

Bibliothèque numérique

medic @

Annales médico-psychologiques

*n°02. - Cahors : Imprimerie A. Coueslant, 1945.
Cote : 90152*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris)
Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90152x1945x02>

Ayez le respect des Livres

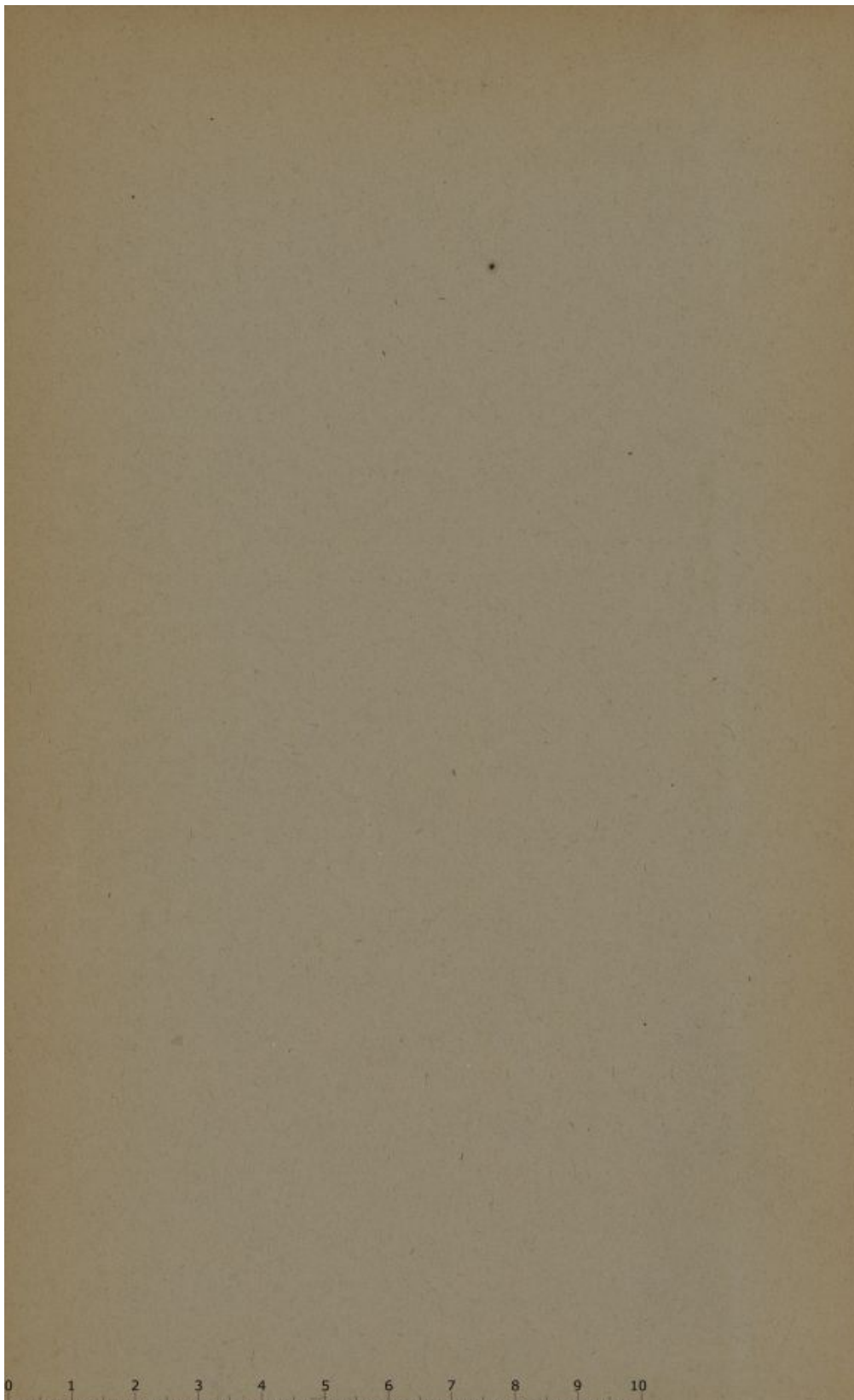
BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

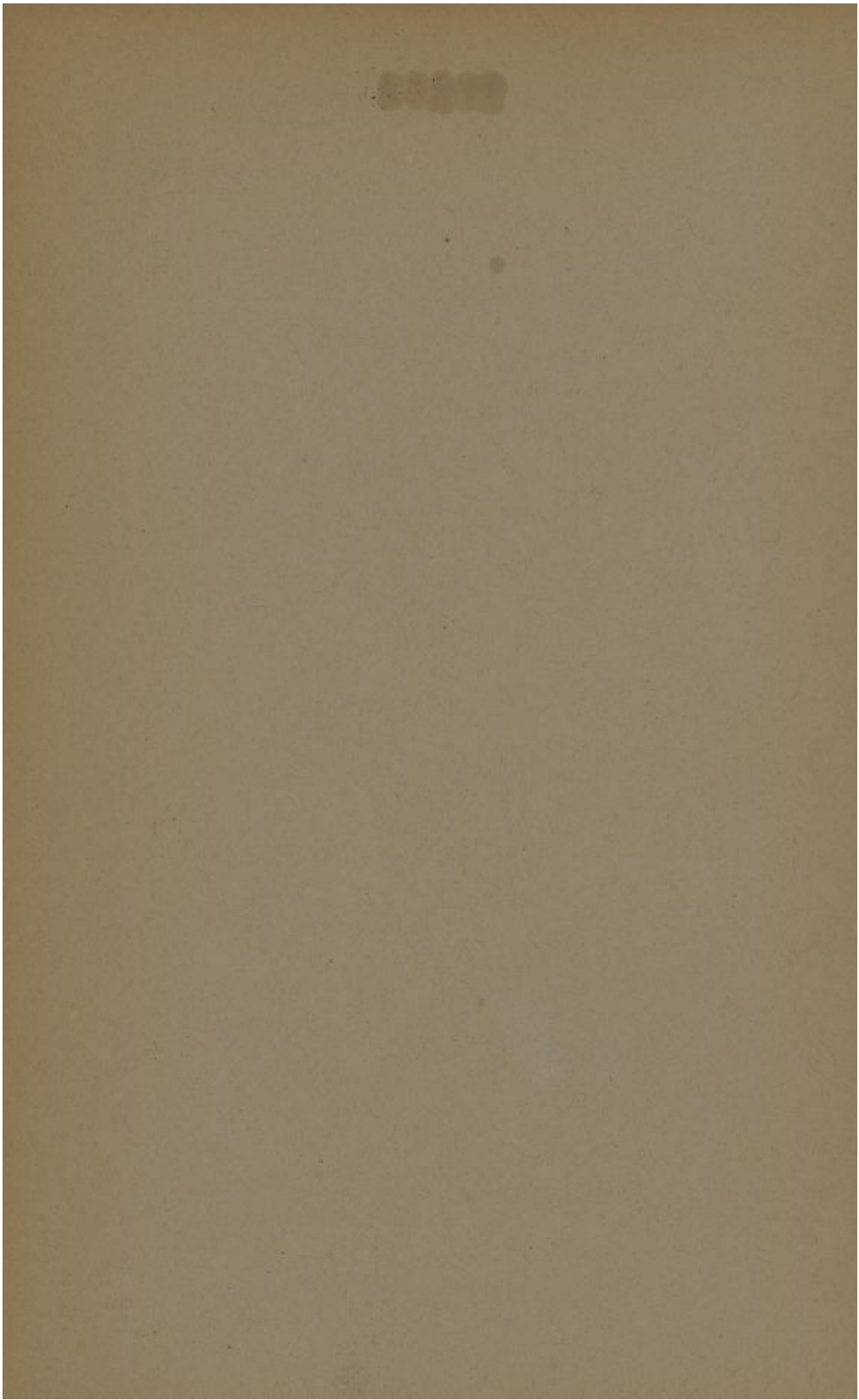
Remettez ce livre à sa place
après consultation



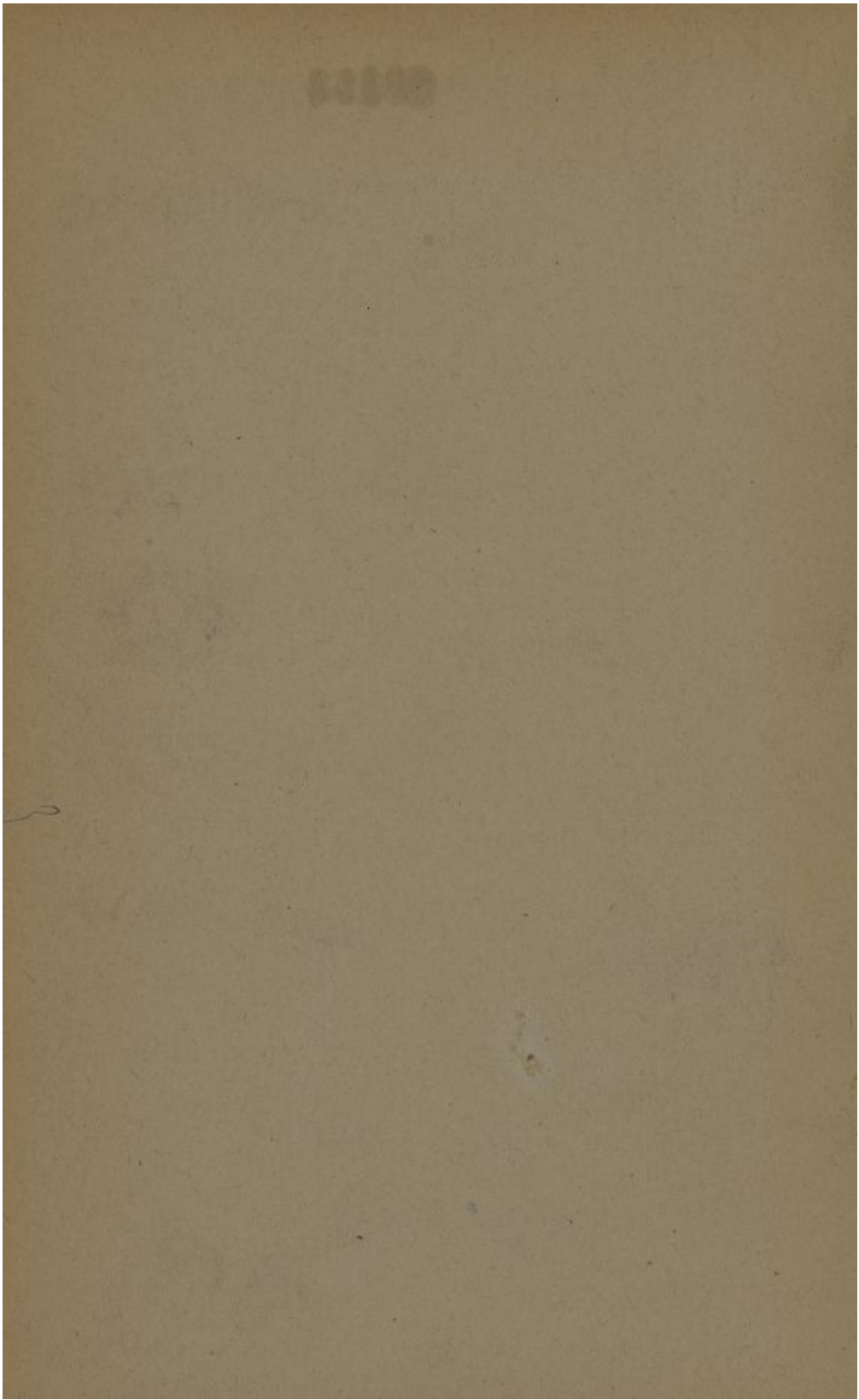




90152



90152



137

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER



103^e Année - T. II - N° 2

Juillet 1945

1945
2

IMPRIMERIE A. COUESLANT

(PERSONNEL INTÉRESSÉ)

1, RUE DES CAPUCINS - CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MÉDICO-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

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. ABADIE, D. ANGLADE, H. BEAUDOUIN, BEAUSSART,
CAPGRAS, CARRETTE, H. CLAUDE, COURBON, DELAY, Ach. DELMAS,
P. DELMAS-MARSALET, DEMAY, DUBLINEAU, G. DUMAS, DUPOUY,
EUZIÈRE, Henri EY, FRIBOURG-BLANC, GUIRAUD, J. HAMEL,
HEUYER, Pierre JANET, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE,
LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT, PACTET,
PIÉRON, A. POROT, RAVIART, RISER, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL,
TOULOUSE, VERNET, VIÉ, VURPAS.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1945)

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

France et Colonies : 320 fr. ; changement d'adresse : 5 fr.

Etranger : Tarif N° 1, 420 fr. ; Tarif N° 2, 440 fr.

Ne bénéficient du tarif réduit n°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.

CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS

Années 1843 à 1930 : Chaque année..... 310 francs

L'année mixte 1914-1915 formant 2 volumes est en vente au prix de 250 francs.

L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte au prix de 250 francs les 2 volumes.

Les années 1846 et 1857 sont épuisées.

Les années 1843, 1844, 1848, 1854, 1860 et 1874 sont rares et ne peuvent être acquises qu'avec la collection. Chacune de ces années est en vente au prix de..... 550 francs

Années 1931 à 1944 : Chaque année..... 550 francs

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol..... 185 francs

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol..... 185 francs

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930.) 1 vol..... 375 francs

Chacun de ces 3 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantième de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol..... 50 francs

Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol..... 200 francs

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

.....
(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

90152

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1945

TOME DEUXIÈME

1.

ANNALLES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

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

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITE DE REDACTION :

M.M. ABADIE, D. ANGLADE, H. BEAUDOUIN, BEAUSSART,
CAPGRAS, CARRETTE, H. CLAUDE, COURBON, DELAY, Ach. DELMAS,
P. DELMAS-MARSALET, DEMAY, DUBLINEAU, G. DUMAS, DUPOUY,
EUZIÈRE, Henri EY, FRIBOURG-BLANC, GUIRAUD, J. HAMEL,
HEUYER, Pierre JANET, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE,
LÉVY-VALENSI, LHERMITTE MARCHAND, MIGNOT, PACTET,
PIÉRON, A. POROT, RAVIART, RISER, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL,
TOULOUSE, VERNET, VIÉ, VURPAS.

