ils ont noté les effets de l'injection de un centigramme de chlorydrate d'armine par kg. d'animal. L'action dure environ deux heures et se déroule en trois phases : hypertonie avec tremblement, excitation intense et troubles de l'équilibre avec hypotonie (12 photographies). Dans une deuxième série d'expériences, les auteurs ont combiné l'action des deux drogues. Quand les deux substances sont injectées en même temps, l'action catatonisante de la bulbo-capnine prévaut. Mais si l'on injecte d'abord l'armine, ce n'est que lorsque la phase d'excitation a disparu que l'action de la bulbo-capnine s'installe. Quant aux effets de l'armine sur les chats bulbo-capnifiés, ils consistent dans la réapparition des réactions d'appui et de redressement et des modifications du régime des réflexes statiques et stato-kinétiques, mais les troubles cérébelleux propres à l'action de l'armine ne se produisent pas (19 photographies).

Henri Ey.

ENDOCRINOLOGIE

Contribution à l'étude du syndrome catatonique dû à l'insuffisance ovarienne, par TOMESCO et Al. VASILESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome I, n° 1, 1937.

Le syndrome catatonique constitue par lui-même une entité morbide symptomatique répondant à une étiologie des plus variable. Il faut noter la possibilité de ce syndrome au cours de psychoses constitutionnelles, par exemple cyclophrénie, épilepsie, débilité mentale, paranoïa, etc. Il peut être symptomatique d'affections organiques et de psychoses infectieuses toxiques telles que : paralysie générale, alcoolisme, confusion mentale, paludisme, tumeurs cérébrales, typhoïde, encéphalite léthargique. Il peut être consécutif à un déséquilibre endocrino-végétatif où les facteurs tempérament et constitution semblent avoir un rôle dominant. Dans leur travail, les auteurs citent quatre observations cliniques où la cessation de la fonction ovarienne a déterminé l'apparition d'une psychose à début mélancolique suivi ultérieurement de l'apparition d'un syndrome catatonique. Début et évolution furent semblables. Et la catatonie s'amenda avec la réapparition du cycle menstruel.

Une bibliographie accompagne ce travail.

M. LECONTE.

Cyclophrénie cataméniale. (Résultats à la suite d'un traitement ovarien) par MM. I. CONSTANTINESCO et D. CONSTANTINESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 1, 1937.

Observation d'une malade ayant présenté, à la suite du typhus exanthématique, un syndrome paranoïde et des crises de type maniaque coïncidant avec le retour de la menstruation après deux naissances et neuf avortements provoqués. Internée pour la première fois en août 1926 pour un accès maniaque de courte durée, elle revint pour la quatrième fois en décembre 1936 — l'accès précédant toujours de quelques jours l'apparition des règles. Là on notait aussi une modification du rythme menstruel, celui-ci se faisant tous les 15 jours au lieu de 28.

Après un traitement intense par la folliculine (10.000 unités), les accès ont été considérablement réduits et la malade est sortie le 30 décembre 1936, complètement guérie, après un stade de délire de persécution à l'égard du mari. Ce cas vient à l'appui des idées du professeur Obregia et montre l'importance d'un traitement humoral bien conduit.

M. LECONTE.

A propos des neuro-dyscrinies diencephalo-thyroïdiennes (Sulle neuro-dyscrinie diencephalo-tiroïdie), par Gino PATRASSI (Florence). *Rivista di Psico-nerve e mentale*, juillet-août 1937, p. 148 à 218.

Très longue et minutieuse étude d'un cas complexe, où l'auteur isole trois syndromes, troubles hypo-thyroïdiens, acanthosis nigricans et scléro-cedème de Buschke associés à une hyperlipémie. La description et la discussion diagnostique et pathogénique de ce syndrome complexe donne l'occasion à l'auteur d'exposer un grand nombre de travaux sur ces troubles

neuro-trophiques. L'intérêt essentiel de l'observation est l'apparition de cette affection (que l'auteur rattache à des perturbations diencéphalo-thyroïdiennes) après un gros choc émotif (fulguration de plusieurs membres de sa famille qui se seraient trouvés auprès de lui). Peut-être l'émotion n'est-elle pas tout et s'agit-il, hypothèse à laquelle ne s'arrête pas l'auteur, de troubles neuro-endocriniens par fulguration?... Très abondante bibliographie sur les troubles trophiques observés.

Henri Ey.

Syndromes basedowiens d'origine encéphalitique, par M. ROCH. *La Presse médicale*, n° 63, p. 1157-1158, 7 août 1937.

L'auteur rapporte deux cas de syndromes d'allure basedowienne sans signes oculaires marquants. Dans le premier, il s'agit d'une localisation végétative dans un processus encéphalitique, dans le second les troubles persistent intégralement après thyroïdectomie.

P. CARRETTE.

Syndrome d'automatisme mental et altérations diencéphalo-hypophysaires (Síndrome de Automatismo mental y Alteraciones diencefalo-hipofisarias), par Marcos VICTORIA. *Revista neurológica de Buenos Aires*. T. I, n° 5, p. 377-386, mars-avril 1937.

Nous observons chez un homme, d'une part un syndrome adiposo-génital, structure féminine et tendances acromégaliques, polyphagie et rétrécissement visuel; d'autre part, un délire sensoriel avec hallucinations visuelles et auditives. M. Victoria discute évidemment le problème étiologique que pose la coexistence de l'automatisme mental et du syndrome encéphalique, mais l'ensemble des troubles neurologiques et le délire, dont les tendances paranoïdes se précisent, permettent d'imaginer l'existence de lésions plus étendues évoluant discrètement en certains points et annonçant un état démentiel organique, peut-être une ou plusieurs tumeurs (la ponction lombaire améliore transitoirement les troubles).

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude du syndrome ostéopathique de Greig-Morel. Hyperostose fronto-pariétale interne, bilatérale et symétrique (Contribucion al estudio del síndrome osteopático de Greig-Morel. Hiperostosis Fronto-Parietal Interna, Bilateral y Simétrica), par José Maria ESTAPÉ. *Revista neurológica de Buenos Aires*. T. I, n° 5, p. 351-365, mars-avril 1937.

L'hyperostose fronto-pariétale interne doit être séparée physiologiquement et étiologiquement des affections traumatiques et de la syphilis. Elle entrerait dans un cadre nosologique où elle voisinerait avec le syndrome de Bickel et l'acromégalie. L'auteur, considérant la synthèse physiologique formée par le cerveau neuro-endocrinien, attribuerait le syndrome ostéopathique de Greig-Morel à une altération neuro-hypophyso-parathyroïdienne. A noter du point de vue psychologique l'association d'un complexe d'infériorité et de préoccupations érotico-sentimentales génératrices de conflits, dispositions mentales déjà signalées dans l'acromégalie.

P. CARRETTE.

Les troubles du développement d'origine hypophysaire (L'hormone somatotrope), par M. BARIÉTY. *Le Progrès médical*, n° 45, p. 1570-1576, 6 novembre 1937.

Les désordres hypophysaires provoquant des troubles du développement dans les manifestations cliniques sont l'acromégalie, le gigantisme, l'infantilisme, le nanisme, l'acromicrie. Les preuves de l'origine glandulaire de ces syndromes sont fournies par l'expérimentation et l'anatomie pathologique. L'hormone somatotrope serait sécrétée par les cellules éosinophiles, les grains acides opérant une migration du centre de la cellule vers l'extérieur. Il semble qu'elle agisse en synergie avec la thyroïde et le thymus et en antagonisme avec les glandes génitales. On prépare aujourd'hui des produits libérés de thyrostimuline et de gonadostimuline, mais sans obtenir l'hormone cristallisée.

P. CARRETTE.

Le diabète, trouble de la régulation endocrinienne (Diabetes as a Disturbance of Endocrine Regulation), par B.-A. HOUSSAY. *The American Journal of the Medical Sciences*. T. CXCIII, n° 5, p. 581-606, mai 1937.

Au sujet de l'intervention des centres nerveux et du système vago-sympathique, l'auteur considère que leur rôle est secondaire et subordonné dans les phénomènes qui se rapportent au diabète. Il s'agirait d'une perturbation endocrinienne complexe et d'ailleurs très différente suivant les cas. La synthèse des désordres expliquerait la diversité des formes de diabète et leur comportement vis-à-vis des essais thérapeutiques et diététiques. M. Houssay montre successivement, par la clinique et l'expérimentation, l'intervention hormonale du foie, du pancréas, de l'hypophyse antérieure, des surrénales, de la thyroïde et des glandes sexuelles.

P. CARRETTE.

Nouvelles données expérimentales sur l'innervation cérébrospinale des glandes endocrines, par L. PINES. *La Presse médicale*, n° 93, p. 1646-1649, 20 novembre 1937.

La fixation des représentations centrales du système nerveux des glandes endocrines représente un travail patient et des collaborations dévouées. Le Professeur Pines, de Leningrad, a déjà étudié en 1931 le système de l'innervation périphérique glandulaire. Il a fait poursuivre l'expérimentation et il nous donne aujourd'hui un résumé des précisions obtenues. Le voici : chaque glande endocrine possède une représentation centrale dans une série d'éléments cellulaires ne constituant pas un centre, mais des groupes nerveux spinaux interposés. Ils s'échelonnent dans la zone intermédiaire, dans la corne latérale et les cellules basales, tractus de Jackson et régions avoisinantes. L'innervation spinale est bilatérale, mais avec une prédominance nette des formations homolatérales. La topographie est donnée pour certains animaux domestiques (chat, chien) au sujet de l'ovaire, du testicule, de la glande thyroïde, de la surrénale, du thymus et du pancréas. La dégénérescence cellulaire a permis de suivre les fibres efférentes et les relations intimes avec le sympathique, en particulier du corps thyroïde avec le vague.

P. CARRETTE.

ASSISTANCE

L'assistance aux épileptiques et la lutte contre l'invalidité, par P. SIVADON.
La Médecine sociale, n° 3, p. 3-9, octobre 1937.

L'épileptique représente une grosse charge sociale. Son invalidité est évaluée en moyenne à 80 %. M. Sivadon estime que l'organisation de l'assistance officielle permettrait de réduire considérablement le taux d'incapacité des épileptiques et le nombre des invalides. A cet effet, il propose la création : 1° d'un office de traitement surveillé, d'éducation spéciale et d'orientation professionnelle ; 2° d'établissements d'assistance et de cure avec organisation du travail dans des ateliers.

P. CARRETTE.

L'assistance préventive aux psychopathes périodiques, par P. DOUSSINET et El. JACOB. *Le Progrès médical*, n° 52, p. 1848-1851, 25 décembre 1937.

M. Doussinet et Mlle Jacob convoquent les périodiques en dehors de leurs accès dans un dispensaire où ils reçoivent un traitement préventif avec des doses infinitésimales de soufre, d'or et d'arsenic colloïdal. Si les accès reprennent malgré cette précaution, ils subissent des injections intra-veineuses « de la variété appropriée de sérum humain épivecteur ». Il suffira dans l'avenir de reprendre le traitement dès qu'une menace de crise surgira.

P. CARRETTE.

L'hôpital psychiatrique de Matsuzawa, par G.-A. PATEY. *La Presse médicale*, n° 62, p. 1143-1144, 4 août 1937.

L'assistance psychiatrique au Japon se développe suivant les méthodes empruntées aux techniques françaises ; du point de vue hospitalier comme du point de vue médico-légal. 15 médecins spécialistes donnent leurs soins à 1250 malades. La démence précoce est particulièrement fréquente. L'éthylisme y est fréquent à titre surtout épisodique. Les laboratoires, les installations de distractions et celles qui sont destinées au travail des malades répondent aux besoins les plus modernes.

P. CARRETTE.

L'organisation des laboratoires dans les hôpitaux pour maladies mentales du London County Council, par Y. PORC'HER. *L'Aliéniste français*, n° 9, p. 359-364, novembre 1937.

Le service des aliénés de l'agglomération londonienne est composé de 14 asiles de 2 à 3.000 malades situés dans la banlieue. Le Maudsley Mental Hospital joue le rôle de notre Asile-Clinique. Il est doté de laboratoires fonctionnant à deux fins essentielles : les recherches scientifiques et la centralisation des examens pratiques en liaison avec les laboratoires suburbains. Il comporte un bureau des statistiques, le service de l'enseignement. Un centre de malariathérapie fonctionne à Horton Hospital. M. Porc'her tire de sa visite à Londres une conclusion très nette : rien de bien nouveau en théorie dans ces organisations, mais une aptitude indéniable aux réalisations rapides, une mise en œuvre sans délais inutiles des projets reconnus applicables.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique des troubles d'origine sympathique, par Jean LHERMITTE.
Le Monde médical, n° 900, p. 744-758, 1-15 juin 1937.

Le sympathique est abusivement placé à la base de nombreux troubles et l'imprécision de la thérapeutique n'est pas le moindre inconvénient de cette erreur. Parmi les syndromes relevant d'une thérapeutique du système végétatif, M. Lhermitte étudie les perturbations vaso-motrices comme la claudication intermittente, la maladie de Raynaud, les spasmes pulmonaires, digestifs et pelviens, les sympathalgies. Il fixe les conditions d'utilisation de l'adrénaline, des courants électriques, de la radiothérapie et de la chirurgie nerveuse.

P. CARRETTE.

Les tendances actuelles en psychothérapie, par William MALAMUD. (Traduit par Albert Brousseau). *Encéphale*, 1938, T. I, pp. 105 à 122).

La technique moderne de la psychothérapie se différencie de celle des générations précédentes par deux tendances : 1° une attitude scientifique ; c'est ce que Malamud étudie sous le nom de « science de la psychothérapie » ; 2° la nécessité d'une présentation individuelle s'adaptant à chaque cas particulier, ce qui est « l'art de la psychothérapie ».

M. Malamud étudie chacune de ces positions, il montre comment le psychothérapeute doit établir le bilan de ce qui revient au sujet et à l'ambiance dans la détermination du conflit, le mécanisme d'apparition de celui-ci ; quelles sont les fonctions perturbées et sur quelles autres fonctions restées saines pourra s'appuyer la tentative de réadaptation. L'auteur développe ensuite les étapes à suivre dans cette thérapeutique : contact affectif, suppression des facteurs déterminants, reconstruction et émancipation du sujet, thérapeutique sociale, etc...

Pierre MASQUIN.

Faut-il rééduquer les gauchers ? par M^{lle} Véra KOWARSKY (note présentée par M. Antonin Gosset à l'Académie des Sciences, séance du 10 octobre Bull. de l'Académie des Sciences, page 743).

L'interdiction faite à un enfant gaucher de se servir de la main gauche provoque des troubles fonctionnels isolés ou associés (intellectuels, caractériels, affectifs, psychomoteurs, phonateurs) et en font le plus souvent un inadapté scolaire. L'amplitude, l'intensité, l'importance de ces divers troubles dépendent du niveau intellectuel, de la constitution et de l'hérédité du sujet ainsi que des procédés utilisés de façon intermittente ou permanente pour combattre la gaucherie.

Ces troubles fonctionnels sont curables. Ils disparaissent ou s'atténuent en laissant le sujet se servir librement de sa main gauche.

L'ambidextrie n'existe pas. Un gaucher intelligent ne devient un faux droitier qu'au détriment de son équilibre intellectuel, caractériel, effectif, psychomoteur, phonateur. La gaucherie se rencontre chez un grand nombre de sujets. C'est une disposition congénitale naturelle, héréditaire. Chez un gau-

cher, la tendance naturelle à se servir de la main gauche est toujours accompagnée de la tendance à se servir dans les jeux du pied gauche.

L'étude de l'aspect psychologique de la gaucherie corrobore les constatations de Déjerine sur les dissemblances innées d'ordre anatomique, physiologique et fonctionnel qui différencient les gauchers des droitiers. La gaucherie ne doit être considérée ni comme une tare, ni comme un défaut dû à l'imitation ou à l'éducation.

R. C.

Sur la mise en traitement des enfants paralysés, par Aug. TOURNAY (in *Bull. du Groupement français d'études de neuro-psychiatrie infantile*, juillet 1938).

M. Aug. Tournay constate que, pour la grande majorité, les enfants atteints de séquelles motrices d'affections nerveuses qu'il a eu à examiner au « Centre de traitement pour les paralysies curables de l'enfance », placé sous sa direction, n'avaient jamais été conduits à l'examen d'un neurologue en dépit de l'importance qu'eût présentée pour certaines décisions opératoires la liaison entre l'orthopédiste ou le physiothérapeute et le neurologue. Or, il est indispensable d'assurer à tous les enfants dont les troubles moteurs ou locomoteurs procèdent essentiellement d'une lésion nerveuse, la conjugaison et la coordination de traitements médicaux, physiothérapiques, orthopédiques et de rééducation d'après les indications et le contrôle d'examen neuro-psychopathologiques. Un triage est nécessaire en vue de l'orientation vers des organismes de traitement appropriés.

Parmi les enfants estropiés atteints de troubles de la locomotion et du mouvement, il faut d'abord distinguer ceux dont la lésion ou le trouble se sont établis sans participation essentielle du système nerveux, et ceux pour lesquels, au contraire, c'est la participation essentielle du système nerveux qui commande la situation. Ensuite, dans ce deuxième groupe, doivent être distingués les enfants pour lesquels l'importance du déficit intellectuel ou des troubles psycho-affectifs rend infructueux les essais de rééducation et ceux, au contraire, dont l'aptitude à être rééduqués n'est pas gravement entravée par l'état psychique. C'est à ce dernier sous-groupe que rendra les plus grands services le Centre de traitement pour les paralysies curables de l'enfance, conçu et organisé par le Dr Aug. Tournay, qui en indique ici le fonctionnement, les écueils et les résultats encourageants.

R. C.

Des possibilités de porter un pronostic précoce dans la schizophrénie traitée par l'insuline, par A. ERB. (*Polska Gazeta Lekarska*, T. XVII, N° 7, du 13 février 1938).

L'insulinothérapie est une méthode longue, coûteuse, pénible pour le malade et exigeant de la part du médecin une surveillance attentive. Pour ces raisons, l'auteur polonais recherche les moyens susceptibles de servir de base pour porter un pronostic précoce sur l'issue de la médication. Erb souligne qu'au cours du traitement par l'insuline, on observe deux genres de réactions psychiques : réactions précoces et réactions tardives. Les réactions précoces ont un caractère transitoire et se produisent uniquement à la période hypoglycémique. Elles apparaissent au cours de la première partie

du traitement, se renouvellent plusieurs fois et cessent finalement. Les réactions tardives sont prolongées, apparaissent généralement dans la deuxième moitié du traitement. Dans la plupart des cas, elles revêtent la forme d'une manifestation unique avec tendance à la fixation et se produisent en dehors de la période hypoglycémique.

Il existe une certaine relation entre la façon dont évoluent les phases psychiques et le résultat thérapeutique final. Cette particularité peut servir de base pour le pronostic. Ainsi, dans la statistique personnelle de l'auteur, comportant 28 cas de schizophrénie traités, les réactions précoces apparaissent dans les quatre premiers jours, se renouvelant quotidiennement et ayant une durée dépassant une heure, les résultats positifs étaient particulièrement nombreux (90,9 %).

FRIBOURG-BLANC.

Du coma et des troubles de la réflectivité au cours du traitement de la schizophrénie par les chocs insuliniques (Über das Koma und Reflexanomalien bei der Insulinschocktherapie der Schizophrenie), par W. LIEPMANN. *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, XL, 1, 1937.

Le meilleur critérium de la profondeur du coma insulinique, c'est, selon l'avis de l'auteur, l'abolition du réflexe conjonctival et du réflexe pupillaire à la lumière. Il convient en outre de noter comme signe important la perte du tonus de la paupière supérieure (qui ne se referme plus complètement après avoir été soulevée). Le réflexe cornéen ne disparaît souvent que très tardivement ; il serait imprudent d'attendre son abolition. La dilatation pupillaire extrême précède souvent l'entrée immédiate dans le coma profond. En cas de coma avec agitation il est préférable de ne pas attendre l'apparition des signes oculaires susindiqués ; l'insensibilité de la muqueuse nasale à la sonde est un critérium suffisant dans ce cas. L'aspect de la réflectivité ostéotendineuse et cutanée au cours du coma insulinique est extrêmement variable ; l'auteur insiste sur quelques dissociations curieuses et difficiles à interpréter.

E. BAUER.

Traitement de la démence précoce par le choc insulinique, par Joseph ALLIEZ. *Provence médicale*, n° 69, p. 9-20, 15 juin 1937.

L'étude de M. Alliez, très complète du point de vue technique et pratique, aborde en conclusion le thème essentiel suscité par les essais de Sakel. Le choc insulinique a-t-il une valeur spécifique ? Est-il, plus nettement qu'on ne l'aurait cru tout d'abord, un effort de normalisation de l'état endocrinovégétatif, perturbé dans la démence précoce ? C'est très possible. Il y aurait donc intérêt à traiter, non seulement les formes chroniques rebelles à tous les traitements anciens, mais les cas récents répondant à une symptomatologie assez précise pour permettre un diagnostic. La cure de Sakel présenterait ainsi une valeur beaucoup plus réelle que celle des méthodes de chocs en général. Elle fournirait la réponse thérapeutique aux théories pathogéniques qui, comme le croit M. Guiraud font jouer, dans la démence précoce, un rôle de premier plan à la perte de l'élan vital par atteinte initiale fonctionnelle des centres végétatifs sous-corticaux. Il serait alors indispensable d'envisager un complément au choc insulinique en réalisant dans les cas favorables un traitement physique et psychologique de réadaptation le plus complet possible.

P. CARRETTE.

Thérapeutique de la catatonie (Therapy in Catatonia), par Samuel B. BRODER.
The American Journal of Psychiatry, T. XCIII, n° 4, p. 957-967, janvier 1937.

Des injections intramusculaires de caféine associée au benzoate de soude, suivies d'injections intraveineuses d'amytal sodique ont permis à l'auteur de sortir certains malades de la torpeur catatonique pendant un temps variant de quelques heures à quelques jours. Tous les cas ne furent pas suivis de rechute. Les modifications physiologiques favorables excluent le diagnostic de maladie organique profonde du système nerveux.

P. CARRETTE.

Constatations cliniques et résultats thérapeutiques à propos des cas de paralysie générale traités à la clinique neuropsychiatrique d'Innsbruck, de 1922 à 1932 (Klinische und therapeutische Erfahrungen an den Paralysefällen der Innsbrucker Psychiatrisch-Neurologischen Klinik 1922-1932), par F. SCHMUTTERMAYER. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 97, 6, 1938.

L'auteur fait un exposé très détaillé, appuyé par de nombreux tableaux statistiques ; la partie la plus importante de son étude, est celle qui se rapporte à la thérapeutique. La malariathérapie a donné des résultats excellents : 23,6 p. cent de rémissions complètes, 20,5 p. cent de rémissions sociales. Les proportions ont été sensiblement améliorées encore depuis qu'on a eu recours, après la cure malarique, au traitement antisyphilitique méthodique, et parfois à la réimpaludation. Parmi les autres cures fébriles, le traitement par le Sodoku a donné des résultats tout à fait encourageants. Un contrôle systématique et répété du liquide céphalo-rachidien chez tous les syphilitiques traités, à partir d'une certaine durée de l'infection (5^e année par exemple) devrait permettre de faire de la malariathérapie, grâce à une application très précoce, une véritable méthode prophylactique.

E. BAUER.

Les réactions focales de la pyrétothérapie dans les affections nerveuses, par J. HAGUENAU et R. CLAISSE. *Revue médicale française*, n° 5, p. 405-411, mai 1937.

On connaît les délires secondaires à la pyrétothérapie. Il existe d'autres exemples de réactions imputables au traitement par les fièvres, ce sont les atteintes en foyer dans les affections médullaires. Le tabès, la myélite syphilitique, la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique soumises à la pyrétothérapie peuvent présenter des complications motrices, sensorielles ou sensitives plus ou moins graves et durables qui impliquent un arrêt du traitement. Cette interruption ne doit être que momentanée. Les réactions focales impliquent la certitude d'un processus évolutif qui modifie les directives du traitement mais ne saurait justifier l'abstention.

P. CARRETTE.

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 8 décembre 1938*, 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 *jeudi 22 décembre 1938*, 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, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 janvier 1939*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 janvier 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (XIV^e arrondissement).

Légion d'Honneur

Ministère du Commerce :

Est promu Commandeur de la Légion d'Honneur :

M. le D^r F.-A. DEVAUX, Médecin-Chef de l'Exposition Internationale des Arts et Techniques, *Membre titulaire de la Société Médico-psychologique.*

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

le poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique départemental de Blois (Loir-et-Cher) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de la Chartreuse de Dijon (Côte d'Or).

Un arrêt du Conseil d'état concernant le droit à indemnité de la veuve d'un médecin des hôpitaux psychiatriques mort des suites d'un coup porté par un malade de son service

Sur le rapport de M. LELOUP, Maître des requêtes, le Conseil d'Etat a rejeté dans les termes suivants la requête qui lui était présentée, condamnant aux dépens la demanderesse à laquelle est attribuée seulement une pension de retraite de veuve :

« Considérant que les règles relatives à la responsabilité des établissements publics à l'égard de leurs fonctionnaires ayant subi des blessures ou accidents dans l'exercice de leurs fonctions, ou de leurs ayants-droit, sont fixées par les règlements spéciaux relatifs aux retraites de ces fonctionnaires ; que, s'il n'existe pas de règlement particulier de retraites concernant le personnel de l'asile d'aliénés de X, le statut de ce personnel comporte son affiliation à la caisse départementale, aux charges et bénéfices de laquelle il est admis, en vertu du règlement de cette caisse approuvé par décret du 21 décembre 1921 ; que l'article 22 dudit règlement ne prévoit d'autres réparations, pour la veuve d'un employé qui aurait perdu la vie par un accident grave résultant de l'exercice de ses fonctions, que l'allocation d'une pension de retraite ; qu'il suit de là, que la dame veuve Y, qui a reçu une pension de veuve sur la caisse des retraites du personnel départemental, n'est pas fondée à prétendre que c'est à tort que la commission de l'asile a refusé de lui allouer, outre ladite pension, une indemnité en raison de l'accident dont a été victime son mari, dans l'exercice de ses fonctions, et qui avait entraîné le décès de celui-ci. »

L'Assistance hospitalière psychiatrique dans le département de la Vienne

Le Conseil général du département de la Vienne, au cours d'une récente session spéciale, avait décidé la construction d'un vaste et moderne asile d'aliénés, à la condition toutefois que l'Etat accepte de prendre à sa charge une partie des frais d'édification, qui atteignaient une soixantaine de millions. L'Etat ayant fait connaître qu'il ne pouvait accorder qu'une subvention de sept cent mille francs, le Conseil général, au cours de la session qu'il vient de tenir, a renoncé à ce projet trop coûteux et a décidé de mettre à l'étude un nouveau projet.

Sur rapport de M. Victor BORET, le conseil a décidé de mettre à l'étude un projet comportant l'aménagement des locaux actuels de l'hôpital Pas-

teur (coût quatre millions) et la construction, à proximité, d'un bâtiment supplémentaire (coût huit millions). Ce projet permettrait de remédier aux inconvénients de l'asile actuel, insuffisant et mal aménagé, et permettrait de loger tous les aliénés, payants ou non, que compte le département et qui sont actuellement quatre cents environ.

Toutefois, le conseil a décidé d'examiner tous les projets de construction d'un nouvel asile qui n'excéderaient pas un coût total de vingt-cinq millions. Une commission spéciale a été chargée d'étudier les projets qui seront soumis et de choisir entre ces deux solutions : ou construire un nouvel asile, ou aménager et compléter l'asile actuel.

Prochaine mise en service de l'Hôpital psychiatrique du département des Vosges

Le nouvel Hôpital psychiatrique de Ravenel (Vosges) pourra vraisemblablement recevoir des malades au cours du second semestre de 1939.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'examen pré-nuptial en Australie

Il existe dans la ville de Sydney (Australie) un *centre pré-nuptial* où peuvent se faire examiner médicalement les couples qui désirent se marier. Fondé par *The Racial Hygiene Association*, ce centre est subventionné par le Gouvernement de l'Etat de New South Wales. Après examen, des certificats sont délivrés constatant ou que les deux sujets examinés sont en état de se marier et de fonder une famille, ou que le mariage doit être retardé de 3 à 6 mois, ou que le mariage est autorisé mais que les futurs époux doivent éviter d'avoir des enfants.

MÉDECINE LEGALE

La défense sociale en Belgique

« La rentrée des tribunaux, qui se fait toujours en grande pompe, a été cette année caractérisée à Anvers par une constatation curieuse. La session de la cour d'assises s'y est ouverte avec une audience blanche.

« M. le conseiller DELVAULX constata l'absence d'affaires à juger. La vague de crimes n'est plus ce qu'elle était dans les années d'après guerre mais, d'autre part, bien des criminels ne passent plus en cour d'assises. La psychiatrie s'est emparée de la plupart d'entre eux et en a peuplé les établissements spéciaux qui se sont multipliés après 1918. »

Le Siècle Médical, 15 octobre 1938.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 57.260

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS CHEZ LES ARABES DU VIII^e AU XII^e SIÈCLE

Contribution à l'histoire de l'assistance aux aliénés

PAR

MAURICE DESRUELLES et HENRI BERSOT

A Monsieur Paul Sérieux.

Etudiant l'assistance des aliénés en Europe (1), nous avons été amenés à en faire l'historique et à en rechercher les origines lointaines.

Déjà en 1838, Esquirol (2) écrivait : « Ce n'est qu'en Orient qu'on trouve les premières notions sur la séquestration des aliénés. » En 1911, pour Lwoff et Sérieux (3), « il semble bien que ce sont les souverains arabes qui ont été les premiers à créer des établissements spéciaux pour les aliénés (Egypte, Maroc, Espagne). Il est même très probable que c'est par l'inter-

(1) *L'Hygiène mentale*, 1937-1938.

(2) ESQUIROL. — *Des maladies mentales*, T. II, p. 435.

(3) LWOFF et SÉRIEUX. — Les aliénés au Maroc. *Ann. Méd.-psych.*, 1911, T. I, p. 470.

médiaire des asiles créés par les Musulmans en Espagne que l'idée de l'assistance des aliénés s'est propagée ultérieurement dans le reste du monde chrétien ».

L. Libert (1), élève de Paul Sérieux, estime aussi que l'Orient est le berceau de l'assistance aux aliénés : « C'est vraisemblablement de Bagdad que partit l'idée de l'assistance aux aliénés qui devait, par l'Afrique du Nord, gagner l'Espagne et l'Europe, et par la Syrie et l'Asie Mineure, aboutir à Constantinople. »

Aujourd'hui, M. Paul Sérieux (2) a une conviction différente : « Les origines de l'assistance aux aliénés sont, non point arabes, mais byzantines. La civilisation arabe est tout entière d'emprunt, qu'il s'agisse de philosophie, d'architecture, de médecine, de psychiatrie, d'assistance hospitalière, les Arabes n'ont été que des intermédiaires. L'assistance psychiatrique doit ses origines à trois causes qui se sont trouvées réunies par la civilisation byzantine : la science médicale grecque, le christianisme (multiplicité des établissements charitables) et l'organisation savante de l'administration byzantine. »

Les origines de la médecine arabe

La civilisation arabe tire ses origines de civilisations plus anciennes, celles de l'Inde, de Babylone, qui rayonnèrent d'abord sur la Perse, la Mésopotamie, l'Égypte et qui inspirèrent les civilisations grecque, alexandrine, romaine et byzantine.

En conquérant l'Égypte, les Musulmans entrèrent en contact avec les savants de la célèbre école d'Alexandrie, puis, lors de la conquête de l'Asie Mineure (VII^e siècle, par le Calife Omar) avec la civilisation de Byzance, éducatrice des peuples d'Orient. C'est ainsi que les Arabes recueillirent l'héritage des savants de l'Antiquité et qu'il y a, par Alexandrie et Byzance, une filiation entre la médecine gréco-romaine et la médecine arabe.

D'après Mairet (3), il y avait déjà une ébauche d'assistance aux aliénés dans la législation hindoue : le livre de la loi de Manou (4), le créateur de l'Univers (1200 avant notre ère).

(1) L. LIBERT. — Les aliénés en Orient. *L'Informateur des Aliénés*, 1912, p. 412.

(2) Connaissant l'érudition de M. Paul Sérieux, et ses études sur l'assistance des aliénés en Orient et en Afrique du Nord, nous lui avons soumis notre manuscrit. Nous le remercions d'avoir bien voulu y apporter des corrections et de nous avoir confié son opinion actuelle, encore inédite.

(3) A. MAIRET. — *Le régime des aliénés*. Paris, Masson, 1914.

(4) Recueil des lois religieuses, morales et sociales, comme le Talmud et le Coran, bases de l'hygiène sociale.

L'aliéné, considéré comme un réprouvé expiant sur cette terre les fautes commises par lui dans une autre vie, est exclu des cérémonies religieuses ; il ne peut être appelé en témoignage ; il n'a pas le droit d'hériter, mais celui qui hérite à sa place est tenu de subvenir à son entretien jusqu'à la fin de ses jours. L'ivrognerie est punie de la marque au front et la femme qui boit des liqueurs fortes peut être répudiée (1).

Les Hébreux avaient une pitié dédaigneuse pour l'aliéné calme et se garaient de celui qui était agité et dangereux en l'enchaînant. Le Talmud ne s'occupe des aliénés que pour les priver de certains droits, tel celui de posséder (Mairet).

On connaît l'essor remarquable de la médecine de l'ancienne Grèce, en relation avec l'Orient et l'Égypte. À côté de l'antique médecine sacerdotale, grâce à Hippocrate (iv^e siècle avant J.-C.) et ses disciples, des écoles de médecine se créèrent à Cyrène, Crotone, Cnide, Cos et Rhodes (2). Les auteurs ne mentionnent pas l'existence d'hôpitaux, mais celle de cabinets médicaux « *ιάτρεία* », qui reçoivent des malades en traitement. Les *ιάτρεία*, dont parle Galien, étaient des maisons de santé particulières qui, occasionnellement, recevaient des aliénés (3).

Après les conquêtes d'Alexandre-le-Grand, Alexandrie (au carrefour des civilisations égyptienne, persane, grecque, juive, etc.) devint le centre d'enseignement médical le plus important pendant cinq siècles. Les médecins les plus célèbres de cette époque alexandrine furent Hérophile (300 ans avant J.-C.), de l'école de Cos, Erasistrate (né vers 310 avant J.-C.), disciple de l'école de Cnide et fondateur de l'école médicale alexandrine qui atteint son apogée avec Héraclide de Tarente (iii^e siècle avant J.-C.).

La fin de l'indépendance de l'Égypte a marqué la fin de la médecine alexandrine, et Rome devint le centre de la culture du temps, l'héritière de la science et de l'art médical. Rome accueillit les médecins venus d'Orient, dont plusieurs avaient étudié à Alexandrie : Asclépiade (124 avant J.-C.) et au premier siècle, Soranus d'Ephèse, Celse, Arétée de Cappadoce, Galien (138-201), Coelius Aurelianus (v^e siècle).

Les œuvres de Galien et sa théorie des humeurs auront la

(1) René DUMESNIL. — *Histoire illustrée de la médecine*. Paris, Plon, 1935.

(2) Ulysse TRÉLAT. — *Recherches historiques sur la folie*. Paris, J.-B. Baillière, 1839.

A. CASTIGLIONI. — *Histoire de la médecine*. Paris, Payot, 1931.

(3) Gabriel LÉGER. — *Du régime administratif des aliénés. Thèse droit*, Paris, Rousset, 1900.

plus grande influence sur les médecins arabes. Arétée de Cappadoce, que Semelaigne (1) comparait à Esquirol et à Pinel, contribua surtout à l'élaboration de la médecine mentale. « Ses ouvrages, dit Coutagne (2), contiennent plus d'une page que nos aliénistes seraient heureux de signer sans corrections. »

Coelius Aurelianus (3) recommandait pour les aliénés les régimes alimentaires doux, des promenades, des lectures et des conversations agréables et distrayantes, surtout peu fatigantes, des représentations théâtrales auxquelles les parents des malades doivent assister et applaudir. Ces distractions doivent être adaptées aux facultés du malade, etc...

La législation romaine considérait que l'aliéné était un malade, privé de sa liberté morale. La loi des Douze Tables réglait déjà la situation des aliénés en protégeant leurs intérêts et en défendant la société contre leurs égarements, et, par mesure de défense sociale, l'aliéné dangereux était enfermé *in carcere*, en prison, probablement dans des quartiers spéciaux (4). Vers la fin de l'Empire, il existait des *valetudinaria*, sorte de maisons de santé privées, où une partie de la clientèle était probablement des aliénés, et les malades de situation aisée pouvaient être séquestrés dans leurs familles.

Cette période gréco-romaine se termine par Alexandre de Tralles, Paul d'Egine, et les Arabes qui forment une transition entre le monde antique et le Moyen-Age (5).

D'après Alexandre de Tralles : « le sommeil est le seul et le meilleur moyen de traitement de la folie (6). »

Selon Trélat (7) : « En l'an 630, sous le Calife Omar, les travaux de Paul d'Egine indiquent un état plus avancé dans la psychiatrie et surtout une meilleure tendance » (thérapeutique, régime, bains, descriptions cliniques).

Trélat veut dire par là que Paul d'Egine, chirurgien grec, élève de l'école d'Alexandrie, vivait à la même époque que le Calife Omar, le conquérant musulman de la Palestine, de la Mésopota-

(1) SEMELAIGNE. — Etudes historiques sur l'aliénation mentale dans l'antiquité. *Journal de médecine mentale*, t. V, Paris, Masson, 1865.

(2) J.-P.-HENRY COUTAGNE. — *La folie au point de vue judiciaire et administratif*, Paris, Steinheil, 1888, p. 25.

(3) D'après Falk (*Studien über Irrenheilkunde der Alten. Allg. Zeits. f. Psychiatrie*, 1866, p. 525).

(4) *Non ad puniendos sed ad continendos homines*. Cité par LÉGER, *Le Régime administratif des aliénés*, Paris, Rousset, 1900, p. 6.

(5) RÉGIS. — *Précis de psychiatrie*, 6^e édition, p. 7, Paris, Doin, 1923.

(6) D'après M. NEUBURGER. *Geschichte der Medizin*, Stuttgart, F. Enke, 1911, vol. II, p. 113-114.

(7) TRÉLAT. — *Loc. cit.*, p. 51.

mie, de l'Asie Mineure, c'est dire au VII^e siècle de notre ère (premier siècle de l'Hégire).

Nous voyons donc que la médecine, venue d'Orient à Rome, va se centraliser de nouveau en Orient. La décadence de la médecine antique se produit au moment où le christianisme s'établit et au moment où l'Empire Romain se divise en Empire d'Occident et en Empire d'Orient. « Le transfert du centre de la culture en Orient, la fondation et la prospérité de l'Empire Byzantin font, de Constantinople, le siège de la culture médicale en Europe. » (Castiglioni).

Les médecins les plus célèbres de l'école byzantine furent Oribase (325 avant J.-C.), médecin de l'Empereur Julien et questeur de Constantinople ; Alexandre de Tralles (VI^e siècle) et Paul d'Égine (VII^e siècle), dont les œuvres furent traduites en arabe.

Si on ne trouve pas trace dans l'histoire romaine d'établissements publics spécialement affectés aux aliénés, il existait cependant, sous Justinien, quelques hospices publics pour les indigents, les étrangers et les vieillards (*brephotrophia*) (1).

« A l'époque byzantine, écrit Castiglioni (2), l'assistance aux malades prend, dans l'idée chrétienne, la plus grande importance... Elle est imposée comme un devoir tant à l'individu qu'à la communauté... On voit prospérer partout les hôpitaux publics... » D'après Haeser (3), l'un de ces hospices, nommé Xénodochies, a été fondé à Constantinople par saint Zoticus. L'une des xénodochies la plus importante est le Basilius à Cappadoce, fondée par saint Basile, évêque de Césarée, en 370 après J.-C., probablement après la grande famine de 368 et à cause de l'augmentation de l'émigration vers l'Asie Mineure. Saint Basile, aidé par Grégoire de Nazian, fonda une vaste cité hospitalière pour les pauvres, les étrangers, les vagabonds (4). Les employés étaient des infirmiers-gardiens (*Nosocomi*), des « *ba-juli* », des artisans (*artifices*). Les « *ductores* » étaient des serviteurs appelés ensuite Parapemponten ou Parabolanen. Ils

(1) D'après G. DELANGRE. — *Etude sur la condition des aliénés*. Paris, F. Pichon, 1876. Etude très complète de la situation juridique des aliénés d'après le droit romain.

(2) CASTIGLIONI. — *Op. cit.*, p. 222.

(3) HAESER. — *Geschichte christlicher Krankenpflege und Pflegeschafte*, Berlin, W. Hertz, 1857, p. 15-17.

(4) On peut comparer aux Xénodochies les *dépôts de mendicité* de France, créés par Louis XVI, rétablis par Napoléon I^{er}, et dont quelques-uns devinrent après 1838 des asiles d'aliénés (Dole, La Charité, Châlons-sur-Marne).

recherchaient les malades abandonnés et les amenaient à l'hôpital (1). C'est là la première notion d'assistance sociale.

Le Basilius acquit très vite une grande renommée. L'empereur Valence y envoya une mission d'études. Saint Martin et saint Chrysostome créèrent à Constantinople des asiles semblables. L'empereur Constantin et sa mère Hélène, stimulés par cet exemple, fondèrent des Xénodochies en Terre Sainte, sur le chemin de Jérusalem, et Justinien (527-567) fit de même pour les pèlerins de Byzance. A Jérusalem, l'impératrice Eudoxie fait élever des hôpitaux.

En 400, Fabiola construit à Rome le premier des grands hôpitaux.

Justinien et Théodora témoignèrent de l'intérêt au développement des institutions hospitalières qui favorisèrent les études médicales. De très nombreux hôpitaux (xénodochia), asiles de vieillards (gerontrocomia), fourneaux économiques pour les pauvres (plochotrophia), infirmeries (nosocomia), orphelinats (orphanotrophia), crèches (brephotrophia), léproseries (lobotrophia) et Hôtel-Dieu (euageis oikoi), furent fondés et très largement entretenus par l'Empereur et l'Impératrice, en particulier le grand Hôpital de Constantinople. Justinien construisit le premier asile d'incurables sur la rive asiatique du Bosphore (2).

Ces hospices ont une grande importance ; ils sont à la fois des auberges pour les voyageurs et les pèlerins, et des léproseries, et peu à peu ils sont nombreux dans l'Italie méridionale, à Constantinople et à Alexandrie.

Contre les séquestrations arbitraires sous le Bas-Empire, l'Empereur Zénon édicta le Code « *de privatis carceribus inhibendis* », conservé dans le recueil de Justinien : « Nous faisons défense absolue, y est-il dit, à qui que ce soit, dans la ville d'Alexandrie, dans le diocèse d'Egypte et en général en tout lieu de notre Empire, de détenir quelqu'un de sa propre autorité, de le renfermer dans une maison privée, qu'elle soit située à la ville ou à la campagne. Le Préfet Augustal et les gouverneurs de province veilleront à l'exécution de notre loi. » (3).

(1) Th. KIRCHOFF. — Geschichte der Psychiatrie, in *Handbuch der Psychiatrie* par le Pr. G. Aschaffenburg. Allgemeiner Teil. 4. Abteilung. Leipzig et Vienne, F. Deutik, 1912. — Kirchoff cite Neuburger. *Geschichte der Medizin*, Stuttgart, 1906, vol. II, p. 193 et 194, ainsi que Iwan Bloch : « die Byzantinische Medizin » et Julius Pagel : « Geschichte der Medizin », Berlin, 1828, vol. I, p. 499.

(2) D^r F. BRUNET. — *Œuvres médicales d'Alexandre de Tralles*, Paris, Geuthner, 1933, t. I, p. 13.

(3) Th. ROUSSEL. — *Rapport au Sénat*, 1884, n° 157, t. I, p. XLV, Note 21.

Trélat estime qu'à cette époque, il devait y avoir des quartiers d'aliénés dans les hôpitaux. « Les anciens avaient vu des aliénés réunis en grand nombre... Il ressort des écrits des médecins anciens qu'ils ont vu ces malades réunis. Comment, en effet, auraient-ils pu, sans cela, classer les différentes sortes d'aliénation, les décrire avec tant de vérité, et montrer une si profonde connaissance de cette maladie ? Ne nous parlent-ils pas d'ailleurs de leurs surveillants et des précautions de tout genre qui ne peuvent évidemment s'appliquer à des malades isolés ? » (1).

Pour Constans, Lunier et Dumesnil (2), l'aliénation avait été si parfaitement étudiée à Rome qu'il leur paraît difficile de croire qu'il n'y ait pas eu d'établissements, prisons et autres, pour les aliénés. Ces auteurs reprennent les arguments de Trélat et ils ne doutent pas que les aliénés qui ne pouvaient être conservés dans leur famille ou placés ailleurs, fussent enfermés dans les prisons d'abord, plus tard dans les établissements de charité qui, sous Justinien, avaient déjà pris un développement considérable. Il est bien difficile, écrivent-ils, de s'expliquer comment le christianisme qui, dès le iv^e et v^e siècle, avait fondé tant d'établissements charitables, avait pu oublier les aliénés pendant si longtemps, qu'il dût plus tard emprunter à l'Islamisme l'idée de les secourir. En effet, nous n'avons que des présomptions qui nous permettent de supposer qu'il y avait une assistance des aliénés à Constantinople. »

Il n'est pas douteux que, dans ces hôpitaux si vastes, on soignait aussi des malades mentaux, tel que « l'Orphanotrophée » de Constantinople (en l'an 1100), qui était très grand ; on y recevait de nombreuses psychoses diversement dénommées, et seuls les malades à qui on donnait le nom de « possédés » étaient placés à l'Eglise.

Cette esquisse rapide montre que la médecine a ses origines dans l'Orient Méditerranéen où furent créés les premiers hospices. Il semble assez logique d'y chercher l'origine de l'assistance aux aliénés.

La médecine arabe

Le Concile d'Ephèse (431), ayant condamné la doctrine de Nestorius, patriarche de Constantinople, les Nestoriens, ses

(1) TRÉLAT. — *Op. cit.*, p. 134.

(2) CONSTANS, LUNIER, DUMESNIL. — *Rapport général sur le service des aliénés en 1874*. Paris, Imprimerie Nationale, 1878, p. 9 et 11.

disciples, se réfugièrent à Edessa (Mésopotamie septentrionale) où, selon Haeser, saint Ephraïm avait déjà fondé, en 350, un hospice, à la suite de grandes épidémies. Les Nestoriens créèrent à Edessa une école de médecine, rapidement célèbre, mais qui fut fermée en 489 par un édit de Zénon ; ils ouvrirent alors une nouvelle école à Nisibis (Haute-Mésopotamie) où ils étaient protégés par l'évêque. Haeser mentionne que c'est à Edessa et à Nisibis que l'on trouve les premiers hospices qui servirent à l'enseignement de la médecine. Lorsque les Nestoriens furent chassés au-delà des frontières byzantines, par suite des persécutions religieuses, ils se réfugièrent en Perse où ils ont fondé la célèbre école de Gondishapour. Tous les arts et toutes les sciences, en particulier la philosophie d'Aristote, étaient enseignés dans cette Université florissante, située au point de jonction des cultures grecque et hindoue, et que rejoignirent les philosophes païens de l'école platonicienne d'Athènes, chassés par Justinien I^{er} en 529 (d'après Haeser et Castiglioni).

Les Arabes, lors de la conquête de la Syrie, puis de la Perse, découvrent ces écoles ; les Kalifes les protègent et les développent, ainsi que les hôpitaux. A Gondishapour, les auteurs grecs sont traduits en syriaque et en arabe ; ce foyer d'études forma les premiers médecins du Khalifat de Bagdad, ainsi que les traducteurs qui firent passer la science grecque dans la langue arabe (1). En Orient, les chrétiens nestoriens ont donc été les intermédiaires entre la science grecque et la science arabe.

Les Arabes créent eux-mêmes de nouvelles écoles (Samarcande Ispahan, Damas), et leur domination s'étend à l'Afrique Septentrionale, l'Espagne méridionale et même la Sardaigne et la Sicile. Le Khalifat de Cordoue, après les conquêtes, répandit et composa des traductions arabes issues des manuscrits latins (2). Les savants des autres nations islamiques de l'Himalaya aux Pyrénées, de la Mer Noire au Golfe d'Aden, contribuèrent au développement de la médecine arabe (3).

D'après Ahmed Chérif (4), les deux premiers médecins arabes dont l'histoire ait conservé le nom sont Harets Ibn Caladah (vi^e siècle), qui étudia à Gondishapour et exerça la médecine en Perse, à la cour de Chosroës ; puis le Prophète Mahomet

(1) H. HAESER. — *Geschichte christlicher Krankenpflege und Pflegeschäften*. Berlin, W. Hertz, 1857, p. 24.

(2) BRUNET. — *Loc. cit.*, p. 71.

(3) D'après CASTIGLIONI, MAX NEUBURGER, *op. cit.*

(4) AHMED CHERIF. — *Histoire de la médecine arabe en Tunisie*. Thèse Bordeaux, Tunis, d'Amicq, 1928.

(VII^e siècle), dont l'œuvre médicale a été religieusement transmise. Dans le Coran, les versets de jurisprudence alternent avec des versets d'hygiène et de théologie, et le Prophète y recommande d'emprisonner les fous et de chercher à les guérir. On y trouve donc le principe de l'internement et de l'administration des biens des aliénés : « Ne confiez pas aux *ineptes* les biens que Dieu vous a confiés, mais les gérant vous-même, fournissez-leur, sur ce fonds, la nourriture et les vêtements, et tenez-leur toujours un langage doux et honnête. » (Coran IV. Verset 4) (1).

D'après le Coran, les fous sont considérés comme des irresponsables ; ils ne seront donc pas jugés lors du jugement dernier (D^r Rassim) (2).

Bachtishoua (3), chrétien nestorien, fondateur de l'hôpital de Gondishapour, fut appelé en 765 à Bagdad (fondée en 762 et siège du Khalifat), auprès du calife Almanzor qu'il guérit. Les médecins furent dès lors protégés par les califes ; le fils de Bachtishoua, Gabriel, devint le médecin personnel de Haroun-al-Raschid, dont les descendants firent, de Bagdad, le centre principal de l'enseignement médical et de l'assistance hospitalière. Les médecins chrétiens de Damas et les juifs de Palestine apportaient à Bagdad les traductions syriaques et hébraïques des œuvres médicales grecques. C'est ainsi que les médecins arabes s'inspirèrent des œuvres d'Hippocrate, de Dioscoride et surtout de Galien, de Paul d'Egine, et d'Alexandre de Tralles dont les traductions en langue arabe furent subventionnées par les Califes. A part les copies grecques, les traductions latines syriaques et hébraïques des manuscrits d'Alexandre de Tralles, les traductions arabes effectuées par le Califat de Bagdad, rayonnèrent avec l'Islamisme en Perse, en Egypte, dans l'Afrique du Nord et en Espagne (4).

Lors de la conquête de l'Egypte (640), les Arabes avaient pris contact avec les savants de l'Ecole d'Alexandrie où furent écrites les premières traductions arabes des livres médicaux grecs et latins.

Leur civilisation, beaucoup plus avancée que celle de l'Occident, dura sept siècles. Dès le IX^e siècle, la médecine arabe était

(1) REBOUL et RÉGIS. — L'assistance des aliénés aux colonies. *Rapport du Congrès de Tunis*, 1912, p. 57.

(2) Cité par L. LIBERT. — Les aliénés en Orient. *Informateur des Aliénistes*, 1914, p. 93.

(3) Qu'Ahmed Cherif appelle Baktichou.

(4) D^r F. BRUNET. — *Œuvres médicales d'Alexandre de Tralles*, Paris, Geuthner, 1933, t. I, p. 49.

à son apogée, riche en savants à la fois philosophes, mathématiciens, chimistes, astronomes, etc., et son développement fut favorisé par la richesse des bibliothèques et la création de nombreux hôpitaux qui se multiplièrent dans l'Empire Musulman.

C'est au IX^e siècle qu'appartiennent les plus grands traducteurs de la science grecque en langue arabe. Al-Kindy, un des plus grands philosophes de l'Orient ; Costa-Ibn-Louqua, de Baalbeck, Tsabet-Ibn-Quourra, Honein-Ibn-Ishaq et Jean, fils de Mesvé — tous médecins — et le plus brillant des Bachtichous, famille de savants, cette dynastie médicale qui régna cinq siècles sur l'art de guérir entre Gondishapour en Perse et Bagdad en Mésopotamie (1).

Bagdad est, à cette époque, une des capitales du monde et un foyer d'érudition (2).

Vers 622, les Arabes avaient envahi la Tunisie et ils la conquérèrent définitivement en 669 sur les Byzantins. Kairouan devint une capitale. Ishaq-Ibn-Imran, originaire de Bagdad où il avait fait ses études, vint à Kairouan au IX^e siècle appelé par Ziadet Allah III (3). Il y devint célèbre et publia un « traité de la mélancolie » dont Ahmed Chérif (4) a donné une analyse détaillée, et où Ishâq a écrit : « Je n'ai pas lu, chez les Anciens, un seul livre sur la mélancolie qui soit satisfaisant, ni un écrit définitif sur cette maladie, sauf celui de l'un d'eux, appelé Rufus al Afsici (d'Ephèse). » Voilà donc un traité arabe sur l'aliénation mentale au IX^e siècle. Ishaq-Ibn-Imran, ayant cessé de plaire à Ziadet Allah, après avoir été condamné à la prison, fut crucifié.

Puis, Ahmed-Ibn-Aljazzar, né à Kairouan au commencement du X^e siècle de notre ère, écrivit de nombreux ouvrages et un traité de médecine célèbre « Zad al Mouçafir » (Provision du voyageur », c'est-à-dire Viatique ou Vade-Mecum), qui fut traduit en latin, en hébreu et en grec. Le livre I de cet ouvrage traite des maladies de la tête, et des chapitres sont consacrés au vertige, à l'insomnie, à la frénésie, au traitement de l'excès de l'ivresse, à l'amour (ch. 20), à l'apoplexie, au spasme, etc... Ahmed Chérif traduit le chapitre de l'amour, « maladie qui

(1) D^r J. HARIZ. — *La part de la médecine arabe dans l'évolution de la médecine française*, Paris, Le François, 1922, p. 15.

(2) L. GAUTHIER-VIGNAL. — *Pic de la Mirandole*, Paris, B. Grasset, p. 36.

(3) Un Aghlabite ; on voit encore à Kairouan, de nos jours, le bassin des Aghlabites.

(4) AHMED CHERIF, *op. cit.*

prend naissance dans le cerveau, excès du désir accompagné de préoccupation et de concupiscence », ainsi que le chapitre du « vertige et du tournoiement » où Ahmed-Ibn-Aljazzar décrit déjà le pneumogastrique : « Il y a un grand nerf qui descend du cerveau et va à l'estomac. Si la fonction de ce nerf est entravée dans le cerveau, l'individu éprouve un grand malaise, etc... » Ibn-Aljazzar savait le Coran par cœur. A sa mort, il laissa une collection d'ouvrages de médecine, qui, d'après Hariz, pesait 23 quintars (quintaux ?).

Rhazès (850-923), surnommé le Galien Arabe, fut longtemps, à Bagdad, le médecin-chef de l'Hôpital *Marastin* (1), il séjourna ensuite quelque temps à Alexandrie, puis à Madrid (2). Il conseille le jeu d'échecs comme moyen de traitement de la mélancolie (Trélat), la saignée dans la frénésie, l'apoplexie et la migraine ; l'abstinence de vin et de viande dans la céphalée et l'usage de frictions calmantes. Il est le premier médecin qui parle de l'alcool (al = le, kohol = subtil) et il utilisa les onguents mercuriels.

Avicenne (980-1037), philosophe et médecin, né à Afshéna près de Boukhara, en Perse, élève de Rhazès, conseille la saignée, le cautère, parfois les coups de verge et l'exercice de la balançoire dans la mélancolie (Trélat). Avicenne écrit fort justement qu'on a voulu attribuer plusieurs espèces de mélancolie à l'influence des démons, mais que cela ne le regarde pas. Il considérait les « esprits vitaux » comme une substance aérienne dont l'obscurcissement produit la mélancolie.

Mesvé (en l'an 1000), disciple d'Avicenne, conseille le sirop d'absinthe contre le manque d'appétit et le musc contre l'épilepsie. Il prescrit le sirop de pavots et la « confection » diacode.

Abul-Kasim, né près de Cordoue et qui vécut dans la seconde moitié du x^e siècle, chirurgien, prescrivait la cautérisation dans les cas d'apoplexie et d'épilepsie.

Avenzoar (1073-1162), surnommé le « Sage célèbre », né et mort à Séville, fut longtemps le médecin des Almoravides et des Almohades, et exerça son art à Séville et au Maroc.

Averroès (né à Cordoue en 1126 et mort à Marrakech en 1198), élève d'Avenzoar, gouverneur d'Andalousie, fut regardé comme un des philosophes et des médecins les plus savants de son époque. Averroès fut persécuté et exilé pour avoir dit que l'intelli-

(1) NEUBURGER (*op. cit.*) rappelle que le terme el Maristan était déjà appliqué à l'hôpital de Gondishapour ; son origine persane montre son ancienneté.

(2) MEUNIER. — *Histoire de la médecine*. Paris, Le François, 1924, p. 166.

gence n'existe pas individuellement chez tel ou tel homme, mais qu'il n'y a, dans la nature, qu'une seule source des intelligences individuelles, comme le soleil est la source de la lumière (Trélat).

Au XII^e siècle, Ibn-el-Baïtar est médecin des émirs égyptiens et professeur à l'école de médecine du Caire, etc...

A la fois chimistes, pharmaciens, philosophes, coranistes, et parfois talmudistes, ophtalmologues, chirurgiens, les médecins arabes ont perfectionné l'observation clinique. Ils se sont occupés, comme nous venons de l'écrire, du traitement des maladies mentales et de la mélancolie en particulier. D'après Trélat, ils avaient l'opinion que le cerveau n'est presque toujours pris que par *consensus* dans la mélancolie et que les organes qui sont le plus souvent cause première de la maladie sont l'estomac, le foie, la rate, l'utérus. Les Arabes décrivent comme une variété particulière de l'aliénation mentale la mélancolie errante (c'est l'agitation anxieuse), qu'ils appellent Kutubuth, du nom d'un animal toujours en mouvement à la surface de l'eau stagnante.

Les Arabes ont pu faire progresser la médecine et en particulier la médecine mentale, grâce aux califes et à la religion musulmane qui, non seulement leur laissaient la liberté d'exercer leur art (1), mais favorisaient la médecine laïque.

Les médecins arabes instruisaient des élèves qui passaient des examens devant des médecins plus anciens, si bien que l'exercice de la médecine était réservé à ceux qui avaient fait des études, bien qu'il y eût, comme aujourd'hui encore, des empiriques et des charlatans. Les grandes écoles arabes continuèrent les traditions des écoles grecque, byzantine, des écoles d'Alexandrie et des écoles chrétiennes de Syrie ; avec leurs bibliothèques et leurs hôpitaux, elles ont été les premiers modèles des Universités (2).

« L'importance des Arabes dans l'histoire de la médecine est fort discutée. Les uns ne voient en eux que des dépositaires, des compilateurs, qui souvent même ont trahi la pensée des anciens qu'ils traduisaient... D'autres, qui ont moins d'autorité, il est vrai, pensent au contraire que ce dépôt venu de l'Antiquité, les Arabes l'ont enrichi et que, ni Rhazès, ni Avicenne ne sont

(1) Alors qu'en Occident, prétendait Cabanis, les prêtres, à cette époque, employaient tout leur crédit pour rester les maîtres absolus de la médecine. (CABANIS, Coup d'œil sur les révolutions de la médecine. *Œuvres complètes*, Paris, Bossange, 1827, t. I, p. 106).

(2) Nos renseignements sur les médecins arabes proviennent de Trélat, Castiglioni, Meunier, Régis, Ahmed Cherif, Hariz, Brunet, Haeser, Neuburger; *op. cit.*

indignes d'être placés auprès des maîtres de la médecine antique. Mais le fait seul d'avoir rassemblé et transmis les ouvrages anciens est à l'honneur des Arabes, sans lesquels, remarque justement Castiglioni, le fil de la tradition scientifique grecque se serait certainement rompu (1). »

L'opinion publique

Les Arabes, comme le leur avait recommandé le Prophète, considèrent l'aliéné comme une personne aimée de Dieu et qui connaît la vérité. Ils le laissent aller et venir, livré à lui-même ; ses paroles et ses actes sont recueillis comme un oracle digne de foi, « entre la folie et la possession, la différence est petite aux yeux de l'Arabe ». Il y a pourtant un terme différent pour distinguer le fou (magnoun) du possédé (madroub, frappé d'un esprit). Ils croient que les hystériques sont possédés par les « djinns ». Toutes les maladies nerveuses sont désignées sous le nom de souffle surnaturel. Aussi les prêtres s'efforcent-ils de les guérir et certains d'entre eux ont eu une réputation bien établie de guérisseurs. Souvent aussi, pour guérir le possédé, on a recours au fakir ou à la fakireh, sorciers qui possèdent, croit-on, des secrets qui se transmettent de père en fils ou de mère en fille (2).

En Egypte aussi, les aliénés sont respectés. L'idiot, l'imbécile sont considérés comme des êtres dont l'esprit est au ciel, tandis que leur enveloppe matérielle est restée parmi les mortels. Les aliénés dangereux pour la société sont enfermés, mais les inoffensifs sont considérés comme des saints. Ces croyances anciennes ont survécu jusqu'au XIX^e siècle. L. Libert les signale d'après les observations faites par la commission de savants emmenée par Napoléon lors de la campagne d'Egypte (3). On attribuait les maladies nerveuses et même les convulsions des enfants à un être surnaturel entré dans le corps du malade et que l'on cherchait à chasser par les écritures saintes, les talismens, les chants, les danses, le bruit du tambour, les fumigations et l'ingestion de morceaux de papier écrit trempés dans l'eau (L. Libert).

(1) R. DUMESNIL. — *Histoire illustrée de la médecine*. Paris, Plon, p. 80.

(2) Résumé d'après Lucien LIBERT. — Les aliénés en Orient. *L'Informateur des Aliénistes*, 1914, p. 216. Cet article sur les préjugés psychiatriques chez les Arabes est très documenté.

(3) Description de l'Egypte ou Recueil des observations et des recherches qui ont été faites en Egypte pendant l'expédition de l'armée française, 2^e édition, t. XI, Paris, 1822. Cité par L. LIBERT, *op. cit.*

Le médicament le plus fréquemment employé est la « *thériaque* », qui passe pour avoir de grandes vertus, dont la préparation est restée secrète et que le cheyk des marchands d'opiat au Caire peut seul préparer. « Lorsqu'elle est préparée, chaque année, on la dépose solennellement au MARISTAN, édifice national, destiné à recevoir les fous, les vieillards et les indigents. Le produit de la vente de ce médicament est employé à l'entretien de cet établissement public. » L. Libert signale d'autres pratiques utilisées pour traiter les maladies mentales (tambourin, danses, sacrifice d'un mouton ou d'un coq), lorsque le médecin n'a pu produire la guérison.

D'après Morel (1), « nous retrouvons, chez tous les peuples anciens, l'opinion que l'aliénation mentale n'est qu'une espèce d'inspiration supérieure, la possession d'une intelligence humaine par une *influence démoniaque regardée comme salutaire*. Le fou était un objet de respect et il s'agissait moins de le guérir que de l'adorer... les fous étaient des inspirés... Heureux qui leur ressemblait. »

Les peuples d'Orient vénèrent le fou tranquille (2) au point que les femmes acceptent ses caresses comme une faveur du ciel, c'est que, pour eux, il est un favori d'Allah, tandis qu'ils se comportent tout différemment envers le fou furieux qui serait possédé par un *mauvais génie*.

Les Musulmans avaient donc, en général, pitié et indulgence pour les aliénés et ils recouraient volontiers aux soins médicaux. C'est seulement parmi les classes pauvres et ignorantes qu'on les croyait possédés par les « génies », qu'on les laissait s'adonner à toutes leurs fantaisies délirantes. Les superstitions, les légendes, les exagérations qui entourent l'aliéné « *sont dues à la déchéance assez rapide de la médecine arabe* et des notions sur l'assistance, ainsi qu'à la déformation inévitable des principes religieux dans les cerveaux des simples et des ignorants, à leur remplacement par la superstition (3).

« L'idée de la possession par un esprit ou un être surnaturel de même ordre (4), est familière à tous les peuples de l'Orient d'où cette interprétation s'est infiltrée dans les deux religions

(1) MOREL. — *Etudes cliniques sur l'aliénation mentale*, t. I, p. 150-210.

(2) MOREAU DE TOURS. — Recherches sur les aliénés en Orient, in *Ann. Méd.-psych.*, 1843, I, p. 109.

(3) REBOUL et RÉGIS. — *L'assistance des aliénés aux colonies*. Congrès Tunis, p. 58.

(4) J.-P.-H. COUTAGNE. — *La folie au point de vue judiciaire et administratif*. Paris, Steinheil, 1888.

qui ont exercé la plus grande influence sur notre civilisation actuelle, le christianisme et le mahométisme (Coutagne). »

De nos jours, Lwoff et Sérieux (1), après avoir accompli une mission au Maroc, estiment qu' « on ne trouve plus trace, au Maroc, des connaissances psychiatriques que possédaient les médecins célèbres des califes de Bagdad, du Caire et de Cordoue... », et, ajouterons-nous, de Kairouan.

Les hôpitaux psychiatriques

Nous avons montré plus haut que les médecins de l'ancienne Grèce recevaient des malades en traitement dans les « *ιατρεία* », cependant ils n'avaient pas d'hôpitaux. Haeser et Hecker (2) déclarent tous deux que les lieux où séjournèrent les malades dans le voisinage des Temples d'Esculape, aux temps anciens, puis les « *Valetudinariae* » des Romains, ne peuvent pas être assimilés à des hôpitaux et Falk (3) écrit : « Pour autant que je me sois informé auprès des écrivains médecins et non médecins de l'antiquité, ainsi qu'auprès des savants connaissant bien les anciens temps, j'ai pu me rendre compte que les anciens n'avaient aucun hôpital. La création des hôpitaux date de l'introduction du christianisme. C'est pourquoi l'on ne trouve nulle part mention d'asiles d'aliénés. »

Cependant Trélat, que nous avons cité plus haut, donne de bonnes raisons pour penser que les aliénés étaient groupés.

Par contre, à Bagdad, fondée en 762, nous savons que Rhazès fut, au IX^e siècle de notre ère, le médecin-chef de l'Hôpital *Marastin*, nom à rapprocher de celui de *moristane*, qui désigne encore de nos jours les asiles d'aliénés musulmans en Afrique du Nord. Libert a écrit que l'asile de Bagdad remonte sans doute au règne du Khalife Mel-an-Sour (754-775) et il cite un conte des « Mille et une Nuits », le dormeur éveillé, qui se passe dans l'hôpital des fous. Cette citation fixe un point d'histoire, et montre même que les aliénés y étaient placés dans des cages de fer et recevaient des coups de nerf de bœuf pour les engager à reprendre leur bon sens (4).

(1) LWOFF et SÉRIEUX. — Les aliénés au Maroc. *Ann. Méd.-psych.*, 1911, I, p. 471.

(2) HAESER. — *Geschichte christlicher Krankenpflege und Pflegeschäften*, p. 1-8.

HECKER. — *Geschichte der Heilkunde*, t. II, p. 285, cités par Falk.

(3) FALK. — Studien über Irrenheilkunde der Alten. *Allg. Zeits. f. Psychiatrie*, 1866, p. 549.

(4) Ce qui rappelle un peu le traitement moral de la folie, de Leuret.

A propos de la fondation du premier asile d'aliénés à Bagdad, nous signalons une controverse. Falk, ayant affirmé la création à Bagdad du premier asile d'aliénés (la citation de Libert montre qu'il ne peut y avoir de doute), *El Siglo Medico* revendique pour l'Espagne la gloire d'avoir construit le premier asile d'aliénés à Valence en 1409, par le frère de la Merci, J.-G. Joffre (1).

« Les premiers asiles fondés en Europe par les religieux espagnols furent une imitation de ceux du Caire, bâtis par les Arabes, un siècle auparavant, en 1304 (2). »

D'après Neuburger, « l'organisation d'hôpitaux est une des plus belles réalisations de la culture arabe. Elle montre l'humanité des princes de l'Islam. Des fondations et des libéralités permirent, au cours des siècles, la création d'hôpitaux souvent très richement installés dans de nombreuses villes. C'est ainsi qu'il y avait des hôpitaux à Bagdad, Damas, Antioche, Jérusalem, La Mecque, Médine, Mossoul, Hama, Harran, Alep, à Merv, Raj, Ispahan, Schiras, Alexandrie, Le Caire, Fez, Algésiras, Cordoue, etc...

A Bagdad, le plus grand de ces hôpitaux fut construit en 977 par l'émir Adhad-ed-Daula, et dont le médecin est Ali-ben-el-Abbas-el-Madschusi, un Persan. Il y avait là 24 médecins, parmi lesquels des spécialistes, qui travaillaient dans les diverses divisions pour médecine interne, chirurgie, ophtalmologie, etc...

A Damas, il y avait aussi de nombreux hôpitaux, dont le plus grand fut érigé par Nurredin et possédait des divisions spécialisées. On y était si bien soigné que des gens se prétendaient malades pour y être hospitalisés. Il était utilisé pour l'enseignement et renfermait une bibliothèque médicale extrêmement riche.

En Egypte, le premier hôpital a été érigé en 875, à Fostât, par Ahmed-Ibn-Touloun et richement doté (3). Il y avait des installations très complètes (bains, soins approfondis, *division spéciale pour les aliénés*). En 957, a été fondé l'Hôpital de Misr. Au x^e siècle, un autre hôpital fut élevé sous Saladin. Le plus grand et le mieux construit fut l'Hôpital mauresque du Caire qui fut construit en 1280, pendant l'apogée du règne de Al Mansour Gilâvûn. A l'Hôpital, étaient annexées une mosquée, une école de médecine, une bibliothèque, une maison pour orphelins.

(1) Analyse des journaux espagnols, 1868-1869, in *Ann. Méd.-psych.*, 1869, II, p. 478.

(2) L. MONGERI. — La médecine des aliénés à Constantinople, analysé in *Journal de Médecine mentale*, t. VII, p. 307, Paris, 1867.

(3) Le Caire fut fondé en 969 en aval de Fostât.

A cette époque, il y avait à Bagdad, Damas, Le Caire, des cliniques ophtalmologiques et des *asiles d'aliénés*. Il est particulièrement remarquable de constater que les malades mentaux étaient traités, dans les pays de l'Islam, d'une manière soigneuse, affectueuse, et non pas, comme ce fut, pendant si longtemps, le cas dans les pays occidentaux, comme s'ils étaient des criminels. » (M. Neuburger).

L. Libert cite également les asiles d'aliénés de Damas (vers 800), d'Alep (1270), l'Hôpital Kalaoun (1283). Il rappelle, d'après Makrizi, que le mot de *Bimaristan* a signifié d'abord hôpital, puis plus tard asile d'aliénés.

Esquirol (1) écrit : « Dans *Léon l'Africain*, se trouve la nomenclature des divers hôpitaux qui existaient dans la ville de Feez, en Afrique, pendant le VII^e siècle (2). On lit dans cette nomenclature qu'il existait à Feez un quartier spécial pour les fous qui étaient contenus par des chaînes. » Desmaisons (3) affirme : « Antiquité des hôpitaux pour les aliénés en Orient, constructions spéciales grandioses, proportion relativement considérable d'établissements destinés aux furieux dans les contrées soumises à l'Islamisme, voilà trois points établis par des témoignages respectables et que la science, a depuis, confirmés. » Desmaisons ajoute que le « *Moristan* » du Caire fut fondé en l'an 682 de l'Hégire (c'est-à-dire en 1304), il aurait précédé d'au moins un siècle la fondation de l'asile de Valence et il ne passe pas pour très ancien en Orient.

Il est bon de rappeler, avec Seignobos, que « l'époque des invasions (IX^e au XI^e siècle, après le démembrement de l'empire de Charlemagne), fut, pour l'Europe, un temps de terreur, de confusion et de misère. Rome n'était plus guère qu'un amas de monuments en ruines. Toute la vie civilisée se trouvait alors dans l'Empire arabe musulman et dans l'Empire byzantin schismatique où les Arabes, les Grecs et les Juifs conservaient la pratique des sciences et des arts de l'Antiquité grecque. Les centres de civilisation étaient deux grandes villes aux deux extrémités opposées de l'Europe : à l'Est, Constantinople..., à l'Ouest, dans l'Espagne musulmane, Cordoue, résidence du Khalife arabe... » (4).

(1) ESQUIROL. — *Des maladies mentales*, t. II, p. 435.

(2) Il s'agit évidemment du VII^e siècle de l'Hégire, soit de la fin de notre XIV^e siècle. Léon l'Africain est né à Grenade en 1483 et mort en 1530.

(3) DESMAISONS. — *Des asiles d'aliénés en Espagne*. Paris, Baillièrre, 1859.

(4) CHARLES SEIGNOBOS. — *Essai d'une histoire comparée des peuples de l'Europe*. Paris, Rieder, 1938, p. 105.

L'assistance arabe aux aliénés, en avance sur le reste du monde du VIII^e siècle au XII^e siècle, n'a plus fait de progrès depuis ; elle est, au contraire, rapidement tombée en décadence.

Au XIII^e siècle, Bagdad est détruite par les Mongols ; les rois catholiques d'Espagne ont reconquis la péninsule. En 1283, cependant, l'Hôpital du Caire est encore considéré comme un modèle, avec salles pour fiévreux, pour blessés, pour les maladies des yeux, etc... L'air y est rafraîchi par des fontaines, etc...

A partir du XV^e siècle, la médecine arabe est tombée dans le charlatanisme.

Desgenettes (1), lors de la campagne d'Egypte, n'a trouvé que 14 aliénés dans l'Hôpital du Caire, ville de 300.000 âmes.

Les moristans étaient tombés dans un état déplorable, mais il s'en créa encore de nouveaux, par exemple à Tunis, le *Marstane*, fondé en 1663 par Hamouda Pacha et la *Tékia*, fondée en 1775. En 1830, il existait à Alger « une maison mauresque pour recevoir les fous » (2). D'après Lwoff et Sérieux (3), en 1911, il y avait au Maroc des moristans à Tanger, Arzila, Larrache, el Ksar, Fez, Rabat, Salé, Casablanca. « Ces établissements de bienfaisance, annexés à une mosquée, à un tombeau d'un saint, sont à la fois des sortes d'hôpitaux, d'asiles, de refuges où l'on recueille des malheureux de toutes catégories, malades, aliénés, indigents, vagabonds, etc... Ils sont entretenus par des fondations pieuses. » Cette description, faite en 1911 des moristans par Lwoff et Sérieux, rappelle celle qu'a faite Kirchoff de l'Hôpital de Césarée (4).

Cette étude nous permet de réviser l'opinion d'Esquirol : « Ce n'est qu'en Orient qu'on trouve la première notion de la séquestration des aliénés », avec cette réserve que, par « *Orient* », il faut entendre, non seulement les Arabes, mais Byzance. Les premiers hôpitaux sont indiscutablement d'origine byzantine ; leur fondation est due à l'esprit de charité chrétienne et on ne peut douter que, dans ces hôpitaux, se trouvaient des quartiers d'aliénés comme nos quartiers d'hospices.

Il semble bien établi que le premier asile arabe a été le *Maristin* de Bagdad (765), puis ces établissements se développèrent peu à peu et, par l'Egypte, gagnèrent toute l'Afrique du Nord. Nous

(1) GEORGET. — Article *folie*. *Dict. de médecine*. Paris, Béchot, 1821, p. 220.

(2) VOISIN. — Les aliénés en Algérie. *Ann. Méd.-psych.*, 1874, I, p. 491.

(3) LWOFF et SÉRIEUX. — Les aliénés au Maroc. *Ann. Méd.-psych.*, 1911, I, p. 470.

(4) Depuis l'ouverture de l'hôpital de Berrechid, les moristans marocains sont en voie de disparition.

avons montré que les médecins arabes s'intéressaient à la psychiatrie et qu'au IX^e siècle de notre ère, Ishâq-Ibn-Imran écrivait un traité sur la mélancolie. Les Arabes ont créé peu à peu des hôpitaux généraux avec quartiers d'aliénés, où, avec le temps, les aliénés sont devenus de plus en plus nombreux. Les termes de *maristin*, *bimaristan*, *moristan* et *moristane*, à l'origine synonymes d'hôpital, sont devenus synonymes d'asiles d'aliénés.

On sait qu'en Europe, les quartiers d'aliénés étaient annexés à des hôpitaux et à des hospices ; en France, à la fin du XVIII^e siècle et au début du XIX^e siècle, les dépôts de mendicité où étaient hospitalisés mendiants, vagabonds, filles perdues, vieillards et aliénés, ressemblaient aux Xénodochies et aux Moristans.

Cette assistance des aliénés venue d'Orient s'est étendue à l'Afrique du Nord et de là en Espagne. Comme l'ont écrit Desmaisons, puis Constans, Lunier, Dumesnil (1) : « Ce furent les frères de l'ordre religieux de la Merci, moines et médecins, chargés du rachat des chrétiens retenus en esclavage dans les pays barbaresques, qui remarquèrent les institutions hospitalières spécialement destinées aux aliénés que l'Orient possédait depuis des siècles et fondèrent en Espagne le premier asile créé en Europe. Ce furent les Espagnols qui, en 1548, importèrent, en Italie, l'assistance aux aliénés en fondant à Rome un asile spécial à l'imitation de celui de Valence. » Après la fondation, et à l'imitation de l'asile de Valence, les frères de Saint-Jean-de-Dieu fondèrent d'autres asiles à Grenade, Cordoue, etc., puis à Rome, etc... A la demande de Marie de Médicis, quelques frères viennent de Florence (1601) à Paris et fondent Charenton (1644), la Charité de Senlis, Pontorson, etc. (2).

Il faut se garder de trop généraliser et croire que l'assistance aux aliénés en Europe est uniquement d'origine orientale. On sait, par exemple, qu'à Gheel, on guérissait des aliénés au VII^e siècle et que l'asile de Bedlam, en Angleterre, recevait déjà des aliénés en 1403. En France, au XV^e siècle, l'Hôtel-Dieu, au XVI^e siècle, les Petites Maisons hospitalisaient des aliénés ; au commencement du XVII^e siècle, il existait un établissement d'aliénés à Marseille, et vers la même époque, les Pénitents Noirs de la Miséricorde en fondaient un à Avignon. En 1516, d'autres religieux, les frères Bonfils, créèrent l'hospice d'Armentières, etc...

(1) DESMAISONS, *op. cit.* — CONSTANS, LUNIER, DUMESNIL, *op. cit.*

(2) Les frères saint Jean-de-Dieu fondèrent également des asiles d'aliénés en Pologne, à Cracovie en 1609, à Lublin en 1650, etc.

Quand, au xvii^e siècle, les hôpitaux généraux furent organisés pour réprimer la mendicité, on y réserva un quartier spécial pour les aliénés et, à cette époque, Bicêtre, la Salpêtrière, Saint-Lazare, recevaient également des aliénés. En 1660, un arrêt du Parlement de Paris ordonna que les fous seraient soignés à l'Hôtel-Dieu (1).

Il est donc possible d'établir une relation indirecte entre la fondation de l'asile des aliénés de Bagdad au viii^e siècle de notre ère (dans la première moitié du ii^e siècle de l'Hégire) et la fondation de Charenton au xvii^e siècle, en passant par l'Afrique du Nord, l'Espagne et l'Italie.

La civilisation arabe, dont l'influence est très discutée, a traduit, maintenu, développé et transmis la pensée grecque.

Dans le domaine de la philosophie, L. Gauthier-Vignal a bien montré les origines grecque et byzantine de la science arabe, et son influence sur la civilisation européenne : « Les Arabes, qui commencèrent par s'occuper, avec un si grand succès, de mathématiques et de sciences médicales, rencontrèrent Aristote qui avait été traduit en arabe — directement du grec ou d'après les traductions syriaques — par les savants nestoriens que les Califes avaient appelés à leur cour. Ils se mirent à étudier Aristote et l'interprétèrent. C'est sous l'aspect de cette interprétation orientale que l'aristotélisme fut introduit dans l'Espagne arabe, d'où il allait conquérir l'Université de Paris et l'Europe entière, bouleversant la vie intellectuelle de la chrétienté, ce qu'il n'avait point accompli dans le monde islamique. En effet, c'est à travers les grands commentateurs arabes, dont Averroès demeure le plus illustre, qu'Aristote allait dominer la pensée européenne. » (2).

Il en est de même dans le domaine de la médecine générale et dans celui, beaucoup plus restreint, de l'assistance aux aliénés ; les savants arabes ont joué un rôle important de traducteurs, de conservateurs, d'intermédiaires et de créateurs d'œuvres sociales. Par les Chrétiens Nestoriens, chassés de Byzance, ils ont connu les œuvres médicales grecques, celles de Paul

(1) D'après les travaux de Paul SÉRIEUX, de SÉRIEUX et LIBERT, de Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX (la Charité de Senlis, 1936).

C. DESMAZE. — *Les aliénés*, Paris, Delahaye, 1873.

DELANGRE. — *Etude sur la condition des aliénés*, Paris, Pichon, 1876.

(2) L. GAUTHIER-VIGNAL. — *Pic de la Mirandole*, Paris, Bernard Grasset, 1938, p. 36.

d'Égine et surtout d'Alexandre de Tralles (où la psychiatrie tient une assez grande place). Ils ont donc bénéficié de la civilisation, de la science de Byzance, dont le rôle capital est trop souvent méconnu, de Byzance, le premier Empire Chrétien, centre de la civilisation du Monde pendant de nombreux siècles, de Byzance où furent créés les premiers hôpitaux, les premières écoles de médecine, les premiers hospices, et très probablement les premiers asiles d'aliénés, ou tout au moins les premiers quartiers d'hospice.

Ce rôle d'intermédiaires, rempli par les Arabes, a été défini par Sir Galahad (1) en ces termes :

« De nombreuses inventions attribuées aux Arabes, parce qu'elles furent connues par leur intermédiaire en Europe, étaient d'origine byzantine. Berthelot, dans son *Histoire de la chimie*, prouve que les Arabes n'ont été que les élèves de Byzance en mathématiques, physique, chimie, médecine, navigation, tactique, construction des navires et pyrotechnique, et que leurs ouvrages scientifiques les plus admirés sont des traductions du grec. »

En médecine générale aussi bien qu'en assistance aux aliénés, « la médecine arabe a été le trait d'union entre la médecine grecque, héritière de la sagesse antique, et la médecine moderne issue de la Renaissance » (2).

Cependant, il faut reconnaître que quelques-uns des grands médecins arabes (comme Ishâq-Ibn-Imran, et Ahmed-Ibn-Aljazar pour la psychiatrie), ont vraiment marqué un progrès notable dans le domaine de la médecine pratique et des institutions hospitalières, et, comme le dit Castiglioni (3), « il ne serait pas conforme à la vérité de les considérer seulement comme des gardiens de la médecine grecque sans lesquels le fil de la tradition scientifique grecque se serait rompu ».

(1) SIR GALAHAD. — *Byzance*. Paris, Payot, 1937. p. 310.

(2) D^r J. HARIZ. — *La part de la médecine arabe dans l'évolution de la médecine française*. Paris, Le François, 1922, p. 147.

(3) CASTIGLIONI. — *Loc. cit.*, p. 227.

TROUBLES DU LANGAGE PARLÉ ET DU LANGAGE ÉCRIT

chez trois démentes précoces à forme paranoïde

PAR

A. LATAPIE et J. LECLERC

Kræpelin désignait, sous le terme de schizophasie, un syndrome rencontré chez les schizophrènes et caractérisé par une discordance entre des troubles accentués du langage et un état psychique paraissant peu touché.

Ce terme a ensuite été pris dans un sens plus général. Le syndrome a été étudié par de nombreux auteurs : Pfersdorff (1927), H. Claude, Poudéroux, Pottier, Teulié, Delmond.