90152 ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

90152

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER



103^e ANNÉE — 1945
TOME DEUXIÈME

IMPRIMERIE A. COUESLANT
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)
1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES

00185

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

00185



IMPRIMERIE A. COUILLANT

RUE DES CARMEUX, 4 - CAROL

TABLE DES MATIÈRES

103^e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1945

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Obsession et délire (De l'obsession au délire. Du délire à l'obsession. Rôle des réflexes conditionnels dans la naissance et la persistance de l'idée obsédante), par L. MICHAUX, H.-M. GALLOT et A. ROUAULT DE LA VIGNE.....	1
Etiologie et statistique psychiatrique (De la recherche de l'étiologie des troubles mentaux en regard de l'insuffisance habituelle de celle-ci dans les statistiques), par M. LÉCONTE et P. MARTY.....	42
Apraxie digitale et apraxie constructive dans un cas d'hémorragies bilatérales symétriques des corps striés, par C. PFERSDORFF.....	129
La neurasthénie bacillaire, par H. AUBIN.....	152
Acidification et alcalinisation des mélancoliques, par J. LEYRITZ.....	166
Les formes psychiques précoces des cranio-pharyngiomes, par RISER, DARDENNE, FERDIÈRE et GAYRAL.....	241
L'athrepsie des aliénés et les syndromes de dénutrition (Déséquilibre alimentaire. Gastro-entérites et dilatations paralytiques de l'estomac. Sympathoses abdominales et inhibitions neuro-végétatives centrales), par H. BARUK.....	255
L'oligophrénie phénylpyruvique ou maladie de Fölling, par G. MYLE.....	337
L'analyse du destin, par O.-L. FOREL.....	358
La psychanalyse chimique (Analyse psychique sous état hypnagogique provoqué), par P. COSSA, A. AGID et P. ARGUIN.....	465
L'œil et la vision dans les carnets de Léonard de Vinci, par M. QUERCY.....	483

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 11 juin 1945

	Pages
Etude du terrain chez un sujet atteint de syphilis du névraxe, par J. DUBLINEAU et J. BEAUDOIN.....	49
Epilepsie réflexe, rôle des excitations auditives et tactiles, par ANDRÉ-THOMAS, J. DE AJURIAGUERRA et R. MALEYRIE.....	52
Cénestopathie faciale droite périodique, par J. DE AJURIAGUERRA.....	55
Confusion mentale périodique. Résultats de l'électro-choc et de l'insufflation ventriculaire, par J. DELAY, P. PUECH et J. MAILLARD.....	58
Un faux pervers. Délits névrotiques par conflits affectifs, par J. DELAY et F. PASCHE.....	61
Un faux pervers : résultats de la cure psychanalytique, par J. DELAY et F. PASCHE.....	63
Pseudo-paralysie générale alcoolique. Aspect encéphalographique, par J. DELAY, P. DESCLAUX et M ^{lle} G. BOISSIER.....	66
Syndrome de démence précoce. Tares familiales. Crises épileptiques ; secousses myocloniques. Amyotrophie et contractures généralisées. Lésions d'Alzheimer. Dégénérescence chronique des cellules radiculaires de la moelle, par L. MARCHAND, L. BONNAFÉ et F. TOSQUELLES.....	69
Deux imperfections dans le traitement de la paralysie générale, par P. GUIRAUD et M ^{lle} A. MESSIN.....	73
Délire aigu azotémique, action de l'électro-choc, constatations encéphalographiques et neuro-chirurgicales, par J. DELAY, J. MAILLARD, P. DESCLAUX et A. ROUAULT DE LA VIGNE.....	77

Séance du lundi 25 juin 1945

Adoption du procès-verbal.....	81
Correspondance.....	81
Le problème socio-typologique, par J. DUBLINEAU.....	81
Etats mystiques et phénomènes xénopathiques, par P. GISCARD.....	85
Psychoses carcérales et psychoses simulées, par P. GISCARD.....	89
Equivalents comitiaux de type hallucinatoire divers, uniques symptômes d'une tumeur temporale gauche, par M. DAVID, R. COULONJOU et H. HECAGEN.....	93
L'encéphalographie dans les démences. Sa valeur pronostique, par J. DELAY et P. DESCLAUX.....	97
L'encéphalographie gazeuse dans les délires chroniques paranoïdes, par J. DELAY et P. DESCLAUX.....	101

Séance du lundi 9 juillet 1945

Epilepsie bravais-jacksonienne réflexe. Début crural des crises. Intervention constante dans leur déclenchement de contractions musculaires inopinées du membre inférieur du même côté, par L. MICHAUX et M ^{lle} GRANIER.....	172
---	-----

	Pages
Etude typologique d'un psychopathe tuberculeux, par J. DUBLINEAU et J. BEAUDOIN.....	177
Affaiblissement psychique associé à des spasmes variés, par X. ABÉLY et LUQUET.....	180
Maladie osseuse de Paget avec compression médullaire ; troubles mentaux associés, par M ^{lle} CULLERRE et V. BERTRAND.....	183
Crises oculo-gyres avec hallucinose chez un post-encéphalitique, par J. DELAY, P. DESCLAUX et R. SUTTEL.....	188
Intérêt du 245 R.P. (Pentothal) dans l'exploration du psychisme, par J. DELAY, P. DESCLAUX, PASCHE et A. SOULAIRAC.....	191
Anesthésique 245 R.P. et crises hystériques, par J. DELAY, M ^{lle} J. MOREAU et M. SUTTEL.....	194
Démence oxycarbonée. Constatations encéphalographiques, par P. PUECH, J. DE AJURIAGUERRA et A. ROUAULT DE LA VIGNE.....	198

Séance du lundi 22 octobre 1945

Adoption du procès-verbal.....	268
Correspondance.....	268
Décès de M. le D ^r Calmels, membre titulaire honoraire.....	268
Décès de M. le D ^r Dupouy, membre titulaire honoraire.....	269
Limitation du nombre des communications par auteur.....	269
Relation par M. le Président A. Baudouin de récents voyages à l'étranger (Etats-Unis, Canada, Suisse).....	269
Invitation de la Société médico-psychologique à la réunion annuelle à Londres de la « Royal Medico-psychological Association ».....	271
Erotomanie bradypsychique, par X. ABÉLY, P. DESCLAUX et R. SUTTEL.....	271
Gestalt-théorie et structures en psychiatrie : la dialectique fond-figure dans la nosologie et la sémiologie, par L. BONNAFÉ, A. CHAURAND, F. TOSQUELLES et A. CLÉMENT.....	275
Valeur de la théorie de la forme en psychiatrie : la dialectique du moi et du monde et de l'événement morbide, par L. BONNAFÉ, A. CHAURAND, F. TOSQUELLES et A. CLÉMENT.....	279
Les engagés dans la milice, dans la L. V. F. et dans les formations allemandes au point de vue psychiatrique, par A. CEILLIER.....	285
Quelques remarques sur les réformes de la loi de 1838 et sur les services libres, par H. BARUK.....	289
L'unité de l'infection syphilitique, son importance au point de vue thérapeutique dans les syndromes mentaux, par P.-A. CHATAGNON.....	295
Fréquence des signes d'artério-sclérose dans les maladies mentales, par P. MENUAU et V.-J. DURAND.....	300

Séance du lundi 12 novembre 1945

Les cachexies par hyponutrition au cours de la syphilis nerveuse durant les années d'occupation, par P.-A. CHATAGNON et J. MABON.....	365
Arachnoïdite optochiasmatique ayant évolué vers une paralysie générale juvénile, par J. DELAY, P. DESCLAUX et J. MAILLARD.....	369
Syndrome de Gélinau avec hallucinose et syndrome d'influence, par H. HECLEN et M. BACHET.....	372
Electro-choc et folies multiples, par G. DAUMÉZON, L. CASSAN et P. DELAMARRE.....	376

	Pages
Rôle de la conscience morale dans la genèse d'un délire de persécution, par H. BARUK, M ^{lle} OWSIANIK et M. BORENSTEIN.....	380
Avitaminose P. P. et troubles mentaux chez les déportés rapatriés, par P. SIVADON et M ^{me} RAIMBOURG.....	382
Composantes psycho-somatiques d'un délire cosmique, par MONTASSUT et L. FOUKS.....	386
Epilepsie avec auras visuelles à type d'hallucinations hémianopsiques par blessure occipitale. Etude des phénomènes hallucinatoires produits par excitation électrique de la cicatrice corticale, par M. DAVID et H. HECAEN.....	390
Un cas de syndrome de Laurence Bardett-Biedl, par X. ABÉLY et P. LUQUET.....	395
Délire aigu azotémique guéri par l'injection intra-rachidienne de pénicilline, par J. DELAY, P. DESCLAUX, GENDROT et R. DIGO.....	396
Délire aigu azotémique à guérison rapide. Action de la pénicilline, par J. DELAY, P. DESCLAUX, GENDROT et R. DIGO.....	401

Séance du lundi 26 novembre 1945

Adoption du procès-verbal.....	405
Modifications au procès-verbal de la séance du lundi 14 mai 1945.....	405
Correspondance.....	406
Election de trois membres correspondants nationaux.....	406
Décès de M. J.-B. Buvat, membre titulaire.....	406
Guérison par électro-choc, d'un cas de mutisme hystérique avec abasie, par J. PICARD M ^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX et M. SCHMIDT.....	407
Sur certaines séquelles cérébrales graves de l'électro-choc : manifestations épileptiques, démences, réactions encéphalitiques tardives. Données physiologiques et cliniques sur le danger de cette thérapeutique pour la circulation et la nutrition cérébrales, par H. BARUK.....	410
Quelques constatations histophysiopathologiques sur le système nerveux après l'électro-choc, par P.-A. CHATAGNON.....	414
Action de l'électro-choc sur l'évolution clinique de cinquante cas de psychopathies diverses, par P.-A. CHATAGNON.....	418
Doutes sur l'opportunité du traitement par l'électro-choc dans certains cas de mélancolie et dans la manie, par G. COLLET.....	421
Essai de réduction des myalgies de l'électro-choc par la Vitamine C, par G. DAUMÉZON, L. CASSAN et P. DELAMARRE.....	428
Un cas de mort après électro-choc, par J. LABOUCAÏÉ.....	430

Assemblée générale et séance du lundi 17 décembre 1945

Adoption du procès-verbal.....	520
Correspondance.....	520
Rapport du secrétaire général.....	521
Rapport de la Commission des finances.....	522
Election du Bureau de la Société pour l'année 1946.....	523
Bureau de la Société médico-psychologique pour 1946.....	524
Conseil d'administration.....	524
Commission des finances.....	525
Prix de la Société médico-psychologique.....	525
Election de trois membres associés étrangers.....	525

Séance ordinaire du 17 décembre 1945

	Pages
Présentation d'un ouvrage imprimé.....	526
Suite de la discussion sur l'électro-choc, par J. DELAY.....	526
Excitation maniaque et tuberculose atypique, par M. HYVERT.....	537
De la paralysie générale suraiguë, par L. MARCHAND, J. DE AJURIAGUERRA et P. THILLAYE DU BOULLAY.....	543
Syndrome de Gélinau post-encéphalitique avec hallucinose. Electro- encéphalogramme, par A. CHARLIN, Y. PÉCHER et A. PASSOUANT.....	546
Les troubles mentaux dans l'hypotension intracrânienne, par R. BES- SIÈRE, P. PUECH et J. MORICE.....	550
L'évolution du béhaviorisme et la notion de structure en psychiatrie, L. BONNAPÉ, A. CHAURAND, F. TOSQUELLES et A. CLÉMENT.....	555

RÉUNIONS ET CONGRÈS

57^e Assemblée de la Société suisse de neurologie

Ston, 16-17 juin 1945

Sur les localisations cérébrales de la thrombo-endarangéite oblitérante de Winiwarter-Buerger. Sémiologie et problèmes neurologique, par N. MIN- KOWSKI.....	108
La question de la forme cérébrale de l'endarangéite oblitérante de Winiwarter- Buerger, par A.-V. ALBERTINI.....	110
Les manifestations cérébrales de l'endarangéite oblitérante de Winiwarter- Buerger. Diagnostic et traitement, par H. KRAYENBULHL.....	110
Du rôle de la thrombo-endarangéite oblitérante (v. Winiwarter-Buerger) dans l'étiologie de l'atrophie granulaire de l'écorce cérébrale, par F. MOREL....	111
De l'endarangéite oblitérante, par A. DIMITZA.....	111
La forme diencephalique de la maladie de Heine-Medin, par G. DE MORSIER.	112
Les vaisseaux dans le traumatisme cranio-cérébral, par E. KATZENSTEIN- SUTRO.....	113

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 12 avril 1945.....	303
Séance du 3 mai 1945.....	437
Séance du 7 juin 1945.....	439
Séance du 5 juillet 1945.....	560
Séance du 8 novembre 1945.....	563

**Société de médecine mentale de Belgique
et Société belge de neurologie**

	Pages
Séance commune du 26 mai 1945.....	306

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 30 juin 1945.....	307
Séance du 29 septembre 1945.....	308
Séance du 27 octobre 1945.....	310
Séance du 1 ^{er} décembre 1945.....	566
Séance du 22 décembre 1945.....	568

Société belge de neurologie

Séance du 30 juin 1945.....	310
Séance du 29 septembre 1945.....	312
Séance du 27 octobre 1945.....	313
Séance du 1 ^{er} décembre 1945.....	569

**Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques
et neuro-chirurgicales**

Séance du 22 décembre 1945.....	570
---------------------------------	-----

VARIÉTÉS

Assistance : Résultats d'une enquête russe dans un établissement psychiatrique près de Berlin.....	239
— Les études médicales dureront six ans en U. R. S. S.....	240
— Fabrication de la pénicilline en France.....	240
— Les 75 ans d'existence de Burghölzli.....	334
— Création d'un office de consultations médico-psychologiques au service médical scolaire de la ville de Zurich.....	335
— La formation du personnel infirmier des hôpitaux psychiatriques en Suisse.....	589
Hôpitaux psychiatriques : Concours du médecin des hôpitaux psychiatriques.....	237
— — Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques.....	237
— — Commission médicale des hôpitaux psychiatriques.....	237
— — Nominations..... 329, 461,	587
— — Concours sur titres pour le recrutement de 4 médecins-chefs de service des hôpitaux et formations psychiatriques d'Algérie....	330