Teulié, en 1931, la définit : « le langage pathologique des déments précoces » (1). Il englobe, sous le nom de démence précoce, « la schizophrénie, l'hébéphrénocatatonie, la démence précoce paranoïde, les paraphrénies de Kræpelin » (2).

Le même trouble dans le langage écrit a été décrit par analogie sous le nom de schizographie (3).

Rappelons brièvement les signes de la pseudo-incohérence schizophasique décrits par Pfersdorff, puis par Teulié.

Elle se caractérise, d'une part, par des troubles du langage automatique comprenant des symptômes de déficit et des symptômes actifs, d'autre part, par un signe très important pour Pfersdorff : *l'interprétation philologique*, c'est-à-dire la recherche consciente avec critique au cours de la conversation du « caractère verbal » du mot. Ce processus s'oppose à celui des maniaques qui peuvent subir le même phénomène inconsciemment, mais réagissent aussi au *sens* du mot.

(1) TEULIÉ. — La schizophasie. *Ann. Méd.-Psych.*, 1931, t. I, p. 117.

(2) TEULIÉ. — *Loc. cit.*, p. 116.

(3) LÉVY-VALENSI, MIGAULT et LACAN. — *Ann. Méd.-Psych.*, 1931, t. II, p. 508. Commun. à la Soc. Méd.-Psych., 12 nov. 1931.

Les caractères du langage écrit se rapprochent de ceux du langage parlé.

D'après Teulié, il faut distinguer la schizophasie :

1) *de la fuite du langage*, dans laquelle les signes actifs tiennent la première place et les troubles du langage écrit sont minimes ou absents ;

2) *de l'incohérence vraie*, dans laquelle les signes de déficit prédominent et les troubles du langage écrit correspondent à ceux du langage parlé.

« Dans la schizophasie, dit-il, les caractères du langage écrit concordent avec ceux du langage parlé. Cependant, l'incohérence est en général moins grande dans les écrits que dans les discours (1). »

Dans une communication à la Société Médico-Psychologique (séance du 21 mai 1931), H. Claude, Bourgeois et Masquin s'expriment ainsi :

« Quant à l'étude comparée du langage écrit et du langage parlé, elle nous a montré des troubles analogues avec une intensité moindre dans le langage écrit (2). »

Si ce fait se trouve le plus souvent vérifié, il est cependant des cas où l'on rencontre une discordance entre les troubles de ces deux langages. Nous le verrons en particulier chez deux de nos malades. Et dans ces conditions, il est difficile de baser un diagnostic de schizophasie sur l'existence de troubles du langage écrit.

Nous examinerons ce syndrome chez trois malades de l'Hôpital Psychiatrique Saint-Yon.

OBSERVATION N° 1

Hélène P. appartient à une famille occupant un certain rang social. Les quelques renseignements que l'on a pu se procurer à son sujet ont permis de retrouver des tares mentales dans l'ascendance.

Père mort il y a quelques années ; mère vivante, 82 ans ; un frère décédé.

Elle-même n'a pas eu de maladies graves dans sa jeunesse. Elle a reçu une assez bonne instruction.

Elle entre pour la première fois à Saint-Yon en 1915 à l'âge de 32 ans.

(1) TEULIÉ. — *Loc. cit.*, p. 229.

(2) H. CLAUDE, BOURGEOIS et MASQUIN. — C.R. de la comm. dans les *Ann. Méd.-Psych.*, 1931, t. I, p. 490.

A cette époque, elle présente un état de confusion mentale avec dépression mélancolique, hallucinations auditives, phases d'agitation anxieuse.

Elle doit être alimentée à la sonde.

Quelques mois après, on note du maniérisme, des attitudes bizarres, des stéréotypies, des rires explosifs qui font porter le diagnostic de démence précoce.

Cet état s'améliore légèrement, mais la malade présente par intervalles des crises d'agitation.

Malgré cela, sa famille la reprend en 1918.

En 1921, Hélène doit être réintégrée. Son certificat de 24 heures est ainsi conçu : « Excitation maniaque caractérisée par de l'agitation motrice, des bavardages, des propos elliptiques, des calembours. Grande euphorie. Insomnie ».

Cependant le certificat de quinzaine note : « Un affaiblissement intellectuel avec idées délirantes généralement absurdes (le Sacré-Cœur est son neveu, elle est Hélène Napoléon). Illusions. Alternatives d'exubérance euphorique et de colères avec violences ».

« Ma maladie de langueur dépend de l'atmosphère, dit-elle. J'avais laissé la production sur la terre, mais l'atmosphère, je ne l'avais pas laissée. Je suis sainte Hélène sans valeur reconnue qui protège du tonnerre. »

Voici un passage d'une lettre datant de cette époque. Nous respectons l'orthographe :

« Je voudrais vous soumettre mes réclamations au sujet de ma situation. Je suis veuve de guerre depuis le mois de mars 1917 (faux) et nous sommes, il me semble en 1921 (exact) qu'elle date j'ignore, ne les aignant pas mangé. Je suis en paix pour mon compte personnel depuis le 21 septembre 1918, ma vie personnel n'aignant auqu'un rapport avec la guerre et mon pain fut abandonné parce que je n'ai pas l'habitude de vivre sur l'orphelin que je ne fais pas avant l'heure et comme sœur du cœur de la République. Moi femme pudique est l'habitude de respecter les absents et de laisser les morts dans leur honneur respecté par les animaux, etc... »

Depuis cette date, la maladie a évolué lentement avec des périodes d'agitation et de calme relatif.

Actuellement, les sentiments affectifs sont émoussés mais non abolis. Hélène se montre heureuse de visiter sa mère souffrante ; mais elle ne réclame pas spontanément cette faveur.

Elle conserve une activité sub-normale, reste calme, prend soin de sa personne et s'occupe à des travaux de couture.

On note chez elle des troubles accentués du jugement et du raisonnement. Elle semble capable au premier abord d'énoncer correctement un syllogisme mais les composantes sont des produits de son délire qui rendent l'ensemble incompréhensible.

Bien orientée dans le temps et dans l'espace, elle présente quelques

troubles mnésiques. Son attention est normale en dehors des périodes oratoires incohérentes.

Au début de la conversation, son abord est aimable mais si l'on insiste un peu pour l'aiguiller sur son délire, elle réagit souvent par une élévation du ton de l'humeur.

Elle répond correctement aux premières questions et met parfois un certain temps à extérioriser ses thèmes délirants qui sont d'ailleurs peu variés et reviennent d'une façon stéréotypée.

Une fois plongée dans son langage chaotique, on obtient des propos de ce genre :

« L'enseignement a été fait pour ne pas qu'on m'abrutisse. Ma mère malade est sacrifiée à âme blanche. J'ai voulu y mettre empêchement mais Monsieur N. n'a pas voulu. On m'impose ici la non-mentalité. Monsieur N. a fait perdre la valeur de la paix à l'état. C'est elle qui s'oppose à ma sortie. Maine-et-Loire payant en Seine-Inférieure à égalité de Docteur. »

Dans une lettre qu'on lui a demandé d'écrire pour exposer ses griefs, on trouve le passage suivant :

« J'avais même écrit à M. le Procureur qui a dû lui écrire à se sujet pour lui faire faire le travaille qui lui incomble. Mais auquel elle s'est toujours refusée, raison pour laquelle elle m'a toujours dû 30 frs pour être garder contre ma raison et non le contrôleur à défaut d'argent s'était du travaille pour plus petit que moi. La religieuse m'ayant renié les deux épais payant m'occasionna une inadérence corporelle de 1000 et en 1935 voulait que je sois reconnu à aucun épais. »

« Inadérence corporelle », c'est, explique la malade, quand le côté gauche et le côté droit, ça ne se tient pas.

Mais aussitôt après cette lettre de réclamations qui se compose de six pages, on demande à Hélène d'écrire à sa mère.

« Ma bien chère Maman, écrit-elle, je m'empresse de l'écrire ce que le Docteur m'avait ordonné, pour te demander de tes nouvelles. J'espère que depuis ma dernière visite le mieux a continué et que tu as retrouvé toutes tes forces, etc... »

Suit une lettre de quatre pages dans le même style, au cours de laquelle elle donne des détails sur ses occupations et s'informe de la santé des autres membres de la famille.

En résumé, après une phase aiguë constituée chez cette malade par une période de dépression, une rémission puis une phase d'excitation, la psychose passe à un état chronique qui s'installe environ cinq ans après les premiers troubles.

A cette époque, les troubles du langage écrit semblent moins accentués que ceux du langage parlé. Ces derniers varient peu par la suite, de même que la capacité intellectuelle.

La malade peut actuellement parler correctement pendant quelques minutes avant de retomber dans son incohérence.

Les troubles du langage écrit semblent s'être accrus pour les sujets traitant du délire mais la malade reste capable d'écrire une lettre entière dans un style compréhensible.

OBSERVATION N° II

Mme T. née H. a été à l'école jusqu'à 13 ans, n'a pas eu son certificat d'études primaires.

On a peu de renseignements sur ses antécédents héréditaires.

Elle-même n'aurait jamais eu de maladies graves mais n'a jamais été robuste. En effet, nous sommes en présence d'une petite femme gracile et frêle, pesant 34 kg.

Mariée à 18 ans, elle aurait eu cinq enfants dont deux seraient morts. Elle entre à Saint-Yon pour la première à 32 ans dans un accès de « dépression mélancolique avec lenteur de l'idéation, idées de culpabilité, refus d'alimentation ».

Après plusieurs essais de sortie qui ne réussissent pas, elle quitte l'asile améliorée au bout d'un an et demi. Elle reste six mois dans sa famille et doit être ramenée en 1923.

Elle présente à ce moment « une légère suractivité intellectuelle, tient des propos dysharmoniques au milieu desquels on relève des idées délirantes mal systématisées ».

« La Vierge m'a touché les fibres du cœur et j'ai été très blessée ; d'après les écritures je suis la Vierge ; on a donné le nom de Marie exprès pour défendre ; c'est le cœur tribulant de l'enfant de Marie. On tribule, je suis le cœur de Dieu. »

La psychose évolue comme une démence précoce à forme paranoïde. La malade présente des idées délirantes absurdes et des alternatives de calme relatif et de forte agitation.

Elle se montre en général malpropre et désordonnée mais conserve cependant une certaine activité pragmatique jusqu'en 1929, soit 9 ans après son premier internement. Ses propos sont du même ordre que les précédents mais deviennent de moins en moins compréhensibles.

Actuellement la malade ne conserve aucun sentiment affectif, est incapable de fournir le moindre travail. Elle mange cependant seule et erre constamment dans la cour en gesticulant.

L'affaiblissement intellectuel est important. Elle ne répond aux questions qu'on lui pose que par une verbigération traduisant un délire tout à fait incohérent.

« Je porte Mireille, mon père, celui qu'on a l'habitude de diplômer le septième. Un petit rosaire, trois petites brebis. L'honneur était à mon côté quand j'ai fait mon devoir de vierge. J'ai une goutte de sang pour mettre dans votre bec. Il m'a coiffé la poitrine avec des culottes bleues. »

Ces phrases ont été débitées assez vite et dans cet ordre sans qu'on

intervienne dans la conversation. Peut-être pourrait-on retrouver dans la première l'idée qu'elle est enceinte de son septième enfant, celui qui doit avoir un don. Si quelques termes présentent un lien entre eux, l'ensemble est cependant bien obscur.

La malade est alors priée d'écrire quelques mots :

« Du sous venirs.

« Chère père et chère Merdieux.

« Comptoirs Norment. Saintes Hamcotte mobilière. »

Nous respectons la disposition et l'orthographe.

Nous lui faisons relire ces mots. Elle hésite beaucoup et au passage « Merdieux », « c'est-à-dire mère de Dieu », dit-elle spontanément, puis c'est de nouveau un flot de paroles sans suite.

Devant ces troubles graphiques nous devons faire quelques réserves. La malade en effet n'écrit que très rarement et ne possède qu'une instruction tout à fait rudimentaire. Il semble cependant qu'actuellement le langage écrit soit plus troublé chez elle que le langage parlé.

OBSERVATION N° III

L. Hélène est la troisième d'une famille de sept enfants, 2 garçons, 5 filles sur lesquels on a peu de renseignements. Le père est décédé. La mère est morte en mettant le septième enfant au monde. Hélène avait alors 17 ans.

Il n'y a pas de maladies graves à signaler dans son enfance. Elle va à l'école jusqu'à 13 ans et obtient son certificat d'études. Elle exerce ensuite le métier de couturière et doit être admise à Saint-Yon en 1916 à 29 ans, lors d'une crise d'agitation qui aurait éclaté sans prodromes.

A ce moment on note des idées délirantes polymorphes et peu cohérentes, du maniérisme, de l'instabilité.

« Nous ne sommes pas des ambulances, dit-elle. Je suis le Créateur et je ferai du bien à l'humanité. »

Par la suite, la psychose évoluera avec quelques rémissions dans l'état d'agitation mais persistance d'un délire paranoïde qui se traduit par des propos abscons.

Signalons en 1923 :

« Renvoyez-moi du camp, je ne suis pas voleuse. Je m'appelle Lucifer. Papa me donne tant pour vivre. »

La malade présente en même temps de la graphorrhée. Nous ne possédons pas d'échantillon de ses écrits à cette date.

Actuellement, après un séjour de 22 ans à l'Hôpital psychiatrique, Hélène présente un affaiblissement prononcé des facultés intellectuelles, des troubles de la mémoire, du jugement. Elle est incapable de faire des calculs simples et ignore les dates importantes de son existence. Aussi est-on tout étonné de l'entendre donner la date actuelle.

Son attention est facilement fixée. On peut entretenir avec elle une conversation à condition de la diriger et de maîtriser sa logorrhée qui devient rapidement incohérente.

L'affectivité est très émoussée. Elle est cependant sensible à l'intérêt qu'on lui porte.

Elle demeure vibrante mais conserve une certaine activité pragmatique et constitue une aide précieuse pour les gros travaux du service.

Lors de notre interrogatoire, elle se montre aimable, souriante, répond volontiers à nos questions. Après s'être excusée de nous avoir fait attendre et de venir dans une tenue négligée la malade continue :

« On m'a volée sur mon nid. Je vais plaider pour mes juges directement chez papa. J'ai un billet de logement du Colonel. Je serai avec les hommes. C'est entendu avec le camp. Je suis Médecin et membre de l'Académie. »

Les phrases sont en général bien construites. Si les idées sont bizarrement associées, on peut parfois entrevoir un sens dans le désordre des propos. Le « camp » désigne la Maison de Santé.

Hélène écrit toujours beaucoup, elle couvre d'une écriture serrée tous les papiers qu'elle peut se procurer. Voici un passage d'une de ses nombreuses lettres :

« Renfort Mathilde, rue Franklin les seu rupture les commissaires les caisses épargne et Bureaux Tabac Tabac rupture aux Colombel. Rondelle rupture petite David, non Plan 70, Bouvard 70. Je Brésil Brésil la Plata. Les Prix de l'orde honneur c'est il des chasles Doch 1921 billet sac etc... »

Ce langage serait intéressant à analyser en détail. On y rencontre des troubles actifs du langage automatique : associations idéiques : Brésil, La Plata, Bureaux, Tabac et quelques stéréotypies verbales.

Mais les signes de déficit dominant : suppression de syllabes : Bouvard ; absence de copules : verbes, prépositions, conjonctions ; troubles accentués de la syntaxe. Aussi ce texte peut-il être classé dans l'incohérence complète.

En résumé, le langage schizophasique de la malade dont l'observation a pu être suivie depuis plus de dix ans, a peu varié durant ce laps de temps. Les capacités intellectuelles sont d'ailleurs restées stationnaires.

Actuellement, les troubles du langage écrit sont beaucoup plus accentués que ceux du langage parlé.

L'étude du langage chez ces trois démentes précoces à forme paranoïde nous permet de faire différentes constatations.

Chez notre première malade, le langage écrit au début de la psychose présente les mêmes caractères pathologiques que ses propos. Les incorrections sont cependant plus disséminées dans

les écrits, ce qui rend ceux-ci plus intelligibles. Seize ans plus tard, on ne peut noter que de très légères modifications, mais le capital intellectuel a peu varié. A cette date, les écrits semblent encore moins touchés que les propos. Dans la conversation, la phrase correcte du début dure peu de temps et dévie automatiquement vers l'incohérence, tandis que la malade écrit une lettre entière très pertinente, sans aborder ses préoccupations délirantes.

La psychose de notre malade N° II évolue depuis 18 ans. Nous avons peu de précisions sur le début de la maladie. Actuellement, chez elle, l'incohérence du langage écrit semble supérieure à celle des propos. Notons cependant qu'elle est peu instruite et qu'elle n'écrit que très rarement.

Notre malade N° III est donc plus caractéristique. Bien qu'affaiblie intellectuellement, elle fait preuve d'une certaine activité et la désorganisation profonde et permanente de son langage écrit contraste avec une incohérence verbale partielle et intermittente.

Il n'existe donc pas un parallélisme constant entre les troubles de l'écriture et ceux du langage parlé. Et de plus, ce n'est pas toujours la même variété de langage qui est la plus atteinte.

1) La cause des divergences que l'on constate peut être recherchée dans ce fait que les malades ne sont pas examinés à la même période de leur psychose.

S'il en était ainsi, il faudrait admettre que les troubles du langage écrit sont postérieurs à ceux du langage parlé. Le plus souvent, en effet, au début de la psychose, le malade semble plus incohérent dans ses propos que dans ses écrits.

Mais si les troubles du langage écrit évoluent plus rapidement, on constatera, dans la dernière phase de la maladie, une incohérence des écrits supérieure à celle des discours.

D'ailleurs, le langage écrit étant d'acquisition plus récente, il est compréhensible, s'il n'est pas frappé le premier, qu'une fois atteint, sa régression soit plus rapide.

D'autre part, les malades commencent souvent à exprimer leurs idées délirantes de vive voix. Ce n'est que par la suite, lorsqu'ils voient l'inutilité de leurs récriminations, qu'ils ont recours à la correspondance. On trouverait ainsi plus difficilement des troubles du langage écrit au début de la psychose.

2) Mais en réalité, une même psychose peut évoluer suivant bien des modes. Dans les maladies à évolution démentielle, non seulement la régression des facultés intellectuelles ne se fait

pas avec la même rapidité, mais tous les malades n'arrivent pas au même degré d'affaiblissement intellectuel.

On peut noter des arrêts, des rémissions. Il semble qu'il y ait aussi des formes fixées. Et dans ces dernières, l'amointrissement peut porter électivement sur certaines facultés, les autres n'étant pas atteintes dans la même mesure.

Ainsi, à un stade quelconque, les troubles du langage écrit pourront être plus accentués que ceux du langage parlé.

3) H. Claude considère la schizophasie et la schizographie comme des *troubles fonctionnels* :

« Chez le paranoïde : les troubles de la fonction du langage se superposent à ceux du cours de la pensée, leur mécanisme est fonctionnel, dynamique (1). »

C'est aussi une des conclusions de la thèse de Pottier.

Or, le langage parlé et le langage écrit, s'ils ne sont pas tout à fait indépendants l'un de l'autre, sont cependant deux fonctions distinctes qui présentent parfois des différences importantes chez un même individu.

Sans parler des variations qui peuvent provenir du genre d'instruction ou des habitudes, on rencontre fréquemment des sujets qui, de par leurs dispositions naturelles, éprouvent une grande difficulté à s'exprimer verbalement. Leurs phrases sont lourdes, obscures et alambiquées, et cependant ils rédigent des écrits dans un style clair, alerte et vivant. Et inversement, le fait contraire peut s'observer.

Il est possible que ces individus présentent une sensibilité plus grande pour une variété de langage. Ainsi les fonctions seraient atteintes à des degrés différents, selon la nature du sujet.

En résumé, si, le plus souvent, le langage écrit est moins troublé que le langage parlé chez les déments précoces à forme paranoïde, il n'existe pas un parallélisme constant entre ces deux ordres de troubles.

On a même décrit des cas de schizophasie pure ou de schizographie pure.

Il faut tenir compte, dans l'interprétation de ces faits :

- 1) du stade de la psychose ;
- 2) de sa forme évolutive ;
- 3) enfin des aptitudes naturelles ou acquises de l'individu.

(1) H. CLAUDE, BOURGEOIS et MASQUIN. — *Loc. cit.*, p. 497.

Quoi qu'il en soit, l'étude comparée du langage parlé et du langage écrit fournit des signes précieux pour l'évaluation du fonds mental.

BIBLIOGRAPHIE

- BRIÈRE DE BOISMONT. — Des écrits des aliénés. Comm. à la Soc. Méd.-Psych., 26 oct. 1863. C.R. dans *Ann. Méd.-Psych.*, 1864, p. 257.
- CÉNAC (Michel). — De certains langages créés par les aliénés. Contribution à l'étude des « glossolalies ». *Thèse Paris*, 1925.
- CLAUDE (Henri). — Troubles du langage dans la cécité précoce et syndrome de Ganser. (Contribution à l'étude des troubles dynamiques dans les psychoses). *Concours médical*, 1929, n° 15, p. 1177.
- CLAUDE (Henri), BOURGEOIS (Pierre) et MASQUIN (Pierre). — Troubles du langage dans un cas de psychose paranoïde. Comm. à la Sec. Méd.-Psych., 21 mai 1931. C.R. dans *Ann. Méd.-Psych.*, 1931, t. I, p. 490.
- DELMOND (J.). — Essai sur la schizophasie. *Thèse Paris*, 1935. Lefrançois éd. — L'image dans le langage schizophrénique. *Evol. psychiat.*, fasc. IV, 1937.
- LÉVY-VALENSI (J.), MIGAULT (P.) et LACAN (J.). — Ecrits inspirés ; schizographie. *Ann. Méd.-Psych.*, 1931, t. II, p. 508.
- LHERMITTE (Jean). — Langage et mouvement. *Encéph.*, janv. 1938, p. 1.
- MARCÉ. — De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la séméiologie et de la médecine légale. Congrès de Rouen, 1863. C.R. dans *Ann. Méd.-Psych.*, 1864, p. 254.
- PFEERSDORFF (C.). — La schizophasie ; les catégories du langage. Travaux de la Clin. psychiatr. de la Fac. de Méd. de Strasbourg, 1927-29.
- POTTIER (Cl.). — Réflexions sur les troubles du langage dans les psychoses paranoïdes. *Thèse Paris*, 1930 ; *Encéph.*, 1931, p. 578.
- POUDEROUX (J.). — Remarques sur l'incohérence des propos de quelques aliénés. *Th. Bordeaux*, 1929.
- SCHIFF (P.) et COURTOIS (A.). — Un cas de schizophasie avec glossomanie et syndrome de jeu. *Encéph.*, 1928, n° 2.
- SÉGLAS (J.). — Des troubles du langage chez les aliénés. Bibliothèque Chareot-Debove, Paris, 1892.
- TEULIÉ (G.). — Les rapports des langages néologiques et des idées délirantes en médecine mentale. *Thèse Paris*, 1927.
- La schizophasie. *Ann. Méd.-Psych.*, fév. 1931, t. I, p. 113.

SUR LE « SIGNE DU CAPUCHON » DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

PAR

ALBERTO BROCHADO (de Porto)

En juin 1936, M. P. Ostanow, de Léningrad, a publié, dans les *Annales Médico-Psychologiques*, un article sur le *signe du capuchon*, illustré par deux intéressantes observations. Il m'a semblé, cependant, que l'auteur prétend expliquer le symptôme exclusivement « par le besoin que ressentent les malades de se protéger contre une influence venant du dehors », en somme, « par le délire des malades dû à une influence physique ».

Je ne veux, aucunement, discuter l'exactitude de cette interprétation dans les deux cas publiés par l'auteur, mais il me semble qu'elle n'est pas applicable à tous les cas dans lesquels on observe le *signe du capuchon*, symptôme que j'ai fréquemment rencontré dans la démence précoce.

Par contre, je crois que, dans la plus grande partie des cas, le *capuchon* n'est qu'une traduction matérielle de l'autisme. Au lieu de se limiter à mettre une barrière morale entre son moi et le monde extérieur, le dément précoce va, dans quelques cas, jusqu'au point de matérialiser cette barrière, interposant entre son corps, ou une partie de son corps — et la principale, la tête, — une pièce de vêtement qui le sépare plus complètement de l'ambiance.

Dans l'un des chapitres d'un travail que j'ai présenté en juin 1936 à la Faculté de Médecine de Porto, au concours pour le prix Magalhães Lemos (institué par la Faculté en pieux hommage à la mémoire du regretté savant portugais), j'ai publié une observation dans laquelle le *signe du capuchon* prend une forme encore plus complète et plus intéressante que dans les cas publiés par le psychiatre russe. Qu'on ne voie pas dans ce que je viens d'écrire le moindre désir de revendiquer la priorité de l'obser-

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Décembre 1938.

vation et encore moins celle de la désignation. Dans cette observation, je me suis borné à attirer l'attention sur le symptôme, en l'expliquant par l'autisme, et à établir un rapport qui me semble évident entre lui et le négativisme.

Voici, résumée, l'observation dont il s'agit :

OBSERVATION I. — A. P. C., femme, 41 ans. Le père, alcoolique, a présenté des troubles mentaux graves dans les dernières années de sa vie.

Internée à l'Hôpital Comte-Ferreira, le 20 avril 1923, huit mois après le début apparent de la maladie. Elle faisait des grimaces aux passants et aux gamins qui, à leur tour, la taquinaient. Irritée, elle a quitté son pays pour aller s'installer dans une autre contrée. Elle se nourrissait de son cuit dans de l'eau.

A son entrée à l'hôpital elle a dit qu'on l'y avait amenée pour « la fouler aux pieds » ajoutant qu'elle ne répondrait à aucune question du médecin. Et, en effet, elle s'est maintenue dans un mutisme absolu, s'étalant sur le plancher, appuyée sur ses genoux et ses coudes, le front tombé par terre.

Les jours suivants, elle se mit dans un coin de sa chambre, toute enveloppée dans une couverture, refusant l'alimentation. Quelques jours après elle mange spontanément et parle au personnel. Interrogée par le médecin de l'infirmerie elle manifeste le désir de s'en aller, parce qu'on l'a amenée par la violence. Ce fut la police pour « la fouler aux pieds ».

Après une courte période analogue à la précédente, elle est retombée dans l'état primitif : couchée dans un coin, complètement nue, enveloppée dans une couverture en hiver et dans un drap de lit en été. Elle est restée dans cet état depuis le commencement de l'année 1924, jusqu'au 28 février 1928, jour auquel sa famille l'a emmenée, (j'ai pris la direction du service en juin 1924).

On n'a jamais observé ni crises d'agitation, ni impulsions. Elle allait au bain enveloppée dans la couverture ou dans le drap de lit et ne permettait pas qu'on la découvrit. Elle opposait la plus grande résistance si quelqu'un voulait la découvrir. (fig. 1). Au bain, toutefois, elle montrait son visage au personnel et se laissait laver. Mutisme complet pendant toute cette période.

J'ai observé beaucoup d'autres cas dans lesquels se trouve le *signe du capuchon*, quoique d'une façon moins intéressante, mais, en tout cas, en faisant usage de la terminologie d'Ostancow, complet et durable. Ainsi :

OBSERVATION II. — R. N. D., 60 ans, célibataire.

Elle a toujours été déséquilibrée, car la famille la trouvait un peu *loquée*. L'état psychopathique manifeste n'a, pourtant, débuté qu'à

38 ans. Idées de persécution; hallucinations auditives et visuelles, excitation psychique, loquacité incohérente avec soliloques ou, par contre, périodes de mutisme, négativisme, agitation, rires immotivés. Depuis 1932, elle gâte sur elle-même et dans son lit. Les idées délirantes sont disparues. Le jour elle se couvre la tête avec sa jupe, la nuit avec sa jaquette.

Interrogée, elle répond avec incohérence. Elle dit, par exemple, j'ai mal à la poitrine.



FIG. 1

OBSERVATION III. — M. G., 40 ans, veuve. La maladie a débuté à 31 ans. Agitation, impulsions destructives, incohérence, coprolalie, stéréotypies, négativisme. Idées métaboliques : elle a une tête de chat, on lui a changé les mains ; sa main droite était auparavant la gauche et vice-versa.

Elle se couvre la tête avec sa jupe, le jour, la nuit elle dort la tête découverte.

— Pourquoi couvrez-vous la tête ? — « Parce que je n'ai pas de *lenço* (1). »

(1) Au Portugal, les paysannes portent comme coiffure un carré de drap, plié en diagonale, dont les extrémités font nœud sous le menton ; c'est le *lenço*.

— Dites, pourquoi vous vous couvrez la tête ? — « Parce que j'ai froid » (elle la couvre, pourtant, en été comme en hiver).

OBSERVATION IV. — M. J. S., 34 ans, mariée.

Malade à 27 ans. Agitation, impulsions, coprolalie, perte de la pudeur, incohérence, soliloques, négativisme.

Le jour, elle se couvre la tête avec sa jupe, la nuit avec un manteau ou elle noue un drap autour de la tête.



FIG. 2

Interrogée, elle répond de façon incohérente ou elle congédie les gens en leur disant : « *Va-t'en.* »

OBSERVATION V. — R. A., 48 ans, mariée.

Agitation, incohérence, vagues idées de persécution et de grandeur, négativisme, refus d'aliments, soliloques, rires imotivés.

Le jour, elle se couvre la tête avec la jupe (fig. 2), la nuit avec les draps de lit.

Interrogée, elle dit :

— « Je fais cela pour qu'on ne me voie pas la figure », ou « parce qu'on me met des bêtes dans la nourriture ».

— Mais alors, pourquoi restez-vous ainsi, quand vous ne mangez plus ? — « Parce que j'ai mal à la tête ? »

OBSERVATION VI. — A. M., 49 ans, mariée.

Malade à 43 ans. Agitation, rires immotivés, gâtisme. Absente.

Elle se couvre la tête avec la jupe, le jour ; la nuit avec le drap de lit.

Interrogée, elle répond avec incohérence.

Selon mon expérience les hommes présentent plus rarement que les femmes le *signe du capuchon*.

OBSERVATION VII. — R. P., 53 ans, marié, écrivain.

La maladie a débuté en 1918 par deux crises suivies de rémissions complètes. La troisième crise a éclaté à Paris, en 1932.



FIG. 3

Interné à la Maison de Santé Ville-Penthièvre, Sceaux, il présentait à ce moment : « Excitation intellectuelle qui a duré très peu de jours. Sensation d'euphorie. Hyperactivité, puis, brusquement, craintes d'empoisonnement ; idées de jalousie à l'égard de sa femme. Syndrome d'automatisme mental : conversations psychiques avec son infirmier. Interprétations ou hallucinations (refus d'aliments qu'il prétend empoisonnés), cénesthésiques (prétend qu'on a mis sous son lit une machine pour l'ébranler). La maladie donne l'impression d'évoluer vers une psychose paranoïde à marche rapide. » (Dr Bonhomme).

Interné à l'hôpital Comte-Ferreira en mars 1932 : refus d'aliments, idées de persécution et de jalousie, indifférence, autisme.

Depuis 1935 son état s'est quelque peu amélioré, mais tous les symptômes subsistent, seulement un peu plus atténués. L'hiver, il s'assied au salon, la tête complètement couverte par le pardessus ; en se promenant dans le parc, il se couvre aussi la tête de la même façon. Si on l'interroge sur ce fait, il n'en donne aucune explication.

En avril 1937, il a été soumis à la *leucotomie* par M. le Professeur Egas Moniz.

L'amélioration du malade s'est considérablement accrue depuis quelques mois.

OBSERVATION VIII. — B. V. S., 31 ans, célibataire. La maladie a débuté en 1933. Idées de persécution, mystiques et hypochondriaques, hallucinations auditives, refus d'aliments, actes incohérents, coprolalie.

Interné le 7 février 1938. Idées de possession, hypochondriaques, de persécution, de métabolisme interne; hallucinations auditives, visuelles, quelquefois liliputiennes. Langage mystérieux, obscur; fading mental (Guiraud). Périodes de mutisme absolu et de refus d'aliments.

Il se couvre la tête avec le drap de lit (fig. 3) et reste ainsi pendant des heures, presque journellement. Interrogé, il donne des explications très variées et très dissemblables et, presque toujours, obscures, ésotériques.

Je pourrais citer beaucoup d'autres observations absolument pareilles.

Somme toute on voit que, dans les observations publiées, on ne peut pas expliquer le *signe du capuchon* par des idées délirantes.

Une seule observation, la cinquième, peut sembler justifier une telle interprétation. Toutefois, je dois remarquer qu'après avoir dit que le but de son geste est d'empêcher qu'on lui mette des vers dans les aliments, la malade, comme réponse, fait une nouvelle interrogation: « parce que j'ai mal à la tête? »

Des réponses de ce genre-là sont extrêmement fréquentes dans la démence précoce. Les malades donnent un semblant d'explication, mais, tout à coup, présentent une autre raison, parfois diamétralement opposée à la première. Il me semble que dans de telles conditions nous ne devons donner à ces explications plus d'importance qu'elles ne le méritent.

Mais, dans la plupart des cas publiés, il n'y a même pas d'idées délirantes au moins dans l'état actuel de l'évolution de la psychose.

Du reste, le *capuchon* comme moyen de défense contre des influences extérieures peut se trouver aussi dans la psychose hallucinatoire chronique, comme il est classique et comme je l'ai vu parfois. Mais il me semble que ce qu'il a de réellement particulier dans la majorité des cas de démence précoce, c'est exactement le fait d'être une extériorisation objective de l'*autisme*.

LA CRÉATINURIE CHEZ LES DÉMENTS PRÉCOCES

PAR

R. STORA et P. TCHERNIAKOVSKY (1)

Depuis 1904, date des premières publications de O. Folin, de nombreux auteurs ont étudié les problèmes posés par la présence dans l'urine de deux corps azotés : la *créatine* et son anhydride interne la *créatinine*.

Nous n'insisterons pas ici sur la physiologie normale et pathologique des corps créatiniques renvoyant le lecteur aux excellentes revues de Hunter (5) et de Kayser (6) parues ces dernières années.

Rappelons seulement que les travaux de Pekelharing amenèrent cet auteur à soutenir une théorie selon laquelle la créatine serait un produit spécifique du métabolisme du tonus musculaire, sans rapport avec la contraction clonique.

Malgré les très nombreuses critiques faites à cette théorie ainsi qu'aux résultats expérimentaux qui l'étayaient, elle inspira un grand nombre de travaux. Dans le domaine neuro-psychiatrique elle parut devoir s'appliquer en particulier à un syndrome psycho-moteur encore mal expliqué : la catatonie. Citons les belles recherches entreprises par Claude, Baruk, Thévenard (3). Elles établirent qu'il n'y a pas de rapports définis entre le taux de la créatine du sang et l'état catatonique.

Récemment Crozet (2) a signalé chez les déments précoces catatoniques une créatininurie décelable aussi bien en période d'activité qu'en période de rémission.

(1) Travail des Services de MM. les Docteurs Courbon, Marchand et Poreher, à l'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne, et du Laboratoire de Biochimie neuropsychiatrique de l'École des Hautes Etudes. (D^{rs} Genil-Perrin et Delaville).

D'autre part, il fut établi que la créatinine n'apparaît nettement dans l'urine de l'homme adulte normal qu'aux âges extrêmes de la vie : enfance jusqu'à la puberté et vieillesse. Certaines recherches tendent à expliquer ce phénomène par les variations au cours de la vie de la fonction endocrine du testicule.

Steinach, Kun et Peczenik (12) rapportent en effet que la castration post-pubérale des jeunes rats mâles provoque une modification caractéristique de l'échange de créatine. Les animaux perdent la faculté d'utiliser la créatine fournie par la nourriture et la rejettent dans l'urine. Cette conséquence de la castration reste limitée au genre mâle ; elle est absente chez les castrats femelles.

L'ensemble de ces données sur les liaisons possibles entre le métabolisme de la créatine et les états pathologiques des systèmes musculaire et génital nous amenèrent à penser qu'il serait intéressant d'être fixé sur l'élimination des corps créatiniques non seulement chez les hétéphréno-catatoniques, mais dans toutes les formes de la démence précoce.

La démence précoce, affection de la jeunesse, l'atteignant dans son potentiel vital allait-elle physiologiquement léser la fonction endocrine du testicule et cela d'une manière constante ? Les déments précoces non catatoniques montreraient-ils une élimination différente de ceux présentant ce syndrome ?

Telles étaient les questions que nous voulions étudier.

Notre étude a porté sur 20 déments précoces parmi lesquels 8 présentaient des phénomènes catatoniques. Les 12 autres étant classées en schizophrènes, déments paranoïdes ou hétéphrénes (1).

Nous avons éliminé de notre étude les malades présentant une affection fébrile ou une affection organique du foie, des reins, du système musculaire, de la thyroïde, ainsi que les diabétiques et les grands agités.

Une fois les malades choisis, un premier dosage de la créatine urinaire était pratiqué, le sujet se trouvant au régime alimentaire habituel du service. Si sa créatinurie se révélait normale, nous le soumettions à une surcharge créatinique, méthode employée par la plupart des auteurs qui ont cherché à déceler des perturbations du métabolisme de ces corps.

Pour pratiquer cette surcharge, deux méthodes peuvent être

(1) Nous tenons à remercier très vivement MM. les Docteurs Courbon, Marchand et Pore-Hez, qui nous ont permis d'effectuer ce travail dans leurs services.

employées : soit l'injection intra-veineuse de créatine, soit l'ingestion d'aliments riches en créatine. Suivant les indications de Steinach, Kun et Peczenik, nous avons adopté la seconde méthode, faisant ingérer au patient un repas d'épreuve composé d'environ 150 grammes de viande rouge ou de 200 gr. de fromage d'Emmenthal, ce qui représente une surcharge créatinique de l'ordre de 0 gr. 60 donc insuffisante pour produire une hypercréatinurie chez un sujet normal. Ce repas était ingéré le soir sous notre surveillance, deux heures après le repas habituel du malade.

Notons que ce repas ne fut pas toujours nécessaire pour révéler une créatinurie existante et que dans certains cas il ne modifiait pas la créatinurie normale.

Les dosages furent exécutés sur des urines recueillies le matin au réveil après une nuit calme où le malade avait dormi. Dès le prélèvement, elles étaient portées au laboratoire où l'on procédait au dosage. Si un temps de latence devait intervenir entre le prélèvement et le dosage, temps qui fut limité au maximum à 2 heures, les urines étaient placées à la glacière et recouvertes de toluène.

I. Technique du dosage

Le principe général de la technique employée dans nos recherches fut celui qui consiste à doser la créatine par différence entre la créatinine totale, obtenue par hydrolyse acide et la créatinine préformée. Ce résultat multiplié par 1,16, rapport des poids moléculaires de ces deux corps, donne le taux de créatine ne pouvant exister dans l'urine.

La créatinine était dosée colorimétriquement grâce à la réaction de Jaffé. La technique particulière suivie fut celle de Lieb et Zacherl (8) basée sur l'emploi du photomètre de Pulfrich, méthode plus précise que celle de Folin qui utilise un colorimètre ordinaire avec emploi de solution étalon au bichromate de potasse.

Les solutions d'acide picrique utilisées furent préparées à partir d'acide picrique purifié par la technique d'Halverson et Bergeim. Leur conservation à l'abri de la lumière ne doit pas dépasser un mois. Les solutions de lessive de soude employées doivent être aussi fraîchement préparées.

Il importe dans ces dosages de n'utiliser que des urines fraî-

ches, clarifiées par filtration ou au besoin par centrifugation et de rejeter celles contenant de l'acétone, du glucose ou de fortes proportions d'albumines, ces corps pouvant perturber les résultats de la réaction de Jaffé.

Nous ne parlerons pas ici des détails d'utilisation du photomètre de Pulfrich. Nous renvoyons pour cela le lecteur aux publications de Lieb et Zacherl et au précis de Colorimétrie clinique du D^r Krebs (7). Notons seulement que les valeurs d'extinction adoptées furent toujours la moyenne de deux séries de cinq lectures. Les deux séries correspondant à une inversion des cuves du photomètre, opération qui permet d'éliminer les erreurs de réglage de l'appareil.

Dès le début de nos recherches nous fûmes arrêtés par une incertitude dans l'appréciation clinique de nos résultats.

Quel était le taux limite supérieur des créatinuries normales ?

Il est classiquement admis que la créatinurie est *nulle* chez les hommes adultes normaux et, dans un récent travail, M. Gauthier (4) admet comme déjà légèrement pathologique une créatinurie de 0 gr. 015 0/00.

Or, ayant cherché à nous rendre compte de la marge d'erreur possible de la méthode de Lieb et Zacherl, connue pour être plus sensible et plus exacte que celle de la plupart de nos devanciers, nous avons trouvé qu'elle s'établissait aux environs de 0 gr. 03 0/00. Il nous paraissait donc impossible d'estimer des quantités inférieures à ce chiffre.

Ayant d'autre part procédé à des déterminations de créatine dans l'urine d'hommes adultes réputés normaux, nous avons très souvent trouvé une créatinurie pouvant atteindre jusqu'à 0,05 0/00.

Ces résultats, s'ils sont en contradiction apparente avec la donnée classique, sont par contre confirmés par une récente étude de Cornil, Olmer, Dunan et Vague (1) qui citent d'ailleurs à l'appui d'une telle assertion, les travaux de Lugueidjen et B.-S. Platt (1).

Tenant compte de la marge d'erreur pratique de notre méthode et des données que nous avons établies sur la créatinurie des normaux, nous avons considéré comme hypercréatinurie pathologique, celle dont les valeurs étaient supérieures à 0 gr. 07 0/00.

(1) L'un de nous dans une étude ultérieure reviendra sur cette question de la créatinurie normale.

II. Étude clinique

Nous avons dit plus haut que nous ayons réparti nos déments précoces en catatoniques et non catatoniques.

1° Déments précoces catatoniques

Nous entendons par là, les malades chez lesquels on a noté des attitudes cataleptiques associées ou non aux autres signes de la série catatonique.

OBSERVATION 1. — C. Gaston, comptable, âgé de 23 ans, entre dans le service une première fois, le 15 novembre 1930, présentant des signes de psychose discordante, avec inquiétude, sentiment d'influence, idées vagues de persécution, inactivité, maniérisme et sourires inadaptés, désaffectivité familiale et apragmatisme sexuel. En quelques mois, amélioration de ces troubles.

Interné une deuxième fois le 28 décembre 1933, il présentait des signes à peu près identiques, avec phénomènes d'action extérieure qui, cette fois, ne régressèrent pas. Persévérance des attitudes. Ces signes faisaient porter le diagnostic de démence hétérophrénocatatonique. L'évolution fut progressive et chronique. Dans ses antécédents on note une tante maternelle morte à 29 ans d'encéphalite post-grippale. Une tante paternelle morte à l'asile à 62 ans. Sa créatine urinaire fut dosée le 15 février 1938. Elle était de 0,07 avant repas d'épreuve et de 0,185 après. *Hypercréatinurie*.

OBS. 2. — Vi. Marcel, aide-comptable, âgé de 21 ans, entre dans le service le 14 juin 1932 pour troubles mentaux ayant débuté depuis quelques années. Présente à son entrée de l'indifférence, mutisme, langage incohérent. Dénudation. Gâtisme, refus d'aliments, attitudes catatoniques, négativisme. Impulsion au suicide. Apragmatisme sexuel. Cet état est identique à celui dans lequel il se trouve actuellement et le diagnostic de démence précoce hétérophrénocatatonique est évident. Pas d'hérédité vésanique. Sa créatine urinaire fut dosée le 1^{er} février 1938, elle était de 0,127. *Hypercréatinurie*.

OBS. 3. — Le malade G. Fernand, âgé de 31 ans, manœuvre, entre dans le service le 22 octobre 1936 avec un syndrome de diagnostic évident, caractérisé par : indifférence, inhibition, barrage de la pensée, hallucinations auditives et troubles cénesthésiques avec attitudes catatoniques ; mutisme et refus d'aliments épisodiques. Apragmatisme sexuel. En somme, démence précoce hétérophrénocatatonique ayant évolué sans rémission. La créatine urinaire fut dosée le 25 janvier 1938, elle était de 0,13. *Hypercréatinurie*.

Obs. 4. — Le malade P. Norbert, facteur, âgé de 30 ans, entre dans le service le 26 février 1937, venant de l'hôpital Henri-Rousselle, et présentait un état anxieux avec idées de persécution, hallucinations multiples, interprétations morbides, sensations spéciales de fluide électrique. Idées de suicide. Cet état atypique s'enrichissait de signes de dissociation psychique avec sourires discordants, signes d'ambivalence et d'hyposexualité. Quelques attitudes catatoniques. Un pareil tableau faisait porter le diagnostic de démence précoce qui se confirma par la suite. Aucune rémission ne se manifesta et le malade est encore à l'asile dans un pavillon de chroniques. Hérité vésanique et tuberculeuse. La recherche de sa créatine urinaire fut faite le 10 mars 1937. On trouva le chiffre de 0,02. *Acréatinurie.*

Obs. 5. — Le malade Ta. Louis, âgé de 24 ans, valet de chambre, entre dans le service le 27 février 1935 pour troubles mentaux à forme de dépression mélancolique avec mutisme. L'évolution ultérieure se fit dans un sens défavorable, et un syndrome de démence précoce hétéphrénocatatonique s'installa avec : mutisme, incurie, indifférence, sourires, négativisme et impulsivité. Quelques années plus tard, l'état ne s'était pas modifié et le diagnostic se confirma. Sa créatine urinaire fut dosée le 23 février 1937. Elle fut trouvée à 0,03 sans repas d'épreuve et encore de 0,03 après repas d'épreuve. *Acréatinurie.*

Obs. 6. — Lo. Lucien, âgé de 20 ans, manœuvre, entre dans le service le 1^{er} juillet 1933 parce qu'il présentait des troubles psychiques consistant en rêveries, indifférence affective, avec état mélancolique et confusion des idées, les réponses étaient rares, inadaptées, inachevées. Déjà, le diagnostic s'orientait. Il fut porté plus tard sous la forme de démence précoce hétéphrénocatatonique avec torpeur psychique, indifférence affective, désorientation, quelques automatismes et attitudes catatoniques. L'évolution le confirma. Le malade est dans le même état depuis son entrée. Sa créatine urinaire fut dosée le 26 février 1937. Elle fut de 0,12. *Hypercréatinurie.*

Obs. 7. — We. Antoine, boulanger, âgé de 22 ans. Entre à Sainte-Anne le 3 novembre 1935 venant de l'Infirmierie Spéciale, où on notait des signes de démence hétéphrénocatatonique. Le certificat mentionne en effet : état discordant, avec stéréotypies, propos à thèmes religieux, suggestibilité extrême, indifférence affective. Bizarreries du comportement. Persévérance des attitudes. Le début des troubles remontait à plusieurs années. Il avait déjà été interné. Son état resta le même jusqu'au mois de mai 1937 où il fut transféré. L'examen de sa créatine urinaire, le 20 février 1937, se montra *négalif*. Quantités *indosables*. *Acréatinurie.*

Obs. 8. — L. Georges, chauffeur de chaudière, âgé de 25 ans, entre dans le service le 16 septembre 1934, venant de l'Infirmierie Spéciale,

où on a noté chez lui un délire d'influence à thèmes polymorphes avec idées de suicide sur fonds de débilité mentale. A Ste-Anne, il présenta un délire érotomaniaque fruste avec idées mystiques. Attitudes catatoniques. L'évolution de cet état fut progressive ; un état de démence hétéphrénocatatonique s'installa bientôt sans aucune rémission sur ce fond d'imbécillité. L'examen de sa créatine urinaire fut trouvé positif avec 0,10 le 12 février 1937 sans repas d'épreuve, et 0,14 après repas d'épreuve (28 mai 1937). *Hypercréatinurie*.

Donc sur 8 malades catatoniques, 5 étaient hypercréatinuriques, 3 ne l'étaient pas.

2° Les autres déments précoces non catatoniques comprennent des schizophrènes, déments paranoïdes ou hétéphrènes simples.

Obs. 9. — Le malade L. André, âgé de 24 ans, entre dans le service le 5 octobre 1928, pour un accès de dépression avec torpeur et pauvreté de l'idéation. Fugues antérieures et épisodes d'agitation. On notait, en outre, un fonds de débilité mentale. Cet état ne tarda pas à évoluer vers la démence précoce à forme d'hétéphrénie simple. Pas de renseignements sur son hérédité. La créatine urinaire fut dosée le 10 mars 1938. Elle était de 0,26. *Hypercréatinurie*.

Obs. 10. — Le malade G. Marcel, âgé de 18 ans, bijoutier, entre dans le service le 5 février 1930. On notait des signes de débilité mentale constitutionnelle, avec affaiblissement psychique progressif ; indifférence. Perversions. Impulsivité. Acquisitions scolaires pauvres. Plus tard, cet état passant à la chronicité, le diagnostic de démence hétéphrénique fut porté. Dans ses antécédents on note une hérédité paternelle entachée de syphilis et un oncle traité dans un asile d'aliénés. Sa créatine urinaire fut dosée le 15 mars 1938 ; elle était de 0,08 avant le repas d'épreuve, de 0,11 après. *Hypercréatinurie*.

Obs. 11. — Le malade H. Pierre, âgé de 29 ans, entre dans le service le 9 octobre 1936 avec signes évidents de démence précoce. Bradypsychie. Barrages. Demi-mutisme. Désaffectivité familiale. Idées de persécution confuses. Il est traqué, épié. On prend de lui des photographies avec des appareils à déclenchement automatique. Avait été déjà interné auparavant. En somme, démence paranoïde ; pas d'attitudes cataleptiques, pas de relations sexuelles, pas d'hérédité vésanique. Sa créatine urinaire fut dosée le 3 juin 1937, son chiffre était de 0,24. *Hypercréatinurie*.

Obs. 12. — Le malade Lo. René, âgé de 24 ans, employé de bureau, entre dans le service le 19 novembre 1937. Dans son passé on notait

quelques bizarreries de comportement avec retard intellectuel vers l'âge de 18 ans ; cet état s'aggrava considérablement, il présenta alors de l'apathie, de l'indifférence avec rires immotivés. Cela persista en s'accroissant jusqu'au jour où on l'interna. Le diagnostic de schizophrénie ne faisait pas de doute : sa désaffectivité filiale, son irritabilité, ses négligences dans son travail, son insouciance souriante, ses bizarreries d'attitude, son indifférence avec apragmatisme sexuel suffisaient à l'expliquer. Hérité spécifique. Cet état persiste inchangé depuis son entrée. Sa créatine urinaire fut dosée le 4 février 1938, elle était de 0 gr. 01 avant repas d'épreuve et de 0,03 après. *Acréatinurie.*

Obs. 13. — Le malade Cl., âgé de 20 ans, musicien de grand talent, entre dans le service le 29 septembre 1936, en état de confusion mentale avec mutisme, inertie, désordre des actes. Déjà apparaissaient quelques signes de discordance avec réponses rares et laxité des associations. L'évolution se fit vers la chronicité sous forme de démence précoce hétérophrénique. Dans son passé on relevait quelques désordres du comportement consistant en grivèlerie de taxi et ambosexualité. La créatine fut dosée le 28 janvier 1938. Elle était de 0,48. *Hypercréatinurie.*

Obs. 14. — Le malade M. Robert, âgé de 32 ans, mécanicien, entre dans le service le 27 février 1937. Il se présente comme un interprétant, avec désaffectation familiale et hyperalgésie aux contacts sociaux ; se délectant, dans la solitude, à la lecture des philosophes, acquérant une somme de connaissances considérable. D'une mémoire prodigieuse, d'une intelligence moyenne, il vivait depuis longtemps dans un monde d'idées. Brusquement, il se mit à penser qu'autour de lui une comédie burlesque se jouait dont il était le pivot. Interprétait les moindres bruits, voyant dans les malades qui l'entouraient les visages de ses parents qui le surveillaient. Irritable et impulsif par moments. Au point de vue sentimental, timide et indifférent. Apragmatisme sexuel. Le diagnostic de schizophrénie fut confirmé par l'aggravation de son délire et son évolution chronique. La créatine urinaire fut dosée le 6 avril 1937, elle était de 0,15. *Hypercréatinurie.*

Obs. 15. — Le malade Ga. Célestin, âgé de 39 ans, entre dans le service, venant de l'Infirmierie Spéciale, le 12 février 1937. Avec des signes de dissociation psychique, autisme et détachement du réel se traduisant par des interprétations morbides mal systématisées, avec idées polymorphes de persécution et de mysticisme. Il avait par deux fois été interné, en 1935 et 1938. Réformé au service militaire sur un certificat d'aliéniste. Marié à 20 ans, il eut sept enfants. Aurait toujours eu une conduite étrange, vivant séparé de sa famille, et rêvant de voyages dans des colonies lointaines. En somme : schizophrénie à

forme psychasthénique. Aucun signe de la série catatonique. Sa créatine fut dosée le 6 avril 1937. Elle était de 0,023. *Acréatinurie.*

Obs. 16. — Le malade Sc. Georges, secrétaire d'ambassade, âgé de 42 ans, entre dans le service le 16 janvier 1937, présentant un état mélancolique avec stupeur et idées d'auto-accusation, avec par intervalles des accès d'agitation anxieuse. Cela évoluant sur un fond de débilité et de déséquilibre mental constitutionnel. Cet état ne s'améliora pas, mais évolua au contraire vers la chronicité, prenant l'aspect d'un syndrome schizophrénique, mais sans attitudes catatoniques. Hérité vésanique (mère délirante). L'examen de la créatine urinaire fut pratiqué le 6 avril 1937. Le chiffre trouvé fut de 0,07. *Hypercréatinurie légère.*

Obs. 17. — Mo., étudiant, âgé de 22 ans, entre le 9 janvier 1937, venant de l'Infirmierie Spéciale. Sa psychose prit au début l'allure d'un syndrome d'automatisme mental avec hallucinations psychiques et psychomotrices et idées de persécutions imprécises. On notait, en outre, une activité autistique avec rêveries, bizarreries du comportement, timidité, tendances à l'isolement. Cet état persista en un aspect torpide de fâcheux pronostic, et le diagnostic de schizophrénie ne tarda pas à être porté. L'évolution chronique le confirma. Sa créatine fut dosée le 23 février 1937 ; elle fut de 0,03. *Acréatinurie.*

Obs. 18. — Le malade M. Marcel, télégraphiste, âgé de 17 ans, entre le 17 janvier 1937, venant de l'hôpital Henri-Rousselle, où on notait des idées délirantes à thèmes divins : mythomaniques, mégalomaniaques sur fonds d'hypomanie. Antérieurement aurait eu une vie retirée, solitaire, avec désordre du comportement. Le certificat de quinzaine du D^r Courbon portait déjà la marque de la dissociation psychique que l'évolution de la maladie confirma. On ne notait pas de catatonie. L'examen de sa créatine, pratiqué le 19 février 1938, se montrait positif : 0,14. *Hypercréatinurie.*

Obs. 19. — Ra. Eija, âgé de 28 ans. Entré le 19 décembre 1936, venant de l'Infirmierie spéciale. Début par phase d'agitation, avec gesticulations, sourires, dramatisme. Hypermimie. Intuitions morbides. Sentiment d'influence. Il s'est présenté au poste de police pour déclarer qu'on venait d'assassiner son amie. A l'examen physique, on note un tremblement lingual, un visage vultueux. Pouls : 108. A Sainte-Anne son état durant son séjour se modifia, son accès d'agitation cessa et désormais la psychose prit une allure lente et torpide. Les idées délirantes se modifièrent légèrement, en même temps qu'épisodiquement : négativisme et refus d'aliments se manifestèrent. A ce moment apparurent des signes nets de discordance, et quelques mois après le diagnostic de schizophrénie fut porté. Normal au point de vue sexuel. Pas d'hérité vésanique connue. L'examen de sa créatinine fut fait

le 10 février 1937 et fut trouvé positif : 0 gr. 20 après repas d'épreuve. *Hypercréatinurie.*

Obs. 20. — Le malade Sp. Albert, âgé de 25 ans, employé de mairie, entre dans le service le 25 mars 1937 pour troubles mentaux consistant en troubles cénesthésiques, avec autisme hypocondriaque. Il a la tête vide, ne se reconnaît plus dans les glaces, a l'impression que son visage a disparu, mentisme, indifférence sexuelle croissante, sentiment d'étrangeté, angoisses symptomatiques de schizophrénie en évolution sans signes catatoniques. Sa créatine fut dosée le 18 mars 1937, elle était de 0,07. *Hypercréatinurie légère.*

Nous trouvons donc chez ces 12 derniers malades, 9 qui présentent une hypercréatinurie et 3 qui ont une créatinurie non pathologique.

III. Discussion des résultats

Il ressort de notre étude que l'hypercréatinurie n'est pas de règle chez les déments précoces mais apparaît cependant assez souvent (14 fois sur 20 malades) au cours de cette affection. Le nombre de nos examens est encore trop restreint pour établir une comparaison entre les déments précoces catatoniques et ceux non catatoniques. Cette distinction peut d'ailleurs paraître par certains côtés superficielle. Aussi ne dirons-nous pas que les catatoniques ont moins tendance que les autres déments précoces à présenter de l'hypercréatinurie, mais seulement que les phénomènes catatoniques ne s'accompagnent pas fatalement d'hypercréatinurie. En cela, nos résultats concordent avec ceux que Claude, Baruk, Thévenard ont obtenus au cours de leurs recherches sur la créatinémie de ces mêmes malades.

En raison des résultats variables obtenus sur des malades présentant tous un état catatonique très caractérisé, il nous faudrait si la théorie de Pekelharing était exacte, rejeter l'idée d'une relation entre l'état catatonique et un trouble du tonus musculaire, mais nous avons déjà dit que cette théorie était combattue et en particulier les travaux de Kahn et de Schulz (11) semblent la réfuter entièrement. Aussi, nous abstenons-nous dans ce débat.

Reste la question des rapports entre la créatinurie et les fonctions endocrines du testicule. De nombreux faits, en dehors de ceux rapportés par Steinach, Kun et Peczenik viennent les confirmer. Read, étudiant la créatinurie chez les «cunuques péki-

nois, trouve une augmentation marquée chez la plupart d'entre eux et insiste sur l'influence de l'âge auquel la castration a été faite. Si l'opération a été effectuée après l'apparition des caractères sexuels secondaires, il n'y a pas de créatine dans l'urine, pas plus qu'il n'y a féminisation.

Morly et Macneal confirment les résultats obtenus par Read et observent que l'émission de la créatine augmente notablement les jours qui suivent la castration.

Vedel, Puech et Lang (13) essaient de vérifier ce fait, mais observant chez un sujet émasculé à 56 ans une régression des caractères sexuels secondaires sans créatinurie, ils pensent qu'il n'y a pas de parallélisme entre les caractères sexuels somatiques et « chimiques ». Nous pourrions faire la remarque inverse ayant observé chez nos déments précoces une hypercréatinurie sans régression des caractères sexuels secondaires.

Nitzecu et Gontzea (10) administrant des hormones sexuelles à des sujets créatinuriques abaissent leur créatinurie et augmentent leur tolérance à la créatine exogène. Malgré ces faits d'apparence contradictoire, il nous semble que le facteur endocrinien intervient dans cette élimination anormale (1).

Est-il le seul ? A cette question, en l'état actuel de nos connaissances, on ne peut répondre affirmativement. Il semble pourtant que la créatine est une substance dont le métabolisme n'est pas limité à un seul organe, mais qu'il est général et intéresse la physiologie cellulaire tout entière (Cornil). Nous sommes convaincus que la part que prend la cellule nerveuse dans ce métabolisme n'est pas négligeable.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. CORNIL, D. OLMER, J. DUNAN et J. VAGUE. — Les hypercréatinémies, *La Presse Médicale*, n° 36, 4 mai 1938, p. 713-714.
2. M. CROZET. — Contribution à l'étude biologique de la démence précoce, *Thèse Paris*, 1936, Loëz, imprimeur, Saint-Omer.
3. H. CLAUDE, BARUK et THÉVENARD. — *Encéphale*, 1927, t. 2, p. 741, cité p. 91, dans H. Baruk, *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*, grand in-8°, Paris, Masson, éditeur, 1938.
4. M. GAULTIER. — La créatinurie. Exploration fonctionnelle de la fibre striée, *Thèse Paris*, 1938, Amédée Legrand, éditeur.
5. A. HUNTER. — The physiology of creatine and creatinine, *Physiological Review*, 1922, t. II, p. 586-626.

(1) Rappelons à ce sujet les belles recherches de Mott (9) sur l'état des organes génitaux des déments précoces.

6. F. KAYSER. — I. Créatine et Créatinine ; II. Métabolisme des corps créatiniques, Hermann, éditeur, Paris, 1934.
7. KREBS. — La colorimétrie clinique à l'aide du photomètre de Pulfrich (édition française), Carl Zeiss, éditeur, Jena.
8. H. LIEB et M. K. ZACHERL. — Untersuchungen über den Kreatin und Kreatininstoffwechsel, Hoppe-Seyler. *Zeitschr. f. Phys. Chem.*, t. 223, p. 169, 1934.
9. MOTT. — L'état des organes génitaux dans la démence précoce. *L'Encéphale*, 1923, p. 73-84.
10. NITZECU et GONTZEA. — Hormone gonadotrope préhypophysaire et créatinurie, *C.R. Soc. de Biol.*, 1937, t. 125, p. 77 et 80.
11. SCHULTZ. — Cité d'après H. Baruk (3). *Pflügers Archiv. f. A. ges. Physiol.*, t. 196, 1921, p. 126.
12. E. STEINACH, H. KUN et O. PECZENIK. — Diagnostischer Test für hormonbedingte Störungen der männlichen Sexuafunktion und seine Klinische Anwendung. *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. 49, 27 mars 1936, p. 388-390.
13. VEDEL, PUECH et LANG. — A propos du métabolisme chez les eunuques. *Revue française d'endocrinologie*, t. 4, p. 332, 1926.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 8 Décembre 1938

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, vice-président

PRÉSENTATIONS

Un cas d'érotomanie, par M. G. HEUYER et M^{me} GAULTIER

Nous ne reprendrons pas à propos d'un malade l'histoire de l'érotomanie. Quelle que soit la valeur des travaux de Magnan, de Garnier, de Portemer, on peut dire que la description faite par de Clérambault a donné à l'érotomanie une forme définitive, étayée par une solide clinique.

Toutefois, récemment, les thèses brillantes de M. Ferdière et de M. Fréret ont étudié de nouveau le syndrome érotomaniaque ; les notions essentielles, établies par G. de Clérambault, ont été discutées et mises en doute. Nous avons donc pensé qu'il était intéressant de présenter un nouveau cas d'érotomanie ; dans l'ensemble, il reproduit intégralement, au point de vue clinique, les éléments essentiels de l'érotomanie pure.

Nous avons examiné le malade Le C... à l'Infirmierie Spéciale, où il nous a été amené le 25 novembre dernier. Il avait écrit à une dame P..., au mari et à la famille de celle-ci une série de

lettres qui avaient paru incohérentes, et, dans l'une, adressée au mari, il faisait des menaces de mort.

Le C... est un homme de 45 ans, dont la vie a été un peu agitée. Il a été élève de l'École Supérieure de Commerce de Nantes, puis il est allé pendant deux ans à la Côte d'Ivoire pour chasser le singe. Malade, il est revenu en France et il est retourné à la Côte d'Ivoire comme planteur d'acajou. Il a gagné beaucoup d'argent, dit-il, il l'a joué à Monaco et il a tout perdu. Il est allé ensuite pendant deux ans dans les mines de la Ruhr. En 1927, il est entré comme représentant à la commission dans une maison de frigidaires. Il aurait gagné 35 à 40.000 fr. par an. Mais, ces derniers temps, il ne faisait pas d'affaires. Il est d'ailleurs vraisemblable qu'à ce sujet il fabule, car, d'après les renseignements donnés par sa concierge, il ne serait dans la maison de frigidaires que depuis l'hiver dernier.

Il a une imprégnation alcoolique incontestable : il boit du vin rouge, quatre demis de bière par soirée et deux apéritifs par jour. Enfin, il a eu la syphilis il y a quinze ans. Il a été traité pendant de longues années et, il y a deux ans, l'examen du sang a été négatif.

Il a été fiancé deux fois. Ses fiançailles ont été rompues, parce que, dit-il, il est « très pointilleux, sujet à de vives colères, très susceptible ». Il déclare : « que la plupart du temps on l'a pris pour un imbécile et on se plaisait à le rendre jaloux. »

Il a connu Mme P... alors qu'elle était encore jeune fille, sous le nom de Mlle V... Les parents de celle-ci tenaient un bureau de tabac où il allait régulièrement s'approvisionner. Il y a deux ans et demi il l'a demandée en mariage, il a été repoussé, mais depuis cette date il a commencé à écrire à la demoiselle V... et à sa famille. Il a continué à écrire quand elle s'est mariée et qu'elle est devenue Mme P...

Le ton de ses lettres est très variable. Les unes sont des lettres amoureuses dans lesquelles il l'appelle « petite reine », « BETHAnie » ; d'autres sont écrites à « mon épouse, imaginaire demi-vierge ».

Mlle V... était déjà fiancée quand il l'a connue. Il a appris qu'elle s'était mariée, mais il est persuadé que ce n'est pas un vrai mariage : c'est « un mariage fantaisiste ». Le mari est « un mari imaginaire, un mari dans les nuages », un « prince qu'on sort » (*sic*). Ainsi, il écrit au mari :

« Le 4 décembre, vous vous êtes marié avec Mlle V... Or, savez-vous que le même jour, le 4 décembre 1937, à 15 heures, Mlle V... avait rendez-vous avec moi au *Petit Journal*. Savez-vous que vous êtes le dernier des salauds et que vous devez régulariser la situation avec Mlle V... »

Quand on lui demande de s'expliquer au sujet de ses lettres, il déclare que : « Depuis son mariage, il a couru tellement de bruits contradictoires... Elle est bien mariée officiellement, mais, je n'ai

jamais vu le contrat. » « J'ai entendu dire : elle n'est pas mariée, et il ajoute : *elle a voulu, en principe, se marier avec moi ; au fond, elle était amoureuse de moi.* » « Depuis son mariage, elle m'a fait passer pour un idiot. Quand j'ai demandé sa main, sa mère m'a repoussé, mais, quinze jours après, elle a engueulé sa mère. »

Il est convaincu que Mme P... l'aime, veut se marier avec lui, que son mariage avec M. P... n'est pas valable. Il y a une lettre dans laquelle il parle « d'un constat comme celui d'un mari pour une femme adultère ».

Si Mme P... depuis son mariage lui a causé beaucoup d'ennuis, est allée « voir ses patrons », a refusé de lui rendre ses lettres et actuellement l'a fait envoyer à l'Infirmierie Spéciale, ce sont *des épreuves*. D'ailleurs, dit-il, elle lui parle tous les jours, elle lui fait des commissions par Roger, un garçon de restaurant. Dans son entourage, dans le café où il fréquentait, on lui dit, « en sous-main, mais pas directement : « Tu es un imbécile et un idiot, tu ne comprendras jamais c'est toi qui devrais être actuellement à la place du mari, assis à la caisse. »

Il est persuadé que Mme P... a essayé de le protéger en commandant la maison où il est employé comme représentant et dont « elle veut le faire devenir directeur ». Il sait « par recoupement, sans qu'on le lui ait jamais dit, qu'elle a mis de l'argent dans l'affaire F... C'est une diablesse. Elle dirige tout le monde, elle matraque tout le monde. Je me rends bien compte qu'elle voulait que je passe par les petits chemins. ».

Pour se rapprocher d'elle, il a envoyé à Mme P... des traites sur la maison F... qu'il représente. Ce sont, dit-il, « des traites signées Leriche, nom d'un de ses clients ». Quoiqu'il nie, la vérification des signatures permet de voir que c'est lui qui les a signées, et que les traites sont fausses. Il a écrit ensuite une série de lettres à Mme P... pour réclamer ces traites. Il réclame aussi ses lettres et cadeaux qu'il lui aurait faits. Il a envoyé un télégramme signé Leriche, adressé de Dieppe à Mme P..., disant qu' « il l'attendait et qu'il était surpris qu'elle ne soit pas venue ».

Le contenu des lettres est quelquefois étrange et incohérent. Il parle de ses inventions : une turbine, une cuillère automatique, une boîte à vanille. Il explique le contenu de ces lettres par le fait qu'il les écrivait après minuit ou une heure du matin lorsqu'il avait bu et qu'il était excité : « Je me montais la tête, dit-il, alors j'écrivais. On a dit que j'écrivais trois lettres par jour. C'est exagéré. Le paquet que vous me montrez a été constitué en trois ans. »

Dans les dernières lettres qui ont décidé de son envoi à l'Infirmierie Spéciale, il exige de M. P... qu'il se marie avec Mlle V... et il ajoute :

« Savez-vous qu'il est de mon devoir d'avertir le Procureur de la République et votre famille que je vous battrais comme un chien, si vous ne le faites pas, vous êtes, ma parole, la dernière crapule. Vous

m'avez compris cette fois. A votre disposition quand et où vous voudrez. »

Au cours de la confrontation entre les époux P... et Le C..., le mari a montré qu'il juge sainement la situation en considérant Le C... comme un malade. Quant à Mme P..., elle est furieuse. Le C..., dit-elle, a failli briser son mariage par les nombreuses lettres qu'il lui écrivait. Or, elle n'est jamais sortie avec lui. Elle le connaissait à peine quand il l'a demandée en mariage et elle a immédiatement refusé. Quant aux traites de la maison F..., elle ne comprend pas ce qu'elles signifient. Elle ne connaît pas la maison F..., ni aucun des employés ou des clients de cette maison. Devant nous, sur un ton bienveillant, Le C... déclare que Mme P... fait partie de la maison F..., mais il n'insiste pas, car « elle a, évidemment, des raisons pour ne pas l'avouer ». Il ne lui fait aucun reproche, il s'excuse, au contraire, d'avoir été un peu vif, quand il a réclamé ses lettres et il propose une « transaction », à condition qu'on le fasse sortir de l'Infirmerie Spéciale.

Après le départ de Mme P..., il nous dit : « Vous allez peut-être croire que c'est un produit de mon cerveau : ou elle est mariée et alors elle doit me rendre mes lettres, ou elle n'est pas mariée et elle m'a fait mettre ici parce qu'elle est embêtée. Elle veut m'assagir, c'est une épreuve. » (*sic*). Il reconnaît qu'il a eu tort, au point de vue moral, de faire des menaces de mort à M. P... Il se trouve des excuses dans « le doute où on l'a laissé subsister », et aussi, dit-il, dans le fait qu' « on a gardé des traites qui lui ont fait perdre sa situation ».

A l'examen physique, Le C... présente des signes d'imprégnation alcoolique : de la couperose, de la congestion céphalique, un peu de tremblement digital et lingual. Il n'a aucun signe neurologique de la syphilis contractée il y a 15 ans. Nous lui avons fait une ponction lombaire. L'examen du liquide céphalo-rachidien a été négatif (albumine : 0,20 ; leuco. : 0,6 ; Pandy, Weichbrodt, Wassermann, Benjoin négatifs).

Le C... a été interné avec le certificat suivant :

« Idées délirantes érotomaniaques. Attachement sentimental et amoureux à une femme P... Conviction de réciprocité. Certitude d'être aimé par Mme P... Doute sur le mariage réel de celle-ci, qui lui reproche de l'avoir laissée mettre en ménage avec P... Protection probable de la dame P... qui commandite la maison où il est employé comme représentant et dont elle veut le faire devenir directeur. Epreuves imposées dont la dernière, l'envoi à l'Infirmerie Spéciale, est destinée à l'assagir. Interprétations multiples : allusions, sous-entendus ou propos entendus directement dans les cafés où il fréquente : « C'est lui qui devrait être assis à la caisse où se tient M. P... C'est lui qui devrait être marié avec Mme P... » Multiples tentatives pour se rapprocher de l'objet. Lettres nombreuses. Envoi des traites, probablement fausses, à la dame P... Réclamations vives ou

grossières de ses lettres et des traites. Menaces de mort au mari. Dans les lettres, quelques propos bizarres, jeux de mots d'hypomaniaque ou rappels oniriques d'alcoolique. Signes d'imprégnation alcoolique. Congestion céphalique. Couperose. Tremblement digital et lingual. Syphilis il y a 15 ans, sans signes actuels. Traitement pendant 10 ou 12 ans. Ponction lombaire négative ; albumine : 0,20 ; leuco. : 0,6 ; Pandy, Weichbrodt, Benjoin négatifs. Permis de conduire à supprimer. »

Dans cette observation on retrouve les traits essentiels de l'Érotomanie pure décrite par de Clérambault. Il s'agit d'un cas pur, car il n'y a aucune hallucination, aucune idée d'influence. Le postulat existe. Il est foncier et nettement exprimé. C'est l'objet, c'est Mme P... qui a commencé : elle l'aime, elle veut se marier avec lui, elle lui fait subir des épreuves pour l'assagir, car il a montré déjà son mauvais caractère. Il admet qu'il aime aussi la dame P..., il éprouve un certain dépit qui ne va pas jusqu'à la haine. Il a quelques griefs contre elle, surtout une déception amoureuse ; il trouve que les épreuves durent depuis trop longtemps.

A côté de ce postulat fondamental, nettement exprimé, on retrouve la plupart des thèmes dérivés sur lesquels insiste de Clérambault :

Les conversations indirectes avec l'objet, qui prend comme intermédiaire Roger, garçon du café où fréquente Le C... *La protection continuelle de l'objet*, qui commandite la maison F... et veut que Le C... en devienne directeur ; c'est dans ce but qu'elle l'y a introduit comme représentant. Le roman de Le C... suscite une *sympathie, particulièrement parmi ses amis* qui fréquentent le même café et qui lui disent ou lui font comprendre qu'il devrait être à la place de M. P... à la caisse du bureau de tabac. Enfin, *l'objet est libre*. Le mariage de Mme P... ou n'est pas valable, ou même est inexistant. Car Le C... n'a jamais vu le contrat. Ainsi, l'objet finit par être dans une situation tout à fait anormale et irrégulière, d'où la lettre à M. P... où il le met en demeure de régulariser sa situation. On retrouve aussi la *conduite paradoxale et contradictoire* de l'objet qui, tout en le protégeant, risque de le faire enfermer.

On a insisté maintes fois et G. de Clérambault particulièrement sur l'absence de jalousie. Le C... n'a aucune raison d'être jaloux de M. P..., puisque le mariage n'a pas été consommé. S'il adresse des menaces de mort au mari, c'est parce que celui-ci ne veut pas remplir son devoir. Dans une lettre qu'il écrit aux beaux-

parents de la jeune femme, il fait à M. P... le reproche de « se marier avec une femme pour rendre un autre jaloux, accepter de manger, de dormir et de fumer gratis pour mettre un autre homme dans la « merde », le matraquer partout, le faire ramper et le « foutre » à la porte, en faire un chômeur et ne pas même lui offrir une croûte de pain ».

Le C... est si sûr de l'affection de l'objet qu'il acceptera que la situation soit régularisée avec M. P... Mais comme l'épreuve dure longtemps, il acceptera de transiger. La transaction, — ce ne sera pas seulement d'obtenir ses lettres : il accepterait volontiers de M. P... une certaine somme d'argent.

A ce point de vue, la tendance des érotomaniaques à se faire entretenir que signale M. Fréret dans sa brillante thèse se vérifie dans notre observation, d'une manière pourtant accessoire.

Ce qui domine dans le caractère de Le C... c'est l'orgueil. Cet orgueil est si excessif que nous avons pensé à un état délirant mégalomane. Les inventions niaises dont il se vante, — la cuillère automatique, la boîte à vanille, le contenu incohérent et absurde de certaines de ses lettres où la fabulation paraît mélangée à des reliquats délirants incoordonnés et absurdes, la notion de syphilis antérieure nous ont fait penser à la possibilité d'une paralysie générale au début. Mais, la ponction lombaire nous a démontré qu'il n'y avait pas actuellement de syndrome paralytique en évolution.

Quoique l'orgueil soit le fond même du caractère de Le C..., il est difficile de le considérer comme un paranoïaque. S'il est orgueilleux il n'est guère méfiant. La conviction même de subir des épreuves après lesquelles il triomphera l'empêche d'avoir une attitude de paranoïaque persécuté. Il n'est guère non plus revendicateur ; s'il réclame ses lettres, c'est beaucoup plus par dépit que pour en tirer quelque bénéfice. S'il accepte de transiger, comme il dit, cette attitude n'est pas habituelle ; elle a été épisodique à l'Infirmierie, elle ne se traduit par aucune offre précise dans les lettres.

L'observation que nous rapportons d'un cas d'érotomanie pure nous paraît, au point de vue clinique, dans son postulat et dans ses thèmes dérivés, représenter les éléments essentiels du syndrome décrit par G. de Clérambault.

Au point de vue organique, notre malade est à la fois un syphilitique et un alcoolique. Il est difficile de faire la part de l'intoxication et de l'infection dans la production du syndrome délirant érotomane. Mais, dans la rupture de contact avec

la réalité, que constitue un état délirant, le rôle des causes affectives n'est guère évident. La syphilis, dans ce délire comme dans d'autres, nous paraît avoir joué un rôle important.

Le malade, introduit et interrogé sur les motifs de son internement, devient immédiatement réticent et tend à faire croire que tout ce qu'il a dit et fait antérieurement était des plaisanteries. Il a voulu, dit-il, se moquer de Mme P..., de ses parents et du mari.

Il nie avoir fait des menaces de mort. Il déclare qu'il a écrit seulement pour réclamer ses lettres et les traites. Il nie aussi les allusions qui le concernaient et qu'il a entendues dans le café où il fréquentait. Il dit être convaincu du mariage de Mme P... ; il mentionne la date ; il affirme qu'au cours de la confrontation à l'Infirmierie Spéciale, c'est lui qui a fait des reproches à Mme P... parce qu'elle avait gardé les cadeaux qu'il avait envoyés. Il admet pourtant qu'il avait entendu dire que Mme P... devait devenir commanditaire de la Maison F... et que lui-même serait un jour directeur de la même maison.

Il nie également avoir inventé la cuillère automatique, la boîte à vanille et la turbine.

Il demande qu'on le fasse sortir le plus tôt possible de l'asile.

Quand il est gêné par une question trop précise, lorsqu'on lui lit certaines phrases de ses lettres, il déclare que c'étaient des plaisanteries. Il dément même que ces plaisanteries aient duré trois ans.

M. G. FERDIÈRE. — Je tiens à remercier le D^r Heuyer d'avoir bien voulu rappeler le travail que, l'an dernier, j'ai consacré à l'érotomanie ; il a consisté surtout à refuser à celle-ci toute individualité clinique et à la réduire au rang modeste qu'elle mérite, celui d'un simple syndrome observé dans la plupart des maladies mentales, syndrome construit de matériaux de solidité multiple et occupant une place plus ou moins de choix dans la série des « apparences ».

Parmi les centaines de cas d'érotomanie que j'ai été appelé à étudier, je n'en ai pas observé un seul d'érotomanie pure chère à G. de Clérambault et je dois avouer, en toute sincérité, que le cas présenté aujourd'hui sous ce titre me paraît singulièrement confirmer ma manière de voir : voici un malade extrêmement complexe, avec lequel il faudrait passer plusieurs heures pour être capable d'étiqueter sa psychose et de prévoir le devenir de celle-ci ; cet alcoolique certain, ancien syphilitique, peut-être affaibli, présente en tout cas, avec l'admirable sthénie des paranoïaques, des idées délirantes entrant dans les cadres les plus divers : de grandeur, de persécution... ; pourquoi faire une place à part aux idées érotomaniaques ? Il y aurait des raisons au

moins égales de présenter ce sujet sous le titre : « un cas de persécution pure ».

Le D^r Heuyer vient, en outre, m'accuser de toucher avec un certain irrespect aux travaux de Clérambault ; j'ai cependant, par ailleurs, écrit toute mon admiration pour celui-ci et insisté sur la si profonde et si complète description qu'il nous a donnée de l'érotomanie, mais une œuvre, — si géniale soit-elle, — ne me paraît pas intangible ; elle doit, au contraire, être soumise à une critique sévère et à une constante révision ; c'est là, semble-t-il, la condition de tout progrès dans le domaine scientifique.

M. HEUYER. — M. Ferdière déclare que ce malade n'est pas un cas d'érotomanie, mais tout au plus un épisode érotomaniaque au cours d'un délire interprétatif.

C'est une affirmation qui ne repose sur aucun fait exact. Quel est le délire interprétatif de ce malade ? Ses réponses actuelles montrent sa réticence, fait qui est classique et bien connu, qui se produit chez tous les érotomanes dès qu'ils sont internés. Il y a longtemps que G. de Clérambault avait insisté aussi sur ce fait. Comme tout passionnel, depuis qu'il est parmi les aliénés, ce malade sait qu'il y a tout un thème délirant dont il ne doit pas parler. Il nie tout, même ce qu'il a écrit et les faits les plus certains. Ainsi, il veut faire croire qu'il a seulement envoyé récemment quelques lettres facétieuses au mari de la dame P..., alors que ses réactions ont duré pendant trois ans.

M. Ferdière dit que ce malade est un grand paranoïaque ; son attitude est tout au plus celle d'un malade surexcité qui fait des plaisanteries pour éviter de répondre aux questions précises qui lui sont posées.

Il est inexact aussi de dire que l'érotomanie est un délire épisodique qui disparaît quand le malade est interné. J'ai vu, à l'Infirmerie Spéciale, une malade qui a été internée huit fois pour le même délit érotomaniaque, dont les manifestations s'adressaient au secrétaire d'un Commissariat de police ; dès qu'elle était à l'asile, elle devenait douce, réticente, souriante. Affirmait-elle que tout ce qu'on lui reprochait était inexistant, elle obtenait sa sortie et dans les quelques jours qui suivaient, elle recommençait ses réactions quérulantes à l'égard de l'objet.

Pour notre part, nous serions très désireux, à titre de démonstration, de voir ce malade rapidement mis en liberté, de façon à pouvoir juger de ses réactions quand il ne sera plus à l'asile.

Nous n'avons pas interprété son attitude. Nous nous sommes borné à rapporter les phrases même tirées de ses lettres, qui

suffisent à démontrer les caractères essentiels de son délire érotomaniaque :

- 1° la conviction délirante qu'il est aimé ;
- 2° tous les thèmes dérivés que nous avons signalés dans notre communication.

Fugue d'origine confusionnelle chez un spécifique paludéen,
par MM. Raymond ROGÉ et René VERCIER

Le malade que nous désirons présenter à la Société offre un triple intérêt, en raison :

- de troubles psychiques survenus dans des circonstances telles qu'un doute a pu subsister sur leur origine ;
- de troubles physiques et généraux en relation directe avec ceux-ci, et qu'ils tiennent sous leur dépendance ;
- de la discussion qui s'élève sur la part réciproque des deux affections qui ont pu engendrer ces troubles.

M. B..., âgé de 23 ans, nous est adressé pour observation par la S.N.C.F. après *une fugue* de longue durée.

Il nous paraît important de faire remarquer que, tout d'abord, par suite d'une erreur de transmission nous ignorions le motif exact pour lequel ce malade nous était envoyé, et que celui-ci, interrogé à plusieurs reprises sur des troubles éventuels du comportement, a nié avec insistance, et n'a avoué avec réticence, d'ailleurs, qu'après avoir vu entre nos mains son dossier à la Compagnie.

M. B..., nous dit-on, a quitté normalement son travail le 29 septembre dernier en emportant sa paye. Le lendemain, il est porté absent. Il est à noter qu'à ce moment les chemins de fer étaient mobilisés en raison des événements extérieurs, d'où le caractère de gravité de cette absence.

Il rentre à Reims 10 jours plus tard, ne donnant d'autres explications au médecin de la Compagnie que : « Je suis malade. »

Lorsqu'on l'interroge, le malade déclare se souvenir assez bien de ce qu'il a fait durant les jours qui ont précédé son départ. Il raconte notamment que la veille il s'est senti souffrant, fiévreux, présentant des sueurs abondantes.

Il est parti conscient de ce qu'il faisait, mais sans pouvoir expliquer pour quelle raison il le faisait.