	Pages
Hôpitaux psychiatriques : Le reclassement professionnel des prisonniers et déportés.....	331
— — — — —	462
— — — — —	462
— — — — —	462
— — — — —	462
— — — — —	587
— — — — —	588
Hygiène et Prophylaxie : La paralysie infantile à Bruxelles.....	238
— — — — —	238
— — — — —	333
— — — — —	333
— — — — —	334
— — — — —	464
— — — — —	464
— — — — —	589
Nécrologie : Jacques Vié (1900-1945).....	590
Réunions et Congrès : Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française....	237
— — — — —	128, 331
— — — — —	332
— — — — —	463
Société médico-psychologique : Légion d'honneur.....	587
— — — — —	328, 461
— — — — —	127, 236, 328, 461, 586
Sociétés : Société française de psychologie.....	588
— — — — —	238
— — — — —	463
Thérapeutique : Le caoutchouc synthétique détruit la pénicilline.....	590
Université d'Alger : Création à l'Université d'Alger d'un Institut de psycho-technique et de biométrie.....	335
— — — — —	336
— — — — —	590



TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES ⁽¹⁾

A

- Aphasie.** v. *Hystérie*.
- Aboès du cerveau et hernies cérébrales infectées traités par la pénicilline** (M. DAVID, H. HECAEN et TALAIRACH), 562.
- froids (Hernies discales dues à des). Technique suivie (D. FÉREY et SAMBRON), 437.
- Abus de boisson dans le canton de Berne** (Sur les voies nouvelles dans la lutte contre l') (F. WALTHER), 208.
- Acétate de désoxycorticostérone** (Action masculinisante de l') (A. GIROUD, P. DESCLAUX, M. MARTINET et J. PIAT), 219.
- Acide nicotinique.** v. *Stupeur*.
- phénylpyruvique. v. *Oligophrénie*.
- Acidification.** v. *Mélancoliques*.
- Acropathies ulcéro-mutilantes avec troubles syringomyéliques.** Discussion clinique et pathogénique (J.-A. BARRÉ), 440.
- Adaptation** (Les facteurs profonds d') de l'homme à sa fonction (M. DESOILLE), 449.
- Adler et la psychologie individuelle en regard de la psychanalyse** (Mlle O. MEIER), 578.
- Affaiblissement psychique associé à des spasmes variés** (X. ABÉLY et LUQUET), 480.
- Alcalinisation.** v. *Mélancoliques*.
- Alcoolisme.** v. *Psychoses alcooliques*.
- Algies zosteriennes.** v. *Zona*.
- Aliénés du sexe masculin** (Analyse des délinquances sexuelles chez les) (S. RUSKIN), 233.
- Alimentation.** v. *Athrepsie*.
- v. *Carences*.
- v. *Cachexie*.
- Allemandes** (Formations). v. *Engagés*.
- Alzheimer** (Lésions d'). v. *Démence précoce*.
- Amyotrophie progressive à évolution lente avec syndrome pyramidal fruste unilatéral** (RADERMECKER), 313.
- v. *Scléroses latérales amyotrophiques*.
- Angiomatose diffuse cortico-méningée et une démyélinisation de la substance blanche du centre ovale** (Sur une maladie familiale caractérisée par une) (L. van BOGAERT et P. DIVRY), 309.
- Angle ponto-cérébelleux** (Tumeur perçue de l') (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 438.
- Année psychologique** (Quarante-et-unième et quarante-deuxième années 1940-1941) (H. PIÉRON), 444.
- Antiépileptiques** (Action des) sur les convulsions électriques médullaires (P. GLEY, H. LAPIPE, J. RONDEPIERRE, H. HORANDE et T. TOUCHARD), 215.
- Anti-histaminiques.** v. *Zona*.
- Anxieux** (Etats) (Métabolisme hydrocarboné en rapport avec les) (W. BAKER), 216.
- Apraxie digitale et apraxie constructive dans un cas d'hémorragies bilatérales symétriques des corps striés** (C. PFERSDORFF), 429.
- v. *Syndrome aphaso-agnosio-apraxique*.
- Arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure** (van GEHUCHTEN et MORELLE), 307.
- optochiasmatique ayant évolué vers une paralysie générale juvénile (J. DELAY, P. DESCLAUX et J. MAILLARD), 369.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société médico-psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des aliénistes et neurologistes.

- Aréflexie plantaire constitutionnelle** (Valeur sémiologique de l') (BARRAQUER-FERRÉ et BARRAQUER-BORDAS), 562.
- Arsenic**, v. *Encéphalopathie arsenicale*.
- Artériosclérose** (Fréquence des signes d') dans les maladies mentales (P. MENUAU et V.-J. DURAND), 309.
- Assistance** (Sur le problème du traitement et de l') aux psychopathes criminels (A. KIELHOZ), 584.
- familiale et la guerre (RADE-MACKERS), 569.
- aux malades mentaux (G. HEUYER), 458.
- psychiatrique renouvelée (G. DAUMÉZON et L. BONNAFÉ), 457.
- Astrologie** et étude des faits (P.-S. BENDIX), 581.
- Ataxies héréditaires** (Recherches cliniques et biogénétiques sur les) (T. SJÖGREN), 574.
- statique, v. *Syndromes extra-pyramidaux*.
- Atrepsie des aliénés** et les syndromes de dénutrition. Déséquilibre alimentaire. Gastro-entérites et dilata-tions paralytiques de l'estomac. Sympathoses abdominales et inhibitions neuro-végétatives centrales (H. BARUK), 255.
- Atrophie Aran-Duchenne** et quadriplé-gie spasmodique progressive, 303.
- cérébelleuse. Un cas chez une idiote microcéphale (I. BERTRAND, L. MICHAUX et J. GRUNER), 303.
- granulaire de l'écorce cérébrale (Du rôle de la thrombo-endarterite obli-térante (v. Winiwarter-Buerger) dans l'étiologie de) (F. MOREL), 111.
- musculaire myélopathique de type distal avec grosses déformations des pieds, arthropathies du coude et de la colonne vertébrale, nodosités cal-caires sous-cutanées et artérite cal-caire avec perturbation du métabo-lisme phosphocalcique (Sur un complexe clinique caractérisé par une) (Th. ALAJOUANINE et G. BOU-DIN), 438.
- Avitaminose PP.** et troubles mentaux chez les déportés rapatriés (P. SIVA-DON et Mme RAIMBOURG), 382.
- Azotémie**, v. *Délire aigu*.
- B**
- Bactériennes** (Infections) et spirillaires par la pénicilline (La thérapeutique des) (C. LEVADITI), 326.
- Behaviorisme** (L'évolution du) et la notion de structure en psychiatrie (L. BONNAFÉ, A. CHAURAND, F. TOS-QUELLES et A. CLÉMENT), 555.
- ANN. MÉD.-PSYCH. — Tables du Tome II, 1945.
- Borgne**, v. *Chiasma optique*.
- Bromure de méthyle**, v. *Intoxication*.
- C**
- Cachexies** par hyponutrition au cours des syphilis nerveuses pendant l'occupation (P.-A. CHATAGNON et J. MABON), 365.
- hypophysaire, v. *Maladie de Simmonds*.
- Canal de Bichat**, v. *Epiphysaire (Ré-gion)*.
- Capacités intellectuelles**, v. *Hérédité*.
- Capacités de travail** (Différences entre les) des hommes et des femmes (F. BAUMGARTNER-TRAMER), 580.
- Cardiazol** (pentaméthylemététrazol) sur les centres nerveux (Mode d'action du) (P. CHAUCHARD, Mme H. MAZOUÉ et M.-R. LECOQ), 325.
- Carences alimentaires** et manifesta-tions neurologiques et psychopathi-ques (L.-M. SANDOZ), 201.
- Carence C** (L'hypophyse au cours de la) (A. GIROUD et P. DESCLAUX), 219.
- neurométabolique chez les sujets âgés (E. WEYBERG), 202.
- Cénestopathie faciale** droite périodique (J. de AJURIAGUERRA), 55.
- Centre médico-pédagogique** de Montau-ban (R. FAVAREL), 453.
- Cerveau**, v. *Abcès du cerveau*.
- v. *Atrophie cérébelleuse*.
- v. *Ecorce cérébrale*.
- v. *Gliomes*.
- v. *Hypertonie de décérébration*.
- v. *Œdème cérébral*.
- v. *Tubercule cérébral*.
- v. *Tumeur cérébrale*.
- Chiasma optique** d'un borgne (P. QUER-CY et R. de LACHAUD), 210.
- Chloralose**, v. *Intoxication*.
- Choc** (Thérapeutique de) (HOVEN), 310.
- v. aussi *Coma insulinique, convul-sivothérapie, curare*.
- Chorée** chronique et paralysie hyper-tonique du regard (J. DEREUX), 440.
- de Huntington (Troubles de l'éléva-tion des globes oculaires dans un cas de) (ANDRÉ-THOMAS, X. ABÉLY, J. de AJURIAGUERRA et Mlle LEULIER), 561.
- Choréomyoclonies**, v. *Syndromes extra-pyramidaux*.
- Circulation rétinienne**, v. *Rétine*.
- Coma insulinique**, v. *Insuline*.
- v. *Psychoses*.
- v. *Schizophrénie*.
- Comportement**, v. *Milieu interne*.
- Compréhension mutuelle** (Sur la psy-chologie de la) (comprendre et se comprendre) (F. BAUMGARTNER-TRA-MER), 122.
- b.

- Confusion mentale hallucinatoire** (Polynévrite avec alopécie et) (H. BAONVILLE, L. ECTORS et J. TITECA), 568.
 — périodique. Résultats de l'électrochoc et de l'insufflation ventriculaire (J. DELAY, P. PUECH et J. MAILLARD), 58.
- Conscience morale.** v. *Délie*.
- Constitutions humaines euphasiques** (Sur une classification des) basée sur l'embryologie (MARTINY), 212.
- Convulsions provoquées par le métrazol** chez des singes (Modifications histopathologiques au cours des) (S. ARIETTI), 124.
 — électriques médullaires (Action des antiépileptiques sur les) (P. GLEY, H. LAPIPE, J. RONDEPIERRE, H. HORANDE et T. TOUCHARD), 215.
- Convulsivothérapie.** v. *Névroses malignes*.
- Corps striés.** v. *Hémorragies*.
- Crâne.** Réparation des brèches osseuses par plaque de tantale (J. LE BEAU), 565.
- Cranio-pharyngiome intra-sellaire** (Infantilisme type thyroïdien par) (J. FROMENT, H. SAVET et G. BRIAND), 218.
 — (Les formes psychiques précoces des) (RISER, DARDENNE, FERDIÈRE et GAYRAL), 241.
- Criminels.** v. *Psychopathes*.
- Crises oculogyres avec hallucinoses** chez un postencéphalitique (J. DELAY, P. DESCLAUX et R. SUTTEL), 188.
- Curare,** moyen préventif des complications traumatiques au cours des chocs thérapeutiques convulsifs (A. BENNETT), 228.
- Cysticerque** du 4^e ventricule (DECOSTER), 307.
- D**
- Décérébration.** v. *Hypertonie de décérébration*.
- Déficience intellectuelle** au cours des psychoses (Une échelle commode pour mesurer la) (W. SHIPLEY et Ch. BURLINGAME), 117.
- Déficients mentaux** (Des soins à donner par la communauté aux) (E. HUMPHREYS), 221.
- Dégénérescence et régénération** du nerf. Le facteur de croissance N.R. (A. de MURALT), 212.
- Délinquances sexuelles** (Analyse des) chez les aliénés du sexe masculin (S. RUSKIN), 233.
- Délinquant** (Esquisse de la biologie du) (W. BOVEN), 584.
- Délie** (Obsession et). De l'obsession au délire. Du délire à l'obsession. Rôle des réflexes conditionnels dans la naissance et la persistance de l'idée obsédante (L. MICHAUX, H.-M. GALLOT et A. ROUAULT de la VIGNE), 1.
 — à deux (J. HEERNU), 310.
 — aigu azotémique, action de l'électrochoc, constatations encéphalographiques et neuro-chirurgicales (J. DELAY, J. MAILLARD, P. DESCLAUX et A. ROUAULT de la VIGNE), 77.
 — guéri par l'injection intrarachidienne de pénicilline (J. DELAY, P. DESCLAUX, GENDROT et R. DIGO), 396.
 — à guérison rapide. Action de la pénicilline (J. DELAY, P. DESCLAUX, GENDROT et R. DIGO), 401.
 — chroniques paranoïdes. v. *Encéphalographie gazeuse*.
- cosmique (Composantes psychosomatiques d'un) (MONTASSUT et L. FOUKS), 386.
 — de persécution (Rôle de la conscience morale dans la genèse d'un) (H. BARUK, Mlle OWSIANIK et M. BORENSTEIN), 380.
 — de possession diabolique (L. et J. GAYRAL), 315.
- Delirium tremens** « a potu suspenso » (J. TITECA), 306.
- Délits sexuels** (Cent observations de) (G. HEUYER et SAUGUET), 234.
- Démarche humaine** (Sur la psychologie de la) (A. BACHMANN), 122.
- Démences** (L'encéphalographie dans les). Sa valeur pronostique (J. DELAY et P. DESCLAUX), 97.
 — dégénératives (Encéphaloses) (L'encéphalographie dans les) (J. DELAY et P. DESCLAUX), 441.
 — oxycarbonée. Constatations encéphalographiques (P. PUECH, J. de AJURIAGUERRA et A. ROUAULT de la VIGNE), 198.
 — pellagreuse (ROUVROT et ANSLOT), 566.
 — précoce (Syndrome de). Tares familiales. Crises épileptiques; secousses myocloniques. Amyotrophie et contractures généralisées. Lésions d'Alzheimer. Dégénérescence chronique des cellules radiculaires de la moelle (L. MARCHAND, L. BONNAFÉ et F. TOSQUELLES), 69.
 — toxi-infectieuses (Encéphalites) (L'encéphalographie dans les) (J. DELAY et P. DESCLAUX), 441.
- Démyélinisation** de la substance blanche du centre ovale (Sur une maladie familiale caractérisée par une angiomatose diffuse cortico-méningée et une) (L. van BOGAERT et P. DIVRY), 309.