De Reims il a gagné Paris où il est resté un jour. Il a couché à l'hôtel, puis le lendemain il a pris le train pour Marseille. Il ne fournit aucune explication sur ce nouveau voyage, et sur le choix de cette ville, sinon : « J'avais envie de revoir ce pays que je connaissais. » Il semble être resté quatre à cinq jours à Marseille, errant dans les

rues et sur le vieux Port, puis il rentre à Paris où, désemparé, bien qu'ayant encore de l'argent, il erre, couchant le plus souvent à l'hôtel.

Finalement, il se rend le 8 octobre chez un ami qui le conduit à un médecin. A celui-ci il déclare : « Je me sentais faible, je transpirais la nuit, je me rendais vaguement compte que j'étais bizarre. »

Il écrit ensuite à sa femme qu'il n'avait évidemment pas avertie de sa fugue, puis il rentre à Reims.

Par ailleurs, B... a présenté dans le service un comportement normal, son jugement paraît excellent, ainsi que sa mémoire et son affectivité, qui n'ont été vraisemblablement diminués que lors de l'épisode que nous venons de décrire.

Il manifeste le désir de travailler afin de quitter l'emploi de manoeuvre qu'il tient actuellement faute de mieux, et d'acquérir la spécialité d'électricien qu'il a apprise durant son service dans la marine.

Avant de pousser plus loin l'examen de ce malade et de mettre une étiquette définitive sur ses troubles mentaux passagers, il nous est déjà permis de faire en quelque sorte le point, l'examen du fonds mental de B... nous en ayant montré l'intégrité actuelle.

La première hypothèse qui venait à l'esprit, en raison des circonstances qui ont entouré cette fugue, était celle d'une névrose émotive, comme il s'en est rencontré bon nombre à cette période, même chez des sujets jeunes en âge d'être mobilisés et parfaitement normaux antérieurement du point de vue psychique.

Cependant, B... affirme que les événements extérieurs ne l'avaient nullement ému, qu'il n'avait aucunement peur de la guerre. Son insincérité au début de notre examen tient en grande partie à ce qu'il mesure maintenant les conséquences de son acte, et qu'il a très peur des sanctions militaires et administratives qu'il eût pu entraîner.

L'interrogatoire permet également de se rendre rapidement compte qu'il ne s'agit pas d'un psychasthénique ayant agi sous l'influence d'une idée obsédante, ni d'un mélancolique poussé à fuir devant une grande crise d'anxiété.

La question de la simulation méritait enfin d'être posée, cependant l'étude des antécédents, la recherche des raisons éventuelles qui auraient pu le pousser à simuler permettent d'écarter cette hypothèse. Notre malade n'a aucun sujet de mécontentement avec sa femme, son dossier à la Compagnie le note comme un bon ouvrier, — il a fait trois ans de service dans la marine sans punitions graves.

Tout au contraire, malgré le point de départ impulsif, la relative conscience des actes qu'il a accomplis, une certaine désorientation pendant sa fugue, une amnésie presque complète localisée à celle-ci, rappellent assez un état confusionnel avec onirisme, bien qu'au sens propre du mot il ne s'agisse pas d'une confusion véritable.

Nous n'insisterons pas sur ce fait que B... n'est ni un épileptique, ni un éthylique.

Nous allons d'ailleurs voir que l'examen complet de ce malade vient confirmer l'hypothèse de fugue confusionnelle, en nous laissant d'ailleurs perplexes sur l'étiologie réelle de cet épisode.

Du point de vue subjectif, il se plaint actuellement de céphalée frontale survenue depuis plusieurs mois, presque permanente, mais relativement peu intense, et ne gênant ni son travail ni son sommeil. Il accuse, en outre, une asthénie très marquée, apparue en même temps que les maux de tête.

Si l'on recherche ses antécédents, on note au cours d'un séjour au Maroc il y a cinq ans des crises de paludisme. Quelques accès seraient survenus depuis son retour en France ; nous avons signalé que la veille de sa fugue et pendant le cours de celle-ci, il aurait eu de la fièvre et des transpirations abondantes.

Pas d'autres antécédents, pas de notion de chancre ni de syphilitides cutanées, et, fait intéressant, B. insiste sur ce que la seule fois où il a été au quartier réservé, il est passé par la cabine prophylactique.

Il est marié depuis deux ans, a un bébé bien portant, sa femme n'a jamais fait de fausse-couche.

L'examen général, en dehors de sa pâleur, ne révèle rien d'anormal, en particulier, le foie et la rate sont normaux.

L'examen neurologique, par contre, montre une *abolition de tous les réflexes des membres inférieurs et une abolition des deux réflexes tricipitaux.*

On ne trouve en dehors de cela aucun autre symptôme, en particulier de la série tabétique, toutes les sensibilités sont normales, les réflexes pupillaires également.

Ainsi donc, l'examen ne permettait absolument pas de conclure, la notion de paludisme n'étant pas vérifiée par la splénomégalie qu'on était en droit d'attendre dans un cas de paludisme chronique ; quant à l'abolition isolée des réflexes tendineux, elle peut se voir dans certains cas qui n'ont rien de pathologique.

Par contre, l'examen du sang et la ponction lombaire viennent affirmer le paludisme et la syphilis.

On constate, en effet, sur lame la présence de *nombreux hématozoaires* surtout extra-cellulaires, et la ponction donne les résultats suivants :

Liquide clair, de tension normale. Albumine : 0,60. Réaction de Pandy positive. Un élément par mm³. Réaction de Wassermann fortement positive et dans le sang également. Benjoin colloïdal précipitant partiellement dans les trois premiers tubes et dans les tubes 7, 8, 9, 10.

Le diagnostic de confusion mentale d'origine infectieuse était donc fail, — ou plutôt d'obnubilation, — car on ne retrouve pas chez lui les signes nets d'une confusion véritable. La question se posait alors de déterminer du point de vue pronostic l'importance respective du paludisme et de la syphilis dans la production des troubles présentés par ce malade.

S'agit-il chez B... d'une paralysie générale au début, avec ce besoin impulsif de locomotion que l'on peut voir chez certains sujets, comme s'ils avaient une sorte d'intuition de la déchéance intellectuelle qui les guette ?

S'agit-il, au contraire, d'un de ces accès oniriques passagers, d'une de ces confusions brèves, qui accompagnent ou servent d'équivalent à l'accès fébrile au cours du paludisme, et surtout lorsqu'il est insuffisamment soigné ?

Nous pensons que chez notre malade on peut écarter l'hypothèse d'une paralysie générale débutante, en nous basant sur les arguments suivants : s'il est vrai qu'une fugue peut être le premier symptôme de la maladie, il est quand même exceptionnel que l'examen du fonds mental ne révèle pas quelques troubles du jugement, de la mémoire, ou de l'initiative, légers, mais suffisamment caractéristiques.

Or, il n'en est rien dans le cas présent et nous avons vu que le psychisme de notre malade était absolument intact.

Nous nous appuyons plus fermement sur les résultats biologiques. Il existe bien une albuminose, d'ailleurs relativement peu considérable, mais surtout la leucocytose est normale, en tous points semblable à ce que l'on peut rencontrer chez un neurosyphilitique réagissant bien au traitement. D'autre part, la précipitation partielle du benjoin dans les trois premiers tubes s'écarte de ce qu'on rencontre habituellement dans la paralysie générale, même au début, et ressemble, au contraire, à ces formules de benjoin réduites que l'on obtient par le traitement, stovarsol ou malariathérapie.

Nous croyons donc pouvoir avancer qu'il s'agit chez notre

malade d'un accès de confusion mentale d'origine paludéenne, sinon entièrement pur, tout au moins à peine influencé par la spécificité, comme en témoignent l'accès fébrile précédant la fugue, la disparition complète des troubles mentaux, et surtout la présence dans le sang de nombreux hématozoaires qui signent non seulement un paludisme en évolution, mais encore une crise récente.

Tout ceci prenant par conséquent une grande importance pronostique.

Nous voudrions enfin insister sur un dernier point qui est plus une hypothèse qu'une réalité démontrée, à savoir le rôle possible du paludisme sur la spécificité de notre malade.

Il est classique de dire que les deux infections unissent leurs effets pour produire des lésions chroniques des divers organes et qu'elles s'aggravent l'une et l'autre.

Or, nous ne pouvons manquer d'être frappés par certains faits : notre malade présente une syphilis décapitée, nullement soignée. Il est atteint d'une neuro-syphilis extrêmement précoce puisque l'on peut fixer la contamination à cinq ou six ans, suffisamment active pour entraîner une méningo-radicalite diffuse abolissant de nombreux réflexes, et cependant il ne présente aucun trouble psychique du type paralysie générale, ses réactions biologiques au contraire rappellent celles que l'on rencontre chez de tels malades en cours du traitement.

On peut donc avancer que, loin de représenter un facteur aggravant, l'infection paludéenne a sans doute pu jouer ici le rôle bienfaisant d'une malariathérapie spontanée quoique insuffisante.

M. TUSQUES. — La forme onirique de la confusion mentale syphilitique est fréquente. Certains auteurs dont Plaut y insistent.

M. HESNARD. — Elle est également fréquente dans la confusion mentale paludéenne.

M. MARCHAND. — Le cas est très intéressant, car on peut discuter sur l'attribution étiologique des divers symptômes et j'invite M. Rogé à nous représenter son malade.

M. HESNARD. — L'abolition des réflexes, même sans autre signe de polynévrite, se voit aussi bien chez les paludéens que chez les syphilitiques.

État démentiel simulant une psychose présénile. Tuberculose encéphalique, par MM. L. MARCHAND, G. DEMAY et J. NAU-DASCHER.

Continuant nos recherches anatomo-cliniques sur les psychoses dites préséniles, nous avons eu la surprise, au cours de nos examens *post mortem*, d'observer le cas suivant qui montre que les considérations cliniques sont à elles seules insuffisantes pour préciser les différents processus cérébraux qui sont décrits sous cette appellation.

Mme E... Philomène, veuve M..., née le 20 septembre 1881, s'est toujours montrée émotive, scrupuleuse, susceptible. Elle est, en outre, très pieuse, d'intelligence moyenne, elle travailla comme domestique et mena une vie régulière. A l'âge de 27 ans elle a été atteinte de fièvre typhoïde. Depuis longtemps, elle se plaint de constipation. Elle a eu quatre enfants, dont le premier est mort à l'âge de deux mois, les trois autres, âgés de 35, 32 et 30 ans, sont bien portants.

Jusqu'en juillet 1936, elle s'est comportée normalement, et a travaillé de façon assidue. Elle est alors âgée de 54 ans. Au début de juillet, se sentant fatiguée, elle demande des vacances qui lui sont refusées. Elle éprouve de ce fait une vive contrariété. Dès lors, elle se montre préoccupée, inquiète, manifeste des craintes au sujet d'une nouvelle guerre. Elle parle de sonneries mystérieuses. Pendant trois jours, elle refuse toute nourriture. Elle exprime des idées de suicide, répète : « Il faut qu'on me tue, étranglez-moi... »

Elle est admise à l'hôpital Henri Rousselle et le 24 juillet on constate qu'elle est atteinte de « mélancolie anxieuse, tristesse, attitude inquiète, anxiété paroxystique avec turbulence et déambulation, mutisme absolu, opposition aux soins et à l'examen. »

A l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, où elle entre le 28 juillet 1936, elle a pendant deux ans présenté le même syndrome anxieux et son attitude n'a guère varié. Mutisme constant, ne cédant à aucune sollicitation, interrompu seulement par des gémissements, par quelques exclamations : « Ce n'est pas possible, c'est affreux... », et, au début seulement, par quelques mots paraissant indiquer des idées de persécution : « On s'amuse de nous..., on m'a endormie..., on me faisait des choses qui n'allaient pas... »

L'examen psychologique, et, en particulier l'étude du fonds mental, n'a pu être à aucun moment pratiqué. Physionomie contractée, rides frontales, oméga mélancolique, abaissement des commissures labiales. Mimique inquiète, sursauts, mains jointes, yeux portés au ciel. Opposition à l'alimentation, à la toilette, à l'alitement ; elle se lève sans cesse, retire du lit draps, couvertures et même matelas, erre dans les

salles en gémissant. Elle se retient d'uriner, d'aller à la selle. Elle dort peu, malgré les hypnotiques. Peu à peu, elle devient malpropre, gâte sur le parquet, souille ses vêtements. Parallèlement et malgré la persistance de l'attitude anxieuse, l'alimentation devient moins difficile, la malade persistant toutefois à ne pas s'asseoir pour manger; elle prend l'habitude de dérober des morceaux de pain qu'elle mange debout dans un coin de la salle.

En raison de la résistance de la malade, l'examen physique complet n'a jamais pu être pratiqué, en particulier l'examen oculaire. Les réflexes tendineux ont paru normaux. Œdème des chevilles dû à la station debout et disparaissant par l'alitement imposé. La tension artérielle prise à plusieurs reprises a toujours été basse : 10-5. Au début, l'analyse d'urine a montré des traces d'albumine, de l'urobilin, l'absence de sucre et d'acétone ; pH : 5,6 ; formule sanguine leucocytaire normale ; azotémie : 0 gr. 25 p. 1.000 ; calcémie (108 mmgr.) ; réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke, de Kahn négatives dans le sérum. La ponction lombaire n'a pu être effectuée.

L'état anxieux n'a été influencé à aucun moment par la thérapeutique habituelle, notamment par le laudanum à doses croissantes et le sédol. Un érysipèle de la face, survenu le 18 mai 1937, a évolué en quelques jours vers la guérison. Le 10 mai 1938 apparaissent des symptômes de congestion pulmonaire et rapidement des phénomènes de broncho-pneumonie. La malade meurt le 20 mai 1938 à l'âge de 57 ans.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — *Encéphale.* — La pie-mère au niveau de la région pédonculo-cérébelleuse, principalement sur les faces supérieures et inférieures du vermis, est très épaissie, de coloration grisâtre. Après section des pédoncules cérébraux et cérébelleux, on note que le tissu néoformé atteint un centimètre dans sa plus grande épaisseur et est le siège de nombreux foyers hémorragiques.

Après séparation des hémisphères cérébraux on observe que le tissu pathologique revêt une teinte gris-rosée et s'étend jusqu'au bourrelet du corps calleux.

A la face externe des hémisphères cérébraux, la pie-mère a une teinte légèrement blanchâtre.

Sur les coupes transversales des hémisphères cérébraux on note la présence de deux tumeurs, de coloration plus pâle que les parties avoisinantes, à bords paraissant nets, quoique faisant corps avec le tissu environnant ; l'une arrondie, de la grosseur d'un pois, est située à la partie supérieure de la deuxième frontale droite, à cheval sur la substance grise et la substance blanche formant la lèvre du deuxième sillon frontal ; l'autre, de même aspect que la première, mais de forme plus irrégulière, est située dans le lobe occipital droit, dans la substance blanche du précunéus ; elle mesure deux centimètres en hauteur, un centimètre en profondeur et cinq millimètres en largeur.

Pas d'athérome des artères de la base, les ventricules latéraux ne sont pas augmentés de volume.

L'hémisphère droit pèse 590 gr., le gauche est du même poids ; le cervelet et le bulbe 175 gr.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Les lésions méningées occupant la région pédonculo-cérébelleuse sont celles d'une méningite tuberculeuse exsudative avec zones caséifiées.

L'épaississement de la pie-mère comprend un exsudat formé de fibrine renfermant des lymphocytes et des éléments énormes macrophagiques. Absence de leucocytes polynucléaires, de cellules géantes.

Le processus inflammatoire pénètre dans les sillons cérébelleux et s'étend dans la pie-mère pédonculaire et même bulbaire. Il gagne en profondeur, par places seulement, la couche moléculaire cérébelleuse et détruit le parenchyme qui est progressivement remplacé par une nécrose caséuse. Aspect œdémateux des régions avoisinantes.

Les parties caséifiées sont formées d'une masse filamenteuse parsemée de débris cellulaires, de noyaux pycnotiques, la trame méningée restant encore apparente par endroits. Dans les parties les plus anciennes, la nécrose caséuse n'est plus représentée que par une masse uniformément granuleuse ne comprenant aucun élément vasculaire.

Par contre, dans les zones inflammatoires exsudatives, les vaisseaux sont dilatés et on note de nombreux épanchements sanguins récents.

Par la méthode de Biot au Ziehl-formol, nous avons pu mettre en évidence de nombreux bacilles de Koch dans l'exsudat.

La tumeur, située dans la deuxième frontale droite, de la grosseur d'un pois, est constituée par une masse caséuse centrale dépourvue de vaisseaux, entourée elle-même d'une zone périphérique formée de petits éléments arrondis à noyaux très chromophiles, à cytoplasma peu développé bourré de granulations basophiles, de cellules très allongées paraissant des fibroblastes, de fibres collagènes.

Ces éléments envahissent le tissu nerveux en se substituant à lui et entraînant un processus réactionnel représenté par de nombreuses cellules microgliales et la prolifération des cellules névrogliques hyperplasiées. Dans toute cette couche, les vaisseaux sont entourés d'une couche épaisse de cellules plasmiques et de gros mononucléaires infiltrant leur adventice. Il s'agit d'un tubercule.

Outre ces lésions localisées, on note dans les autres régions du cerveau et du cervelet, mais par places seulement, une légère infiltration de la pie-mère, méningite exsudative présentant les mêmes caractères, très atténués en intensité, que ceux de la méningite tuberculeuse de la région cérébello-pédonculo-cérébrale. Sous les exsudats méningés, on note une réaction névroglique considérable s'étendant profondément dans la couche corticale. Lésions accusées diffuses des

cellules ganglionnaires. Dans le bulbe, quelques nodules inflammatoires dans le plancher du quatrième ventricule.

En résumé, chez une femme de 54 ans, survient en quelques jours, après intervention d'un facteur surtout psychique, semble-t-il, un état de mélancolie anxieuse. Rapidement, sur le fonds permanent d'anxiété, s'organise un syndrome où prédominent l'opposition, le mutisme, l'égaré, si bien que le tableau clinique participe à la fois de l'anxiété et de la confusion. L'intervention d'autres éléments : gâtisme, monotonie des réactions, certaines discordances, posent la question de l'affaiblissement psychique, qui ne peut être résolue de par l'impossibilité d'un examen systématique. C'est cependant au diagnostic de psychose présénile que nous avons abouti et c'est dans cette hypothèse que nous avons procédé à l'examen de l'encéphale.

Méningite tuberculeuse exsudative de la région pédonculo-cérébelleuse, petits foyers méningitiques tuberculeux diffus, tubercules intra-cérébraux localisés l'un dans le lobe frontal droit, l'autre dans le lobe occipital gauche, telles sont les constatations que nous avons faites dans ce cas. Les caractères histologiques de ces diverses lésions montrent bien leur lente évolution correspondant à celle du syndrome mental.

D'après l'examen clinique, l'évolution des troubles mentaux qui eut une durée de deux ans semblait répondre à certaines formes de psychose présénile à marche rapide. A noter l'absence complète de symptômes d'ordre neurologique. La ponction lombaire est le seul examen qui aurait pu permettre le diagnostic, elle n'a pu être pratiquée en raison de l'opposition de la malade, ce qui entraîna un diagnostic erroné.

La même erreur a lieu parfois chez des aliénés atteints de tumeur cérébrale méconnue, quoique, il faut le reconnaître, cette éventualité est rare, mais elle est encore plus exceptionnelle en ce qui concerne la tuberculose cérébrale, puisque Clovis Vincent, sur 1.348 cas diagnostiqués tumeurs cérébrales, n'a trouvé que 34 fois la tuberculose, soit dans 2,5 0/0 des cas.

La séance est levée à 11 heures 15.

Le Secrétaire des séances :

Paul CARRETTE.

Séance du Jeudi 22 Décembre 1938

ASSEMBLEE GENERALE

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, vice-président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 10 novembre 1938 et le procès-verbal de la séance du lundi 28 novembre 1938 sont adoptés.

Correspondance

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

une lettre de M. le D^r FILLASSIER, *président*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r Raymond ROGÉ, chef de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. H. CLAUDE, LÉVY-VALENSI et COURBON, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du 23 janvier 1939 ;

une lettre de M. le D^r Marcos VICTORIA, professeur à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, Georges DUMAS et COURBON, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 23 janvier 1939 ;

Election d'un membre titulaire honoraire

une lettre de M. le D^r CAPGRAS, membre titulaire depuis 1911, qui demande à être nommé membre titulaire honoraire, M. le D^r CAPGRAS remplissant les conditions exigées par l'article 3 des statuts, un vote unanime lui confère le titre de *membre titulaire honoraire*.

Vacance de 4 places de membre titulaire

L'Assemblée générale et la séance ordinaire du quatrième lundi de décembre ayant dû être avancée à cause des vacances universitaires, la Société décide de reculer au lundi 23 janvier 1939, la date limite pour le dépôt des candidatures aux 4 places de membre titulaire déclarées vacantes : l'élection aura lieu à la séance ordinaire du lundi 27 février 1939.

Election de 4 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. H. BARUK au nom d'une Commission composée de MM. H. BARUK, CHATAGNON et LAIGNEL-LAVASTINE, il est procédé au vote :

Nombre de votants	17
Majorité absolue	9

Ont obtenu :

M. DUCOUDRAY	17 voix.
M. GALLOT	17 —
M. MENUAU	17 —
M. SOULAIRAC	17 —

MM. les D^{rs} DUCOUDRAY, GALLOT, MENUAU et SOULAIRAC sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

Election de 2 membres associés étrangers

Après lecture d'un rapport de M. P. CARRETTE, au nom d'une Commission composée de MM. Paul CARRETTE, René CHARPENTIER et Paul COURBON, il est procédé au vote :

Nombre de votants	18
Majorité absolue	10

Ont obtenu :

M. LOWELL-SELLING	18 voix.
M. FAHREDDIN KERIM GÖKAY	18 —

MM. les D^{rs} LOWELL-SELLING, directeur de la Physiopathologie Clinique de Detroit, et FAHREDDIN KERIM GÖKAY, professeur de psychiatrie à l'Université d'Istanbul, sont élus *membres associés étrangers* de la Société médico-psychologique.

Rapport de la Commission des finances*Exercice 1938*

M. PACTET. — Avoir de la Société, au 23 décembre 1937	34.630 79
Recettes de l'année	57.668 60
Total	92.299 39
Dépenses de l'année	80.727 65
Reste	11.571 74

L'avoir de la Société se décompose ainsi :

Fonds libres de la Société médico-psychologique.....	1.969 24
--	----------

En dépôt au titre des prix :

Prix Aubanel	5.071 60	} 9.602 50
Prix Belhomme	1.760 »	
Prix Christian	2.580 90	
Prix Moreau de Tours	190 »	
Total	11.571 74	

Je vous demande de voter des félicitations à notre *trésorier*, M. Georges COLLET, en approuvant les comptes de 1938 et le budget de 1939.

Un vote unanime de félicitations est adressé au D^r COLLET, *trésorier*.

Rapport du Secrétaire général

M. COURBON. — La situation morale de la Société, dont je dois vous rendre compte aux termes de l'article 8 des statuts, est restée prospère comme le prouve le nombre des candidats qui briguent l'honneur d'en faire partie. En comptant les élus que donne le scrutin de ce soir, nous enregistrons pendant le cours de l'année qui s'achève deux élections de membres titulaires, 14 élections de membres correspondants nationaux et 4 élections de membres associés étrangers.

L'activité de la Société, au cours des 17 séances qu'elle a tenues, s'est manifestée par l'exposé et la discussion de 67 communications, auxquelles vont s'ajouter celles qui figurent à l'ordre du jour d'aujourd'hui.

Ces communications ont porté sur toutes les branches de la psychiatrie et notamment sur l'assistance comme il convenait en l'année où la loi qui institua dans notre pays le régime des aliénés atteignait

ses cent ans d'existence. Et vous vous rappelez, avec quel éclat, notre président, le D^r Fillassier, doublement compétent comme médecin et comme juriste, sut organiser en mai la célébration du centenaire de cette fameuse loi.

Les travaux annuels de la Société ont paru régulièrement dans son *Bulletin*. Et le mérite de cette régularité revient aux auteurs eux-mêmes qui, devançant le zèle du secrétaire général à appliquer le règlement, lui remettent parfois, même avant de prendre la parole, le texte de ce qu'ils diront.

Quant aux travaux antérieurs, qui virent le jour dans la Société pendant les cinquante années écoulées entre 1879 et 1930, ils auront bénéficié, en 1938, d'une grande chance. La table des matières qui les concerne a été enfin dressée, table qui les exhume de l'hypogée labyrinthique où l'on passait des heures et des journées à les chercher en vain. Les explorateurs altruistes auxquels nous devons cette découverte sont notre ancien président, M. René CHARPENTIER, qui sut résoudre les difficultés financières de ces fouilles, et notre secrétaire des séances M. Paul CARRETTE, qui en dressa le monumental inventaire. Je leur exprime une fois de plus la reconnaissance de tous les chercheurs.

J'exprime en outre à M. René CHARPENTIER la reconnaissance de la Société pour la bienveillante sollicitude qu'en sa qualité de rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques* il accorde à notre *Bulletin*. Grâce à lui, la Société a pu, en ne la payant que 100 fr., offrir à chacun de ses membres cette table des matières qui en librairie coûte 150 fr.

Et je remercie tous les membres du Bureau pour leur précieuse collaboration.

M. LAIGNEL-LAVASTINE, élu vice-président l'an dernier, passe de droit président. Il faut donc élire un vice-président, un secrétaire général, un trésorier, deux secrétaires des séances, un commissaire aux finances.

Les membres du Bureau sont renouvelables, mais on peut fort bien les remplacer. Aucun ne s'offenserait d'être remplacé.

Par contre, M. Paul ABÉLY demande à ne pas être réélu. Après 8 ans d'une activité exemplaire, il désire se reposer.

D'autre part M. CAPGRAS, commissaire aux finances depuis 4 ans, demande, lui aussi, à être remplacé.

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 1939 par la Société expire le 31 décembre 1938. Ces prix sont les *legs Christian*, de 1.000 francs et le *prix Belhomme*, de 1.500 francs.

Election du Bureau de la Société pour l'année 1939

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.

Président

M. LAIGNEL-LAVASTINE, élu vice-président l'an dernier, devient de droit *président* de la Société pour l'année 1939.

Election du vice-président

Nombre de votants	21
Majorité absolue	11

Ont obtenu :

M. GUIRAUD	20 voix.
Bulletin blanc	1 —

M. le D^r GUIRAUD est élu *vice-président* de la Société pour 1939. Conformément à l'article 5 des statuts, il sera de droit président pour 1940.

Election du secrétaire général

Nombre de votants	21
Majorité absolue	11

Ont obtenu :

M. COURBON	20 voix.
Bulletin blanc	1 —

M. le D^r Paul COURBON est réélu *secrétaire général* de la Société médico-psychologique pour 1939.

Election du trésorier-archiviste

Nombre de votants	21
Majorité absolue	11

Ont obtenu :

M. COLLET	20 voix.
Bulletin nul	1 —

M. le D^r Georges COLLET est réélu *trésorier-archiviste* de la Société médico-psychologique pour 1939.

Election de deux secrétaires des séances

Nombre de votants 21
Majorité absolue 11

Ont obtenu :

M. CARRETTE 21 voix.
M. VIÉ 21 —

MM. les D^{rs} Paul CARRETTE et Jacques VIÉ sont élus *secrétaires des séances* de la Société médico-psychologique pour 1939.

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1939

Le Bureau est ainsi composé :

Président : M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE.
Vice-président : M. le D^r Paul GUIRAUD.
Secrétaire général : M. le D^r Paul COURBON.
Trésorier-archiviste : M. le D^r Georges COLLET.
Secrétaires des séances : MM. les D^{rs} Paul CARRETTE et Jacques VIÉ.

Conseil d'Administration

Conformément à l'article 5 des statuts, pendant l'année 1939, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. René CHARPENTIER et A. FILLASSIER, 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.

M. le D^r CAPGRAS ayant demandé à être relevé de ses fonctions, il est procédé à un vote pour le remplacer.

Election d'un membre de la Commission des finances

Mme le D^r THUILLIER-LANDRY est élue membre de la Commission des finances de la Société médico-psychologique pour 1939.

La Commission des finances est donc composée pour 1939 de M. le D^r PACTET, réélu par acclamations, et Mme le D^r THUILLIER-LANDRY.

SEANCE ORDINAIRE

Présidence : M. LAIGNEL-LAVASTINE, vice-président

COMMUNICATIONS

Psychopathie et criminalité dans quatre générations de Tziganes d'Alsace, par MM. Jacques DELMOND et Jean CARRÈRE. (Travail de l'Hôpital psychiatrique et Quartier de Sûreté de Hoerdt près Strasbourg).

La question des groupes sociaux allogènes est importante, non pas seulement au point de vue racial ou social, mais aussi du point de vue psychiatrique, à cause des manifestations psychopathiques ou médico-légales auxquelles sont sujets les individus ou les groupements *anatopiques* (Courbon).

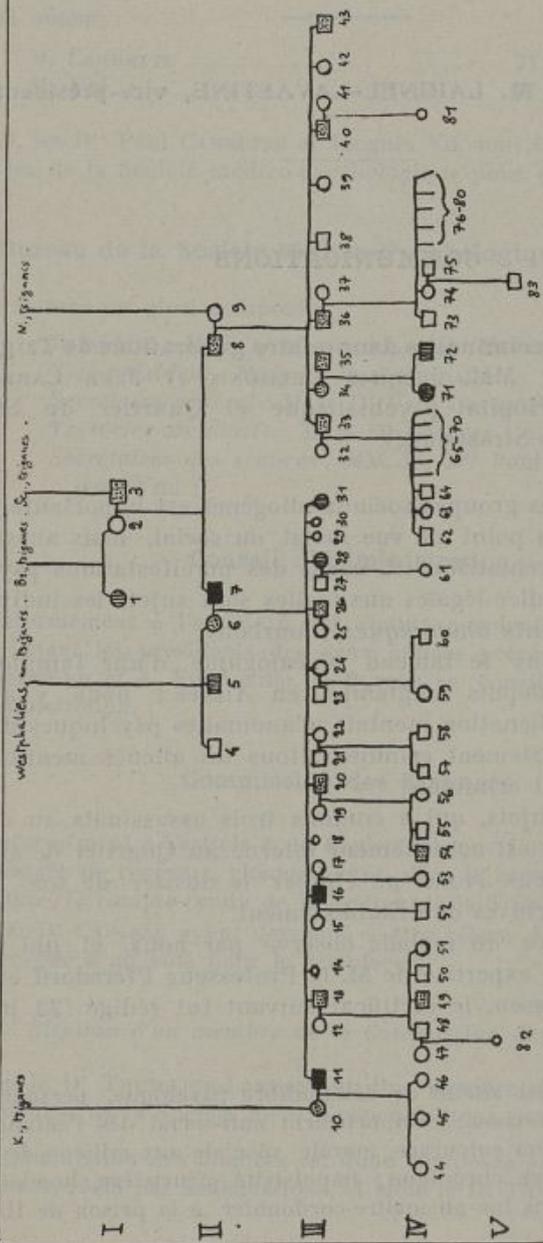
Nous présentons le tableau généalogique d'une famille de Tziganes fixée depuis longtemps en Alsace ; nous y avons relevé 24 cas d'aliénation mentale, d'anomalies psychiques diverses et de comportement criminel ; tous les aliénés mentionnés étaient également criminels.

L'un de ces sujets, qui a commis trois assassinats au cours de son existence, est actuellement interné au Quartier de sûreté de Hoerdt, et nous avons pu étudier le dossier de son frère aîné dans les Archives de l'Etablissement.

Lors de l'entrée du malade observé par nous, et qui avait fait l'objet d'une expertise de M. le Professeur Pfersdorff et des D^{rs} Gelma et Eissen, le certificat suivant fut rédigé (23 juillet 1938) :

J. Br., 47 ans, est atteint de déséquilibre psychique, personnalité psychopathique maxima ; comportement anti-social dès l'enfance et par imitation de son entourage, morale spéciale aux milieux de malfaiteurs ; alcoolisme chronique ; impulsivité meurtrière, homicide à répétition (à 17 ans tue un maître-cordonnier à la prison de Hague-

Psychopathie et Criminalité dans quatre générations de tziganes d'Alsace



◆ = Aliénés criminels. ◊ = Anormaux caractériels.
 ◊ = Criminels et délinquants. ◊ = réputés sains.
 □ = Hommes. ○ = Femmes. ○, □ = morts en bas âge.

nan, meurtre récent de deux vanniers, au cours d'une ivresse collective). Double hérédité criminelle et psychopathique convergente. Père plusieurs fois condamné, suicidé par empoisonnement, mère plusieurs fois condamnée, tuée par l'un de ses fils ; quatre frères criminels, deux sœurs prostituées ; autres parents criminels. Evasion à main armée de l'Asile de Hoerd t en 1924, avec complicité extérieure ; y était interné depuis 1913.

Polynévrite alcoolique des membres inférieurs. Traces de traumatisme crânien dans l'enfance.

Pour faciliter la lecture du tableau présenté, nous donnons quelques indications sur les individus pathologiques mentionnés. (Le malade dont nous venons de parler est le N° 16 du tableau).

TABLEAU

- N° 1. — Prostituée, morte au cours d'une ivresse alcoolique.
- » 3. — Cambriolage. Vols très importants. Plusieurs condamnations ; l'une à 5 ans de prison.
- » 5. — Braconnier et alcoolique ; tué dans une rixe.
- » 6. — Tuée par son fils Charles (N° 20). Délinquante ; avait été condamnée pour coups et blessures.
- » 7. — Auguste B. Fils non légitimé du N° 3 ; plusieurs condamnations ; alcoolique, suicidé à 71 ans par empoisonnement.
- » 8. — Jean S. Fils légitimé du N° 3. Plusieurs condamnations ; alcoolique.
- » 10. — Madeleine K. Condamnée à 20 ans de réclusion en 1920 pour meurtre de son frère.
- » 11. — Auguste B. Quatre internements, 38 condamnations. Serait actuellement au bagne.
- » 13. — Joseph B. Plusieurs condamnations.
- » 16. — Jean B. Interné à Hoerd t (voir plus haut) ; a deux enfants illégitimes, nés en Allemagne à l'époque où il était évadé de Hoerd t. Alcoolisme et impulsivité ; trois meurtres.
- » 20. — Charles B. Elevé en Maison de Correction ; délinquance juvénile ; a tué sa mère au cours d'une bataille.
- » 26. — Emile B. ; condamné pour vol.
- » 28. — Anna. Prostituée.
- » 29 et 30 : mortes à quelques mois.
- » 31. — Jeanne. Prostituée à 15 ans.
- » 33. — Auguste S. Condamnée à 6 mois de prison pour blessures.
- » 34. — Joséphine : délinquance à répétition et alcoolisme.
- » 35. — N. B. ; appartenant à une famille très tarée, était buveur et délinquant ; fut tué à la guerre.
- » 36. — Charles S. Un an de prison pour blessures.

- » 40. — Joseph S. Plusieurs fois condamné.
- » 43. — Hanns S. Un an de prison (coup de couteau à un gendarme).
- » 49. — Paul. Une condamnation pour vol, travaillerait à présent de façon régulière dans une usine.
- » 54. — Emile. Délinquance juvénile, élevé dans une maison de correction.
- » 71. — N. B. Buveuse et délinquante.
- » 72. — Wendelin B. Grand buveur et délinquant ; fut tué par le malade N° 16, avec un autre cousin éloigné.

Les quatre générations se composent en tout de 81 individus. La lecture du tableau généalogique des familles Br... et Sch... nous inspire les considérations suivantes :

La quatrième génération est composée de sujets jeunes, qui n'ont pas donné encore toute leur mesure. Cependant, cette génération paraît, dans l'ensemble, moins tarée que celle qui la précède. Plusieurs individus, au sortir du service militaire, sont entrés comme ouvriers dans des usines de la région et, par conséquent, ont abandonné le nomadisme. Certains ont épousé des femmes de famille non tzigane ; un certain nombre d'enfants fréquentent l'école et semblent soustraits à l'influence du milieu. Même les enfants de grands criminels et psychopathes (N° 10, 11) vivent sans attirer l'attention.

Le rameau aîné de cette famille (celui auquel appartient notre malade), compte un nombre impressionnant de grands psychopathes ou de criminels, mais dans la branche cadette on peut voir deux grands anormaux (dont l'un périt, d'ailleurs, victime de son alcoolisme), et qui sont les produits du mariage de deux criminels.

Si nous possédions des renseignements suffisamment détaillés sur les individus réputés sains et exempts de tendances criminelles, nous serions en droit de conclure à un mode de transmission invariable des tares psychopathiques propres à cette famille. C'est ainsi que nous pourrions reconnaître une hérédité directe, dans le couple (5)-(6) ; on y retient, en effet, la naissance de 7 enfants psychopathes et criminels, de 4 enfants morts en bas-âge et l'on relève un déchet social de 77 %. Dans le couple (8)-(9) on note encore l'existence de 5 criminels sur les 8 enfants et d'un déchet social de 76 %.

L'on pourrait encore être tenté de relever le rôle primordial du sexe masculin dans la transmission de cette criminalité familiale ; plus particulièrement dans la branche cadette, la

prédominance de ces états parmi les individus du sexe masculin correspond aux observations de Rath.

Si l'on interprète ainsi le tableau généalogique de cette famille, les tares psychopathiques et le comportement criminel seraient le fait d'une hérédité directe ; il est évident qu'une telle conception nous amènerait à regretter que des mesures prises en temps utile n'aient pas permis la stérilisation de la première ou de la deuxième génération.

Cette façon de considérer le problème répondrait peut-être aux exigences de certain positivisme médical, mais il nous a semblé qu'elle ne tenait suffisamment compte, ni des faits, ni des problèmes de base.

Un pourcentage comparatif des éléments constitutifs de la 3^e génération et de la 4^e génération nous permet de reconnaître : dans la 3^e un déchet de 76 %, et dans la 4^e de 16 %, en admettant que les individus 65, 66, 67, 68, 69, 70, 76, 77, 78, 79 et 80 demeurent normaux ; si l'évolution de ces sujets reproduisait les caractères de leurs ascendants, nous aurions, dans cette 4^e génération, un pourcentage pathologique de 40 %.

Nous avons déjà mentionné le fait que la 4^e génération est formée d'individus jeunes, chez lesquels on peut encore voir apparaître des manifestations psychotiques ou des tendances criminelles. Mais nous remarquerons aussi que ces mêmes sujets ont dépassé, pour la plupart sans troubles, l'âge auquel leurs parents et grands-parents s'étaient déjà révélés des psychopathes graves avec comportement criminel.

L'hérédité ne peut, en définitive, rendre compte de l'ensemble de ces faits de façon entièrement satisfaisante ; il nous semble préférable d'attribuer les variations constatées à un changement sous la dépendance du milieu : les 2^e et 3^e générations représentant des éléments nomades et délinquants, la 4^e génération des éléments sédentarisés, pour la plupart ouvriers d'usine.

Cette influence du milieu trouve d'ailleurs sa confirmation dans les données tirées de l'histoire des races.

Les Tziganes constituent une communauté ethnique qui perpétue de nos jours (et de façon identique en plusieurs pays) une forme d'existence extrêmement primitive.

Les caractères principaux du peuple tzigane, d'après l'ethnologue roumain Serboianu (1), sont le nomadisme, la mendicité,

(1) SERBOIANU (C. J. Popp) : *Les Tsiganes*. Histoire. Ethnographie. Linguistique (Paris, Payot, 1930).

l'alcoolisme, la pratique de la « magie », les vols et la cruauté.

Depuis leur apparition en Europe (Hongrie, 1417), ils ont été l'objet de vexations innombrables, en rapport avec les sentiments xénophobes des populations et avec la nécessité de se protéger contre leur comportement criminel.

Les mesures prises à leur égard se sont amendées par la suite et peuvent se résumer historiquement en trois phases : *persécutions — tentatives de dispersion — essais de fixation*.

La désignation de lieux de résidence, avec le droit d'y exercer des métiers, leur fut accordée en Alsace, après la guerre de Trente ans, ainsi qu'en Roumanie, après 1837.

Il semblerait, à la lecture de tableaux généalogiques comme le nôtre, que cette mesure n'ait pas encore produit son plein effet !

Mais en face de ces dispositions sociales, si peu efficaces qu'elles paraissent, quelles solutions le positivisme médical est-il à même de proposer ?

Certains auteurs recommandent la *stérilisation eugénique* des familles à comportement criminel.

D'autres empiètent sur le domaine du sociologue et préconisent *la dispersion ou l'éviction* des groupes sociaux allochènes.

Nous pensons qu'il appartient précisément au psychiatre de ne pas introduire de passion dans ces problèmes et d'examiner objectivement la *signification psychologique* des mesures proposées.

Sous un prétexte scientifique, sous diverses rationalisations plus ou moins conscientes, peut se répandre la tendance à donner force légale à des mesures, qui ne feraient en fin de compte que reproduire les sentiments hostiles éprouvés de tout temps par « l'indigène » envers « l'allochène ». C'est ainsi que, sous couleur d'eugénique, on peut voir se déchaîner la persécution, renouvelée des temps historiques, de tel ou tel groupe social. Les exemples qui nous en sont donnés ne sont que trop actuels.

Il nous paraît, en définitive, plus conforme aux idéaux de la civilisation moderne de recommander la *fixation* et l'*adaptation* de ces individus ou de ces groupes en état d'arriération sociale.

Epilepsie et paralysie générale. Les épilepsies paralytiques post-thérapeutiques, par MM. Henri ROGER et Joseph ALLIEZ (de Marseille).

Les thérapeutiques récentes, et en particulier la malariathérapie, ont donné une physionomie un peu particulière à l'évolution de la paralysie générale : l'une des manifestations les plus particulières qu'il a été donné d'observer est l'apparition de crises épileptiques, d'une épilepsie qu'on a appelée post-malarienne.

De nombreux articles, diverses communications aux Sociétés de neurologie et de psychiatrie leur ont été consacrés et l'on a beaucoup discuté de leur pathogénie.

1) Un assez grand nombre d'auteurs ont incriminé l'action directe ou indirecte du paludisme. Certains, qui auraient trouvé le paludisme malarique dans le sang des paralytiques généraux antérieurement impaludés, font jouer le principal rôle au parasite. Cependant, la plupart des neuro-psychiatres qui ont l'habitude de soigner des impaludés se sont élevés contre cette hypothèse, car habituellement la malaria n'est pas épileptogène.

Une autre conception plus répandue est celle de l'influence de facteurs infectieux sur l'évolution anatomique des lésions méningo-encéphaliques. Le processus diffus cortical et pie-mérien serait constitué par des lésions de foyer plus ou moins centrées autour des vaisseaux sanguins. A l'atteinte assez élective, mais très étendue des cellules de la substance grise des circonvolutions due au parasitisme tréponémique, feraient suite des lésions sous-corticales plus réduites en étendue, mais d'ordre surtout anatomique. L'épilepsie post-malarienne serait due à cette « tertiariation » de la paralysie générale par la malaria.

2) Enfin, il est une série d'auteurs qui rattachent cette épilepsie au seul processus syphilitique. Cette affection est en effet volontiers épileptogène et il n'est pas étonnant qu'elle puisse, dans la paralysie générale comme dans d'autres formes de syphilis cérébrale, déterminer ces crises. Si celles-ci paraissent plus fréquentes depuis que la nouvelle thérapeutique a été instituée, c'est que la paralysie générale, au lieu de sa courte évolution antérieure, se prolonge davantage et, par suite, a plus de temps pour permettre l'apparition du syndrome convulsif.

Un des principaux arguments en faveur de cette théorie est celui de l'existence de crises épileptiques chez les malades qui n'ont encore subi aucune thérapeutique.

Ce n'est pas en effet d'aujourd'hui que se pose la question des rapports entre l'épilepsie et la paralysie générale et les auteurs du XIX^e siècle ont longuement disserté sur les relations entre ces deux affections. Une certaine confusion persistait alors, tenant, d'une part, à l'incertitude dans laquelle on était de l'étiologie véritable de la paralysie générale, d'autre part, à la fréquence peut-être excessive que l'on attribuait à la démence épileptique. Les précisions humorales que devait bientôt comporter le diagnostic de la paralysie générale contribuèrent à mieux poser le problème. Deux sortes d'opinions s'affrontèrent alors.

Pour les uns, il existait des rapports fréquents entre épilepsie et paralysie générale. Bien des épileptiques finissent dans la démence et on trouverait chez eux, à l'autopsie, des lésions de méningo-encéphalites : la paralysie générale serait donc un des aboutissants de l'épilepsie.

Au contraire, Magnan s'élève contre cette manière de voir. Pour lui, l'épilepsie ne conduit jamais à la paralysie générale, cette immunité provenant de ce que les épileptiques restent éloignés de toutes causes d'excès intellectuels ou autres qui sont pour lui d'un grand poids dans l'étiologie de la paralysie générale.

En réalité, comme Marchand l'a bien souligné, dans une excellente mise au point faite en 1923, avant l'ère malariathérapique, la question avait été mal posée.

L'épilepsie et la paralysie générale doivent être considérées comme deux maladies distinctes à substratum anatomique défini et différent. On ne doit pas parler de *transformation* d'une affection dans l'autre, mais d'une *succession* pouvant ou non relever d'une même étiologie.

Il convient de distinguer l'épilepsie essentielle de l'épilepsie syphilitique proprement dite. Un malade atteint d'épilepsie essentielle peut, tout comme un autre, contracter la syphilis et, à la suite de cette dernière, faire une paralysie générale, mais on ne peut pas dire que cette épilepsie, ayant débuté dans la première enfance, soit d'origine syphilitique.

D'autre part, des syphilitiques, n'ayant jamais eu de crises nerveuses à l'adolescence, peuvent, au bout de quelques années, sous l'influence de la syphilis seule, ou l'alcool aidant, réaliser une épilepsie symptomatique, généralement améliorable par le traitement s'il est institué à temps. Ce malade pourra faire peu après une paralysie générale et, dans ces conditions, on pourra parler de paralysie générale à début épileptique, peu fréquente, quoique classique.

L'étude de l'épilepsie syphilitique, secondaire ou tertiaire, et surtout celle de la forme de paralysie générale à début épileptique, ne peuvent qu'éclairer le problème pathogénique posé par l'épilepsie post-malarique. Il ne semble pas que, dans les discussions que cette forme clinique a soulevées, en dehors des affirmations de principe, on ait beaucoup insisté sur les conditions d'apparition de l'épilepsie au cours de la paralysie générale, sur les caractères des crises, leur fréquence. Quelques observations recueillies à la clinique neurologique nous ont paru dignes d'être groupées et commentées.

Nous avons compulsé à cet effet nos dossiers, et sur 386 observations de paralysie générale, nous en trouvons 12 compliquées d'épilepsie à des périodes diverses de leur évolution.

Cette fréquence de 3 % n'est pas bien forte, et il est vraisemblable que ce chiffre est au-dessous de la réalité. Un assez grand nombre de nos malades n'ont pas été suivis assez de temps pour permettre de supposer qu'ils n'ont pas fait de crises après leur séjour à la clinique. Pour d'autres, leur observation a pu être prise d'une manière incomplète, l'attention n'étant pas systématiquement attirée du côté de la recherche du paroxysme convulsif dans leurs antécédents ou l'histoire de leur maladie ; les malades eux-mêmes renseignent mal à cause de leur perte de mémoire, et l'entourage n'est pas toujours un bon observateur.

Date d'apparition et classification des épilepsies paralytiques.

— En ce qui concerne la date d'apparition des crises, nous pouvons diviser nos cas en deux groupes :

1. Le premier groupe (5 cas) comprend les épilepsies précoces, le début épileptique de la paralysie générale (mis à part deux cas où les malades n'ont pas été suivis après le traitement).

On peut le diviser en deux sous-groupes :

a) Celui où les crises cessent après l'installation d'une thérapeutique moderne de la paralysie générale.

b) Celui où les crises se répètent malgré ce traitement.

2. Le deuxième groupe réunit sept cas d'épilepsie tardive, celle-ci pouvant survenir :

a) avant toute cure,

b) uniquement après la cure : épilepsie post-malarique ou post-thérapeutique.

3. Mentionnons à part le cas d'une épilepsie essentielle de l'adolescence qui fait notamment un état de mal au début d'une paralysie générale.

I. *Epilepsies précoces. Début épileptique de la paralysie générale.* — Ce groupe comprend 5 cas. Il y a lieu de distinguer parmi eux ceux où les crises cessent après l'installation d'une thérapeutique moderne, et un cas où elles persistent après ce traitement.

a) Crises comitiales marquant le début de la paralysie générale et cessant après un traitement (2 cas).

Une femme d'une cinquantaine d'années, après avoir présenté, durant une semaine, quelques crises d'allure cataleptique fait, deux ou trois ans après, une crise comitiale violente cependant que s'installe un état démentiel. Les crises ne s'étaient pas reproduites 6 mois après l'impaludation.

Un autre cas débute après une certaine période d'asthénie par un épisode resté unique de crises jacksoniennes brachio-faciales suivi d'une hémiparésie transitoire et d'une crise d'excitation cérébrale. Un traitement stovarsolé répété à deux reprises parut accentuer des hallucinations auditives, mais les crises comitiales ne se sont pas reproduites depuis un an, alors que l'état démentiel s'est accentué.

b) Crises comitiales du début de la paralysie générale persistant après le traitement (2 cas).

Dans un premier cas, les crises s'échelonnent au rythme d'une à deux par an pendant trois ans. A ce moment, s'installe un état démentiel progressif, cependant que les crises augmentent d'intensité, la dernière suivie de mouvements anormaux de la main droite pendant plusieurs semaines. La malade non améliorée par le stovarsol est impaludée, mais son mauvais état général oblige à interrompre les accès et à revenir au stovarsol. Presque aussitôt après, survient un état comateux passager suivi d'une épilepsie partielle continue qu'on a pu observer pendant un mois au moins.

Un second cas concerne une paralysie générale juvénile consécutive à une syphilis héréditaire survenue chez un individu ayant présenté de l'arriération intellectuelle avec troubles du caractère. Le début de la paralysie générale se fait par des crises comitiales se succédant au nombre de une ou deux par an, en même temps s'installait, surtout depuis deux ans, un affaiblissement de son intellect déjà déficient. L'impaludation fut suivie d'un traitement par le stovarsol. Deux mois après, suivait un état de mal jacksonien droit de près de deux jours de durée.

c) Mentionnons enfin une observation de début épileptique de la paralysie générale, mais qui a été observée après une cure par l'arsenic polyvalent.

Dans un cas de tabo-paralyse générale observé il y a 13 ans, les troubles psychiques ont été immédiatement précédés par trois grandes crises échelonnées sur un an et demi, la thérapeutique s'est réduite à des arsenicaux pentavalents, et le malade a été perdu de vue.

II. *Epilepsies tardives. Epilepsie post-malarique, épilepsie post-thérapeutique.* — Dans ce groupe, les troubles mentaux ont précédé de plus ou moins longtemps les crises épileptiques, que ces crises surviennent avant tout traitement ou après une cure stovarsolique.

a) *Epilepsie tardive* survenant avant tout traitement, 2 cas.

Chez un de nos malades, un fléchissement de l'activité avait été constaté depuis déjà trois ans quand survient la première crise ; mais les véritables troubles démentiels ne s'installent guère qu'après cet épisode. Malgré deux cures de stovarsol apparaissent le même jour trois crises comitiales, puis un an après, malgré la continuation du stovarsol, deux autres crises comitiales le même jour. Le malade est ultérieurement impaludé.

A l'inverse de ce cas, ces épilepsies à début tardif, comme certaines épilepsies précoces, disparaissent sous l'influence d'un des traitements modernes particulièrement actifs. Tel le 2^e cas. Il s'agit d'un tabo-paralytique général dont l'affaiblissement intellectuel a précédé de deux ans une crise comitiale restée unique, et où les crises ne se sont pas reproduites après malariathérapie.

b) *Epilepsie tardive post-thérapeutique* (malaria, stovarsol, sulfosine).

4 cas où les crises épileptiques surviennent chez des sujets déjà traités énergiquement. Les mieux connues sont les crises post-malariques. Nous en avons observé deux cas dans lesquels un épisode ancien et transitoire, hémiplegie droite dans un cas, ictus mnésique dans l'autre, avait marqué, dès le début, une atteinte importante du système nerveux.

Le premier cas est assez curieux. Car une hémiplegie droite qui avait rétrocedé par le traitement anti-syphilitique (novar, CyHg, bismuth) avait précédé de 11 ans l'état démentiel. Impaludé puis stovarsolisé, le psychisme s'améliore, mais sept mois, douze mois et vingt-trois mois après l'impaludation, surviennent des épisodes convulsifs comportant chacun, à ces trois reprises, deux à cinq crises évoluant en quelques jours.

Le second cas n'est pas moins intéressant. Un ictus mnésique a précédé de trois ans l'affaiblissement intellectuel. Le malade est impaludé lorsque, brusquement, près d'un an après la mala-

riathérapie, s'installe une hémiplégié gauche, et des crises jacksoniennes répétées qui emportent le malade en une vingtaine de jours.

La malariathérapie n'est pas seule à pouvoir être suivie d'épilepsie. Il en est de même de la stovarsolothérapie.

Tel le cas suivant de démence paralytique nettement améliorée par une cure de stovarsol, mais suivie, trois mois après, de crises comitiales fréquentes avec nouvel affaiblissement intellectuel.

Le quatrième cas concerne une série de cinq crises comitiales survenant huit jours après une cure de stovarsol chez un malade traité depuis quatre ans d'abord par la sulfosine, puis par des cures de stovarsol.

III. *Epilepsie essentielle et paralysie générale.* — Dans le seul cas que nous avons rencontré, une femme qui avait fait une encéphalopathie infantile, accompagnée de convulsions et suivie d'hémiplégié, fait, de 20 à 27 ans, une série de crises comitiales. A 35 ans, elle commence apparemment sa paralysie générale par un véritable état de mal (18 crises), auquel un éthylysme récent n'est peut-être pas complètement étranger. Elle fait encore une crise après une cure par le stovarsol.

Circonstances étiologiques. — L'épilepsie paralytique peut apparaître presque aussi fréquemment (six cas) au début qu'à une période avancée (six cas aussi) de l'évolution de la maladie. Les crises peuvent aussi bien précéder de deux à quatre ans les signes démentiels, tout au moins les signes grossiers qui attirent l'attention de l'entourage, comme apparaître, par contre, un à deux ans après que la paralysie générale a été déjà diagnostiquée.

Elles ne paraissent pas en rapport avec une forme spéciale de la paralysie générale. Si, dans nos cas, nous avons surtout affaire à des formes dépressives et démentiels, et si nous trouvons peu de formes avec excitation, c'est en grande partie du fait de nos conditions particulières d'hospitalisation qui ne nous permettent pas de recevoir les malades agités. Notre cas II concerne une forme paranoïde antérieure à toute thérapeutique.

Dans deux de nos cas, il s'agissait de tabo-paralysie générale (obs. V et VII) et dans un cas (obs. IV) de tabès juvénile consécutif à une syphilis héréditaire ayant déjà entraîné un arrêt de développement intellectuel. Remarquons (obs. VIII) des signes de localisation, en particulier une hémiplégié passagère précédant de 11 ans l'état démentiel et les crises épileptiques qui ont, d'emblée, l'allure généralisée.

Les réactions liquidiennes se sont montrées toujours positives, mais ont une intensité variable suivant les cas.

Des facteurs accessoires peuvent être incriminés. *A priori*, l'alcoolisme, dont on connaît le caractère épileptogène et qui est si souvent associé à la paralysie générale (paralysie générale arrôlée) devrait jouer un rôle important, mais, fait particulier, nous ne le trouvons mentionné que dans quelques-uns de nos cas (obs. IX, XI, XII). L'aptitude convulsivante ne se retrouve que dans notre cas XII où, dans la première enfance, une encéphalopathie s'était accompagnée d'hémiplégie et de convulsions et où, à l'adolescence, la malade fait, pendant 7 ans, des crises épileptiques qui disparaissent ensuite pendant 8 ans pour reparaitre avec la paralysie générale.

Voyons maintenant l'influence des facteurs thérapeutiques. Huit malades ont fait des crises après l'application des thérapeutiques modernes, mais sur ces huit, quatre seulement n'avaient pas eu de crises avant la cure et méritent seules d'entrer dans le cadre des épilepsies post-thérapeutiques : L'épilepsie post-thérapeutique n'est donc pas la plus fréquente des épilepsies paralytiques (quatre cas sur douze), un tiers seulement de notre statistique. Elle doit être intégrée dans le cadre de l'épilepsie tardive dont elle n'est qu'une des modalités. Elle n'est, en tous cas, pas l'apanage de la cure malarique (deux cas), puisqu'elle peut être également consécutive au stovarsol seul (un cas) ou combiné avec la sulfosine (un cas).

Sauf peut-être pour le stovarsol, où l'on voit parfois certaines crises coïncider avec le début ou le cours de la cure, cette épilepsie, en particulier pour la malaria, ne survient souvent que quelques semaines ou même un an (obs. IX) après la cure. Il semble donc bien que le facteur thérapeutique soit plutôt secondaire. Mais des malades qui avaient des crises avant la crise malarique ou stovarsolique n'en ont plus après, et ceux qui les conservent malgré la cure n'en ont pas de plus intenses, ni de plus répétées.

L'âge de nos malades varie de 25 ans (forme juvénile d'origine hérédo-syphilitique) à 57 ans, avec, comme âge moyen, 35 ans.

Le sexe est représenté par 9 hommes et 3 femmes.

Caractères cliniques. — L'épilepsie paralytique est en général formée d'épisodes assez rares et assez espacés, s'échelonnant sur plusieurs mois ou souvent plusieurs années ; six à huit à peine au cours de deux cas observés pendant cinq ans, parfois une, deux ou trois chez d'autres malades suivis moins longtemps.

Mais si les crises sont rares, elles sont particulièrement intenses, il s'agit souvent d'une véritable attaque qui groupe, dans 24 à 48 heures, quatre, cinq, six crises ou plus avec un état d'obnubilation intellectuelle.

Nous avons observé un véritable état de mal constitué par des crises surtout jacksoniennes, un état d'épilepsie partielle continue se prolongeant pendant au moins un mois chez la malade de l'observation III. Dans notre cas IX, près d'un an après la cure malarique, s'installe une hémiplégié gauche et des crises jacksoniennes répétées qui aboutissent, en 20 jours, à un coma mortel. Ce cas est le seul cas de mort observé par nous.

Fait assez particulier, la crise, même si elle n'est pas très intense, est suivie d'une obnubilation intellectuelle plus accentuée et plus durable que d'habitude, qui, s'ajoutant à l'affaiblissement intellectuel classique de la paralysie générale, donne au malade un aspect particulièrement hébété.

Insistons sur le caractère assez fréquemment jacksonien des crises (4 fois sur 12), tant chez des malades ayant eu antérieurement des symptômes en foyer que chez ceux n'ayant présenté aucun signe de localisation.

Les absences sont plus rares ou peut-être mal observées. Dans un de nos cas (obs. I), les crises présentent au début une allure cataplectique. Nous n'avons retenu, dans notre statistique, que les cas d'épilepsie patente s'accompagnant de convulsions ou d'absences. Au cours de la paralysie générale, on voit des pertes de conscience brusque, des ictus souvent suivis d'un petit syndrome déficitaire moteur plus ou moins passager, qui ne nous paraissent pas rentrer, d'une manière formelle, dans les cadres de l'épilepsie.

D'une manière générale, surtout pour les cas d'épilepsie tardive et pour les paroxysmes constitués par plusieurs crises, l'évolution générale de la paralysie générale est défavorablement influencée. La démence progresse et, soit en raison de cette accentuation des phénomènes déficitaires, soit en raison d'une poussée d'excitation, bien des malades doivent être internés : 5 sur 12. Si l'on se rappelle qu'un des malades a succombé à un état de mal et que trois malades ont été perdus de vue, on voit que le pronostic est plutôt sombre.

Deux fois seulement, il a été noté une amélioration permettant une récupération sociale relative. L'observation VIII, où le groupement des crises est caractéristique : 5 crises successives en décembre 1935, 2 crises successives à deux reprises en octobre 1936 et en avril 1937, constitue le cas le plus favorable observé.

En résumé :

1° L'épilepsie peut survenir au cours de la paralysie générale à un stade précoce ou à un stade tardif.

2° L'épilepsie dite post-malarique ou encore post-thérapeutique (stovarsol, sulfosine) rentre dans le cadre de l'épilepsie tardive sans qu'il faille faire jouer à la cure un rôle de premier plan.

3° L'épilepsie de la paralysie générale se caractérise en général par des épisodes rares, mais groupant souvent plusieurs crises en deux à trois jours, et pouvant aboutir à un état de mal. Elle est suivie d'une période d'hébétude assez prolongée. Elle affecte assez souvent le type jacksonien. Elle assombrit le diagnostic de la paralysie générale.

M. NOËL PÉRON. — L'épilepsie est relativement rare dans la paralysie générale. Il ne semble pas que la malariathérapie ait une influence péjorative en provoquant des crises épileptiques. Chez un malade paralytique général, ayant des crises d'épilepsie symptomatiques de sa méningo-encéphalite, la malariathérapie, après avoir provoqué, pendant les accès, un état de mal, a amélioré de façon très heureuse la paralysie générale et a fait disparaître les crises convulsives.

M. MARCHAND. — On ne doit pas confondre les attaques convulsives qui surviennent au cours d'une paralysie générale encore en évolution et celles qui apparaissent tardivement chez des sujets dont l'affection a été stabilisée à la suite d'un traitement par la malaria ou le stovarsol. Les premières peuvent disparaître sous l'influence du traitement. Les deuxièmes revêtent généralement les caractères de l'épilepsie classique. Certains auteurs ont pensé qu'il fallait les attribuer au traitement par la malaria, à la transformation, par la malaria, du processus diffus de la méningo-encéphalite en un processus de syphilis tertiaire. Il semble actuellement que l'on n'admet plus que le paludisme ait ainsi un pouvoir épileptique spécial. Le processus histologique cicatriciel des lésions cortico-méningées suffit pour établir l'étiologie des crises. La statistique suivante est instructive. Sur 30 malades de mon service à l'Asile Sainte-Anne dont l'impaludation remontait à plus de trois ans, et chez certains à plus de cinq ans, un seul présentait des accès épileptiques. Or, dans l'observation de ce malade, il était noté qu'il avait eu des attaques convulsives dès le début de la paralysie générale, bien avant d'avoir subi le traitement par la malaria.

M. GUIRAUD. — Comme les présentateurs, j'estime que les rares épilepsies observées chez les paralytiques impaludés résultent, non de la malaria, mais du processus paralytique. Cette compli-

cation est rare, je ne l'ai observée que cinq ou six fois sur un total de 800 malarisés. Dans deux cas, il s'est agi, non de crises convulsives, mais de vertiges et d'absences ; j'ai l'impression que, chez ces derniers malades, le bromure de calcium donne de meilleurs résultats que le gardénal. Je dois cependant remarquer qu'il faut être circonspect pour malariser des paralytiques qui ont déjà présenté des crises épileptiformes généralisées surtout quand elles se présentent en séries rapprochées. Dans un cas, après l'arrêt du paludisme, est survenu un état de mal avec crises subintrantes à terminaison fatale. Il y a déjà longtemps que Claude et Targowla ont signalé que les crises épileptiques constituent une contre-indication de la malariathérapie.

Troubles psychiques et neurofibromatose de Recklinghausen.

Considérations statistiques à propos d'une observation de cyclothymie associée, par MM. BARRAUX et ALLIEZ (de Marseille).

L'histoire de la maladie de Recklinghausen est surtout celle de l'adjonction successive, au tableau initial décrit, des symptômes multiples et parfois étranges qui en font un sujet de curiosité médicale jamais épuisé. Toutefois, les signes neuro-psychiatriques susceptibles d'accompagner l'ensemble dermatologique par lequel se caractérise la maladie ont eu une valeur sémiologique différente suivant les auteurs. Considérés d'abord par certains comme à peu près constants, ils semblent aujourd'hui, à la plupart des observateurs, d'une importance bien moindre. Nous voudrions rappeler les différentes opinions émises, à l'occasion d'une observation faite par nous dans le service de neurologie métropolitaine, à l'hôpital militaire Michel-Lévy, et en rapprocher les constatations déjà faites à la Clinique neurologique de Marseille.

Maladie de Recklinghausen héréditaire. Premières poussées cutanées apparues à 30 ans. Depuis cette époque, alternance cyclothymique de périodes d'exaltation et de dépression. Tendances paranoïaques actuelles. Fonds mental nettement supérieur à la moyenne.

L'aviateur T., âgé de 46 ans, Capitaine, attaché à une école d'aviation de la région, entre au centre métropolitain de neuro-psychiatrie de Marseille, le 15 novembre 1937, pour surmenage aérien, asthénie consécutive et maladie de Recklinghausen.

Le Capitaine T. se plaint d'être contrarié dans sa carrière, ses chefs

lui infligent des brimades, lui suscitent des difficultés, le gênent dans l'accomplissement de la mission qu'il a reçue, et à laquelle il veut se donner pleinement.

Il vient de subir une période de surmenage intensif et demande un adjoint pour le seconder. Il signale des douleurs dans la nuque, des céphalées, des insomnies accrues par les ennuis, des troubles vasomoteurs dans les oreilles.

Le Capitaine T. est un pilote aviateur de la première heure. Son premier vol remonte à 1911, à l'âge de 18 ans. Il avait commencé de brillantes études qu'il ne termine pas, s'engage en décembre 1914. Descendu en plein vol, il est fait prisonnier et reste 18 mois en captivité. Il s'occupe depuis très longtemps de l'étude des remous en haute montagne ; il a demandé pour cela un congé de 5 ans qu'il a consacré à étudier les remous des Alpes.

Il a toujours été instable. Dès son jeune âge il s'éprenait très vivement d'une idée qu'il abandonnait quelque temps plus tard, ce qui faisait dire à sa mère qu'il avait des « feux de paille ». Des périodes d'exaltation, où le sujet en pleine forme, sûr de ses moyens, se dépense sans compter succèdent à des périodes de « cafard » qui s'accompagnent même d'idées de suicide, à partir de la trentaine.

Mais le fait le plus curieux dans son histoire est l'apparition à cet âge aussi de tumeurs sous-cutanées multiples qui ont fait porter au Professeur Pommé le diagnostic de maladie de Recklinghausen.

Les autres antécédents personnels sont sans intérêt.

Les antécédents familiaux sont chargés. La mère de notre aviateur était atteinte de maladie de Recklinghausen et s'est suicidée à 50 ans. Son père est mort de congestion cérébrale à 63 ans. Sa fille a fait l'an dernier un état confusionnel qui a été traité en maison de santé, elle est actuellement guérie.

A l'examen, le 15 novembre 1937, M. T. présente un « état mixte » typique, d'une part, logorrhée, volubilité, réflexions caustiques, critiques acerbes et mordantes de ses chefs. D'autre part, asthénie, sentiment d'impuissance actuelle, fatigue au réveil. A noter aussi un sentiment d'hostilité ambiante.

L'examen neurologique ne montre aucun symptôme à la face, en particulier l'intégrité des paires craniennes est complète. Aux membres supérieurs, motricité, coordination, sensibilité à tous les modes et réflexes osso-tendineux normaux, au tronc, réflexes abdominaux abolis à droite, aux membres inférieurs, réflexes crémastériens diminués à droite, réflexes cutanés plantaires en flexion, motricité active et réflexe normal, sauf quelques secousses cloniques du pied droit. Il existe une légère hypoesthésie à la piqure et au chaud et au froid sur une zone très limitée, en raquette, dans le domaine du crural droit. Aucun autre trouble sensitif. La démarche, l'équilibration sont absolument normales.

Au point de vue sympathique, pas d'exagération du réflexe pilo-moteur, réflexe oculo-cardiaque inversé. L'examen somatique est sans particularité, la tension artérielle = 12 1/2-9.

Les tumeurs disséminées siègent :

1° *A la face antérieure des cuisses* : deux à trois tumeurs du volume d'une noisette à celui d'un œuf, à grand axe horizontal, ne paraissent pas situées sur un trajet vasculo-nerveux, de consistance molle, mobiles sur le plan musculaire, mais donnant le phénomène de la peau d'orange par essai de plissement de la peau.

Les tumeurs sont à peu près symétriques, mais plus volumineuses à la cuisse gauche.

2° Il existe une formation analogue *dans la région lombaire*, à droite de la ligne médiane, assez profondément enchâssée, et du volume d'un œuf de poule.

3° *Sur les avant-bras*, principalement dans leur moitié interne, les tumeurs sont d'un volume moindre (un grain de café à une olive), elles sont toutes allongées dans le sens des filets nerveux et semblent suivre leur trajet. Nettement sous-cutanées, elles n'adhèrent pas à la peau, la pression n'est absolument pas douloureuse.

4° *Sur la paroi abdominale*, on note aussi de petites tumeurs enchâssées dans le pannicule adipeux sous-cutané, elles ne peuvent être décelées que par la palpation, elles siègent sur le trajet abdominal des derniers nerfs intercostaux.

Le malade présente, en outre, une légère pigmentation bronzée généralisée avec quelques placards de petit diamètre à la face antérieure du cou-de-pied droit. Un petit nævus siège sur le cou-de-pied gauche.

Le 16 novembre 1937, le malade présente des troubles du rythme cardiaque (quelques extra-systoles).

Quelques jours après le premier examen, le psychisme paraît plus normal, le malade est toujours prolixe, mais ses gestes sont sobres. Il veut absolument une convalescence pour s'éloigner de ses chefs et se consacrer à des travaux de terrassement ; il compte faire des fouilles archéologiques. Très centré sur lui-même, il trouve qu'on le considère de façon insuffisante.

Il connaît fort bien « sa renommée » dans le peuple, ce qui lui fait dire que la plupart de ses chefs sont des crétins.

Les convalescences sont pour lui un droit ; c'est l'évidence même. Il juge très sévèrement les médecins qui sont en travers de ses idées, il considère les autres avec une politesse assez hautaine.

Cet homme, sans nul doute très intelligent, présente donc une teinte paranoïaque, encore qu'il n'y ait chez lui aucune méfiance. C'est qu'en même temps il existe cette hypomanie qui le pousse à l'extériorisation gestuelle et verbale qui est pour lui un heureux dérivatif à ses tendances paranoïaques.

On sait aussi qu'il présente à intervalles plus ou moins éloignés des épisodes dépressifs contrastant avec les hypermanifestations de son comportement habituel... Tout dernièrement, il a présenté un « état mixte ». Il y a lieu de souligner que ses tendances dépressives ne sont

guère apparues avant l'âge de 30 ans, en même temps que les manifestations neurofibromateuses cutanées. L'intéressé est formel sur ce point, il en aurait été de même chez sa mère.

La radio du squelette est normale.

Nous voyons donc ici l'évolution parallèle de poussées tumorales cutanées et de phases d'excitation et de dépression psychiques. Loin d'être un débile, cet officier est un homme cultivé, aimant la recherche scientifique, féru d'archéologie à ses heures, courageux et hardi dans ses initiatives aéronautiques fort raisonnables. Il se sait atteint de la maladie de Recklinghausen. Sa mère, qui l'avait aussi, a fini par le suicide. L'allure cyclothymique des troubles peut le faire craindre chez lui au cours d'une période dépressive, mais lors de la période où il a été soumis à notre examen, ce sont surtout des tendances paranoïaques qui se sont fait jour.

Ainsi donc, notre observation montre l'évolution simultanée de troubles mentaux et de la maladie neuro-fibromateuse. De telles coïncidences ont déjà, nous l'avons dit, frappé de nombreux auteurs.

Charpentier estimait, en 1910, que 63 % des malades neuro-fibromateux sont atteints de déficiences physiques. Les manifestations sont variées et n'ont rien de caractéristique. C'est un déficit intellectuel plus ou moins général, une irritabilité excessive, des perversions morales, un état d'apathie, de dépression physique assez particulier. Feindel a noté, dans la moitié des cas, une frigidité sexuelle à peu près complète. Les observations publiées sont cependant en nombre relativement réduit.

En 1913, à propos d'une observation de Socquet, Briand, se plaçant au point de vue médico-légal, disait que, lorsqu'un inculpé présente une maladie de Recklinghausen, il y a lieu de le soumettre à un examen mental. Thibierge insistait à cette date sur l'insuffisance intellectuelle de tels sujets, et surtout sur leur état d'instabilité mentale permanente. Ces malades, entrés dans un service de dermatologie, y séjournent quelques jours, puis partent brusquement sans raison, et ainsi à diverses reprises. Marie a rapporté, en 1927, l'histoire de deux malades dont les troubles mentaux étaient très graves. La première, débile mentale et persécutée, avait subi 23 condamnations et totalisait 200 ans d'interdiction de séjour. Elle avait envoyé à son infirmière des chocolats imprégnés de strychnine, à dose heureusement trop faible. L'autre était une érotomane qui écrivait des lettres d'amour aux chevaux d'omnibus et expri-

mais son espoir d'enfanter des centaures. Ces deux femmes étaient hérédo-syphilitiques, ce qui ne donne pas grande signification aux troubles mentaux au point de vue qui nous occupe. Schiff signale, chez un malade, des impulsions perverses variées, la mythomanie.

Achard fait intervenir les signes de dégénérescence psychique à côté des tumeurs multiples et des troubles de la pigmentation pour caractériser la maladie. Il signale leur diversité, mais sans détailler leur symptomatologie. Darier signale simplement dans son traité, en quatrième lieu, les troubles mentaux qu'il considère d'ailleurs comme fort inconstants : affaiblissement intellectuel et déséquilibre. Le travail le plus important et déjà ancien sur la question est la thèse qu'Astraud a consacrée, en 1909, aux petits et grands accidents nerveux de la maladie de Recklinghausen, englobant d'ailleurs sous ce titre malades neurologiques et malades mentaux. Il considère comme exceptionnels les cas où les malades ne présentaient aucun trouble psychique, leur intelligence étant normale et en rapport avec leur éducation et leur instruction. D'une manière générale, il pense que la neuro-fibromatose ne va guère sans débilité mentale plus ou moins marquée. Ce qui domine, c'est un état particulier d'asthénie et d'apathie. Dans les salles d'hôpital, les malades restent presque toujours seuls et assis à côté de leur lit, fréquentant peu leurs compagnons. La mémoire serait très altérée, affaiblie ou disparue. L'absence de tout désir sexuel lui paraît compléter cet état de débilité mentale. Toutefois, si nous cherchons dans sa thèse la proportion des observations où les troubles psychiques sont décrits, nous ne les rencontrons guère que dans 11 sur 26. Encore faut-il noter que le groupement de ces cas est très disparate.

La débilité mentale constitue le syndrome mental le plus fréquent, et ses manifestations sont peu variées.

La proportion de malades mentaux est bien plus faible dans une statistique américaine de Freiser et Davenport. Ces auteurs trouvent, sur 243 personnes, 19 faibles d'esprit seulement, ce qui fait 7,8 %.

Plus récemment, les troubles psychiques dans la neuro-fibromatose ont fait l'objet d'une étude spéciale de Hundemer qui les classe de la façon suivante dans sa thèse soutenue à Munich en 1930 :

1. Troubles psychiques d'origine endogène et constitutionnelle, par exemple le déficit intellectuel congénital, et qui sont

associés aux autres manifestations somatiques de la neuro-fibromatose.

2. Troubles psychiques dus aux lésions cérébrales (tumeurs).

3. Troubles psychiques d'origine endocrine :

a) Primitifs.

a') Endocriniens dégénératifs coordonnés (crétinisme sporadique).

b') Troubles acquis plutôt par hasard (maladie de Basedow).

b) *Secondaires*, par troubles de l'équilibre hormonique à la suite de lésions des parenchymes endocrines (par exemple dystrophie adiposo-génitale en cas de neuro-fibromatose de l'hypophyse).

4. Psychoses coïncidant par hasard avec la maladie de Recklinghausen (par exemple, artério-sclérose cérébrale).

En ce qui concerne la fréquence de ces diverses variétés, ce sont les formes de déficit intellectuel congénital qui occupent le premier plan. Viennent ensuite les psychoses par tumeur cérébrale. L'auteur souligne l'absence presque complète des états de manie dépressive et de la schizophrénie.

Parmi les opinions françaises récemment émises, Petges et Bargues considéraient que ces troubles psychiques sont très importants, et citaient deux observations où la constatation d'une débilité mentale a conduit au diagnostic exact.

Carrière et ses collaborateurs, dans le chapitre qu'ils consacrent aux troubles psychiques dans leur ouvrage récent et complet sur la neuro-fibromatose, pensent qu'il s'agit, en réalité, d'une variété de manifestations nerveuses dégénératives et non tumorales, quoique les faits leur paraissent assez disparates et qu'elles s'observent surtout au cours de formes frustes, dissociées, en particulier dermatologiques de la maladie.

Dans les 21 observations personnelles qu'ils ont colligées, le psychisme était intact 17 fois et atteint dans les 4 autres cas. Un seul malade présentait un syndrome grave (idiotie congénitale). Les autres présentaient surtout des troubles légers de la mémoire.

Nous avons pu étudier une statistique assez analogue de 21 observations aussi, la plupart provenant de la Clinique neurologique de Marseille. C'est 6 fois que des troubles psychiques ont été observés. La proportion est presque la même et l'excédent de pourcentage s'explique par le fait que ces malades ont presque tous été observés ou diagnostiqués par des neurologistes ou des neuro-psychiatres.

Voici, ci-dessous résumées, l'indication de l'aspect clinique de la maladie et celle des manifestations mentales intercurrentes, y compris le cas que nous venons de détailler.

Pel. (P^r Roger), 26 ans. Petites taches disséminées pigmentaires, lenticulaires, quelques-unes saillantes en forme de molluscum, en particulier à la face. Épilepsie de l'adolescence ; troubles du caractère très marqués, affaiblissement intellectuel.

Luc. (P^r Roger), 33 ans. Taches pigmentaires disséminées, café au lait, visage, flanc, abdomen. Fugues (15 en deux ans), retard intellectuel. Babinski bilatéral.

Gib. (P^r Roger), 56 ans. Nombreuses tumeurs débutant à 30 ans, « innombrables », hyperchromie importante. Débilité intellectuelle primitive, n'a jamais pu apprendre à lire.

Viv. (P^r Roger), 19 ans. Molluscums et pigmentations disséminées. Épilepsie de l'adolescence. Troubles du caractère, déficit intellectuel. Babinski bilatéral.

Fau. (D^r Combes), 72 ans. Tumeurs disséminées et placards caractéristiques, petites tumeurs méningées à l'autopsie. Ictus avec hémiplégie droite et évolution démentielle.

T. (D^r Barraux), 46 ans. Tumeurs apparues à 30 ans, cutanées et sous-cutanées, tumeurs des nerfs. Forme fruste de psychose maniaco-dépressive, tendance paranoïaque.

Les 15 autres cas que nous avons observés à Marseille ne présentaient pas de troubles psychiques. Sur le nombre, 7 concernaient des formes avec tumeurs nerveuses centrales. Parfois des symptômes confusionnels à type de torpeur cérébrale ont accompagné l'évolution, mais ils ont toujours été transitoires et en relation directe avec l'hypertension. Une observation concernait l'association de maladie de Basedow et de neurofibromatose. Le tableau clinique, au point de vue mental, était celui de l'hyperthyroïdie. Chez l'un des malades existaient des crises d'épilepsie, mais développement intellectuel et comportement étaient normaux.

D'une manière générale, le développement du syndrome cutané est peu marqué lorsqu'existe épilepsie essentielle ou retard intellectuel, quoiqu'il ne s'agisse pas là d'une règle générale. Seules 4 observations sur 6 présentaient une efflorescence étendue de tumeurs disséminées et de placards pigmentaires.

En conclusion, notre statistique porte sur 21 observations, comme celle de Carrière et Huriez. Sur ce nombre, le psychisme n'est touché que dans 6 cas. 4 fois il s'agissait de débilité intellectuelle importante, l'épilepsie de type essentiel existant dans 2 cas. Une observation est peu probante : il s'agit d'un

vieillard de 72 ans, observé après un ictus avec hémiplegie, éthylique, et qui fait une évolution démentielle. Le fait qu'il était chemineau n'est qu'une présomption sans valeur en faveur de troubles mentaux antérieurs. Il faut noter que l'autopsie a montré des néoformations typiques de la neuro-fibromatose sur les méninges cérébrales.

L'observation que nous avons détaillée dans le présent article nous paraît, au contraire, du plus haut intérêt. Il ne s'agit pas de troubles mentaux de type déficitaire, mais de manifestations cyclothymiques dont l'association à la maladie de Recklinghausen nous paraît exceptionnelle. Il y a lieu d'insister aussi sur l'apparition tardive, seulement vers la trentaine, des tuméfactions caractéristiques et des modifications importantes de l'humeur. Cet homme, dont l'hérédité similaire est patente, possède des facultés intellectuelles brillamment développées qui en font un sujet d'élite. Nous avons insisté ailleurs sur l'intégrité fréquente du psychisme chez les neuro-fibromateux. Dans le cas particulier qui est l'occasion de nos considérations statistiques, l'allure inhabituelle du comportement nous paraît le point le plus intéressant à signaler.

Le traitement de l'épilepsie par l'association gardénal-strychnine, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et H.-M. GALLOT.

On ne conteste plus aujourd'hui le rôle prépondérant du gardénal dans le traitement de l'épilepsie. Ce médicament est incomparable quand on l'emploie à des doses suffisantes et d'une façon continue, c'est-à-dire en se gardant bien d'en varier brusquement la posologie. La dose utile pour obtenir la cessation des crises varie avec chaque malade, si bien qu'il se produit assez souvent que la dose thérapeutique (même basse) atteint ou dépasse la dose toxique, de telle sorte que l'on doit se contenter de donner une quantité de gardénal insuffisante pour faire disparaître toutes les manifestations du mal comitial, à moins de les remplacer par celles du gardénalisme chronique.

Le petit gardénalisme est caractérisé, rappelons-le, par un état de dépression physique et psychique parfois très marqué avec une tendance au sommeil qui peut aller jusqu'à un état de véritable torpeur ; dans quelques cas rares, il y a même inversion du rythme du sommeil avec somnolence diurne et agitation nocturne. Cet état de torpeur s'accompagne, en général, de vertiges, de céphalées. On constate aussi des troubles du

caractère et de l'affectivité, de l'instabilité d'humeur, des colères. Le pouls se ralentit, la tension artérielle s'abaisse notablement. Souvent, Dieu merci, le tableau du gardénalisme n'est pas au complet, on note, par exemple, une céphalée persistante ou bien une tendance vertigineuse, symptômes plus que suffisants pour obliger à baisser la dose de gardénal au-dessous du seuil. Parfois, aucun des éléments du tableau clinique précédent n'existe, tout paraît aller au mieux, mais le gardénal, agissant comme déprimeur médullaire, détermine une impuissance sexuelle plus ou moins totale. Ces cas où le gardénal est assez mal toléré sont, nous l'avons dit, très fréquents, surtout si l'on étudie des malades bien traités, c'est-à-dire à qui l'on donne *une dose de gardénal suffisante pour faire disparaître les crises*. Notre expérience personnelle nous fait estimer à près de 30 % le nombre de ces malades.

Pour remédier à cela, depuis plusieurs années, quelques auteurs ont recommandé d'utiliser simultanément de divers toniques du système nerveux. Maillart et Bompert, en 1931, écrivaient : « Il est utile, chez certains sujets abattus ou présentant, comme cela est fréquent chez les épileptiques, une mauvaise circulation, d'associer, au gardénal ou au rutonal, une médication neuro-stimulante : arséniate de soude, strychnine, caféine, strophanthus. » Mais, pour ces auteurs mêmes, c'était là une méthode d'exception.

De fait, la caféine (Ducosté) est bien tolérée. Si les accidents du petit barbiturisme ne disparaissent pas en totalité, du moins les malades sont-ils peu abattus.

Mais le problème n'a vraiment été résolu qu'avec la découverte de l'antagonisme physiologique des barbituriques et de la strychnine.