- Déportés rapatriés (Avitaminose PP. et troubles mentaux chez les) (P. SIVADON et Mme RAIMBOURG), 382.
- Destin (L'analyse du) (O.-L. FOREL), 358.
- Destinée et instincts (E. de GREEFF), 446.
- Développement (Les années de) et leurs troubles (H. BINDER), 579.
- Diencéphale et psychisme (J. LHERMITTE), 577.
- Eiphthérie. v. *Paralysie diphtérique*.
- Dipropionate d'œstradiol chez le cobaye (Hypercalcémie provoquée par le) (G. POUMEAU-DELILLE et J. FABIANI), 220.
- Divorce, détresse des enfants (E. HAUSER), 222.
- Douleur. v. *Moignon douloureux*.
- Doute (La structure psychologique du) (H.-A. STADELMANN), 122.
- Duchenne. v. *Paralysie labio-glossopharyngée (Maladie de Duchenne)*.
- Dystonie de fonction très localisée chez un joueur de guitare (ANDRÉ-THOMAS), 561.
- E**
- Economie humaine vue de l'hôpital (E. ZIETZSCHMANN), 583.
- Ecorce cérébrale (Du rôle de la thrombo-endarterite oblitérante (v. Winiwarter-Buerger) dans l'étiologie de l'atrophie granulaire de) (F. MOREL), 111.
- (L'atrophie granulaire de l'). Contribution à l'étude de la forme systématisée de cette affection (F. MOREL et G. MEYRAT), 211.
- Education, formes éducatives (D. TODORANU), 209.
- Electro-choc (Confusion mentale périodique. Résultats de l') et de l'insufflation ventriculaire (J. DELAY, P. PUECH et J. MAILLARD), 58.
- Son action dans le délire aigu azotémique (J. DELAY, J. MAILLARD, P. DESCLAUX et A. ROVAULT de la VIGNE), 77.
- et régulations neuro-endocriniennes (J. DELAY, SOULAIRAC, RIVIÈRE et CORTEEL), 220.
- thérapeutique (P. DELMAS-MARSALET), 228.
- Traitement des schizophrènes par la pyrétélectrochothérapie (J. FUSTER), 228.
- (Résultats de la thérapeutique par l') (expérience de 142 cas) (P. DELMAS-MARSALET, J. FAURE et J. PELLETIER), 229.
- (Le contrôle électro-encéphalographique de la thérapeutique par l') (J. DELAY, P. NEVEU et Mlle LERIQUE-KOECHLIN), 229.
- (La réaction pupillaire dans) (J. DELAY et DUBAR), 230.
- (Le poumon de l') (A. BRETON et J. DEVALLET), 230.
- et tuberculose (A. BRETON, DORÉMIEUX et DELVALLET), 230.
- et folies multiples (G. DAUMÉZON, L. CASSAN et P. DELAMARRE), 376.
- (Guérison par) d'un cas de mutisme hystérique avec abasie (J. PICARD, Mme BONNAFOUS-SÉRIEX et SCHMIDT), 407.
- (Sur certaines séquelles cérébrales graves de l') : manifestations épileptiques, démences, réactions encéphalolitiques tardives. Données physiologiques et cliniques sur le danger de cette thérapeutique pour la circulation et la nutrition cérébrales (H. BARUK), 440.
- (Quelques constatations histophysio-pathologiques sur le système nerveux après l') (P.-Ad. CHATAGNON), 444.
- (Action de l') sur l'évolution clinique de cinquante cas de psychopathies diverses (P.-Ad. CHATAGNON), 448.
- (Doutes sur l'opportunité du traitement par l') dans certains cas de mélancolie et dans la manie (G. COLLET), 421.
- (Essai de réduction des myalgies de l') par la vitamine C (G. DAUMÉZON, L. CASSAN et P. DELAMARRE), 428.
- (Un cas de mort après) (J. LABOUCARIE), 420.
- (Suite de la discussion) (J. DELAY, H. BARUK, CHATAGNON, COLLET et X. AÉLY), 526.
- (Le contrôle électro-encéphalographique de) (L. CORNIL, H. GASTAUT et H. OLLIVIER), 561.
- (Myoclonies vélo-palato-laryngées consécutives à l') (H. BARUK, BORESTEIN et Mlle OWSIANIK), 565.
- (Remarques sur l') (P. BÉHAGUE), 565.
- subliminaire et syncope cardiaque (J. HEERNU), 568.
- v. *Pyrétélectrochothérapie*.
- Electro-encéphalogramme. Syndrome de Gélinau post-encéphalitique avec hallucinose (A. CHARLIN, Y. PÉCHER et A. PASSOUANT), 546.
- Electro-encéphalographie dans la classification des épilepsies avec leurs corrélations cliniques (H. JASPER et J. HERSHMAN), 215.
- de petit mal (L'influence des stimuli visuels et auditifs sur les courbes) (R. SCHWAB), 215.
- v. *Electro-choc*.

- Encéphalites** inflammatoires de la substance blanche (Observations d'une maladie subaiguë avec signes mentaux et extra-pyramidaux, avec rémission) (L. van BOGAERT), 308.
- typhique (Trois cas d') (V. de LAVERGNE, J.-R. HEULLY, Mmes HERBEUVAL et DAESCHLER), 203.
- Encéphalites (Post-)**. v. *Crisis oculogyres*.
- Encéphalographie** dans les démences. Sa valeur pronostique (J. DELAY et P. DESCLAUX), 97.
- gazeuse dans les délires chroniques paranoïdes (J. DELAY et P. DESCLAUX), 104.
- Constatations encéphalographiques dans la démence oxycarbonée (P. PUECH, J. de AJURIAGUERRA et A. ROUAULT de la VIGNE), 198.
- dans les démences dégénératives (Encéphaloses) (J. DELAY et P. DESCLAUX), 441.
- dans les démences toxi-infectieuses (Encéphalites) (J. DELAY et P. DESCLAUX), 441.
- v. *Délire aigu azotémique*.
- v. *Electro-choc*.
- v. *Paralysie générale*.
- Encéphalopathie** arsenicale et hérédité psychopathique (TOURAINÉ), 202.
- Endangéite**. v. *Thrombo-endangéite oblitérante*.
- Enfant**. L'importance du donné infantile dans l'élaboration de la conduite de la vie (H.-A. STADELMANN), 121.
- (l') dans la série de ses frères et sœurs (H. MENG), 579.
- Troubles précoces du jeune âge indiquant un futur mauvais comportement (L. KANNER), 118.
- v. *Développement*.
- v. aussi *Syndromes neuro-œdémateux de l'enfant*.
- Engagés** dans la Milice, dans la L.V.F. et dans les formations allemandes au point de vue psychiatrique (A. CEILLIER), 285.
- Epilepsie** réflexe. Rôle des excitations auditives et tactiles (ANDRÉ-THOMAS, J. de AJURIAGUERRA et R. MALEYRIE), 52.
- Etudes psychobiologiques après section du corps calleux (A. AKELATIS), 125.
- (Le diagnostic de l') par le métrazol (GOLDSTEIN H. et WEINBERG J.), 205.
- (La pneumo-encéphalographie dans l') (W. DICKERSON), 205.
- (Une classification électro-encéphalographique des) avec leurs corrélations cliniques (H. JASPER et J. HERSMAN), 215.
- avec auras visuelles à type d'hallucinations hémianopiques par blessure occipitale. Etude des phénomènes hallucinatoires produits par excitation électrique de la cicatrice corticale (M. DAVID et H. HÉCAËN), 390.
- (Relations entre l') et le « Status dysgraphicus » (BARRAQUER-FERRÉ et BARRAQUER-BORDAS), 562.
- (Sur le traitement de l') (P. BÉHAQUE), 565.
- v. aussi *Antiépileptiques*.
- v. aussi *Démence précoce*.
- *bravais-jacksonienne* réflexe. Début crural des crises. Intervention constante dans leur déclenchement de contractions musculaires inopinées du membre inférieur du même côté (L. MICHAUX et Mlle GRANIER), 472.
- électrique (Sur la possibilité de provoquer l') par excitation de la substance blanche (P. GLEY, M. LAPPE, J. RONDEPIERRE, H. HORANDE et T. TOUCHARD), 214.
- *sous-corticale* (P. GLEY, M. LAPPE, J. RONDEPIERRE, H. HORANDE et T. TOUCHARD), 214.
- Epileptiques** (Métabolisme du calcium chez les convulsifs) (H. WOLFF et H. GOODELL), 216.
- Epiptoia** (DEGOS et LEREBoullet), 204.
- (DEGOS et DELZANT), 204.
- (DEGOS et HENNION), 204.
- (DEGOS et DELORT), 204.
- Epiphysaire** (Région) : le sac dorsal, le canal de Bichat (G. SITTler), 575 et 582.
- Equivalents** comitiaux de type hallucinatoire divers, uniques symptômes d'une tumeur temporale gauche (M. DAVID, R. COULONJOU et H. HÉCAËN), 93.
- Erotomanie** bradypsychique (X. ABÉLY, P. DESCLAUX et R. SUTTEL), 274.
- Ethique** impérative (Commandement et devoir, étude sur l') (M. MORITZ), 206.
- Ethylique** (Gangrène en plaques des membres inférieurs prémonitrice d'un syndrome de Landry avec troubles psychiques mortels chez un grand) (H. THIERS, RACOCHOT et GALET), 205.
- Evasion** (Notes sur les problèmes concernant le suicide et l') (L. WOOLLEY et A. EICHERT), 224.
- Excitation** maniaque et tuberculeuse atypique (M. HYVERT), 537.

F

- Face. v. *Cénestopathie*.
- Facteur de croissance N.R. Dégénérescence et régénération du nerf (A. de MURALT), 212.

- Faiblesse mentale (Le facteur héréditaire dans la) (F. KEISER), 117.
- Femme (Sur l'aptitude de la) au travail physique (F. BAUMGARTNER-TRAMER), 123.
- v. *Séquelles psychiatriques*.
- Fibrillations musculaires. v. *Muscles*.
- Folies multiples et électro-choc (G. DAUMÉZON, L. CASSAN et P. DELAMARRE), 376.
- Fölling. v. *Maladie de Fölling*.
- Freud (L'œuvre paradoxale de). Essai sur la théorie des névroses (Mme M. CAVÉ), 450.
- G**
- Gangrène en plaques des membres inférieurs prémonitrice d'un syndrome de Landry avec troubles psychiques mortels chez un grand éthylique (H. THIERS, RACOUCHOT et GALET), 205.
- pulmonaire (Traitement par le choc insulinaire; mort due à la) (W. FURST), 228.
- Gélineau. v. *Syndrome de Gélineau*.
- Gémellité. v. *Jumeaux*.
- Gestalt-théorie et structures en psychiatrie: la dialectique fond-figure dans la nosologie et la séméiologie, 275.
- Gingivite hyperplasique post-diphénylhydantoinique (H. ROGER et J. BODOURESQUES), 562.
- Glandes endocrines. v. *Rétine*.
- Gliomes du cerveau (La lobectomie dans les) (ECTORS), 313.
- H**
- Hallucinations (Valeur clinique des) dans la localisation des tumeurs cérébrales (S. TARACHOW), 114.
- v. *Confusion mentale*.
- hémianopsiques. v. *Epilepsie*.
- Hallucinoses et crises oculogyres chez un post-encéphalitique (J. DELAY, P. DESCLAUX et R. SUTTEL), 188.
- v. *Syndrome de Gélineau*.
- Hémiplégie gauche avec hémianopsie latérale homonyme droite à la suite d'une plaie thoraco-abdominale droite par balle de mitrailleuse (P. PUECH, P. GUILLY et P. BERNARD), 305.
- Hémorragies bilatérales symétriques des corps striés (Apraxie digitale et apraxie constructive dans un cas d') (C. PFERSDORFF), 129.
- Herder (Thorild et) (E. CASSIRER), 207
- Hérédité des capacités intellectuelles (C. BRUGGER), 120.
- psychopathique (Encéphalopathie arsenicale et) (TOURAINÉ), 202.
- Hernies cérébrales infectées traitées par la pénicilline (Absès du cerveau et) (M. DAVID, H. HÉCAEN et TALAIRACH), 562.
- discales dues à des abcès froids. Technique suivie (D. FÉREY et SAMBRON), 437.
- (Mécanisme du retentissement radiculaire de la) (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 563.
- (Lombo-sciatique par) et grossesse (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 563.
- Histamine. v. *Psychoses*.
- Homosexuel. Quelques aspects d'une personnalité morbide (E. de GREEFF), 308.
- Homosexualité (Etudes sur la quantité des hormones sexuelles dans l'enfance et au cours de troubles variés neuropsychiatriques (R. NEUSTADT et A. MYERSON), 219.
- Hormones (surtout testostérone) (Implantation sous-cutanée d') (TURPAULT), 219.
- sexuelles (Etudes sur la quantité des) dans l'homosexualité, l'enfance et au cours de troubles variés neuropsychiatriques (R. NEUSTADT et A. MYERSON), 219.
- Hygiène mentale, prophylaxie générale et thérapeutique des névroses (R. BRUN), 221.
- et prophylaxie (A. LEY), 318.
- sociale (Congrès national d') de la Nouvelle-Orléans (W.-A. KRAFFT), 582.
- Hypercalcémie provoquée par le dipropionate d'œstradiol chez le cobaye (G. POUMEAU-DELILLE et J. FABIANI), 220.
- Hyperostose frontale interne (Le syndrome de l') (N. ROTH), 203.
- Hypertonie de décérébration chez l'homme. Contribution physiopathologique et anatomique à propos d'un cas permanent pendant dix-sept ans (P. MOLLARET et I. BERTRAND), 573.
- Hypophyse au cours de la carence C (A. GIROUD et P. DESCLAUX), 219.
- Hypotension intracranienne (Les troubles mentaux dans l') (R. BESSIÈRE, P. PUECH et J. MORICE), 550.
- Hystérie (Guérison par électro-choc d'un cas de mutisme avec abasie) (J. PICARD, Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX et SCHMIDT), 407.
- Hystériques (Crises). Anesthésique 245 R.P. (J. DELAY, Mlle J. MOREAU et M. SUTTEL), 194.

I

- Idiotie microcéphale (Un cas d'atrophie cérébelleuse chez une) (I. BERTRAND, L. MICHAUX et J. GRUNER), 303.
- Inconscient collectif. v. *Rêve éveillé*.
- Incurie (Contribution au problème de l'abandon à l') et de l'éducation des sujets qui s'y sont abandonnés (H. ZULLIGER), 118.
- Individu (Position de l') dans la société (W. SCHMID), 581.
- Infantilisme type thyroïdien par cranio-pharyngiome intrasellaire (J. FROMENT, H. SAVET et G. BRIAND), 218.
- Ingénieurs. v. *Sélection*.
- Instincts et destinée (E. de GREEFF), 446.
- Insufflation ventriculaire. v. *Confusion mentale*.
- Insuline. Considérations sur deux cas de coma irréversible au cours du traitement par la méthode de Sakel (H. MARQUÈS de CARVALHO), 227.
- v. *Gangrène pulmonaire*.
- v. *Psychoses*.
- v. *Schizophrénie*.
- Intelligence (Etudes sur les tests collectifs d') (R. PIRER), 573.
- Intersexuels (Variations du choix objectif chez les) (HÉNUSSE), 567.
- Intoxication alcoolique (Méthode de Rorschach) (D. KELLEY et E. BARNERA), 116.
- grave par le bromure de méthyle à forme de myoclonie-épilepsie et tremblement intentionnel d'allure pseudo-sclérotique (H. ROGER), 120.
- aiguë par le bromure de méthyle; valeur des symptômes lenticulaires (N. PÉRON et DUBOIS), 564.
- par le chloralose (R. de GENNES, D. MAHOUEAU et H. BRICAIRE), 327.
- par des huiles ayant servi à l'alimentation et contenant du triorthocrésylphosphate. Douze cas (G. GUILAIN et P. MOLLARET), 224.
- Ionothérapie endocrinienne (J.-A. HUET), 327.

J

- Jumeaux (Biologie des). Polyembryonie et gémellité (M. CAULLERY), 452.

K

- Korsakoff. v. *Syndrome de Korsakoff*.

L

- Laurence Bardet-Biedl. v. *Syndrome de Laurence Bardet-Biedl*.
- Législation. Quelques remarques sur les réformes de la loi de 1838 et sur les services libres (H. BARUK), 289.
- Léonard de Vinci (L'œil et la vision dans les carnets de) (QUERCY), 483.
- Lèpre (Nouvelle réaction de flocculation de la) (V. CHORINE), 216.
- Léthargie, stupeur et autres troubles mentaux (Action de l'acide nicotinique dans la) (V. SYDENSTRICKER et H. CLECKLEY), 324.
- Ligature de la carotide primitive. Evolution clinique et électro-encéphalographique (P. PUECH, H. FISCHGOLD et P. BERNARD), 305.
- Lipiodol. v. *Rachis*.
- Liquide céphalo-rachidien (Le potassium du) (J. DECOURT et Ch. GUILAUMIN), 216.
- (La mesure de la pression du) (ECTORS), 313.
- Lobectomie dans les gliomes du cerveau (ECTORS), 313.
- Lombo-sciatique par hernie discale et grossesse (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 563.
- L.V.F. v. *Engagés*.
- Lymphogranulomatose maligne (Syndrome de Korsakoff avec signes infundibulo-hypophysaires. Forme cérébrale de la) (Mme LOUIS-BAR), 311.

M

- Macrogénitosomie précoce (Sur un cas de) d'origine épiphysaire probable (R. DUPÉRIÉ et R.-G. GEORGE), 218.
- Magie verbale, avec interdiction de vocabulaire, et mentalité dite primitive, chez un paraphrénique (J. BOBON), 567.
- Maladie de Duchenne. v. *Paralysie labio-glosso-laryngée*.
- de Fölling. v. *Oligophrénie phénylpyruvique*.
- de Heine-Medin (La forme diencéphalique de la) (G. de MONSIEUR), 112.
- de Loeber (A. POTVIN et L. MASSION-VERNIORY), 311.
- osseuse de Paget avec compression médullaire: troubles mentaux associés (Mlle CULLERRE et V. BERTRAND), 483.
- de Simmonds ou cachexie hypophysaire (R. PAULY), 217.
- de Werdnig-Hoffmann et myotonie d'Oppenheim (ANDRÉ-THOMAS, J. de AJURIAGUERRA et LEROY), 564.

- Manie.** v. *Electro-choc, excitation maniaque, psychose maniaque.*
- Mariage** (Comment améliorer l'action de l'interdiction suisse du) aux faibles d'esprit et aux malades mentaux ? (B. DUKOR), 223.
- Médecin** (La formation du) (H. LAUGIER), 459.
- d'Etat ? Pourquoi pas ? (R. CHAUFUIS), 126.
- Médecine psychiatrique** au sein des hôpitaux (LECONTE), 458.
- sociale. Bases et perspectives (R.-H. HAZEMANN), 460.
- Médico-psychologique** (Société).
- Bureau pour 1946, 523, 524.
- Commission des Finances, 525.
- Conseil d'Administration, 525.
- Décès : BUVAT, 406 ; CALMELS, 268 ; DUPOUY, 269.
- Election de membres associés étrangers : Mario FUENTES, M.-Guévara OROPESA, F.-G. PINEDA, 525.
- Elections de membres correspondants nationaux : MM. CARRIER, GIRARD, COLOMB, 406.
- Invitation de la Société à la réunion annuelle de la « Royal Medico-Psychological Association », 271.
- Limitation du nombre de communications par auteur, 269.
- Rapport du Secrétaire général, 521.
- Rapport de la Commission des Finances, 522.
- Voyage à l'Etranger (Etats-Unis, Canada, Suisse) par le Président A. BAUDOIN, 269.
- Mélancolie d'involution** (Traitement de la) (H. PALMER, D. HASTINGS et S. SHERMAN), 324.
- v. *Electro-choc.*
- Mélancoliques** (Acidification et alcalinisation des) (J. LEYRITZ), 466.
- Membres fantômes** par compression de la queue de cheval ; disparition après libération des racines (H. HÉCAEN, M. DAVID et J. TALAIRACH), 304.
- Méningiomes** de la troisième frontale (J. HEERNU, L. ECTORS et R. VIKER), 570.
- v. *Paralyse dissociée.*
- Méningite** prolongée à pneumocoques. Sulfamidothérapie intensive par le 2632 RP (P. MICHON, R. ROUSSEAU et M. VÉRAIN), 232.
- otitique purulente guérie par les sulfamides et compliquée dans ses suites immédiates de rhumatisme articulaire aigu (R. MAYOUX et H. MARTIN), 233.
- séreuse basilaire (Paralyse totale des mouvements latéraux du regard au cours d'une). Guérison après intervention chirurgicale (F. THIÉ-
- BAUT, M. KLEIN et R. PLUVINAGE), 303.
- basilaire spécifique (Troubles fonctionnels diencéphaliques chez un malade atteint de) (KLEYNTJENS et FRÈRE), 311.
- Méningococcémie** à forme palustre rapidement guérie par la sulfamidothérapie (J. TAPIÉ et BATMALE), 326.
- Métabolisme du calcium** chez les convulsifs (épileptiques) (H. WOLFF et H. GOODELL), 216.
- hydrocarboné en rapport avec les états anxieux (W. BAKER), 216.
- Méthode de Rorschach** (Examen par la) dans l'intoxication alcoolique expérimentale (D. KELLEY et E. BARRERA), 116.
- Métrazol.** v. *Convulsions.*
- v. *Epilepsie.*
- Microcéphalie** (Cl. BENDA), 124.
- Migraine ophtalmique** (Le tartrate d'ergotamine, médication préventive de la) (P. BLAMOUTIER), 231.
- Milice.** v. *Engagés.*
- Milieu interne** et le comportement.
- Influence des variations de la glycémie sur les fonctions cérébrales (GELLHORN), 124.
- et le comportement de l'organisme (3^e note) ; le métabolisme hydrique (E. ADOLPH), 125.
- et le comportement de l'organisme (4^e note). L'acide carbonique et le métabolisme acido-basique (N. SHOCK), 125.
- et le comportement de l'organisme ; le rôle des sécrétions internes (C. RICHTER), 220.
- Mœbius.** v. *Syndrome de Mœbius.*
- Mœlle.** Compression médullaire dans la Maladie de Paget : troubles mentaux associés (Mlle CULLERRE et M. V. BERTRAND), 483.
- (Section totale de la) vérifiée chirurgicalement et anatomiquement (J. LHERMITTE, H. HÉCAEN et J. de AJURIAGUERRA), 564.
- (Un cas de section totale de la) avec destruction complète sur une hauteur de 4 cm. Vérification opératoire. Etat des réflexes (D. MAHOUDEAU), 439.
- v. *Convulsions électriques médullaires.*
- Moignon douloureux** traité par myélotomie. Etude électro-encéphalographique et considérations physiopathologiques sur la douleur (J. GUILLAUME, I. BERTRAND et G. MAZARS), 304.
- Montauban.** v. *Centre médico-pédagogique.*
- Morphine-scopolamine** (Accidents mortels dus à l'injection intraveineuse de) (HUET), 232.

Muscles. Fibrillations musculaires au cours de syndromes neurologiques divers (R. TARGOWLA, Mlle A. FEDER et J. GRUNER), 562.

Mutisme. v. *Hystérie*.

Myalgies. v. *Electro-choc*.

Myatonie d'Oppenheim (Maladie de Werdnig-Hoffmann et) (ANDRÉ-THOMAS, J. de AJURIAGUERRA et LEROY), 564.

Myélotomie. v. *Moignon douloureux*.

Myoclonies vélo-palato-laryngées consécutives à l'électro-choc (H. BARUK, BORESTEIN et Mlle OWSIANIK), 565.

Myoclonie-épilepsie. v. *Intoxication grave*.

Myorhythmies bilatérales du voile (nystagmus du voile) chez une enfant de 8 ans, sans autres signes neurologiques (J. LEY et M. van EYCK), 570.

Myotonie atrophique (Présentation de deux cas de) dans la même famille (frère et sœur) (R.-P. TROTOT), 304.

Mystiques (Etats) et phénomènes xéno-pathiques (P. GISCARD), 85.

Myxœdème (Psychoses et) (R. CROWLEY), 217.

N

Narcolepsie par hypoglycémie. Efficacité du resucrage (J. DELAY), 324.

Nerveux (Troubles) réflexes extenso-progressifs d'origine traumatique (J.-A. BARRÉ), 317.

—, réflexes névralgiques, convulsifs et paralytiques (F. THIÉBAUT, G. GUIOT et Mme BAYEN), 563.

Neurasthénie bacillaire (H. AUBIN), 452.

Neuro-chirurgie d'urgence. Indications et technique (M.-R. KLEIN et F. THIÉBAUT), 576.

Neuro-myélite optique d'évolution suraiguë guérie par sulfamidothérapie intensive (M. KIPFER), 305.

Neurologie. v. *Voies et centres nerveux*.

Neurone cérébelleux de Purkinje (Sur les altérations du) (D. SENN), 210.

Névralgies méningées localisées. Leur individualité, leur traitement chirurgical (J. GUILLAUME et G. MAZARS), 438.

— paroxystique guérie chirurgicalement (J. SIGWALD et J. GUILLAUME), 440.

— sciatique (Etude statistique sur le rôle de l'âge, du sexe et de la localisation dans la) (H. ROGER et M. SCHACHTER), 438.

Névrose. v. *Syphilis*.

Névroses régressives et schizophrénie (A. WASHBURN et E. HODGSON), 116.

— (Prophylaxie générale, hygiène mentale et thérapeutique des) (R. BRUN), 221.

— malignes (Réflexions sur la convulsivothérapie) (J. TITECA), 306.

— (Essai sur la théorie des). L'œuvre paradoxale de Freud (Mme M. CAVÉ), 450.

Nietzsche (Essai de réhabilitation de) par un ancien disciple (L. GELPRE), 207.

Notation chiffrée ou notation verbale? Un chapitre pratique d'hygiène mentale (H. MENG), 222.

Nystagmus. v. *Voile*.

O

Obsession et délire. De l'obsession au délire. Du délire à l'obsession. Rôle des réflexes conditionnels dans la naissance et la persistance de l'idée obsédante (L. MICHaux, H.-M. GALLOT et A. ROUAULT de la VIGNE), 4.

Œdème cérébral et transsudats séreux (J. GRUNER), 437.

— traumatique (Traitement de) (J. LE BEAU et G. GUIOT), 562.

Œil et vision dans les carnets de Léonard de Vinci (QUERCY), 483.

— Troubles de l'élévation des globes oculaires dans un cas de chorée de Huntington (ANDRÉ-THOMAS, X. ABÉLY, J. de AJURIAGUERRA et Mlle LEULIER), 561.

— v. *Crises oculoogyres*.

Œstradiol. v. *Dipropionate d'œstradiol*. **Oligophrénie phénylpyruvique** ou maladie de Fölling (G. MYLE), 337.

Oppenheim. v. *Myatonie d'Oppenheim*. **Orientation professionnelle** (Théorie de) (P. NAVILLE), 448.

Oto-neurologie. Technique et interprétations des examens labyrinthiques (M. AUBRY), 317.

Oxycarbonate. v. *Démence oxycarbonée*.

P

Palais. v. *Voile*.

Paralysie totale des mouvements latéraux du regard au cours d'une méningite séreuse basilaire. Guérison après intervention chirurgicale (F. THIÉBAUT, M. KLEIN et R. PLUVINAGE), 303.

— dissociée de la III^e paire traduisant un méningiome en plaque de la petite aile du sphénoïde, révélé par la radiographie systématique du crâne (R. GARCIN, M. KIPFER, M. ROSIER et H.-X. MAN), 305.