Rappelons pour mémoire que c'est en 1932 que les Américains Haggard et Greenberg, cherchant un antidote à l'intoxication strychnique, mirent en évidence le remarquable pouvoir du gardénal. Ide, le premier, eut l'idée de l'usage inverse, et conseilla le traitement strychnique des empoisonnements barbituriques. Depuis, la méthode a fait ses preuves. De cette notion d'un antagonisme véritable entre la strychnine et le gardénal découla naturellement l'idée d'associer ces deux médicaments dans le traitement de l'épilepsie.

Tout le monde connaît l'action de la strychnine. D'une part, action tonique sur la cellule nerveuse et action stimulante sur les centres nerveux (bulbe, substance grise de la moelle, cornes postérieures), avec recul sensible du seuil du sommeil ; d'autre

part, augmentation de l'activité fonctionnelle avec régulation et coordination des mouvements volontaires ou réflexes. Ainsi la strychnine apparaît physiologiquement comme susceptible de faire disparaître ou d'atténuer les accidents du petit gardénalisme, d'autant qu'expérimentalement comme cliniquement, la strychnine, malgré son action tonique, ne favorise jamais, directement ou indirectement, l'apparition de crises comitiales.

Maillart, Pagniez, Ducosté sont parmi les premiers à avoir publié les heureux résultats de cette association médicamenteuse que nous étudions pour notre part depuis octobre 1937.

Au cours de nos essais, nous avons d'abord cherché à déterminer la dose idéale de strychnine à associer à une quantité donnée de gardénal. Très vite, après quelques tâtonnements, nous nous sommes fixés à deux dosages : l'un à 3/10^e, l'autre à 6/10^e de mmgr. de strychnine pour 5 cgr. de gardénal. Le dosage à 6/10^e de mmgr. de strychnine, dose plus forte que celle recommandée par Maillart et Boullanger, nous a paru convenir à la majorité des cas ; il est bien supporté, ne provoque ni énervement, ni anxiété, fait disparaître complètement les accidents du petit gardénalisme, ce qui n'est pas toujours le cas de la dose faible à 3/10^e de mmgr. de strychnine pour 5 cgr. de gardénal.

Nous avons ainsi utilisé l'association gardénal-strychnine sous deux formes : une forme solide et une forme liquide (gardénal sodique), telle que 10 gouttes contiennent 5 cgr. de gardénal et 6/10^e de mmgr. de strychnine. La forme liquide nous a paru être plus active. Elle s'est montrée, en outre, particulièrement maniable, puisque l'on peut varier la dose de gardénal par cgr. et même par 1/2 cgr.

Nous avons suivi régulièrement 21 épileptiques supportant mal les doses de gardénal qui leur étaient nécessaires.

Avant de résumer, en deux tableaux faciles à lire, l'essentiel de nos observations, nous allons cependant rapporter brièvement un cas très typique (malade 21).

Amédée L., 44 ans, directeur d'une grosse administration ; épilepsie d'origine obstétricale, première crise à 9 ans. Nous le voyons il y a quatre ans. Une crise par semaine, plusieurs équivalents chaque matin. Avec 20 cgr. de gardénal, les crises s'espacent, les équivalents persistent, il faut monter à 30 cgr., mais le malade est somnolent, doit interrompre son travail, il accuse une impuissance totale. Nous le mettons à 30 puis à 25 cgr. de gardénal-strychnine ; les crises disparaissent, les équivalents sont rares, le malade se sent très bien, l'im-

puissance disparaît complètement. Depuis plus d'un an la situation est parfaite.

TABLEAU I. — *Gardénalisme avec somnolence*

Malades	Dose de gardénal tolérée	Dose nécessaire mais toxique	Dose du gardénal-strychnine suffisante
1	15 cgr.	20 à 25 cgr.	23 cgr.
2	15 cgr.	20 cgr.	17 cgr. 1/2
3 (enfants de 10 ans).....	10 cgr.	15 cgr.	15 cgr.
4	15 cgr.	20 cgr.	20 cgr.
5	15 cgr.	20 cgr.	20 cgr.
6	10 cgr.	25 cgr.	25 cgr.
7	20 cgr.	—	30 cgr.
8	20 cgr.	—	25 cgr.
9	25 cgr.	—	40 cgr.
10	20 cgr.	—	20 cgr.
11	30 cgr.	—	40 cgr.
12	20 cgr.	—	37 cgr.

13 L'adjonction de strychnine tend à faire reparaitre chez un enfant de 10 ans les équivalents qui s'étaient très atténués avec du gardénal seul.

TABLEAU II. — *Vertiges, — céphalées, — impuissance*

Malades	Dose de gardénal tolérée	Dose de gardénal mais toxique	Dose de gardénal-strychnine suffisante
14	15 cgr.	25 cgr.	25 cgr.
15	20 cgr.	—	30 cgr.
16	25 cgr.	—	30 cgr.
17	15 cgr.	25 cgr.	22 cgr. 1/2
18	20 cgr.	25 cgr.	25 cgr.
19	20 cgr.	—	40 cgr.
20	25 cgr.	—	25 cgr.
21	20 cgr.	30 cgr.	25 cgr.

Chez ces 21 malades, les résultats obtenus furent excellents et ils furent excellents d'emblée, exception faite pour le malade N° 13. Il s'agissait d'un jeune garçon de 10 ans dont la comitialité se manifestait uniquement par des absences. La strychnine, associée au gardénal, a paru, sinon augmenter la fréquence de celles-ci, du moins gêner l'action suspensive du gardénal sur les accidents comitiaux, qu'il s'agisse d'ailleurs d'une dose de 3/10^e ou de 6/10^e de mmgr. de strychnine pour 5 cgr. de gardénal. Un meilleur résultat fut obtenu par l'association gardénal-caféine. L'action légèrement tonique de la caféine était suffi-

sante pour faire disparaître la fatigue déterminée par le gardénal seul.

Si donc il faut faire quelques restrictions sur l'emploi du gardénal-strychnine dans les cas d'épilepsie où les équivalents résument toute la maladie, par contre, nous avons pu constater qu'habituellement, l'activité thérapeutique du gardénal n'est pas diminuée par la strychnine, mais au contraire renforcée, si bien qu'il est assez souvent possible de réduire la posologie du gardénal de quelques centigrammes, ce qui n'est pas à dédaigner. A un autre point de vue, l'action bienfaisante de la strychnine, contrairement à ce que l'on pourrait penser, ne va pas en s'affaiblissant. Il ne paraît pas y avoir d'accoutumance et il ne nous a jamais été nécessaire, même après un an de traitement, d'en augmenter la dose.

Mais l'action de la strychnine n'a pas seulement porté sur la somnolence, la torpeur ou la céphalée ; elle a toujours amélioré l'état général, égalisé le caractère, rétabli ou augmenté l'appétit, relevé la tension artérielle, fait disparaître l'impuissance.

Il convient d'insister sur ce dernier point, car l'impuissance frappe douloureusement les malades et a souvent des incidences conjugales fâcheuses. Par deux fois (malades 18 et 2), grâce à l'association gardénal-strychnine, nous avons vu disparaître en 8 à 12 jours une impuissance quasi-totale et due au gardénal. Certes, les malades ont dû se contenter d'une activité sexuelle modérée (ce qui, d'ailleurs, est à conseiller aux épileptiques), mais ils ont été véritablement transformés au point de vue moral.

En résumé, l'association gardénal-strychnine nous semble nécessaire pour le traitement des épileptiques, exception faite peut-être pour quelques formes à prédominance d'équivalents dont l'état exige une imprégnation massive par le gardénal ou qui sont très sensibles à ce médicament.

Fort de ces résultats et de l'inocuité de la strychnine aux doses utilisées, nous avons donné l'association gardénal-strychnine à plusieurs malades qui supportaient très bien le gardénal seul. Le gardénal-strychnine, là aussi, a été bien supporté. Une fois seulement, il a été facteur d'insomnie. Constamment, et c'est là le fait important, il s'en est suivi une sensation de bien-être, d'euphorie, d'entrain très appréciée des malades et de leur entourage, si bien qu'actuellement, dès qu'une dose de gardénal supérieure à 20 centigrammes est nécessaire, nous recourons à l'association gardénal-strychnine.

Le travail, que nous apportons, est évidemment basé sur

un nombre relativement faible de malades (trente environ), mais, si l'on tient compte que ces malades sont suivis depuis plusieurs années, on nous accordera qu'il valait la peine d'en faire état.

M. MARCHAND. — Je n'ai qu'une expérience très restreinte du traitement de l'épilepsie par l'association gardénal-strychnine. Je n'ai essayé ce traitement que dans des formes ayant résisté au gardénal seul ou aux diverses associations habituelles. J'ai utilisé une solution gardénal-strychnine qui répondait à 1 mgr. de strychnine pour 10 cgr. de gardénal. Je n'ai pas dépassé les doses de 3 mgr. de strychnine et de 30 cgr. de gardénal par jour. Je n'ai pas obtenu de résultats concluants. Si cette association avait seulement pour but de combattre la somnolence causée par le gardénal, elle serait inutile, car bien peu nombreux sont les malades qui se plaignent de cet inconvénient. L'avantage de cette association consiste en ce que l'on peut faire supporter aux malades de plus fortes doses de gardénal. C'est là une considération importante qui doit être retenue.

M. BRISSOT. — J'emploie l'association gardénal et strychnine depuis 18 mois à la Colonie de Vaucluse. Et j'ai fait les mêmes constatations que les auteurs. Grâce à l'addition de la strychnine, on peut dépasser de beaucoup la dose théorique de 1 cgr. de gardénal par année d'âge et obtenir d'excellents résultats. J'ai pu suspendre les crises d'un enfant de 14 ans en lui donnant 30 cgr. de gardénal par jour, associé à de la strychnine, à raison de 6 mgr. par jour.

Un petit épileptique qui préparait son certificat d'études, en recevant 0 cgr. 20 de gardénal par jour, me fut signalé comme somnolent pendant la classe. En associant la strychnine au gardénal, on supprima cette somnolence et l'enfant, dont les crises furent jugulés, passa brillamment son examen.

M. DOUSSINET. — Cette association de strychnine et de gardénal a-t-elle une action purement élective sur la torpeur, ou bien agit-elle aussi sur les équivalents psychiques ?

M. GUIRAUD. — L'idée de joindre au gardénal des médicaments additifs ou correctifs a été exposée devant notre Société par Ducosté en 1921. Ces correctifs doivent être déterminés par les particularités cliniques de chaque cas : belladone, caféine, strychnine, etc... Pour combattre la somnolence, je me demande

si l'association ortédrine-gardénal ne donnerait pas de bons résultats.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — En somme, la strychnine agit, soit par l'addition d'une action bienfaisante à celle du gardénal, soit par la tolérance qu'elle donne au sujet à l'égard de la dose de gardénal nécessaire pour agir.

Catatonie-Discordance. Noyau fondamental de la démence précoce, par M. Jacques VIÉ.

Il n'y a, croyons-nous, aucune hardiesse à dire qu'en tant qu'entité morbide, la schizophrénie n'existe pas. Son fondateur Bleuler ne l'a considérée que comme un groupe ; pour l'école de Heidelberg, elle ne représente qu'un syndrome, pour Bumke, une simple modalité réactionnelle du cerveau. Et Wilmanns appelait naguère de ses vœux de nouveaux procédés d'exploration somatique qui puissent dissocier les composants hétérogènes de ce complexe.

Pourtant, il existe un bloc clinique, celui de la démence précoce, qui n'a jamais cessé d'être bien vivant, dans la pratique française, depuis que M. Sérieux en a, dans son travail de 1901, posé la définition et établi les limites, accomplissant la jonction de la conception kræpelinienne et de la vieille tradition de Morel. En présence de ces malades à la période d'état, nous énonçons aussitôt les initiales fatidiques : démence précoce. Et pourtant, que de discussions auraient suscitées les mêmes sujets, quelques mois plus tôt, à la phase de début ; quelles divergences feraient naître, quelque temps plus tard, certains d'entre eux, au cours de rémissions...

Pour relier ces états d'une même maladie, Kræpelin avait accordé une importance capitale à la catatonie, définie par la triade : négativisme, stéréotypie, suggestibilité. La catalepsie, notons-le bien, ne figure pas dans ce tryptique. Les signes cardinaux, à l'analyse, se sont révélés complexes : Bleuler pour le négativisme, Guiraud pour les stéréotypies, ont montré qu'ils n'étaient que des syndromes : des étiquettes pittoresques.

Peut-être serait-il temps, et aussi serait-il possible, de dégager par l'analyse des signes cliniques *une formule physiopathologique* s'étendant à toutes les modalités des fonctions nerveuses. La démence précoce ne paraît pas être, en effet, une affection à distribution systématique, mais, par la diffusion de son pro-

cessus, elle atteint des domaines très divers. Nous commencerons ici par dégager les *troubles élémentaires de la détermination motrice*, c'est-à-dire de la série catatonique.

ANALYSE DE LA SÉRIE CATATONIQUE. — Observons un dément précoce à la période d'état. Le voici debout, dans un coin de la salle, immobile depuis des heures, inerte, la tête penchée, tenant dans sa main cyanosée un morceau de journal qu'il ne regarde pas. Appelons ce malade, faisons-le venir à la salle d'examen. Notre premier ordre sera dépourvu d'effet. Répétons l'appel : le malade lève un peu la tête, remue les mains, le corps ne bouge pas. Troisième injonction : il fait deux ou trois pas, s'arrête, il est bloqué pour quelques instants. Enfin, il part brusquement, comme à la course. Nouvel arrêt avant d'entrer dans le bureau. Il faut stimuler notre homme pour qu'il franchisse le seuil. Il se fixe, on doit lui ordonner de se découvrir pour qu'il prenne à la main sa casquette, il reste alors debout, tourne la casquette entre ses doigts pendant plusieurs minutes jusqu'à ce qu'il s'immobilise, se fige. Un rire fuse parfois. Le malade exécute nos ordres. Mais nous nous approchons pour l'ausculter, il refuse, avec une vivacité tenace, de se déshabiller, s'oppose farouchement, se crispe, va frapper. Peut-être va-t-il, sous nos yeux, bondir soudain vers la fenêtre, y briser une vitre, et là s'immobiliser à nouveau...

Le comportement de ce malade est d'observation quotidienne. Il suffit pour mettre en évidence les sept points qui me paraissent définir la motricité du dément précoce.

1) *L'absence d'initiative, l'inertie*, la perte de la spontanéité sont d'apparition précoce. Elles atteignent rapidement l'incurie, l'immobilité totale. Mais notons d'emblée que, dans la démence précoce, aucun état d'inertie, si profonde soit-elle, n'est absolument passif : ainsi la stupeur catatonique, qu'elle revête le type flasque avec catalepsie, ou le type rigide avec négativisme, avec le signe de l'oreiller psychique de Morel, le signe de la langue de Kræpelin.

2) *Les difficultés de la mise en train et les arrêts brusques du barrage*. Gaetano Martini, en étudiant les courbes de travail, a constaté que le dément précoce a besoin d'un temps beaucoup plus long que le normal pour se mettre à la tâche. Claude, Baruk et Porak l'ont bien objectivé par l'ergographie. Le plus souvent, le démarrage est interrompu, soit brusquement, par des phénomènes dits de barrage, soit progressivement, c'est l'évanouissement praxique comparé au « fading » de la T.S.F. par Guiraud et Mlle Deschamps.

3) *L'indétermination motrice* relie la difficulté de commencer l'acte à celle de l'interrompre lorsqu'il est déclenché. L'impossibilité du choix, qui renouvelle à tout instant le problème de Buridan, rend compte de toute une série de troubles pour lesquels on invoque trop facilement une psychogénèse : d'abord, un aspect bien particulier de gêne ou d'incertitude (pseudo-timidité) ; puis toute la série des actes exécutés de façon passive, mais consciente à la suite d'une sollicitation venue de l'extérieur (automatisme au commandement de Kræpelin, hypermétamorphose de Wernicke, toutes les pseudo-imitations en écho, l'anticipation passive des mouvements étudiés par Claude, Baruk et Mlle Nouel). Dans tout ceci, il s'agit d'une *fausse suggestibilité*, car il n'y a pas, à vrai dire, substitution d'une volonté à une autre, action d'une volonté sur une autre, mais acceptation immédiate d'un appoint externe à la défaillance de la détermination motrice.

Il faut y ajouter les troubles si curieux qui marquent la cessation spontanée ou sur ordre d'un acte, d'une attitude, ce que Mlle Pascal nommait les *troubles de la déposture* : ainsi, le malade, dont on a élevé le bras horizontalement, le garde quelques instants dans la position reçue, puis, insensiblement, l'abaisse, fait un mouvement de type volontaire, reprend sa demi-position résiduelle, l'élève à nouveau, puis l'abaisse par à-coups, avec toute une apparence d'hésitations, d'arrêts et de reprises.

4) *La continuation et la persistance des attitudes* représentent la solution la plus simple de l'indétermination motrice. Le signe de Maillard en est l'aspect le plus élémentaire. La catalepsie, dans certains cas, domine sous forme de crises cataleptiques ou dans les accès extatiques. Ermes (1903), Divry, Petrazzini l'ont étudiée graphiquement. Mais elle est aussi peu passive que ne l'était la suggestibilité : c'est une pseudo-catalepsie.

5) *La répétition stéréotypée de mouvements* est l'aspect clonique du même phénomène. Elle est remarquable par sa rythmicité et parfois par sa durée, pour ainsi dire indéfinie.

Les stéréotypies de mouvement ou d'attitude sont, chez les éléments précoces, des phénomènes de fixation invariable (Guiraud), composés d'éléments stables, uniformes, coordonnés entre eux, dépourvus d'adaptation aux circonstances actuelles. Ces éléments ont tendance à s'organiser pour leur compte, à se condenser en une unité d'expression motrice toujours plus pure (Dromard).

6) *L'antagonisme moteur ou négativisme*, « tendance perma-

nente à se raidir contre toute sollicitation venue du dehors », parfois n'est qu'une passivité poussée à son maximum, mais presque toujours révèle un état actif accompagné d'irritabilité impulsive, qu'exagère toute tentative de correction (néguvisme réactionnel de Bonhoeffer), et qui peut même réaliser un acte inverse (néguvisme actif de Weygandt). Il peut être électif, ne porter, par exemple, que sur un acte, une fonction déterminée (se lever, se coucher, se vêtir, s'alimenter, uriner, etc.).

7) *Les décharges motrices épisodiques* : les *impulsions* font partie intégrante du tableau de la démence précoce : souvent sans prodromes, sans cause apparente immédiate, elles sont violentes, brutales, souvent répétées, stéréotypées, mal adaptées au but initial, souvent inachevées. Elles ne comportent ni amnésie, ni explication plausible, ni regrets.

Ces sept modalités d'action paraissent définir toute la motricité des déments précoces, et elles revêtent elles-mêmes un cachet absolument pathognomonique de deux caractères que nous n'avons pu éviter de souligner déjà au passage :

a) Ils n'atteignent pas l'ensemble d'une fonction, mais sont *parcellaires, dissociés, fragmentaires* : nous développerons surtout ce point à propos de la discordance.

b) De l'inertie à l'impulsivité catatonique, *aucune* de ces modalités n'est *akinésie pure*, ni *hyperkinésie pure*, mais un déséquilibre tonique sans cesse variable, oscillant par à-coups brusques entre ces deux pôles opposés : c'est ce qu'objective bien l'électromyographie, que ce soit dans les états de rigidité permanente, dans la mobilisation d'apparence passive, ou dans l'anticipation des mouvements actifs (Claude, Baruk, Thévenard).

*

**

Nous sommes ainsi amenés à abandonner les définitions intellectuelles ou affectives de la démence précoce pour nous placer sur le plan *énergétique*. Weygandt, le premier, a fait dériver les troubles psycho-moteurs d'une dissociation des éléments qui déterminent l'impulsion motrice. Meeus a insisté sur l'influence tyrannique de l'inhibition et assimile les symptômes moteurs à des *phénomènes de décharge* tonique ou clonique. Wernicke situait ses « psychoses de motilité » entre les deux pôles de l'akinésie et de l'hyperkinésie, et Kleist a précisé l'intrication, dans la démence précoce, de ces deux processus.

Enfin, nous rappellerons la conception des centres antago-

nistes couplés de Bard, qui, à chaque centre, attribuait une double fonction, excitatrice et modératrice, s'exerçant suivant le cycle de son action propre ; c'est une conception voisine de celle qu'appliquait à la démence précoce, dès 1911, Federico Polvani. Et nous avons eu assez souvent à faire appel aux nombreux faits étudiés par Baruk pour dire combien notre conception s'apparente à ses vues sur la catatonie.

Nous voudrions avoir précisé ici les termes d'une formule susceptible de vérifications d'ordre physiologique. Il nous semble que cette dystonie oscillante très spéciale, qui morcelle les fonctions nerveuses et par là effondre leur efficacité (d'où l'aspect paradoxal de démence et de dynamisme), permet de fixer les limites d'une entité morbide, à laquelle nous conservons le nom de démence précoce.

Les premiers symptômes d'alarme en portent la signature. Les rémissions les plus complètes en conservent les stigmates inscrits dans le comportement des malades, et, si lointaines qu'en soient les séquelles, ces stigmates demeurent absolument ineffaçables. La série catatonique retrouve, ainsi interprétée et étendue à la totalité des signes morbides, toute sa valeur diagnostique.

La discordance, catatonie appliquée, par M. Jacques Vié.

Les troubles élémentaires de la série catatonique, que nous venons de dégager de la motricité générale du malade, déterminent, on va le voir, toutes les modalités expressionnelles du dément précoce : ses actes, ses gestes, sa mimique, son langage, ses émotions, toutes les extériorisations de sa pensée. Pour employer le mot de Pfersdorff, ils constitueraient donc la loi des parafonctions. La discordance, avec ses caractères d'incertitude, d'inachèvement, de maniérisme, de brusquerie, de schématisme, de découpage fragmentaire, d'inutilité pratique et d'artificialité, résulterait ainsi de la manifestation de la perturbation fondamentale dans les diverses fonctions nerveuses : *la discordance devient ainsi la catatonie appliquée.*

1° *La discordance praxique.* Dans les phases aiguës, elle atteint parfois l'apraxie idéo-motrice (par exemple, l'impossibilité de reproduire, d'un côté du corps, l'attitude imprimée au côté opposé : phénomène de Pfersdorff), ou l'apraxie idéatoire (par interversion des phases d'actes complexes). Le plus souvent, ce sont des dyspraxies dont les formes répondent, trait pour trait,

aux mécanismes de la série catatonique : suspension, substitution, anticipation (Dromard et Pascal) ; nous y ajoutons les dyspraxies par itération.

2° *Les discordances gestuelles et mimiques* y ramènent, de façon parallèle, les composantes motrices des dysmimies et des paramimies : la « perte de la grâce » (Kræpelin), très précoce, avec les gestes angulaires, heurtés, brusques, les à-coups de leur début, les arrêts inopinés ou les persévérations indéfinies, les gestes inutiles ou surajoutés, les redoublements, les intrusions de stéréotypies parasitaires, et par contre la réduction schématique des expressions à leurs phases essentielles qui se précipitent et se télescopent.

Rappelons l'excellente analyse d'un cas de maniérisme catatonique, par Guiraud et Chanès, les travaux de Mlle Pascal sur le rire, la poignée de main des déments précoces, ceux de Rogues de Fursac et d'Heucqueville sur la mimique fronto-orbitaire, les belles photographies récentes de Baruk et Lemercier opposant la mimique du dément précoce à celle du wilsonien.

Aucune des expressions du dément précoce n'est l'homologue de réalisations musculaires normales, comme l'a confirmé l'analyse chronaxique de Bourguignon. Il y a dissociation entre la mimique supérieure et inférieure, entre les deux hémifaces, des secousses, des hypertonies, des hypotonies fasciculaires. L'analyse du regard met en jeu les troubles de mobilité de la paupière supérieure altérant l'éclat (G. Dumas), de l'iris déformant la pupille (Sérieux et Masselon), supprimant l'instabilité normale (Bumke), abolissant la réflectivité dans la stupeur catatonique.

Partout, on note la *dissociation intrinsèque du mécanisme expressionnel*.

3° *Les discordances idéo-verbales*. Le langage des déments précoces présente des altérations absolument homologues. L. von Angyal, Guiraud, y ont montré l'importance des phénomènes de mise en train, d'accélération et de ralentissement, d'arrêt, etc... Le mutisme répond à l'akinésie totale. Le mutacisme a des phrases brèves, rapides, explosives, objectives, laconiques, économiques, des réparties monosyllabiques ou monoverbales qui rappellent celles des frères Fredons, de Rabelais. L'occasionalisme verbal, qui amorce des réponses et des néologismes purement fortuits, s'apparente à la fausse suggestibilité. Le soliloque une fois déclenché se prolonge en dépit d'hésitations continuelles, de répétitions de mots, de la perte, sans cesse

renouvelée, du fil conducteur, de l'objectivité impersonnelle du récit. La voix basse, chuchotée, les mots escamotés, prouvent que le malade ne parle ni pour lui-même, ni pour les autres.

Les phrases ponctuelles, les phrases rythmiques, les leitmotifs ne peuvent se répéter, exclusifs, que sur un ton spécial, strident, suraigu ; ou apparaître en résurgences parasites, hachant la conversation pendant des mois, des années.

Les troubles de la syntaxe révèlent, dans les paroles et les écrits, des mots isolés, des phrases morcelées d'irruptions hétérogènes, des propositions inachevées, des répétitions de mots ou de bribes de phrases. X. Abély a rapproché des stéréotypies les néologismes passifs, simples associations par assonance dépourvues de sens, qui, dans la verbigération, se succèdent en une jargonaphasie démentielle. La désagrégation fragmentaire est alors poussée à ses extrêmes limites et obéit à toutes les règles précédentes.

4° *Discordances affectives et émotionnelles.* La notion de l'indifférence complète des déments précoces a fait place à celle de l'irrégularité de leurs réactions affectives. Il y a, certes, une diminution de la tonalité fondamentale, de la sympathie et du sentiment de la force personnelle. Mais l'inertie affective est loin d'être passive, elle est marquée de tout un jeu de barrages et de défenses. L'indétermination se traduit par l'*ambivalence*, attitude superficielle et fugitive avec « deux sentiments contraires colorant simultanément une même représentation » (Bleuler).

Enfin les décharges émotionnelles inopinées atteignent pour des motifs minimes ou nuls une intensité et une violence inouïes contrastant encore avec la discordance expressionnelle qui les accompagne. Il en est de même dans toutes les manifestations anxieuses de la maladie (Dupouy et Pichard). X. et P. Abély ont ramené tous ces faits à la dissociation « schizophrénique ». Il y a à la fois rupture idéo-affective et dislocation intrinsèque des processus émotionnels qui se poursuit jusque sur le plan des concomitants humoraux. Laignel-Lavastine, Rogues de Fursac, d'Heucqueville, et d'autre part nous-même avons pu constater chez les déments précoces la rupture du rapport qui existe habituellement entre la tonalité affective et l'acidité ionique des urines.

5° *La formule intellectuelle de la discordance et la segmentation catatonique de la pensée.* — Bleuler a fait du relâchement de l'association des idées le trouble fondamental de la schizo-

phrénie. Carl Schneider l'a ramené à quatre modalités formelles : la *fusion*, compénétration dépourvue de sens et d'intention de parties hétérogènes du discours ; le *radotage* qui mélange au hasard, comme sur des coups de dés, des parties hétérogènes ; le *glissement*, déviation non intentionnelle de la pensée ; la *substitution* ou introduction, dépourvue de sens, d'une idée nouvelle.

Les matériaux de la pensée sont loin de demeurer eux-mêmes intacts. Les images, dit Masselon, les concepts, selon Dide et Guiraud, deviennent imprécis, incertains, d'extension mal définie. « Ils sont disloqués, éclatent comme des pétards à droite et à gauche » (Meeus). Les tests de Binet et Simon mettent en évidence l'émiettement des fonctions avec des lacunes énormes pour des épreuves faciles alors que d'autres bien plus compliquées aboutissent ; le schéma des réussites est du type échelonné. L'épreuve des 60 mots traduit les difficultés de mise en marche, les répétitions, les barrages, l'épuisement rapide de l'effort.

Masselon avait bien étudié, avant Bleuler, les troubles de l'attention : l'instabilité, la fixation électorale, les brusques éclipses, les résurgences soudaines, éruptives, de l'attention spontanée, la fugacité de l'attention volontaire qu'accompagne l'allongement des temps de réaction, bientôt considérables (Kræpelin). Ces altérations de l'attention apportent une base aux dysmnésies fonctionnelles de la période d'état, qui obéissent aux mêmes formules que les dyspraxies, ainsi qu'aux hypermnésies électives.

X. Abély a précisé la valeur de la dissociation intellectuelle. Il en signale la finesse extrême. A tout instant, les éléments sont isolés, brisés par le barrage invincible de la pensée. Idées et mots, sentiments, réactions, sont morcelés chacun pour leur compte, les fragments en sont réagglutinés au hasard et ne cadrent plus les uns avec les autres. D'où la variabilité continuelle et l'incohérence. Le rationalisme morbide de R. de Fursac et Minkowski donne un décalque de cette impuissance : en vain le malade tente de distribuer, de diviser les difficultés sans parvenir à faire cadrer son effort avec la fragmentation anarchique de sa pensée, ce qui en rend l'efficacité nulle.

En somme, la trame de la pensée elle-même est soumise aux processus que nous avons rencontrés dans l'étude de la motricité. C'est ce qu'exprimait déjà Calmeil en 1835, lorsqu'il distinguait une variété de démence qui « désorganise en quelque sorte, et si on peut dire *pièce par pièce*, tous les instruments des pensées, des penchants, des sentiments ». C'est la dissociation des idées signalée par Foville dans la démence vésanique, puis

par Claude et Lévy-Valensi, la séjonction de Wernicke, l'ataxie intra-psychique de Stransky, la dislocation de Meeus, la désintégration en briques de von Monakow et Mourgue, le molecular splitting de Nolan D.C. Lewis, etc. Toutes ces expressions traduisent ce trouble fondamental que nous avons voulu ramener à la formule de la dystonie catatonique.

CATATONIE-DISCORDANCE DANS LE DOMAINE VISCÉRAL. — Il est particulièrement intéressant de passer en revue les troubles viscéraux des déments précoces, qu'il s'agisse de phénomènes moteurs, sécrétoires ou humoraux, ils sont marqués, lors des phases d'activité, par l'intensité, la brusquerie, l'atypisme des variations fonctionnelles, dont le caractère spasmodique contraste avec le fond d'inertie habituelle.

Nous ne pouvons ici que rappeler quelques exemples.

Pour l'appareil phonateur, Mignot a montré le parallélisme des troubles du rythme, de l'intensité, de la hauteur et du timbre avec ceux du langage et de la mimique. Mignot et Le Grand ont enregistré la diminution de fréquence et d'amplitude des mouvements respiratoires, avec des irrégularités telles qu'elles rappellent les courbes obtenues par Pachon chez l'animal après vagotomie double.

La vaso-motricité est dominée par l'atonie de la circulation capillaire et veineuse périphérique, qui contraste chez les catatoniques avec le spasme artériolaire qui crée l'asphyxie locale (rigidité vasculaire de de Jong, acrocyanose orthostatique de Baruk, Tinel, Layani).

L'étude de la tension artérielle nous a révélé chez de vieux malades des paliers de décontraction tensionnelle pendant lesquels l'indice oscillométrique, momentanément nul et simulant une minima précoce, reprenait une ampleur nouvelle.

Les variations de pression du liquide céphalo-rachidien sont très brusques et indépendantes des facteurs habituels. Alors qu'au cours de la ponction lombaire un coup de pistolet ne modifie pas cette tension (Laignel-Lavastine et G. Dumas), Claude signale des variations spontanées parfois considérables.

La musculature lisse du tube digestif est le siège de perturbations profondes notées au niveau de l'estomac par Tomesco, de l'intestin par George W. Henry : inhibition des mouvements normaux de l'état de repos et des mouvements par excitation psychique. « Le négativisme, écrit Tomesco, n'est pas seulement une attitude psychique. »

Les sécrétions subissent des phases d'inhibition et des

paroxysmes d'hyperactivité : hyperidrose ou sécheresse de la peau, sialorrhée ou sécheresse buccale. La glycémie présente des oscillations spontanées très amples ; les variations expérimentales réalisent les courbes très prolongées (Em. Pelaz). Le métabolisme basal offre des modifications brusques, intenses, hors de rapport avec l'état de la nutrition. Et il y aurait lieu de reprendre toute la gamme paradoxale des réactions — soit nulles (« négativisme humoral » de Mlle Pascal), soit d'amplitude démesurée (hyperallergie de Baruk) — que l'on observe vis-à-vis des diverses infections et des agents thérapeutiques.

Enfin, la régulation thermique présente des anomalies telles sur un fond d'hypothermie que Gottlieb et Linder ont pu assimiler les déments précoces aux poïkilothermes.

Au cours de cette énumération, beaucoup trop incomplète, nous avons cherché à indiquer dans quelle mesure les troubles viscéraux des déments précoces s'apparentent à la formule de dystonie, oscillant sans cesse entre les deux pôles akinésie et hyperkinésie, que nous avons dégagée à propos de la motricité. Partout l'indépendance vis-à-vis des déterminants habituels, le caractère paroxystique, inopiné, fragmentaire, inadapté des réactions nous paraît traduire — dans la mesure où le peuvent la musculature lisse et la régulation nerveuse des sécrétions — le retentissement de la catatonie-discordance du système nerveux central.

○ M. Henri BARUK. — J'ai été vivement intéressé par la communication de mon ami Vié. La notion de troubles de fonction me paraît infiniment plus féconde que les classifications nosographiques rigides, telles qu'elles résultent en particulier de la doctrine kræpelinienne.

Un des grands inconvénients de cette nosographie kræpelinienne est justement de placer pêle-mêle, dans le vaste cadre de la démence précoce, une multitude de symptômes qui, en pratique, se groupent bien différemment suivant les stades de la maladie.

Il ne faut pas confondre, en effet, le malade au stade réactionnel de la catatonie, et le malade au stade plus avancé de l'automatisme et de la dissociation poussée.

Le *stade catatonique* est, avant tout, un stade réactionnel, marqué par un éréthisme souvent intense, aussi bien au point de vue psychologique qu'au point de vue physiologique : au point de vue psychologique, le stade catatonie de Kahlbaum avec son négativisme, ses raideurs, ses troubles organo-végéta-

tifs, ses phénomènes de défense, est souvent marqué par un délire actif, fait d'un mélange d'onirisme ou de subonirisme, d'anxiété, de craintes, ou de scrupules moraux du type mélancolique. Le malade croit souvent qu'il est obligé de se raidir pour obéir à une consigne, pour éviter un danger, pour expier des fautes, ou pour suivre une loi imposée du dehors, tel ce malade qui croit qu'il est placé sous la loi de l'Inde, et qu'il doit se comporter suivant la caste des parias en se raidissant, et en se mortifiant. Au point de vue physiologique, on note, dans presque tous les appareils, des phénomènes de spasmes : que l'on prenne, par exemple, l'appareil circulatoire, on constate de véritables phénomènes de crampes tant au niveau du myocarde (modification et augmentation du soulèvement T à l'électrocardiographie) qu'au niveau des vaisseaux : à cette phase, on note souvent un éréthisme vasculaire violent, avec forts battements, etc... Mêmes constatations en ce qui concerne l'appareil digestif, etc...

Plus tard, si la maladie s'aggrave, on arrive à un autre stade, le stade d'absence et d'automatisme ; à ce moment, les raideurs et le négativisme disparaissent pour faire place aux stéréotypies, aux itérations étudiées par M. Guiraud, à l'aspect d'indifférence affective, bref au tableau classique de la démence précoce tel que vient de le rappeler M. Vié. A cette période, le contenu psychologique est beaucoup moins riche, et beaucoup plus fragmenté, la conscience est émoussée, d'où ces gestes automatiques au cours desquels le malade paraît plus ou moins absent. Au point de vue physiologique, durant cette phase, l'éréthisme a plus ou moins disparu et a fait place, au contraire, à une sorte d'hypotonie générale : c'est la période où l'on trouve de tout petits indices vasculaires, une hypotension marquée, une hypotonie digestive, etc...

Ces divers stades sont d'ailleurs souvent précédés d'un stade initial de *troubles subjectifs*, dépressifs ou délirants : le malade a l'impression que sa volonté est gênée et qu'elle menace d'être suspendue. Il peut alors interpréter ce trouble subjectif réel par des idées délirantes d'influence. Plus tard, ces impressions subjectives peuvent se réaliser objectivement par l'inhibition des fonctions volontaires psycho-motrices du stade catatonique, et plus tard encore par la désagrégation de ces mêmes fonctions au stade d'automatisme.

Mais ce serait une grande erreur de croire que cette évolution progressive soit préformée et fatale. C'est là une des conséquences les plus fâcheuses de la doctrine kräpelinienne. En fait, la maladie peut s'arrêter ou régresser à tous les stades.

Le stade catatonique, en particulier, est bien loin de marquer toujours le début d'une évolution vers la discordance ou la désagrégation. Il peut survenir sous forme d'un accès passager, complètement curable, qui rappelle beaucoup plus une manifestation périodique que la démence précoce de Kræpelin. Même la dissociation et la discordance ne comportent pas toujours le pronostic de chronicité qu'on leur attribue si souvent. Ainsi l'évolution est extrêmement variable, capricieuse, difficile à prévoir, et elle varie aussi beaucoup suivant les conditions physiques et morales du malade, suivant le terrain, les causes acquises et suivant le traitement.

Ainsi, au fatalisme funeste de la notion de démence précoce doit être substituée une observation clinique souple, tenant compte des stades et de l'analyse individuelle aussi fine que possible, aussi bien au point de vue mental que somatique et étiologique.

M. GUIRAUD. — M. Vié a bien raison de vouloir enterrer la schizophrénie comme entité clinique. Du point de vue nosographique, j'ai toujours combattu la création de Bleuler, tout en admirant la pénétration de son analyse psychologique et la réalité de nombreux symptômes qu'il a découverts. Actuellement, beaucoup d'auteurs s'appuyant sur une analyse sémiologique erronée donnent à la schizophrénie une extension démesurée ; cette maladie se superpose exactement à la dégénérescence mentale de l'époque de notre jeunesse. Je suis également d'accord avec Vié sur ce point que l'étude minutieuse des troubles moteurs de l'hébéphrénie doit nous donner l'explication de beaucoup de troubles de la pensée. Les imperfections de la mise en train, les itérations, les fixations invariables, les barrages, les fadings, les automatismes parasites ou antagonistes interviennent également dans le domaine moteur et idéique, comme je l'ai montré dans mon article sur les stéréotypies. Mais je ne puis suivre Vié quand, après avoir enterré la maladie sous le nom de schizophrénie, il tente de la ressusciter sous le nom de discordance ou de dissociation qui n'en est que la traduction en français. Je ne puis accepter qu'on arrive à synthétiser une maladie mentale par une explication unique ; quoique nous ayons avec Dide semblé peut-être sacrifier à ce préjugé quand nous avons créé le terme athymhormie nous avons toujours expliqué la majorité des symptômes catatoniques et végétatifs par des atteintes sous-corticales voisines mais différentes de celles qui peut-être produisent l'athymhormie. La notion de dis-

cordance ou de dissociation devrait être reprise et discutée dans notre Société. Pour ma part j'estime qu'elle n'est dans beaucoup de cas qu'une apparence et non un symptôme direct et capital. Le terme dissociation comprend au moins trois idées différentes et toutes à mon avis d'importance secondaire. Il me semble particulièrement exagéré de l'étendre aux troubles végétatifs (vasculaires, thermiques, sécrétoires, etc.).

M. TUSQUES. — Comme le dit M. Guiraud, M. Vié enterre la schizophrénie. Mais il contribue à confirmer l'existence de la démence précoce maladie. Je pense, et c'est je crois une tendance actuelle de la psychiatrie, que la notion de maladie mentale est stérilisante et artificielle. Elle est artificielle, car si nous prenons l'exemple de la démence précoce, l'expérience montre que rien n'est plus variable et comme étiologie et comme pronostic, que les états attribués à cette maladie mentale. Elle est stérilisante, car les psychiatres formés avec cette notion ou bien renoncent à toute recherche étiologique et thérapeutique : « C'est un dément précoce, il n'y a rien à faire », ou bien recherchent l'étiologie et le traitement de la démence précoce, ce qui donne des résultats absolument incohérents ou conduit à des thérapeutiques brutales et en séries qui éloignent des recherches étiologiques.

M. VIÉ. — Ma conception est en effet très voisine des troubles de fonction comme les entend mon ami Baruk. Mais ces troubles de fonction peuvent revêtir des modalités diverses, qui me paraissent susceptibles de fournir une base à la délimitation de groupes morbides.

La catatonie de Kahlbaum n'est qu'un cas particulier, un cas extrême, certes très propice à l'étude des troubles moteurs, mais sur le total des cas de démence précoce il n'est pas très fréquent. Les troubles d'ensemble de la motricité y dominent, la pensée y est moins atteinte. Le tableau — trop condensé dans le cadre de cette communication — que je vous ai esquissé, n'implique pas que le trouble, à tout stade, atteigne de façon proportionnelle toutes les fonctions à la fois. Mais, à tous les stades, c'est le double caractère de dystonie oscillante et de découpage extrême, incompatible avec la physiologie normale, qui permet d'affirmer le diagnostic. Alors le cadre de la démence précoce apparaît net, bien délimité.

Je pense à un jeune obsédé, observé dans une consultation d'hôpital, dont une impulsion subite, avec mimique dissociée, révéla la démence précoce : il commençait un violent accès cata-

tonique. Et aussi à un vieillard auquel un ramollissement cérébral donnait l'aspect d'un dément organique : néanmoins jusqu'au bout, un rire spécial signa le diagnostic originel. Dans le cas des délires que nous rattachons à la démence précoce ce n'est pas le contenu qui fait le partage, mais les signes de la série catatonie-discordance dans les diverses modalités que je vous ai invoquées : dans ces conditions, le domaine de ces délires demeure bien restreint !

Certes, je conviens avec M. Guiraud que le mot « discordance » est chargé d'acceptions bien diverses, mais j'ai cherché à lui donner un contenu concret, et c'est celui-ci seul que j'envisage. Dans cette formule, je ne veux pas englober toute la démence précoce, mais seulement le mécanisme morbide. J'ai laissé de côté toute la symptomatologie réactionnelle, la part du malade ne faisant aujourd'hui que celle de la maladie.

C'est bien ce qui m'étonne de l'objection de M. Tusques. Je ne peux pas comprendre qu'en médecine, même en médecine mentale, l'effort nosologique soit considéré comme stérile. Si l'étiologie échappe, la physio-pathologie peut donner des directives. Mais l'existence même des maladies mentales est une question trop vaste, que j'ai bien l'intention d'aborder dans un travail prochain.

Rapports de l'érotomanie et de l'hypocondrie, par MM. J. FRETET et J. MASSON.

Nous avons eu l'occasion d'exposer déjà la grande fréquence avec laquelle l'érotomanie et l'hypocondrie sont associées, mais dans nos premières observations, comme dans celle de Clérambault, les allégations hypocondriaques n'étaient « qu'un moyen détourné, employé par le malade, pour contraindre l'objet à s'occuper de lui ». « L'érotomane pense obtenir par la ruse et commander par les larmes », écrivions-nous (1). « Il éprouve un besoin impérieux d'assistance et de réconfort ; désespérant de le trouver auprès d'une maîtresse, il fait appel à la pitié de l'objet. Il allègue l'état de sa santé ébranlée pour revendiquer des soins, une expertise médicale, une pension, une situation stable. Ne recevant pas de réponse, il fait appel à la justice. Il se plaint à sa belle comme hypocondriaque, et il se plaint de sa belle comme un récriminant. Ainsi se révèle vite l'érotomane, à la fois le plus insincère, le plus hypocondriaque et le plus revendicateur des personnages morbides de l'amour (Fretet). »

Cette hypocondrie au service de la poursuite amoureuse, hypocondrie politique, est loin d'être la seule. Nous avons vu, par ailleurs, qu'un grand nombre de délires de persécutions corporelles avec plaintes hypocondriaques multiples, ne sont pas autre chose que des érotomanies homosexuelles travesties. « Il veut me sodomiser, transformer mes organes, me rendre malade », remplace : « Il m'aime. » L'action extérieure, l'obsession, reconnues étranges, imposées, prennent la place du postulat intégré à la personnalité. Le travestissement du thème va de pair avec l'hypocondrie, l'angoisse, les tentatives d'automutilation (2).

Nous présentons ici deux cas différents d'association de l'érotomanie et de l'hypocondrie. L'hypocondrie n'y est, ni une politique de l'érotomane, ni un travestissement du postulat. Les deux thèmes délirants se sont formés et se sont développés parallèlement, à partir de facteurs affectifs communs fondamentaux (sentiments et états d'infériorité, fixation maternelle) comme deux rejetons nés d'une souche enfouie.

PREMIÈRE OBSERVATION. — « Troubles névrotiques polymorphes, vomissements pithiatiques, scène amoureuse passionnelle à un vieux médecin, fable d'une tentative de viol par celui-ci. Résolution d'un conflit familial. Guérison. »

Au printemps 1937, nous fûmes appelé en consultation par un ami de notre famille, vieux praticien de 70 ans, n'exerçant plus guère et à demi-aveugle. La malade, une jeune femme de 22 ans, vomissait quotidiennement depuis six mois ; les vomissements se produisaient à toute heure, plus volontiers à la fin des repas ; il y avait, en général, un seul vomissement à la fois, très abondant ; il n'était précédé d'aucune phase de « méditation », survenait sans que la malade semblât faire aucun effort. Aucun signe organique, digestif ou neurologique n'en expliquait l'origine. La malade avait été radiographiée, tubée, testée, opérée deux fois ; les traitements médicaux entrepris n'avaient pas été plus heureux. Il s'agissait d'une psychopathe : regard brillant, nervosisme léger, attente inquiète de notre examen, naïvetés des remarques et des préoccupations, expression dramatique de la résignation aux souffrances.

Malgré sa fatigue, Sylvie paraissait plus jeune que son âge ; par l'arrangement de sa coiffure, sa façon de saluer, la simplicité affectée de sa toilette, elle se composait un personnage de jeune fille parfaitement comme il faut, de bourgeoisie provinciale et catholique. C'était là, en effet, son origine. Sa mère n'avait jamais été mariée. Son père, officier supérieur, était mort accidentellement au moment de l'affichage des bans. Un été, dans la Lozère, sous le toit familial,

Sylvie était devenue la maîtresse du jeune précepteur de son frère. Ce précepteur était un séminariste, orphelin, blond, maniéré, paraissant un adolescent. La mère opposa un refus formel à la demande qu'il lui avait faite de la main de Sylvie. Celle-ci, — qui avait refusé plusieurs partis agréés pour demeurer auprès de sa mère, — partit aussitôt pour Paris, où le mariage non consenti eut lieu. En rompant toutes relations avec sa mère, Sylvie était persuadée que cette dernière pardonnerait bientôt. La mère ne céda pas. Les lettres que Sylvie lui écrivait étaient retournées sans avoir été ouvertes. Sylvie affirmait que sa mère les décachetait à la vapeur et en prenait connaissance avant de les réexpédier. Sylvie avait espéré que la naissance d'un enfant fléchirait l'intransigeance maternelle. Après deux ans de mariage, pas d'enfant. Si les lettres expédiées en Lozère n'étaient plus renvoyées, elles demeuraient toujours sans réponse.

Le conflit familial était à ce point lorsque Sylvie commença à vomir. Elle n'avait jamais été malade ; elle accepta donc le médecin que son mari lui amena ; c'était le confrère âgé que nous avons dit. Il conquit d'emblée l'entière confiance de la malade. Cependant, celle-ci s'irritait des termes amicaux que le médecin et le mari entretenaient. Elle demanda que ce dernier n'assistât plus aux consultations, qu'il ne rencontrât plus le médecin à l'issue des visites. Elle n'acceptait pas que son mari s'informât des résultats des examens médicaux, s'intéressât au pronostic. Sylvie justifiait cette conduite par des allégations sans rapport et chaque jour contredites : « La maladie n'est pas l'affaire des maris ; le mien est trop sensible ; son affolement me rend encore plus malade que je suis. Le médecin n'a pas le temps d'écouter toutes les questions qu'il lui pose, etc... » A plusieurs reprises, le mari ayant essayé de faire manger Sylvie après qu'elle eût vomi, elle s'emporta contre lui, alla jusqu'à l'injurier et à le mordre. Nous posâmes le diagnostic de manifestations pithiatiques apparues sur un fonds de débilité intellectuelle, à l'occasion d'un conflit familial. Nous parlâmes de troubles sympathiques et de l'opportunité de faradisations psychothérapeutiques. La malade accueillit ces mots avec satisfaction. Elle nous recevait chaque jour avec un air résigné, désolé, demandait en zézayant légèrement et avec des tours d'expression imbéciles : « Si le Docteur espérait, etc. » Sylvie répondit à l'électrisation faradique bitemporale par de grandes crises de convulsions lentes, de mouvements de torsion des membres supérieurs, avec disparition apparente de la conscience, et salivation. L'effet thérapeutique fut immédiat ; pendant trois ou quatre jours, on crut la malade guérie ; puis, les vomissements réapparurent. Et nous perdîmes la malade de vue.

Nous venons d'apprendre l'épilogue de cette histoire : après être devenue érotomane du vieux médecin, Sylvie a guéri. Un mois après notre départ, Sylvie vomissait toujours. Les vomissements se produisaient dès que le mari s'absentait. Lorsqu'elle le pouvait, Sylvie simulait les traces révélatrices, comme si elles eussent été celles d'une

faute. Un matin, trompant la surveillance du mari, Sylvie se rendit chez son médecin ; il était encore de très bonne heure, Sylvie n'était pas attendue. La voiture du médecin était arrêtée devant son hôtel. Sylvie prit une bouteille de lait vide, qui était sur le perron, la cassa et poussa du pied les morceaux sous les roues de la voiture. Le chauffeur accourut, et le médecin se présenta ; Sylvie bondit vers lui, lui prit la main, l'embrassa, dit : « Excusez-moi, je suis folle », entraîna le vieillard vers le vestibule, et ferma la porte derrière eux ; elle l'étreignit, pleura sur ses mains, s'agenouilla à ses pieds et se cramponna à lui. Le vieux médecin ne pouvait s'éloigner et n'osait appeler ; Sylvie restait muette ; elle se releva soudain et s'exclama : « Si vous faites cette scène à toutes vos malades, Docteur ! » Elle vomit, ouvrit la porte du cabinet médical, s'allongea sur un sofa en donnant les signes d'un grand malaise ; elle était faible, haletait et tremblait. Elle reçut une piqûre d'huile camphrée. Le mari, qu'on était allé chercher entre-tant, arriva. La malade fut reconduite chez elle. Le médecin dit au mari : « Madame vous racontera la faiblesse qu'elle a eue. » Sylvie ne dit rien, si ce n'est que le médecin s'y était mal pris pour faire sa piqûre, que sa psychothérapie était trop sérieuse. Le lendemain, elle vomit en cachette, téléphona au médecin qu'il ne se dérange plus, qu'elle allait parfaitement bien, qu'elle avait eu des rapports sexuels avec son mari. Le vieux médecin, à la fois trop heureux et fort embarrassé, essaya de nous joindre. Nous étions absent. A trois ou quatre jours de là, Sylvie reçut de sa mère une lettre de réconciliation. Celle-ci était le résultat d'une démarche que nous avons faite trois mois avant, mais qui n'avait pas touché la mère de Sylvie, alors en pèlerinage. Sylvie partit pour la Lozère, seule, le jour même. Elle se dit guérie ; son mari la rejoignit bientôt. Elle continua à vomir pendant une dizaine de jours. Comme devant, elle se cachait de son mari pour vomir, mais elle se montrait à sa mère. Après quelque temps de vie commune, Sylvie apprit à sa mère et à son mari que le vieux docteur avait essayé de la violer, qu'elle aurait dû deviner ses intentions amoureuses longtemps avant, qu'il lui pressait sur le ventre quand il l'examinait, la faisait découvrir souvent sa poitrine pour l'ausculter, y appuyait longtemps l'oreille. Elle répète naïvement cette histoire plusieurs fois par jour et à ceux même qui la connaissent déjà. Le vieux médecin laisse dire, trop heureux d'en être quitte à si bon compte. Les vomissements ont complètement disparu.

DEUXIÈME OBSERVATION. — « Troubles psychotiques polymorphes. Psychose hallucinatoire chronique. Persécution, érotomanie, hypochondrie, sursimulation. Automatisme mental ; commentaire ordurier des actes physiologiques : « Il pue » ; ordres et menaces : « Il crèvera ». Conversations interceptées, mimique d'halluciné, peut-être hallucinations génitales. Commentaire des érections spontanées de décubitus nocturne. Accusations à l'égard de persécuteurs qu'il

désigne nommément, et qui sont autant d'objets de cristallisation érotomaniaques : Nénette, Paulette, Mlle le Docteur W., Mlle le Docteur R. Après l'avoir rendu malade, elles ne veulent plus de lui, parce qu' « il ne peut plus ». Sorte de dépit de l'objet après initiative amoureuse de celui-ci. Mlle W. a commencé à se déclarer, mais il la désirait aussi, et déjà. Visites de Mlle W. interprétées comme des avances. L'entendait dire : « Je le veux » ; elles disent maintenant : « Je ne le veux plus ; il bande ; il ne bande pas. » Allégations de troubles multiples et de cénesthopathies persécutrices. On l'enfonça. On lui fait perdre du sang par l'anus, on le fait cracher, on lui détraque la gorge, il étouffe, il ne peut plus dormir, il a mauvaise mine, il devient bête. C'est maintenant le plus bête de tout l'asile. Se plaint de manquer de soins, de ne pas être examiné. Manifestations simulatrices. Ne peut lire parce qu'il a mal à la gorge. Parodie pathomimique démonstrative ; interruption de l'essai de lecture, aphonie soudaine, halètements, éructations, simulation. Ne peut plus compter. Dit avoir perdu la mémoire. Désorientation grossière feinte. Nous sommes en 1882. Fonds mental débile. Vantardise, hablerie, récit de prouesses sexuelles. Était, avant sa maladie, le plus dégourdi de tout l'asile, était un travailleur exemplaire, avait une santé superbe, un teint de coq, était beau, etc... Autophilie douloureuse et sentiment d'infériorité compensé. A maintenir. »

Emilien est le dernier-né d'une famille de six enfants. Le père, bonhomme de boulanger, vendait à crédit, aimait le vin et mourut très vieux, après cinq ans de veuvage. La mère d'Emilien avait 40 ans lorsqu'il naquit, et son père 45. Dès son plus jeune âge, l'enfant se montra « nerveux » et très impressionnable. Il avait des convulsions et des terreurs nocturnes. Il voyait chaque nuit un personnage qui voulait l'étrangler et se réveillait en hurlant. De 9 à 13 ans, il s'est masturbé avec ferveur. Il dit avoir eu, dès sa treizième année, des relations sexuelles avec des femmes. Il était déjà vantard à cet âge. Ses études furent mauvaises, il n'a pu apprendre à lire ni à écrire, n'a pas été présenté aux épreuves du certificat d'études. Pourtant, il se montrait déjà ingénieux dans les travaux manuels. Il apprenait le métier de forgeron quand la guerre éclata ; il avait 17 ans. Fait prisonnier, il passa 20 mois dans une forteresse de Radstadt, en sortit conscrit ; fut dragon. Rendu à l'état civil, il aurait travaillé comme aide-monteur électricien. En réalité, ses occupations sont instables et il est le plus souvent manœuvre. Il habite toujours chez ses parents, manifeste à sa mère un attachement attardé ; elle a d'ailleurs pour lui toutes les faiblesses, ajoute à ses payes, pourtant suffisantes, des cadeaux d'argent. En 1925, alors qu'il travaillait à la mine sous la direction de son frère aîné, celui-ci lui ayant infligé une amende de un franc, il prend la mouche et s'en va ; on croit à une fugue ; il ne revient pas. Il vagabonda, gagnant parfois de l'argent sans en avoir jamais, coucha au poste, fut arrêté deux fois. Il retour-

nait fréquemment voir sa mère. En 1925, à la suite d'une grippe, il fut dirigé vers un sanatorium. Il en sortit quelques semaines après.

Ses tendances anciennes, telles que les décrivent ses frères, correspondent assez bien à l'idée qu'on peut s'en faire actuellement, à travers son état délirant. Emilien a toujours été de commerce facile, de caractère faible ; prodigue, il jugeait cent francs une fortune inépuisable. Il était extrêmement susceptible, mais ne gardait point rancune ; plein d'entrain, il ne savait se décider ; hâbleur, il manquait d'assurance. Sa gaité s'altérait d'un continuel souci de sa santé ; au premier catarrhe, il croyait voir du sang dans ses crachats et voulait en persuader les siens, — cela, il y a 10 ans déjà. — Sa sensibilité était continuellement alarmée ; un regard de sa belle-sœur, ou d'une servante, signifiait un reproche ou une critique. Il travailla assez régulièrement tant qu'il resta chez les siens et qu'ils firent appel à son amour-propre qu'il avait excessif. Entre cent présomptions, il avait celle de travailler parfaitement. Cependant, on ne pouvait lui confier un emploi obligeant à une attention ou à un effort prolongés. Manquant totalement d'énergie, « ne s'en faisant pas », il était léger, sans gêne à l'occasion, voire même indélicat. Faible, susceptible, instable, vaniteux, hypocondriaque, le caractère d'Emilien doit son trait le plus accentué à sa fixation maternelle et à ses inquiétudes d'infériorité. Dernier-né, maladif et moins intelligent que ses frères, Emilien n'en a été que plus aimé. Jusqu'à 28 ans, il vécut auprès de sa mère ; à cet âge d'homme elle lui donnait encore de l'argent pour ses plaisirs du dimanche. Absent, elle continua à le secourir. Il revenait souvent pour la voir. Lorsqu'elle tomba malade il manifesta un vrai désespoir d'enfant, passa une nuit au chevet du cadavre, joue contre joue, voulut, après l'enterrement, se coucher dans le lit de la morte. Puis il partit, désespéré, et il ne revint plus que de loin en loin voir son père, occasionnellement. Il refusa toujours de se marier, prétextant de fréquents voyages. Pourtant, dans le temps qui précéda sa maladie, il pensa épouser une jeune fille qu'il fréquentait intimement.

La maladie a commencé en septembre 1936 par une affection tumorale orchio-épididymaire gauche douloureuse. La castration chirurgicale fut pratiquée peu de temps après, à Metz, et les troubles mentaux suivirent. L'opéré, anxieux, s'agita, se plaignit de manquer d'air, fut transféré dans un service spécial. Là, dit-il, on a commencé à le persécuter ; un gardien voulut le frapper avec un bâton ; on faisait apparaître devant lui de petits pantins ; on lui faisait voir des morts ; s'il avait besoin d'aller aux cabinets on l'en empêchait par des courants électriques qu'on lui envoyait dans l'anus et les jambes. Il criait sans cesse et refusait de se nourrir. Cette confusion ne dura que quelques semaines, et les troubles mentaux prirent l'aspect qu'ils ont encore aujourd'hui. Des jeunes filles persécutent Emilien : ce sont Nénette, Paulette, ainsi que deux femmes médecins de l'Asile ; il confond l'une d'elles avec Nénette. Elles lui avaient fait jadis des

avances amoureuses ; maintenant elles le rendent malade. Elles lui disent qu'il n'est plus un homme : « On ne te veut pas. », — « Tu as trompé mon cœur. », — « Il faut le faire crever, il pue, on n'en veut plus. », — « Il faut le mettre aux cabinets. » Il n'était pas bête autrefois, maintenant on l'a rendu dément, il perd la tête, sa mémoire est nulle, il ne peut plus calculer. Il dit ne plus pouvoir faire les calculs les plus simples, fait mille difficultés pour écrire son nom. Il ne répond que par des plaintes monotones répétées infatigablement, et, semble-t-il, comme à plaisir. Il ne retrouve ses facultés anciennes que pour vous convaincre de ses misères actuelles, qu'il oppose à sa splendeur passée, à sa gentillesse, à son entrain, à « sa mine de coq », à sa santé, à ses succès féminins surtout. Son délire n'exprime que des regrets et des plaintes. Il ne cherche pas à savoir comment viennent les gaz, comment on lui parle à distance, il n'invoque le secours d'aucun appareil. Lorsqu'on lui propose l'explication suivante : « Elles vous aiment, mais depuis votre maladie, vous êtes moins puissant qu'autrefois, alors, elles sont dépitées et se vengent en vous tourmentant. », il l'accepte comme probable, mais ne la retient pas. Il n'invective jamais contre ses persécutrices ; si l'une d'elles passe auprès de lui, il demeure à sa place, prend un air coléreux et amer, l'insulte en lui-même, disant à voix basse qu'il la hait, qu'il la déteste, qu'il n'en veut pas, quitte à lui prendre la main si elle s'approche de lui, en maugréant doucement des reproches. Il n'a été menaçant que tout à fait exceptionnellement.

Dans ces deux maladies, l'hypocondrie est au premier plan. L'existence d'une relation à *priorique* inverse, dans le second cas, signe l'érotomanie délirante. Dans le premier cas, l'érotomanie est pure ; la fable tardive de la tentative de viol par le vieillard traduit une rêverie amoureuse antérieure. On la rapprochera de la fable commune du viol par le père. La fixation maternelle est extrêmement vive dans les deux cas. La mère perdue, dans l'observation de Sylvie, trouve un substitut dans le vieux médecin. Le mari lui-même est une ébauche maternelle avortée (Séminariste, Femmelin). La quête hypocondriaque ne s'adresse pas au mari ; la privation de la mère la déclanche ; la réconciliation la fait disparaître.

L'absence de tout système délirant explicatif, dans un délire déjà ancien, de toute l'animosité à l'égard des auteurs supposés des persécutions hypocondriaques, l'énorme sentiment d'infériorité d'Emilien, sont les principaux traits cliniques de son cas. La castration, ou la crainte de la castration, est une cause de sentiment d'infériorité fréquemment générateur de compensation délirante érotomaniaque. Rappelons le cas Goemans de notre thèse (1) : l'objet veut tâter les parties sexuelles du

malade pour voir si elles sont bien entières. Le malade justifie cette crainte en disant qu'un ancien amoureux de sa mère, éconduit par elle, s'était vengé de cette déconvenue en répandait la fable calomniatrice que son mari émasculait ses fils dès leur naissance. Un autre malade de Lévy-Valensi (3), persécuté amoureux d'une jeune fille et meurtrier par dépit, croyait être méprisé et nourrissait des préoccupations hypocondriaques à la suite de la perte d'un testicule. La source affective de l'érotomanie est ici la même que celle de l'hypocondrie ; les allégations de cette dernière s'expriment, non par des revendications, des sollicitations d'assistance, des demandes de soins, mais seulement par les regrets du malade pour son état ancien. C'est là une forme de délire rétrospectif semblable à celui des idées de satisfaction du mélancolique négateur, dont Séglas dit : « Aujourd'hui qu'il n'est plus rien, il regrette ce qu'il était autrefois et en fait l'éloge. »

BIBLIOGRAPHIE

- (1) FRETET. — Les causes affectives de l'Érotomanie, principalement chez l'homme. Un vol., Alcan, 1937.
- (2) FRETET. — Erotomanie homosexuelle travestie. *Evolution psychiatrique*, An. 1937, Fasc. IV, p. 17.
- (3) Lévy VALENSI. — Les crimes passionnels, *Ann. de médéc. lég.*, 1931, p. 193.

M. CARON. — Dans l'intéressante observation rapportée ci-dessus, je ne vois pas très bien comment on est fondé à dire que le mari séminariste est devenu le substitut de la mère. Le conflit maternel n'a eu lieu qu'à l'occasion du mariage.

M. FRETET. — La jeune fille avait déjà eu des conflits maternels avant son mariage avec l'ex-séminariste, à propos de deux ou trois mariages manqués. Et celui qui devint son mari avait été l'hôte habituel du foyer, presque un membre de la famille.

La séance est levée à 18 heures 25.

Le Secrétaire des séances,
Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 1^{er} décembre 1938

Présidence : M. R. BOURGUIGNON, président

Etude anatomo-clinique d'un cas de tumeur du corps calleux (projections), par MM. BARRÉ, PERNOT, KABAKER et LEDOUX (de Strasbourg).

Les auteurs relatent l'observation et montrent les pièces anatomiques d'un sujet de 38 ans, qui eut d'abord quelques troubles du caractère et de la mémoire, et entra au bout de dix mois environ dans un état grave où s'associaient des troubles psychiques spéciaux et une déséquilibration très marquée.

Ils font ressortir la valeur particulière que donnent à leur cas l'extrême légèreté de l'hypertension crânienne, l'absence d'aphasie, de dysarthrie, d'apraxie, la conservation du calcul et d'une mémoire souvent très précise, une fois sorti de l'état d'extrême indifférence habituel. Ce type pathologique de leur malade correspond au schéma du syndrome calleux de MM. Guillain et Garcin.

Les auteurs insistent sur les particularités du syndrome psychique, dont les manifestations, d'apparence parfois discordante, constituent justement une véritable caractéristique et ils partagent complètement la conception d'Alpers exposée en 1933 et 1936 sur le syndrome psychique calleux.

Pour ce qui est de l'équilibration, la chute en arrière ne traduit aucune pulsion, mais bien plutôt la perte de l'attention minima qui assure chez

l'homme la station verticale. Peu à peu la symptomatologie des tumeurs du corps calleux se précise, et il n'est pas sans intérêt, en particulier, de pouvoir différencier le syndrome psychique calleux du syndrome frontal, puisque ce dernier entraîne l'idée d'intervention, alors que celui-là la contre-indique jusqu'à maintenant.

Sur la sclérose inflammatoire de la substance blanche des hémisphères (Spielmeyer). Contribution à l'étude des scléroses diffuses non familiales, par M. Ludo VAN BOGAERT.

Un enfant de neuf ans développe en cinq mois une affection qui comporte tout d'abord des troubles du caractère, puis de l'agraphie, de l'agnosie visuelle, des troubles de l'orientation spatiale, des troubles praxiques complexes. On trouve au point de vue neurologique un gros syndrome d'hypertension crânienne avec stase papillaire bilatérale, une hémiparésie droite très légère, des crises épileptiques rappelant par certains caractères les « cerebellar fits ». Le diagnostic posé fut celui d'un gliome de la région pariéto-occipitale gauche. L'exploration chirurgicale est négative et suivie de mort en hyperthermie. L'étude histopathologique du cas montre une infiltration importante de la substance blanche cérébro-cérébelleuse des deux hémisphères : avec au niveau des régions pariéto-occipitales des deux côtés une démyélinisation progressive, avec une gliose fibreuse dépassant largement cette démyélinisation. Des altérations cellulaires se voient dans la substance grise corticale, les formations grises de l'hypothalamus, des noyaux centraux, du tronc cérébral. La réaction mésenchymateuse comporte des infiltrations périveineuses et péricapillaires à lymphocytes avec une proportion élevée de plasmatoctes. Les auteurs insistent sur ce qui différencie cette affection dont il existe de rares observations dans la littérature, de la sclérose en plaques aiguë et des leucodystrophies progressives familiales.

L'affection se présente ici avec une évolution subaiguë et sous une forme pseudo-tumorale.

Troubles de la sensibilité de type syringomyélique avec amyotrophie Aran-Duchenne dans une névrite syphilitique, par MM. BOLLACK, HAGENAÛ et KAUFFMANN.

Le traitement de la maladie osseuse de Paget, par MM. DELMAS-MARSALET.

Présentation de sept observations de Pagétiques traités par la méthode préconisée par l'auteur en 1929 (gluconate de calcium et vitamine D à fortes doses). L'étude des clichés radiographiques du crâne pris de trois mois en trois mois montre dans la plupart des cas un remarquable travail de reconstruction osseuse parallèle à l'amélioration de l'état général. Pour plusieurs de ces observations, étude détaillée du métabolisme phosphocalcique et des phosphatases. (Paraîtra comme article original).

Myopathie atrophique type Leyden Moebius avec troubles accentués du métabolisme nutritif, traitée par divers acides aminés, par M. BETHOUX, M^{lle} M. GAUTHIER et M. ROCHEDIX.

Sur les lésions histologiques nerveuses du tétanos humain,
par M. DRAGONES (de Bucarest)

**Syndrome controlatéral du noyau rouge avec hallucinations visuelles
et auditives,** par M. J. LHERMITTE, M^{me} DELTHIL et M. GARNIER.

Cette nouvelle observation vient s'ajouter à celles que Lhermitte avec Gabrielle Lévy ont publiées, dans lesquelles on voit se juxtaposer des phantasmes hallucinatoires visuels à des mouvements forcés limités à la moitié du corps. Dans certains faits, le désordre musculaire prend le caractère de l'athétose, dans d'autres celui du secouement tel qu'il apparaît dans le syndrome de Bénédict. Quoi qu'il en soit d'ailleurs de la forme des mouvements spontanés, ce qu'il importe de retenir, c'est que ceux-ci attestent l'atteinte de la région sous-thalamique et spécialement du noyau rouge et que les hallucinations de la vue associées parfois à celles de l'ouïe témoignent des relations étroites qui unissent les lésions de la calotte pédonculaire avec l'écllosion de perceptions sans objet d'un caractère particulier.

M. LECONTE.

Société Royale de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 17 décembre 1938

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

Les indications psychiatriques de la thérapeutique physiothermique,
par M. le Professeur BESSEMANS (de Gand).

Il existe divers procédés physiques pour élever la température du corps : air chaud humidifié (méthode de Ketternig), rayons électro-magnétiques (ondes longues, courtes ou ultra-courtes), rayons caloriques.

L'une des principales difficultés techniques est la détermination exacte et permanente de la température du sujet ; le mieux est de faire usage de thermomètres en quartz remplis à l'huile de paraffine ou au benzène.

Les indications de ce genre de traitement sont nombreuses : syphilis, primaire et secondaire, sclérose en plaques, arthrites de diverses natures, gonococcie, asthme, brucellose, méningocoecie. Toutefois, les indications les plus intéressantes pour le neuropsychiatre sont la paralysie générale et la chorée mineure.

Dans le traitement de la paralysie générale, la physiothermie offre l'avantage d'être d'un maniement facile permettant le réglage de la température au niveau désiré et de ne pas nécessiter — comme c'est le cas pour la malariathérapie — l'emploi d'un agent par lui-même pathogène. En pratique, à chaque séance, le malade doit rester pendant 8 heures à une température supérieure à 39°7 (dont au moins 2 heures à 41°) ; le traitement ne doit pas être abandonné avant que n'aient été tentées une cinquantaine de séances identiques répétées à la cadence de deux par semaine.

Les résultats thérapeutiques sont très encourageants, sensiblement supérieurs à ceux donnés par la malariathérapie d'après une statistique publiée aux Etats-Unis et portant sur près d'un millier de cas. Le nombre des décès imputables au traitement ne dépasse pas 2 %.

La chorée mineure, traitée par physiothermie, avorte dans la grande majorité des cas, sans qu'une hospitalisation de plus de deux semaines soit nécessaire. Des rechutes n'ont été enregistrées en Amérique que dans 6 % des cas.

En terminant, l'auteur discute le mécanisme d'action probable de la physiothermie. Il estime que dans d'autres thérapeutiques actives, telles la malariathérapie, l'hyperthermie est l'agent curateur prédominant, sinon exclusif.

Un cas de schizophrénie infantile, par M. R. BUSSCHAERT (d'Anvers).

L'auteur rapporte l'observation détaillée d'une enfant de 11 ans qui présente depuis 2 à 3 ans des modifications du caractère et un arrêt du développement intellectuel. La malade manifeste actuellement de l'apathie, du mutisme, du négativisme, des impulsions, du gâtisme, des sourires maniérés, des stéréotypies, du refus d'alimentation.

L'auteur discute le diagnostic et exclut la possibilité d'une forme stuporeuse de mélancolie sur terrain de débilité mentale, celles d'une paralysie générale juvénile, d'une démence épileptique, d'une encéphalite épidémique. Il ne croit pas, sans toutefois pouvoir formellement l'exclure, à une séquelle d'encéphalite aiguë. Il pourrait s'agir d'une débilité mentale profonde, mais l'auteur donne la préférence à l'hypothèse d'une schizophrénie juvénile en raison de la disproportion existant entre le déficit social et la conservation du langage et des facultés d'attention et de mémoire, et en raison du fléchissement profond de la vie affective.

J. LEY.

**Groupement Belge
d'Études Oto-Neuro-Ophthalmologiques
et Neuro-Chirurgicales**

Réunion annuelle du 18 décembre 1938

Présidence : M. CHEVAL, président

Cette réunion annuelle, honorée de la présence de M. le Professeur BAILLIART (de Paris), de MM. STREIFF, BIANCHI, DE MORSIER (de Genève), était consacrée à l'étude de la *pléthysmographie rétinienne dans ses rapports avec la neurologie*, sujet que M. A. FRITZ (de Bruxelles) était chargé d'introduire en faisant rapport sur l'état actuel de la question.

**La pléthysmographie rétinienne dans ses rapports avec la neurologie,
par M. A. FRITZ (de Bruxelles).**

Au point de vue technique, le rapporteur insiste sur la difficulté que l'on rencontre parfois à mesurer la pression rétinienne veineuse dans les cas où celle-ci a une valeur très basse ; il rappelle les méthodes permettant de se faire une opinion sur l'importance du débit sanguin et sur l'état des capillaires de la rétine.

Bailliart a montré que le rapport entre la pression artérielle rétinienne et la pression artérielle générale (mesurée par exemple à l'humérale) est d'environ 1/2 lorsque la pression du sang est normale ou paranormale. Dans les cas d'hypertension artérielle, il semble plus exact de dire que la pression rétinienne est inférieure à la pression sanguine générale d'environ 45 mm. de Hg.

Les facteurs capables d'accroître la pression rétinienne par rapport à la pression sanguine sont principalement la vaso-dilatation endocranienne et la constriction des vaisseaux rétiniens périphériques. Les variations de souplesse des parois des artères cérébrales jouent également un rôle dans le déterminisme des pressions rétiniennes minimale et maximale.

Les facteurs qui règlent la pression veineuse rétinienne sont plus complexes du fait que les veines rétiniennes sont en rapport avec certaines veines de la face et des fosses nasales. Une compression quelconque s'exerçant

sur les vaisseaux de la base du cerveau entraîne une diminution du débit sanguin dans les artères rétiniennes, mais non dans les veines, par suite précisément de l'existence de ces anastomoses. La pulsatilité veineuse, qui témoigne de la propagation des battements artériels au delà du système capillaire, est l'indice d'une congestion périphérique.

Le *syndrome d'entrave circulatoire cérébrale* peut avoir une cause vasculaire (artériosclérose, hypertension générale) ou périovasculaire (arachnoïdite périartérielle).

Le *syndrome congestif cérébral* se traduit, du point de vue tonoscopique, de plusieurs façons. Si les lésions n'intéressent que les artères cérébrales et respectent les artères périphériques, la pression rétinienne est très élevée par rapport à la pression sanguine générale ; si la congestion s'étend aussi aux vaisseaux plus petits, les deux pressions rétinienne et générale tendent à reprendre un rapport normal ; si enfin la vasoconstriction prédomine à la périphérie, on observe de l'hypotension rétinienne.

Le *syndrome d'hypertension du liquide céphalo-rachidien* peut avoir pour origine la présence d'une néoformation intracrânienne, une hypertension du liquide ou un obstacle à l'écoulement normal de celui-ci. Dans cette dernière hypothèse seulement on observera au niveau de la papille un œdème mécanique de voisinage qu'il importe de distinguer des œdèmes prenant naissance dans une perturbation locale de la circulation rétinienne.

En terminant, le rapporteur rappelle les caractéristiques tonoscopiques du syndrome oculaire dans les affections neurologiques les plus fréquentes, notamment les tumeurs, les abcès, les méningites, les arachnoïdites, les traumatismes.

De l'utilité de l'exploration fonctionnelle de la rétine, par M. le Professeur BAILLIART (de Paris).

L'auteur souligne l'importance considérable de l'examen de la rétine ; son étude systématique et approfondie permet de se faire une opinion sur l'état du cerveau dont la rétine n'est en somme qu'une expansion entourée d'épithélium sensoriel. Il appuie son exposé d'exemples très démonstratifs. Il met cependant le praticien en garde contre des généralisations hâtives : un trouble rétinien n'est pas fatalement l'indice d'une altération des centres nerveux, puisque la lésion oculaire peut n'intéresser qu'un œil, voire même un seul secteur d'une rétine. Il insiste sur la discordance qui peut exister entre les pressions artérielles humérale et rétinienne, et rapporte des exemples où, en dépit d'une hypertension humérale, il a diagnostiqué une hypotension rétinienne qui correspondait vraisemblablement à une hypotension cérébrale ; dans ces cas les troubles subjectifs (vertiges, migraines, troubles neuro-psychiques dus à un ramollissement cérébral) ont été très favorablement influencés par une thérapeutique hypertensive.

Influence de l'excitation vestibulaire sur la tension artérielle rétinienne, par MM. E.-B. STREIFF et BIANCHI (de Genève).

Cette recherche a été effectuée chez des sujets normaux.

L'excitation gyrateuse élève de 10 à 15 mm. de Hg la pression de l'artère centrale de la rétine, uniquement du côté où se dirige le tachynystagmus ; cette hypertension apparaît en même temps que le nystagmus.

L'excitation galvanique donne des résultats identiques.

À la suite d'une *excitation calorique* dont la durée peut être plus longue, on observe aussi une élévation de la pression, mais elle est précédée d'une légère dépression. Au cas où la réponse est bilatérale, le trouble prédomine toujours du côté correspondant au tachynystagmus (soit donc à la rétine contralatérale après une irrigation froide de l'oreille homolatérale).

L'hypotension artérielle rétinienne dans les tumeurs intracrâniennes des étages antérieur et moyen, par M. G. DE MORSIER (de Genève).

De l'examen de 19 cas de tumeur cérébrale, il résulte que l'indice huméro-rétinien est très souvent abaissé dans les localisations antérieures (frontale, centrale, temporale, hypophysaire) et qu'il n'y a pas de rapport constant entre la pression du liquide céphalo-rachidien mesurée au manomètre de Claude et celle de l'artère centrale de la rétine.

L'auteur se demande si l'hypertension rétinienne qui n'est donc pas toujours la conséquence d'une compression intracrânienne par tumeur, n'est pas souvent due à une perturbation qui s'exercerait au niveau des centres cérébraux régulateurs de la pression sanguine. Il rappelle à l'appui de cette opinion que l'on observe des modifications importantes de la pression rétinienne dans la paralysie générale et dans certaines psychoses alcooliques chroniques du type Korsakoff où les lésions anatomiques prédominent dans les parties antérieures du cerveau.

J. LEV.

XLIV^e Réunion de la Société Suisse de Neurologie

Lucerne, 13-14 novembre 1937

LA NÉVROSE TRAUMATIQUE

RAPPORT

Les névroses consécutives aux traumatismes du crâne
(Die Neurosen nach Schaedeltraumen), par M. R. BRUN (de Zurich) (1).

Le terme de névrose traumatique doit être réservé à des troubles ayant une pathogénie exclusivement psychique. La distinction s'impose non seu-

(1) Le rapport et les communications de cette réunion ont été publiés sous forme d'un fascicule spécial (vol. XLI, fasc. 2^e) des *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Orell Fuessli, édit., Zurich 1938.

lement avec les troubles post-traumatiques organiques lésionnels (démence traumatique, encéphalose, etc.), mais aussi avec les troubles organiques-fonctionnels qui comprennent notamment : 1° le syndrome végétatif post-traumatique ou neurasthénie post-traumatique ou simplement syndrome commotionnel, et 2° la névrose émotionnelle (Schreckneurose). Ces deux syndromes sont dus à l'ébranlement des centres végétatifs encéphaliques, direct dans le 1^{er} cas, indirect par l'intermédiaire de l'écorce psychique dans le 2°. Dans les névroses ou psychonévroses traumatiques vraies, les troubles sont les effets de mécanismes psychologiques en rapport avec l'expérience psychique du traumatisme.

Mais la doctrine de la psychogénèse des névroses traumatiques, combattue déjà par Oppenheim il y a 50 ans, est de nouveau vigoureusement attaquée par des neurologistes de marque tels que Minkowski, W. Riese, etc. L'auteur s'efforce à infirmer les unes après les autres toutes les objections contre la psychogénèse et en faveur d'une pathogénie organique-lésionnelle : l'existence de troubles neurovégétatifs ne prouve rien, car on sait parfaitement que les fonctions endocrinovégétatives subissent l'influence de la vie psychique, comme elles influencent d'ailleurs inversement celle-ci. Les erreurs de diagnostic qui ont été signalées ne prouvent pas l'inexistence des névroses traumatiques ; ce serait bien extraordinaire qu'on n'en rencontrât pas, alors que la fréquence des névroses en général est si considérable. Des symptômes dits organiques aucun ne constitue un critère sûr, ni les céphalées, ni les vertiges, ni l'insomnie, ni l'impuissance génitale, etc. L'argument que les troubles ne peuvent être produits par la volonté consciente, par l'auto- ou l'hétérosuggestion, ne résiste pas, celui de l'inefficacité des méthodes psychothérapeutiques ne vaut pas davantage. Bien entendu la séparation n'est pas absolue entre la névrose et les troubles organiques ; l'association, l'intrication des deux éléments est assez fréquente. On ne saurait donc faire un diagnostic de névrose traumatique par exclusion, le diagnostic doit s'appuyer sur des arguments positifs tirés des antécédents, de l'état affectif, etc., et en cas d'association névrose-troubles organiques, la discrimination des deux ordres de troubles doit être faite.

Les névroses traumatiques ne diffèrent pas, cliniquement, des autres névroses. Il n'y a pas une entité clinique, « névrose traumatique ». Les statistiques sur leur fréquence montrent des écarts importants. Celle de l'auteur, qui porte sur 400 cas, donne une proportion globale de 50,5 pour cent de réactions névrotiques, dont 26,5 pour cent de névroses pures. Elle fait ressortir également la relation inverse qui existe entre la disposition à la névrose et la gravité des troubles organiques existants (32 pour cent en cas de lésions cérébrales avec déficit psychique, 37 pour cent en cas de contusion cérébrale non compliquée de déficit, 56 pour cent en cas de syndrome commotionnel simple), ainsi qu'entre cette disposition et la gravité du choc traumatique initial (fracture ou non, durée du coma, etc.).

Les hypothèses pathogéniques qui font intervenir un facteur unique tel que le désir de l'indemnisation ou la constitution psychopathique antérieure à l'accident, sont insuffisantes ainsi qu'il est démontré par des faits nombreux. La psychogénèse des névroses traumatiques est complexe, elle a été approfondie en particulier par l'école psychanalytique qui a démontré le rôle des conflits instinctifs qui se cachent derrière la lutte pour la rente et les troubles hystérisiformes.

Le problème médico-légal est envisagé surtout au point de vue de la légis-

lation suisse. En principe l'indemnisation totale ou partielle doit être admise pour les réactions névrotiques primitives : réactions émotionnelles, réactions hystériques primitives. Les phobies, dont le contenu se rapporte nettement au traumatisme, relèvent de l'indemnisation, mais celle-ci doit être rejetée en cas de névrose de revendication ou d'appétition. La thérapeutique des névroses traumatiques est encore trop négligée. Une psychothérapie précoce paraît devoir donner des résultats appréciables.

Une bibliographie comportant 530 références termine ce rapport important.

COMMUNICATIONS

Les névroses survenant après les traumatismes crâniocérébraux. Nécessité d'une révision de la question, par M. G. de MORSIER (de Genève).

L'auteur estime que la doctrine de la psychogénèse des névroses traumatiques doit être abandonnée. Il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, d'affirmer l'absence des lésions du système nerveux central. Des erreurs de diagnostic graves ont été commises et ont été suivies d'erreurs judiciaires. Parmi les exemples cités par l'auteur, se trouve un malade qui fut considéré par une dizaine d'experts comme atteint de sinistrose, alors que l'autopsie, pratiquée 7 ans après l'accident, démontra l'existence de lésions traumatiques grossières d'un lobe temporal, et d'une sclérose en plaques médullaire.

Etude sur les névroses consécutives aux traumatismes crâniens, par M. F. NAVILLE (de Genève).