- saturnine accidentelle (J. van LAERE), 312.
- labio-glosso-laryngée pure (Maladie de Duchenne) (L. van BOGAERT), 314.
- complexe des mouvements associés et plosis évoluant progressivement depuis 30 ans sans autres signes neurologiques (L. ROUQUÈS, J. VOISIN et J. PAUTRAT), 561.
- diphtérique (Lésions nucléaires du tronc cérébral dans un cas de) avec atteinte de plusieurs nerfs crâniens (A. LEMIERRE, R. GARCIN et I. BERTRAND), 211.
- générale (Pseudo-) alcoolique. Aspects encéphalographiques (J. DELAY, P. DESCLAUX et Mlle G. BOISSIER), 66.
- (Deux imperfections dans le traitement de la) (P. GUIRAUD et Mlle A. MESSIN), 73.
- (Mécanisme de l'action thérapeutique de l'infection récurrentielle dans la) (C. LEVADITI et H. NOURY), 232.
- suraiguë (L. MARCHAND, J. de AJURIAGUERBA et P. THILLAYE du BOULLAY), 543.
- (Pupille tonique dans le tabes et la) (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 564.
- v. *Arachnoidite optochiasmatische*.
- Paranoïa de compensation (G. VERDEAUX), 316.
- Paraphrénie. v. *Magie verbale*.
- Paraphrénique hypomaniaque (A propos de trois langues artificielles, d'origine ludique, chez une) (J. BOBON), 566.
- Paraplégie cypho-scoliotique. A propos d'un cas suivi d'autopsie (J. DEBEUX), 440.
- Parkinsonisme (Le traitement bulgare du) avec rapport spécial sur son action sur les symptômes mentaux (F. GAYLE et J. PETTIS), 231.
- Pellagre. Démence pellagreuse (ROUVROT et ANSLOT), 566.
- Pénicilline (La thérapeutique des infections bactériennes et spirillaires par la) (C. LEVADITI), 326.
- (Délire aigu azotémique guéri par l'injection intra-rachidienne de) (J. DELAY, P. DESCLAUX, GENDROT et R. DIGO), 396.
- (Délire aigu azotémique à guérison rapide. Action de la) (J. DELAY, P. DESCLAUX, GENDROT et R. DIGO), 401.
- dans le traitement des hernies cérébrales et des abcès du cerveau (M. DAVID, H. HÉCAEN et TALAIRACH), 562.
- dans le traitement du tabes (D. FURTADO RODRIGUES et MACHADO), 565.
- Pentaméthylemététrazol ou cardiazol sur les centres nerveux (Mode d'action du) (P. CHAUGHARD, Mme H. MAZOUÉ et M.-R. LECOQ), 325.
- Pentothal (245 R.P.). Son intérêt dans l'exploration du psychisme (J. DELAY, P. DESCLAUX, PASCHE et A. SOULAIRAC), 191.
- (245 R.P.) et crises hystériques (J. DELAY, Mlle J. MOREAU et M. SUTTEL), 194.
- Persécution (Rôle de la conscience morale dans la genèse d'un délire de) (H. BARUK, Mlle OWSIANIK et M. BORENSTEIN), 380.
- Personnalité (Action de l'acide nicotinique dans la stupeur, la léthargie et autres désordres variés de la) (V.-P. SYDENSTRICKER et H. CLEKLEY), 231.
- psychopathique (Etude de la) dans notre criminalité. La situation juridico-pénale (C.-J. CRUZ), 233.
- Pervers (Un faux). Délits névrotiques par conflits affectifs (J. DELAY et F. PASCHE), 61.
- (Un faux) : résultats de la cure psychanalytique (J. DELAY et F. PASCHE), 63.
- instinctifs (K. HEYMAN), 117.
- Plomb. v. *Paralysie*.
- Pneumoencéphalographie dans l'épilepsie (W. DICKERSON), 206.
- Poliomyélite antérieure subaiguë après traumatisme (A. DEREYMAEKER), 569.
- Polyembryonie. v. *Jumeaux*.
- Polynévrites par sulfamides (J. van LAERE), 312.
- avec alopécie et confusion mentale hallucinatoire (H. BAONVILLE, L. ECTORS et J. TITECA), 568.
- Polyradiculite avec troubles neurovégétatifs et perte de tous les poils (RADERMEGRER), 313.
- Poids (Sur les variations du) chez les malades mentaux (C.-H. ALSTRÖM), 572.
- Potassium du liquide céphalo-rachidien (J. DECOURT et Ch. GUILLAUMIN), 216.
- Poumon. v. *Gangrène pulmonaire*.
- Prisonniers rapatriés (Tremblement des extrémités observé chez les) (P. BÉHAGUE), 562.
- Profession (Choix de la) et vocation à la campagne (E. MOSCHLIN), 581.
- Prophylaxie générale, hygiène mentale et thérapeutique des névroses (R. BRUN), 221.
- mentale et hygiène (A. LEY), 318.
- dans le Code pénal fédéral suisse (H. W. MAIER), 583.
- Psychanalyse chimique (Analyse psychique sous état hypnagogique provoqué) (P. COSSA, A. AGID et P. AUGUIN), 465.

- v. *Adler*.
- Psychanalytique** (Cure). v. *Pervers*.
- Psychiatrie** dans un hôpital de médecine générale (B. KEYES et R. MATTHEWS), 115.
- morale expérimentale, individuelle et sociale. Haines et réactions de culpabilité (H. BARUK), 442.
- Psychiatrique (Médecine)** au sein des hôpitaux (LECONTE), 458.
- (Problème) dans ses données pratiques générales. La contribution actuelle des assurances sociales (P. DOUSSINET), 458.
- Psychiatrie médico-légale** (H. CLAUDE), 455.
- v. *Assistance psychiatrique*.
- v. *Séquelles psychiatriques*.
- v. *Statistique psychiatrique*.
- Psychisme**. Affaiblissement psychique associé à des spasmes variés (X. ABÉLY et LUQUET), 480.
- (Intérêt du 245 R.P. (Pentothal) dans l'exploration du) (J. DELAY, P. DESCLAUX, PASCHE et A. SOULAI-RAC), 494.
- Sur la protection de la santé psychique de l'enfant (H. MENG), 221.
- et diencéphale (J. LHERMITTE), 577.
- Psychologie**. *L'Année Psychologique* (41^e et 42^e années), 444.
- populaire et rationnement alimentaire (M. BOSZ), 123.
- v. *Adler*.
- Psychopathe tuberculeux** (Etude typologique d'un) (J. DUBLINEAU et J. BEAUDOUIN), 477.
- criminels (Sur le problème du traitement et de l'assistance aux) (A. KIELHOLZ), 584.
- Psychopathie**. v. *Hérédité psychopathique*.
- v. *Personnalité psychopathique*.
- Psychopathiques (Troubles)** et la tuberculose. Etude statistique et clinique (R. DUBOIS et M. DOGNY), 115.
- Psycho-physiologie humaine** (J. DELAY), 445.
- Psychose maniaque dépressive** (Le développement de la) dans certaines familles ayant une grande importance sociale (A. MYERSON et R.-D. BAYLE), 117.
- schizophréniques. Rapport sur 100 cas dans l'armée U.S.A. (J. CALDWELL), 116.
- carcérales et psychoses simulées (P. GISCARD), 89.
- et myxœdème (CROWLEY R.), 217.
- (Le traitement de choc des). A propos de 180 cas traités à l'hôpital psychiatrique de Lommelet entre 1937 et 1943 (A. LE GRAND), 225.
- (Du coma prolongé dans le traitement des) par le choc insulinaire (H. CLECKLEY et C. TEMPLETON), 227.
- (L'histamine dans le traitement des) (R. ROBB, B. KOVITZ et O. RAPPORT), 231.
- alcooliques (Régression du nombre des) dans le Morbihan sous l'influence des restrictions en boissons alcoolisées (Ch. LOISEAU), 320.
- v. *Déficience intellectuelle*.
- Psychotechnie** dans l'industrie textile roumaine (M. PETEANU), 208.
- Ptois** (Paralysie complexe des mouvements associés et) évoluant progressivement depuis 30 ans sans autres signes neurologiques (L. ROUQUÉS, J. VOISIN et J. PAUTRAT), 561.
- Pupillaire**. v. *Electro-choc*.
- Pupille tonique**. v. *Tabès*.
- Pupillotonie**. Enquêtes généalogiques (Mme ANDRÉ), 571.
- Purkinje**. v. *Neurone cérébelleux de Purkinje*.
- Pyréto-électrochothérapie** dans le traitement des schizophrènes (J. FUSTER), 228.

Q

- Quadruplégie spasmodique progressive** avec atrophie Aran-Duchenne; sclérose latérale amyotrophique probable (J.-A. CHAVANY, R.-P. TROTOT et A. LAFOURCADE), 303.
- Queue de cheval**. v. *Membres fantômes*.
- v. *Tuberculose fibreuse*.

R

- Rachis**. L'exploration radiolipiodolée du canal rachidien par la méthode du remplissage segmentaire (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 306.
- Rationnement alimentaire** et psychologie populaire (M. BOSZ), 123.
- Récupération des malades mentaux** (L'assistance familiale, ressource sociale pour la) (H. MOLHOLM et W. BARTON), 223.
- Récurrentielle (Infection)**. v. *Paralysie générale*.
- Réfugiés** (Considérations générales sur le problème des) (W. von GONZEBACH), 580.
- Regard** (Chorée chronique et paralysie hypertonique du) (J. DEREUX), 440.
- Régénération du nerf** (Dégénérescence et). Le facteur de croissance N.R. (A. de MURALT), 212.

- Régulations neuro-endocriniennes (Electro-choc et) (J. DELAY, SOULAIRAC, RIVIÈRE et CORTEEL), 220.
- République de Platon (L'Etat et la conception du Bien dans la) (K. MARC-WOGAU), 206.
- Responsabilité civile des médecins (L. COUCHEPIN), 234.
- Resucrage. v. *Narcolepsie par hypoglycémie*.
- Rétine (Fonction de la) dans le syndrome commotionnel tardif (R. WEEKERS), 205.
- (Spasme prolongé de l'artère centrale de la). Rôle des glandes endocrines (A. KOUTSEFF), 220.
- Valeur sémiologique des examens de circulation rétinienne (FRITZ), 571.
- Rêve éveillé en psychothérapie. Essai sur la fonction de régulation de l'inconscient collectif (R. DESOLLE), 454.
- S**
- Sac dorsal. v. *Epiphysaire (Région)*.
- Sanatoria pour malades mentaux (L'organisation médicale dans les) (L. VAN HIRTUM), 308.
- Santé publique en France (La protection de la). Orientation nouvelle et perspectives d'avenir (A. CAVAILLON et R.-H. HAZEMANN), 456.
- psychique. v. *Psychisme*.
- Sciatique. v. *Néuralgie sciatique*.
- Schizophrénie et névroses régressives (A. WASHBURN et E. HODGSON), 116.
- (Traitement de la) par les chocs médicamenteux (J. BATEMAN et N. MICHAEL), 225.
- (Traitement de la) par le choc pharmacologique (ROSS, ROSSMAN, CLINE, SCHWOERER et MALZNERG), 225.
- (Traitement de la) par le coma insulinaire (F. HALPERN), 226.
- (Traitement insulinaire de la) (G. HEILBRUNN et R. STERLIEB), 226.
- (Observations cliniques au cours du traitement insulinaire de la) (J.-P. PRESTIG), 226.
- Résultats du traitement par le choc insulinaire longtemps poursuivi (E. BONO), 226.
- Effets comparatifs des doses d'insuline amorphe nécessaires pour produire le coma, suivant qu'elles sont administrées en injections intraveineuses ou sous-cutanées, chez des sujets atteints de psychose (I. SCHERMAN, J. MERGENER et A. LOW), 227.
- Facteurs pronostiques dans le traitement par le choc insulinaire (Cl. CHENEY et H. CLOW), 227.
- (Traitement) par la pyrétélectrochothérapie (J. FUSTER), 228.
- (De quelques critères pronostiques dans le traitement insulinaire de la) (C. WALL), 325.
- (Réaction anaphylactique pendant la thérapeutique insulinaire chez un) (E. HINKO, M. FENTON et H. BALBEROR), 325.
- Sciatique. v. *Néuralgie sciatique*.
- Sclérose latérale amyotrophique (Mode de début de la) (VERSPREUWEN), 312.
- sans troubles pyramidaux cliniques (VERSPREUWEN), 314.
- tubéreuse de Bourneville (Un cas de). Présentation de malade (DECHAUME, F. GIRARD, KOHLER et Mme THÉVENIN), 203.
- Extirpation d'une tumeur paraventriculaire (neurinome central). Guérison (J. LEREBOLLET, P. PUECH et P. BERNARD), 204.
- Scoplamine. v. *Morphine-scopolamine*.
- Sécrétions internes. v. *Milieu interne*.
- Section du corps calleux (Etudes psychobiologiques après) (A. AKELAITIS), 125.
- Sélection des ingénieurs (G. PALMADE), 449.
- Sensation guide de vie. Aux sources de la connaissance (H. PIÉRON), 320.
- Séquelles psychiatriques (Observations sur les) à la suite des interventions chirurgicales chez la femme (E. LINDEMANN), 115.
- Services libres. v. *Législation*.
- Sexe. v. *Délit et délinquances*.
- v. *Homosexuel*.
- v. *Intersexuel*.
- Simmonds. v. *Maladie de Simmonds*.
- Socio-typologique (Problème) (J. DUBLINEAU), 84.
- Sommeil (Etude clinique des troubles du) (B. SCHIÈLE), 126.
- Spirillaires (Infections) et bactériennes. Thérapeutique par la pénicilline (C. LEVADITI), 326.
- Statistique psychiatrique (Étiologie et). De la recherche de l'étiologie des troubles mentaux en regard de l'insuffisance habituelle de celle-ci dans les statistiques (M. LÉCONTE et P. MARTY), 42.
- « Status dysraphicus » (Relations entre l'épilepsie et le) (BARRAQUER-FERRÉ et BARRAQUER-BORDAS), 562.
- Stimuli visuels et auditifs (L'influence des) sur les courbes électroencéphalographiques de petit mal (R. SCHWAB), 215.
- Structures. v. *Théorie*.