L'auteur établit le parallélisme entre les troubles psychogènes consécutifs aux traumatismes crâniens et ceux résultant de chocs psychiques purs. Il les répartit en cinq groupes : troubles moteurs, réminiscences obsédantes, désarroi mental de formes diverses, névroses émotives à prédominance viscérale, psychoses aiguës psychogènes ; il n'a jamais observé des exemples indiscutables de ces dernières et émet des doutes sur leur existence chez les traumatisés du crâne. Il essaie de dégager les éléments du diagnostic différentiel entre les troubles organiques et psychogènes ; il insiste sur le comportement affectif et général essentiellement différent des malades des deux groupes.

Le problème de la causalité dans la névrose traumatique, par M. W. RIESE (de Paris).

Aux difficultés d'ordre philosophique et biologique qui sont celles du problème en général de la causalité en pathologie humaine et en psychopathologie, s'ajoutent, dans le cas des névroses traumatiques, des difficultés médico-légales et juridiques. La notion de la multiplicité des causes, qui est reconnue par les juridictions modernes puisqu'elle est à l'origine des théories de la causalité adéquate (Suisse, Allemagne) et de l'équivalence des causes (France) facilite les solutions, car elle permet le fractionnement de

la causalité et le dédommagement partiel. Mais en réalité, dans un cas déterminé, la difficulté ne doit jamais être insurmontable. « Si un individu, qui doit être considéré comme sincère et qui, avant l'accident, ne fait ni symptômes, ni souffrances, en fait après l'accident, et si la capacité de travail de cet individu doit être considérée comme diminuée, l'accident peut et doit être considéré comme cause essentielle de l'état post-traumatique du malade, peu importe le nom et la classification de cet état post-traumatique. »

Sur les répercussions sociales de l'expertise des blessés du crâne et du cerveau (Ueber die soziale Auswirkung der Begutachtung von Schaedel- und Gehirnverletzten), par M. H. MEIER-MÜLLER (de Zurich).

Les évaluations excessives de l'invalidité et de la durée d'incapacité, chez les blessés du crâne, ont des conséquences morales et sociales néfastes. Elles sont dues notamment à une documentation insuffisante sur l'activité réelle des malades et à l'interprétation erronée, comme troubles organiques-lésionnels, de syndromes exclusivement psychogènes.

Les névroses consécutives aux traumatismes crâniens à la lumière des théories de Janet (Die Neurosen nach Schädeltraumen im Lichte der Theorien von Janet) par M. L. SCHWARTZ (de Bâle).

Les troubles névrotiques s'expliquent aisément soit par l'asthénie psychique, soit par l'hypotonie psychique au sens de Janet, soit comme des réactions de décharge par suite du déséquilibre entre la tension et la force psychique, fréquemment observé. Les suites immédiates des traumatismes crâniens sont caractérisées par la prédominance des phénomènes d'asthénie, plus tard ce sont les troubles par hypotonie qui dominent la scène.

Auto-observation sur un accident d'auto avec commotion et ses séquelles jusqu'à la disparition des symptômes (Eigener Selbstbericht über einen Autounfall mit Komotio und die Folgen bis zum Abklingen der Symptome), par M. M. TRAMER (de Rosegg).

L'auteur qui fut commotionné dans un accident d'auto insiste sur les troubles amnésiques (amnésie rétrograde, vestiges de souvenirs portant sur la phase du traumatisme) et sur l'atténuation progressive des troubles commotionnels qui a lieu dans l'ordre suivant, jusqu'à guérison complète : vertiges vestibulaires, 5 semaines, autres troubles, 9-10 semaines, sauf la fatigabilité intellectuelle qui persista longtemps.

Auto-observation d'une commotion cérébrale avec complexe symptomatique neurovégétatif (Selbstbeobachtungen bei einer Commotio cerebri mit vegetativem Symptomenkomplex), par M. E. FREY (de Zurich).

Les troubles consécutifs au traumatisme (chute sur la nuque) persistent pendant 2 ans 1/2. L'auteur insiste en particulier aussi sur l'hypersensibilité à l'égard des perturbations atmosphériques et telluriques, parfois même éloignées, et sur les phénomènes de labilité affective très prononcée.

Le posturomètre, méthode d'exploration du système nerveux central. Son utilité dans l'examen des commotionnés cérébraux, par MM. H. BRANDT, de Genève et H. BERSOT (du Landeron).

Le posturomètre, décrit par ces auteurs, permet l'inscription graphique des réflexes de posture et l'étude plus approfondie de leurs variations physiologiques et pathologiques. Dans les troubles poscommotionnels, les phases d'aggravation sont marquées par l'élargissement du graphique, ce qui correspond à un léger phénomène de Romberg.

Contribution à l'étude de l'épilepsie traumatique (Beitrag zur Frage der traumatischen Epilepsie), par M. E. KATZENSTEIN-SUTRO (de Zurich).

L'auteur communique un certain nombre d'examen histopathologiques susceptibles d'éclaircir la pathogénie de l'épilepsie traumatique : épaississements lepto- et pachyméningés, adhérences méningo-corticales, formations kystiques, processus inflammatoires secondaires même en cas de traumatisme fermé sans atteinte crânienne certaine. Il insiste sur le rôle du tiraillement opéré par la cicatrice sur le cerveau (en cas d'adhérence entre le cuir chevelu et les méninges par exemple).

L'importance de la mesure de la tension des artères rétiniennes pour le diagnostic des séquelles des traumatismes crâniens (Die diagnostische Bedeutung der Druckbestimmung in den Netzhantgefäßen nach Schädeltraumen), par M. F. RINTELEN (de Bâle).

La tension des artères rétiniennes est trouvée augmentée dans 70 p. cent des cas, au cours du 1^{er} mois après le traumatisme, plus tard l'hypertension est plus rarement rencontrée. Elle est parfois unilatérale, du même côté que la lésion traumatique.

Deux cas de traumatisme cérébral et leur examen histologique, par M. F. MOREL (de Genève).

Il s'agit de deux cas de traumatismes crâniens fermés anciens. Les malades furent internés ultérieurement pour troubles jugés éthyliques ; ils moururent à l'asile. L'examen histopathologique révéla des lésions circonscrites importantes, de nature traumatique indiscutable.

Le refroidissement local en neurochirurgie, par M. M. PASCHOND (de Lausanne).

L'auteur montre l'utilité de l'application des rayons infra-rouges pour maintenir la température locale au cours des interventions en neurochirurgie.

E. BAUER.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès International de Criminologie

Rome (3-8 octobre 1938)

Président : S.E. M. D'AMELIO (Italie)

Premier Président de la Cour de Cassation d'Italie

PREMIÈRE SÉANCE PLÉNIÈRE

Président : S. E. D'AMELIO (Italie)

La séance solennelle inaugurale du Congrès eut lieu au Capitole, dans la salle *Jules-César*. Après les discours de S.E. le *Gouverneur de Rome*, qui souhaita la bienvenue aux Congressistes, du *Président du Congrès*, de MM. R. FREISLER (Allemagne), et O. LOUDET (République Argentine), S.E. M. A. SOLNI, *Ministre de grâce et de justice*, déclara le Congrès ouvert :

I. L'APPLICATION DES MESURES DE SÛRETÉ

L'expérience des mesures de sûreté en Allemagne, par le Dr Roland FREISLER, Secrétaire d'État au Ministère de la Justice d'Allemagne.

Le but de ces rapports documentaires est de renseigner sur les résultats atteints jusqu'à ce jour, dans différents pays, par les mesures de sûreté. Ceci afin de pouvoir les utiliser avec le maximum d'efficacité pour la prévention de la criminalité et la défense sociale.

Les enseignements de la biologie criminelle sont accueillis d'autant plus volontiers par la science du droit pénal que celle-ci a reconnu par expérience que la seule peine ne suffit pas toujours aux buts du droit pénal. En Allemagne, comme ailleurs, le nombre des délinquants récidivistes augmentait sans cesse. Il était donc nécessaire de compléter la peine par une mesure

de sûreté et d'amélioration. A la profonde valeur de la peine, ayant caractère de rétribution, à laquelle s'ajoutent la portée morale d'une expiation, l'intimidation pour l'avenir des coupables et des éléments criminels, il faut ajouter la distinction des condamnés en éducatibles et en inéducatibles, dont le traitement doit être différent.

A la différence des peines, les mesures de sûreté de durée indéterminée, ne sont pas basées sur la culpabilité du délinquant, mais sur le danger que le délinquant présente pour la société. Aussi, à côté des peines, la loi du 24 novembre 1933, contre les délinquants habituels dangereux et sur les mesures d'amendement et de sûreté, a-t-elle adopté :

- 1° l'internement dans une maison de santé ou de cure,
- 2° l'internement dans un établissement pour buveurs ou intoxiqués,
- 3° l'internement dans une maison de travail,
- 4° la garde de sûreté,
- 5° l'émasculatation des délinquants dangereux pour la moralité,
- 6° l'interdiction d'exercer une profession.

Tandis que les deux premières visent à la guérison psychique ou physique du sujet, les autres mesures de sûreté ont pour but de rendre impossible au délinquant de commettre dans l'avenir des infractions en général, ou des infractions d'une espèce déterminée. L'expérience est trop récente (4 ans 1/2) pour que l'auteur puisse donner des conclusions définitives sur l'action de ces mesures, en particulier sur l'émasculatation.

Dans les établissements de santé et de cure, de 1934 à 1937, il a été envoyé par les tribunaux 2.540 personnes, la plupart pour des délits contre les mœurs. Les diagnostics les plus fréquents furent faiblesse mentale et schizophrénie. La mise en liberté de ces établissements, où les internés sont considérés comme des malades et non comme des condamnés, ne peut être prononcée que par le juge.

Pendant la même période (1934-1937), furent ordonnées 551 hospitalisations dans un établissement pour buveurs et intoxiqués. L'expérience a montré que 6 à 12 mois suffisent généralement pour la guérison des buveurs, sous l'influence d'un travail rigoureux et de l'abstinence absolue. Un congé permet la preuve de la guérison et les récidives sont rares.

Aux délinquants habituels s'appliquent la maison de travail pour les mendiants, les vagabonds, les oisifs, et la garde de sûreté pour les délinquants habituels dangereux, distinction qui n'est pas faite en Italie. De 1934 à 1938, les maisons de travail, où le premier internement ne peut pas durer plus de deux ans, ont reçu 6.727 personnes. Un nouveau séjour peut y durer autant que le sujet asocial s'avère incapable de mener une vie conforme aux lois, et, si besoin, toute la vie. La garde de sûreté, de durée indéterminée, s'applique aux antisociaux, contre lesquels la société doit être protégée. A côté de l'éducation par le travail, toutes mesures sont prises contre des velléités d'évasion. De 1934 à 1937, cette mesure a été prononcée contre 6.870 condamnés. Le problème le plus difficile est ici la question de la mise en liberté. Le comportement du sujet dans l'établissement ne permet jamais de juger sûrement quel sera le comportement dans la société.

Les chiffres de réduction de la criminalité permettent de conclure que ces mesures ont atteint leur but. L'éducation du peuple et les mesures pour la protection et la santé de la race ont grandement contribué à la diminution de la criminalité en Allemagne où l'autorité judiciaire, appuyée par la police,

perfectionne continuellement ses moyens pour la découverte des infractions et la vigilance envers la criminalité.

Plus la biologie criminelle pénètre profondément dans les rapports entre criminalité et hérédité, plus clairement apparaissent les rapports entre la tendance au crime et la constitution héréditaire.

L'expérience des mesures de sûreté en Belgique, par le D^r Louis VERVAECK,
Directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire de Belgique.

La loi belge instituant une mesure de sûreté pour les récidivistes invétérés et les anormaux mentaux dangereux, votée par le Parlement le 9 avril 1930, est entrée en vigueur dès le 1^{er} janvier 1931. Elle a organisé des établissements spéciaux de traitement et de rééducation dans un but de réadaptation sociale.

Les récidivistes (et récidivistes de crime sur délit) et les délinquants d'habitude (ayant commis, depuis 15 ans, au moins 3 infractions ayant entraîné une peine de 6 mois) peuvent être internés par les tribunaux (et doivent l'être si la récidive est de crime sur crime pour une durée de 5 à 20 ans), sauf sursis accordé par le Ministre de la Justice. La loi admet des libérations à titre d'essai, sous surveillance.

L'établissement de défense sociale, organisé pour ces récidivistes à la Colonie de Merxplas, n'a commencé à fonctionner que le 15 janvier 1932. Jusqu'au 31 décembre 1937, il avait reçu 295 récidivistes. 20 0/0 environ parmi ceux libérés à titre d'essai se conduisent bien et travaillent, 33 ont pu être libérés définitivement. Sur 191 réintégrés à l'établissement, 76 l'ont été sur leur demande, 38 récidivistes libérés ont été condamnés pour de nouveaux actes délictueux.

Les anormaux mentaux dangereux auxquels s'applique la loi comprennent des déments, de grands débiles mentaux, des déséquilibrés graves ayant, au moment des faits, perdu le contrôle de leurs actes. Leur internement est ordonné par la justice après expertise mentale habituellement pratiquée dans les annexes psychiatriques des prisons. L'inculpé peut faire appel de la décision et demander une nouvelle expertise. Naturellement, le magistrat doit avoir la conviction que le sujet est bien l'auteur de l'infraction poursuivie.

Des *Commissions de défense sociale* composées d'un magistrat président, d'un avocat, et d'un aliéniste du service d'anthropologie pénitentiaire, règlent, en pleine indépendance, les modalités et la durée de l'internement de ces anormaux, les conditions de leur libération, laquelle est toujours une libération « d'essai » sous tutelle morale et contrôle psychiatrique. Le substitut du procureur du Roi, le directeur de la prison, les représentants des œuvres de patronage et de réadaptation sociale des délinquants, les avocats, sont convoqués aux réunions de ces Commissions. L'internement est en principe de 5, 10 ou 15 ans, mais tous les 6 mois une libération d'essai peut être demandée par l'anormal ou par son conseil. Si l'état dangereux subsiste au terme des 5, 10 ou 15 ans, les juridictions pénales qui ont décidé de l'internement peuvent le prolonger d'une égale durée.

De 1931 au 1^{er} juillet 1938, 2.483 internements d'anormaux (dont 252 femmes) ont été ainsi ordonnés : 75 0/0 pour 5 ans, 22 0/0 pour 10 ans, 3 0/0 pour 15 ans. M. Louis Vervaeck signale la fréquence des crimes contre la vie et contre les mœurs commis par ces anormaux internés.

10 0/0 des internés dont l'état est resté dangereux n'ont jamais été libérés. 23 0/0 des mesures de libération ont dû être révoquées, soit après nouveau délit (généralement identique à celui ayant entraîné l'internement), soit par inobservance des conditions imposées lors de la libération (souvent pour intempérance), soit par aggravation des tares mentales, soit à la demande de l'anormal lui-même.

La loi belge de défense sociale constitue un progrès remarquable dans la lutte contre la criminalité. Elle assure plus efficacement la protection de la société et, tout en réalisant une prophylaxie criminelle énergique, sans négliger l'action morale, elle organise le traitement psychopédagogique des anormaux curables que leurs tares prédisposent au délit.

L'expérience des mesures de sûreté en Italie, par S. E. Giovanni NOVELLI, Président de Section à la Cour de Cassation d'Italie, Directeur général des Etablissements de prévention et de peine.

La nouvelle législation pénale a pour caractéristique principale l'harmonieuse défense sociale contre la criminalité au moyen de la peine et des mesures de sûreté. Institution nouvelle, ces mesures de sûreté réalisent une spécialisation de l'activité de l'Etat contre la criminalité. Entre les peines et les mesures de sûreté existent des différences fondamentales :

1° les peines sont en rapport avec l'imputabilité, les mesures de sûreté avec le danger présenté par l'individu ;

2° les peines varient suivant la responsabilité, les mesures de sûreté suivant le danger présenté par l'individu ;

3° les peines durent un temps déterminé, les mesures de sûreté un temps indéterminé ;

4° les peines sont infligées cumulativement pour tous les délits ; en ce qui concerne les mesures de sûreté, on doit faire une appréciation d'ensemble du danger présenté par l'individu examiné ;

5° les peines ne peuvent être infligées par le juge que dans un jugement de condamnation ; les mesures de sûreté peuvent être infligées par le juge dans un jugement de condamnation ou dans un jugement d'acquiescement, elles peuvent même être prises par le juge dans la forme administrative, par simple ordonnance, en dehors de l'instruction et du jugement.

Les mesures de sûreté peuvent concerner le patrimoine, la personne, ou être des mesures de détention. Ces mesures de détention, les plus importantes, peuvent remplacer la peine (mineurs ou sujets ayant agi sans discernement) ou la compléter, lorsque la législation juge cette dernière insuffisante.

Les mesures de sûreté sont aussi appelées à compléter la peine : chez les mineurs de 14 à 18 ans gardés après leur peine en maison de correction judiciaire ou en liberté surveillée, chez les délinquants secondaires, professionnels ou par inclination, placés après leur peine dans une colonie agricole ou une maison de travail, chez les demi-fous, les alcooliques, les toxicomanes, soignés et rééduqués à l'expiration de leur peine.

La fonction de réadaptation sociale, qui est accessoire dans les peines, indirecte dans les mesures de police, devient principale et directe dans les mesures de sûreté. Il s'agit donc de mettre en harmonie, d'une part les res-

trictions inhérentes à une sévère organisation destinée à la rééducation de personnes dangereuses (et qui ont déjà violé la loi pénale, ne serait-ce que formellement), d'autre part le programme de rééducation et de traitement qui est l'essentiel de la mission confiée aux mesures de sûreté.

Etant assuré le respect de l'ordre et de la discipline, l'état de détention, dans les mesures de sûreté, doit être considéré comme un moyen de rendre possible le succès de l'œuvre de rééducation et de guérison : il doit, par conséquent, se dépouiller de toutes les restrictions qui ne sont pas nécessaires pour atteindre ce but. D'où la nécessité d'établissements spéciaux, spécialement équipés, et qui surgissent dans toutes les régions d'Italie où il n'en existe pas encore. Au début, la difficulté de la discipline à imposer aux internés, discipline à laquelle ceux-ci se résignent difficilement, fut grande. Actuellement, il n'y a plus de cas graves d'indiscipline ; l'activité de la réadaptation sociale se développe à un rythme toujours plus accéléré.

Le système de rééducation est basé surtout sur l'école, la religion et le travail. Pour les sujets qui ne sont aptes à aucun travail (âge, conditions physiques, etc.), et qui cependant peuvent être encore dangereux, S.E. Giovanni Novelli estime que seule conviendrait l'élimination hors de la vie sociale par l'institution du domicile forcé.

La nouvelle appréciation de la probabilité du danger représenté par l'interné présente assurément des difficultés. A côté des éléments cliniques, des réactions à l'internement notées dans des registres spéciaux, on dispose cependant pour cette appréciation de la faculté accordée au juge de surveillance de donner des permissions aux internés et de soumettre les individus libérés à un régime de liberté surveillée. Dans la rééducation sociale, il faut exclure les formules rigides.

D'ailleurs les résultats donnés dans ce rapport de l'exécution des mesures de sûreté dans les maisons de correction judiciaire fournissent un pourcentage très élevé de redressement de mineurs. Les résultats relatifs aux aliénés judiciaires, aux libérés des maisons de travail, des colonies agricoles, des sanatoriums judiciaires, des établissements pour débiles, etc., et dont on trouvera le détail dans ce rapport, sont également intéressants.

Pour augmenter ces pourcentages, le rapporteur demande à l'administration italienne de créer, auprès de ces divers établissements, des Bureaux scientifiques pour l'étude du caractère de l'interné, et d'intensifier l'assistance aux aliénés remis en liberté. Il faut avoir la certitude que l'œuvre accomplie dans les établissements ne risque pas d'être ensuite annihilée par les conditions de vie du sujet après sa libération.

L'expérience des mesures de sûreté en Yougoslavie,

par le Prof. Alex. MAKLESOU, de l'Université de Ljubliana (Yougoslavie) (1).

La législation yougoslave prévoit des mesures de sûreté à côté des peines. Les sources principales qui en règlent l'application sont le Code pénal du 27 janvier 1929, le Code de procédure pénale du 16 février 1929, le Décret sur l'application des mesures de sûreté en date du 13 janvier 1930 et le

(1) En l'absence du Professeur A. Maklezow, S. E. G. Novelli a donné connaissance à l'Assemblée de ce rapport.

Règlement d'internement des condamnés dans les divers établissements aux frais de l'application des mesures de sûreté, du 27 mai 1936.

Le Code pénal yougoslave est établi sur le principe d'une triple division des sanctions : peines, mesures de sûreté, mesures éducatives concernant les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans et les mineurs jusqu'à 17 ans. On lit dans le décret ci-dessus indiqué : Les mesures de sûreté ne sont pas des punitions. Pour cette raison, la procédure à leur application doit tenir compte de cette particularité. Et, contrairement à la législation italienne, le Code pénal yougoslave ne considère pas les mesures éducatives appliquées à des mineurs en bas-âge comme une variante des mesures de sûreté, mais plutôt comme une forme indépendante de sanctions.

En application en Yougoslavie depuis 8 ans, les mesures de sûreté ont montré dans leur application les lacunes et les imperfections suivantes : 1° la partie générale du nouveau Code pénal yougoslave manque d'un chapitre contenant les dispositions générales ; 2° une certaine hésitation a régné dans la jurisprudence lorsqu'il s'agit de fixer la durée de certaines mesures de sûreté, en particulier de l'internement ; 3° certaines mesures de sûreté prévoyant l'internement dans un département séparé de la prison ordinaire (en attendant l'aménagement d'un bâtiment spécial), la différence entre peines et mesures de sûreté se trouve insuffisamment établie pour la population.

Les mesures de sûreté prévues sont :

- 1° l'internement,
- 2° l'internement dans des maisons de correction,
- 3° l'internement des irresponsables et des personnes à responsabilité diminuée dans des maisons de santé,
- 4° l'internement d'alcooliques chroniques dans des maisons de santé,
- 5° l'interdiction de fréquenter des auberges,
- 6° la surveillance,
- 7° l'expulsion,
- 8° l'interdiction d'exercer une profession ou un métier,
- 9° la confiscation d'objets dangereux.

M. A. Maklezow donne ensuite les indications et les résultats jusqu'ici de ces différentes mesures de sûreté. Il conclut que ces mesures sont particulièrement nécessaires dans les cas où le délinquant représente un danger perpétuel pour la paix publique et où cependant une peine ne serait pas applicable (irresponsables) ou suffisamment efficace (criminalité chronique). Les lacunes législatives ou administratives signalées pourront être facilement comblées. Le point le plus important, et le plus urgent, est sans doute la création d'établissements spéciaux qui accentueront la séparation entre peines et mesures de sûreté.

Et la première place doit revenir à celles de ces mesures de sûreté qui sont destinées à priver le délinquant de la liberté et à l'influencer à perpétuité : d'une part pour le mettre hors d'état de nuire, d'autre part en l'habituant à un travail régulier et en le soumettant à un traitement obligatoire.

Une application rationnelle des mesures de sûreté suppose une répartition des délinquants en catégories typologiques, de manière à rendre évident le rapport exact entre la personnalité du criminel et le caractère des mesures de sûreté à appliquer.

SEANCES DES SECTIONS

PREMIÈRE SECTION

Président : M. E. DELAQUIS (de Suisse)

Etiologie et diagnostic de la criminalité des mineurs et influence des résultats de ces recherches sur les systèmes juridiques, Rapport général présenté par MM. P. de CASABIANCA, Conseiller honoraire à la Cour de Cassation de Paris, A. de MARSICO, Professeur à l'Université de Naples et D. PISANI, professeur à l'Université de Messine.

Actuellement, à l'intérieur de structures juridiques qui se ressemblent beaucoup, il existe cependant des divergences profondes sur l'interprétation du phénomène de la criminalité infantile, examiné dans ses causes et dans l'indication des remèdes.

L'étude de la criminalité infantile, et surtout de ses causes est une condition indispensable à l'œuvre vaste et féconde de prévention du délit. Les rapporteurs passent rapidement en revue les importantes contributions apportées par de nombreux auteurs à l'étude des problèmes de l'étiologie et du diagnostic. La plupart admettent à cette étiologie de la criminalité infantile des facteurs endogènes et des facteurs exogènes, mais tandis que pour certains domine le facteur exogène social, pour d'autres ce serait le facteur biologique qui serait le plus important. Les données statistiques sont en violente opposition entre elles.

Pour établir de façon complète les facteurs étiologiques complexes de tout acte criminel, il est nécessaire non seulement d'étudier les caractéristiques somatiques et psychologiques du sujet, mais encore de se rendre exactement compte du milieu où il vit et où il agit. Les causes biologiques et les causes sociales sont inséparables.

Parmi les facteurs biologiques et biopathologiques, on doit surtout prendre en considération : l'hérédité, les facteurs embryophatosiques et blastophatosiques, la constitution morphologico-humorale, l'anormalité de l'intelligence et du caractère, les psychopathies, l'épilepsie, les intoxications, les traumatismes, les maladies infectieuses et contagieuses de l'enfance (en particulier l'encéphalite épidémique), la puberté, l'insuffisance du développement physique.

Une documentation de contrôle est nécessaire ; toute statistique sur les délinquants mineurs doit être accompagnée d'une statistique analogue faite sur un même nombre d'enfants du même milieu et non délinquants.

L'étude des différents facteurs criminogènes, extrêmement variés dans les différents pays ainsi que le montrent les statistiques, ne peut s'effectuer de façon complète si l'on n'examine pas l'acte délictueux, la personne du coupable et le milieu où il vit, si l'on ne reconstruit pas tout le développement de sa personnalité, si l'on ne recherche pas tous antécédents héréditaires et personnels. L'examen somatique et psychique doit être pratiqué selon la méthode biotypologique. Toutes recherches doivent être faites pour permettre au criminologiste de repérer dans chaque cas les multiples facteurs psychologiques, du milieu et étiologiques, ayant agi soit pour déterminer l'action délictueuse, soit pour altérer le développement somatique et psychique

du mineur, afin d'établir avec exactitude les mesures médico-pédagogiques à adopter pour rendre les mineurs à la société.

Pour le diagnostic, les classifications doivent être unifiées en tenant compte de leur importance médico-légale. Ici, comme pour la recherche des causes, il faut individualiser, établir avec exactitude, sans préjugés théoriques, le biotype humain concret, synthétique, qui est soumis à l'étude, qu'il soit normal, subnormal ou morbide. MM. P. de Casabianca, A. de Marsico, et D. Pisani distinguent :

1° les *mineurs malades qui présentent des réactions antisociales*, qu'il est nécessaire de sélectionner tout d'abord et d'interner ;

2° les *mineurs anormaux de l'intelligence et du caractère qui présentent des réactions antisociales*, groupe hétérogène, et mal limité, qui a fait l'objet d'un important rapport de M. Heuyer et de Mlle Badonnel ;

3° les *mineurs antisociaux constitutionnels*, qui présentent une véritable diathèse amonale-antisociale ;

4° les *mineurs antisociaux occasionnels*, enfants normaux mal surveillés, mal éduqués ;

5° les *dévoysés, mineurs susceptibles de devenir des criminels, précriminels*, sujets pour lesquels on peut développer une œuvre de prophylaxie profondément efficace.

Pour les auteurs de faits qui présentent tous les éléments matériels constituant un délit, mais qui ne peuvent pas être punis, soit parce qu'ils n'ont pas atteint l'âge minimum pour être pénalement capables, soit, bien qu'ayant atteint cet âge, parce qu'ils sont dépourvus de la capacité de comprendre ou de vouloir, l'internement dans une maison de correction ou, d'une manière générale, dans un Institut médico-pédagogique semble tout indiqué, institut dont le but ne peut être que curatif, prophylactif et éducatif, sans idée de peine afflictive. Un régime disciplinaire énergique et éclairé doit y fonctionner, en tenant soigneusement compte, pour le traitement du mineur, de son comportement et des résultats donnés par le régime auquel on le soumet. Le point capital est la réalisation d'un équilibre tel entre discipline et sentiment, entre empreinte d'autorité et empreinte familiale dans l'éducation du mineur qu'aucune des deux ne soit sacrifiée à l'autre. Le travail, sous ses formes les plus diverses, doit y être organisé en tenant compte des aptitudes, des exigences du milieu, de la préparation et de la sélection pour l'avenir.

Quelles qu'en soient les difficultés de tout ordre, et les sévères garanties indispensables, il est impossible d'obtenir la prévention de la criminalité infantile et la récupération sociale des mineurs qui y sont prédestinés, sans organiser dans chaque état un recensement biologique de la population. Une fiche biologique individuelle représentant l'anamnèse familiale, les données systématiques de l'hérédité et de la constitution physique du mineur devrait être mise à jour lors de révisions périodiques (soit au moment du passage d'un cours scolaire à un cours supérieur, soit à la sortie d'un institut du cure, soit à intervalles déterminés).

A la suite de ce rapport général, s'engagea une *discussion* à laquelle prirent part MM. B. DI TULLIO (Italie), M. EMMA (Italie), C. COLUCCI (Italie), I. OGET ZATI (Turquie), G. HEUYER (France), M. SCINTI (Italie), A. DONAGGIO (Italie), G. PELLACANI (Italie), U. CONTI (Italie), TÖBBEN (Allemagne), D. MAR-

GUGLIO (Italie), C. DE SANCTIS (Italie), G. TAURO (Italie), BÜRGER-PRINZ (Allemagne), D. CARROL (Angleterre), F. LA PLAZA (Argentine), O. VERGANI (Italie), L. CLOSTERMANN (Allemagne), N. KRAINSKI (Yougoslavie), A. FRANCHINI (Italie), K. HELASVUO (Finlande).

Le vœu suivant a été approuvé :

Le Congrès :

1° affirme la nécessité pour les recherches futures sur l'étiologie de la criminalité infantile, d'arriver à l'unification internationale des méthodes de recherche, et de procéder d'après un critérium de classification commun tant à ces recherches qu'à l'étude du traitement juridique des mineurs antisociaux, et de distinguer : a) les mineurs en état de danger moral ; b) les mineurs dévoyés ; c) les mineurs coupables d'infractions, normaux au point de vue bio-psychique ; d) les mineurs coupables d'infractions, anormaux au point de vue biopsychique ;

2° signale, comme condition préalable nécessaire pour la solution des problèmes aboutissant à la lutte contre la criminalité infantile, le diagnostic précoce fondé sur les données anamnestiques et individuelles nécessaires, et, en conséquence, l'organisation d'un recensement biologique de la population ;

3° reconnaît la nécessité de l'institution d'un juge des mineurs compétent pour toutes les infractions commises par des mineurs ;

4° appelle l'attention sur l'opportunité d'étudier l'extension de la compétence du juge des mineurs aux jugements visant certaines infractions commises par les mineurs, ainsi qu'à la décision de certaines mesures non pénales intéressant les mineurs.

II^e SECTION

Président : M. A. GEMELLI (d'Italie)

L'étude de la personnalité du délinquant, *Rapport général* présenté par MM. G. BATTAGLINI, professeur à l'Université de Bologne (Italie), G. MEZGER, professeur à l'Université de Munich (Allemagne), F. SAPORITO, Inspecteur général aliéniste (Italie), L. VERVAECK, Directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire (Belgique).

Il semble que l'heure soit venue d'ententes fécondes et salutaires entre les hommes d'étude, de toutes les sciences criminologiques, en vue d'une lutte plus efficace contre la criminalité. Tous les rapports parvenus sont d'accord sur la nécessité de l'étude de la personnalité du délinquant comme base de l'application des peines et des mesures de sûreté, mais sont en désaccord relativement à la compétence et à la méthode d'étude à employer.

Après avoir résumé les multiples opinions reçues, MM. Battaglini, Mezger, Saporito et L. Vervaeck concluent que la personnalité doit être considérée comme un ensemble de facteurs statiques et dynamiques, harmonieusement fondus et fonctionnant solidairement, producteurs d'anomalies ou de maladies, de déviations ou d'aberrations, des plus négligeables aux plus monstrueuses, quand l'harmonie et la fusion sont troublées ou brisées. La déduction qui découle de cette conception est la détermination de ce qu'on appelle le biotype avec ses variétés infinies.

L'extension et l'application à la personnalité humaine des études biologiques attirera tout d'abord l'attention des psychiatres. La biologie a le mérite d'avoir déjà constitué ce que l'on peut appeler désormais le fondement sur lequel repose la criminologie moderne : la conception biosociologique du délit. Il n'y a pas de délit où l'on ne puisse reconnaître et préciser une double composante : la subjective ou endogène, inhérente à la personnalité du délinquant (héréditaire et acquise), et l'objective ou exogène, dérivant des circonstances extérieures du milieu (action du milieu sur la formation de la personnalité, et action immédiate sur la détermination et l'exécution du délit). Les divers aspects qualitatifs et quantitatifs de ces éléments expliquent l'immense variété des délits même sous l'identité grossière de leur aspect.

Pourquoi ? Par qui ? Quand ? Comment peut s'accomplir l'étude de la personnalité du délinquant ? *Quia, Quis, Quando, Quomodo ?*

La réponse à la première question découle légitimement de ce qui vient d'être exposé.

L'étude de la personnalité est d'ordre essentiellement biologique et ne peut se passer de l'œuvre du biologiste, associé au juge, tant pour le recueil des éléments d'étude que pour le jugement définitif sur la personnalité. D'où nécessité d'une spécialité dans la spécialité, aboutissant à un type de biocriminologiste, homme d'étude et expert, formé dans les instituts auxquels il est destiné.

L'étude du délinquant doit être réalisée à temps, être contemporaine de l'activité de la justice, mais être continuée pour déterminer ce que deviendra la personnalité dans des circonstances nouvelles, préparant ainsi le rachat et l'amendement du coupable et la préparation à son retour à la vie sociale. Ici, comme en pratique médicale générale, le cours des événements confirme le diagnostic ou oblige à le rectifier, parfois même à le réformer radicalement.

Ce sont les prisons judiciaires, organisées en centres de détermination et de triage, qui doivent assurer le service que remplissent dans les hôpitaux psychiatriques les sections d'observation. Les trois activités : scientifique, judiciaire et administrative doivent être intimement liées. Dans certains cas et dans certains établissements comme les asiles judiciaires d'aliénés, il y a intérêt à ce que le biocriminologiste et l'administrateur pénitentiaire soient la même personne, en vue de l'unité et de la continuité de direction et d'organisation. L'équipement et l'organisation scientifique de ces établissements doivent en faire également des centres d'observation biocriminologique au service de la justice, à côté des centres à instituer dans les grandes prisons judiciaires et de ceux constitués déjà pour les mineurs.

Pour que la science puisse passer dignement et efficacement au service du droit, aussi bien dans l'application que dans l'exécution des lois pénales, la collaboration juge-biologiste et biologiste-juriste est indispensable. Également préparés aux rapports réciproques, le juge et le biologiste peuvent entreprendre une lutte plus rationnelle et plus radicale contre le délit.

Après l'exposé oral de ces rapports, une *discussion* s'engagea à laquelle prennent part MM. F. K. GÖKAY (Turquie), D. RENDE (Italie), F. DEL GRECO (Italie), R. FINGER (Allemagne), G. LOMBARDI (Italie), V. V. STANCIU (Roumanie), J. DRAPKIN (Chili), A. FERRARO (Italie), A. MANASSERO (Italie), O. Lou-

DET (Argentine), E. PATINI (Italie), J. LEBRET (France), L. DWORZAK (Pologne), N. BOBBA (Italie), G. BOSCHI (Italie), M. CALZIA (Italie), G. POLA FALLETTO (Italie), P. PIERANTONI (Italie), Ch. TZORTZOPULOS (Grèce), R. AVOGADRO DI VIGLIANO (Italie).

Le vœu suivant, proposé par les rapporteurs, a été adopté :

1° que la méthode à adopter pour l'étude de la personnalité du délinquant soit totalitaire et unitaire, c'est-à-dire qu'elle s'inspire du critérium de la décomposition analytique et de la reconstitution synthétique de la personnalité, après avoir déterminé tous les facteurs généalogiques, biographiques et sociologiques, efficients pendant la période de formation de la personnalité, ceux qui en constituent la composition actuelle, dans la sphère somatique et dans l'orbite psychique, et ceux qui concourent à la déformer au moment du délit ;

2° que l'étude de la personnalité du délinquant soit formellement et substantiellement insérée dans la fonction de la justice, moyennant une collaboration la plus grande et la plus efficace possible entre le juge et l'expert dans les trois phases du cycle judiciaire : instruction, jugement, exécution ; depuis le moment où se vérifie l'événement délictueux, pendant toute la période de détention de l'auteur du délit ;

3° que la collaboration entre l'expert et le juge ait son organe concret dans des centres d'observation et de triage des détenus, dans les grandes prisons judiciaires et dans les instituts de prévention et de peine à organisation scientifique, avec des fonctionnaires de carrière spécialisés, intimement intégrés dans la vie judiciaire.

Sur l'adoption de ce vœu, prirent la parole : MM. F. SAPORITO (Italie), E. SCHAEFER (Allemagne), J. LEBRET (France), R. FINGER (Allemagne), G. SLIWOWSKI (Pologne), G. POLA FALLETTO (Italie).

III^e SECTION

Président : M. E. MEZGER (Allemagne)

Le rôle du juge dans la lutte contre la criminalité et sa préparation criminologique, Rapport général présenté par MM. T. GIVANOVITCH, professeur à l'Université de Belgrade, G. MORIANI, professeur à l'Université de Rome, A. SANTORO, professeur à l'Université de Pise.

Les fonctions du juge pénal ont pris une ampleur remarquable et tendent à s'étendre toujours davantage. Les mesures préventives spéciales, l'individualisation de la peine, le système des mesures de sûreté exigent de la part du juge une connaissance approfondie de la personnalité du coupable.

Les investigations sur la personnalité de l'individu s'étendent de l'instruction jusqu'à l'exécution pénale. Le code pénal italien a créé un juge surveillant pour donner satisfaction à ces nécessités dans la phase exécutoire. Et la phase d'instruction qui sert à préparer et à fournir au juge les éléments d'appréciation pour son jugement n'est pas moins importante.

Les rapporteurs estiment toutefois que le problème des fonctions du juge

doit être maintenu dans ses limites naturelles sans prétendre à modifier ou à bouleverser les bases fondamentales des systèmes de droit pénal actuellement en vigueur.

Le juge pénal doit avoir une préparation criminologique, spécialisée, sans exclure cependant le passage de la juridiction pénale à la juridiction civile pour des considérations de service ou de carrière. L'égal, en tant que juriste, du juge civil, le juge pénal doit posséder en outre des connaissances supplémentaires, spéciales, soit qu'il accomplisse l'instruction, soit qu'il prononce le jugement, soit qu'il exécute la sentence.

Le juge pénal doit avoir une connaissance profonde de l'homme, de ses façons normales ou anormales de réagir, connaître les sciences qui étudient spécifiquement l'homme criminel et les phénomènes qui se réfèrent à la criminalité, médecine légale, anthropologie et psychologie criminologiques, sociologie criminologique, statistique judiciaire, technique ou tactique du crime (criminalistique), pédagogie indispensable aux fonctionnaires de l'administration pénitentiaire. Un Institut spécial devrait être créé pour la préparation des juges de juridiction pénale. Mais le juge pénal doit rester un juriste et ce serait trop présumer de sa spécialisation biologique si l'on estimait qu'il puisse résoudre à lui seul, sans l'assistance d'un technicien, les problèmes de caractère éminemment biologique.

Le but de l'expertise est justement d'apporter au juge l'aide du technicien. Mais l'expertise n'est qu'un moyen occasionnel de fournir au juge l'aide technique dont il a besoin si certaines notions lui font défaut ou s'il n'est pas en mesure de résoudre seul certaines questions. Tandis que les problèmes dont la solution dépend de la spécialisation du juge pénal sont inséparables de la plus grande partie des procès de droit pénal.

Aussi convient-il de remplacer l'expertise par un système de collaboration constante des éléments juridiques avec les éléments criminologiques. On conseille donc qu'au sein du collège judiciaire soit toujours présent l'élément technique qui puisse résoudre les questions criminologiques en collaboration avec le juge.

La seule solution possible est d'adjoindre préventivement aux jurés, pour la composition du collège chargé du jugement, des experts, qui ne peuvent pas être des criminalistes. L'institution de l'expertise n'est point ainsi supprimée, mais replacée dans ses limites logiques et équitables. Les objections contre la proposition de compléter le collège des juges par un expert ne sont ni fondées, ni décisives. L'insertion des biologistes dans une carrière parallèle à celle des juges juristes favoriserait la formation « d'une plus convenable tournure mentale ».

Une fois disparu le dogme de la souveraineté du peuple, qui se manifesterait dans le jugement incontrôlable des jurés et des assesseurs incompetents, la Cour d'assises pourrait se transformer avec plus de logique et d'utilité, en tribunal mixte, composé d'éléments techniques et de juges juristes de profession. Le président serait toujours un juriste de profession et les juristes auraient la prépondérance numérique.

D'autre part, la présence des experts en biologie criminologique dans les bureaux des juges d'instruction garantirait la bonne exécution de l'enquête sur les antécédents héréditaires et personnels du sujet. Et, pour la phase exécutoire du jugement, il est nécessaire de créer dans les établissements pénitentiaires des centres pour l'observation et pour l'étude des condamnés.

A la *discussion* de ce rapport, prirent part : MM. A. SANTORO (Italie), G. MORIANI (Italie), MANOLACHE (Roumanie), S. CICALA (Italie), M. DOLENG (Yougoslavie), N. SARANOFF (Bulgarie), JUNG (Allemagne), A. AZARA (Italie), S. FRANK (Yougoslavie), L. KORGENIOWSKI (Pologne), B. MAKARA BHIROMIA (Siam) ; J. SUAREZ DE MELLO (Brésil), G. SLIWOWSKI (Pologne), S. BALEY (Pologne), J. JASNORZEWSKA (Pologne), G. MILAZZO (Italie), R. LOFFREDO (Italie), K. MOSING (Pologne), RAMBKE (Allemagne), K. DUZMANIS (Lettonia), M. D'AMELIO (Italie).

Le *vœu* suivant proposé en conclusion du rapport général fut approuvé avec une modification proposée par S.E. M. D'AMELIO et concernant la 3^e partie du *vœu* proposé :

1^o *le juge pénal doit contribuer à la lutte contre la criminalité par l'individualisation de ses procédés dans la phase d'instruction, dans celle du jugement, de l'exécution et dans la phase qui suit l'internement ;*

2^o *ces fonctions qui seront toujours plus vastes exigent de la part du juge une préparation appropriée dans toutes les doctrines criminologiques. Cette préparation qui commence à l'Université peut être faite dans des instituts spéciaux selon les différents systèmes qui semblent les plus adaptés aux exigences locales ;*

la section signale l'expérience heureuse accomplie en Italie par l'initiative du Garde des Sceaux, M. Solmi, qui a organisé des cours spéciaux d'entraînement et de perfectionnement avec d'excellents résultats et fait le vœu que des cours analogues soient fondés dans les Pays qui ne l'ont pas fait encore ;

3^o *le Congrès affirme la nécessité d'approfondir l'étude sur la possibilité de réaliser une collaboration plus intime entre les juges et les experts dans la fonction judiciaire et renvoie au prochain Congrès l'examen des propositions qui seront faites à cet égard.*

DEUXIEME SEANCE PLENIERE

Président : S. E. M. D'AMELIO (Italie)

La Société internationale de criminologie, par le Professeur B. DI TULLIO.

M. le Professeur B. DI TULLIO expose la constitution et le développement de la *Société Internationale de Criminologie*. Cette Société constituée à Rome en 1937 a pour but d'assurer la collaboration des diverses sciences techniques avec celle du droit pénal. Elle vise à établir cette collaboration de la science du droit pénal surtout avec les branches du savoir qui s'occupent directement de l'étude du criminel et de la criminalité au point de vue biologique et social ; ces branches seraient précisément l'anthropologie, la biologie, la pédagogie, la sociologie, la médecine légale, la psychologie et la psychopathologie des criminels. Elle désire que toutes ces sciences donnent la contribution de leurs connaissances aux institutions administratives et aux organes judiciaires, afin d'adapter les lois pénales aux besoins de la défense de la société contre la criminalité par des mesures préventives et par la rééducation des criminels.

Le siège de la Société est établi à Rome.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Décembre 1938. 53.

Discussion. — Prennent ensuite la parole sur ce sujet : MM. R. FREISLER (Allemagne), L. DVORZAK (Pologne), N. PENDE (Italie), E. MILOSLAVICH (Yougoslavie), E. MEDEA (Italie), O. LOUDET (Argentine), Y. PORCHER (France), J. DRAPKIN (Chili), J. SOARES DE MELLO (Brésil), A. DONAGGIO (Italie), F. LA PLAZA (Argentine).

M. G. FALCO (Italie), expose ensuite oralement le rapport général sur l'organisation de la prophylaxie criminelle dans les différents pays rédigé en collaboration avec MM. OL. KINBERG (Suède), T. KRUCHOWSKI (Pologne), L. LOMBART (Uruguay).

L'organisation de la prophylaxie criminelle dans les divers pays, *Rapport général* présenté par MM. G. FALCO, professeur à l'Université de Naples, OL. KINBERG, professeur à l'Université de Stockholm, T. KRUCHOWSKI, Directeur général des Instituts pénitentiaires de Pologne, L. LOMBART, professeur à l'Institut d'Etudes supérieures de Montevideo.

Ce rapport général est divisé en deux parties. Dans une première partie sont résumés dans l'ordre alphabétique des auteurs les nombreux rapports parmi lesquels celui où M. Angel a exposé l'organisation de la prophylaxie criminelle en France, M. H. Claude expose l'activité de la Société française de prophylaxie criminelle qu'il préside, M. Fribourg-Blanc montre l'importance de la prophylaxie criminelle dans l'armée.

En conclusion, tous les rapports, en particulier l'important travail du Professeur B. di Tullio, sont d'accord pour affirmer l'importance de la prophylaxie dans la lutte moderne contre la criminalité. La prophylaxie générale s'exerce surtout dans le domaine plus vaste de la politique sociale et est strictement liée aux conditions politiques, sociales, culturelles et économiques des divers pays. La prophylaxie criminelle spéciale concerne principalement le problème de la récidive et, partant, l'application des lois et l'organisation des institutions pénales et pénitentiaires.

La prophylaxie criminelle générale, liée aux directives politiques et sociales spéciales à chaque pays, se réalise différemment suivant les pays et doit être adaptée aux particularités ethniques, culturelles et économiques.

Il est quelques principes généraux sur lesquels tous sont d'accord. Toutes les mesures et institutions destinées à améliorer les conditions hygiéniques et sociales de l'individu et de la collectivité concourent à la prophylaxie générale de la criminalité. Toutes réalisations tendant à l'assistance et à la protection de l'enfant et de la femme, à l'organisation scientifique et ethnique du travail, exercent une action bienfaisante sur les causes elles-mêmes, individuelles et sociales, de la criminalité.

Le délit étant un phénomène bio-social, il faut associer aux mesures indirectes de prévention contre le délit (prophylaxie générale), les mesures directes (prophylaxie spéciale).

L'hygiène sociale et mentale, la lutte contre les maladies sociales, contre les maladies nerveuses et mentales, l'eugénique, la protection de la maternité, l'éducation physique et morale de la jeunesse, l'éducation et l'assistance maternelle et morale des travailleurs des champs et des usines, tout ce qui tend à l'amélioration physique, psychique et morale de l'individu et des masses, contribuent à diminuer les causes de la criminalité.

La prophylaxie criminelle spéciale doit se développer dans tous les domaines où la lutte contre la criminalité offre le plus d'intérêt, particulièrement dans celui de la criminalité infantile, de la police, de l'armée et du régime pénitentiaire. Les diverses activités, étatiques, para-étatiques et privées, doivent être étroitement coordonnées.

La prophylaxie de la criminalité infantile tend à prendre partout un développement de plus en plus grand. Elle est reconnue comme capitale pour la lutte contre les formes les plus graves de la criminalité de l'adulte, et présente deux exigences fondamentales : l'étude et l'amélioration du mineur, l'étude et l'amélioration de son milieu, à commencer par le milieu familial du sujet.

Puis M. S. SERGIO (Italie), expose oralement le *rapport général* suivant :

Ethnologie et criminologie, Rapport général
présenté par M. SERGIO SERGI, professeur à l'Université de Rome.

Suivant la définition de M. A. Harrasser, l'ethnologie est la science des différentes civilisations des peuples primitifs. L'étude de la psychologie des races et des rapports entre les civilisations et les races appartient au domaine de la doctrine de la race, c'est-à-dire de l'anthropologie physique. Pour lui, les différents types de civilisations sont en fonction des dispositions et de la constitution mentale des diverses races.

Avec Stumpf, il admet l'existence d'une constitution psychique spécifiquement criminelle. Les diverses races doivent donc présenter des caractères criminologiques particuliers. L'étude de ces questions appelle la collaboration de l'ethnologie, de l'anthropologie et de la criminologie.

Il serait, pour M. A. Harrasser, difficile et même nuisible, d'appliquer un code pénal uniforme à tous les peuples différents et encore primitifs. La base scientifique d'un régime pénal approprié et d'une politique judiciaire convenable devrait être établie d'après l'étude de la fréquence et de l'attitude de certains criminels, d'après la conception du droit et de la justice, d'après l'examen des déterminantes physiologiques et psychologiques qui poussent le primitif à l'infraction.

M. Sergi résume les conclusions des différents rapports reçus dont certains étudient les conditions de la criminalité en Afrique du Nord (Lybie, Tunisie) et en Europe (Italie, Roumanie, Yougoslavie). Ces rapports tracent le cadre du problème fondamental du développement de la criminalité en fonction des races et de leurs civilisations. Les peuples de cultures différentes ont des institutions juridiques différentes. Les sources de l'ethnographie juridique sont alimentées par des documents ethnographiques qui permettent d'individualiser les coutumes juridiques.

L'ethnologie est l'étude des caractères psychologiques des hommes considérés dans leur vie de société. Elle fait la synthèse et la comparaison des éléments recueillis par l'ethnographie (étude analytique et descriptive) et s'élève aux lois de l'évolution des civilisations. Les civilisations sont le produit des races humaines et du milieu dans lequel elles se sont développées. L'unique moyen d'assurer la coexistence normale et une utile collaboration entre des civilisations évoluées et des civilisations primitives est la connaissance du degré d'évolution des peuples.

De même que les races humaines ont des caractères physiques propres et spéciaux, elles ont également des caractéristiques mentales propres et spéciales. La difficulté de choisir une méthode rationnelle pour les rapports avec les indigènes est due au conflit d'opinions contradictoires basées sur des conceptions théoriques. Le guide sûr peut être trouvé dans l'ethnologie et l'anthropologie. Il faut donc faire une large place dans les colonies aux fonctionnaires compétents dans ces sciences afin de faciliter la connaissance scientifique des indigènes, si nécessaire à une solution rationnelle des problèmes sociaux et juridiques. Grande est l'importance des consultations médico-pédagogiques orientées vers la prophylaxie très précoce de la criminalité infantile. Les fonctions de prévention de la police, œuvre de surveillance rigoureuse et d'assistance des individus en état de danger social et criminel, ont retenu l'attention de la plupart des rapporteurs. L'admission des femmes dans la police peut rendre d'utiles services, surtout en les chargeant de s'occuper des mineurs abandonnés et dévoyés, des femmes en danger de se prostituer, des femmes entraînées à la prostitution par l'occasion ou par la nécessité. D'où la nécessité d'un développement toujours plus grand des services techniques, et aussi dans la police.

La prophylaxie criminelle trouve encore appui dans divers services de la police, pour l'étude anthropo-psychologique et biographique du repris de justice. L'institution de la fiche biographique est particulièrement importante. M. Sergio Sergi estime qu'elle ne doit pas se limiter aux repris de justice, mais qu'elle doit être une institution de politique sociale : dans les pays où le citoyen reçoit les soins et l'assistance de l'Etat depuis sa conception, il existe implicitement une fiche biographique.

La prophylaxie criminelle dans l'armée est aussi en relation avec l'amélioration physique et morale de toute la Nation.

Les régimes pénitentiaires modernes (de biologie criminelle, d'anthropologie pénitentiaire, de neuro-psychiatrie, etc.) sont orientés vers la prévention et la rééducation du délinquant, en particulier par l'organisation du travail, et l'assistance pédagogique et morale des détenus. L'assistance, dont l'importance est reconnue partout, aux libérés, lutte contre la récidive, encouragée par les difficultés matérielles et morales que l'individu rencontre au moment où après avoir purgé la peine, il se prépare à reprendre sa place dans la vie sociale.

Toutes les disciplines médicales et biologiques peuvent et doivent contribuer — en même temps que l'œuvre de l'autorité, et des institutions privées — à la prophylaxie générale et spéciale de la criminalité : médecins spécialisés qui prêtent leurs services aux instituts pénitentiaires, aux magistrats, à la police, aux instituts privés destinés à la prophylaxie criminelle.

Cette prophylaxie criminelle, toujours plus développée, doit être étroitement organisée sur des critères scientifiques, lui donnant une efficacité toujours plus grande dans la lutte contre la criminalité.

M. le Professeur Olaf KINBERG (Suède) ajoute des considérations personnelles sur le même sujet.

Preennent ensuite la parole dans la *discussion* : MM. R. THURNWALD (Allemagne), A. HARBASSER (Allemagne), A. BRAVI (Italie), R. GRASSEBERGER (Allemagne), F. DEL GRECO (Italie).

TROISIÈME SÉANCE PLÉNIÈRE

Présidence : S. E. M. D'AMELIO

Cette séance fut consacrée à l'exposé des rapports présentés par S.E. M. Giovanni NOVELLI et par le professeur Rev. Père Agostino GEMELLI, recteur de l'Université catholique du Sacré-Cœur, à Milan, sur : *Le Criminel par tendance*. Cet exposé fut suivi d'une intervention de S.E. M. D'AMELIO.

La séance de clôture se déroula avec une grande solennité. Après le discours final de S. E. M. D'AMELIO, *président*, prirent la parole : MM. R. FREISLER (Allemagne), CARUSI (Etats-Unis d'Amérique), L. LOMBART (Uruguay), O. LOUDET (Argentine), DRAPKIN (Chili), SOARES DE MELLO (Brésil), D. E. CASTORKIS (Grèce), E. DELAQUIS (Suisse), au nom de la Commission internationale pénale et pénitentiaire), L. DWORZAK (Pologne), J. TORRA (Espagne).



Ce Congrès qui réunit 1.350 membres, de 34 nations, comporta en outre de très intéressantes *visites* et *excursions*, telles la visite de l'Institut biotypologique Pende, une excursion à Littoria offerte par le Comité d'Organisation, et une excursion à Naples, au cours de laquelle les Congressistes purent voir le nouveau siège du Tribunal des Mineurs, la Colonie agricole de réforme de Nisida et visiter également la villa Floridiana et la Certosa de S. Martino.

De très brillantes *réceptions* furent offertes aux Congressistes : au Capitole par S. E. le Gouverneur de Rome, un déjeuner à Naples par M. le Maire de Naples, un dîner à Rome au Grand-Hôtel en l'honneur des Congressistes et de leur famille.



Une proposition de M. SOARES DE MELLO de tenir à *Rio-de-Janeiro* le prochain Congrès International de Criminologie fut renvoyée pour étude au Conseil de Direction de la Société Internationale de Criminologie.

René CHARPENTIER.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

La dépression constitutionnelle (*L'ancienne neurasthénie dans ses rapports avec la médecine générale*). **Clinique, Biologie, Thérapeutique**, par R. MONTASSUT, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Henri Rousselle. Préface du Professeur Henri CLAUDE. 1 vol. in-8°, 210 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1938.

L'étude clinique et pathogénique de la neurasthénie peut être reprise actuellement, grâce aux progrès de la médecine générale et surtout grâce aux progrès de la biologie, mais l'auteur estime nécessaire de proposer une nouvelle terminologie pour catégoriser plus nettement une affection qui se laisse maintenant mieux circonscrire. Pour lui, la dépression constitutionnelle apparaît comme une neurasthénie dégénérative, originelle et chronique, sans affaiblissement intellectuel, prédisposant simultanément à la fatigabilité et à l'émotivité.

Les caractéristiques essentielles — atonie et spasmodicité — se traduisent de multiples façons dans les domaines de la fibre lisse et striée. Elles conditionnent une structure et une psycho-motricité particulières mais aussi les accidents digestifs, cardio-vasculaires, génitaux et urinaires. Elles soulignent l'instabilité humorale, le déséquilibre neuro-végétatif et les insuffisances endocriniennes. La plupart de ces troubles sont connus, ajoute M. Montassut, mais ils font l'objet de descriptions parcellaires par souci trop exclusif des spécialisations. Il était nécessaire de les apparenter ou d'en refaire la synthèse clinique.

Psychologiquement, le syndrome se calque sur le tableau physique. Fatigabilité, inertie, rythme paradoxal de la fatigue, impressionnabilité sont le reflet de l'excitabilité neuro-musculaire. Ils conditionnent les sentiments d'impuissance et d'insécurité et prédisposent aux obsessions, aux réactions dépressives, à la névrose d'angoisse ou aux psychoses d'épuisement.

L'affection ne saurait être confondue à cause du syndrome général de fatigabilité avec des dépressions torpides annonçant ou masquant une affection précise. Elle ne peut être assimilée aux états neurasthéniformes acquis, symptomatiques d'une involution physique ou prodromiques d'un affaiblissement.

sement intellectuel. De même elle ne doit pas être prise pour un état mélancolique malgré des analogies nombreuses et l'existence de formes intermédiaires.

L'analyse critique des allégations du malade conduit à une interprétation biologique et psychogénétique. Sans négliger les explications fournies par une psychologie prudemment inspirée par certaines acquisitions de la psychanalyse, M. Montassut s'est plus spécialement attaché à la physiopathologie. Il souligne la constance des troubles de l'irrigation cérébrale, les perturbations de l'hydraulique veineuse, l'insuffisance hépatique, l'oxalémie, etc. Il insiste en particulier sur le parallélisme rigoureux entre l'excitabilité neuro-musculaire et les données récentes de la physicochimie, montrant l'étroite corrélation des variations de l'activité, de la sensation de fatigue et de l'émotivité avec les modifications dans le sang de la réserve alcaline, du pH, des minéraux alcalino-terreux : Ca., K., et Mg. Ces données fortifient les hypothèses sur l'élaboration et la réparation biologiques de l'activité individuelle et sur les causes de l'épuisement émotionnel.

Les thérapeutiques découlent des considérations précédentes : dualistes, elles doivent concurremment traiter tous les aspects de la dépression constitutionnelle. M. Montassut consacre une cinquantaine de pages de cet intéressant volume à l'exposé des traitements physiques (stabilisation de l'équilibre humoral, acidification organique, calcithérapie, reminéralisation générale, toniques généraux, accélération de la nutrition générale, opothérapie, traitement de l'émotivité, médications neuro-végétatives, électrothérapie, hydrothérapie, climatothérapie, pratique des exercices physiques), et des médications psychologiques (psychothérapies indirectes, psychothérapies directes, réadaptation) de cette affection relativement fréquente, à symptomatologie psychique prévalente et à manifestations physiques souvent paradoxales.

R. C.

Démence précoce (Demencia Precoce), par José Julio de CALASANS. 1 vol. in-12, 245 pages. *Livraria Editoria Bahiana*, Salvador, 1937.

Pour éviter la confusion et fixer à son étude des limites aussi précises que possible, M. de Calasans cherche à donner de la démence précoce un semblant de définition tout à la fois clinique et anatomique. Et pour mieux préciser son choix dans la masse des symptômes, des troubles psychopathiques, des lésions, il donne à la forme-type de la démence précoce le nom de maladie de Morel-Krapelin. Au concept de la démence précoce seraient liées les notions d'indifférence émotionnelle, d'aboulie, de ralentissement et d'incohérence des associations idéiques. Suivant les formes cliniques prédominent la tendance maniaque ou mélancolique, la catatonie, le délire sensoriel. Des éléments physiques complètent le syndrome : troubles vaso-moteurs, dénutrition et hyposthénie, accidents convulsifs. A côté d'une hébéphrénie simple, on observerait une idiotie acquise, des variétés circulaires, stuporeuses ou paranoïdes. La légitimation du syndrome serait assurée par une détérioration du système nerveux à lésions cortico-striées diffuses à tendances atrophiques.

L'ensemble de ces considérations n'apporte donc pas de précisions nouvelles. D'autant que la notion d'incurabilité est ébranlée comme le fait observer l'auteur par des traitements comme celui de Sakel.

La démence précoce est néanmoins pour M. de Calasans une psychose

accidentelle vraisemblablement imputable à un processus auto-toxique, ce qui élimine toute la série des faits qui se rattachent au concept schizophrénique décidément liés à des états fonctionnels.

La gravité initiale des manifestations hétérophréniques, l'importance des désordres affectifs, l'impulsivité constituent un terrain propice aux réactions anti-sociales qui placent au premier rang des préoccupations le point de vue médico-légal.

P. CARRETTE.

Dégénérescence et dégénérés (*Degeneracion y degenerados*), par Francisco de VEYGA. 1 vol., in-8°, 422 pages. *Editor « El Ateneo »*, Buenos-Aires, 1938.

Le problème de la dégénérescence, tel qu'il est compris par M. de Veyga, offre un terrain d'exploration presque illimité où les questions psychiatriques côtoient le droit, la sociologie et la biologie. Les vieilles querelles d'école alimentent ainsi les discussions d'actualité, aident à la mise au point des notions d'éthique et des théories médicales.

Il faut d'abord rappeler le problème de la dégénérescence tel qu'il s'est présenté chronologiquement au psychiatre. Les noms de Morel, de Lombroso, de Magnan jaillissent dans les mémoires. Le dégénéré apparaît comme l'homme affaibli par rapport à ses générateurs, c'est un héréditaire qui présente des stigmates et certaines variétés de délires, c'est le criminel avec tous ses mauvais instincts déchainés.

Plus le type étudié se présente avec la précision d'un portrait, plus il nous écarte du problème véritable. La clinique nous montre au contraire des variétés nombreuses. Le dysgénésique peut être un fou moral, cruel et brutal, mais également un déprimé hypocondriaque. Le thyroïdien est parfois un crétin, un myxoédémateux, mais il peut être devenu apathique ou inquiet à la suite d'une maladie infectieuse.

La notion moderne de dégénérescence ne saurait donc se contenter du concept héréditaire. Même dans le doute à propos des origines, la réalité pathologique et l'évolution commandent la distinction entre la forme originelle et la forme acquise. Les stigmates de l'idiotie mongoloïde ou ceux de l'hérédo-syphilis d'Hutchinson représentent une fatalité que n'implique pas la disposition du tempérament qui conduit à la goutte et au rhumatisme. Les études récentes sur l'hérédo-ataxie cérébelleuse ou les myopathies confirment la valeur de ces différenciations. Il en va de même pour les modes d'écllosion de l'alcoolisme suivant les circonstances et les sujets. L'observation des faits dans une grande ville, et à Buenos-Aires en particulier, ne pouvait manquer de fournir à M. de Veyga — élève de Magnan et ancien Inspecteur du Service de Santé en Argentine — un faisceau d'arguments en faveur d'un élargissement du problème pour en tirer des conséquences pratiques.

L'auteur note les effets du vice, de l'alcoolisme notamment, chez les descendants, et analyse la paresse et la misère, formes complémentaires de l'asthénie et de l'aboulie. Les victimes ou leurs défenseurs ne sont pas sans invoquer l'artifice de la civilisation moderne et leur essai d'adaptation à une vie plus simple, plus primitive en somme ; mais l'argument a perdu sa valeur. L'homme, selon la nature, n'est pas tel que l'imaginait J.-J. Rousseau. Ses mœurs sont violentes et naïves et ses tares toujours nombreuses par rapport au type local supérieur. Les peuplades de l'Océanie et de l'Amérique, qui échappent encore à la civilisation, présentent un

ensemble d'infériorité qui sont fonction des maladies et du climat. Leur opposition à la culture est due, non pas à un choix, mais à une incapacité.

Le dégénéré, victime de la civilisation actuelle, est un individu qui ne peut s'adapter. Toutefois, à côté des grands syndromes, la Société nous offre des types nombreux d'aberrants, au déséquilibre discret ou compensé. Les uns sont des ratés, d'autres cachent des vices, des obsessions, des impuissances ; d'autres enfin, vaniteux, excités et capables d'action, possèdent le goût du lucre et une séduction suffisante pour faire de brillantes carrières généralement interrompues par des catastrophes où ils sombrent avec des satellites qui vivaient de leur impulsion. Il existe des formes de dégénérescence qui poussent à la fugue, à l'insoumission, au délit, au parasitisme, au vagabondage. Il y a chez certains un véritable « appel de la rue », un besoin de solitude, un dégoût du foyer. Toutes ces tendances arrivent, dans les métropoles cosmopolites, à créer des groupements d'insociables, réunis par la même répulsion pour toute vie légalement organisée, exerçant des métiers immoraux, tendant à caricaturer certains aspects de la vie courante par un ensemble d'habitudes faciles, la base éthique seule faisant défaut.

L'extension de la notion de dégénérescence est logique. La vie est de plus en plus difficile et l'observateur impartial ne peut dissimuler ses craintes sur le sort de la civilisation. M. de Veyga n'est pourtant pas pessimiste. Il fait confiance à la culture. Il croit aux possibilités de l'éducation, de l'hygiène et de la prophylaxie. Certes, la civilisation montre une façade d'hypocrisie, mais des hommes instruits et de bonne volonté unissent chaque jour davantage leurs moyens de combat. Ils possèdent des armes nombreuses et diverses. Il leur suffirait de coordonner leurs efforts pour guider efficacement. L'éducation dispose du savoir, des sanctions, des stimulants affectifs. Les œuvres sociales complètent la charité privée. La loi peut prévoir la stérilisation, le contrôle des naissances, l'avortement légal. Enfin, la société a le devoir de se protéger contre ceux qui lui causent un préjudice, la peine étant appliquée, non pour sa valeur, mais par nécessité, et l'auteur termine en faisant sien le précepte de Laurent : « Pour corriger et moraliser (l'homme), il faut être meilleur que lui. »

P. CARRETTE.

PSYCHOLOGIE

L'esprit et le réel dans les limites du nombre et de la grandeur, par Francis MAUGÉ, Docteur ès lettres. 1 vol. in-8°, in *Bibliothèque de Philosophie Contemporaine*. Félix Alcan édit., Paris, 1937.

Sous ce titre spécial : *L'Esprit et le Réel dans les limites du nombre et de la grandeur*, et sous le titre général : *la destinée et le problème du vrai*, M. Francis Maugé publie un premier ouvrage sur les rapports de l'esprit et du réel, dont l'objet est de préparer une étude méthodique de la loi de l'esprit, postulée, selon lui, par le problème moral. Cette loi lui paraît devoir être de type fonctionnel et même différentiel, le seul qui permette d'intégrer dans l'unité d'une courbe le divers et le devenir. Il estime en outre qu'elle doit être saisie dans l'activité vivante de l'esprit, telle que nous la sentons s'exercer dans la science sur les forces qui menacent sa fragile unité. Si elle pouvait se dégager au terme de généralisations progressives, une telle loi définirait l'action du Moi le plus profond.

La tentative de M. Maugé consiste ainsi dans un effort pour reposer le problème de la Destinée, c'est-à-dire de la loi spirituelle qui définit notre devoir humain en fonction des lois les plus générales de notre nature propre et peut-être de la Nature tout court dont la nôtre n'est qu'un aspect. Cet effort tend donc à raccorder un système de valeurs spirituelles plus que jamais nécessaire avec les contraintes de l'expérience, enregistrées par la science.

L'auteur commence par explorer le domaine du nombre et de la grandeur, parce que c'est là que l'esprit lui paraît se modeler le mieux sur le réel, tout en lui imposant ses initiatives les plus hardies. Le volume qu'il présente au public apparaît ainsi comme un essai pour saisir en première approximation la loi fonctionnelle qui règle les rapports de l'esprit et du réel, dont il se propose, dans des recherches ultérieures, de vérifier la généralité. En 1909, sous le titre général : *Le Rationalisme comme hypothèse méthodologique*, M. Maugé avait déjà publié deux thèses : *L'hypothèse rationaliste et la méthode expérimentale* et *La Systématisation dans les Sciences* ; ses conditions et ses principes.

L. R.

Etudes expérimentales par les tests de forme et de couleur à l'âge scolaire et chez l'adulte (Experimental studies of colour and non-colour attitude in school Children and adults), par BENGT J. LINDBERG. *Acta psychiatrica et neurologica. Supplément XVI*. 1 vol. in-8°, 170 pages. Levin et Munksgaard Editeurs, Copenhague, 1938.

La base expérimentale de M. Lindberg comprend trois sources de renseignements chiffrables. D'abord sa propre méthode, qui consiste à déterminer ce qu'il nomme la « colour attitude ». Pour cette détermination, il utilise deux expériences : 1° le « Ring Test », qui consiste à mettre le sujet en présence d'une carte blanche avec deux figures géométriques (bleues) différentes, reproduites sur une autre carte quadrillée, avec des variantes intérieures dans une autre couleur (rouge) ; 2° le « Sorting Test », qui comprend l'examen d'une carte de 8 figures géométriques incluses dans des carrés et juxtaposées et 8 carrés isolés égaux aux premiers, mais contenant des formes géométriques colorées différemment. Le sujet en expérience établit des similitudes suivant ses tendances en accordant la préférence, soit à la couleur, soit à la forme.

La méthode de M. Lindberg, appliquée à des enfants, à des adultes et à des psychopathes, fournit des notes qui sont comparées avec celles que fournissent deux autres moyens d'exploration. Le premier, psychologique, est le classement de *Sjöbring*. Les caractéristiques retenues sont : 1° la validité. Ainsi l'asthénie est un état de subvalidité ; 2° la stabilité qui exprime la moyenne de la « potentialité » ; elle est diminuée dans la phase dépressive des états circulaires et dite substable ; 3° la solidité mise en défaut dans l'hystérie ou état subsolide ; 4° la capacité qui s'attache à la valeur intellectuelle dont l'état d'infériorité est la subcapacité. Le second document utilisé est l'*index anthropométrique de Strömgen*, — physique évidemment, — allant du pyknic au leptosome et mesuré conventionnellement de + 2 à - 2.

Par des examens réitérés chez 2.446 enfants, 218 malades d'un service de chirurgie et 424 psychopathes et aliénés, l'auteur est arrivé à des constatations intéressantes sur la valeur de la « colour attitude » du point de vue psychologique. Chaque sujet possède à son dossier la note du Ring

Test, celle du Sorting Test, celle du diagnostic de Sjöbring, celle de l'index de Strömngren. Les conclusions, fatalement partielles, sont d'une lecture profitable. Elles permettent de préciser des tendances psychologiques chez les enfants, des types de déficit intellectuel pour les débiles et les déments, la variété des lacunes mentales dans les psychonévroses.

P. CARRETTE.

Emotion et méthodes éducatives (Emotion and the Educative Process), par Daniel Alfred PRESCOTT. 1 vol. in-8°, 323 pages. Edité par l'*American Council on Education*, Washington, 1938.

L'*American Council on Education*, réuni à Indianapolis en février 1931, avait prévu un ensemble de recherches sur les émotions parmi les problèmes exigeant une étude particulière. Un Sous-Comité décidait d'organiser les travaux sur les relations des facteurs émotionnels avec les procédés éducatifs. Sous la direction de M.-D.-A. Prescott, il dépose à la réunion de Washington, le 15 octobre 1937, son rapport, document rempli de suggestions pratiques et des rappels indispensables des notions anatomiques, physiologiques, psychologiques et sociologiques acquises à ce jour.

Les premiers chapitres sont consacrés à la psycho-physiologie. L'équilibre de l'individu est soumis à des conditions chimiques, électriques, hormonales, variables au cours des modifications émotionnelles. Ces phénomènes sont sans doute réversibles. Leurs relations avec le caractère, avec le tempérament, avec la constitution sont connues. L'éducation a précisément pour objet d'imposer aux expériences émotionnelles une direction particulière. Le mécanisme des répercussions affectives implique une technique éducative et par conséquent des qualités propres à l'éducateur dans le milieu familial et scolaire.

L'auteur précise les besoins intellectuels de l'enfant et les moyens de sélection du personnel enseignant capable de s'adapter aux règles d'une hygiène mentale rationnelle.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Comptes-rendus du premier Congrès de la Fédération Internationale Latine des Sociétés d'Eugénique, Paris 1-3 août 1937. 1 vol. in-8°, 388 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1938.

Le mouvement eugénique s'étend à la plupart des pays et répond à un véritable besoin social. Ce volume de 388 pages publie in-extenso la totalité des communications originales présentées au 1^{er} Congrès de la Fédération Internationale Latine des Sociétés d'Eugénique. Cette Fédération, qui groupe onze pays, a tenu sa première Réunion à Paris, les 1^{er}, 2, 3 août 1937. Les six premiers chapitres sont consacrés à l'étude de : *Métissage et Immigration ; Valeur comparée des accroissements qualitatifs et quantitatifs d'une population ; Effets sur la population d'un pays de l'accroissement disproportionnel de ses diverses classes ; les maladies du plasma germinatif et leur guérison ; Types constitutionnels et Eugénique ; l'influence de l'âge des procréateurs, du nombre des enfants et de l'ordre des naissances sur les caractères de la progéniture.*

Un dernier chapitre réunit différents travaux sur l'Eugénique, considérée

dans ses rapports avec la Démographie, la Pédagogie, la Pathologie. Les eugénistes, les médecins, les obstétriciens, les psychiatres, et tous ceux qui s'intéressent aux questions raciales, tireront profit de la lecture de cet ouvrage, où ils trouveront des travaux originaux et des revues critiques documentées.

L. R.

Les poisons stupéfiants et excitants (Die Rausch-und Genussgifte), par E. HESSE, Professeur de Pharmacologie et de Toxicologie à l'Université de Breslau. 1 vol. in-8°, 128 pages, chez F. Enke, édit. Stuttgart, 1938.

Ce livre n'est pas écrit seulement pour des médecins ; il est destiné à tous ceux : pharmaciens, chimistes, juristes, etc., qui à un titre quelconque peuvent être appelés à prendre une part active dans la lutte contre les abus de toxiques. Il réunit dans un texte concis les notions essentielles d'histoire, de statistique (renseignements très récents), de clinique et de thérapeutique, d'anatomie et de physiologie pathologique, de pharmacologie. Les dernières acquisitions scientifiques, dans le domaine de l'alcoolisme et du tabagisme par exemple, sont exposées sommairement. Les problèmes administratifs et juridiques sont envisagés, bien entendu, avant tout du point de vue de la législation allemande. A côté des chapitres importants consacrés aux poisons les plus connus et les plus répandus : opium et ses dérivés, cocaïne, haschisch, mescaline en ce qui concerne les stupéfiants, — alcool, tabac, bases puriques en ce qui concerne les excitants, on trouve également de brefs exposés sur des drogues moins connues ou employées exclusivement dans des pays exotiques : kawa-kawa, poisons des solanacées, poisons des champignons vénéneux (amanitine et muscarine), harmine, banistéline, bétel, catha edulis. Le dernier chapitre traite des toxicomanies rares : éthéromanie, chloroformomanie, absorption de benzine, mercurose, arsénisme, ainsi que de l'abus des hypnotiques : chloral et barbituriques.

Quant à la prophylaxie, l'auteur préconise des mesures rigoureuses contre l'abus des stupéfiants. « L'individu a-t-il le droit de détruire son corps à l'aide de poisons ? Aucun membre de la collectivité n'a ce droit. Par contre, chacun a le devoir de maintenir l'intégrité de son rendement physique et psychique, pour le bien de la collectivité. » En ce qui concerne les excitants, alcool et tabac en particulier, l'auteur est opposé à un rigorisme excessif. La loi sur la prohibition a connu aux Etats-Unis un échec désastreux, et les poursuites draconiennes contre les fumeurs, en Russie soviétique, n'ont pas eu de résultat appréciable.

E. BAUER.

THÉRAPEUTIQUE

Les ordonnances du médecin praticien (4^e édition), 285 répertoires de thérapeutique clinique par MM. ABATUCCI, BOZO, COMBY, DESPOSES, DOSSOT, FELDSTEIN, R. de GENNES, GLÉNARD, JAYLE, JOURNÉ, JOYEUX, JUSTER, LAURINS, LERMOYEZ, LEVEN, LUTIER, MARTINET, LÉON-MEUNIER, P. MICHON, R. MIGNOT, MONDOR, NOBÉCOURT, PAUTRIER, PIGNOT, POIX, RAVINA, RIVET, SÉZARY, F. TERRIEN, TERSON, ANDRÉ THOMAS, VAN DER ELST, VIGNES. 4^e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8°, 256 pages. Masson et C^{ie}, édit., Paris 1938.

Quatrième édition de ce livre de médecine pratique qui n'est ni un Formulaire ni un Traité de thérapeutique. Il englobe sous la forme de 285

ordonnances-types, la plupart des cas que le médecin est appelé à rencontrer dans la pratique courante.

Ces ordonnances, courtes, schématiques, mais complètes, sont classées par ordre alphabétique, de façon à imposer le minimum de recherches, précédées presque toujours d'un rappel clinique et diagnostique. Elles constituent une collection de canevas thérapeutiques dont les praticiens peuvent s'inspirer et dans lesquels ils trouvent, mises au point, les nouvelles médications thérapeutiques.

Un certain nombre de ces ordonnances-types signées de MM. J. Comby, Lutier, P. Nobécourt, A. Ravina, André-Thomas, R. Van der Elst, concernent des syndromes neuro-psychiatriques.

L. R.

MÉDECINE LÉGALE

L'état dangereux. Quelques-unes de ses formes cliniques non délictueuses (*El estado peligroso. Algunas de sus formas clinicas no delictivas*), par SUSANA SOLANO. 1 vol. in 8°, 60 pages. Edition de l'*Université de San Marcos, Faculté de Droit et des Sciences Politiques*, Lima, 1937.

La langue française ne possède pas de substantif pour désigner l'état d'un individu qui, par son déséquilibre et ses tendances anti-sociales, risque en permanence de commettre un délit ou un crime. Le mot n'existe pas parce que l'idée n'a jamais prévalu dans le passé de baser la justice sur un potentiel de nocivité, mais sur la notion de responsabilité. En perdant du terrain, les préoccupations morales et métaphysiques ont cédé la place aux tendances prophylactiques. L'individu sera jugé par rapport à la collectivité. Le vocabulaire utile existe déjà dans la langue espagnole, bien que les principes n'aient pas encore été introduits dans la pratique médico-légale. L'auteur préconise un code de prévention comme mesure de défense sociale. La déclaration du danger sera du ressort de la technique criminologique, effectuée par médecins et légistes, et entraînera la décision du pouvoir judiciaire. Le dossier sera établi pour les récidivistes, et pour les intoxiqués, les prostituées, les vagabonds qui constituent les suspects, les sujets dangereux non-délictueux. On réunira les éléments d'appréciation suivants : facteurs généalogiques et anthropologiques, notes psychologiques et caractérologiques (tempérament, constitution ou « caractère » au sens banal du mot), notions d'éthique, ambiance.

Aux travaux américains, italiens, belges, allemands, sur ce problème social essentiel s'ajoute, grâce au présent travail, un aperçu très substantiel de la contribution sud-américaine.

P. GARRETTE.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

La pathologie cérébrale et son importance neuro-psychiatrique (Bericht über die Gehirnpathologie in ihrer Bedeutung für Neurologie und Psychiatrie), par K. KLEIST (Francfort). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.* 1937, tome CLVIII, p. 159 à 193.

Ce rapport magistral a été présenté au *Congrès allemand de Neurologie et Psychiatrie*, le 24 août 1936, par un des neuro-psychiatres les plus connus pour sa doctrine des localisations cérébrales, telle qu'elle est exposée notamment dans son grand ouvrage « *Gehirnpathologie* » (Leipzig 1934). Les *systèmes extéroceptifs* comprenant : 1° la *sphère du tact* dont le segment neuro-pathologique (nerfs, racines, voies médullaires) correspond aux troubles ataxiques et du tonus, dont le segment encéphalopathologique (voies et centres de la sensibilité) correspond aux troubles des formes tactiles et dont le segment psychopathologique (lobe pariétal) correspond aux agnosies : apraxies et troubles graphiques ; 2° la *sphère auditive* dont les segments neurologique et encéphalopathologique correspondent aux troubles de l'audition dans les affections du limaçon et des premiers relais des voies auditives et dont le segment psychopathologique correspond aux troubles du langage de type aphasique et schizophasique ; 3° la *sphère visuelle*, dont le segment neuro-pathologique et encéphalo-pathologique correspond, dans ses manifestations cliniques, aux divers troubles de la vision des formes et de la couleur et dont le segment psychopathologique correspond aux agnosies visuelles et aux alexies, aux troubles de la pensée visuelle paralogique que l'on observe dans des états crépusculaires épileptiques et, chez les schizophrènes, aux troubles optiques du calcul, aux troubles de l'espace optique ; 4° la *sphère gustative et olfactive* où il n'existe que peu de troubles psychopathologiques et qui ne présente que peu de valeur extéroceptive.

Les *systèmes proprioceptifs* comprennent également trois « segments » : le segment neuro-pathologique correspond aux troubles du système spino-cérébelleux et au système vestibulaire en relation avec les formations frontales et tout le système extrapyramidal, le segment encéphalopathologique est essentiellement frontal (ataxies frontales) et le segment psychopathologique correspond aux troubles aphaso-apraxiques et alogiques caractérisés surtout par un manque de pulsion motrice différenciée.

Les *systèmes entéroceptifs* doivent être divisés en trois groupes : 1° le groupe de la personnalité, des instincts et des tendances instinctivo-affectives ; 2° le groupe du corps propre et des sensations ; 3° le groupe de la synthèse entéroceptive des processus extéro et entéroceptifs. Le segment neuropathologique de ces systèmes est représenté par les syndromes neuro-végétatifs. Le segment encéphalopathologique correspondant aux formations végétatives méso et diencéphaliques est représenté par des troubles du métabolisme et de la vie des instincts. Le segment psychopathologique représente la pathologie de la personnalité. Le Moi se compose d'« *Erlebnis* »

sensoriels (Gefühls-Ich) et d'actions (Trieb-Isch). On peut distinguer également le Moi propre (Selbst-Ich), le Moi social, le Moi universel ou religieux. Tandis que le Moi inférieur ne peut souffrir que de troubles mésencéphaliques, le « Selbst-Ich », le Moi social et le Moi religieux sont altérés par des lésions corticales et spécialement de la région fronto-orbitaire. Les troubles psycho-moteurs, du caractère les stéréotypies, les phénomènes catatoniques, le négativisme des schizophrènes sont l'expression d'oscillations des impulsions psycho-motrices des pôles akinéto-hyperkinétiques. L'hypercécesthésie, l'anxiété, les troubles maniaco-dépressifs paraissent en relation avec le déséquilibre du système orbito-frontal et mésencéphalique et correspondent à la psycho-pathologie du « Körper-Ich » et du « Gefühl-Ich ». Enfin les troubles psychopathologiques des fonctions d'intégration intéroceptive des processus extéro et proprioceptifs correspondent aux troubles de la conscience et de la dépersonnalisation ; les phénomènes d'influence sont en relation avec des lésions mésencéphaliques. Les troubles de la représentation chronologique sont liés à des altérations mamillaires, du noyau thalamique antérieur et de la circonvolution limbique. Les états crépusculaires, les absences, les états oniroïdes se rencontrent dans les lésions encéphaliques et aussi dans les lésions temporales (crises de l'uncus).