- Stupeur, léthargie et autres troubles mentaux** (Action de l'acide nicotinique dans la) (V. SYDENSTRICKER et H. CLECKLEY), 324.
- Suicide et évasion** (Notes sur les problèmes concernant le) (L. WOOLLEY et A. EICHERT), 224.
- (Tentative de). Blessure par balle des lobes frontaux au cours d'un état dépressif ; guérison (Z. LEBENSOHN), 115.
- Sulfamidothérapie** (Psychoses et) (A. LEROY), 307.
- d'épreuve (JANBON), 326.
 - v. *Méningite*.
 - v. *Méningococcémie*.
 - v. *Neuromyéélite optique*.
 - v. *Polynévrites*.
- Sympathectomie par voie intra-artérielle** (E. LAUWERS), 439.
- Syncope cardiaque**. v. *Electro-choc*.
- Syndrome aphasico-agnosico-apraxique** (Régression d'un) d'origine oxycarbo-née ; apraxie constructive ; apraxie de l'habillage (H. HÉCAEN et J. de AJURIAGUERRA), 564.
- chiasmatique post-traumatique (P. DANIS), 571.
 - de Cushing (Troubles neuro-psychiques au cours du) (SCHLEZINGER N.-S. et HORWITZ W.), 218.
 - commotionnel tardif (Les fonctions rétinienne dans le) (R. WEEKERS), 205.
 - extra-pyramidaux et cérébelleux typhoïdiques. A propos d'un cas de choréomyoclonies des membres supérieurs et d'ataxie statique des membres inférieurs (H. ROGER et H. GASTAUT), 119.
 - de Gélinau avec hallucinose et syndrome d'influence (H. HÉCAEN et M. BACHET), 372.
 - post-encéphalitique avec hallucinose. Electro-encéphalogramme (A. CHARLIN, Y. PÉCHER et A. PASSOUANT), 546.
 - de Korsakoff avec signes infundibulo-hypophysaires. Forme cérébrale de la lymphogranulomatose maligne (Mme Louis-Bar), 311.
 - de Landry (Gangrène en plaques des membres inférieurs prémonitrice d'un) avec troubles psychiques mortels chez un grand éthylique (H. THIERS, RACOUCHOT et GALET), 205.
 - de Laurence Bardet-Biedl (X. ABÉLY et P. LUQUET), 395.
 - de Mœbius avec malformations digitales (R. POINSO, M. SALMON, E. HAWTHORN et A. HEURTEMATTE), 120.
 - neuro-œdémateux de l'enfant (Un nouveau cas de) (P. VERGER et NAUD), 120.
- pyramidal fruste unilatéral (Amyotrophie progressive à évolution lente avec) (RADERMECKER), 313.
 - — déficitaire ; sa fréquence et son importance pratique ; le rôle transformateur de sa mise en évidence dans divers types nosographiques (A. CHARBONNEL), 560.
- Syphilitique** (L'unité de l'infection), son importance au point de vue thérapeutique dans les syndromes mentaux (P.-A. CHATAGNON), 295.
- Syphilis nerveuse** durant les années d'occupation (Les cachexies par hyponutrition au cours de la) (P.-A. CHATAGNON et J. MABON), 365.
- du névraxe (Etude du terrain chez un sujet atteint de) (J. DUBLINEAU et J. BEAUDOUIN), 49.
- Syringomyélie**. v. *Acropathies ulcéro-mutilantes*.
- Système nerveux** (La formation du) (R.-M. MAY), 451.

T

- Tabès** (Pupille tonique dans le) et la paralysie générale (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 564.
- (Traitement du) par la pénicilline (D. FURTADO, RODRIGUES et MACHADO), 565.
- Tartrate d'ergotamine**. v. *Migraine ophtalmique*.
- Tentative de suicide**. v. *Suicide*.
- Testostérone**. v. *Hormones*.
- Tests collectifs**. v. *Intelligence*.
- Tétanie et troubles mentaux** (J. DECOURT, Ch.-O. GUILLAUMIN et J. CHAILLET), 218.
- (Forme neurogène de) (LARUELLE, MASSION-VERNIORY et BRONFMAN), 310.
- Tétanos** (Le syndrome humoral du). Recherches expérimentales (L. BINET et Mlle M. MARQUIS), 216.
- Théorie**. Gestalt-théorie et structures en psychiatrie ; la dialectique fond-figure dans la nosologie et la sémiologie (L. BONNAPÉ, A. CHAURAND, F. TOSQUELLES et A. CLÉMENT), 275.
- (Valeur de la) de la forme en psychiatrie ; la dialectique du moi et du monde et de l'événement morbide (L. BONNAPÉ, A. CHAURAND, F. TOSQUELLES et A. CLÉMENT), 279.
- Thérapeutique neurologique et psychiatrique** (P. COSSA, H. BOUGEANT, E. LE COCQ et J.-P. GRINDA), 322.
- Thorild et Herder** (E. CASSIRER), 207.
- Thrombo-endarangite oblitérante de Winiwarter-Buenger** (Sur les localisations cérébrales de la). Sémiologie et problèmes neurologiques (M. MIN-KOWSKI), 108.

- (La question de la forme cérébrale de la) (A. v. ALBERTINI), 110.
 — (Les manifestations cérébrales de la). Diagnostic et traitement (H. KRAYENBUHL), 110.
 — (A. DIMITZA), 111.
- Thrombo-endarterite oblitérante** (Du rôle de la) (v. Winiwarter-Buerger) dans l'étiologie de l'atrophie granulaire de l'écorce cérébrale (F. MOREL), 111.
- Thyroïdie**. v. *Infantilisme*.
- Toxicomanies**. Etude médico-sociale (A. POROT), 319.
 — (Du pronostic chez les) (J. PESCOR), 116.
- Traumatisme crânio-cérébral** (Les vaisseaux dans le) (E. KATZENSTEIN-SUTRO), 113.
 — v. *Poliomyélite antérieure subaiguë*.
- Travail**. v. *Capacité*.
 — physique. v. *Femme*.
- Tremblement des extrémités** observé chez les prisonniers rapatriés (P. BÉHAGUE), 562.
 — intentionnel. v. *Intoxication grave*.
- Triorthocrésylphosphate**. v. *Intoxication*.
- Troisième frontale**. v. *Méningiomes*.
- Trou de Monro** (Retrécissement extrinsèque du) (C. VINCENT et G. GUIOT), 561.
- Tubercule cérébral opéré**; survie de trois ans (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 440.
- Tuberculose et troubles psychopathiques** (Etude statistique et clinique) (R. DUBOIS), 115.
 — (Electro-choc et) (A. BRETON, DORÉMIEUX et DELVALLET), 230.
 — fibreuse de la queue de cheval (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 305.
 — v. *Psychopathe*.
- Tumeurs** (Valeur clinique des hallucinations dans la localisation des cérébrales) (S. TARACHOW), 114.
 — du 4^e ventricule (Troubles vestibulaires et) (J.-A. BARRÉ), 304.
 — v. *Angle ponto-cérébelleux*.
- *temporale gauche*. v. *Equivalents comitiaux*.
- Typhoïde**. v. *Encéphalite typhique*.
 — v. *Syndromes extra-pyramidaux*.

V

- Vaisseaux** dans le traumatisme crânio-cérébral (E. KATZENSTEIN-SUTRO), 113.
- Vestibulaires (Troubles)** et tumeur du 4^e ventricule (J.-A. BARRÉ), 304.
- Vision**. v. *Œil*.
- Vitamines** en neuro-pathologie (H. ROGER), 119.
- Vitamine C**. v. *Electro-choc*.
 — v. *Carence C*.
- Voies et centres nerveux**. Introduction anatomo-physiologique à la neurologie (J. DELMAS et A. DELMAS), 575.
- Voile (Nystagmus)** (Myorhythmies bilatérales du) chez un enfant de 8 ans, sans autres signes neurologiques (J. LEY et M. van EYCK), 570.

W

- Werdnig-Hoffmann**. v. *Maladie de Werdnig-Hoffmann*.
- Winiwarter-Buerger**. v. *Thombo-endarterite oblitérante*.

X

- Xénopathie**. v. *Etats mystiques*.

Z

- Zona** (Le traitement du) et des algies zostériennes par les anti-histaminiques de synthèse (J. SIGWALD), 327.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS ⁽¹⁾

A

- ABÉLY (X.). *Discussion*, 194, 295, 536.
 —, DESCLAUX (P.) et SUTTEL (R.). Erotomanie bradypsychique, 271.
 — et LUQUET. Affaiblissement psychique associé à des spasmes variés, 480.
 — et LUQUET (P.). Un cas de syndrome de Laurence Bardet-Bicdl, 395.
 —, v. *André-Thomas*.
 ADOLPH (E.). Le milieu interne et le comportement de l'organisme (3^e note) ; le métabolisme hydrique, 125.
 AGID (A.). v. *Cossa*.
 AJURIAGUERRA (J. de). Cénestopathie faciale droite périodique, 55.
 —, v. *André-Thomas*.
 —, v. *Hécaen*.
 —, v. *Lhermitte*.
 —, v. *Marchand*.
 —, v. *Puech*.
 AKELAITIS (A.). Etudes psycho-biologiques après section du corps calleux, 125.
 ALAJOUANINE (Th.) et BOUDIN (G.). Sur un complexe clinique caractérisé par une atrophie musculaire myélopathique de type distal avec grosses déformations des pieds, arthropathies du coude et de la colonne vertébrale, nodosités calcaires sous-cutanées et artérite calcaire avec perturbation du métabolisme phosphocalcique, 438.
 — et THUREL (R.). Tuberculose fibreuse de la queue de cheval, 305.
 — et THUREL (R.). L'exploration radiolipiodolée du canal rachidien par la méthode du remplissage segmentaire, 306.
 — et THUREL (R.). Tumeur perlée de l'angle ponto-cérébelleux, 438.
 — et THUREL (R.). Tubercule cérébral opéré ; survie de trois ans, 440.
 — et THUREL (R.). Mécanisme du retentissement radiculaire de la hernie discale, 563.
 — et THUREL (R.). Lombo-sciatique par hernie discale et grossesse, 563.
 — et THUREL (R.). Pupille tonique dans le tabès et la paralysie générale, 564.
 ALBERTINI (A. v.). La question de la forme cérébrale de l'endangéite oblitérante de Winiwarter-Buerger, 110.
 ALSTRÖM (C.-H.). Sur les variations du poids chez les malades mentaux, 572.
 ANDRÉ (Mme). A propos de la pupillo-tonie. Enquêtes généalogiques, 571.
 ANDRÉ-THOMAS. Dystonie de fonction très localisée chez un joueur de guitare, 561.
 —, ABÉLY (X.), AJURIAGUERRA (J. de) et LEULIER (Mlle). Troubles de l'élévation des globes oculaires dans un cas de chorée de Huntington, 561.
 —, AJURIAGUERRA (J. de) et LEROY. Maladie de Werdnig-Hoffmann et myotonie d'Oppenheim, 564.
 —, AJURIAGUERRA (J. de) et MALEYRIE (R.). Epilepsie réflexe, rôle des excitations auditives et tactiles, 52.
 ANSLOT. v. *Rouvrof*.
 ARIETI (S.). Modifications histopathologiques au cours des convulsions provoquées par le métrazol chez des singes, 124.
 AUBIN (H.). La neurasthénie bacillaire, 452.
 AUBRY (M.). Oto-neurologie. Technique et interprétations des examens labyrinthiques, 317.
 AUGUIN (P.). v. *Cossa*.

B

- BACHET (M.). v. *Hécaen*.
 BACHMANN (A.). Sur la psychologie de la démarche humaine, 122.
 BAKER (W.). Métabolisme hydrocarboné en rapport avec les états anxieux, 216.
 BALEBOR (H.). v. *Hinko*.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, AUX COMMUNICATIONS à la Société médico-psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des aliénistes et neurologistes.

- BAONVILLE (H.), ECTORS (L.) et TITECA (J.). Polynévrite avec alopécie et confusion mentale hallucinatoire, 568.
- BARRAQUER-BORDAS. v. *Barraquer-Ferré*.
- BARRAQUER-FERRÉ et BARRAQUER-BORDAS. Relations entre l'épilepsie et le « status dysraphicus », 562.
- et BARRAQUER-BORDAS. Valeur sémiologique de l'aréflexie plantaire constitutionnelle, 562.
- BARRERA (E.). v. *Kelley*.
- BARRÉ (J.-A.). Troubles vestibulaires et tumeur du 4^e ventricule, 304.
- . Troubles nerveux réflexes extenso-progressifs, d'origine traumatique, 317.
- . Acropathies ulcéro-mutilantes avec troubles syringomyéliques. Discussion clinique et pathogénique, 440.
- BARTON (W.). v. *Molholm*.
- BARUK (H.). L'athropsie des aliénés et les syndromes de dénutrition. Déséquilibre alimentaire. Gastro-entérites et dilatations paralytiques de l'estomac. Sympathoses abdominales et inhibitions neuro-végétatives centrales, 255.
- . Quelques remarques sur les réformes de la loi de 1838 et sur les services libres, 289.
- . Sur certaines séquelles cérébrales graves de l'électro-choc : manifestations épileptiques, démences, réactions encéphaliques tardives. Données physiologiques et cliniques sur le danger de cette thérapeutique pour la circulation et la nutrition cérébrales, 440.
- . Psychiatrie morale expérimentale, individuelle et sociale. Haines et réactions de culpabilité, 442.
- . *Discussion*, 390, 530, 542.
- . BORESTEIN et OWSIANIK (Mlle). Myoclonies vélo-palato-laryngées consécutives à l'électro-choc, 565.
- . OWSIANIK (Mlle) et BORESTEIN. Rôle de la conscience morale dans la genèse d'un délire de persécution, 380.
- BATEMAN (J.) et MICHAEL (N.). Traitement de la schizophrénie par les chocs médicamenteux, 225.
- BATMALE. v. *Tapie*.
- BAUMGARTNER-TRAMER (Mme F.). Sur la psychologie de la compréhension mutuelle (comprendre et se comprendre), 122.
- . Sur l'aptitude de la femme au travail physique, 123.
- . Sur le problème des différences entre les capacités de travail des hommes et des femmes, 580.
- BAYEN (Mme). v. *Thiébauf*.
- BAYLE (R.-D.). v. *Myerson*.
- BEAUDOUIN (H.). *Discussion*, 88, 89, 92, 288.
- BEAUDOUIN (J.). v. *Dublineau*.
- BÉHAGUE (P.). Tremblement des extrémités observé chez les prisonniers rapatriés, 562.
- . Sur le traitement de l'épilepsie, 565.
- . Remarques sur l'électro-choc, 565.
- BENDA (Cl.). Microcéphalie, 124.
- BENDIX (P.-S.). Astrologie et étude des faits, 581.
- BENNETT (A.). Le curare : moyen préventif des complications traumatiques au cours des chocs thérapeutiques convulsifs, 228.
- BERNARD (P.). v. *Lereboullet*.
- . v. *Puech*.
- BERTRAND (I.), MICHAUX (L.) et GRUNER (J.). Un cas d'atrophie cérébelleuse chez une idiote microcéphale, 303.
- . v. *Guillaume*.
- . v. *Lemierre*.
- . v. *Mollaret*.
- BERTRAND (V.). v. *Cullerre*.
- BESSIÈRE (R.), PUECH (P.) et MORICE (J.). Les troubles mentaux dans l'hypotension intracrânienne, 550.
- BINDER (H.). Les années de développement et leurs troubles, 579.
- BINET (L.) et MARQUIS (Mlle M.). Le syndrome humoral du tétanos (recherches expérimentales), 216.
- BLAMOUTIER (P.). Le tartrate d'ergotamine, médication préventive de la migraine ophtalmique, 231.
- BOBON (J.). A propos de trois langues artificielles, d'origine ludique, chez une paraphrénique hypomaniaque, 566.
- . Magie verbale, avec interdiction de vocabulaire, et mentalité dite primitive, chez un paraphrénique, 567.
- BOGAERT (van). v. *van Bogaert*.
- BOISSIER (Mlle G.). v. *Delay*.
- BOND (E.). Résultats du traitement par le choc insulinaire longtemps poursuivi, 226.
- BONNAFÉ (L.), CHAURAND (A.), TOSQUELLES (F.) et CLÉMENT (A.). Gestalt-théorie et structures en psychiatrie : la dialectique fond-figure dans la nosologie et la sémiologie, 275.
- . CHAURAND (A.), TOSQUELLES (F.) et CLÉMENT (A.). Valeur de la théorie de la forme en psychiatrie : la dialectique du moi et du monde et de l'événement morbide, 279.
- . CHAURAND (A.), TOSQUELLES (Fr.) et CLÉMENT (A.). L'évolution du behaviorisme et la notion de structure en psychiatrie, 555.
- . v. *Daumézon*.
- . v. *Marchand*.
- BONNAFOUS-SÉRIEUX (Mme). v. *Picard*.
- BORNSTEIN. v. *Baruk*.
- BOSZ (M.). Rationnement alimentaire et psychologie populaire, 123.
- BOUGEANT (H.). v. *Cossa*.
- BOUDIN (G.). v. *Alajouanine*.
- BOUDOURESQUES (J.). v. *Roger*.