Dans cet exposé Kleist ne parle que d'une manière épisodique des hallucinations qu'il intègre à divers autres troubles. Pour lui les lésions mésencéphaliques peuvent les provoquer aussi bien que les lésions corticales. Telle est la vue, à la fois systématique et un peu confuse, que Kleist donne de la neuro-psychiatrie. Il a été impossible de donner ici un aperçu suffisant de cette immense synthèse éclairée (sinon aggravée) par deux schémas (p. 163 et p. 164). Sa conception, intégrant purement et simplement la Psychiatrie dans une Neurologie purement topographique, a provoqué naturellement de vives réactions notamment de la part de Bumke, de Langé, etc., du point de vue psychopathologique général ; et de Scholz du point de vue neuro-physiologique. Spatz lui a adressé des critiques du point de vue de la localisation trop étroite, à son avis, des fonctions psychiques seulement dans la zone basale orbitaire. On trouvera la discussion et la réponse de Kleist de la page 329 à la page 340 du tome. Malgré toutes les critiques que l'on peut adresser à ce travail monumental, il n'en reste pas moins plein de faits très intéressants et d'idées fécondes.

Henri Ey.

De l'importance de l'écorce basale (Über die Bedeutung der basalen Rinde), par H. SPATZ (Berlin). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVIII, p. 208 à 232.

De ses études basées sur un cas de méningiome sur les constatations anatomiques de certains cas de paralysie générale et de traumatismes cérébraux et surtout sur 11 cas de maladie de Pick l'auteur conclut que l'écorce basale du lobe frontal et du lobe temporal ont les mêmes propriétés fonctionnelles de par leur développement commun tardif. Les lésions qui atteignent ce territoire cortical altèrent « les plus hautes fonctions psychiques ». Spatz critique à ce sujet la conception de Kleist sur le « cerveau orbitaire » et les six fonctions qu'il distingue dans la personnalité (Moi affectif, Moi pulsionnel, Moi corporel, Moi propre, Moi social et Moi religieux), dont les dernières auraient leur siège dans l'écorce orbitaire, car il ne croit pas que le Moi puisse être morcelé en « Moïs ».

Henri Ey.

Des hypothèses pathomorphologiques sur les localisations cérébrales (Über pathomorphologische und methodologische Voraussetzungen für die Hirnlokalisation), par W. SCHOLZ (Munich). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVIII, p. 234 à 344.

C'est à la discussion du rapport de Kleist au Congrès de 1936 qu'est consacrée cette note critique. Tout en rendant hommage à « l'œuvre monumentale » de Kleist, l'auteur ne pense pas que ces conceptions cérébrales soient à l'abri des critiques au point de vue anatomopathologique, en raison du caractère peu rigoureusement circonscrit des lésions. Le caractère essentiellement morphologique, macroscopique des observations de Kleist ne paraît pas, même corrigé par l'accumulation de nombreux faits, permettre des localisations aussi fines.

Henri Ey.

Discussion doctrinale de la conception cérébro-pathologique de Kleist (Grund sätzliche Erörterungen zum Kleists hirnpathologischen Lehren), par J. LANGE (Breslau). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVIII, p. 247 à 251.

Tout en rendant hommage à la fécondité des vues exposées par Kleist, l'auteur fait de sa conception une critique fondamentale qui équivaut à celle de Monakow et Mourgue ont faite aux « localisateurs » mécanistes en les accusant, par l'emploi de termes anatomiques, de « paraphraser » purement et simplement une analyse psychologique atomistique de troubles.

Lange souligne le caractère arbitraire du passage de la notion « troubles d'une fonction » à celle « partie du cerveau ». Car s'il est vrai, et personne ne peut sérieusement le contester, que des lésions localisées produisent des troubles plus ou moins spécifiques, rien n'autorise à considérer la fonction qui dépend d'un cycle psycho-physiologique beaucoup plus vaste comme inhérente à un « centre ». Il reste toujours nécessaire de faire une analyse psycho-physiologique des troubles, même quand on a déterminé ce « signe local ». (C'est une forme de « l'écart » organo-clinique qui nous paraît une loi fondamentale de la neuro-psychopathologie). La preuve que la fonction n'est pas aussi directement, aussi nécessairement incorporée à son « siège » matériel, ce sont les faits nombreux de restauration de fonctions, de suppléance et d'inconstance des relations entre les syndromes et les lésions à un point déterminé. Lange cite à ce sujet des exemples et notamment la contradiction entre ce cas (de Potzl), d'une tumeur pariétale dont l'extirpation fit cesser le syndrome apraxique et le fait que la destruction par O. Foerster de grandes portions de la pariétale inférieure ne provoqua aucune « ombre de troubles apraxiques ». Il paraît nécessaire, tout en retenant les faits importants, qui permettent de rattacher des troubles de fonctions à certaines lésions localisées, de ne pas revenir à un concept trop mécanique de localisation cérébrale, ce qui serait revenir à la physiologie de Wernicke, aggravée encore après le morcellement histologique pratiqué par Brodmann, Vogt et von Economo. Malgré le peu de relation véritable qui semble y avoir entre certaines de ses conceptions psychiatriques et les « localisations » qu'il leur assigne, malgré aussi des phrases assez déconcertantes que celle-ci « être conscient, être en état de veille, exister,

sont des fonctions psychiques jaillies des formations sous-corticales » l'œuvre considérable de Kleist, si elle mérite des critiques fondamentales, a cependant une grande valeur et vaut plus que certaines analyses psychopathologiques.

Henri Ey.

La notion de localisation ou de totalité dans le système « nerveux central » (Lokalisationlehre oder Ganzheit der Zentralnervensystems), par A. E. KORNMULLER (Berlin). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVIII, p. 244 à 246.

S'élevant contre la conception de Bethe et de Goldstein, Kornmuller, à qui l'on doit d'importantes recherches sur l'excitabilité électrique du cerveau (1937) estime hors de doute que les territoires cérébraux sont nettement spécialisés relativement à leur activité électrique. Quant à savoir ce qui est localisé au point de vue physiologique, il est certain que l'inférence des données pathologiques et expérimentales (nécessairement pathologiques aussi) au domaine de la physiologie reste conjecturale. Le mode de fonctionnement synergique du point de vue électrique de certaines portions cérébrales à l'état normal peut provenir soit de leur identité cytoarchitectonique, soit de leur propriété iso ou dyschroniques. A l'état pathologique le cerveau ne réagit pas en entier mais selon une distribution fragmentaire.

Henri Ey.

Etat actuel de la pathologie cérébrale (Zur gegenwärtigen Situation in der gehirnpathologie), par R. THIELE (Berlin). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVIII, p. 251 à 257.

La doctrine des localisations de centres, sièges fixes de fonctions rigides, se heurte à d'énormes difficultés méthodologiques et notamment au bien fondé d'une analyse des troubles qui puisse les réduire à n'être qu'en somme de petits troubles distincts. Rappelons-nous ce qu'a dit Herd des constructeurs de schémas. Il semble bien que la fameuse phrase du physiologiste Bethe : « Les vieilles constructions de « centres » péniblement échaffaudées à l'aide d'hypothèses sont tombées en ruines » peut servir à caractériser l'état actuel de la pathologie cérébrale. De plus en plus aux notions anciennes participant des théories de la « résonance », d'Helmoltz, se substitue la notion de « plasticité cérébrale » (travaux de V. Uexkull sur le tonus et principe de Bethe, du couplage synchrone). En cela la physiologie ne fait que s'orienter dans la voie que la psychologie elle-même a suivie avec la notion de « forme » et de structure. Tandis que Wernicke voyait l'avenir de la psychiatrie dans une psychopathologie de localisation, il semble bien que la psychiatrie ait suivi d'autres voies et non seulement la psychiatrie, mais même la neurologie, sous l'impulsion de Jackson. L'auteur passe alors en revue quelques problèmes particuliers pour montrer cette évolution des idées. Il faut cependant reconnaître que le travail de Kleist apporte, par le merveilleux esprit concret de son auteur, une contribution de faits très importants et dont il faut tenir compte.

Henri Ey.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Décembre 1938. 54.

Sur la pathophysiologie des troubles moteurs psychogènes (Zur Pathophysiologie psychogener Bewegungsstörungen) par H. ALTENBURGER (Breslau). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVIII, p. 133 à 136.

Dans cette brève note l'auteur expose les difficultés du diagnostic clinique et même physiologique entre un tremblement organique et un tremblement de nature psychogène. Il renvoie à l'exposé du diagnostic du tremblement de la maladie de Parkinson, tel qu'il l'a présenté dans le « Handbuch der Neurologie » récemment publié en Allemagne (chapitre de l'électro-diagnostic). Ce diagnostic est relativement au tremblement psychogène, tout-à-fait impossible. Pour aller au-delà de cette impossibilité et la comprendre, il est nécessaire de se représenter le tremblement comme la régression de la motilité vers un type de mouvement discontinu primitif, régression qui admet toute une série de conditions organiques ou psychiques en soi différentes, mais provoquant des effets semblables en eux-mêmes.

Henri Ey.

Le syndrome psychique préfrontal, par G. MOSSA (de Turin). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, août 1937.

L'auteur étudie un cas de tumeur du lobe frontal gauche, qui durait depuis de nombreuses années avec une symptomatologie nerveuse minima, mais avec un délire de persécution caractérisé.

M. G. MOSSA indique qu'une symptomatologie psychique, même très accentuée, ne suffit pas à dépister la tumeur et encore moins à la localiser.

Paul ABÉLY.

Modifications psychiques consécutives à l'ablation de l'hémisphère cérébral droit pour tumeur cérébrale (Mental changes following the Removal of the Right Cerebral Hemisphere for Brain Tumor), par Stuart N. ROWE. 93^e Réunion annuelle de l'*American Psychiatric Association*, Pittsburgh, 10-14 mai 1937, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIV, n^o 3, p. 605-614, novembre 1937.

L'ablation d'un astrocytome frontal droit a entraîné trois interventions décompressives avec, à l'occasion de chaque craniotomie, la résection de masses importantes de substance cérébrale. Le cortex moteur, les ganglions de la base, certaines zones frontales et temporales ont pu être épargnés. Six mois après la troisième intervention, malgré l'extrême gravité des traumatismes, la malade récupère avec une étonnante facilité une partie de ses fonctions sensorielles et motrices antérieurement altérées du côté gauche. Du point de vue mental, M. Rowe observe une perte légère des inhibitions normales, avec tendance à l'hyperactivité verbale, une insuffisance de la mémoire de fixation et une instabilité émotionnelle modérée. Dans l'ensemble, l'amélioration est continue. Chez les primates — et chez l'homme en particulier — les fonctions psychiques supérieures dépendent beaucoup plus de l'état des régions frontales que de l'intégrité de l'ensemble du cortex d'un hémisphère, ainsi qu'il résulte de recherches expérimentales et d'observations cliniques récemment mises au point grâce aux techniques encéphalographiques et à la neuro-chirurgie.

P. CARRETTE.

L'affaiblissement intellectuel dans les lésions focales de la partie centrale de l'hémisphère cérébral gauche (Defects of Intelligence from Focal Lesions within the Central Part of the Left Cerebral Hemisphere), par Leland B. ALFORD. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIV, n° 3, p. 615-638, novembre 1937.

Les interventions chirurgicales qui portent sur les hémisphères cérébraux s'enhardissent chaque jour. Après les ablations de tumeurs et de larges surfaces du cortex ménageant les zones de localisations, on a été amené à pratiquer la section de circonvolutions frontales. Le problème de l'intégrité intellectuelle se pose chaque fois avec plus d'inquiétude. Voici des cas nouveaux d'ablations hémisphériques, de syndromes hémiplegiques, d'aphasie, d'apraxie, de pertes sensorielles et de désordres émotionnels dans lesquels aucun affaiblissement intellectuel proprement dit ne peut être affirmé à condition que soit assurée l'intégrité de certaines régions des ganglions gris centraux. M. Alford démontre que le diagnostic d'affaiblissement démentiel a été souvent relié à tort, soit aux désordres circulatoires ou aux destructions de zones corticales, alors que la lésion responsable était secondaire et sous-jacente, soit à des syndromes aphasiques ou sensoriels alors que les signes de localisation seuls constituaient le tableau clinique, la capacité intellectuelle restant intacte malgré le désordre des moyens d'expression de la pensée.

P. CARRETTE.

Application de l'encéphalographie en clinique psychiatrique, par S. N. ANDREITCHIKOV, I. J. BERCHIN, le prof. E. M. ZALKIND et A. A. JAKOVLEV. *Sovietskaia Psichonevrologia*. T. XIV, n° 1, 1938.

L'essai de l'application de l'encéphalographie dans la pratique psychiatrique tenté par les auteurs apporte des résultats encourageants pour poursuivre les recherches dans ce sens sur une large échelle en le renouvelant plusieurs fois pour le même malade. L'importance de l'encéphalographie se révèle dans le domaine du diagnostic où souvent elle permet de découvrir l'organicité de l'affection dissimulée sous la symptomatologie psychique. Cette pratique donne en même temps des indications sur la topographie des lésions, le caractère du processus pathologique (processus atrophique). L'encéphalographie montre non seulement l'état des ventricules, mais aussi celui des espaces péricérébraux et des scissures. La répétition de l'encéphalographie chez le même malade donne des renseignements sur le dynamisme de la maladie. Elle sert à établir le pronostic et donne des indications thérapeutiques utiles.

FRIBOURG-BLANC.

L'hyperostose frontale interne, par F. DONINI (De Trieste) *Note et Rivista di Psichiatria*. Septembre 1937.

Travail important et très documenté, où l'auteur passe d'abord en revue la bibliographie du sujet. Puis il expose trois cas personnels : le premier s'accompagnait de troubles psychiques d'artériosclérose cérébrale, le deuxième de phénomènes schizothymiques avec cénesthopathies, le troisième enfin de myoclonies et d'un état démentiel. Les deux premiers sont encore vivants.

Le troisième, décédé, a été contrôlé par la nécropsie. Tous ont été examinés radiographiquement.

M. F. Donini, développant sa propre opinion, estime que l'altération osseuse est la conséquence d'une ostéose et non d'une ostéite et que, d'accord avec Morel, la structure est très voisine du type acromégalique. Il croit aussi à une atteinte de la région diencéphalo-hypophysaire. En dehors de la céphalée et des symptômes de lésion des nerfs crâniens dans le cas d'hyperostose de la base, il ne pense pas que cette hyperostose se traduise par d'autres signes. Elle ne provoque pas d'hypertension intracrânienne ni de modifications du liquide céphalo-rachidien. Il ne la croit pas capable, par sa seule présence, de provoquer des attaques convulsives.

Paul ABÉLY.

Maladie de Pick. Considérations séméiologiques (Morbo di Pick. Considerazioni semiotiche) par Ferdinando BANISON (Ferrara). *Giornale di Psichiatria*, 1937, IV, p. 434 à 457.

Observation d'une maladie de Pick avec atrophie temporale et frontale dont les caractères pour l'auteur résidaient dans les troubles de l'attention (intermittences), non conditionnés par le désintérêt et l'apathie. L'écholalie, la palilalie, les stéréotypies verbales, le mutisme présentés par le malade paraissent, par contre, en relation de subordination à l'égard des troubles aphasiques et de désintérêt. Il persistait enfin chez ce malade des capacités psychiques paradoxales (orientation dans l'espace, par exemple).

Henri Ey.

Démence paralytique de Lissauer. Etude de sa pathogénie (Lissauer's Dementia Paralytica. A Study of its Pathogenesis), par N. MALAMUD. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 1, p. 27-42, juillet 1937.

La paralysie générale avec attaques suivies de symptômes en foyer telle que l'a observée Lissauer est une forme mixte d'encéphalite. A côté du processus paralytique évolue un état inflammatoire, toxique ou dégénératif qui est la cause des anomalies évolutives. En effet, les lésions de la méningo-encéphalite syphilitique avec les foyers de nécrose par spasme ou endartérite ne reproduisent pas la forme de Lissauer. Dans la pratique, les lésions associées (état spongieux, dégénérescence colloïde, foyers de démyélinisation) sont dues à des facteurs exogènes.

P. CARRETTE.

Les psychoses puerpérales et leurs séquelles (Puerperal Psychoses and their Sequelle), par Louis J. KARNOSH et Justin M. HOPE. 93^e réunion annuelle de l'*American Psychiatric Association*, Pittsburg, 10-14 mai 1937, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIV, n° 3, p. 537-550, novembre 1937.

Les imposantes statistiques dressées par les auteurs confirment l'importance des facteurs psychologiques, sociaux et constitutionnels qui interviennent dans la genèse et l'évolution des psychoses puerpérales. Les infec-

tions et les intoxications intercurrentes peuvent être à l'origine d'états confusionnels délirants à résolution complète et rapide. Par ailleurs, les cyclothymiques, les instables, les déséquilibrés émotifs et débiles présentent généralement des accès polymorphes sur lesquels pèse l'hypothèse pré-psychosique et qui évolue fréquemment vers une régression d'allure hébété-phrénique ou paranoïde.

P. CARRETTE.

Troubles psychiques dans la brucellose, par D. V. AFANASIEW. *Neuropatologia i psichiatria*, t. VI, fasc. 2, 1937.

L'auteur réunit 7 observations de brucellose accompagnée de troubles psychiques qui peuvent être rattachés au processus infectieux. Les troubles psychiques avaient une évolution plus ou moins aiguë et quelquefois nécessitaient l'isolement des malades en raison de l'intensité de la réaction psychique. Cliniquement, la psychose brucellienne évolue suivant le type exogène de Bonhoeffer, mais elle peut aussi prendre une apparence endogène à forme dépressive.

FRIBOURG-BLANC.

Psychoses et maladies de la nutrition (Psicosi a malattia del rixambio), par Pasquale PEUTA (Naples). *Rivista di neurologia*, avril 1937, p. 97 à 158.

L'auteur de ce long mémoire paraît avoir trouvé l'inspiration sinon le prétexte de sa revue générale très documentée dans l'observation d'une famille frappée de multiples maladies de la nutrition, de tuberculose, d'épilepsie, de débilité mentale, d'adipo-dystrophie, etc. Dès que l'on aborde les rapports des maladies mentales et des troubles du métabolisme, si l'on ne s'en tient pas à un sujet bien précis, il est difficile d'apporter de la clarté. L'auteur s'est tiré de cette difficulté en se contentant d'exposer les recherches nombreuses des auteurs sur un certain nombre de troubles du métabolisme intermédiaire dus à des affections du foie, des reins et du pancréas et en relation avec les psychoses. C'est ainsi qu'il donne d'excellents exposés, suivis à la fin de l'étude d'une très abondante bibliographie sur les points suivants : métabolisme basal, troubles hépatiques, métabolisme des lipides, vomissements périodiques acétonémiques, métabolisme hydro-salin.

Henri Ey.

Etat mental et transmission héréditaire de la myoclonie-épilepsie de Unverricht, par G. PISTUS (de Gênes). *Rivista Sperimentale di Frenatria*, juin 1937.

Etudiant un cas de myoclonie-épilepsie, l'auteur remarque que l'état mental des sujets atteints de cette forme morbide est en grande partie lié à la nature héréditaire de la maladie. Il doit être bien distingué des réactions psychiques anormales, qui suivent ou précèdent les accès épileptiques.

Il détaille l'arbre généalogique de son malade, arbre très chargé et où l'on retrouve un frère atteint de la même maladie.

De l'analyse des cas publiés, il ressort que cette forme morbide est typi-

quement héréditaire et qu'elle se transmet selon les lois de transmission des maladies récessives monogènes. La maladie semble prévaloir dans le sexe féminin.

Paul ABÉLY.

Un cas de tachycardie sinusale, équivalent épileptique, par C. SANI (de Sienne). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, juin 1937.

Il s'agit d'un cas d'épilepsie traumatique. Aux crises classiques s'associent des crises de tachycardie que l'électrocardiographe a révélées être de nature sinusale.

L'auteur pense à une étiologie unique due à un déséquilibre neuro-végétatif acquis, qui crée des phénomènes d'angiospasmus provoquant des accès francs puis des réactions à prédominance sympathique, qui amènent la tachycardie.

Paul ABÉLY.

Pyknolepsie et épilepsie (Picnolepsia y Epilepsia), par Manuel GUEVARA OROPESA. *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*. T. I, n° 4, p. 188-197, novembre 1937.

La symptomatologie des états d'hypertension et des névrites a montré toutes les formes de passage de la grande crise d'épilepsie aux manifestations cataleptiques avec des vérifications anatomiques nouvelles. La pyknolepsie apparaîtrait dès lors comme une épilepsie extra-pyramidale à condition d'y incorporer les crises statiques et les accès d'hyper-réaction posturale. L'hérédosyphilis jouerait ici un rôle étiologique important.

P. GARRETTE.

Traumatismes crâniens et épilepsie, par S. VOLKOV et E. ROSSELS. *Sovietskaia Psichonevrologia*. T. XIII, n° 6, 1937.

Dans un travail illustré de nombreux croquis d'encéphalographie, l'auteur fait ressortir la fréquence de la déformation des ventricules cérébraux. L'examen des échanges d'eau et de sucre, ainsi que la recherche des chlorures du sang démontrent l'existence d'une excitation des centres végétatifs de la base du troisième ventricule. La question se pose de savoir si les changements survenus dans les échanges et la fragilité des centres végétatifs ne sont pas plutôt des conséquences secondaires des divers processus qui ont lieu dans l'encéphale que les phénomènes primaires liés à l'épilepsie. La fréquence de l'épilepsie consécutive aux traumatismes crâniens survenus dans le bas âge, quand les centres végétatifs sont particulièrement fragiles, semble appuyer cette hypothèse. Au point de vue thérapeutique, l'auteur se déclare partisan de l'intervention chirurgicale. Cette intervention doit être précoce, surtout dans les cas de grosses lésions du squelette crânien. Dans les états résiduels, la pratique de l'encéphalographie à titre thérapeutique trouve son indication.

FRIBOURG-BLANG.

Equivalents psychiques atypiques consécutifs à un traumatisme cranien (Equivalenti psichici atipici in seguito a trauma cranico) par Gualtiero GLÜCK (Cagliari). *Rivista di Neurologia*. Février 1938, p. 69 à 81.

Deux semaines après le traumatisme (commotion légère par suite d'un violent choc sur le crâne), il s'est installé chez un ouvrier de 26 ans un état de stupeur confusionnelle. Cet état cesse brusquement et revient ensuite plusieurs fois. Il s'agit d'un accès de confusion amnésique d'une durée de 1 ou 2 jours. Il s'est établi également une véritable amnésie lacunaire à partir du trauma. L'auteur discute la nature comitiale de ces troubles atypiques et conclut qu'ils auraient la valeur d'équivalents.

Henri Ey.

Le rôle du système nerveux autonome dans la pathogénie de l'épilepsie (Relationship of the Autonomic Nervous Systems to Pathogenesis of Epilepsy), par K. ORZECZOWSKI. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVIII, n° 1, p. 16-26, juillet 1937.

L'épilepsie dite idiopathique est pour M. Orzechowski de nature organique. La leptoméninge, le liquide cérébro-spinal, les espaces périvasculaires et les nerfs vaso-moteurs présentent dans l'épilepsie des modifications conditionnées par des facteurs mécaniques et chimiques. La crise est le paroxysme d'une angionévrose. L'ignorance des agents épileptogènes et de la correspondance des différents mécanismes altérés ne permet pas d'expliquer les variétés d'attaques allant de la migraine au grand mal, mais la pathogénie invoquée s'appuie sur d'autres données positives : l'analogie complète de la crise comitiale essentielle et de la crise d'épilepsie post-traumatique, l'influence variable de l'acétylcholine et de l'encéphalographie, la fréquence de l'hyperproduction du liquide cérébro-spinal.

P. CARRETTE.

ANATOMIE

Y a-t-il une anatomie pathologique de la schizophrénie ? (Gibt es eine pathologische Anatomie der Schizophrenie) par Gerd PETERS (Munich). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVIII, p. 324 à 329.

La comparaison des données « anatomo-pathologiques » sur la schizophrénie publiées par Miskolczy et Fünfgeld perdent de leur valeur par comparaison avec les recherches de l'auteur sur 7 cerveaux de condamnés à mort. En suivant exactement la même technique, Peters a trouvé dans ces cas les fameuses images lacunaires déjà signalées comme normales par Economo et Spielmeyer. Quant aux « lésions cellulaires diffuses » l'auteur se croit autorisé par ses observations à conclure qu'on les retrouve également à l'état normal.

Henri Ey.

Remarques sur l'histopathologie de la schizophrénie (Bemerkungen zur Histopathologie der Schizophrenie) par E. FÜNFELD (Magdeburg). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVIII, p. 232 à 244.

Après les réserves d'usage concernant la difficulté d'interprétation diagnostique des cas aigus mortels (sur 36 cas classés, 6 seulement lui ont paru appartenir vraiment au groupe des schizophrènes) et des processus ayant entraîné la mort, l'auteur insiste sur le fait que plus est ancien un cas, plus le processus est peu caractéristique.

Henri Ey.

La localisation des altérations cérébrales dans la schizophrénie (Die örtliche Verteilung der Gehirnänderungen bei der Schizophrenie), par D. MISKOLCZY (Szeged). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVIII, p. 203 à 208.

Si l'on rapproche les cas de schizophrénies symptomatiques de gros processus cérébraux localisés des cas de schizophrénie « essentielle », il faut bien que se pose la question des localisations anatomophysiologiques du processus parenchymateux abiotrophique et dégénératif de la schizophrénie. Du point de vue de la localisation corticale en profondeur, ce sont surtout les couches des cellules pyramidales et multiformes qui sont altérées. Dans les cas étudiés par l'auteur, le processus atteignait progressivement les couches III, V, VI, II, et IV. En ce qui concerne la localisation de surface, il s'agit d'un processus par aires discontinues (Fünfgeld, Naito). Certaines zones sont fréquemment et typiquement indemnes (area striata, circonvolutions rolandiques, le secteur de Sommer dans la corne d'Ammon par exemple). Par contre, certaines régions sont spécialement touchées : le lobe préfrontal, la 3^e frontale, le lobule pariétal inférieur (gyrus supramarginalis, angulaires) et enfin l'aire temporale supérieure et temporopolaire. Pour Miskolczy, les lésions sous-corticales sont inconstantes ou accessoires. Confrontant ensuite avec sa carte cortico-topographique les symptômes de la maladie, les phénomènes akinétiques, parkinétiques, le mutacisme, le négativisme et les troubles du tonus musculaire lui paraissent en relation avec les lésions de la région frontale (F.Dm.-F.Em.-et F.E.). Les troubles du langage assimilés par Kleist, Fleischhacker, A. Schneider à la paraphasie, paraissent en relation avec les lésions temporales. Naturellement, les hallucinations paraissent à l'auteur en relation avec des lésions de diverses zones sensorielles. Miskolczy se demande cependant s'il ne pourrait pas être accusé de recourir encore à la fameuse « mythologie cérébrale ». Il s'en tient cependant à ce que l'étude clinique et anatomo-clinique lui a appris et il cite sommairement quelques cas intéressants.

Henri Ey.

Modifications pathologiques de l'hypothalamus dans le diabète sucré (Pathological Changes in the Hypothalamus in Diabetes mellitus), par L. O. MORGAN, A. R. VONDERAHE et E. F. MALONE. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXV, n° 2, p. 125-138, février 1937.

Les noyaux hypothalamiques, divisés en deux groupes, l'un antérieur en relation avec le parasympathique, l'autre postérieur associé à l'activité du

sympathique, agiraient sur le mécanisme glyco-régulateur, soit par hyperactivité des surrénales et déplétion hépatique consécutive, soit en modifiant le fonctionnement du pancréas interne. C'est le noyau du groupe postérieur, connu sous le nom de noyau paraventriculaire, qui jouerait le rôle de coordination nécessaire. Dans les 15 cas de diabète de la présente communication, ce noyau est atteint de modifications pathologiques. Des lésions touchent les noyaux latéraux du tuber et la masse grise striée ; elles paraissent répondre aux troubles psychiques observés plutôt qu'au diabète.

P. CARRETTE.

L'atrophie bilatérale de la langue dans le tabès, par M. FELICI (de Rome). *Rivista Sperimentale di Frenatria* juin 1937.

L'auteur décrit trois cas d'atrophie bilatérale de la langue survenus chez des tabétiques. De plus, deux des malades présentaient une atrophie musculaire du type Aran-Duchenne. M. Felici étudie l'histopathogénie du tabès amyotrophique. L'atrophie de la langue est un symptôme tabétique associé à une symptomatologie bulbaire inférieure.

Paul ABÉLY.

L'atrophie cérébelleuse marginale bibasale de Chr. Jakob (La atrofia cerebelosa marginal bibasal de Chr. Jakob), par Julio ARANOVICH. *Revista de la Asociacion medica argentina*. T. LI, n° 371, p. 115-122, 15 août 1937.

La lésion décrite par Jakob a son point de départ au fond du sillon circumférentiel de Vicq d'Azyr. Le processus abiotrophique, dégénératif et sclérosant progresse de lames en lames, détruisant la substance blanche. C'est une variété curieuse d'atrophie cérébelleuse, explicable par l'embryologie, indépendante des altérations à point de départ vasculaire ou méningé, observée non seulement dans les cas d'hypogénésie corticale, mais dans les processus atrophiques séniles.

P. CARRETTE.

Altérations chiasmatiques dans l'arachnoïdite du chiasma (Alteraciones quiasmaticas en la aracnoiditis del quiasma), par Manuel BALADO et Elisabeth FRANKE. *Archivos argentinos de Neurologia*, T. XVI, n° 5 et 6, p. 119-126, mai-juin 1937.

Il existe un type inflammatoire d'arachnoïdite qui se localise au confluent chiasmatique et détermine l'atrophie bilatérale de la papille. Le processus évolue par étapes. Il s'attaque d'abord aux fibres externes, latérales des nerfs, puis remonte vers le chiasma. La suppression des membranes adhérentes, le rétablissement de la circulation liquidienne constituent la meilleure thérapeutique, sans préjudice de l'attaque des voies d'accès de l'infection.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

Physiologie de la région occipitale de l'homme (Zin Physiologie der Occipital region der Menschen) par Hubert URBAN (Vienne). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, p. 257 à 262.

Tandis que les fameuses expériences de Krauss et de Foerster avaient été faites par l'excitation faradique, Urban, dans le service de Potzl a fait une série d'expériences sur 6 malades lucides à l'aide de courants faradique et galvanique. L'excitation faradique a produit des photopsies dans le champ visuel correspondant, c'est-à-dire que l'excitation de O₁ droite faisait apparaître des photopsies dans le champ temporal gauche et dans le champ nasal droit. Ces photopsies consistaient en formes arrondies cercles et anneaux. L'excitation galvanique n'a produit d'effets que par l'excitation de la substance blanche (1 cm. de profondeur au moins), les excitations corticales, par contre, sont restées sans effet. Dans deux cas, Urban a pu constater, en même temps que des photopsies contralatérales, des photopsies homolatérales. Il s'agissait toujours de formes pointues et dentées, disaient les sujets, comme le soleil à travers la fenêtre, des étincelles pointues, etc. L'application de l'électrode sans courant ne produisait rien, non plus que l'application de l'anode au lieu de la cathode. Le courant employé était de 10 M. A. Des courants galvanique ou faradique plus faibles ne donnaient rien ; des courants plus forts ne changeaient rien aux modalités des photopsies. Seulement avec un courant faradique fort, les yeux subissaient une déviation maxima du côté opposé. La congélation concomittante des zones excitées faisait disparaître les photopsies. La réfrigération concomittante de l'oreille du même côté que l'excitation faisait disparaître également les photopsies, malgré l'excitation électrique prolongée, en même temps qu'il apparaissait, des phénomènes visuels nouveaux, les malades ayant l'impression de voir les objets en mouvement apparent de tremblement.

Henri EX.

La transmission des impulsions nerveuses motrices au muscle strié (La transmisión de los impulsos nerviosos motores al musculo estriado), par A. ROSENBLUETH *Archivos de Neurologia y Psiquiatria de Mexico*. T. 1, n° 4, p. 184-187, novembre 1937.

La nature de l'impulsion nerveuse a toujours fait l'objet de discussions. Deux théories sont en présence : électrique ou chimique. L'auteur ne croit pas que l'hypothèse d'une transmission électrique puisse expliquer la période latente de la contraction musculaire, l'action du curare, la tétanisation. Au contraire, les recherches expérimentales avec l'acétylcholine et la prostigmine démontreraient l'influence des éléments chimiques. Toutefois, il reste encore à expliquer la cause première de la production et de la libération des agents pharmacodynamiques.

P. CABRETTE.

Sur l'élimination de l'acide ascorbique dans les maladies mentales, par H. TOMASINO. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, octobre 1937.

L'élimination de l'acide ascorbique dans les urines avant et après l'administration de Vitamine C varie selon la maladie mentale du sujet.

Assez rapide chez les normaux, elle est plus lente chez les parkinsoniens et chez les déments paranoïdes et plus encore chez les déments précoces hébéphréniques ou catatoniques, même après introduction de la Vitamine C par la voie sous-cutanée.

Selon l'auteur, ces variations dans l'élimination de l'acide ascorbique sont dues à des altérations de la fonction entéro-hépatique de ces malades.

Paul ABÉLY.

Porphyrinurie primitive à forme paralytique, par R. BOULIN, R. GARCIN, NEPVEUX et ORTOLAN. *La Presse médicale*, n° 98, p. 1755-1757, 8 décembre 1937.

Le médecin dépourvu de moyens d'investigations biologiques tendrait, en présence des crises algiques et de l'émission d'urines rouges, à diagnostiquer l'hémoglobinurie paroxystique. Il s'agit en réalité de porphyrinurie et d'abaissement parallèle de l'hémoglobine sanguine. La décomposition de l'hémoglobine aboutit à l'élimination de porphyrine, mais aussi à la fixation du reste de la molécule. Les dépôts hépatiques et spléniques sont évidents, mais ils se produisent également dans les muscles. Aussi les crampe et l'atrophie sont-elles observées, même en l'absence de paralysie.

P. CARRETTE.

Mécanisme de l'albuminurie orthostatique, par PASTEUR VALLERY-RADOT, Pierre FRUMUSAN et Jean HAMBURGER. *La Presse médicale*, n° 94, p. 1667-1668, 24 novembre 1937.

Après avoir passé en revue les diverses hypothèses étiologiques, les auteurs s'arrêtent à la conception des troubles réflexes circulatoires. L'expérimentation prouve que l'énervation rénale empêche l'albuminurie orthostatique. Le rôle du plexus périartériel serait primordial. L'orthostatisme par l'abaissement de la pression cérébrale déclencherait un réflexe de compensation qui retentirait sur la circulation rénale.

P. CARRETTE.

Les modifications de la formule leucocytaire dans la pyrétothérapie (leur importance quant au pronostic des psychoses), par G. SOGLIANI. *Note et Rivista di Psichiatria*, décembre 1937.

Ces modifications, à la fois qualitatives et quantitatives des globules blancs se rencontrent dans tous les moyens thérapeutiques aptes à provoquer des accès fébriles. Telle méthode thérapeutique agit surtout sur le tissu myéloïde, telle autre sur le tissu lymphatique. Les modifications, les améliorations psychiques paraissent aller parallèlement avec des modifica-

tions de la formule leucocytaire. Peut-être y a-t-il là un intéressant élément de pronostic.

Paul ABÉLY.

Pyrétothérapie et glycémie (Piretoterapia e Glicemia), par Luigi TELATIN (Ferrara). *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, fascicules I, II, 1937, p. 62 à 77.

L'auteur a étudié sur 21 malades l'action de la pyrétothérapie provoquée par diverses substances (pyrétannia, pyrifer, neuro-vaccin Bruschetti, benzinol et huile soufrée) sur l'équilibre glycémique. Dans la plupart des cas, malgré des variations individuelles et des différences d'action des divers pyrétogènes, Telatin a constaté, après une phase d'hypoglycémie, une hyperglycémie compensatrice. Quand celle-ci ne se produit pas, il semble que les réactions de défense de l'organisme se révèlent défailtantes. Il n'y a pas de parallélisme entre l'élévation thermique et les oscillations glycémiques.

Henri Ey.

Importance clinique de l'étude des colloïdes du sérum pour les maladies psychiques, par V. A. GLAZOV. *Neuropatologia i Psichiatria*, T. VI, fasc. 9, 1937.

L'auteur étudie la stabilité colloïdale du sérum sanguin en rapport avec la pratique psychiatrique à l'aide d'une technique personnelle et se sert, en qualité de coagulateur, d'aluminium trivalent. L'application de cette technique semble démontrer que la démence précoce donne une réaction caractéristique prouvant l'organicité de la psychose et il souligne la nécessité de son exclusion du groupe des schizophrénies.

Fribourg-Blanc.

La pression médiane sanguine des malades mentaux, par A. MAZZY. *Rivista Sperimentale di Frenatria*, Fasc. II, 1937.

L'auteur a examiné 130 malades mentaux avec l'oscillomètre de Boullite. Il a constaté : 1° Dans la démence précoce : valeurs basses de la tension maxima, valeurs élevées de la tension moyenne et de la minima. Donc petite tension différentielle ; 2° Dans les mélancolies anxieuses : valeurs élevées des tensions maxima, moyenne et minima ; 3° Dans les mélancolies stuporeuses : valeurs basses de la tension maxima.

Selon lui, la tension moyenne dynamique n'a pas une grande importance en pathologie mentale.

Paul ABÉLY.

La détermination de la teneur en brome dans le liquide céphalo-rachidien au cours de diverses maladies nerveuses et mentales (Die Bestimmung des Bromgehalte im Liquor bei verschiedenen Nerven- und Geisteskrankheiten), par Michael NAGY et Johann STRAUB (Dibiacen). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1937, tome CLVII, p. 465 à 470.

Nouveau travail des auteurs sur ce point très controversé en Allemagne comme en France. L'étude de la teneur en brome du liquide céphalo-rachi-

dien et du sang chez 4 paralytiques généraux, 3 schizophrènes, 1 cas de tabès, 4 cas de tumeur cérébrale (dont un cas de tumeur de l'hypophyse) et l'examen des taux de brome chez les normaux et les périodiques, conduisent les auteurs à conclure qu'ils ne confirment pas les résultats obtenus par Zondek et Bier. Pour eux, le dosage de brome dans le liquide céphalo-rachidien n'a pas de valeur diagnostique pratique.

Henri Ey.

Modifications de la pression du liquide céphalo-rachidien chez les épileptiques à la suite d'insufflation d'air dans le canal rachidien dans un but thérapeutique (Modificazioni della pressione del liquor negli epilettici in seguito ad insufflazioni di aria nelle speco vertebrale a scopo terapeutico), par Cesare RONCATI (Teramo). *Giornale di Psichiatria e di Neuropato*, I, II, 1937, p. 78 à 81.

Expérimentée sur 34 malades, la méthode préconisée par Delagenière, Rizzati, Stander, Claude et Sivadon, etc., n'a pas abouti à la disparition des crises mais 10 épileptiques ont été cependant améliorés (6 ont subi une aggravation). Après une élévation de la tension, à peu près constante au début, il s'est établi généralement chez les malades améliorés une stabilisation au-dessous de la tension initiale. Il n'existe pas de modifications dans la composition du liquide céphalo-rachidien sous l'influence de l'insufflation.

Henri Ey.

THERAPEUTIQUE

Les résultats cliniques et biologiques tardifs du traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique, par A. SÉZARY et A. BARBÉ. *La Presse médicale*, n° 85, p. 1483-1485, 23 octobre 1937.

La technique du traitement de la paralysie générale par le stovarsol est devenue classique. La méthode de MM. Sézary et Barbé a fait ses preuves. Ils confirment les résultats favorables plus fréquemment obtenus dans les formes expansives, l'intérêt des petits accidents cutanés et la possibilité de négativer la formule humorale par un traitement parfois très prolongé. Cette négativation ne s'opère pas toujours parallèlement à l'amélioration clinique et certains cas de paralysie générale rapidement améliorés restent fixés dans leurs réactions biologiques résiduelles.

P. CARRETTE.

Atrophie optique et stovarsol, par M. BÉGUÉ. *Bulletin de la Société d'Ophthalmologie de Paris*. Séance du 16 janvier 1937.

L'auteur a observé 115 paralytiques généraux traités dans les Hôpitaux psychiatriques de la Seine. Aucun accident optique sérieux ne paraît devoir être imputé au stovarsol chez des malades recevant, pendant des mois,

trois fois 1 gramme en injection par semaine. L'essentiel est de fixer les trois points suivants : 1° pratiquer un examen ophtalmologique préalable et surveiller pendant la cure le nerf optique et le système nerveux en général ; 2° exécuter le traitement suivant les techniques courantes en évitant l'emploi de doses trop fortes ; 3° s'assurer du bon fonctionnement du foie et des reins.

P. CARRETTE.

Psychopathologie et traitement du syndrome parkinsonien et des autres séquelles post-encéphaliques (The Psychopathology and Treatment of the Parkinsonian Syndrome and Other Post-encephalitic Sequelæ), par Wallace MARSHALL. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXIV, n° 1, p. 27-45, juillet 1936.

Les parkinsoniens souffrent du sentiment d'infériorité qui résulte de la conscience de leur infirmité, de leur manque d'habileté dans tous les actes de la vie courante. L'auteur présente 9 cas d'amélioration obtenue par l'association du repos, des calmants à la rééducation et à la physiothérapie. Il estime que les syndromes parkinsoniens se développent sur un trouble initial des centres de coordination. Des manifestations motrices, les crises oculogyres, les spasmes respiratoires sont ainsi améliorés par l'association du traitement calmant à la psychothérapie.

P. CARRETTE.

Sur le traitement de l'ictus paralytique, par P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, tome II, n° 1, 1937.

Partis de leur conception physio-pathologique par laquelle ils considèrent les ictus des paralytiques généraux comme relevant de deux facteurs essentiels : un cerveau épileptogène, que réalise l'encéphalite, et une épine irritative vasculaire à point de départ méningé, formée par une hémorragie discrète ou massive de l'espace sous-arachnoïdien, les auteurs proposent un traitement qui tend d'une part à diminuer l'excitabilité cérébrale et de l'autre à supprimer toute épine irritante, et spécialement le facteur hémorragie méningée qui est de beaucoup le plus important.

Les auteurs envisagent successivement trois ordres de traitements : préventif, curatif et complémentaire.

Le choix du traitement est capital. Il ne faut pas abuser de l'arsenic trivalent, peut-être plus toxique qu'on ne le croit pour le cerveau du paralytique général, car, trop souvent, l'impaludation est la cause unique ou principale de l'ictus des paralytiques généraux ; aussi faut-il respecter rigoureusement toutes les contre-indications de la malarothérapie. Pour le traitement de l'ictus, les auteurs administrent : luminal sodique, somnifène et chloral, contre l'excitabilité cérébrale et des hémostatiques contre les hémorragies méningées. Enfin, dans six cas, ils ont usé de l'injection intrarachidienne d'air. Le traitement ultérieur sera antispécifique par le stovarsol et luttera préventivement contre les ictus.

M. LECONTE.

Encéphalite infantile à type de névrauxite épidémique traitée par deux abcès de fixation, le bleu de trypan, l'électropyrexie. Accidents comateux et issue fatale, par Germain BLECHMANN, A. PAYCHERE, A. HALPHEN et J. AUCLAIR. *Archives hospitalières*, n° 7, p. 505-508, juillet 1937.

Les auteurs se demandent si l'hyperthermie provoquée par les ondes courtes n'a pas contribué à déclancher les phénomènes terminaux : vomissements, asphyxie, ictus, bien qu'ils aient évité de dépasser 40°6 au cours des 8 séances d'électropyrexie.

P. CARRETTE.

Narcose thérapeutique par le soneryl (Therapeutic Narcosis with Soneryl), par J. Stephen HORSLEY. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXIII, n° 342, p. 25-39, janvier 1937.

Les injections intraveineuses de barbituriques sous forme de sels de sodium sont utilisées dans les psychoses confusionnelles, d'allure maniaco-dépressive, ou schizophrénique. M. Horsley donne la préférence au soneryl sur le somnifène. Les injections de plusieurs grammes, extrêmement diluées avec adjonction de glucose et d'insuline, entretiennent la narcose pendant 10 jours ou plus. Le débit est de 20 à 30 gouttes par minute. L'arrêt du traitement provoque parfois une impérieuse polyphagie et des « envies », un état cata-tonique transitoire, des crises épileptiformes. L'amélioration ou la guérison par le traitement de psychoses anciennes d'allure chronique est intéressante à signaler.

P. CARRETTE.

Arrêt de crises migraineuses par injections intraveineuses de sérum salé hypertonique, par G. VILLEY et J.-F. BUVAT. *Paris médical*, 27 février 1937.

Des migraineux typiques ont vu leurs accès coupés par des injections intraveineuses de 20 cm³ de sérum salé au 1/10^e.

P. CARRETTE.

Traitement de l'épilepsie par l'association gardénal-strychnine, par G. MAILLARD et P. BOULENGER. *Le Progres médical*, n° 27, p. 1018-1022, 3 juillet 1937.

On tend actuellement à établir le rapport thérapeutique suivant : 10 centigrammes de gardénal pour six-dixièmes de milligrammes de strychnine. L'action toxique du barbiturique, son effet somnolent seraient ainsi corrigés. Le résultat pratique est généralement satisfaisant. Ajoutons que dans les cas d'intoxications accidentelles ou volontaires par le gardénal, la présence de la strychnine apporte une sérieuse garantie de neutralisation immédiate du poison.

P. CARRETTE.

Du choix des barbituriques dans le traitement de l'épilepsie, par Ph. PAGNIEZ. *La Presse médicale*, n° 60, 1109, 28 juillet 1937.

Nous possédons pour le traitement de l'épilepsie : le luminal et le gardé-nal (phényléthylmalonylurée), le rutonal (phénylméthylmalonylurée) et le prominal ou isonal (phényléthylméthylmalonylurée). Les trois premiers sont connus. Le dernier est un peu particulier par ses effets ; médiocre dans le petit mal, il serait excellent contre les attaques convulsives et provoquerait beaucoup moins de somnolence que les autres barbituriques.

P. CARRETTE.

Etudes sur la thérapeutique endocrinienne dans l'épilepsie (Studies in Endocrine Therapy in Epilepsy), par Calvert STEIN. 92^e Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association, Saint-Louis, 4-8 mai 1936 in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCIII, n° 5, p. 1181-1184, mars 1937.

L'administration d'extrait thyroïdien associé à l'hypophyse totale a permis à M. Stein d'améliorer l'état de certains épileptiques. Il semble que le résultat soit dû, moins à la correction d'une hypothyroïdie latente, qu'à l'effet catalytique de l'extrait glandulaire stimulant le métabolisme et provoquant une amélioration générale de la santé physique qui aboutit à une élévation du seuil convulsif.

P. CARRETTE.

La pratique de la thyroïdothérapie, par A. TÉPHANY. *Provence médicale*, n° LXVII, p. 13-16, 15 avril 1937.

La poudre des glandes thyroïdes est utilisable en thérapeutique, non seulement contre le myxœdème, mais dans l'instabilité thyroïdienne de Léopold Lévy où on l'administre par petites doses et d'une manière presque continue, dans le rhumatisme chronique, dans certaines constipations, certaines anorexies. M. Téphany rappelle très opportunément que l'opothérapie thyroïdienne n'a jamais fait maigrir, sans compromettre gravement sa santé, un obèse non myxœdémateux.

P. CARRETTE.

Traitement du goitre exophtalmique, par Paul SAVY, *La Presse médicale*, n° 38, p. 723-724, 12 mai 1937.

Le problème thérapeutique du goitre exophtalmique ne se pose qu'après avoir précisé le diagnostic. Un syndrome basedowien sans exagération du métabolisme basal n'est qu'un désordre neuro-végétatif. Les sédatifs agiront et la cure iodée ne s'impose pas plus que la radiothérapie et la chirurgie. Si on ne se trouve en présence d'un adénome toxique, retarder son ablation est un danger. La pratiquer sans précautions en constitue un autre. Dans les formes franches de maladie de Basedow il faut considérer l'intensité des cas. Une forme bénigne cède au traitement médical. L'intervention chirurgicale peut seule sauver certains basedowiens en état d'asystolie. Enfin M. Savy comprend très bien le scrupule du médecin qui a conservé le sou-

venir obsédant d'un cas de basedowisme aigu post-opératoire et justifie l'emploi de la radiothérapie.

P. CARRETTE.

Traitement des goîtres avec hyperthyroïdie, par le professeur MASSABUAU. *Le Progrès médical*, n° 21, p. 782-786, 22 mai 1937.

L'hyperthyroïdie avec goitre se présente sous deux formes : la maladie de Graves-Basedow et le goitre toxique. La base du traitement est constituée par la cure iodée et la régulation neuro-végétative. Très rapidement se pose l'éventualité de la destruction du goitre, même si le traitement médical paraît agir. On tente alors la radiothérapie. Si elle ne donne pas une amélioration rapide avec normalisation du métabolisme basal il faut opérer. Le professeur Massabuau conseille la thyroïdectomie sub-totale après anesthésie à l'avertine. Si le malade est dans un état précaire, il recommande les plus grandes précautions : limitation du trauma par une série d'interventions destinées à éviter la résorption massive des poisons. C'est un problème technique qui domine toute la question de l'intervention chirurgicale pour goitre toxique.

P. CARRETTE.

Thyroïdectomie totale et insuffisance cardiaque, par J. CALVET. *Le Progrès médical*, n° 28, p. 1059-1060, 10 juillet 1937.

L'asystolie peut être traitée par la thyroïdectomie dans des cas qu'il importe de préciser : absence de cardiopathie évolutive, poussées d'insuffisance cardiaque avec myocarde résistant, échec des moyens médicaux et métabolisme basal maintenu à un taux suffisant.

P. CARRETTE.

La thyroïdectomie dans les maladies de cœur non-thyrotoxiques (Thyroidectomy in non-thyrotoxic heart disease), par Joseph LEWIS. *The Irish Journal of Medical Science*, n° 137, p. 205-211, mai 1937.

L'état physiopathique créé par la maladie de Basedow est préjudiciable au système cardio-vasculaire et à l'équilibre respiratoire. Des états angineux, l'insuffisance cardiaque du myxœdème, certaines hyposystolies avec œdèmes et ascite bénéficient du traitement des états thyroïdiens. L'ablation de la glande devient indispensable dans les goîtres toxiques avec cardiopathie. M. Lewis préconise la thyroïdectomie totale sous anesthésie locale.

P. CARRETTE.

Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdie avec accidents cardiaques, par H. WELTI et Roland LEVEN. *Revue médicale française*, n° 9, p. 765-769, décembre 1937.

Les auteurs estiment que la thyroïdectomie subtotale est le traitement idéal des intoxications basedowiennes. Elles rétabliraient l'équilibre physiologique et notamment le régime circulatoire. Les accidents cardiaques

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 96^e ANNÉE, T. II. — Décembre 1938. 55.

fortifieraient donc l'indication chirurgicale. Et celle-ci, pratiquée précocement, permettrait souvent d'éviter les cardiomyosés.

P. CARRETTE.

L'opothérapie thymique et ses principales indications cliniques, par Henri-Pierre KLOTZ. *L'avenir médical*, n° 2, p. 40-43, février 1937.

La dose utile est encore à fixer dans les différents cas traités, mais les résultats empiriques n'en sont pas moins satisfaisants sur l'état de l'appareil génital, sur la calcification, sur les retards de la nutrition générale, sur les troubles trophiques. Ces résultats ne contribuent pas directement à expliquer le mode d'action du thymus : endocrinien, embryonnaire ou bio-chimique, mais favoriseraient selon M. Klotz, la justification de la première hypothèse.

P. CARRETTE.

Le rôle de l'insuffisance hépatique dans la genèse des délires toxico-infectieux et leur traitement par les extraits de foie, par Ch. MATTEI et M. RECORDIER. *Nutrition*, T. VII, n° 2, p. 89-102, 1937.

Les délires toxico-infectieux survenant au cours d'affections pulmonaires, néphrétiques, rhumatismales ou autres s'accompagnent d'insuffisance hépatique décelable à l'examen et jouant un rôle pathogénique de premier plan. Les auteurs montrent les excellents résultats obtenus par les injections d'extrait hépatique qu'ils continuent jusque après disparition du délire.

P. CARRETTE.

L'hépatothérapie dans les syndromes neuro-anémiques, par Jean OLMER. *Nutrition*, T. VII, n° 2, p. 103-111, 1937.

L'action du foie de veau utilisé en ingestion ou en injection paraît confirmer la fonction hématopoïétique de l'estomac. L'expérience prouve que le traitement est efficace, non seulement contre le syndrome anémique, mais également contre les troubles neurologiques. Le mécanisme de la cure reste l'objet de discussion. Toutefois, désordres nerveux et sanguins apparaissent comme conditionnés par une étiologie commune : une toxico-infection capable de provoquer une carence des forces anti-anémiques. En tous cas, les anémies pernicieuses et les syndromes neuro-anémiques relèvent de l'hépatothérapie à hautes doses précoce et prolongée.

P. CARRETTE.

Traitement de la myotonie et de la myasthénie par l'expérimentation avec de la quinine et la prostigmine, (Experiments with Quinine and Prostigmin in Treatment of Myotonia and Myasthenia), par Foster KENNEDY et Alexander WOLF. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXVII, n° 1, p. 68-74, janvier 1937.

Le contraste clinique de la myotonie et de la myasthénie est confirmé par l'exagération des symptômes provoqués par la prostigmine dans le premier cas et la quinine dans le second. Ces remarques ont un intérêt double : du point de vue thérapeutique, elles permettent d'utiliser la quinine contre la

myotonie et la prostigmine contre la myasthénie ; du point de vue physiologique, elles apportent une contribution à la connaissance de la nature de la contraction musculaire.

P. CARRETTE.

La prostigmine dans le traitement de la myasthénie grave et de la dystrophie musculaire. Résultats obtenus avec les doses fractionnées (Prostigmin in the Treatment of Myasthenia Gravis and Muscular Dystrophy. Results obtained with Divided Doses), par N. W. WINKELMAN et Matthew T. MOORE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVII, n° 2, p. 237-252, février 1937.

La prostigmine utilisée en injections intramusculaires fournit une sédation nette dans les états myasthéniques sévères. Les doses élevées ne sont pas employées. Elles provoquent des crampes, des nausées, des troubles oculaires. Avec des doses faibles et répétées trois fois par jour on peut espérer obtenir un retour à l'activité musculaire utile. Les états dystrophiques sont améliorés après un traitement prolongé s'il n'existe ni atrophie, ni contracture intense.

P. CARRETTE.

Le traitement de l'anorexie mentale, par Moritz CAHANE. *Bulletin de la Société de Psychologie Médicale de Sibiu*, 1937.

Les malades souffrant d'anorexie mentale doivent être examinés à tous les points de vue. Les cas qui ne sont pas accompagnés de troubles psychiques ou organiques sont rares. On ne peut faire une distinction précise entre les différentes anorexies groupées par Loeper et Fau puisque les cas psychiques peuvent être associés à certains troubles endocriniens.

Afin de pouvoir préciser le diagnostic, un examen psychanalytique des plus minutieux s'impose, un examen du système endocrinien de même que l'examen du métabolisme du chlore. Le traitement ne doit négliger aucune de ces particularités et la psychanalyse, la rééducation grâce aux réflexes conditionnels, le traitement hypophysaire, supra-rénal et le sérum hyperchloruré (selon le cas) doivent être préconisés.

M. LÉCONTE.

La léucotomie préfrontale dans le traitement des troubles mentaux (Prefrontal Leucotomy in the Treatment of Mental Disorders), par Egas MONIZ. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIII, n° 6, p. 1379-1385 mai 1937.

L'interruption entre fibres et cellules de la région préfrontale par la section de la substance blanche hémisphérique à sa partie antérieure constitue une intervention hardie, mais sans gravité quand elle est pratiquée par un neuro-chirurgien expérimenté. Les suites opératoires consistent en une courte période d'apathie ou de troubles visuels. Le traitement a donné des résultats remarquables dans les psychoses les plus diverses : paraphrénies, délire mélancolique, schizophrénie.

P. CARRETTE.

VARIETÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 janvier 1939*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 janvier 1939*, 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 FÉVRIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 février 1939*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 février 1939*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Légion d'Honneur

Ministère de la Santé publique :

Est nommé Chevalier de la Légion d'Honneur :

M. le D^r A.-E. CRÉMIEUX, Chargé d'un Cours d'Hygiène mentale à la Faculté de Médecine de Marseille, *Membre correspondant national de la Société Médico-psychologique.*

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1939

Legs CHRISTIAN. — 1.000 francs

Ce prix, *annuel*, habituellement de 300 francs (partage interdit), a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.000 fr. pour l'année 1939. Il est attribué chaque année par le Bureau de la Société à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse. *Il ne confère pas le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.*

Règlement du Legs Christian :

ARTICLE PREMIER. — Les internes des Asiles de France, candidats à l'attribution du Legs Christian, devront :

- 1° Etre de nationalité française ;
- 2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin-chef du service où ils sont internes ;
- 3° Faire parvenir au Secrétaire général de la Société Médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

ART. II. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société Médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

ART. III. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

ART. IV. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.

Prix BELHOMME. — 1.500 francs

Ce prix, *triennal*, habituellement de 900 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.500 fr. pour l'année 1939.

Le sujet suivant a été désigné : *Les états de déficience intellectuelle post-traumatiques chez l'enfant* (à l'exclusion des traumatismes obstétricaux).

Année 1940

Prix MOREAU DE TOURS. — 200 francs

Ce prix, *biennal*, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, des deux années précédentes, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1938 et en 1939, devant les Facultés de Médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Legs CHRISTIAN. — 1.000 francs

Ce prix, *annuel* (partage interdit), habituellement de 300 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.000 francs pour l'année 1940.

Prix AUBANEL. — 1.500 francs

Ce prix, *triennal*, est décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

La question posée comme sujet du concours de 1940 est *Tuberculose et troubles mentaux*.

Année 1941

Legs CHRISTIAN — 300 francs

Prix, *annuel* (partage interdit).

N. B. — Pour chacun de ces prix, les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés, avant le 31 décembre de l'année précédente, chez le Secrétaire général de la Société Médico-psychologique. 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.

Les prix seuls (et à l'exception du prix Christian) donnent droit au titre de lauréat de la Société Médico-psychologique ; les mentions honorables n'y donnent pas droit.

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).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le D^r ALOMBERT-GOGET, ancien Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône).

Légion d'Honneur

Est promu *Officier de la Légion d'Honneur* :

M. Gabriel TOURNAIRE, Directeur administratif de la Maison de Santé interdépartementale de Clermont-de-l'Oise ;

Est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur* :

M. le D^r Jean LAUZIER, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or).

Honorariat

M. le D^r CONDOMINE est nommé Médecin honoraire des Hôpitaux psychiatriques.

Nominations

M. le D^r LOUIS VALLADE est nommé Médecin-Chef à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ;

M. le D^r Jean ROYER est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan) ;

M. le D^r MATHEY est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Hôpital psychiatrique de Plcuquernevel (Côtes-du-Nord) ;

M. le D^r Jean FRÉRET est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle) ;

M. le D^r André BELEY est nommé Médecin-Chef du Quartier des aliénés de l'Hospice de Poitiers (Vienne) ;

M. le D^r André ADNÈS est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord) ;

Mme le D^r FRANCÈS est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Dury-les-Amiens (Somme) ;

M. le D^r Jacques GOLSE est nommé, à titre provisoire, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne (Marne).

Concours de l'Internat en médecine des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours pour 13 places d'interne en médecine titulaire des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de la Seine et de l'Hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale) s'est ouvert à Paris le 7 novembre 1938.

Le jury était composé de M. MICHAUT, sous-directeur de l'Assistance départementale à la Préfecture de la Seine, *président*, et de MM. les D^{rs} BEAUSSAULT, BESSIÈRE, BROUSSEAU, CHANÈS, LOGRE, BOURGEOIS et BLONDIN.

1^o QUESTIONS POSÉES AUX DIFFÉRENTES ÉPREUVES.

Pathologie (30 points) :

Diagnostic et traitement du coma hémiplégique.

Formes cliniques et traitement des gangrènes du membre inférieur, par artérite.

Anatomie et physiologie du système nerveux (30 points) :

Artère cérébrale postérieure.

Question de garde (20 points) :

Grandes brûlures.

2^o QUESTIONS RESTÉES DANS L'URNE.

Pathologie :

Diagnostic positif, étiologique et différentiel des épanchements pleuraux séro-fibrineux, non traumatiques, de la base droite.

Insuffisance mitrale. Symptômes, formes cliniques et diagnostic.

Oclusion intestinale de l'adulte. Formes cliniques.

Signes et diagnostic étiologique et différentiel des arthrites chroniques du genou, non traumatiques.

Anatomie et physiologie du système nerveux :

Lobe préfrontal (lobe frontal, à l'exclusion de la frontale ascendante).

Région infundibulo-tubérienne.

Questions de garde :

Delirium tremens.
Hémoptysies.

A la suite de ce concours ont été nommés :

Internes titulaires : 1. MM. SÉBILLOTTE et FROIDEFOND. — 3. M. FOLLIN. — 4. M. CARRIER. — 5. M. DUCHÈNE. — 6. M. FOUKS. — 7. M. FOUQUET. — 8. M. LIOUTCHANSKI. — 9. M. RAUCOULES. — 10. M. MAILLARD. — 11. M. HAUSER. — 12. Mlle JOUANNAIS. — 13. Mlle GRAVEJAL.

Internes provisoires : 1. M. BONNAFÉ. — 2. M. DELAGE. — 3. M. BRENUGAT. — 4. M. COLOMB. — 5. M. BUTZBACH. — 6. M. HOUSSIN.

Concours de l'Internat en médecine de l'Hôpital psychiatrique de Montpellier

Les épreuves du concours pour le recrutement des internes en médecine de l'hôpital psychiatrique de Montpellier se sont terminées le 1^{er} décembre 1938.

Membres du jury : M. le Prof. MARGAROT, administrateur des hospices, *président*, MM. les Professeurs EUZIÈRE, LAPEYRE, VIDAL, M. le professeur agrégé JANBON et M. HUGUES.

Sujet des épreuves

- 1^o Epreuve écrite de *pathologie médicale* : les hypoglycémies ;
- 2^o Epreuve écrite de *pathologie chirurgicale* : diagnostic de la grossesse tubaire ;
- 3^o Epreuve orale de *anatomie et de physiologie* : l'œsophage ;
- 4^o Epreuve orale de *pathologie externe* : fracture du coude chez l'enfant ;
- 5^o Epreuve orale de *pathologie interne* : claudication intermittente ;
- 6^o Epreuve orale de *psychiatrie élémentaire* : imbécillité.

Résultats du concours

Ont été proposés à la nomination de la Commission administrative :

- 1^o Comme *internes titulaires* : M. Claude ROMIEU, Mlle Geneviève VINON.
- 2^o Comme *internes en premier* : M. Jean GODLEWSKI, Mlle Lucile THIBON.

Prochaine inauguration de l'Hôpital psychiatrique du département des Hautes-Pyrénées

L'Hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) sera inauguré très prochainement. Cet hôpital, dont la construction a coûté 32 millions de francs, couvre, avec la ferme et ses dépendances, 160 hectares.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Conseil Supérieur de l'enfance

M. le D^r DEQUIDT, Inspecteur des Services administratifs, est nommé Membre du Conseil supérieur de l'enfance.

ASSISTANCE ET LÉGISLATION

Circulaire Ministérielle relative au régime des aliénés

Paris, le 7 décembre 1938.

Le Ministre de la Santé publique, le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, et le Ministre de l'Intérieur, à MM. les Préfets.

Les études qui ont été poursuivies depuis quelques années en vue de la réforme de la loi du 30 juin 1838 sur le régime des aliénés, ont abouti à cette constatation que certaines dispositions de la loi recevaient fréquemment une application inexacte ou incomplète.

Il n'est pas douteux que plusieurs des critiques communément présentées à l'encontre de la législation en cause tomberaient d'elles-mêmes si les Administrations publiques s'inspiraient avec plus de précision de l'esprit du législateur de 1838.

La présente circulaire a pour objet d'appeler votre attention sur quelques-unes des questions pour lesquelles les dispositions de la loi ont été ou perdues de vue ou interprétées d'une manière inexacte.

I. — *Placement volontaire gratuit*

Le placement volontaire gratuit, c'est-à-dire l'internement par voie de placement volontaire des malades dont l'état mental ne compromet pas l'ordre public ou la sûreté des personnes, résulte de l'article 25 (§ 2) de la loi du 30 juin 1838.

Cette question a fait déjà l'objet de plusieurs circulaires.

En particulier, de celles du 5 août 1839, des 14 et 16 août 1840 et plus récemment, du 4 août 1930. Nous ne reviendrons donc pas sur les raisons pour lesquelles il apparaît indispensable de généraliser ce mode de placement dont l'intérêt thérapeutique ne saurait vous échapper.

Nous nous bornerons à rappeler que le Conseil général est qualifié pour la détermination des formes des circonstances et des conditions dans lesquelles le placement volontaire gratuit doit être réalisé, étant entendu que ces formes et conditions doivent être approuvées par les soins du Ministre de la Santé publique.

Mais il appartient au Préfet, et vous ne sauriez vous dérober à cette tâche, de présenter au Conseil général, si aucun règlement n'est encore intervenu à ce sujet dans votre département, un projet détaillé d'admission des malades indigents par voie de placement volontaire.

Nous vous rappelons que la circulaire du 14 août 1840 (Ministère de l'Intérieur) était suivie d'un modèle d'arrêté relatif à ce mode de placement, et que la circulaire du 4 août 1930 (Ministère de la Santé publique) vous donnait, à ce sujet, les indications les plus précises.

Vous voudrez bien vous reporter à l'un et à l'autre de ces textes.

Il est cependant un cas sur lequel nous désirons insister spécialement.

Il s'agit des malades mentaux transférés des hôpitaux civils et militaires dans les hôpitaux psychiatriques et qui sont assez généralement placés d'office, alors qu'il s'agit souvent d'aliénés inoffensifs. Dans certains départe-

tements, où cependant existe le placement volontaire gratuit, l'internement d'office est pratiqué pour de tels malades, d'une façon systématique.

Il y a là un véritable abus qui entraîne des conséquences défavorables à ces aliénés.

On ne saurait invoquer la difficulté d'obtenir des familles une demande de placement volontaire. En réalité, une insistance un peu plus énergique suffirait à persuader les parents ou les amis. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que la demande d'internement peut être effectuée par toute personne qui prend intérêt au malade et qui agit pour son bien. Parmi les personnes susceptibles d'intervenir utilement à ce sujet, en l'absence de l'initiative familiale, il convient de signaler spécialement à votre attention le rôle que peuvent jouer les assistants des services médicaux et les assistantes du service social, dépendant de l'hôpital qui fait le placement.

II. — *Dépôt provisoire dans les hôpitaux et hospices*

La question du dépôt provisoire des aliénés dans les hôpitaux et hospices a, elle aussi, fait l'objet de diverses instructions et entre autres de la circulaire du 6 juin 1854.

En prévoyant que les hospices et hôpitaux civils sont tenus de recevoir provisoirement les aliénés, en attendant qu'ils soient dirigés sur l'établissement spécial, l'article 24 de la loi du 30 juin 1938 n'a eu d'autre but que de permettre l'isolement immédiat des personnes qui ne peuvent être dirigées directement sur l'hôpital psychiatrique.

Ce dépôt provisoire ne doit donc constituer qu'un pis-aller, et il convient de lui préférer toujours l'entrée directe à l'hôpital psychiatrique ou dans le quartier d'observation du service ouvert (tel qu'il est prévu par le nouveau règlement du service intérieur), lorsque ce service existe.

Conformément d'ailleurs aux règles qui ont été édictées par l'Inspection générale des services administratifs, le dépôt provisoire dans les hôpitaux ou hospices ne saurait excéder une durée de quatre jours.

Les mesures les plus strictes doivent être prises — et des incidents récents nous permettent d'insister sur ce point — pour que les locaux dans lesquels a lieu le dépôt provisoire soient aménagés et organisés en vue de la catégorie de malades qu'ils sont appelés à recevoir.

Dans beaucoup d'établissements hospitaliers, ces locaux ne répondent en aucune manière à leur but. Il importe que vous représentiez aux Commissions administratives l'importance des obligations que la loi impose, à ce sujet, aux hôpitaux et hospices, et que vous les invitiez à réaliser, de toute urgence, les aménagements nécessaires.

Elles pourront s'inspirer, fort utilement, des réalisations récentes de beaucoup d'hôpitaux psychiatriques en ce qui concerne l'installation des cellules et chambres d'isolement.

Il convient également que les malades en dépôt provisoire ne soient pas confiés aux soins d'un personnel insuffisamment instruit du comportement des aliénés. S'il n'est pas possible d'avoir recours à des agents spécialisés, il pourrait être envisagé de faire subir au personnel affecté aux locaux spéciaux, un stage de quelques mois dans l'hôpital psychiatrique le plus proche.

III. — *Enquête à domicile*

La loi de 1838 (art. 8 et 10) prescrit la notification au Procureur de tous les placements et la notification au Préfet des placements volontaires. Elle

n'a nullement spécifié que des enquêtes étaient obligatoires à la suite de cette notification. L'usage s'en est cependant établi et, dans nombre de cas, la recherche de ces renseignements est confiée à des agents subalternes, qui n'y procèdent pas toujours avec le tact et la discrétion indispensables. Des étrangers sont mis ainsi au courant de la maladie mentale, dont la réalité même semble être suspectée, et la crainte, bien compréhensible, d'une telle publicité, empêche les familles de faire soigner les malades en temps opportun.

Ces enquêtes, qui n'ont d'autre but que de confirmer les réactions pathologiques des aliénés, sont le plus souvent inutiles. Lorsque l'aliénation ne fait aucun doute, les renseignements extérieurs deviennent superflus, et d'ailleurs une visite directe du malade par vos soins, par ceux du Procureur ou de vos délégués, serait suffisamment démonstrative.

L'utilité de faire préciser les circonstances ayant motivé l'internement, est laissée à l'appréciation du Préfet ou du Procureur, et il y a lieu d'éviter les démarches faites auprès d'étrangers. Ces enquêtes devront être confiées à des personnes ayant l'expérience, le tact et la discrétion qui s'imposent. Parmi celles-ci, les assistantes sociales sont spécialement indiquées, et il conviendra de les utiliser de préférence.

Si vous-même, ou le Procureur, désirez vous éclairer sur la légitimité de l'internement, il vous est d'ailleurs toujours loisible de convoquer la famille du malade.

Mais il est d'autres enquêtes qui doivent être effectuées avec toute la discrétion désirable.

Ce sont celles qui ont pour but de renseigner l'autorité administrative ou l'autorité judiciaire sur la situation de fortune du malade et de sa famille.

C'est en ce qui concerne les enquêtes administratives, la direction de l'hôpital psychiatrique qui paraît la mieux qualifiée pour fournir à vos services les renseignements nécessaires. Une telle méthode est d'ailleurs pratiquée déjà, dans plusieurs départements, et il suffit de la généraliser. La disposition du nouveau règlement modèle du service intérieur, qui permet d'adjoindre à l'Administrateur des biens, un agent de l'établissement, chargé de le seconder, ne peut que faciliter l'enquête.

Quant aux enquêtes judiciaires faites par le Procureur en vue d'exercer son contrôle sur la gestion des biens des internés, elles devront être effectuées de la manière suivante :

Un questionnaire sera adressé à la famille ; des renseignements seront demandés en même temps à la direction de l'hôpital psychiatrique.

Si le Procureur se juge ainsi insuffisamment informé, il pourra alors user des méthodes indiquées plus haut, à l'occasion des enquêtes sur la légitimité de l'internement, c'est-à-dire qu'il pourra faire appel aux assistantes sociales et convoquer la famille.

IV. — Transformation du placement d'office en placement volontaire

Il n'est pas rare de voir des malades placés d'office devenir tout à fait inoffensifs, tout en nécessitant encore un traitement et une surveillance qui rendent nécessaire le maintien de l'internement.

La loi du 30 juin 1838 n'a pas envisagé explicitement que le placement d'office pouvait, dans ce cas, être converti en placement volontaire.

Rien, cependant, ne rendrait cette transformation illégale puisque le placement d'office, réservé par le législateur aux malades dangereux, cesserait en même temps que disparaît leur nocivité sociale.

Une telle mesure aurait de multiples avantages. Elle permettrait une sortie plus rapide et plus facile, faite au moment le plus opportun ; elle permettrait aussi d'accorder à ces malades les promenades, les sorties et même les sorties d'essai de quelque durée, qui sont généralement refusées aux aliénés placés par l'autorité publique.

Si, dans quelques départements, cette transformation est actuellement effectuée, c'est à la suite d'une procédure compliquée qui comporte la demande de sortie par le médecin, la prise d'un arrêté de sortie par le Préfet, enfin la réintégration du malade sous forme de placement volontaire.

Il y a lieu de simplifier cette procédure en renonçant à la sortie qui, même temporaire, peut interrompre fâcheusement l'action thérapeutique.

Vous aurez donc, lorsque vous serez saisi d'une demande du médecin de l'établissement tendant à la transformation du placement d'office en placement volontaire, à vérifier qu'une demande de placement volontaire rédigée en conformité de l'article 8, a été établie par un parent, un ami du malade ou toute personne s'intéressant à lui, et qu'un certificat a été établi par un médecin étranger à l'établissement après examen du malade. Il vous suffira alors de rapporter l'arrêté de placement d'office.

Il va sans dire que l'intervention de cette procédure implique l'existence dans votre département d'un règlement prévoyant le placement volontaire à titre gratuit.

Nous désirons formellement que les diverses questions qui sont traitées dans la présente circulaire fassent de votre part, l'objet d'un examen attentif et que, pour chacune d'elles, vous adressiez à M. le Ministre de la Santé publique un rapport précis sur les mesures que vous avez cru devoir prendre. Il n'y aurait que des avantages à ce que le corps des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques de votre département soit consulté par vos soins à ce sujet, comme d'ailleurs dans l'avenir, à l'occasion de toute question technique intéressant l'assistance aux malades mentaux.

Une application de la loi faite avec le souci de rechercher les intentions réelles du législateur est de nature à faciliter le traitement, la guérison et par suite la sortie de nombreux malades. C'est la raison pour laquelle vous attacherez, nous en sommes assurés, la plus grande attention à la stricte application des mesures ci-dessus prescrites.

Il y a lieu d'ajouter que la présente circulaire devra être communiquée par vos soins, non seulement aux directeurs et aux médecins des hôpitaux psychiatriques, mais également aux Commissions administratives des hôpitaux et hospices, et qu'elle devra être insérée dans le recueil des actes administratifs de votre département.

Le Ministre de la Santé publique,
Marc RUCART.

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice,
Paul MARCHANDEAU.

Le Ministre de l'Intérieur,
Albert SARBAUT.

Etrangers aliénés internés en France

M. Alfred BRARD, *sénateur*, demande à M. le *Ministre de la Santé publique* quel est, à l'heure actuelle, par nationalité, le nombre d'étrangers aliénés internés en France.

Réponse. — Le nombre des aliénés étrangers actuellement internés dans les hôpitaux psychiatriques français s'élève à 4.388, répartis par nationalité, de la manière suivante :

Italiens	1.116	Andorans	6
Polonais	982	Persans	6
Russes	546	Albanais	6
Espagnols	352	Palestiniens	5
Belges	243	Colombiens	5
Turcs	173	Hollandais	5
Allemands	152	Lettons	5
Tchécoslovaques	100	Libanais	4
Arméniens	95	Monégasques	4
Suisses	91	Chiliens	3
Anglais	64	Suédois	3
Yougoslaves	55	Cubains	2
Grecs	54	Costa-Rica	2
Portugais	51	Estoniens	2
Roumains	44	Venezueliens	2
Hongrois	34	Finlandais	2
Luxembourgeois	34	Japonais	2
U.S.A.	29	Canadiens	2
Bulgares	19	Indes anglaises	1
Egyptiens	16	Norvégien	1
Lithuaniens	12	Péruvien	1
Chinois	11	Urugayen	1
Argentins	7	Danois	1
Brsiliens	7	Coréen	1

Sans nationalité ou à nationalité indéterminée, 29.

(*Journal Officiel* du 15 décembre 1938).

MÉDECINE LÉGALE**Enseignement de l'anthropologie criminelle en Italie**

Sur l'initiative du *Ministre de l'Instruction publique*, il est créé dans chaque Université, en Italie, une *Chaire d'Anthropologie criminelle*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE**Prix décernés en 1938 par l'Académie de Médecine**

Parmi les prix décernés en 1938 par l'Académie de Médecine, les prix suivants ont été accordés à des auteurs de travaux intéressant la neuro-psychiatrie.

PRIX BAILLARGER. — 2.500 francs

Deux mémoires ont été soumis à l'Académie.
L'Académie a attribué le prix à M. le D^r Boris KREIS, de Paris, pour son travail intitulé : *La maladie d'Armstrong*.

PRIX BERRAUTE

Un titre de rente 3 % de 3.092 francs

Un mémoire a été soumis à l'Académie.
L'Académie ne décerne pas le prix, mais accorde les arrérages disponibles à M. le D^r Auzépy, de Paris, pour son travail ayant pour titre : *Les tumeurs cérébrales aiguës*.

PRIX BOULLARD. — 2.000 francs

Un mémoire a été présenté.
L'Académie attribue le prix à M. le D^r Witold AUBRUN, de Paris, pour son travail intitulé : *Etat mental des parkinsoniens*.

PRIX DESPORTES. — 1.500 francs

Six mémoires ont été présentés.
L'Académie partage le prix entre :
1^o M. le D^r G. WILLOT, de Paris, pour son travail intitulé : *Les résultats éloignés de l'opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème infantile précoce* ;
2^o M. P. RODE, de Paris ; 3^o M. L. LAUNAY, d'Argenteuil.

PRIX PHILIPPE DURANTE. — 2.000 francs

L'Académie partage le prix entre :
1^o M. le D^r BRIZARD, de Divonne-les-Bains, pour sa : *Contribution à l'étude du spirochète de la paralysie générale* ;
2^o MM. les D^{rs} LAFON et J. ROCHE, de Montpellier, pour leur travail ayant pour titre : *Epreuve à l'atropine synthétique; test des manifestations convulsives et, en particulier, de l'épilepsie*.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs

Quatre mémoires ont été présentés.
L'Académie décerne le prix à MM. les D^{rs} H. ROGER, de Marseille, et Yves POURCINES, de Beyrouth (Liban), pour leur ouvrage intitulé : *Les méningo-neurobrucelloses*.

PRIX LEFÈVRE. — 3.000 francs

Un mémoire a été soumis à l'Académie.
Le prix est décerné à l'ouvrage ayant pour titre : *Mélancolie, neurasthénie et dépression constitutionnelles*, pour devise « *Amicus Plato, sed magis amica veritas* » et pour auteur M. le D^r MONTASSUT, de Paris.

PRIX LEVEAU. — 2.000 francs

Trois mémoires ont été soumis à l'Académie.
Le prix est partagé entre :
1^o MM. les D^{rs} VILLEY-DESMERSEBETS, J.-F. BUVAT et Mme le D^r BUVAT-POCHON, de Paris, pour leur étude sur le : *Rôle des solutions hypertoniques dans le traitement de la migraine* ;
2^o M. le D^r PERROT, de Saint-Lizier, pour son ouvrage ayant pour titre : *Le problème de la lutte antituberculeuse dans les asiles d'aliénés*.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie a décerné le prix à M. le D^r J. LEMANT, de Paris, pour son travail intitulé : *Hyperthermie et système neuro-végétatif*.

PRIX A.-J. MARMOTTAN. — 100.000 francs

Un mémoire a été présenté.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais attribue les arrérages disponibles à M. le D^r BRUNEL, de Paris, pour son travail ayant pour titre : *Les tumeurs intra-bulbaires*.

PRIX MONBINNE. — 1.500 francs

Trois mémoires ont été soumis à l'Académie.

Le prix est partagé entre :

1^o M. le D^r ANDRÉ-THOMAS, de Paris, pour ses : *Travaux d'histophysiologie et de pathologie expérimentale* ;

2^o MM. les D^{rs} MARCENAC, de SAUDUR, et LEMÉTAYER, de Garches.

PRIX PANNETIER. — 4.000 francs

Six mémoires ont été soumis à l'Académie.

Le prix est décerné à M. le D^r MOLLARET, de Paris, pour son : *Interprétation du fonctionnement du système nerveux par la notion de la subordination*.

PRIX SAINTOUR. — 5.000 francs

Sept mémoires ont été présentés.

L'Académie a attribué le prix à MM. les D^{rs} SAINTON, de Paris ; SIMONNET, de Maisons-Alfort ; BROUHA, de Liège, pour leur : *Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale*.

PRIX VERNOIS. — 800 francs

Huit mémoires ont été soumis à l'Académie.

Le prix est partagé entre :

1^o M. le D^r BOURGUIN, de Paris, pour son : *Etude générale sur la protection sociale de l'enfance en France* ;

2^o M. le D^r GRENOILLEAU, de Blois, pour son ouvrage ayant pour titre : *Deux réalisations dans le cadre d'une inspection départementale d'hygiène*.

En outre, une mention très honorable est accordée à MM. les D^{rs} Pierre et André PECKER, de Paris.

SOCIÉTÉS

American psychiatric Association

Le Bureau de l'American psychiatric Association pour 1938-1939 est constitué de :

Président : M. RICHARD H. HUTCHINGS, M.D. (d'Utica, N.Y.).

Vice-président : M. WILLIAM C. SANDY, M.D. (de Harrisburg, Pa.).

Secrétaire-Trésorier : M. ARTHUR R. RUGGLES, M.D. (de Providence, R.I.).

Société de psychologie de Buenos Aires

Le Bureau de la Société de psychologie de Buenos-Aires est ainsi constitué pour 1939-1940 :

M. le D^r José-L. ALBERTI, *président* ; M. le Professeur Fernando GORRITI, *vice-président* ; M. le D^r José BELBEY, *secrétaire* ; M. le Professeur Marcos VICTORIA, *trésorier*.

Membres du Conseil d'administration : MM. les D^{rs} Enrique MOUCHET, Alberto PACOS et Vicente DIMITRI.

UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

Nécrologie

EMILE VANDERVELDE (1866-1938)

M. Emile VANDERVELDE (1866-1938), Docteur en Droit, Docteur en Sciences sociales, Docteur spécial en Economie politique, professeur honoraire à l'Université libre de Bruxelles, ancien Directeur de l'Institut Solvay, Membre de l'Académie Royale de Belgique.

Leader du parti socialiste belge, Membre de la Chambre des Représentants depuis 1894, M. Emile Vandervelde fut Président du Conseil des Ministres de Belgique, Ministre de la Justice, Ministre des Affaires Etrangères, Ministre de la Santé publique, président du Conseil de la Société des Nations.

Orateur d'une éloquence rare, auteur d'un grand nombre d'ouvrages de droit, de sociologie, etc., M. Emile Vandervelde s'intéressa activement à la psychiatrie, tant comme titulaire du Ministère de la Justice dont dépendent en Belgique les hôpitaux pour malades mentaux, qu'au Ministère de la Santé publique créé sur son initiative et dont il fut le premier titulaire.

Son nom restera attaché à de nombreuses lois sociales, à la transformation des établissements pour malades mentaux, à la modification du système pénitentiaire, à l'individualisation des mesures de sûreté. Le vote et l'application de la loi belge de défense sociale sont son œuvre. Il n'est sans doute pas d'homme politique qui ait autant contribué aux progrès de l'assistance psychiatrique et de la psychiatrie médico-légale.

Les psychiatres français unissent leurs regrets à ceux des psychiatres belges et déplorent avec eux la brusque disparition de ce grand orateur qui fut un professeur éminent et un grand homme d'Etat et dont la vaste érudition et la droiture, la simplicité et la bonté.

R. C.



Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 57.598

SOMMAIRE DU N° 1 (tome II), JUIN 1938

MÉMOIRES ORIGINAUX

DUBLINEAU. — Le rôle de la syphilis dans la genèse de certains syndromes psychopathiques de l'adulte (Formes frustes de la syphilis cérébrale)..... 1

C.-J. URECHIA. — Nouvelle note relative aux psychoses grippales..... 22

E. TEULIÉ. — Une forme de glossolie (Glossolie par suppression littérale).... 31

(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.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 9 juin 1938

G. DEMAY et J. NAUDASCHER. — Action favorable d'une infection aiguë (ostéomyélite du maxillaire inférieur) sur une démence précoce évoluant depuis cinq ans..... 52

J. FRETET et J. CARRIER. — Syndrome aphaso-agnoso-apraxique et troubles démentiels 58

P. COURBON et J. ASAD. — Guérison et réembauchage des psychopathes 64

P. COURBON. — La Phonopsychographie. 67

Séance du lundi 27 juin 1938

Adoption du procès-verbal 73

Correspondance 73

Table générale et alphabétique des « Annales Médico-Psychologiques » 73

Election à une place de membre titulaire. 74

Election à une place de membre correspondant national 74

Prix de la Société : Rapport sur le mémoire présenté pour le Prix Moreau de Tours 75

Mlle S. ROUSSET, G. DAUMÉZON et J. MASSON. — Grève de la faim poursuivie depuis 8 ans par un revendicateur pur 76

P. SCHERRER. — Apparition tardive de troubles psycho-sensoriels et d'un syndrome parkinsonien chez une kleptomane vingt fois condamnée 85

M. DIDE. — Dépersonnalisation, Déréalisation. Aproprioceptivité. Esquisse anatomoclinique 95

LEULIER, LECLERCQ et CASALIS. — Quelques traitements de malades du type démence précoce par l'insuline et le cardiazol. 103

P. RUBENOVITCH et J. PRESTIER. — L'épreuve de Lombard appliquée en psychiatrie. (Contribution à l'étude des réflexes conditionnels) 116

(Suite du sommaire page IV).

CHATEAU

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

DE

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



L'HAY-LES-ROSES

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 —

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

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du lundi 2 juin 1938

H. ROGER et J.-E. PAILLAS. — A propos de cinq observations de tumeurs cérébrales métastatiques 122

H. ROGER, J.-E. PAILLAS et J. BOUDOURESQUES. — Dysbasia lordotica chez un débile mental et myopathie scapulo-humérale et pelvienne chez son frère 122

M. DIBE. — Diagnostic anatomo-clinique des désorientations temporo-spatiales 122

COSSA, GAGLIO et CASTILLANI. — Sur un cas de polyradiculonévrite spontanément curable. 123

COSSA, BOUJEAUT et CARLOTTI. — Hypertension artérielle rétinienne et coma hypoglycémique 123

NISSEL VON MAYENDORF. — Quelques remarques

sur l'anatomie et la pathologie du corps cal-
leux 124

FROMENT, HERMANN et JOURDAN. — Trépidation épileptoïde organique et trépidation épileptoïde artificielle à déclenchement volontaire. La quasi-identité de leur mécanisme proprioceptif. Leur discrimination par l'excitation discontinue (présentation de malades et projection de tracés) 124

KISSEL. — Epidémie de paralysie faciale d'origine polioomyélitique 124

H. BARUK, M. RACINE et DELAVILLE. — Action électro-cardiographique et neuro-végétative de l'insulinothérapie dans la catatonie expérimentale 124

COSSA, GIUNDA et GLEICHENHAM. — Un cas d'œdème cérébral tardif post-traumatique. 125

DUMOLARD, AUBRY, LABROUX et PORTIER. — Syphilis neuro-parenchymateuse et paludisme chez l'indigène algérien 125

(Suite du sommaire, page VI).

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 900 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 CHÂBERT
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

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

**Société de Médecine Légale
de France**

Séance du 13 juin 1938

MELLOR. — Les aliénés et l'Assistance judiciaire 125

**Société de Médecine mentale
de Belgique**

Séance du 28 mai 1938

G.-W.-B. JAMES. — L'insulinothérapie de la schizophrénie dans une clinique anglaise. 126

J.-J. BOUCKAERT. — Sur la régulation de la circulation cérébrale 127

Société belge de Neurologie

Séance du 28 mai 1938

J. MAGE et MOLDAVER. — Myasthénie myopathique 127

J. MAGE. — Ophthalmoplégie externe récidivante et alternante 128

J. MAGE. — Double syndrome de Benedikt. 128

H.-J. SCHEBER et L. COLLET. — Contribution à la neuropathologie du chien. Remarques sur la pathologie de la maladie de Carré 128

RÉUNIONS ET CONGRÈS

**XVII^e Réunion Neurologique
Internationale annuelle**

Paris, 31 mai-1^{er} juin 1938

RAPPORTS

J. BOLLAÏCK. — Les pupilles à l'état statique. 129

A. MONBRUN. — Les pupilles à l'état dynamique 129

Ed. WELTER. — Les pupilles dans les affections neurologiques médicales 130

Ed. HARTMANN. — Les pupilles dans les traumatismes crâniens et les tumeurs cérébrales. 131

(Suite du sommaire, page VIII).

NEURINASE

*Amorce le
sommeil naturel*

Insomnie
Troubles nerveux

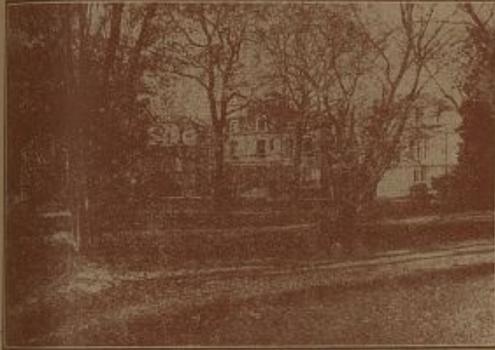
Ech. ^{ons} & Littérature
LABORATOIRES GÈNEVRIEV
2 Rue du Débarcadère PARIS

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 -- --

A. TOURNAY. — Recherches d'explications physiopathologiques 131

COMMUNICATIONS

M. MONNIER. — Réactions pupillaires consécutives à l'excitation faradique du tronc cérébral chez le singe 132

SCHAEFFER, MEGIROT, DE TREIGNY et LÉGER. — Quelques remarques sur les modifications statiques et dynamiques des pupilles, et l'état de l'iris dans la syphilis nerveuse 133

J.-A. BARRÉ, KABAKER, et Mlle d'HAUTEVILLE. — Troubles pupillaires spéciaux et compression tumorale cervico-dorsale 133

THIÉBAUD, LEMOYNE et GUILLAUMAT. — De la my-

drise consécutive à l'alcoolisation du ganglion de Gasser dans le traitement de la névralgie faciale 133

FRANCESCHETTI. — A propos de la pupillométrie (Méthode de Lowenstein) 133

DE MORSIER et FRANCESCHETTI. — La neuro-uvéo-parotidite (maladie de Heerfordt) avec troubles cérébraux 133

TRAVAUX DU FONDUS DÉJÉRINE

AJURIAGUERRA. — a) Les polynévrites expérimentales 134

MOLLARET. — b) Etude électrophysiologique de la régulation posturale 134

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

Psychiatrie.

F. MINROWSKA. — L'hérédité de l'épilepsie et de la schizophrénie, en considérant en particulier la constitution épileptoïde et la structure de l'épilepsie 135

H. STECK. — Historique de la Clinique psychiatrique de l'Université de Lausanne 137

H. DELGADO. — Psychopathologie et définition clinique de la schizophrénie 138

Biotypologie.

H. LAUGIER, E. TOULOUSE et Mlle D. WEINBERG. — Biotypologie et aptitudes scolaires 139

(Suite du sommaire, page X).

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

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.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :		Réunions et Congrès :	
Séances	140	Réunion annuelle de la Royal Medico-Psychological Association	142
Prix de la Société Médico-Psychologique	140		
Hôpitaux psychiatriques :		Hygiène et Prophylaxie :	
Distinction honorifique	140	Comité National de l'Enfance	142
Honorariat	140		
Nominations	141	Médecine légale :	
Postes vacants	141	Responsabilité à l'égard des malades en traitement dans une maison de santé en cas de suicide du malade	143
Association Amicale des Etablissements publics d'aliénés	141		
Médecins des Hôpitaux psychiatriques et clientèle privée	141	Université de Paris :	
Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police :		Faculté de Médecine, Création de chaire	141
Comité des amis et des élèves du Dr G. G. de Clérambault	142		

INFORMATIONS

Médaille du Professeur M. Laignel-Lavastine XII	X ^e Congrès Médical International de psychothérapie (Oxford, 29 juillet-2 août 1938)
	xiv

(Suite du sommaire, page XII).

LA MÉTAIRIE

(près NYON, sur le Léman)

Tél. : Nyon 95.626

CENTRE DE RECHERCHES ET DE TRAITEMENTS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



Traitements soigneusement discutés et dosés de toutes
-- -- les affections nerveuses et mentales -- --
-- Ambiance cordiale, pays magnifique, climat doux -- --
Institut pathopsychologique annexe (pupillographie, etc.)
-- -- **Villa pour enfants anormaux** -- --
Médecin en chef : Dr W. BOVEN, Prof. de psychiatrie
et de caractérologie à l'Un. de Lausanne (cabinet de consultation à Lausanne), sur rendez-vous : tél. Lausanne 25.838
Collaborateurs : Dr O. LÖWENSTEIN, ex-Prof. à l'Un. de Bonn, inventeur de la méthode pupillographique, etc.
-- -- -- M^{me} le Dr CALAME -- --

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

ÉTABLISSEMENT 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 50 hectares



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion
Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline,
pyréthothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X —
Cabinet dentaire

||||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- -- |||||
Etudes et leçons particulières dans l'établissement
-- -- -- Sports d'été et sports d'hiver -- -- --
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --

Quatre médecins assurent les traitements.
Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre
de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les
cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique : ||||| Téléphones { Service Médical : Nyon 95.441
Rivaprangins, Nyon { Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : D^r O.-L. FOREL, Privat-Docteur à l'Université de Genève.

INFORMATIONS

MEDAILLE DU PROFESSEUR

M. LAIGNEL-LAVASTINE

Les Amis et les Elèves du Professeur M. Laignel-Lavastine ont eu la pensée, à l'occasion de son élection à l'Académie de Médecine, et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une Médaille, dont l'exécution a été confiée au Maître graveur De Hérain.

Tout souscripteur de 100 francs recevra un exemplaire de la Médaille (50 francs pour les étudiants).

Pour tous renseignements s'adresser au Docteur H.-M. Gallot, Médecin-assistant à l'Hôpital de la Pitié.

Prière d'adresser les souscriptions à M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard St-Germain, 6^e, Compte Chèques Postaux, Paris 599.

(A suivre, page d'annonces XIV).

**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 -

LES BERGES DU LÉMAN

VEVEY (Suisse)

----- TÉLÉPHONE : 52.008 -----



AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Cures de repos - Convalescences - Régimes - Désintoxications

TRAITEMENT PSYCHOPHYSIOLOGIQUE SPÉCIAL DES NÉVROSES

Psychothérapie - Méthodes biologiques - Hydrothérapie
Rééducation

Ateliers d'arts appliqués - Leçons - Sports d'hiver et d'été

*Grand parc - Terrasse - Vue étendue sur les Alpes
et le Lac Léman*

TOUT CONFORT - CUISINE SOIGNÉE

A quatre minutes en autobus du centre de Vevey



Médecin-Chef : Docteur M. GUILLEREY

Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY

Un Médecin-Assistant

NOMBREUX PERSONNEL SPÉCIALISÉ

Téléphone : Vevey 52.008 - Adresse télégraphique : Berges Vevey

—:—

RENSEIGNEMENTS DÉTAILLÉS ET PROSPECTUS
AUPRÈS DE LA DIRECTION MÉDICALE

**X^e CONGRES MEDICAL INTERNATIONAL
DE PSYCHOTHERAPIE**

(Oxford, 29 juillet 1938-2 août 1938)

Le X^e Congrès Médical International de Psychothérapie se tiendra au Balliol College, Oxford, England, du vendredi 29 juillet 1938 au mardi 2 août 1938.

Président : Professor C. G. JUNG.

Vice-Présidents : the Rt. WORSHIPFUL the Mayor of Oxford, the Vice-Chancellor of Oxford University, D^r William BROWN, Sir E. FARQUHAR BUZZARD, Bt., K. C. V. O., the Rt. Hon. the Viscount DAWSON, G.C.V.O., K.C.B., Sir Walter LANGDON BROWN, the Rt. Hon. the Lord HORDER, K. C. V. O., Professor William MACDOUGALL, the Rt. Hon. the Lord NUFFIELD, O. B. E., Professor C. G. SELIGMAN.

Secrétaire général : D^r C. A. MEIER (Zürich).

COMITÉ D'ORGANISATION. — *Président* : D^r H. G. BAYNES; *Secrétaire*: D^r E. B. STRAUSS; *Trésorier* : D^r H. C. SQUIRES, C.M.G.; *Membres* : D^r E. A. BENNET, D^r Dennis CARROLL, D^r H. CRICHTON-MILLER, D^r T. S. GOOD, O.B.E., Professor MILLAIS CULPIN, D^r E. H. LARKIN, D^r Margaret LOWENFELD, D^r Emanuel MILLER, D^r Doris M. ODLUM, D^r J. R. REES, D^r T. A. ROSS.

Secrétariat administratif : M. H. GIBBS-SMITH. Office (until 28th July) : 106, Brompton Road, London, S.W. 3. Téléphone : Kensington 2433.

(A suivre, page d'annonces XVIII).

**CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE
du DOCTEUR BERSOT**

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Belle situation
au-dessus
du Lac de Bièvre

Installations
modernes
et confortables

2 médecins



Nombre restreint
de malades

Vastes parcs
ombragés

Gymnastique, sport
Promenades
Occupations variées

- Cures d'insuline, de cardiazol, de sommeil, de fièvre, -
de désintoxication, de repos et d'isolement. — Psychothérapie

VIE DE FAMILLE — PRIX TRÈS MODÉRÉS

Docteur H. BERSOT, Médecin-Directeur

KANEURON

Solution Stable

le plus maniable —
— le plus assimilable —
le plus actif
des sédatifs phylo-barbituriques
de par sa forme soluble.

10 GOUTTES 0,01 de
Phényléthylmalonylurée sodique
Crotalagus Passiflore
Paullinia
Correctif anti déresseur

Stabilisateur type des
troubles Vago sympathiques
Angoisses
Sédatif de l'Hyper-excitation.

SIDÉRANYL

Spasmolytique
magnésien
Borotartrate de magnésium

Epilepsie et équivalents
épileptiques (Vertiges)
Instabilité psycho-motrice

SERVO-FREINYL

Borotartrate Mg et Ca
Carbonate de calcium
Phényléthylmalonylurée
Parathyroïdine, Ergostérine

troubles du Caractère
Tics
Terror-Tétanique

SPASMOCALCYL

Borotartrate }
Bromure } de Ca
Iodure }
peptides de lev. de Bière

Terrain spasmophile
Crises Convulsifs des
Enfants

Echantillons et Littérature sur demande aux

LABORATOIRES LABIOLA LILLE 52 rue de Cambrai NORD

PARALYSIE GÉNÉRALE

CHIMIOTHÉRAPIE

STOVAR SOL SODIQUE

4 oxy 3-Acétylamino-phényl
1 Arsinat de sodium

AMPOULES dosées
à 0,gr.50 et 1gr.

INJECTIONS
Sous-Cutanées ou
Intramusculaires

PYRÉTHÉRAPIE

DMELCOS

émulsion stabilisée
de bacilles de Ducrey

AGENT PYRÉTOGÈNE
RÉGLABLE À VOLONTÉ

AMPOULES
de 1/2 cc. à 3 cc.

INJECTIONS
Intraveineuses

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES du RHÔNE"
21, rue Jean Goujon — Paris —



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 » —

**X^e CONGRES MEDICAL INTERNATIONAL
DE PSYCHOTHERAPIE**

(Oxford, 29 juillet 1938-2 août 1938)

(Suite)

La *Société Internationale Médicale de Psychothérapie*, sous les auspices de laquelle est placé ce Congrès, existe déjà depuis environ quinze ans. Le premier Président en fut le Professeur KRETSCHMER, à qui a succédé, récemment, le Professeur JUNG.

Les objectifs de la Société sont : 1° Déterminer, autant qu'il se peut, les principes de base sur lesquels s'appuieront tous ceux qui travaillent sur le même plan d'idées. — 2° Fournir une tribune, où tous, à n'importe quelle école ou à n'importe quelle branche qu'ils appartiennent, puissent exposer le résultat de leurs meilleures recherches, et écouter les dissertations d'hommes et de femmes distingués venant d'autres pays. — 3° Encourager une fraternité scientifique internationale. — 4° Publier les œuvres nouvelles de mérite.

Antérieurement à 1937, lors du Congrès qui se tint à Copenhague, les réunions eurent lieu en diverses villes allemandes. Pour la première fois, le Congrès se réunit dans un pays de langue anglaise.

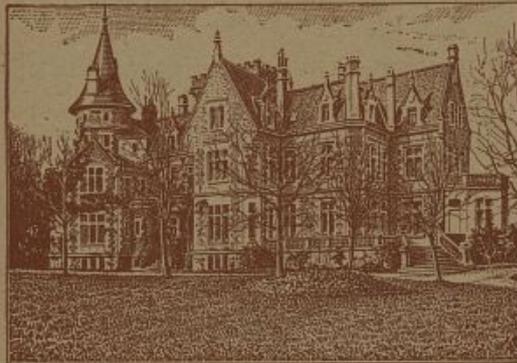
Le Congrès s'ouvre à l'heure du dîner (7,30 p.m.) le vendredi 29 juillet et sera clos après le déjeuner du mardi 2 août.

(A suivre, page d'annonces XX).



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

TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE
DES SYNDROMES SYMPATHIQUES
et PARASYMPATHIQUES

•
ANGOISSE - ANXIÉTÉ - INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNÉTALE, etc...

La Passiflorine
RÉAUBOURG

uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES



Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratægus
oxyacantha

Laboratoires **G. RÉAUBOURG** - 115, rue de Paris - BOULOGNE 1^{re} SEINE

G. Réaubourg

X^e CONGRES MEDICAL INTERNATIONAL
DE PSYCHOTHERAPIE

(Oxford, 29 juillet 1938-2 août 1938)

(Suite)

Programme proposé. — *Vendredi : Soirée :* Réception par le Gouvernement de Sa Majesté au Christchurch Hall. Les invités seront reçus par le Right Honourable Sir Kingsley Wood, M.P., le Ministre de la Santé Publique.

Samedi : Matin : Session du Congrès 9 h. 30 à 12 h. 30 ; *Après-midi :* Session du Congrès 2 à 4 h., et 4 h. 30 à 6 h. 30 ; *Soirée :* Les plans seront communiqués ultérieurement.

Dimanche : Matin : Choix d'excursions ; *Après-midi :* Session du Congrès 2 à 4 h., et 4 h. 30 à 6 h. 30 ; *Soirée :* Les plans seront communiqués ultérieurement.

Lundi : Matin : Session du Congrès 9 h. 30 à 12 h. 30 ; *Après-midi :* Session du Congrès 2 h. à 4 h. et de 4 h. 30 à 6 h. 30 ; *Soirée :* Réception par le Right Worshipful le Maire d'Oxford à l'Hôtel de Ville.

Mardi : Matin : Session du Comité des Délégués. Moment opportun pour « Discussions Privées ».

(A suivre, page d'annonces XXII).

SANATORIUM BELLEVUE

A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS

Fondé en 1857 par le D^r L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, cures d'insuline, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle.

Informations et prospectus par l'Administration.

Médecin-directeur : D^r L. BINSWANGER



CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

Fondé en 1930

ENTIÈREMENT RÉORGANISÉ

VILLA FORMOSE, 1, allées de Morlaàs, PAU (Basses-Pyrénées) — Tél. 27-07

Etablissement de traitement et de réadaptation pour Garçons

Superbe Villa dans le quartier le plus aristocratique de PAU, au milieu d'un grand parc. TRÈS GRAND CONFORT. Exposition entièrement au Midi. Chauffage central. Électricité. Lavabos individuels. Hydrothérapie complète. Vastes dépendances. Salles de Jeux. Jardin d'Hiver. Cinéma. Sport. Gymnastique médicale et rythmique.

Un des rares Etablissements qui soit spécialisé pour

GARÇONS ATTEINTS DE TROUBLES CARACTÉRIELS : nerveux, instables, irritables, insomniaques, coléreux, fantasques, indisciplinés, fugueurs, etc. — Les émotifs, anxieux, psychasthéniques, etc. — Les cyclothymiques. — Les petits pervers : Inaffectivité, malignité, mensonges, vols, etc. — Les paranoïaques, les épileptiques sans crises convulsives, les schizoïdes, les mythomanes, etc.

GARÇONS RETARDÉS PÉDAGOGIQUES OU SCOLAIRES EN RETARD DANS LEURS ETUDES par suite de maladie.

Certains enfants peuvent continuer à fréquenter le Lycée tout en recevant à l'Etablissement les soins nécessaires

COURS ET LEÇONS PARTICULIÈRES A L'ÉTABLISSEMENT

-- Latin, Grec, Anglais, Allemand, Musique --

Carnet de Santé neuropsychiatrique — Fiche médicale mensuelle envoyée aux Familles

Prix de Pension à partir de 1.000 ft. par mois. Demandez-nous notre brochure

PAU, la Station la plus sédative de France. Ni vent ni poussière, douceur de l'atmosphère, absence de brouillard ; climat idéal pour ces catégories d'enfants

NON ADMIS : CONTAGIEUX, GRANDS ARRIÉRÉS ET GRANDS AGITÉS

Nombre de places strictement limité

Directeur Médical : Docteur MONESTIER, Médecin honoraire des Hôpitaux Psychiatriques

Directeur des Etudes : M. COCONAS, Professeur spécialisé

X^e CONGRES MEDICAL INTERNATIONAL
DE PSYCHOTHERAPIE

(Oxford, 29 juillet 1938-2 août 1938)

(Suite)

Programme de Travail Scientifique. — Les principaux sujets mis à l'ordre du jour sont : 1^o Psychologie de la Vie au cours de ses différentes phases ; 2^o Psychothérapie et Problèmes Psychosomatiques. Les longs communiqués (45 minutes) prendront la forme de lectures. Il est à désirer que les communiqués plus courts (30 ou 20 minutes) soient présentés sous forme de conférences (avec notes à l'appui). Une ample durée de temps sera réservée pour la discussion de tous les communiqués. Les auteurs de communications sont priés de se mettre le plus tôt possible en rapport avec le Secrétaire du Comité d'Organisation.

Langues. — Les langues admises au Congrès seront l'anglais, l'allemand et le français. Des résumés des communiqués seront fournis en ces trois langues, et toutes les discussions seront traduites en ces différentes langues.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

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

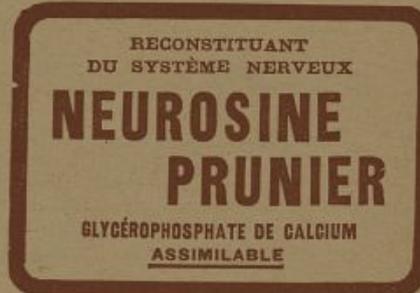
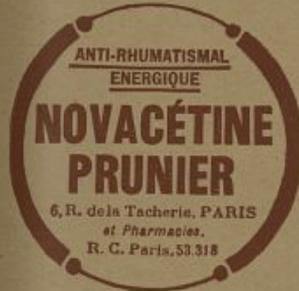
XX gouttes = 0,40 de
glycérophosphates
cérébraux (Na.K.Mg.)

ni chaud, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.



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'Établissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

X^e CONGRES MEDICAL INTERNATIONAL
DE PSYCHOTHERAPIE

(Oxford, 29 juillet 1938-2 août 1938)

(Suite)

Logement. — Les membres du Congrès, hommes et femmes, peuvent trouver à se loger dans les chambres d'étudiants du Collège de Balliol et dans le Collège de Somerville. Un certain nombre de parents des membres du Congrès pourront profiter de ces arrangements, mais ce nombre est limité. Les personnes désirant demeurer en ville et faire elles-mêmes leurs arrangements peuvent s'adresser au Secrétariat administratif qui leur donnera tous renseignements.

Frais. — Les frais de résidence et de repas (y compris les pourboires) aux collèges sont de £3 3s. Les frais d'inscription pour tous les membres, sont de 17 shillings ; pour les parents, accompagnant les membres, les frais d'inscription seront de 5 shillings.

Voyages. — Les membres prendront leurs dispositions personnelles pour se rendre au Congrès. Il faut compter une heure et demie pour aller de Paddington Station, point de départ de Londres, à Oxford.

(A suivre, page d'annonces XXVI).

CLINIQUE PRIVÉE

D' Th. BRUNNER

KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D' Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intrarachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D' Th. BRUNNER

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. 13

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

X^e CONGRES MEDICAL INTERNATIONAL
DE PSYCHOTHERAPIE

(Oxford, 29 juillet 1938-2 août 1938)

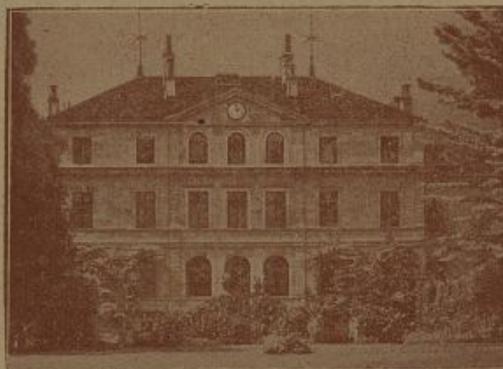
(Suite)

Programme Social. — En plus des réceptions, dont certaines se donneront en plein air, les membres pourront visiter les lieux intéressants d'Oxford, avec l'aide de guides et d'interprètes. Une *excursion* sera organisée le dimanche matin à Henley avec promenade sur la Tamise en canot automobile. Des distractions appropriées seront offertes aux parents des membres.

Inscription au Congrès. — Les inscriptions au Congrès sont reçues par le Secrétariat administratif. Les chèques ou mandats-postaux devront être joints au bulletin. Les organisateurs seront très reconnaissants de bien vouloir leur faire parvenir ces bulletins aussitôt que possible et au plus tard le 15 mai. La carte de membre et le programme complet seront envoyés au commencement de juillet à tous les membres inscrits.

Le nombre des chambres, tant à Oxford que dans les hôtels, est limité et il est préférable de retenir son logement assez longtemps à l'avance.

Maison de Santé
de PRÉFARGIER
près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : D^r O. Riggenbach
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

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, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlordrie.
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-encéphaliques.
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.

GENOMORPHINE

POLONOVSKI et NITZBERG
En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE



VILLA LUNIER à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D' 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' OLIVIER**  
~~~~~

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

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)

SOMMAIRE DU N° 2 (tome II), JUILLET 1938

MÉMOIRES ORIGINAUX

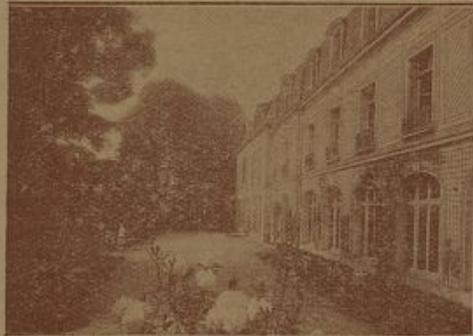
A. LEY. — Sur l'alexie d'évolution familiale et héréditaire..... 145
H. EY et M^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX. — Études cliniques et considérations nosographiques sur la " démence précoce "..... 151
D. KOURETAS et M. G. STRINGARIS. — Sur la schizophrénie tardive..... 182
TOYE et RUFF. — Essais de traitement de quelques états de démence précoce par la tuberculine..... 194

(Suite du sommaire, page II).

CHATEAU

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



L'HAY-LES-ROSES

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 -

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 21 juillet 1938

Adoption du procès-verbal 203

J. CARRIER. — Deux cas de fugues épileptiques conscientes et mnésiques 203

LÉVY-VALENSI, Mme TEYSSIER et M.-R. STORA. — Syndrome hallucinatoire chez une paralytique générale 208

H. CLAUDE. — Résultats actuellement obtenus à la Clinique psychiatrique de Paris par l'insulinothérapie et la cardiazolthérapie 213

P. CHATAGNON, A. SOULAIRAC et Mlle C. CHA-

TAGNON. — Maladie de Dupuytren chez une mélancolique (Considérations et étude bio-chimique) 238

H. EY et D. COLOMB. — Suicide par ingestion d'objets divers. Dissimulation du syndrome subjectif d'un phlegmon péritonéal 245

L. MARCHAND, R. ANGLADE, J. FRETET, M. ROUGEON et P. ROYER. — La maladie de Pick, la maladie d'Alzheimer et la démence sénile sans athérome cérébral sont-elles les trois modalités d'un même processus dégénératif ? 249

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 7 juillet 1938

J. DEREUX, M. PAGET et E. ALEXANDRE. — La cholestérolémie des épileptiques 256

J. DEREUX et L. BAUDU. — Maladie de Thomsen. Maladie de Steinert. Action de la quinine. 256

R. ROGÉ et J. FARFOR. — La dyssynergie cérébelleuse progressive avec myoclonie-épilepsie. (Syndrome de Ramsay-Hunt) 256

(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

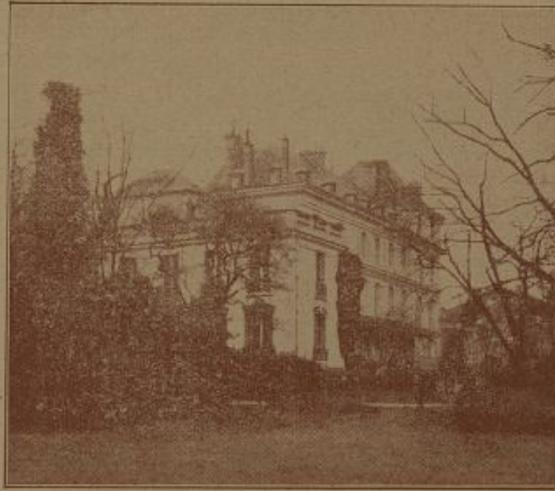
Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

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. PETIT-DUTAILLIS, MICHAUX et SIGWALD. — Tubercule méningée à forme tumorale . 257

D. PETIT-DUTAILLIS, J. SIGWALD et Mlle SEYRIG. — Syndrome de Cushing avec compression du chiasma, par tumeur atypique non basophile de l'hypophyse. Epilepsie généralisée déclenchée à chaque tentative d'exérèse de la tumeur 257

FAURE-BEAULIEU et FELD. — Présentation d'une polyradiculo-névrite en évolution. (Syndrome de Guillain et Barré) 257

GARCIN. — Contribution à l'étude des mouvements oppositionnistes impulsifs. Présentation de malade et projections 258

J. LHERMITTE, AJURIAGUERRA et FOUQUET. — La neurolymphomatose des gallinacés et ses relations avec la neurolymphomatose humaine. 258

L. VAN BOGAERT. — Contribution à l'étude de l'épilepsie amaurotique aiguë du singe.. 258

A. THOMAS. — De la pathogénie des lésions osseuses dans les maladies nerveuses... 258

J. LHERMITTE. — Le syndrome hémialgique thalamique à évolution progressive 258

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 25 juin 1938

H. HOVEN. — La thérapeutique convulsivante par le pentaméthylénetétrazol. Impressions. 259

A. LEROY. — Démence choréique ou démence précoce 259

P. VERSTRAETEN et O. VAN HAUWAERT. — Détenus psychopathes avaleurs de ferraille . 259

M. ROUVROY. — Influence de l'extrait hépatique désinsuliné sur certains états épileptiques. 260

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 25 juin 1938

MOREAU et JACQUEMOTTE. — Nystagmus apparu après exentération d'un oeil 260

MUYLE. — Phénomène de Marcus Gunn chez un oligophrène 261

EVRAUD. — Tumeur d'allure bénigne de la région gassérienne 261

(Suite du sommaire, page VI).

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 900 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 26

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

- H. BARUK. — Psychiatrie médicale : physiologique et expérimentale 262
H. ROXO. — Manuel de psychiatrie 264
J. BELFELS. — De la périodicité dans les maladies mentales 265

Psycho-psychologie.

- E. CLAPARÈDE. — Archives de psychologie. Tome XXV 265
M. DIDE. — Les conditions anatomo-cliniques de l'intuition et de la représentation de soi-même et du monde extérieur 266
R. BIOT. — Le corps et l'âme 267
I. SCHOU. — Quelques investigations sur la physiologie des émotions 268
L. VAUTHIER. — La peur 269

- R. DESOILLE. — Exploration de l'affectivité subconsciente 270
L. STROMINGER. — Psycho-physiologie sexuelle 271

Assistance.

- B. CARAVEDO. — Organisation de l'Assistance des aliénés 272

Médecine légale.

- L. RIBEIRO. — Archives de Médecine légale et d'identification 272

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

- H. SCHAEFFER. — Le pronostic de la schizophrénie 273
LANGFELDT. — De quelques psychoses schizoïdes dans l'enfance 274

(Suite du sommaire, page VIII).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD

⇄
Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition



Psycho-
névroses
⇄
Intoxica-
tions
⇄
Convales-
cences

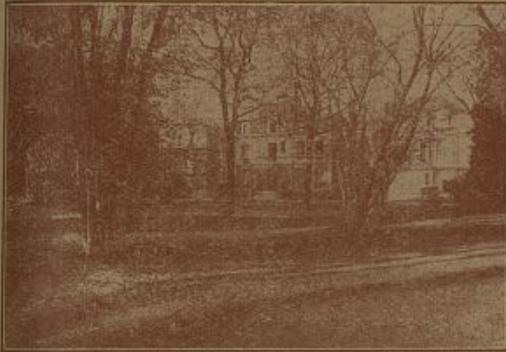
Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne

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 -- --

I. LUTZ. — De la schizophrénie chez l'enfant	274	E.-A. PERRELMOUTER. — Contribution à l'analyse de certains états hallucinatoires	279
Th. SIMON. — Sur la définition de la débilité mentale	274	E.-A. CHEVALEV et E.-A. PERRELMOUTER. — Contribution à l'étude de la corrélation entre les hallucinations et le délire	279
Mme J. JAMET et BRISSOT. — Le certificat d'études primaires dans les écoles d'anormaux	275	D.-J. BACHMAN. — Contribution à l'étude de certaines formes de délire	279
Th. SIMON, Mme GAULTIER et R. STORA. — Un cas d'idiotie acquise	275	E.-A. CHEVALEV. — De la pensée à haute voix dans les maladies mentales	279
I. ZAPPERT. — La démence infantile	275	G. PARCHEMINEY. — Quelques réflexions sur la notion d'angoisse	280
DUBLINEAU. — Réflexions sur quelques troubles de l'émotivité chez l'enfant	276	R. HIRSCH. — Hypochondrie et épilepsie ..	280
Mme G.-E. SOUCHARIEVA et D.-L. EINHORN. — Troubles psychiques en rapport avec les traumatismes crâniens chez les enfants et les adolescents	276	J. COMBY. — Les origines de l'épilepsie ..	280
E. SORREL, Mme SORREL-DÉJERINE et GIGON. — A propos de 109 cas de fractures du crâne chez les enfants	277	R. GRÜNEBERG. — Un cas « typique » d'énurésie nocturne	280
G. KUJATH. — Sur un cas de microcéphalie chez une fillette de 4 ans 1/2	277	J. VINCHON. — Deux documents sur l'évolution cyclique de la psychasthénie	281
G.-E. SOUCHARIEVA. — Les directives de la structure des tableaux cliniques des psychoses ..	277	P. HARTENBERG. — Structure et classification des psychonévroses	281
J. LHERMITTE et Z. SUSIC. — Pathologie de l'Image de Soi. Les hallucinations des amputés	278	J. FROMENT. — L'accident hystérique pithiatique et la physiopathologie dite hystérique ..	281
		A. HESNARD. — Les syndromes hystériques à formule psychiatrique	282
		L.-A. MIRELSON, A.-J. TALAL et A.-A. CHIROKOW. — De l'affaiblissement transitoire des fonctions intellectuelles dans les névroses ..	282

(Suite du sommaire, page X).

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

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.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

T. LINQVIST. — Les troubles intellectuels dans l'aphasie et les états similaires 282
 Mme H. JANKOWSKA. — Crise de stupeur négativiste au cours d'une tabo-paralyse 283
 R. ALMQVIST. — Syndrome s'accompagnant d'acinésie « frontale » 283
 J.-M. KOGAN. — Troubles de la perception de l'espace dans l'alcoolisme 283
 C.-A. PIERSON. — Confusion mentale post-typhoïdique tardivement apparue 283
 L. VIDART. — L'anorexie mentale 284
 P. CHEVILLET. — L'amnésie post-typhique. 284
 S.-N. ANDREITCHIKOV. — Géomanie 284

Psychologie.

O. LOURDET. — Profession de foi d'un professeur d'Université 284
 FRIBOURG-BLANC. — La panique aux Armées. 285

Psychanalyse.

M. BEISS. — Sur l'énurésie chez l'enfant. 286
 G. PARCHEMINEY. — Exposé clinique d'un cas de frigidité 286

Neurologie.

R. LERICHE. — Quelques faits pour servir à l'étude expérimentale de la douleur 287
 H. MARCUS. — Contribution à la localisation de l'agraphie 287
 R. DE ROHAN-BARONDES. — Relations entre l'empoisonnement par le sélénium et la pellagre 287
 L.-H. COHEN. — Persévérance de la parole et astasie-abasie consécutives à l'intoxication par l'oxyde de carbone 288
 J. LEYRITZ. — Température inverse et urémie. 288
 C.-J. MUNCH-PETERSEN. — Les schizobasies. 288
 G. STROESCO. — Les syndromes héréditaires, dominants et récessifs, dans quelques maladies héréditaires du système nerveux 288
 G. BICHOWSKI. — Les diencéphaloses 289
 G. MUYLE et L. VAN BOGAERT. — Un cas de dystrophie intermédiaire entre le syndrome d'Apert et celui de Hurler 289
 H. SCHAEFFER et LÉGER. — Les modifications des réflexes pupillaires dans la syphilis nerveuse. Le signe d'Argyll-Robertson et ses rapports avec l'atrophie irienne 289

(Suite du sommaire, page XIII).

LA MÉTAIRIE

(près NYON, sur le Léman)

Tél. : Nyon 95.626

**CENTRE DE RECHERCHES ET DE TRAITEMENTS
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES**



Traitements soigneusement discutés et dosés de toutes
-- -- les affections nerveuses et mentales -- --
-- Ambiance cordiale, pays magnifique, climat doux --
Institut pathopsychologique annexe (pupillographie, etc.)

-- -- Villa pour enfants anormaux -- --
D^r E. GONET Prof. O. LÖWENSTEIN
Médecin-Chef

M^{lle} le D^r CALAME

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

ÉTABLISSEMENT 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 50 hectares



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion
Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline,
pyréthothérapie, malarithérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X —
Cabinet dentaire

||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- -- |||
Etudes et leçons particulières dans l'établissement
-- -- -- Sports d'été et sports d'hiver -- -- --
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --

Quatre médecins assurent les traitements.

Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre
de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les
cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique : ||| Téléphones { Service Médical : Nyon 95.441
Rivaprangins, Nyon { Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : D^r O.-L. FOREL, Privat-Doctent à l'Université de Genève.

M. DRESSLER et H. WAGNER. — Le syndrome d'Adie	290
P. VAN GEHUCHTEN. — Le mécanisme de la mort dans certains cas de tumeur cérébrale ..	290
P.-G. SCHUBE et N. RASKIN. — Hémorragies cérébrales consécutives à la ponction lombaire	291
M.-P. WEIL et V. OUMANSKY. — Parkinsonisme traumatique	291
H. SCHWYN. — A propos de deux cas de maladie de Wilson chez le frère et la sœur	291
J.-A. CHAVANY. — Névrite bulbo-ponto-cérébelleuse aiguë et curable de l'enfance (origine varicelleuse probable)	291
Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et Th. HORNET. — Cysticercose méningée. (Considération sur les arachnoïdites)	292
C.-A. PIERSON et GENEUIL. — Cérébro-sclérose vasculaire à forme clinique de paralysie générale	292
POUPONNEAU et C.-A. PIERSON. — Syndrome de sclérose latérale amyotrophique subaigu au 48 ^e jour d'une typhoïde chez une fillette.	292
A. THOMAS, PAISSEAU, SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE. — Amyotrophie vraisemblablement myopathique chez deux jumelles univitellicées	292
E. MONIZ et L. PACHECO. — Syndrome de l'hémicône médullaire par hématomyélie ..	293
L. RAMOND. — Paralysie récurrentielle ...	293
E. DE SAVITSCH et R.-A. LEY. — Myoclonies palato-pharyngo-laryngées au cours d'un neurinome de la région latérobulbaire	293
D. PAULIAN, I. BISTRICEANO et C. FORTUNESCO. — Gliome périphérique de la jambe d'origine neurovasculaire avec crises de sympathalgies diffuses et tenaces guéries par intervention chirurgicale	293

Anatomic.

J. DELMAS. — Anatomie du sympathique ..	293
L. LARUELE. — La structure de la moelle épinière en coupes longitudinales	294
H.-H. MERRITT, T.-J. PUTNAM et A.-C.-P. CAMPBELL. — Pathogénie de l'atrophie corticale observée dans la démence paralytique ..	294
D. ROTHSCHILD. — Les modifications pathologiques dans les psychoses séniles et leur signification psychologique	294

(Suite du sommaire, page XIV).

SANATORIUM BELLEVUE

A KREUZLINGEN (Suisse)

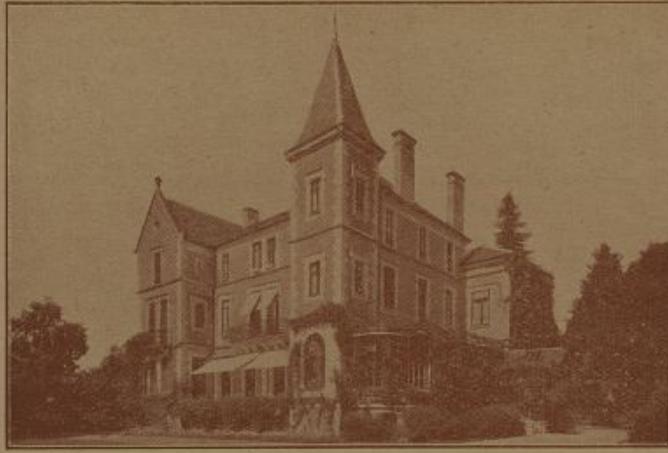
(LAC DE CONSTANCE)

Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS

Fondé en 1857 par le D^r L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, cures d'insuline, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle.
Informations et prospectus par l'Administration.

Médecin-directeur : D^r L. BINSWANGER



CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

Fondé en 1930

ENTIÈREMENT RÉORGANISÉ

VILLA FORMOSE, 1, allées de Morlaàs, PAU (Basses-Pyrénées) — Tél. 27-07

Etablissement de traitement et de réadaptation pour Garçons

Superbe Villa dans le quartier le plus aristocratique de PAU, au milieu d'un grand parc. TRÈS GRAND CONFORT. Exposition entièrement au Midi. Chauffage central. Électricité. Lavabos individuels. Hydrothérapie complète. Vastes dépendances. Salles de Jeux. Jardin d'Hiver. Cinéma. Sport. Gymnastique médicale et rythmique.

Un des rares Etablissements qui soit spécialisé pour

GARÇONS ATTEINTS DE TROUBLES CARACTÉRIELS : nerveux, instables, irritables, insomniaques, coléreux, fantasques, indisciplinés, fugueurs, etc. — Les émotifs, anxieux, psychasthéniques, etc. — Les cyclothymiques. — Les petits pervers : inaffectivité, malignité, mensonges, vols, etc. — Les paranoïaques, les épileptiques sans crises convulsives, les schizoïdes, les mythomanes, etc.

GARÇONS RETARDÉS PÉDAGOGIQUES OU SCOLAIRES EN RETARD DANS LEURS ETUDES par suite de maladie.

Certains enfants peuvent continuer à fréquenter le Lycée tout en recevant à l'Etablissement les soins nécessaires

COURS ET LEÇONS PARTICULIÈRES A L'ÉTABLISSEMENT

-- Latin, Grec, Anglais, Allemand, Musique --

Garnet de Santé neuropsychiatrique — Fiche médicale mensuelle envoyée aux Familles

Prix de Pension à partir de 1.000 fr. par mois. Demandez-nous notre brochure

PAU, la Station la plus sédative de France. Ni vent ni poussière, douceur de l'atmosphère, absence de brouillard ; climat idéal pour ces catégories d'enfants

NON ADMIS : CONTAGIEUX, GRANDS ARRIÈRÉS ET GRANDS AGITÉS

Nombre de places strictement limité

Directeur Médical : Docteur MONESTIER, Médecin honoraire des Hôpitaux Psychiatriques

Directeur des Etudes : M. COCONAS, Professeur spécialisé

J. HANDELSMAN et Z. MESSING. — Gliome diffus 295

Biologie.

A. THOMAS. — Les procédés d'exploration du système nerveux végétatif 295

M. MONNIER. — L'influence du système végétatif central sur les fonctions psychiques normales et pathologiques 295

Ph. PAGNIEZ. — Application de l'électroencéphalographie à l'étude de l'épilepsie 296

F. GOLLA, S. GRAHAM et W. GREY WALTER. — L'électroencéphalogramme dans l'épilepsie 296

M. BROWN et H.-A. PASKIND. — Revue des études physico-chimiques dans l'épilepsie. . . 296

A.-A. CHIROKOV. — Réaction galvano-cutanée dans les névroses et les états limitrophes 296

Endocrinologie.

G. ROUSSY et M. MOSINGER. — Neurocrinie, neuricrinie et transmission humorale des excitations nerveuses 297

P. COSSA et P. SASSI. — Les formes psychiques pures et prévalentes de l'hyperthyroïdie 297

F. BARTOLI. — Contribution à l'étude du test électrique de l'angle d'impédance. Sa valeur dans les thyrotoxicoses 298

P. SAINTON, G. ARDOIN et P. FRANKFURT. — Goitre lingual et hypothyroïdie 298

G. WORMS et H.-P. KLOTZ. — Le rôle physiologique et physiopathologique du thymus. . . 298

J.-L. CLEGG. — Quelques observations sur les glandes endocrines dans les psychoses émotionnelles 298

M. MARTINY. — Corrélations empiriques et expérimentales sur le facteur potassium dans l'insuffisance surrénale 299

A.-O. ETCHEVERRY. — Excitation des nerfs vagues et sécrétion d'insuline 299

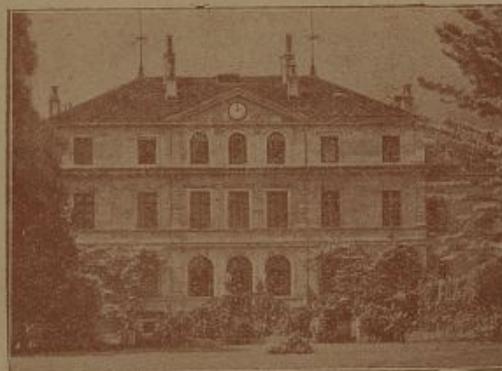
F. MOREL. — Habitus acromégalique et perversion sexuelle 299

H.-A. MORTER, MARIE SIMONSEN et C. WILLIAMS. — Le taux d'oestréine sanguine dans la schizophrénie 299

F. THIÉBAUT, L. GUILLAUMAT et A. PLACA. — Forme cérébrale de l'hypertension artérielle maligne. Sclérose rénale vasculaire maligne et cortico-surrénalome associés 300

(Suite du sommaire page XVII).

Maison de Santé
de PRÉFARGIER
près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : D^r O. RIGGENBACH
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

LES BERGES DU LÉMAN

VEVEY (Suisse)

~~~~~ TÉLÉPHONE : 52.008 ~~~~~



## **AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX**

Cures de repos - Convalescences - Régimes - Désintoxications

## **TRAITEMENT PSYCHOPHYSIOLOGIQUE SPÉCIAL DES NÉVROSES**

Psychothérapie - Méthodes biologiques - Hydrothérapie  
Rééducation

Ateliers d'arts appliqués - Leçons - Sports d'hiver et d'été

*Grand parc - Terrasse - Vue étendue sur les Alpes  
et le Lac Léman*

## **TOUT CONFORT - CUISINE SOIGNÉE**

A quatre minutes en autobus du centre de Vevey



**Médecin-Chef : Docteur M. GUILLEREY**

**Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY**

**Un Médecin-Assistant**

*NOMBREUX PERSONNEL SPÉCIALISÉ*

Téléphone : Vevey 52.008 - Adresse télégraphique : Berges Vevey



RENSEIGNEMENTS DÉTAILLÉS ET PROSPECTUS  
AUPRÈS DE LA DIRECTION MÉDICALE

## CHOIX d'un NEURO-SÉDATIF SANS TOXICITÉ POUR LA PRATIQUE COURANTE

Dans la masse des préparations sédatives qui lui sont offertes, le praticien ne peut exercer en somme qu'un choix restreint.

La plupart de ces préparations, en effet, empruntent leur efficacité à un *barbiturique* de base ; or, l'expérience montre chaque jour au praticien que ses « nerveux » de clientèle, à qui il prescrit une fois un barbiturique, s'y accoutument, s'en procurent à son insu, s'intoxiquent peu à peu, et en viennent alors sans peine au suicide par coma barbiturique.

Depuis les découvertes de Zondeck et Bier, qui ont établi que le sommeil est déclenché par le *brome* des humeurs selon un mécanisme hormonal, le brome thérapeutique retrouve son ancienne faveur et l'on s'ingénie à préparer des composés bromés jouissant d'une telle propriété.

Seule la *sed'hormone*, à base d'un « Dibromocholestérol » de formule voisine de celle de la folliculine, a pu donner, à la dose de *quelques centigrammes* en brome, *sans bromisme ni aucun effet toxique*, les résultats suivants consacrés par l'expérience clinique :

1° Chez les **insomniques**, rétablissement du sommeil dès le début de la cure, non par sidération comme avec les hypnotiques habituels, mais par remise en marche du rythme physiologique, spécialement à la **ménopause** et dans l'**âge mûr**.

2° Dans le **mal comitial**, par substitution progressive totale ou partielle au barbiturique habituel, espacement des accès avec détente des troubles psychiques.

3° Chez les **petits nerveux, surmenés, obsédés, anxieux, névropathes**, sédation de l'énervement, des troubles sympathiques (angoisse, vertiges, migraines).

4° **Cure des toxicomanies** (morphine, cocaïne, barbituriques) par substitution progressive au toxique, lequel se fixe sur le noyau cholestérol.

5° Chez l'**enfant**, sédation des *Convulsions* de l'enfance, de l'*Instabilité* et de l'*Enurésie* d'origine centrale.

6° Sédation du **mal de mer**. — Diminution des premières douleurs de l'**accouchement** (sans perturbation du mécanisme des contractions, ni intoxications du fœtus, à craindre avec les opiacés, la scopolamine et les barbituriques). — **Anesthésie de base chirurgicale**.

### PRESCRIRE LA SED'HORMONE à la dose de

2 à 6 Dragées — ou 1 à 3 Suppositoires par jour

Chez l'*enfant* : 1 à 4 dragées, ou 1 à 2 Suppositoires par jour.

Dans l'*anesthésie de base obstétricale ou chirurgicale* : 1 à 4 Suppositoires.

---

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE  
Laboratoires AMIDO, A. BEAUGONIN, Pharmacien  
4, Place des Vosges -- PARIS, IV<sup>e</sup>

**Hygiène et prophylaxie.**

Z. INADE. — Données épidémiologiques sur l'encéphalite épidémique au Japon ..... 300

A. GALAND, P. GIROD et A. HUDELO. — Permis de conduire et examens psycho-physiologiques ..... 300

H. DESOILLE et H. VALENTIN. — Quels sont les dangers qu'entraîne l'utilisation du plomb tétra-éthyle comme antidétonant ..... 301

L.-A. Mc FARLAND et A.-L. BARACH. — Effets des variations de la tension d'oxygène dans les psychonévroses ..... 301

A. CHEVALLIER et L. ESPY. — Relation entre la teneur du foie en vitamine A et la cholestérolémie ..... 301

C. SCHAEFFER et E. LE BRETON. — L'alcool n'est pas utilisé pour le travail musculaire... 301

D. DE MARTEL et J. GUILLAUME. — L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire. Technique, résultats, indications ..... 302

Ed.-A. PÉRIER. — La ponction sous-occipitale n'est pas dangereuse ..... 302

H. RUSEK. — Le liquide céphalo-rachidien et la physio-pathologie ventriculo-méningée... 302

P. BÜCHLER. — Du pouvoir cérébrolytique du liquide céphalo-rachidien ..... 303

V. KAFKA. — Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis ..... 303

S. TZOVARU et D. THÉODORESCO. — Recherches sur les modifications du liquide céphalo-rachidien après les opérations ..... 303

A. SZÉHY. — Sur la signification des modifications du liquide céphalo-rachidien dans les processus hyperplasiques intracrâniens... 303

P. PINTO PUPO et J. DE ANDRADE SILVA. — La barrière hémato-méningée. Sa perméabilité dans la neuro-syphilis avant et après la pyrétothérapie ..... 304

H. CLAUDE, J. DUBLINEAU, H. EV et Mlle BONNARD. — Recherches sur les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales ..... 304

L. VAN BOGAERT. — Intérêt de l'étude des lipidoses pour la neuro-pathologie. Les lipidoses à phosphatides ..... 305

L. VAN BOGAERT. — Intérêt de l'étude des lipidoses pour la neuro-pathologie. Les lipidoses à cérebrosides ..... 305

(Suite du sommaire page XVIII).



**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).*

**Thérapeutique.**

M. STECK. — L'évolution du pronostic et de la thérapeutique de la schizophrénie ..... 305

Ph. PAGNIEZ. — Le traitement de la schizophrénie par les crises d'épilepsie provoquées par le cardiazol ..... 305

N.-M. ARCALIDES. — Le traitement de la schizophrénie par l'épilepsie provoquée selon la méthode de von Meduna dans l'Hôpital psychiatrique Dromokaition ..... 306

I. NYIRÖ. — Contribution à l'étude des effets de la thérapeutique convulsivante dans la schizophrénie ..... 307

L. V. ANGYAL. — Des théories concernant les mécanismes d'action de l'insulinothérapie et du traitement par le cardiazol dans la schizophrénie ..... 307

H. SCHMID et H. BERSOT. — L'insulinothérapie des psychoses schizophréniques ..... 308

E.-K. KRASNOUCHKIN et G.-M. CHANLARIAN. — Le traitement de la schizophrénie par le choc insulinique ..... 308

K.-A. VANGUENHEIM et Mme P.-L. MAGRATCHEVA. — Le traitement de la schizophrénie par l'hypoglycémie insulinique et le choc ..... 309

M.-J. SEREISKY. — Les manifestations endo et exogènes dans les états hypoglycémiques ..... 309

F. BÜDINGEN. — Eléments d'appréciation de la méthode des chocs insulinniques basés sur l'expérience clinique actuelle ..... 310

B. HORÁNYI-HECHST et A. SZATMÁRI. — Sur les résultats de la thérapeutique par les chocs insulinniques, à la Clinique neuropsychiatrique de Budapest ..... 310

**VARIÉTÉS**

|                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| Société Médico-Psychologique : | Hôpitaux Psychiatriques :            |
| Séances ..... 311              | Légion d'honneur ..... 311           |
| Légion d'honneur ..... 311     | Ordre de la Santé publique ..... 312 |

(Suite du sommaire, page XIX).

**ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE**  
ET  
**MAISON DE CONVALESCENCE**

**Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS**  
*Anciens Internes des Asiles de la Seine*  
*Médecins-Directeurs*

|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><b>VILLA MONTSOURIS</b><br/>130, rue de la Glacière<br/><b>PARIS</b><br/>Téléphone : Gobel. 05-40<br/><b>MARDI, VENDREDI</b><br/><b>2 à 5</b></p> | <p style="text-align: center;"><b>CHATEAU de l'ABBAYE</b><br/><b>VIRY-CHATILLON</b><br/>(S.-et-O.)<br/>Téléphone : Juvisy 76<br/><b>PARC : Huit Hectares</b></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**TRAITEMENT DES MALADIES**  
**NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES**  
**— « PRIX MODÉRÉS » —**

|                                                                                                             |     |                                                                                                              |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Nominations .....                                                                                           | 312 | Premier Congrès National du Néo-Hippocratismisme (Marseille, 29 septembre 1938) ..                           | 316 |
| Hygiène et prophylaxie :                                                                                    |     | Congrès International de Criminologie (Rome, 3-8 octobre 1938) .....                                         | 317 |
| Conseil Supérieur d'Hygiène sociale .....                                                                   | 313 | Médecine légale :                                                                                            |     |
| Réunions et Congrès :                                                                                       |     | En l'honneur du Dr Louis Vervaeck, Directeur général du Service d'Anthropologie criminelle de Belgique ..... | 319 |
| Comptes-rendus du Deuxième Congrès International d'Hygiène mentale (Paris, 19-23 juillet 1937) .....        | 314 | Création d'Écoles de criminologie en Belgique .....                                                          | 319 |
| V <sup>e</sup> Réunion Européenne d'Hygiène mentale (Munich, 22-25 août 1938) .....                         | 315 | Responsabilité des Médecins des Hôpitaux. Jurisprudence .....                                                | 320 |
| Réunion annuelle de la Société des neurologistes et psychiatres allemands (Cologne, 22-27 sept. 1938) ..... | 316 | Conseil Supérieur de l'Instruction publique .....                                                            | 320 |

### INFORMATIONS

|                                                                                      |     |                                                                          |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------|--------|
| XV <sup>e</sup> Congrès français de médecine (Marseille, 26-28 septembre 1938) ..... | xx  | Croisière « Bruxelles médical » dans les mers arctiques (été 1938) ..... | xxviii |
| XV <sup>e</sup> Congrès français d'hygiène .....                                     | xxv |                                                                          |        |

## 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

## INFORMATIONS

### XXV<sup>e</sup> CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE

(Marseille, 26-28 septembre 1938)

Ce Congrès se tiendra à *Marseille*, sous la présidence de M. le Professeur OLMER, les lundi 26, mardi 27 et mercredi 28 septembre 1938.

Le Bureau de ce Congrès est ainsi composé : Professeur OLMER, président ; Prof. AUDIBERT et MATTEI, médecin général BOTREAU-ROUSSEL, vice-présidents ; Prof. ROGER, secrétaire général ; Prof. MONGES, trésorier ; Prof. agrégé POINSO, secrétaire général adjoint ; Prof. agrégé POURSINES, trésorier adjoint.

(A suivre, page d'annonces XXII).

## 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<sup>e</sup>)

# 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

B\*

XXV<sup>e</sup> CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE

(Marseille, 26-28 septembre 1938)

(Suite)

Les rapports porteront sur les questions suivantes :

1° *Les spirochètoses ictériques.* Rapporteurs : MM. J. MONGES et J. OLMER (Marseille), TROISIER et BARIÉTY (Paris), BORDES et RIVOALEN (service de Santé Colonial).

2° *Les hypochlorémies.* Rapporteurs : MM. AMBARD (Strasbourg), MACH (Genève), MAYER, BIGWOOD et VAN DOOREN (Bruxelles).

3° *La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte.* Rapporteurs : MM. MOURIQUAND (Lyon), CHEVALLIER (Marseille), TOULLEC et RIOU (Hanoï), NITZULESCU (Jassy), GIROUD et LEBLOND (Paris), WILDSTAEDT (Upsala).

L'exposé de chaque rapport sera suivi de la discussion du sujet traité et de communications concernant ces sujets eux-mêmes.

(A suivre, page d'annonces XXIII).

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

**XXV<sup>e</sup> CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE**  
**(Marseille, 26-28 septembre 1938)**

(Suite)

Le Comité du Congrès de Marseille fait appel à tous les membres de l'Association des médecins de langue française ainsi qu'aux médecins et savants de toute nationalité pour adhérer au Congrès et venir y exposer leurs travaux, leurs recherches et leurs observations concernant les sujets mis à l'ordre du jour. Les titres des *communications* devront être adressés le plus tôt possible au secrétaire général, et, si le Bureau du Congrès le juge utile, la communication elle-même devra lui être remise avant l'exposé public.

La *cotisation* est fixée à 120 francs pour les membres adhérents (docteurs en médecine, et toute personne s'intéressant à l'évolution des sciences médicales) et à 60 fr. pour les membres associés (membres non médecins des familles des adhérents, internes ou externes des hôpitaux, étudiants en médecine).

(A suivre, page d'annonces XXIV).

**CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE**  
**du DOCTEUR BERSOT**  
*Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)*

Belle situation  
au-dessus  
du Lac de Biemme

Installations  
modernes  
et confortables

2 médecins



Nombre restreint  
de malades

Vastes parcs  
ombragés

Gymnastique, sport  
Promenades  
Occupations variées

- Cures d'insuline, de cardiazol, de sommeil, de fièvre, -  
de désintoxication, de repos et d'isolement. — Psychothérapie

VIE DE FAMILLE — PRIX TRÈS MODÉRÉS

**Docteur H. BERSOT, Médecin-Directeur**

**XXV<sup>e</sup> CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE**

(Marseille, 26-28 septembre 1938)

(Suite)

Les demandes d'inscription sont reçues dès ce jour et doivent être adressées à M. le Prof. MONGES, trésorier, 15, Cours Pierre-Puget, Marseille.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Prof. ROGER, secrétaire général, 66, boulevard Notre-Dame, Marseille.

Le règlement des cotisations sera effectué soit par chèque bancaire ou mandat adressé au Prof. MONGES, trésorier, 15, Cours Pierre-Puget, soit par chèque postal (XXV<sup>e</sup> Congrès Français et Médecine, 43, rue Saint-Jacques, Marseille 475-62).

Pour le logement à Marseille et les facilités de transport, s'adresser à l'agence Duchemin-Exprinter, 26, Avenue de l'Opéra, Paris, 1<sup>er</sup>

(A suivre, page d'annonces XXV).

**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.

## XXV<sup>e</sup> CONGRES FRANÇAIS D'HYGIENE

Le XXV<sup>e</sup> Congrès français d'Hygiène aura lieu à l'Institut Pasteur de Paris, du 3 au 6 octobre 1938.

### PROGRAMME PROVISOIRE

I. Le plan d'équipement sanitaire de la France.

II. L'alimentation et la Santé publique : Influence d'une alimentation rationnelle sur la santé publique. L'alimentation de la population française. Ce qu'elle est. Ce qu'elle devrait être. Réformes à opérer. Moyens à mettre en œuvre. Collaboration à attendre de la part des Pouvoirs publics, des collectivités publiques et privées. Intérêt de la question pour les Caisses d'Assurances sociales.

III. Mutualité, Assurances sociales et Santé publique : Rôle de la Mutualité et des Assurances sociales dans la protection de la santé publique en général et dans la lutte contre les fléaux sociaux en particulier. Réalisations pratiques dans la lutte contre la mortalité infantile ; la tuberculose ; les maladies vénériennes ; les autres fléaux

(A suivre, page d'annonces XXVI).

## CLINIQUE PRIVÉE

D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

## KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D<sup>r</sup> Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intrarachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapeutiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

### CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

## XXV<sup>e</sup> CONGRES FRANÇAIS D'HYGIENE

(Suite)

sociaux (*maladies mentales, alcoolisme, rhumatisme et maladies gynécologiques*). Rôle des médecins hygiénistes (I.D.H., B.D.H.) dans le développement de la politique sanitaire des Caisses d'Assurances sociales. Coordination de l'action sanitaire et sociale des Caisses d'Assurances sociales avec les organismes de protection sanitaire et sociale publiques et privés.

IV. Conférences : L'alimentation facteur de progrès social. Rôle des fonctionnaires sanitaires dans la protection des populations civiles contre le péril aéro-chimique.

V. Visites : Etablissements d'alimentation. Installations et appareils de protection contre les dangers aéro-chimiques.

La Société accueillera avec plaisir les communications portant sur un sujet entrant dans le programme ci-dessus énoncé et dont les titres lui parviendront avant le 31 juillet 1938, à l'adresse du *Secrétaire général* de la Société : M. X. LECLAINCHE, 18, rue de Tilsitt, Paris (17<sup>e</sup>).

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

**Epilepsie**  
**ALEPSAL**

**simple, sûr, sans danger**

*Echantillons & Littérature*  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.



## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**Dr Marcel DHERS**

◆  
*Climat toni-sédatif*

MAISON  
de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~

~~~~~  
Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences
●



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrus)

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.

**CROISIÈRE « BRUXELLES MEDICAL »  
DANS LES MERS ARCTIQUES (ETE 1938)**

Tous ceux, — et ils sont fort nombreux, — qui s'intéressent aux initiatives de *Bruxelles médical*, seront heureux d'apprendre que notre confrère belge annonce, pour les grandes vacances 1938, une nouvelle et magnifique croisière en Norvège et au Spitzberg, avec retour par le Danemark.

*Itinéraire* : Dunkerque, Kopervik, Aalesund, Oye, Mérok, Diger-mulen-Troll, Tromsø, Spitzberg (Magdalena Bay, Cross Bay, King's Bay, Skansen Bay, Temple Bay, Advent Bay), île de l'Ours, cap Nord, Hammerfest, Lyngseidet, Narvik, Aandalsnes, Molde, Bergen, Odda, Oslo, Copenhague, Dunkerque.

Cette croisière, dont les prix sont des plus avantageux (depuis 5.500 francs français en 1<sup>re</sup> classe et 2.500 francs français en classe touriste), s'effectuera, sur luxueux paquebot français de 15.000 tonnes, du 19 juillet au 12 août.

Pour recevoir le programme détaillé de la croisière et pour les inscriptions, s'adresser à *Bruxelles médical*, 141, rue Belliard, Bruxelles.



**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 2.000 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° 3 (tome II), OCTOBRE 1938

MÉMOIRES ORIGINAUX

|                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| R. GAUPP. — Les tendances du développement de la psychiatrie allemande .....                                                     | 321 |
| H. EY et M <sup>me</sup> BONNAFOUX-SÉRIEUX. — Etudes cliniques et considérations nosographiques sur la « démence précoce » ..... | 360 |
| J. VIGNAUD. — La réforme de la loi de 1838 vue par un Médecin-Directeur de Maison de Santé privée .....                          | 395 |

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 24 octobre 1938

|                                                                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Adoption du procès-verbal .....                                                                                                              | 400 |
| Correspondance .....                                                                                                                         | 400 |
| Date de l'Assemblée générale .....                                                                                                           | 401 |
| Election de 4 membres correspondants nationaux .....                                                                                         | 401 |
| J. DELMOND et J. CANNÈRE. — Le syndrome psychologique dans les cas de perversité par encéphalite épidémique chronique à forme retardée ..... | 401 |

|                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| X. ABÉLY et J. FRETET. — Erotomane et jaloux de sa mère .....                                | 412 |
| A. BROCHADO. — Un nouveau symptôme des traumatismes crâniens : la mydriase consécutive ..... | 417 |
| A. DONNADIEU. — Vagotonie et syndrome de démence précoce. Disparition par l'atropine .....   | 421 |
| A. DONNADIEU. — Epilepsie post-malariathérapeutique. Etiologie. Mécanisme .....              | 424 |

(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

**SOCIÉTÉS**

**Société Royale de Médecine mentale  
de Belgique**

*Séance du 30 juillet 1938*

J. TITICA. — Les « Services ouverts » ..... 430

**Société belge de Neurologie**

*Séance du 30 juillet 1938*

- L. VAN BOGAERT et P. MARTIN. — Une association exceptionnelle : encéphalite léthargique chronique et arachnoidite occlusive de la fosse cérébrale postérieure ..... 431
- L. VAN BOGAERT et NUYTEMANS. — Le complexe aréflexie tendineuse généralisée et tétanie ..... 432
- R. NYSSSEN, R. BUSSCHAERT et R. DELLAERT. — Le tremblement parkinsonien est-il synchronique ou asynchrone ? ..... 432

**RÉUNIONS ET CONGRÈS**

**XI<sup>e</sup> Congrès des Sociétés  
d'Oto-Neuro-Ophthalmologie**

*Bordeaux 3-5 juin 1938*

G. DE MORSIER. — Les hallucinations. Etude oto-neuro-ophthalmologique ..... 433

**COMMUNICATIONS DIVERSES**

- J. LHERMITTE. — Les visions d'un poète ... 438
- FRANCESCHETTI. — Sur le rapport entre les phénomènes mécaniques provoqués et certaines affections oculaires ..... 438

- QUERCY et LACHAUD. — Sur la structure du chiasma optique humain ..... 438
- Ch. DEJEAN. — Les phantopsies de Truc ; trois nouvelles observations ; essai pathogénique ..... 439
- G. WEILL. — Formes rares d'hallucinations visuelles chez les aveugles ..... 439
- LHERMITTE et BINEAU. — Hallucinations et fonctions vestibulaires ..... 439
- H. PROBY. — Recherches sur l'audition colorée ..... 439
- P. DELMAS-MARSALET et BESSIERE. — Hémichromatopsie avec hallucinose hémianopsique. ..... 439
- P. PESME. — Hallucinose visuelle sénile type Charles Bonnet ..... 440

*(Suite du sommaire page IV).*

**CHATEAU**

**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**

**DE**

— **MAISON DE SANTÉ MODERNE** —  
**POUR DAMES ET JEUNES FILLES**

**L'HAY-LES-ROSES**



**INSTALLATION  
DE  
PREMIER ORDRE**  
*Notice sur demande*  
2, rue Dispan  
**L'HAY-  
LES-ROSES**  
(SEINE)  
**TÉLÉPHONE : 5**

**AFFÉCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX**  
**- CURES DE DÉSINTOXICATION -**  
**- DE REPOS ET DE RÉGIMES -**

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

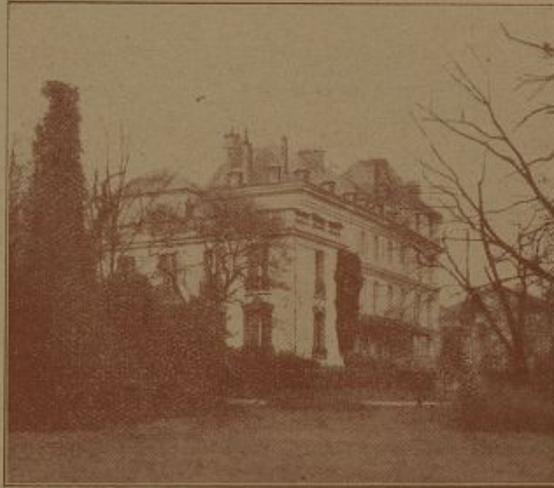
Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



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

E. et M. ESCAT. — Un cas d'hallucrose auditive visuelle et générale chez une ancienne otopathique ..... 440  
 H. HOFFER et G. HIRTZ. — Education médico-pédagogique des déficients sensoriels ..... 441  
 A. VIELA. — Une observation d'audition colorée ..... 441

**Congrès Hollando-Belge  
de Neurologie et de Psychiatrie**

1<sup>re</sup> Session, Gand-Bruxelles  
24-25 septembre 1938

G. VERMEYLEN. — Sur les rapports cliniques entre la démence précoce et les encéphalites .. 442  
 E.-A.-D.-E. CARP. — Sur les indications de la méthode psychologique individuelle ..... 445  
 VAN GERUCHTEN. — Trois cas d'encéphalite avec stase papillaire ..... 445  
 J. TITEGA. — Un cas de démence précoce post-encéphalitique ..... 446  
 J. FORTANIER. — Sur la signification du sentiment de la mort au cours des chocs à l'insuline et au cardiazol ..... 446  
 DE MONCHY. — Deux cas de névrose obsessionnelle ..... 446  
 SIMONS et LIETJENK. — Recherches sérologiques dans les psychoses ..... 446  
 DIVRY. — Le problème des plaques séniles. 447  
 STOKVIS. — Les modes réactionnels individuels à l'examen psychophysique ..... 447

C. HEYMANS et J. DOUCKAERT. — Symptômes nerveux déclenchés par la compression du sinus carotidien ..... 447  
 L. VAN BOGAERT. — Idiotie avec amaurose chez un enfant d'Israélites polonais, en dehors de la forme de Tay Sachs ..... 447  
 R. NYSSSEN et R. BUSSCHAERT. — Constatations expérimentales relatives à la signification des changements du niveau pléthysmographique ..... 448  
 A. LEROY. — A propos d'un nouveau traitement d'affections allergiques ..... 448  
 B. BROUWER et A. BIEMOND. — Les affections parenchymateuses du cervelet et leur signification du point de vue de l'anatomie et de la physiologie de cet organe ..... 448  
 C.-U.-A. KAPPERS. — Les connexions afférentes et efférentes du centre hypothalamique autonome, et la question de la localisation des fonctions ortho- et parasympathiques dans l'hypothalamus ..... 451  
 J. STOFFELS. — L'organisation du thalamus et du cortex cérébral ..... 451  
 H. DE JONG. — A propos de la catatonie expérimentale ..... 451  
 H. DE JONG. — Kyste dermoïde de la queue de cheval dans un cas de rachischisis ..... 451  
 I. OIJENICK. — A propos du diagnostic et du traitement chirurgical des anomalies congénitales du système nerveux central et des méninges ..... 451  
 F. VERBERK. — La neurochirurgie des nerfs crâniens ..... 452

(Suite du sommaire, page VI).

# 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 900 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

# 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

V. SCHENK, J. SANDERS et P. VAN VEEN. — Atrophie lobaire de Pick ..... 452  
 G. MUYLE. — A propos de quelques cas d'hyperostose frontale interne ..... 452  
 J. DE BUSSCHER. — Chondrome s'étant substitué à presque tout l'hémisphère cérébral gauche d'un

enfant de 13 ans ..... 452  
 H.-J. SCHEER. — Les formes de croissance des gliomes et leur importance pratique ..... 453  
 M. GERETZOFF. — Projection des voies sensitives dans le thalamus ..... 453

**ANALYSES**

**LIVRES, THÈSES, BROCHURES**

**Psychiatrie.**

A. BROCHADO. — Etudes sur les syndromes schizophréniques ..... 454  
 R. VERCIER. — Les états de déséquilibre mental, considérations théoriques et cliniques .. 455

**Neurologie.**

H. LEY. — Les polyradiculonévrites avec dissociation albuminocytologique et à évolution favorable. Syndrome de Guillain et Barré 455  
 H. ROGER. — Les méningo-neurobrucelloses 456  
 A. SÉZARY. — La syphilis du système nerveux. Pathologie générale, traitement, prophylaxie ..... 457

**Thérapeutique.**

J.-F. BUVAT. — Essai de traitement de la migraine et de l'épilepsie par les solutions hypertoniques. Etude clinique et expérimentale 458

**JOURNAUX ET REVUES**

**Psychiatrie.**

MARES CAHANE et T. CAHANE. — Recherches sur les réflexes conditionnels dans certaines psychoses ..... 459  
 A. SALMON. — Les noyaux hypothalamiques dans la vie psycho-affective ..... 459  
 G. DE MOISIER. — Contribution à l'étude des centres vestibulaires corticaux et des hallucinations lilliputiennes ..... 459  
 R.-D. GILLEPSIE. — Amnésie ..... 460  
 P. DELMAS-MARSALET. — Le trouble aphasique ne constitue pas un déficit statique ..... 460  
 P.-R. BIZE. — Le problème de l'énurésie .. 461  
 R. LIÈGE. — Hystérie, pithiatisme, mythomanie et maladies simulées dans l'enfance ..... 461  
 M. KERN. — Dessins de maisons par des enfants ..... 461  
 L.-A. LUNE. — Troubles du comportement des enfants dont l'intelligence est sub-normale 462

(Suite du sommaire, page VIII).

**NEURINASE**

*Amorce le  
sommeil naturel*

Insomnie  
Troubles nerveux

*Ech<sup>ons</sup> & Littérature*  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER  
2 Rue du Débarcadère PARIS

# 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 -- --

|                                                                                                                                                              |     |                                                                                                                                     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I. CONSTANTINESCO, D. CONSTANTINESCO et M. STOINESCO. — Sur un cas de paralysie générale juvénile .....                                                      | 462 | J.-H. WALL. — Etude de l'alcoolisme chez la femme .....                                                                             | 466 |
| G. CONSTANTINESCO et A. DOSIOS. — Formes cliniques similaires de paralysie générale chez deux frères .....                                                   | 462 | PREDĂ, IONASIU et STĂRNESCU. — Un cas d'hallucino-<br>cino-chronique avec multiples personnalités .....                             | 466 |
| A. DOSIOS et N. DEMETRIU. — Sur un cas de fracture spontanée chez un paralytique général .....                                                               | 462 | B. MALZBERG. — Mortalité des malades atteints de mélancolie d'involution .....                                                      | 467 |
| M. PALAZZOLI. — Pathogénie des impuissances sexuelles d'origine émotive .....                                                                                | 463 | M. GROVER. — Etude de cas de folie à deux .....                                                                                     | 467 |
| P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO. — Considérations pathogéniques sur quelques psychoses aiguës .....                                                          | 463 | L. IONASIU et C. LUNGU. — La schizophrénie chez les jumeaux .....                                                                   | 467 |
| A. POPPA, R. DEMETRESCO et A. DOSIOS. — Réflexions sur l'étiologie de certains symptômes psychiques, à propos d'un cas d'encéphalite rhumatismale .....      | 463 | E. GUTTMANN et W.-S. MACLAY. — Observations cliniques sur les dessins de schizophrènes .....                                        | 467 |
| E. WEXBERG. — Remarques sur la psychopathologie des crises oculogyrées dans l'encéphalite épidémique .....                                                   | 464 | R. RIBEIRO. — Les schizophrénies. — Etude statistique et son application à l'hygiène mentale .....                                  | 468 |
| N.-D.-C. LEWIS. — Phénomènes psychiques associés à l'insuffisance cardiaque .....                                                                            | 464 | G. LANGFELDT. — Le pronostic dans la schizophrénie et les facteurs qui influencent le cours de la maladie .....                     | 468 |
| L. CORNIL et J. ALLIEZ. — Foie et troubles mentaux .....                                                                                                     | 464 | M.-P. WITTMAN. — Aperçu sur les théories opposées concernant l'étiologie de la soi-disant « démence » dans la démence précoce ..... | 468 |
| M. KESCHNER, M.-B. BENDER et I. STRAUSS. — Symptômes mentaux dans les cas de tumeurs sub-tentorielles .....                                                  | 465 | D.-N. PARFITT. — La solitude et le syndrome paranoïde .....                                                                         | 469 |
| G. BOSCH et R. ORLANDO. — La forme tardive de l'encéphalite centrolobaire symétrique .....                                                                   | 465 | H. CLAUDE. — Quelques remarques sur les rapports de l'hystérie et de la schizophrénie .....                                         | 469 |
| I. CONSTANTINESCO, E. MITROFAN et M. STOINESCO. — Troubles mentaux à réactions antisociales, survenus tardivement à la suite d'un traumatisme cérébral ..... | 466 | D. PAULIAN. — Les connaissances actuelles sur l'hystérie .....                                                                      | 470 |
|                                                                                                                                                              |     | J. FROMENT. — Le problème de l'hystérie et ses dilemmes .....                                                                       | 470 |
|                                                                                                                                                              |     | H. BARUK. — Quelques remarques sur la position du problème de l'hystérie .....                                                      | 470 |
|                                                                                                                                                              |     | A. SALMON. — Le problème de l'hystérie .....                                                                                        | 471 |

(Suite du sommaire, page X).

## *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>e</sup> H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN  
TOUTE  
L'ANNÉE 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 théas  
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.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

V.-M. BUSCAINO. — L'hystérie au point de vue biologique ..... 472

G. MARINESCO. — Contribution à l'étude des troubles sensitifs hystériques et le rôle des réflexes conditionnés dans la physio-pathologie de l'hystérie ..... 472

LAIGNEL-LAVASTINE. — Note sur le mécanisme psycho-physiologique de certains cas de pithiatisme ..... 472

C. VINCENT. — L'hystérie et les fonctions diencéphaliques (Etude neurologique) ..... 473

A. RADOVICI. — L'hystérie et le diencéphale ..... 473

E. GELEA. — L'hystérie et le pithiatisme vus par un psychiatre ..... 474

I. CONSTANTINESCO et D. CONSTANTINESCO. — L'hystérie dans les services de maladies mentales ..... 474

A. DIMOLESCO. — Considérations sur le mécanisme et le traitement du mutisme hystérique ..... 475

I. POPESCU. — Les facteurs sociaux dans le mécanisme de l'hystérie ..... 475

PREDA et STOENESCU. — Le rapport entre l'hystérie et l'hypnose ..... 475

PREDA. — Les causes qui rendent plus rares l'apparition des états d'hystérie et l'emploi de l'hypnose ..... 476

PREDA. — Le parallélisme de l'évolution dans l'hystérie et l'hypnose ..... 476

G. PREDA. — Les conditions dans lesquelles sont créés les états de l'hystérie (névrose spontanée) et de l'hypnose (névrose provoquée) ..... 477

PREDA. — L'explication de la bonne foi dans les deux névroses : hystérie et hypnose ..... 477

**Neurologie.**

LAIGNEL-LAVASTINE. — Introduction à la symptomatologie clinique ..... 478

E.-B. FERRIS R.-B. CAPPS et S. WHISS. — Les rapports du sinus carotidien avec le système nerveux automatique et les névroses ..... 478

H. ABOULKER. — Tonométrie cérébrale directe ..... 479

I. SILBERPFENNIG et H. URBAN. — Hémihyperpathie du goût ..... 479

J. DE AZUAGUERRA et G. DAUMEZON. — Douleurs centrales d'origine bulbo-protubérantielle ..... 479

A.-T. ROSS. — Le syndrome prémoteur ..... 480

E. HERMAN. — Nouveau signe dans les hémiparésies ..... 480

H. SCHAEFFER. — Hémiplegie corticale et rétinite brightique chez une tuberculeuse avec purpura ..... 480

J.-A. CHAVANY et A. PLACA. — L'hémiplegie dans les tumeurs cérébrales et spécialement dans les tumeurs des hémisphères ..... 480

H. ROGER, M. ARNAUD et J.-E. PAILLAS. — Le signe du trapèze dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure ..... 481

Mlle S. ROUSSET. — Epilepsie et manifestations intracrâniennes de la maladie de Hodgkin ..... 481

L. RAMOND. — Epilepsie jacksonienne ..... 481

Ph. PAGNIEZ, A. PLECHER et A. VARAY. — Crises épileptiques par bromure de camphre ..... 481

L. BABONNEIX. — L'épilepsie « essentielle » s'accompagne parfois de lésions crâniennes décelables à la radiographie ..... 481

W.-G. WEIGNER. — Chorée gravidique ..... 482

(Suite du sommaire, page XII).

# LA MÉTAIRIE

(près NYON, sur le Léman)

Tél. : Nyon 95.626

## CENTRE DE RECHERCHES ET DE TRAITEMENTS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



Traitements soigneusement discutés et dosés de toutes  
 -- -- les affections nerveuses et mentales -- --  
 -- Ambiance cordiale, pays magnifique, climat doux --  
 Institut pathopsychologique annexe (pupillographie, etc.)

-- -- Villa pour enfants anormaux -- --

D<sup>r</sup> E. GONET                      Prof. O. LÖWENSTEIN  
Médecin-Chef

M<sup>mo</sup> le D<sup>r</sup> CALAME

# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près N<sup>Y</sup>ON (Suisse)

ÉTABLISSEMENT 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 50 hectares



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion  
Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline,  
pyréthothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X —  
Cabinet dentaire

||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- -- |||  
-- -- Etudes et leçons particulières dans l'établissement -- --  
-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --  
-- -- Trois tennis — Bains du lac — Equitation -- --

Quatre médecins assurent les traitements.  
Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre  
de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les  
cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique : ||| Téléphones { Service Médical : Nyon 95.441  
Rivaprangins, Nyon { Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Doctent à l'Université de Genève.

A. DOSIOS et N. DEMETRIU. — Méningo-encéphalite saturnine ..... 482  
 H. CLAUDE et J. CUEL. — Paralyse générale évoluant au début sous le masque d'une striatite syphilitique ..... 482  
 J.-C. YASKIN et K. KORNBLUM. — Aspects neurologiques de la pétérosite ..... 483  
 H. ABOLKER. — Essai de classification des méningites d'origine otitique ..... 483  
 Th. DE MARTEL et J. GUILLAUME. — Les méningites séreuses circonscrites (cloisements des espaces sous-arachnoïdiens et ventriculaires) ..... 483  
 M. RAYMOND. — Sur un cas de méningite bénigne des porchers ..... 483  
 A.-P. SMITH. — Lepto-méningite hypertrophique iuetique ..... 484  
 Th. ALAJOUANINE et M. BASCOURET. — Le syndrome de l'œdème aigu cérébro-méningé. ..... 484  
 M. DAVID et H. ASKENASY. — Les méningiomes olfactifs ..... 484  
 D. PETIT-DUTAILLIS. — Des accidents nerveux tardifs après les traumatismes méconnus du rachis cervical et de leur traitement chirurgical. ..... 484  
 H. LEA PLAZA et S. RODRIGUEZ. — Quelques considérations sur les syndromes médullaires dans Péthylisme chronique ..... 485  
 J.-H. GLOBUS. — Contribution à l'étude des Röntgenogrammes obtenus après injection de Ipiodol ..... 485  
 G.-W. HALL et R.-P. MACKAY. — Formes d'ataxie familiale ressemblant à la sclérose multiple ..... 485  
 H. ROGER, J. PAILLAS et J. VAGUE. — Syndrome de Landry et syphillis ..... 486

ANDRÉ-THOMAS. — Paralyse unilatérale des six derniers nerfs crâniens. Méningiome de la fosse cérébelleuse ..... 486  
 J.-R. HUNT. — Névralgie géniculée (névralgie du nerf facial) : contribution consécutive au système sensoriel du nerf facial et à ses états névralgiques ..... 486  
 E. DE CERQUIERA FALCAO. — Vulnérabilité insolite du facial dans l'aqueduc de Fallope ..... 487  
 S. DE SÈZE. — A propos de quelques affections du système nerveux ..... 487

**Hygiène et prophylaxie.**

C. HAYE et LAUZIER. — L'hygiène et la prophylaxie mentales bases de l'assistance psychiatrique ..... 487  
 I. POPESCU. — La genèse sociale de l'hérédité psychologique ..... 488  
 R. INADA. — Du mode d'infection dans l'encéphalite épidémique ..... 488  
 E.-E. KRAFT. — L'influence du rythme saisonnier sur la fréquence des maladies mentales... 488  
 A. BROUSSEAU. — Corrélations entre pathologie humaine et météorologie. Les idées de Petersen ..... 488

**Assistance.**

M. DESRUELLES et H. BEASOT. — L'assistance aux aliénés en Europe. — Les Etats Baltes : Esthonie. — Lettonie. — Lithuanie ..... 489  
 M. DESRUELLES et H. BEASOT. — L'assistance aux aliénés en Europe : U.R.S.S. .... 489

(Suite du sommaire, page XIV).

**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

# 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 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.  
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, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlordrie.  
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-encéphaliques.  
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 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 Cgts (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Cgts.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

M. DESRUELLES et H. BERSOT. — L'assistance aux aliénés en Europe : Pologne ..... 489  
 M. DESRUELLES et H. BERSOT. — L'assistance aux aliénés en Europe. Les Etats Scandinaves : Danemark, Suède, Norvège, Finlande.... 489

J.-F. PERKINS, E.-F. FISU, O.-F. KELLY, J.-W. MANNAN, L.-V. BRIGGS, Th.-P. DILLON et J.-M. GRAY. — Rapport de la Commission spéciale établie pour étudier les relations de la psychopathie avec l'Etat ..... 490

**VARIÉTÉS**

**Société Médico-psychologique :**  
 Séances ..... 491  
 Nécrologie ..... 491

**Hôpitaux psychiatriques :**  
 Nécrologie ..... 491  
 Légion d'honneur ..... 492  
 Honorariat ..... 492  
 Faculté de Médecine de l'Université de Lille ..... 492  
 Nominations ..... 492  
 Postes vacants ..... 492  
 Concours pour deux postes de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Elida-Joinville (Algérie) ..... 493  
 Concours pour l'internat en Médecine des Hôpitaux psychiatriques de la Seine ..... 493

**Réunions et Congrès :**  
 Réunion de la Société Suisse de Psychiatrie ..... 493  
 Troisième Réunion de psychothérapeutes. 494

**Hygiène et Prophylaxie :**  
 Une nouvelle Société de patronage de psychopathes convalescents ..... 494  
 Une statistique des stérilisations pour troubles mentaux effectuées aux Etats-Unis de 1910 à 1937 ..... 495  
 La réaction de Bordet-Wassermann prématrimoniale à New-York ..... 495  
 L'intoxication par le haschich en Afrique du Sud ..... 495

**Médecine légale :**  
 Pratique illégale de la psychothérapie ... 496

**Ministère de la Santé publique :**  
 Direction de l'Hygiène et de l'Assistance.. 496

**Université de Lyon :**  
 Faculté de Médecine ..... 496

**Université de Lille :**  
 Nécrologie ..... 496

**Université de Nancy :**  
 Nécrologie ..... 496

**INFORMATIONS**

XLIII<sup>e</sup> Session du Congrès des Médecins aliénés et neurologistes de France et des pays de langue française ..... XVIII  
 Association Internationale de cosmobiologie ..... XXII

IV<sup>e</sup> Congrès International de pathologie comparée (Rome 1939) ..... XXVI  
 VII<sup>e</sup> Congrès International de génétique ..... XXVIII

**CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE**

**du DOCTEUR BERSOT**

*Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)*

Belle situation  
 au-dessus  
 du lac de Bienné  
 .....

Installations  
 modernes  
 et confortables  
 .....

2 médecins



Nombre restreint  
 de malades  
 .....

Vastes parcs  
 ombragés  
 .....

Gymnastique, sport  
 Promenades  
 Occupations variées

- Cures d'insuline, de cardiazol, de sommeil, de fièvre, -  
 de désintoxication, de repos et d'isolement. — Psychothérapie

VIE DE FAMILLE — PRIX TRÈS MODÉRÉS

**Docteur H. BERSOT, Médecin-Directeur**

# KANEURON

Solution Stable

le plus maniable —  
— le plus assimilable —  
— le plus actif —  
des sédatifs phylo-barbituriques  
de par sa forme soluble.

10 GOUTTES 0,01 de  
Phényléthylmalonylurée sodique  
Crataegus Passiflore  
Paullinia  
Correctif anti-dépresseur

Stabilisateur type des  
troubles Vago-sympathiques  
Angoisses  
Sédatif de l'hyper-excitation.

## SIDÉRANYL

Spasmolytique  
magnésien  
Borotartrate de magnésie

Epilepsie et équivalents  
épileptiques (Vertiges)  
Instabilité psychomotrice

## SERVO-FREINYL

Borotartrate Mg et Ca  
Carbonate de calcium  
Phényléthylmalonylurée  
Parathyroïdine, Ergostérine

Troubles du Caractère  
Tics  
Terrain Tétanique

## SPASMOCALCYL

Borotartrate  
Bromure de Ca  
Iodure  
Peptones de lev. de Bière

Terrain spasmophile  
Etats Convulsifs des  
Enfants

Echantillons et Littérature sur demande aux  
LABORATOIRES LABIOLA 52 rue de Cambrai  
LILLE NORD

MÉDICATION SÉDATIVE  
*du*  
SYSTÈME NERVEUX

|          |                                                    |
|----------|----------------------------------------------------|
| <b>G</b> | <b>GARDÉNAL</b><br><i>Phényl-éthyl-malonylurée</i> |
| <b>R</b> | <b>RUTONAL</b><br><i>Phényl-méthyl-malonylurée</i> |
| <b>S</b> | <b>SONÉRYL</b><br><i>Butyl-éthyl-malonylurée</i>   |

UNE GAMME D'HYPNOTIQUES  
SPECIA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON - PARIS-8<sup>e</sup>

ODETTE  
1924



## 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

### XLIII<sup>e</sup> SESSION DU CONGRES DES MEDECINS ALIENISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

*La XLIII<sup>e</sup> Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française se tiendra à Montpellier du 22 au 29 septembre 1939.*

*Président* : M. le Professeur H. ROGER, de la Faculté de Médecine de Marseille.

*Vice-Président* : M. le Professeur A. POROT, de la Faculté de Médecine d'Alger.

*Secrétaire général* : M. le Professeur P. COMBEMALE, Médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Bailleul.

*Secrétaire annuel* : M. le Docteur HUGUES, Médecin-chef du quartier d'Hospice de Font-d'Aurelle, près Montpellier.

*Trésorier* : M. le Docteur VIGNAUD, de Paris.

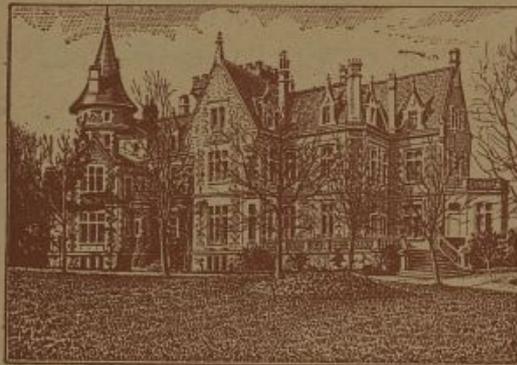
Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XLIII<sup>e</sup> Session.

(A suivre, page d'annonces XX).



## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**Dr Marcel DIERS**

◆  
*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

**TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE
DES SYNDROMES SYMPATHIQUES
et PARASYMPATHIQUES**

•
ANGOISSE _ ANXIÉTÉ _ INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE, etc...

La Passiflorine
RÉAUBOURG

uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES



Passiflora
incarnata
Salix alba
Crataegus
oxyacantha

Laboratoires **G. RÉAUBOURG** _ 115, rue de Paris _ BOULOGNE (V) SEINE

G. Réaumur

**XLIH^e SESSION DU CONGRES
DES MEDECINS ALIENISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE
(Suite)**

PSYCHIATRIE : *Les anorexies mentales* par M. le Docteur Alb. GÉNÉMIEX, chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Marseille.

NEUROLOGIE : *Les problèmes neurologiques et psychiatriques immédiats et tardifs des traumatismes crâniens*, par M. le Docteur Paul SCHMITE (in memoriam) et M. le Docteur Jean SIGWALD, ancien chef de clinique neurologique à la Salpêtrière, Paris.

MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE : *Des conditions de sortie des aliénés délinquants ou criminels*, par le Docteur Pierre LÉCULIER, Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques.

Les inscriptions sont reçues par le Docteur VIGNAUD, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris, 14^e, c.-c. postal, Paris, 456.30. Le prix de la cotisation à la session est de 100 fr. (*membres adhérents*). Les membres inscrits avant le 10 août 1939 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur P. COMBEMALE, secrétaire général, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

(A suivre, page d'annonces XXII).

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



CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

Fondé en 1930

ENTIÈREMENT RÉORGANISÉ

VILLA FORMOSE, 1, allées de Morlaàs, PAU (Basses-Pyrénées) — Tél. 27-07

Etablissement de traitement et de réadaptation pour Garçons

Superbe Villa dans le quartier le plus aristocratique de PAU, au milieu d'un grand parc. TRÈS GRAND CONFORT. Exposition entièrement au Midi. Chauffage central. Électricité. Lavabos individuels. Hydrothérapie complète. Vastes dépendances. Salles de Jeux. Jardin d'Hiver. Cinéma. Sport. Gymnastique médicale et rythmique.

Un des rares Etablissements qui soit spécialisé pour

GARÇONS ATTEINTS DE TROUBLES CARACTÉRIELS : nerveux, instables, irritables, insomniaques, coléreux, fantasques, indisciplinés, fugueurs, etc. — Les émotifs, anxieux, psychasthéniques, etc. — Les cyclothymiques. — Les petits pervers : inaffectivité, malignité, mensonges, vols, etc. — Les paranoïaques, les épileptiques sans crises convulsives, les schizoïdes, les mythomanes, etc.

GARÇONS RETARDÉS PÉDAGOGIQUES OU SCOLAIRES EN RETARD DANS LEURS ETUDES par suite de maladie.

Certains enfants peuvent continuer à fréquenter le Lycée tout en recevant à l'Etablissement les soins nécessaires

COURS ET LEÇONS PARTICULIÈRES A L'ÉTABLISSEMENT

-- Latin, Grec, Anglais, Allemand, Musique --

Carnet de Santé neuropsychiatrique — Fiche médicale mensuelle envoyée aux Familles

Prix de Pension à partir de 1.000 fr. par mois. Demandez-nous notre brochure

PAU, la Station la plus sédative de France. Ni vent ni poussière, douceur de l'atmosphère, absence de brouillard ; climat idéal pour ces catégories d'enfants

NON ADMIS : CONTAGIEUX, GRANDS ARRIÉRÉS ET GRANDS AGITÉS

Nombre de places strictement limité

Directeur Médical : Docteur **MONESTIER**, Médecin honoraire des Hôpitaux Psychiatriques

Directeur des Etudes : M. **COCONAS**, Professeur spécialisé

ASSOCIATION INTERNATIONALE
DE COSMOBIOLOGIE

Au cours du premier Congrès international de cosmobiologie, tenu à Nice et sur la Côte d'Azur, du 2 au 7 juin 1938, auquel vingt nations étaient représentées, il a été décidé de créer une *Association internationale de cosmobiologie*, continuant la précédente association d'études des radiations solaires, terrestres et cosmiques, formée, en 1932, par la *Société médicale de climatologie et d'hygiène du littoral méditerranéen*.

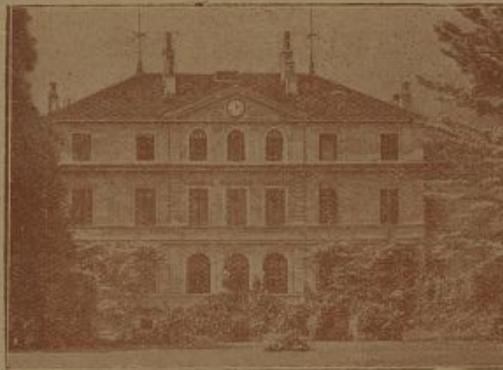
Le nouveau groupement de cosmobiologie travaillera en collaboration avec l'organisation internationale de météorologie et comprendra des sections ou comités dans chacune des nations adhérentes.

Le *secrétariat central* demeurera à Nice, 24, rue Verdi.

La première Assemblée générale de l'*Association de cosmobiologie*

(A suivre, page d'annonces XXIV).

Maison de Santé
de PRÉFARGIER
près Neuchâtel - SUISSE



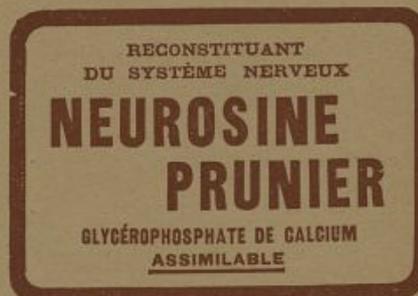
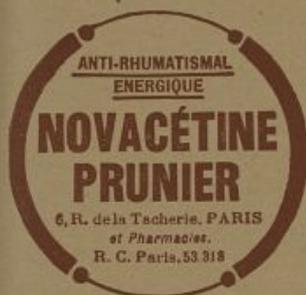
Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : D^r O. Riggenbach
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.



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'Établissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles,
route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

ASSOCIATION INTERNATIONALE
DE COSMOBIOLOGIE

(Suite)

a eu lieu à *La Malou* (Hérault), les *samedi 10 et dimanche 11 septembre 1938*, avec l'ordre du jour que voici :

- 1° Examen des statuts ;
- 2° Edition des comptes rendus du premier Congrès international ;
- 3° Préparation du deuxième Congrès international de cosmobiologie, à New-York, en 1939 ;
- 4° Programme et date de la deuxième Assemblée générale, qui sera tenue sur la Riviera italienne, sous la présidence du professeur Sabatini. Clinique médicale de la Royale Université de Gènes ;
- 5° Formation des sections ou Comités nationaux ;
- 6° Projection de films cosmobiologiques (éruptions solaires et accidents terrestres).

Pour tous renseignements, adhésions, communications, écrire au docteur Maurice FAURE, à *La Malou* (Hérault).

(A suivre, page d'annonces XXVI).

CLINIQUE PRIVÉE

D^r Th. BRUNNER

KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D^r Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intra-rachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapeutiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D^r Th. BRUNNER

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 CI. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

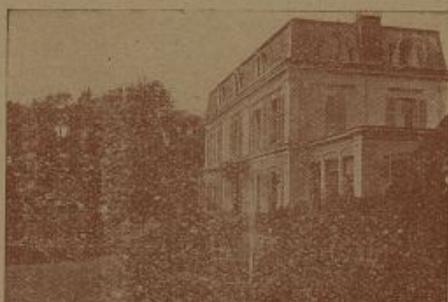
VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine)

TÉ. ÉPH. 12

PSYCHOSES -- NÉVROSES



Médecin-Directeur : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

Médecin assistant : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

IV^e CONGRES INTERNATIONAL
DE PATHOLOGIE COMPAREE (Rome, 1939)

Le IV^e Congrès international de pathologie comparée aura lieu, à Rome, du 15 au 20 mai 1939, sous le haut patronage du gouvernement. Le Comité d'organisation est ainsi composé :

Président : S. E. Pietro BONDONI, membre de l'Académie d'Italie.

Membres : prof. Carmelo CIACCIO, docteur Ugo FRASCHERELLI, prof. Guido GUERRINI, prof. Alessandri LANFRANCHI, prof. Domenico MAROTTA, prof. Sen. Nicola PENDE, prof. Giovanni PETRAGNANI, prof. Lionello PETRI, prof. Sen. Nazareno STRAMPELLI, prof. Guido VERNONI.

Secrétaire : prof. Vittorio ZAVAGLI.

Les travaux du Congrès sont répartis en trois sections : Section de médecine humaine, — Section de médecine vétérinaire, — Section de pathologie végétale.

Les sujets suivants sont inscrits à la discussion : Maladies à ultravirus, Hérités en pathologie, Fonction des antigènes associés, Processus régressifs dans les plantes.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

SANATORIUM BELLEVUE

A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS

Fondé en 1857 par le D^r L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, cures d'insuline, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle.

Informations et prospectus par l'Administration.

Médecin-directeur : D^r L. BINSWANGER

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉÏNE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --
Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17^e)

IV^e CONGRES INTERNATIONAL
DE PATHOLOGIE COMPAREE (Rome, 1939)

(Suite)

Les langues officielles admises au Congrès sont : l'allemand, l'anglais, l'espagnol, le français, l'italien.

Pour tous renseignements, s'adresser aux Comités nationaux respectifs, ou bien au secrétaire général, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Piazzale delle Scienze, Roma.

VII^e CONGRES INTERNATIONAL DE GENETIQUE

Le Comité d'organisation, désigné par la Société de Génétique de Grande-Bretagne, a décidé que le VII^e Congrès International de Génétique se tiendrait à Edimbourg, du 23 au 30 août 1939.

Le Secrétaire général sera le Professeur F. A. E. CREW (Institute of Animal Genetics, University of Edinburgh, West Mains Road, Edinburgh, 9, Scotland). La cotisation des membres du Congrès a été fixée à 2 guinées (£ 2 : 2 : 0).



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° 4 (tome II), NOVEMBRE 1938

MÉMOIRES ORIGINAUX

G. MARINESCO et MARIE NICOLESCO. — Sur un cas de mythomanie hystérique, avec considérations sur la physiopathologie de l'hystéro-pilhiatisme et de l'hypnotisme. 497

G. DESHAIES. — Le réveil des anesthésiés 519

TÉRA KOVANSKY. — La gaucherie. Les troubles fonctionnels d'origine psychogénique chez les gauchers contrariés..... 545

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 16 novembre 1938

L. VIÉ et A. PATEL. — Suspension rapide des hallucinations lors de l'internement chez des délirants préséniles 563

L. ABÉLY et J. MAILLARD. — Deux cas de psychose polynévritique 571

P. GUIRAUD et L. SAUNET. — Pathogénie des symptômes du délire aigu 574

L. SAUNET. — Remarques sur un délire chez une débile mentale 580

Séance du lundi 28 novembre 1938

Adoption du procès-verbal 585

Correspondance 585

Déclaration de vacances de places de membres titulaires 586

Election d'un membre associé étranger 586

(Suite du sommaire, page II).

CHATEAU

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

DE

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

L'HAY-LES-ROSES



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 -

Décès du D ^r Crouzon et du D ^r Truelle	586	P. SIVADON et P. QUÉRON. — Automutilation punitive : amputation de la langue par morsure	594
P. SIVADON et Mlle G. BRATANOVA. — Indications du placement familial des paralytiques généraux traités (thérapeutique et assistance)	588	H. BERSOT. — La Vitamine B en neuro-psychiatrie	600

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 10 novembre 1938

QUERCY et LACHAUD. — Sur la structure de l'hypophyse chez l'homme adulte	614
HOWSI et LECHNITZKY. — Considérations sur les voies de transmission des sensations gustatives chez l'homme	614
J. LHERMITTE, L. BOUR et AJURIAGUERRA. — Deux cas de paralysie du plexus brachial consécutive à la sérothérapie antigangréneuse	614
J. LHERMITTE et SÉBILLOTTE. — Un cas de membre fantôme par compression du plexus brachial	615
DARRÉ, P. MOLLARET, Mme ZAGDOUN et Mlle ÉMICHEN. — Hypertrophie musculaire congénitale	615
MOLLARET et SIGWALD. — Hypertrophie musculaire à constitution rapide chez un adulte. Discussion d'un facteur hypothyroïdien	616
M. BOURGUIGNON. — Etude électrique du malade précédent	616
J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA. — Asymbolie tac-	

tile et hallucination du toucher dans l'atrophie de l'hémisphère gauche	616
LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et P. PAUGAM. — Fracture spontanée du calcaneum chez un tabétique	616
FAURE-BEAULIEU et FELD. — Parkinsonisme et traumatisme périphérique	617
J.-A. BARRÉ et J. KABAKER. — Sur le phénomène de l'ascension du bras et sa valeur sémiologique	617
LHERMITTE et AJURIAGUERRA. — Un cas d'asymbolie tactile	618

Groupement Français de Neuro-psychiatrie infantile

Séance du lundi 21 novembre 1938

Mlle ABRAMSON. — Technique rationnelle de l'enseignement à la première année scolaire	618
LOEVENSTEIN. — Les névroses infantiles et la pupillographie	619

(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

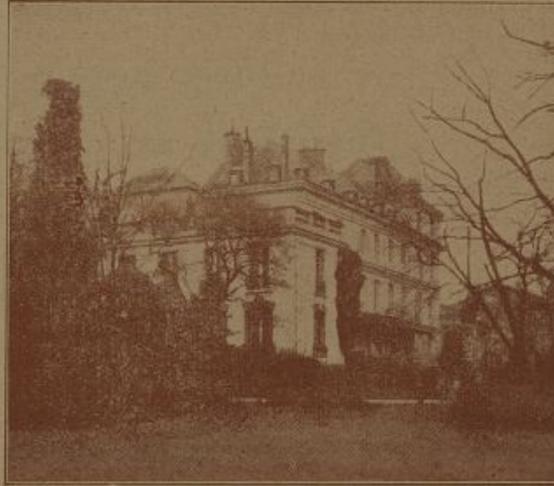
Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

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

**Société de Médecine mentale
de Belgique**

Séance du 29 octobre 1938

- J. HEERNU. — L'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien. Essais de saturation... 620
- H. BAONVILLE, J. LEV, A. et J. TITICA. — Résultats d'une année de traitement de la schizophrénie par l'insuline au Centre neuro-psychiatrique de Bruxelles 621

Séance du 19 novembre 1938

- P. DIVRY. — Paralyse de Lissauer 622
- MUYLE. — De la valeur de la réaction de Bordet-Wassermann, dans le liquide céphalo-rachidien prélevé sur le cadavre 622

Société belge de Neurologie

Séance du 19 novembre 1938

- MOREAU. — Angiomasose de la main avec troubles de développement des os sous-jacents 623
- B. DUJARDIN. — Zona du plexus cervical : paralysie faciale 623
- B. DUJARDIN. — Paralyse générale fruste... 623
- J. LEV. — Nécrose de coagulation au sein d'un ramollissement cérébral ancien 624
- J. STOFFELS. — La structure et l'organisation du thalamus et du cortex cérébral chez différents mammifères 624
- A. GERETZOFF. — Sur quelques voies d'association de l'écorce cérébrale : recherches anatomiques expérimentales 624

RÉUNIONS ET CONGRÈS

**V^e Réunion Européenne
d'hygiène mentale**

Munich, 22-25 août 1938

- W. MORGENTHAUER. — La prophylaxie du mariage et l'hygiène mentale 626
- E. BÜDIN. — La prophylaxie du mariage... 628
- L. SEANOJEVIC. — Prophylaxie des toxicomanes 632
- POHLISCH. — La prophylaxie de l'abus des stupéfiants 633

- PANSE. — La prophylaxie de l'abus des stupéfiants. (Mesures d'assistance et mesures législatives) 638
- W. THOMAS. — Mesures de la police criminelle pour combattre l'abus des stupéfiants... 642
- BONFIGLIO. — Importance de l'ergothérapie pour la guérison des maladies mentales 645
- K. BERINGER. — L'importance de la thérapeutique d'occupation pour le traitement des maladies mentales 656

(Suite du sommaire, page VI).

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 900 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 -26

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

PFERSDORF. — Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg 654
 G. VILLEY. — La psychiatrie et les sciences de l'homme 655
 B. BENON. — La mélancolie 655
 M. DESMONTS. — Troubles fonctionnels et réflexes conditionnels 656

Neurologie.

J. BOUDOURESQUES. — Les polynévrites 657

Thérapeutique.

L. RUFF. — Essais de tuberculinothérapie dans la démence précoce 658

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie.

E.-G. LION. — Mécanisme de la narcolepsie. 659
 R.-G. Mc INNES. — Observations sur l'hérédité dans les névroses 660

L. VAN BOGAERT et P. BORREMANS. — Sur une forme adulte d'idiotie amaurotique familiale évoluant jusqu'à la pré-sénilité 660
 A. AUSTREGESILLO. — Démembrement de la psychasthénie 660
 GIUSEPPE. — Contribution à l'étude du syndrome aphasique de Wernicke 660
 A. SILVEIRA. — Champs architectoniques du lobe frontal et fonctions de l'intelligence 661
 A. SÉZARY et Mlle A. ROUDINESCO. — Incubation et particularités étiologiques de la paralysie générale et du tabès hérédosyphilitique. 661
 F. VIZIOLI. — Sur deux cas de parkinsonisme encéphalitique d'apparition très tardive... 661
 F. PETROSELLI. — Sur un cas de maladie de Parkinson post-traumatique 662
 H. ROGER, A. CRÉMIER, J. PAILLAS et Y. VAGUE. — Un cinquième cas varéol de chorée fibrillaire de Morvan avec prédominance de troubles psychiques 662
 V. DIMITRI et F.-M. CIA. — Intoxication oxycarbonée avec manifestations striées 662
 B.-N. DE JONG. — Complications de l'endocardite subaiguë bactérienne au niveau du système nerveux central 662

Psychologie.

W. MUNGEL. — La psychopathologie de la métaphore 663

(Suite du sommaire, page VIII).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD

Maladies
 du
 Système
 nerveux
 et de la
 Nutrition



Psycho-
 névroses
 Intoxica-
 tions
 Convales-
 cences

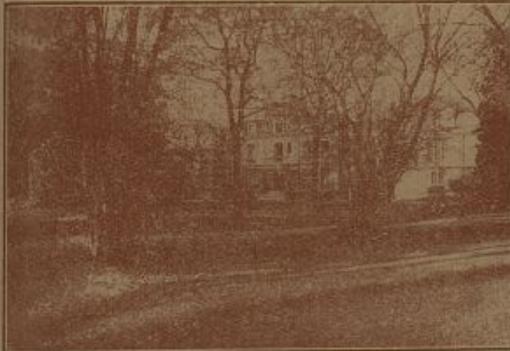
Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne

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' P. ALLAMAGNY** --

avec la collaboration du D' VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

L. IONASIU et S. GUPCEA. — La mémoire dans les troubles mentaux 663
O. DIETHELM. — Aversion et négativisme... 663
A. WEBER. — Les réponses aux tests-images de Binet-Bohertag considérées en fonction de la personnalité et leur valeur diagnostique... 663
DÖLLKEN. — Les mécanismes cérébraux des hommes doués de talents exceptionnels..... 664
W. DRABOVITCH. — Conscience et mécanismes du cerveau 664
H. DELGADO. — Psychologie et psychopathologie de la conscience du Moi 665
F. DEL GRUCCO. — Caractérologie normale et pathologique 665

Psychanalyse.

M. BORNSTAJN. — Réflexions à propos de l'article de S. Freud : « La psychanalyse qui va vers la fin et celle qui est sans fin » 665

Anatomie.

P. QUERCY et R. DE LACHAUD. — Recherches histologiques sur les voies optiques 666
A.-E. CHILDE et W. PENFIELD. — Etudes anatomiques et pneumographiques de la corne temporale 666
A.-E. WALKER. — Relations du thalamus avec le cortex cérébral 666
A.-F. LIBER. — La nature des fibres de Rosenthal 667

A.-R. VONDERAHE. — Commissure anormale du troisième ventricule. Décussation aberrante dorsale supra-optique 667
O. HYNDMAN et W. PENFIELD. — Agénésie du corps calleux. Sa découverte par la ventriculographie 667
V. DIMITRI et J. ABRANOVICH. — A propos de quelques aspects de l'atrophie corticale de l'adulte 668
P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO. — Recherches sur les spirochètes dans la paralysie générale 668
I. CONSTANTINESCO, D. BAGDOSAR et M. STOICESCO. — Troubles mentaux dus à une tumeur cérébrale sans symptômes de localisation... 668
G. MARINESCO, D. GRIGORESCO et S. AXENTE. — Considérations sur l'aphasie croisée 669
I. CONSTANTINESCO, S. CONSTANTINESCO et D. CONSTANTINESCO. — Thrombo-phlébite des sinus cérébraux dans une confusion mentale du post-partum 669
W.-F. SCHALLER, K. TAMARI et H. NEWMAN. — Nature et signification des hémorragies pétéchiales multiples associées au trauma cérébral 669
F. CARDONA. — De l'histopathologie cérébrale de l'alcoolisme chronique 670

Biologie.

C.-A. ELSBERG. — Les dernières acquisitions de la physiologie olfactive et leurs applications diagnostiques 670

(Suite du sommaire, page X).

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

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 : Établissement 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 théés
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.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

Mme N. ZAND. — Etude expérimentale des mouvements involontaires 670

C. HEYMANS et J.-J. BOUKAÏRT. — Survie et reviviscence des centres nerveux après suspension de la circulation 671

M. VILLABET, R. CACHERA et R. FAUVERT. — Les réactions vasculaires du cerveau au cours des embolies solides et gazeuses. (Etude expérimentale des spasmes vasculaires cérébraux). 671

G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER. — L'encéphalogramme de la région précentrale chez l'homme à l'état normal et pathologique.. 671

E. WILCZKOWSKI. — Réflexes psycho-chimiques dans le sang et leur comportement chez les malades mentaux 672

V.-A. GLAZOW et G.-M. ZIMMER. — Réaction colloïdale de la coagulation dans la démence précoce 672

J. FRETET. — Contribution à l'étude des hyperleucocytoses sympathiques. Modifications de la formule sanguine consécutives aux cautérisations de la muqueuse pituitaire 673

A. WEIL et E. LIEBERT. — Le taux du phosphore dans le sérum sanguin pendant la crise épileptique 673

R.-L. HAVILAND-MINCHEN. — La calcémie dans l'épilepsie essentielle 673

P. TOMESCO, I. COSMULESCO et E. GROSSAN. — Considérations sur la protéidoglycémie dans la schizophrénie 673

P. TOMESCO, G. BADENSKI et I. COSMULESCO. — Considérations à propos de l'action catatonisante passagère de l'urine d'une schizophrénique catatonique et colibacillurique..... 674

E. GROSSAN. — Sur la présence de l'acide phénylpyruvique dans l'urine des oligophrènes 674

C. PIERO. — Etude du métabolisme hydro-salin dans un cas d'hystérie 674

M. KASAHARA et H. GAMMO. — Etudes sur la teneur du liquide céphalo-rachidien en vitamine C 675

L. PONZONI. — Réactions cytologiques dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la « réactivation » par les sels de bismuth 675

J.-S. DEANE. — Recherches sur l'origine de l'accroissement des protéines du liquide céphalo-rachidien dans les tumeurs du système nerveux central 675

PASTEUR VALLÉRY-RADOT, G. MAURIC et J. LEMANT. — Le système neuro-végétatif au cours de l'hyperthermie 675

I. FINKELMAN et W. MARY STEPHENS. — Régulation thermique dans l'encéphalite chronique... 676

P. MAMINZA. — Anesthésie au chlorure d'éthyle de la région radiale, moyen de provocation de l'accès épileptique 676

C.-E. TRAPP et P.-G. SCHUBE. — La réaction à l'alcool dans certains types de psychoses 676

C.-R. MARSHALL. — Recherches sur l'étiologie des visions mescaliniques 677

(Suite du sommaire, page XII).

LA MÉTAIRIE

(près NYON, sur le Léman)

Tél. : Nyon 95.626

CENTRE DE RECHERCHES ET DE TRAITEMENTS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



Traitements soigneusement discutés et dosés de toutes
-- -- les affections nerveuses et mentales -- --
-- Ambiance cordiale, pays magnifique, climat doux --
Institut pathopsychologique annexe (pupillographie, etc.)

-- -- Villa pour enfants anormaux -- --
D^r E. GONET Prof. O. LÖWENSTEIN
Médecin-Chef

M^{me} le D^r CALAME



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près N Y O N (Suisse)

ÉTABLISSEMENT 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 50 hectares



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion
Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline,
pyréthothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X —
Cabinet dentaire

||||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- -- |||||
Etudes et leçons particulières dans l'établissement
-- -- -- Sports d'été et sports d'hiver -- -- --
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --

Quatre médecins assurent les traitements.
Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre
de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les
cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique : ||||| Téléphones { Service Médical : Nyon 95.441
Rivaprangins, Nyon ||||| Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : D^r O.-L. FOREL, Privat-Doctent à l'Université de Genève.

R.-R. WHITE, R.-T. BELLOWES et W.-P. VAN WAGENEN. — Effets de la solution d'avertine (tribrométhanol) sur le tronc cérébral 677
P. PEUTA et A. VETA. — L'action combinée de l'armine et de la bulbo-capnine chez les chats 677

Endocrinologie.

TOMESCO et AI. VASILESCO. — Contribution à l'étude du syndrome catatonique dû à l'insuffisance ovarienne 678
I. CONSTANTINESCO et D. CONSTANTINESCO. — Cyclophrénie cataméniale. (Résultats à la suite d'un traitement ovarien) 678
G. PATRASSI. — A propos des neurodyscrinies diencéphalo-thyroïdiennes 678
M. ROCH. — Syndromes basedowiens d'origine encéphalitique 679
M. VICTORIA. — Syndrome d'automatisme mental et altérations diencéphalo-hypophysaires. 679
J.-M. ESTAPÉ. — Contribution à l'étude du syndrome ostéopathique de Greig-Morel. Hyperostose fronto-pariétale interne, bilatérale et symétrique 679
M. BARIÉTY. — Les troubles du développement d'origine hypophysaire 680
B.-A. HOUSSAY. — Le diabète, trouble de la régulation endocrinienne 680

L. PINES. — Nouvelles données expérimentales sur l'innervation cérébro-spinale des glandes endocrines 680

Assistance.

P. SIVADON. — L'assistance aux épileptiques et la lutte contre l'invalidité 681
P. DOUSSINET et E. JACOB. — L'assistance préventive aux psychopathes périodiques.... 681
G.-A. PATEY. — L'hôpital psychiatrique de Matsuzawa 681
Y. PORCHER. — L'organisation des laboratoires dans les hôpitaux pour maladies mentales du London County Council 681

Thérapeutique.

J. LIERMITTE. — Thérapeutique des troubles d'origine sympathique 682
W. MALAMUD. — Les tendances actuelles en psychothérapie 682
Mlle V. KOWARSKY. — Faut-il rééduquer les gauchers ? 682
A. TOURNAY. — Sur la mise en traitement des enfants paralysés 683

(Suite du sommaire, page XIV).

SANATORIUM BELLEVUE

A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS

Fondé en 1857 par le D^r L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, cures d'insuline, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle.

Informations et prospectus par l'Administration.

Médecin-directeur : D^r L. BINSWANGER



CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

Fondé en 1930

ENTIÈREMENT RÉORGANISÉ

VILLA FORMOSE, 1, allées de Morlaàs, PAU (Basses-Pyrénées) — Tél. 27-07

Etablissement de traitement et de réadaptation pour Garçons

Superbe Villa dans le quartier le plus aristocratique de PAU, au milieu d'un grand parc. TRÈS GRAND CONFORT. Exposition entièrement au Midi. Chauffage central. Électricité. Lavabos individuels. Hydrothérapie complète. Vastes dépendances. Salles de Jeux. Jardin d'Hiver. Cinéma. Sport. Gymnastique médicale et rythmique.

Un des rares Etablissements qui soit spécialisé pour

GARÇONS ATTEINTS DE TROUBLES CARACTÉRIELS : nerveux, instables, irritables, insomniaques, coléreux, fantasques, indisciplinés, fumeurs, etc. — Les émotifs, anxieux, psychasthéniques, etc. — Les cyclothymiques. — Les petits pervers : inaffectivité, malignité, mensonges, vols, etc. — Les paranoïaques, les épileptiques sans crises convulsives, les schizoïdes, les mythomanes, etc.

GARÇONS RETARDÉS PÉDAGOGIQUES OU SCOLAIRES EN RETARD DANS LEURS ETUDES par suite de maladie.

Certains enfants peuvent continuer à fréquenter le Lycée tout en recevant à l'Etablissement les soins nécessaires

COURS ET LEÇONS PARTICULIÈRES A L'ÉTABLISSEMENT

-- Latin, Grec, Anglais, Allemand, Musique --

Carnet de Santé neuropsychiatrique — Fiche médicale mensuelle envoyée aux Familles

Prix de Pension à partir de 1.000 fr. par mois. Demandez-nous notre brochure

PAU, la Station la plus sédative de France. Ni vent ni poussière, douceur de l'atmosphère, absence de brouillard ; climat idéal pour ces catégories d'enfants

NON ADMIS : CONTAGIEUX, GRANDS ARRIÉRÉS ET GRANDS AGITÉS

Nombre de places strictement limité

Directeur Médical : Docteur MONESTIER, Médecin honoraire des Hôpitaux Psychiatriques

Directeur des Etudes : M. COCONAS, Professeur spécialisé

A. ERB. — Des possibilités de porter un pronostic précoce dans la schizophrénie traitée par l'insuline 683

W. LIEPMANN. — Du coma et des troubles de la réflexivité au cours du traitement de la schizophrénie par les chocs insuliniques 684

J. ALLIEZ. — Traitement de la démence précoce par le choc insulinique 684

S.-B. BRODER. — Thérapeutique de la catatonie 685

F. SCHMUTTERMAVER. — Constatations cliniques et résultats thérapeutiques à propos des cas de paralysie générale traités à la clinique neuropsychiatrique d'Innsbruck de 1922 à 1932. 685

J. HAGUENAU et R. CLAISSE. — Les réactions focales de la pyrétothérapie dans les affections nerveuses 685

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances 686

Légion d'honneur 686

Hôpitaux psychiatriques :

Postes vacants 687

Un arrêt du Conseil d'Etat concernant le droit à indemnité de la veuve d'un médecin des hôpitaux psychiatriques mort des suites d'un coup porté par un malade de son service 687

L'Assistance hospitalière psychiatrique dans le département de la Vienne 687

Prochaine mise en service de l'Hôpital psychiatrique du département des Vosges..... 688

Hygiène et prophylaxie :

L'examen pré-nuptial en Australie 688

Médecine légale :

La défense sociale en Belgique 688

INFORMATIONS

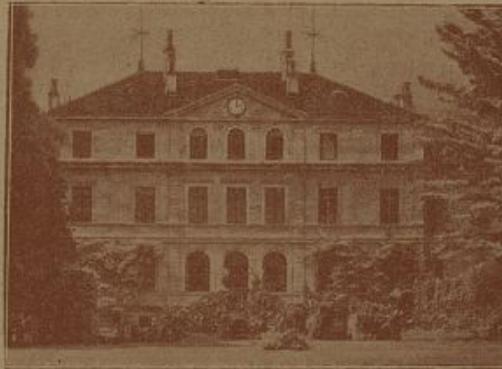
Prix Adolphe Courtois 1939 XVIII

Prix médical du Rotary français XX

XXV^e Congrès d'hygiène (Paris, 21 nov.-1^{er} déc. 1938) XXIII

Semaine internationale contre le cancer (Paris, 23-30 nov. 1938) XXIV

Maison de Santé
de PRÉFARGIER
 près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : D^r O. Riggensch
 2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

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)

TÉLÉPH. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



Médecin-Directeur : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

Médecin assistant : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

PARALYSIE GÉNÉRALE

CHIMIOTHÉRAPIE

STOVAR SOL SODIQUE

4 oxy 3-Acétylamino-phényl
1 Arsinat de sodium

AMPOULES dosées
à 0,gr.50 et 1gr.

INJECTIONS
Sous-Cutanées ou
Intramusculaires

PYRÉTHÉRAPIE

DMELCOS

émulsion stabilisée
de bacilles de Ducrey

AGENT PYRÉTOGÈNE
RÉGLABLE À VOLONTÉ

AMPOULES
de 1/2 cc. à 3 cc.

INJECTIONS
Intraveineuses

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES du RHÔNE"
21, rue Jean Goujon — Paris —



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

PRIX ADOLPHE COURTOIS 1939 (1.500 francs)

Ce prix sera attribué, en mai 1939, à l'auteur d'un mémoire portant sur le sujet suivant : « *Thérapeutique dans les maladies mentales* ».

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 1938. Trois exemplaires, portant le nom et l'adresse de l'auteur, devront parvenir, au plus tard le 31 mars 1939, au Secrétaire général de l'Association.

Le jury sera choisi parmi les personnalités les plus marquantes de la neuro-psychiatrie française. Sa composition sera publiée le

(A suivre, page d'annonces XIX).

" LES BERGES DU LÉMAN "

Traitement des affections nerveuses

Cures de repos et de convalescence

Traitement spécial des psychonévroses

Situation exceptionnelle -- Vue étendue -- Grand parc -- Tout confort

Médecin-Directeur : Docteur M. GUILLEREY (Cabinet de consultations à Lausanne : Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Téléphone 32.434). — Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY, un Médecin-Assistant. Téléphone : Vevey 52.008 ; Adresse télégraphique : Berges Vevey.

Renseignements et prospectus auprès de la direction médicale

PRIX ADOLPHE COURTOIS 1939 (1.500 francs)

(Suite)

1^{er} avril 1939. Il pourra ne pas attribuer de prix ou le partager en deux parts égales. La somme de 1.500 fr. 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 D^r ALTMAN, 63, boulevard Lefèvre, Paris (15^e).

Le Prof. LAIGNEL-LAVASTINE, le Prof. agrégé Paul CHEVALLIER et le D^r MARCHAND, membres du Jury du Prix Courtois 1938, ont décidé d'attribuer ce prix pour 1938 à M. GOLSE pour son mémoire intitulé : « *La formule leucocytaire dans les maladies mentales.* »

(A suivre, page d'annonces XX).

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^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

PRIX MEDICAL DU ROTARY FRANÇAIS (10.000 francs)

Le Rotary français, dans le but de stimuler et de favoriser les recherches d'ordre médical susceptibles d'apporter quelque progrès dans la lutte contre la maladie, a créé un prix dit « *Prix médical du Rotary français* » destiné à récompenser l'auteur français du meilleur travail présenté sur le sujet chaque fois proposé. La valeur de ce prix est de 10.000 francs.

Le sujet proposé pour le concours actuel est : *Le traitement sérothérapique de la poliomyélite*. Ce sujet étant envisagé à la lumière des connaissances actuelles et des acquisitions nouvelles qu'il peut comporter.

La Commission est composée de MM. les docteurs A. AYNAUD, d'Aix-en-Provence ; E. BARDIER, doyen de la Faculté de médecine de Tou-

(A suivre, page d'annonces XXII).



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●
Dr Marcel DIERS

◆
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

CHOIX d'un NEURO-SÉDATIF SANS TOXICITÉ POUR LA PRATIQUE COURANTE

Dans la masse des préparations sédatives qui lui sont offertes, le praticien ne peut exercer en somme qu'un choix restreint.

La plupart de ces préparations, en effet, empruntent leur efficacité à un *barbiturique* de base ; or, l'expérience montre chaque jour au praticien que ses « nerveux » de clientèle, à qui il prescrit une fois un barbiturique, s'y accoutument, s'en procurent à son insu, s'intoxiquent peu à peu, et en viennent alors sans peine au suicide par coma barbiturique.

Depuis les découvertes de Zondeck et Bier, qui ont établi que le sommeil est déclenché par le *brome* des humeurs selon un mécanisme hormonal, le brome thérapeutique retrouve son ancienne faveur et l'on s'ingénie à préparer des composés bromés jouissant d'une telle propriété.

Seule la *sed'hormone*, à base d'un « Dibromocholestérol » de formule voisine de celle de la folliculine, a pu donner, à la dose de *quelques centigrammes* en brome, *sans bromisme ni aucun effet toxique*, les résultats suivants consacrés par l'expérience clinique :

1° **Chez les insomniaques**, rétablissement du sommeil dès le début de la cure, non par sidération comme avec les hypnotiques habituels, mais par remise en marche du rythme physiologique, spécialement à la **ménopause** et dans l'**âge mûr**.

2° Dans le **mal comitial**, par substitution progressive totale ou partielle au barbiturique habituel, espacement des accès avec détente des troubles psychiques.

3° **Chez les petits nerveux, surmenés, obsédés, anxieux, névropathes**, sédation de l'énervement, des troubles sympathiques (angoisse, vertiges, migraines).

4° **Cure des toxicomanies** (morphine, cocaïne, barbituriques) par substitution progressive au toxique, lequel se fixe sur le noyau cholestérol.

5° **Chez l'enfant**, sédation des *Convulsions* de l'enfance, de l'*Instabilité* et de l'*Enurésie* d'origine centrale.

6° Sédation du **mal de mer**. — Diminution des premières douleurs de l'**accouchement** (sans perturbation du mécanisme des contractions, ni intoxications du fœtus, à craindre avec les opiacés, la scopolamine et les barbituriques). — **Anesthésie de base chirurgicale**.

PRESCRIRE LA SED'HORMONE à la dose de

2 à 6 Dragées — ou 1 à 3 Suppositoires par jour

Chez l'enfant : 1 à 4 dragées, ou 1 à 2 Suppositoires par jour.

Dans l'anesthésie de base obstétricale ou chirurgicale : 1 à 4 Suppositoires.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

Laboratoires AMIDO, A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges -- PARIS, IV^e

PRIX MEDICAL DU ROTARY FRANÇAIS (10.000 francs)

(Suite)

louse ; L. DEVRAIGNE, accoucheur des hôpitaux de Paris ; E. MARQUIS, professeur à l'École de médecine de Rennes ; G. MOURIQUAND, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; F. PAPIN, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; J. RAMADIER, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. Elle a décidé que les travaux présentés ne devront pas être de simples compilations, de pures revues générales plus ou moins critiques, mais présenter un caractère original avec recherches personnelles, épidémiologiques ou expérimentales.

Sous peine de forclusion, les mémoires devront être remis en six exemplaires, à M. le docteur J. RAMADIER, 22, rue Clément-Marot, Paris, avant le 31 décembre 1938.

(A suivre, page d'annonces XXIII).

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

XXV^e CONGRES D'HYGIENE

(Paris, 21 novembre-1^{er} décembre 1938)

Le XXV^e Congrès d'Hygiène, organisé par la Société de Médecine publique et de Génie Sanitaire, sous le patronage du Ministre de la Santé publique, aura lieu, à Paris, du 21 novembre au 1^{er} décembre 1938. Il comprendra des séances d'étude réservées aux fonctionnaires sanitaires, qui auront lieu du 21 au 26 novembre, et des séances de Congrès qui auront lieu, du 28 novembre au 1^{er} décembre, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. Marcel MARTIN, Directeur de la Caisse Interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, Président de la Société pour 1938.

La séance inaugurale se tiendra le 28 novembre, sous la présidence effective de M. Marc RUCART, Ministre de la Santé publique. La séance du 29 novembre se tiendra sous la présidence de M. POMARET, Ministre du Travail.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉÏNE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --
Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17^e)

SEMAINE INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER
(Paris, 23-30 novembre 1938)

Le Président de la République honorera de sa présence, le 23 novembre prochain, à 20 h. 45, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, la séance de la « Semaine internationale contre le Cancer ».

37 nations seront représentées à Paris par leurs savants les plus illustres. La plupart des grandes Sociétés scientifiques enverront leurs délégués, recrutés parmi les plus grands savants vivants, sous la Coupole du Palais de la Découverte.

Dans le cadre de la « Semaine internationale contre le Cancer », dans 50 pays différents, 800 célébrations auront lieu simultanément, dédiées à la mémoire des héros de la Science.

Cette semaine, fixée par les Pouvoirs publics, du 23 au 30 novembre 1938, coïncidera avec la commémoration du 40^e Anniversaire de la découverte du Radium par Marie et Pierre CURIE.

(A suivre, page d'annonces XXVI).

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)
Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

D^r Rémi 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° 5, ou à Lyon, Cabinet du D^r Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE du DOCTEUR BERSOT

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Belle situation
au-dessus
du Lac de Biènné
.....

Installations
modernes
et confortables
.....

2 médecins



Nombre restreint
de malades
.....

Vastes parcs
ombragés
.....

Gymnastique, sport
Promenades
Occupations variées

- Cures d'insuline, de cardiazol, de sommeil, de fièvre, -
de désintoxication, de repos et d'isolement. — Psychothérapie

VIE DE FAMILLE — PRIX TRÈS MODÉRÉS

Docteur H. BERSOT, Médecin-Directeur

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le D^r Tarrus)

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-violetts

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.

SEMAINE INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER

(Paris, 23-30 novembre 1938)

(Suite)

Le 23 novembre sera célébré plus particulièrement comme journée commémorative dédiée aux deux génies de la Science que furent Marie et Pierre CURIE.

La « Semaine internationale contre le Cancer » commémorera également la découverte des Rayons X par ROENTGEN, et celle des ondes Hertiennes par HERTZ.

A l'occasion de ces commémorations une série de conférences est organisée, ayant lieu,

d'une part, à la Sorbonne, au cours de la Séance inaugurale du 23 novembre : 1° « Vue d'ensemble sur les Electrons » ; 2° « Vue d'ensemble sur les Rayons X » ; 3° « L'Œuvre de Marie et Pierre CURIE » ;

(A suivre, page d'annonces XXVII).

Epilepsie
ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

Echantillons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

SEMAINE INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER

(Paris, 23-30 novembre 1938)

(Suite)

d'autre part, sous la Coupole du *Palais de la Découverte* : Partie physique : 1° *Aperçu général sur le développement de l'étude physique des ondes hertziennes* ; 2° *L'œuvre de Hertz dans le domaine des ondes électromagnétiques*.

Applications biologiques des Radiations, des Ondes Hertziennes et des Electrons : 1° Utilisation des tests biologiques pour un dosage des Rayons X ; 2° Mécanismes d'action biologique des radiations.

Applications techniques des Radiations, des Ondes Hertziennes et des Electrons : 1° Historique de l'industrie radioélectrique, etc., etc.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. L.-W. TOMARKIN, *secrétaire général*, 18, rue Soufflot, Paris (5°).

CLINIQUE PRIVÉE

D^r Th. BRUNNER

KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D^r Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intra-rachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapeutiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D^r Th. BRUNNER



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

ALLOCHRYSSINE LUMIERE

AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES
Absorption facile et rapide -- Tolérance parfaite
Aucune réaction locale, ni générale

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE
ACTION VÉRITABLEMENT RAPIDE DANS LA FIÈVRE ET LA DOULEUR
Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges -- Pas de contre-indications

CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE
AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT
Non irritant, kératoplastique
Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse -- Jamais d'argyrisme

EMGÉ LUMIÈRE

MÉDICATION HYPOSULFIQUE MAGNÉSIENNE
PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE TOUS LES TROUBLES LIÉS
A UN ÉTAT D'INSTABILITÉ HUMORALE. **ANTI-CHOC.**

5^{te} A^{me} des Produits Chimiques Spéciaux " **BREVETS LUMIÈRE** "
45, Rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

SOMMAIRE DU N° 5 (tome II), DÉCEMBRE 1938

MÉMOIRES ORIGINAUX

- M. DESRUELLES et H. BERSOT. — L'assistance aux aliénés chez les Arabes du VIII^e au XII^e siècle. Contribution à l'histoire de l'assistance aux aliénés. 689
- A. LATAPIE et J. LECLERC. — Troubles du langage parlé et du langage écrit chez trois démentes précoces à forme paranoïde..... 710
- A. BROCHADO. — Sur le « signe du capuchon » dans la démence précoce. 720
- R. STORA et P. TCHERNIAKOFKY. — La créatinurie chez les déments précoces..... 726

(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

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 8 décembre 1938

G. HEUYER et Mme GAULTIER. — Un cas d'érotomanie	738
R. ROGÉ et R. VENCIER. — Fugue d'origine confusionnelle chez un spécifique paludéen	746
L. MARCHAND, G. DEMAY et J. NAUDASCHER. — Etat démentiel simulant une psychose pré-sénile. Tuberculose encéphalique ...	751

Séance du jeudi 22 décembre 1938

Adoption du procès-verbal	755
Correspondance	755
Election d'un membre titulaire honoraire	755
Vacance de 4 places de membre titulaire	756
Election de 4 membres correspondants nationaux	756
Election de 2 membres associés étrangers	756
Rapport de la Commission des Finances	757

Rapport du Secrétaire général	757
Prix de la Société Médico-Psychologique	758
Election du Bureau de la Société pour l'année 1939	759
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1939	760
Conseil d'Administration	760
Commission des Finances	760

Séance ordinaire

J. DELMOND et J. CARRÈRE. — Psychopathie et criminalité dans quatre générations de Tziganes d'Alsace	761
H. ROGER et J. ALLIEZ. — Epilepsie et paralysie générale. Les épilepsies paralytiques post-thérapeutiques	767
BARRAUX et ALLIEZ. — Troubles psychiques et neurofibromatose de Recklinghausen. Considérations statistiques à propos d'une observation de cyclothymie associée. ...	776
LAIGNEL-LAVASTINE et H.-M. GALLOT. — Le	

(Suite du sommaire page IV).

CHATEAU

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

DE

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
— POUR DAMES ET JEUNES FILLES —



L'HAY-LES-ROSES

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 -

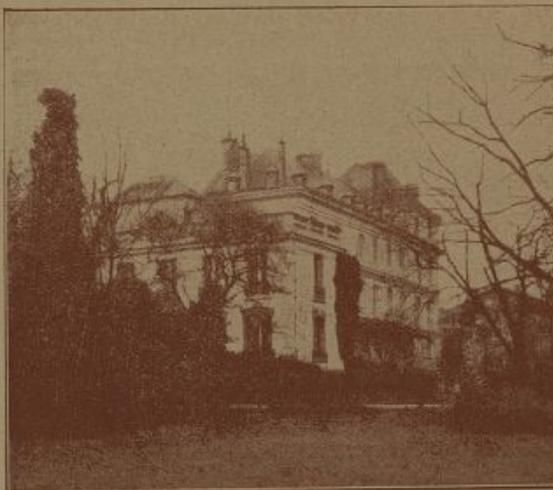
CHATEAU DE SURESNES

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

traitement de l'épilepsie par l'association gardénal-strychnine 783	J. Vié. — La discordance, catatonie appli- quée 793
J. Vié. — Catatonie-Discordance. Noyau fondamental de la démence précoce. 789	J. FRETET et J. MASSON. — Rapports de Pérotomanie et de l'hypocondrie... 802

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 4^e décembre 1938

BARRÉ, PERNOT, KABAKER et LEDOUX. — Etude anatomo-clinique d'un cas de tumeur du corps calleux 810
L. VAN BOGAERT. — Sur la sclérose inflamma- toire de la substance blanche des hémisphères (Spielmeyer). Contribution à l'étude des sclé- roses diffuses non familiales 811
BOLLACK, HAGUENAU et KAUFFMANN. — Troubles de la sensibilité de type syringomyélique avec amyotrophie Aran-Duchenne dans une névrite syphilitique 811
DELMAS-MARSALET. — Le traitement de la mala- die osseuse de Paget 811
BETHOUS, Mlle M. GAUTHIER et M. ROCHEDIX. — Myopathie atrophique type Leyden-Moehius avec

troubles accentués du métabolisme nutritif, traitée par divers acides aminés 811
DRAGONES. — Sur les lésions histologiques ner- veuses du tétanos humain 812
J. LHERMITTE, Mme DELTHEIL et M. GARNIER. — Syndrome controlatéral du noyau rouge avec hallucinations visuelles et auditives 812

Société Royale de Médecine mentale de Belgique

Séance du 17 décembre 1938

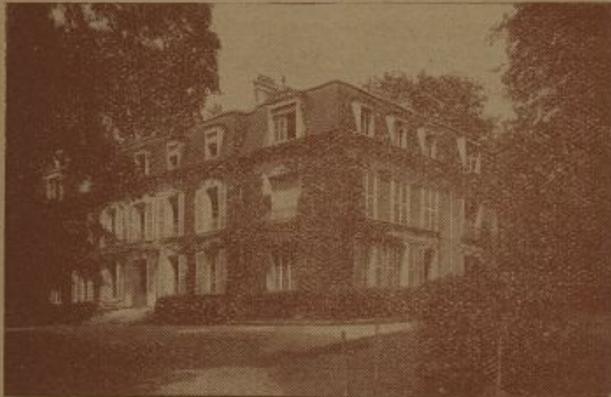
BESSEMANS. — Les indications psychiatriques de la thérapie physique psychopexique 812
R. BUSSCHAERT. — Un cas de schizophrénie infan- tile 813

(Suite du sommaire, page VI).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Éaubonne (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 20.000 m². Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 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

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

**Groupement Belge
d'Etudes Oto-Neuro-Ophthalmologiques
et Neuro-Chirurgicales**

Réunion annuelle du 18 décembre 1938

A. FRITZ. — La pléthysmographie rétinienne dans ses rapports avec la neurologie 814
 BAILLIART. — De l'utilité de l'exploration fonctionnelle de la rétine 815
 E.-B. STRÖFF et BIANCHI. — Influence de l'excitation vestibulaire sur la tension artérielle rétinienne 815
 G. DE MORSIER. — L'hypotension artérielle rétinienne dans les tumeurs intracrâniennes des étages antérieur et moyen 816

**XLIV^e Réunion de la Société Suisse
de Neurologie**

Lucerne, 12-14 novembre 1937

B. HUN. — Les névroses consécutives aux traumatismes du crâne 815
 G. DE MORSIER. — Les névroses survenant après les traumatismes crâniocérébraux. Nécessité d'une révision de la question 818

F. NAVILLE. — Etude sur les névroses consécutives aux traumatismes crâniens 818
 W. BIESE. — Le problème de la causalité dans la névrose traumatique 818
 H. MEIER-MÜLLER. — Sur les répercussions sociales de l'expertise des blessés du crâne et du cerveau 819
 L. SCHWARTZ. — Les névroses consécutives aux traumatismes crâniens à la lumière des théories de Janet 819
 M. TRAMER. — Auto-observation sur un accident d'auto avec commotion et ses séquelles jusqu'à la disparition des symptômes 819
 E. FREY. — Auto-observation d'une commotion cérébrale avec complexe symptomatique neurovégétatif 819
 H. BRANDT et H. BÉRSOT. — Le posturomètre, méthode d'exploration du système nerveux central. Son utilité dans l'examen des commotionnés cérébraux 820
 E. KATZENSTEIN-SUTRO. — Contribution à l'étude de l'épilepsie traumatique 820
 F. RINTELEN. — L'importance de la mesure de la tension des artères rétinienne pour le diagnostic des séquelles des traumatismes crâniens 820
 F. MOREL. — Deux cas de traumatisme cérébral et leur examen histologique 820
 M. PASCHOND. — Le refroidissement local en neurochirurgie 820

(Suite du sommaire, page VIII).

NEURINASE

*Amorce le
sommeil naturel*

ℒ

Insomnie
Troubles nerveux

Ech^{ons} & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

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 -- --

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès International de Criminologie

Rome (3-8 octobre 1938)

R. FREISLER. — L'expérience des mesures de sûreté en Allemagne	821
L. VERVAECK. — L'expérience des mesures de sûreté en Belgique	823
S.-E. GIOVANNI NOVELLI. — L'expérience des mesures de sûreté en Italie	824
A. MAKLESOU. — L'expérience des mesures de sûreté en Yougoslavie	825
P. DE CASABIANCA, A. DE MARSCO et D. PISANI. — Etiologie et diagnostic de la criminalité des	

mineurs et influence des résultats de ces recherches sur les systèmes juridiques	827
G. BATTAGLINI, G. MEZGER, F. SAPHORITO et L. VERVAECK. — L'étude de la personnalité du délinquant	829
T. GIVANOVITCH, G. MORIANI et A. SANTORO. — Le rôle du juge dans la lutte contre la criminalité et sa préparation criminologique	831
B. DI TULLIO. — La Société internationale de criminologie	833
G. FALCO, O. KINBERG, T. KRZYCHOWSKI et L. LOMBART. — L'organisation de la prophylaxie criminelle dans les divers pays	834
S. SERGI. — Ethnologie et criminologie	835

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

H. MONTASSUT. — La dépression constitutionnelle (l'ancienne neurasthénie dans ses rapports avec la médecine générale). Clinique, Biologie, Thérapeutique	838
--	-----

J.-J. DE CALASANS. — Démence précoce	839
F. DE VEYGA. — Dégénérescence et dégénérés.	810

Psychologie.

S. MAUGÉ. — L'esprit et le réel dans les limites du nombre et de la grandeur	841
--	-----

(Suite du sommaire, page X).

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

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.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

JOURNAUX ET REVUES

B.-J. LINDBERG. — Etudes expérimentales par les tests de forme et de couleur à l'âge scolaire et chez l'adulte 842
 D.-A. PRESCOTT. — Emotion et méthodes éducatives 843

Hygiène et prophylaxie.

Comptes rendus du premier Congrès de la Fédération internationale latine des Sociétés d'eugénique 843
 E. HESSE. — Les poisons stupéfiants et excitants 845

Thérapeutique.

ABATUCCI, BOZO, COMÉY, DESPOSSÉS, DOSSOT, FELDSTEIN, R. DE GENNES, GLÉNARD, JAYLE, JOURNÉ, JOYEUX, JUSTER, LAURENS, LERMOYER, LEVEN, LUTJER, MARTINET, LÉON-MEUNIER, P. MICHON, R. MIGNOT, MONDOU, NOBÉCOURT, PAUTHIER, PIGNOT, POIX, RAVINA, RIVET, SÉZARY, F. TERBIEN, TERSON, ANDRÉ THOMAS, VAN DER ELST, VIGNES. — Les ordonnances du médecin praticien 844

Médecine légale.

S. SOLANO. — L'état dangereux. Quelques-unes de ses formes cliniques non délictueuses ... 845

Neuro-psychiatrie.

K. KLEIST. — La pathologie cérébrale et son importance neuro-psychiatrique 846
 H. SPÄTZ. — De l'importance de l'écorce basale 847
 W. SCHOLZ. — Des hypothèses pathomorphologiques sur les localisations cérébrales ... 848
 J. LANGE. — Discussion doctrinale de la conception cérébro-pathologique de Kleist 848
 A.-E. KOENMULLER. — La notion de localisation ou de totalité dans le système « nerveux central » 849
 R. THIELE. — Etat actuel de la pathologie cérébrale 849
 H. ALTENBURGER. — Sur la pathophysiologie des troubles moteurs psychogènes 850
 G. MOSSA. — Le syndrome psychique préfrontal 850
 S.-N. ROWE. — Modifications psychiques consécutives à l'ablation de l'hémisphère cérébral droit pour tumeur cérébrale 850
 L.-B. ALFORD. — L'affaiblissement intellectuel dans les lésions focales de la partie centrale de l'hémisphère cérébral gauche 851
 S.-N. ANDREITCHIKOV, I.-J. BERCHIN, E.-M. ZAKIND et A.-A. JAKOVLEV. — Application de l'encéphalographie en clinique psychiatrique. 851
 F. DONINI. — L'hyperostose frontale interne. 851

(Suite du sommaire, page XII).

LA MÉTAIRIE

(près NYON, sur le Léman)

Tél. : Nyon 95.626

CENTRE DE RECHERCHES ET DE TRAITEMENTS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



Traitements soigneusement discutés et dosés de toutes
 -- -- les affections nerveuses et mentales -- --
 -- Ambiance cordiale, pays magnifique, climat doux --
 Institut pathopsychologique annexe (pupillographie, etc.)

-- -- Villa pour enfants anormaux -- --
 D^r E. GONET Prof. O. LÖWENSTEIN
 Médecin-Chef

M^{me} le D^r CALAME

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

ÉTABLISSEMENT 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 50 hectares



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion
Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyréthothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X — Cabinet dentaire

||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- -- |||
Etudes et leçons particulières dans l'établissement
-- -- -- Sports d'été et sports d'hiver -- -- --
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --

Quatre médecins assurent les traitements.

Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique : ||| Téléphones | Service Médical : Nyon 95.441
Rivaprangins, Nyon | Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : D' O.-L. FOREL, Privat-Doctent à l'Université de Genève.

F. BARISON. — Maladie de Pick. Considérations séméiologiques 852
N. MALAMUD. — Démence paralytique de Lissauer. Etude de sa pathogénie 852
L.-J. KARNOSH et J.-M. HOPE. — Les psychoses puerpérales et leurs séquelles 852
D.-V. AFANASIEW. — Troubles psychiques dans la brucellose 853
P. PEUTA. — Psychoses et maladies de la nutrition 853
G. PINTUS. — Etat mental et transmission héréditaire de la myoclonie-épilepsie de Unverricht 853
C. SANI. — Un cas de tachycardie sinusale, équivalent épileptique 854
M. GUEVARA OROPESA. — Pyknopsie et épilepsie 854
S. VOLKOV et E. ROSSLS. — Traumatismes crâniens et épilepsie 854
G. GLÜCK. — Equivalents psychiques atypiques consécutifs à un traumatisme crânien 855
K. ORZECZOWSKI. — Le rôle du système nerveux autonome dans la pathogénie de l'épilepsie 855

Anatomie.

G. PETERS. — Y a-t-il une anatomie pathologique de la schizophrénie 855
E. FUNEGELD. — Remarques sur l'histopathologie de la schizophrénie 856
D. MISKOLCZY. — La localisation des altérations cérébrales dans la schizophrénie 856

L.-O. MORGAN, A.-R. VONDERAHE et E.-F. MALONE. — Modifications pathologiques de l'hypothalamus dans le diabète sucré 856
M. FELICI. — L'atrophie bilatérale de la langue dans le tabès 857
J. ARANOVICH. — L'atrophie cérébelleuse marginale bibasale de Chr. Jakob 857
M. BALADO et E. FRANKL. — Altérations chiasmiques dans l'arachnoïdite du chiasma 857

Biologie.

H. URBAN. — Physiologie de la région occipitale de l'homme 858
A. ROSENBLUTH. — La transmission des impulsions nerveuses motrices au muscle strié 858
H. TOMASINO. — Sur l'élimination de l'acide ascorbique dans les maladies mentales 859
R. BOULIN, R. GARCIN, NEPVEUX et ORTOLAN. — Porphyrinurie primitive à forme paralytique 859
PASTEUR VALLERY-RADOT, P. FRUMUSAN et J. HAMBURGER. — Mécanisme de l'albuminurie orthostatique 859
G. SOGLIANI. — Les modifications de la formule leucocytaire dans la pyrétothérapie (leur importance quant au pronostic des psychoses) 859
L. TELATIN. — Pyrétothérapie et glycémie 860
V.-A. GLAZOV. — Importance clinique de l'étude des colloïdes du sérum pour les maladies psychiques 860
A. MAZZY. — La pression médiane sanguine des malades mentaux 860

(Suite du sommaire, page XIII).

**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 -

M. NAGY et J. SYRAUB. — La détermination de la teneur en brome dans le liquide céphalo-rachidien au cours de diverses maladies nerveuses et mentales 860
 C. BONCATI. — Modifications de la pression du liquide céphalo-rachidien chez les épileptiques à la suite d'insufflation d'air dans le canal rachidien dans un but thérapeutique ... 861

Thérapeutique.

A. SÉZARY et A. BARRÉ. — Les résultats cliniques et biologiques tardifs du traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique. 861
 M. BÉGUÉ. — Atrophie optique et stovarsol. 861
 W. MARSHALL. — Psychopathologie et traitement du syndrome parkinsonien et des autres séquelles post-encéphalitiques 862
 P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO. — Sur le traitement de l'ictus paralytique 862
 G. BLECHMANN, A. PAVCHERE, A. HALPHEN et J. AUCLAIR. — Encéphalite infantile à type de névralgie épidémique traitée par deux abcès de fixation, le bleu de trypan, l'électrocoagulation. Accidents comateux et issue fatale 863
 J.-S. HORSLEY. — Narcose thérapeutique par le soneryl 863
 G. VILLEY et J.-F. BUVAT. — Arrêt de crises migraineuses par injections intraveineuses de sérum salé hypertonique 863
 G. MAILLARD et P. BOULENGER. — Traitement de l'épilepsie par l'association gardénal-strychnine 863

PH. PAGNIEZ. — Du choix des barbituriques dans le traitement de l'épilepsie 864
 C. STEIN. — Etudes sur la thérapeutique endocrinienne dans l'épilepsie 864
 A. TÉPHANY. — La pratique de la thyroïdectomie 864
 P. SAVY. — Traitement du goitre exophtalmique 864
 MASSABEAU. — Traitement des goitres avec hyperthyroïdie 865
 J. CALVET. — Thyroïdectomie totale et insuffisance cardiaque 865
 J. LEWIS. — La thyroïdectomie dans les maladies de cœur non thyrotoxiques 865
 H. WELTI et R. LEVEN. — Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdie avec accidents cardiaques 865
 H.-P. KLOTZ. — L'opothérapie thyroïdienne et ses principales indications cliniques 866
 Ch. MATTEI et M. RECORDIER. — Le rôle de l'insuffisance hépatique dans la genèse des délires toxico-infectieux et leur traitement par les extraits de foie 866
 J. OLMER. — L'hépatothérapie dans les syndromes neuro-anémiques 866
 F. KENNEDY et A. WOLF. — Traitement de la myotonie et de la myasthénie par l'expérimentation avec de la quinine et la prostigmine 866
 N.-W. WINKELMAN et M.-T. MOORE. — La prostigmine dans le traitement de la myasthénie grave et de la dystrophie musculaire. Résultats obtenus avec les doses fractionnées ... 867

(Suite du sommaire, page XIV).

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

du DOCTEUR BERSOT

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Belle situation
au-dessus
du lac de Bièvre

Installations
modernes
et confortables

2 médecins



Nombre restreint
de malades

Vastes parcs
ombragés

Gymnastique, sport
Promenades
Occupations variées

- Cures d'insuline, de cardiazol, de sommeil, de fièvre, -
de désintoxication, de repos et d'isolement. — Psychothérapie

VIE DE FAMILLE — PRIX TRÈS MODÉRÉS

Docteur H. BERSOT, Médecin-Directeur

M. CAHANE. — Le traitement de l'anorexie mentale 867

E. MONIZ. — La leucotomie préfrontale dans le traitement des troubles mentaux 867

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :		
Séances	868	
Légion d'Honneur	868	
Prix de la Société Médico-Psychologique :		
Année 1939	869	
Année 1940	869	
Année 1941	870	
Hôpitaux psychiatriques :		
Nécrologie	870	
Légion d'Honneur	870	
Honorariat	870	
Nominations	870	
Concours de l'Internat en médecine des Hôpitaux psychiatriques de la Seine	871	
Concours de l'Internat en médecine de l'Hôpital psychiatrique de Montpellier	872	
Prochaine inauguration de l'Hôpital psychiatrique du département des Hautes-Pyrénées	872	
Hygiène et prophylaxie :		
Conseil supérieur de l'enfance	872	
Assistance et législation :		
Circulaire ministérielle relative au régime des aliénés	873	
Etrangers aliénés internés en France	877	
Médecine légale :		
Enseignement de l'anthropologie criminelle en Italie	877	
Académie de Médecine :		
Prix décernés en 1938 par l'Académie de Médecine	877	
Sociétés :		
American psychiatric Association	879	
Société de psychologie de Buenos-Aires	880	
Université libre de Bruxelles :		
Nécrologie	880	

INFORMATIONS

XXII ^e Congrès de Médecine légale de langue française	XVIII	La Fondation Ella-Sachs-Plotz pour l'avancement de la recherche scientifique	XXII
Troisième centenaire de l'Hôtel-Dieu de Québec	XXII		

" LES BERGES DU LÉMAN "

Traitement des affections nerveuses

Cures de repos et de convalescence

Traitement spécial des psychonévroses

Situation exceptionnelle -- Vue étendue -- Grand parc -- Tout confort

Médecin-Directeur : Docteur M. GUILLEREY (Cabinet de consultations à Lausanne : Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Téléphone 32.434). — Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY, un Médecin-Assistant. Téléphone : Vevey 52.008 ; Adresse télégraphique : Berges Vevey.

Renseignements et prospectus auprès de la direction médicale

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)

TÉ. ÉPH. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



Médecin-Directeur : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

Médecin assistant : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Vitamine B¹ cristallisée

bévitime

Solution injectable: ampoules de 1cc à 0,0002 et à 0,001 (BOITES DE 5)
Comprimés dosés à 0,0005 (TUBES DE 20)

POLYNÉVRITES

BÉRIBÉRIQUES
INFECTIEUSES
TOXIQUES
GRAVIDIQUES

NÉVRALGIES & NÉVRITES

*Injections sous-cutanées
intramusculaires
ou intraveineuses*

TROUBLES DU MÉTABOLISME
DES HYDRATES DE CARBONE

PARÉSIES INTESTINALES

Traitement par voie buccale

DEPTE
ZÉAU

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

XXII^e CONGRES DE MEDECINE LEGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Le XXII^e Congrès de Médecine légale de langue française aura lieu du 5 au 7 juin 1939, à Paris, sous la présidence du professeur LANDE, de Bordeaux.

Le bureau du Congrès est ainsi constitué :

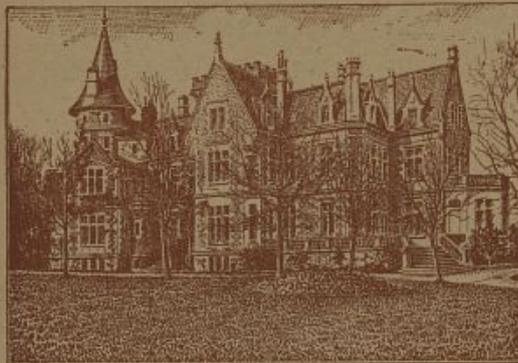
Président, prof. LANDE (Bordeaux) ; *vice-présidents*, prof. DE CHAËNE (Bruxelles), prof. ANISWORTH, MITCHELL (Londres), prof. RIBEIRO (Rio de Janeiro) ; *secrétaires généraux* : M. DESOILLE (Paris), prof. agrégé DERVILLÉE (Bordeaux).

(A suivre, page d'annonces XX).



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

TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE
DES SYNDROMES SYMPATHIQUES
et PARASYMPATHIQUES

•
ANGOISSE - ANXIÉTÉ - INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNÉTALE, etc...

La Passiflorine
RÉAUBOURG

uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES



Passiflora
incarnata
Salix alba
Crataegus
oxyacantha

Laboratoires **G. RÉAUBOURG** - 115, rue de Paris - BOULOGNE 1^{re} SEINE

XXII^e CONGRES DE MEDECINE LEGALE
DE LANGUE FRANÇAISE

(Suite)

Les rapports suivants seront présentés :

Médecine légale : Etude des gouttes de sang projeté (MM. BALTHAZARD, PIÉDELIÈVRE, DESOILLE, DÉROBERT). — *Criminologie : La responsabilité des paralytiques généraux traités* (M. FORTINEAU, Paris). — *Pathologie professionnelle et traumatique : Hernies et accidents du travail* (M. RIBEIRO, Rio de Janeiro).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. DESOILLE, 47, boulevard Garibaldi, Paris, et à M. DERVILLÉE, 27, rue du Jardin-Public, Bordeaux.

(A suivre, page d'annonces XXII).

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



CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

Fondé en 1930

ENTIÈREMENT RÉORGANISÉ

VILLA FORMOSE, 1, allées de Morlaàs, PAU (Basses-Pyrénées) — Tél. 27-07

Etablissement de traitement et de réadaptation pour Garçons

Superbe Villa dans le quartier le plus aristocratique de PAU, au milieu d'un grand parc. TRÈS GRAND CONFORT. Exposition entièrement au Midi. Chauffage central. Électricité. Lavabos individuels. Hydrothérapie complète. Vastes dépendances. Salles de Jeux. Jardin d'Hiver. Cinéma. Sport. Gymnastique médicale et rythmique.

Un des rares Etablissements qui soit spécialisé pour

GARÇONS ATTEINTS DE TROUBLES CARACTÉRIELS : nerveux, instables, irritables, insomniaques, coléreux, fantasques, indisciplinés, fugueurs, etc. — Les émotifs, anxieux, psychasthéniques, etc. — Les cyclothymiques. — Les petits pervers : inaffectivité, malignité, mensonges, vols, etc. — Les paranoïaques, les épileptiques sans crises convulsives, les schizoïdes, les mythomanes, etc.

GARÇONS RETARDÉS PÉDAGOGIQUES OU SCOLAIRES EN RETARD DANS LEURS ETUDES par suite de maladie.

Certains enfants peuvent continuer à fréquenter le Lycée tout en recevant à l'Etablissement les soins nécessaires

COURS ET LEÇONS PARTICULIÈRES A L'ÉTABLISSEMENT

-- Latin, Grec, Anglais, Allemand, Musique --

Carnet de Santé neuropsychiatrique — Fiche médicale mensuelle envoyée aux Familles

Prix de Pension à partir de 1.000 fr. par mois. Demandez-nous notre brochure

PAU, la Station la plus sédative de France. Ni vent ni poussière, douceur de l'atmosphère, absence de brouillard ; climat idéal pour ces catégories d'enfants

NON ADMIS : CONTAGIEUX, GRANDS ARRIÉRÉS ET GRANDS AGITÉS

Nombre de places strictement limité

Directeur Médical : Docteur MONESTIER, Médecin honoraire des Hôpitaux Psychiatriques

Directeur des Etudes : M. COCONAS, Professeur spécialisé

TROISIEME CENTENAIRE DE L'HOTEL-DIEU DE QUEBEC

Il y aura trois siècles, en 1939, que l'*Hôtel-Dieu de Québec* fut fondé par les soins de Mme la Duchesse d'AIGUILLON et des religieuses hospitalières de *Dieppe*. Le corps médical se prépare à célébrer avec éclat, en août prochain, le III^e Centenaire de la première institution hospitalière dont fut dotée l'Amérique du Nord.

LA FONDATION ELLA-SACHS-PLOTZ POUR L'AVANCEMENT DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

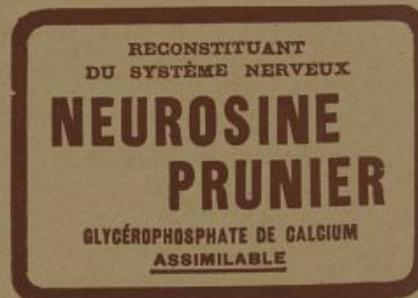
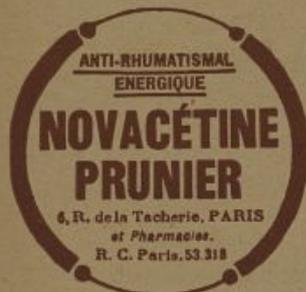
La *Fondation Ella-Sachs-Plotz* a pour but d'aider par des subsides les recherches scientifiques, de préférence celles qui ont pour but les divers problèmes de médecine et de chirurgie et des sciences

(A suivre, page d'annonces XXIV).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.



SANATORIUM BELLEVUE

A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

**Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

Fondé en 1857 par le D^r L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, cures d'insuline, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle.
Informations et prospectus par l'Administration.

Médecin-directeur : D^r L. BINSWANGER

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le D^r Tarrus)

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-violet

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.

LA FONDATION ELLA-SACHS-PLOTZ
POUR L'AVANCEMENT DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

(Suite)

connexes. L'octroi des dons est fait de préférence aux recherches sur un seul problème, ou sur un petit groupe de problèmes reliés les uns aux autres.

Les dons doivent être employés à l'achat d'appareils ou de substances diverses nécessaires à des investigations particulières, ou à des dépenses imprévues indispensables ; mais ces dons ne doivent pas servir à se procurer le matériel qui fait partie des objets usuels des laboratoires. Le maximum de chaque don ne doit pas dépasser 500 dollars.

Pendant les 15 années de son existence, la Fondation a accordé 340 subsides distribués à des chercheurs d'Argentine, d'Autriche, de Belgique, du Brésil, du Canada, du Chili, du Danemark, d'Esthonie, de Finlande, de France, d'Allemagne, de Grande-Bretagne, de Grèce, de Hongrie, de l'Iran, de l'Italie, de la Yougoslavie, de la Lithuanie, du

(A suivre, page d'annonces XXVI).

CLINIQUE PRIVÉE

D^r Th. BRUNNER

KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D'Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intrarachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapeutiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D^r Th. BRUNNER

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, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou
Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de 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 Cgts (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Cgts.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

LA FONDATION ELLA-SACHS-PLOTZ
POUR L'AVANCEMENT DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

(Suite)

Liban, de la Hollande, de la Norvège, de la Palestine, de la Pologne, du Portugal, de la Roumanie, de l'Afrique du Sud, de la Suède, de la Suisse, de la Syrie, de la Tchécoslovaquie, du Venezuela, des Etats-Unis.

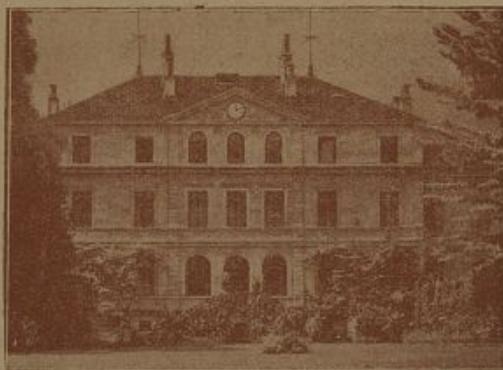
Les demandes de secours pour 1939-1940 doivent parvenir au Comité avant avril 1939.

Toute lettre de demande doit définir très exactement les qualifications du chercheur, la nature des recherches, la valeur du subside et l'emploi exact qui doit en être fait.

Il est utile de joindre à la lettre des recommandations du Directeur des laboratoires ou des Instituts dans lesquels seront faites les recherches.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au D^r J. C. AUB, Collis P. Huntington Memorial Hospital, 695 Huntington avenue, Boston, Massachusetts, U.S.A.

Maison de Santé
de PRÉFARGIER
près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : D^r O. Riggenbach
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

KANEURON

Solution Stable

le plus maniable —
— le plus assimilable —
— le plus actif
des sédatifs phylo-barbituriques
de par sa forme soluble.

10 GOUTTES 0,01 de
Phényléthylmalonylurée sodique
Crataegus Passiflore
Paulinia
Correctif anti-dépresseur

Stabilisateur type des
Troubles Vago-sympathiques
Angoisses
Sédatif de l'Hyper-excitation.

SIDÉRANYL

Spasmolytique
magnésien
Borotartrate de magnésium

Epilepsie et équivalents
épileptiques (Vertiges)
Instabilité psycho-motrice

SERVO-FREINYL

Borotartrate Mg et Ca
Carbonate de calcium
Phényléthylmalonylurée
Parathyroïdine, Ergostérine

Troubles du Caractère
Tics
Terrain Tétanique

SPASMOCALCYL

Borotartrate
Bromure de Ca
Iodure
peptides de lev. de Bière

Terrain spasmodophile
Crises Convulsives des
Enfants

Echantillons, et Littérature sur demande aux
LABORATOIRES LABIOLA 52 rue de Cambrai
LILLE NORD



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

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)