BOVEN (W.). Esquisse de la biologie du délinquant, 584.
 BRETON (A.) et DEVALLET (J.). Le poumon de l'électro-choc, 230.
 —, DORÉMIEUX et DELVALLET. Electro-choc et tuberculose, 230.
 BRIAND (G.). v. *Froment*.
 BRIGATRE (H.). v. *Gennes (de)*.
 BRISSOT. *Discussion*, 288.
 BRONFMAN. v. *Laruelle*.
 BRUGGER (C.). L'hérédité des capacités intellectuelles, 120.
 BRUN (R.). Prophylaxie générale, hygiène mentale et thérapeutique des névroses, 221.
 BURLINGAME (Ch.). v. *Shipley*.

C

CALDWELL (J.). Psychoses schizo-phréniques. Rapport sur 100 cas dans l'armée U.S.A., 116.
 CASSAN (L.). v. *Daumézou*.
 CASSIREN (E.). Thorild et Herder, 207.
 CAULLÉRY (M.). Biologie des jumeaux. Polyembryonie et gémellité, 452.
 CAVAILLON (A.). La protection de la santé publique en France. Orientation nouvelle et perspectives d'avenir, 456.
 CAVÉ (M.). L'œuvre paradoxale de Freud (Essai sur la théorie des névroses), 450.
 CEILLIER (A.). Les engagés dans la Milice, dans la L.V.F. et dans les formations allemandes au point de vue psychiatrique, 285.
 —. *Discussion*, 288.
 CHAILLET (J.). v. *Decourt*.
 CHAPUIS (R.). Médecin d'Etat ? Pourquoi pas ? 126.
 CHARBONNEL (A.). Sur le syndrome pyramidal déficitaire ; sa fréquence et son importance pratique ; le rôle transformateur de sa mise en évidence dans divers types nosographiques, 560.
 CHARLIN. *Discussion*, 92.
 —, PÉCHER (Y.) et PASSOUANT (A.). Syndrome de Gélineau post-encéphalitique avec hallucinose. Electro-encéphalogramme, 546.
 CHARPENTIER (René), 385.
 CHATAGNON (P.-A.). L'unité de l'infection syphilitique, son importance au point de vue thérapeutique dans les syndromes mentaux, 295.
 —. Quelques constatations histophysiopathologiques sur le système nerveux après l'électro-choc, 444.
 —. Action de l'électro-choc sur l'évolution clinique de cinquante cas de psychopathies diverses, 448.
 —. *Discussion*, 299, 533, 543.
 — et MABON (J.). Les cachexies par hyponutrition au cours de la syphilis nerveuse durant les années d'occupation, 365.

CHAUCHARD (P.), MAZOUÉ (H.) et LECOQ (R.). Mode d'action du pentaméthylmétrazol ou cardiazol sur les centres nerveux, 325.

CHAURAND (A.). v. *Bonnafé*.
 CHAVANY (J.-A.), TROTOT (R.-P.) et LAFOURCADE (A.). Quadriplégie spasmodique progressive avec atrophie Aran-Duchenne ; sclérose latérale amyotrophique probable, 303.
 CHENEY (Cl.) et CLOW (H.). Facteurs pronostiques dans le traitement par le choc insulinaire, 227.
 CHOBINE (V.). Nouvelle réaction de flocculation de la lèpre, 216.
 CLAUDE (H.). Psychiatrie médico-légale, 455.
 CLECKLEY (H.) et TEMPLETON (C.). Du coma prolongé dans le traitement des psychoses par le choc insulinaire, 227.
 —. v. *Sydenstricker*.
 CLÉMENT (A.). v. *Bonnafé*.
 CLINE. v. *Ross*.
 CLOW (H.). v. *Cheney*.
 COLLET (G.). Doutes sur l'opportunité du traitement par l'électro-choc dans certains cas de mélancolie et dans la manie, 421.
 —. *Discussion*, 534.
 CORNIL (L.), GASTAUT (H.) et OLLIVIER (H.). Le contrôle électro-encéphalographique de l'électro-choc, 561.
 CORTEEL. v. *Delay*.
 COSSA (P.), AGID (A.) et AUGUIN (P.). La psychanalyse chimique (Analyse psychique sous état hypnagogique provoqué), 465.
 —, BOUGEANT (H.), LE COCQ (E.) et GRINDA (J.-P.). Thérapeutique neurologique et psychiatrique, 322.
 COUCHEFIN (L.). De la responsabilité civile des médecins, 234.
 COULONJOU (R.). v. *David*.
 CROWLEY (R.). Psychoses et myxœdème, 217.
 CRUZ (C.-J.). Etude de la personnalité psychopathique dans notre criminalité. La situation juridico-pénale, 233.
 CULLERRE (Mlle) et BERTRAND (V.). Maladie osseuse de Paget avec compression médullaire : troubles mentaux associés, 483.

D

DAESCHLER (Mme). v. *de Lavergne*.
 DANIS (P.). Syndrome chiasmatique post-traumatique, 571.
 DARDENNE. v. *Riser*.
 DAUMÉZON. *Discussion*, 288, 436.
 DAUMÉZON (G.) et BONNAFÉ (L.). Vers une assistance psychiatrique renouvelée, 457.
 —, CASSAN (L.) et DELAMARRE (P.). Electro-choc et folies multiples, 376.

- , CASSAN (L.) et DELAMARRE (P.). Essai de réduction des myalgies de l'électro-choc par la vitamine C, 428.
- DAVID (M.), COULONJOU (R.) et HÉCAEN (H.). Equivalents comitiaux de type hallucinatoire divers, uniques symptômes d'une tumeur temporale gauche, 93.
- et HÉCAEN (H.). Epilepsie avec auras visuelles à type d'hallucinations hémianopsiques par blessure occipitale. Etude des phénomènes hallucinatoires produits par excitation électrique de la cicatrice corticale, 390.
- , HÉCAEN (H.) et TALAIRACH. Abcès du cerveau et hernies cérébrales infectées traitées par la pénicilline, 562. v. *Hécaen*.
- DECHAUME, GIRARD (F.), KOHLER et Mlle THÉVENIN. Un cas de sclérose tubéreuse de Bourneville. Présentation de malade, 203.
- DECOSTER. Cysticerque du 4^e ventricule, 307.
- DECOURT (J.) et GUILLAUMIN (Ch.). Le potassium du liquide céphalo-rachidien, 216.
- , GUILLAUMIN (Ch.-O.) et CHAILLET (J.). Tétanie et troubles mentaux, 218.
- DEGOS et DELORT. Epiloïa, 204.
- et DELZANT. Epiloïa, 204.
- et HENNION. Epiloïa, 204.
- et LEREBoullet. Epiloïa, 204.
- DELAMARRE (P.). v. *Daumézon*.
- DELAY (J.). Narcolepsie par hypoglycémie. Efficacité du resucrage, 324.
- , La psycho-physiologie humaine, 445.
- , Suite de la discussion sur l'électro-choc, 526.
- , *Discussion*, 57, 65, 66, 69, 88, 93, 176, 543.
- et DESCLAUX (P.). L'encéphalographie dans les démences. Sa valeur pronostique, 97.
- et DESCLAUX (P.). L'encéphalographie gazeuse dans les délires chroniques paranoïdes, 101.
- et DESCLAUX (P.). L'encéphalographie dans les démences dégénératives (Encéphaloses), 441.
- et DESCLAUX (P.). L'encéphalographie dans les démences toxico-infectieuses (Encéphalites), 441.
- , DESCLAUX (P.) et Mlle BOISSIER (G.). Pseudo-paralysie générale alcoolique. Aspects encéphalographiques, 66.
- , DESCLAUX (P.), GENDROT et DIGO (R.). Délire aigu azotémique guéri par l'injection intra-rachidienne de pénicilline, 396.
- , DESCLAUX (P.), GENDROT et DIGO (R.). Délire aigu azotémique à guérison rapide. Action de la pénicilline, 401.
- , DESCLAUX (P.) et MAILLARD (J.). Arachnoïdite optochiasmatique ayant évolué vers une paralysie générale juvénile, 369.
- , DESCLAUX (P.), PASCHE et SOULAIRAC (A.). Intérêt du 245 R.P. (Pentothal) dans l'exploration du psychisme, 191.
- , DESCLAUX (P.) et SUTTEL (R.). Crises oculogyres avec hallucinoses chez un post-encéphalitique, 188.
- et DUBAR. La réaction pupillaire dans l'électro-choc, 230.
- , MAILLARD (J.), DESCLAUX (P.) et ROUAULT de la VIGNE (A.). Délire aigu azotémique, action de l'électro-choc, constatations encéphalographiques et neuro-chirurgicales, 77.
- , Mlle MORÉAU (J.) et SUTTEL. Anesthésique 245 R.P. et crises hystériques, 194.
- , NEVEU (P.) et LERIQUE-KECHLIN (Mlle). Le contrôle électro-encéphalographique de la thérapeutique par l'électro-choc, 229.
- et PASCHE (F.). Un faux pervers. Délits névrotiques par conflits affectifs, 61.
- et PASCHE (F.). Un faux pervers : résultats de la cure psychanalytique, 63.
- , PUECH (P.) et MAILLARD (J.). Confusion mentale périodique. Résultats de l'électro-choc et de l'insufflation ventriculaire, 58.
- , SOULAIRAC, RIVIÈRE et CORTEEL. Electro-choc et régulations neuro-endocriniennes, 220.
- DELMAS (Ach.). *Discussion*, 88, 92, 288, 433.
- et DELMAS (J.). Voies et centres nerveux. Introduction anatomo-physiologique à la neurologie, 575.
- DELMAS-MARSALET (P.). L'électro-choc thérapeutique, 228.
- , FAURE (J.) et PELLETIER (J.). Résultats de la thérapeutique par l'électro-choc (expérience de 142 cas), 229.
- DELORT. v. *Degos*.
- DELVALLET. v. *Breton*.
- DELZANT. v. *Degos*.
- DEMAÏ. *Discussion*, 93.
- DEREUX (J.). Chorée chronique et paralysie hypertonique du regard, 440.
- , Paraplégie cypho-scoliotique. A propos d'un cas suivi d'autopsie, 440.
- DEREYMAEKER (A.). Poliomyélite antérieure subaiguë après traumatisme, 569.
- DESCLAUX. *Discussion*, 100, 372.
- DESCLAUX (P.). v. *Abély*.
- , v. *Delay*.
- , v. *Giroud*.
- DESOILLE. Les facteurs profonds d'adaptation de l'homme à sa fonction, 449.
- , Le rêve éveillé en psychothérapie. Essai sur la fonction de régulation de l'inconscient collectif, 454.

- DEVALLET (J.). v. *Breton*.
 DICKERSON (W.). La pneumo-encéphalographie dans l'épilepsie, 205.
 DIGO (R.). v. *Delay*.
 DIMITZA (A.). De l'endangéite oblitérante, 111.
 DIVRY (P.) v. *Bogaert*.
 DOGNY (M.). v. *Dubois*.
 DONNADIEU, 435.
 DORÉMIEUX. v. *Breton*.
 DOUSSINET (P.). Le problème psychiatrique dans ses données pratiques générales. La contribution actuelle des assurances sociales, 458.
 DUBAR. v. *Delay*.
 DUBLINEAU (J.). Le problème sociotypologique, 81.
 —. *Discussion*, 65, 69, 93, 380, 542.
 — et BEAUDOUIN (J.). Etude du terrain chez un sujet atteint de syphilis du névraxe, 49.
 — et BEAUDOUIN (J.). Etude typologique d'un psychopathe tuberculeux 477.
 DUBOIS et DOGNY (M.). Les troubles psychopathiques et la tuberculose. Etude statistique et clinique, 115.
 —. v. *Péron*.
 DUKOR (B.). Comment améliorer l'action de l'interdiction suisse du mariage aux faibles d'esprit et aux malades mentaux, 223.
 DUPÉRIÉ (R.) et GEORGE (R.-G.). Sur un cas de macrogénitosomie précoce d'origine épiphysaire probable, 218.
 DURAND (V.-J.). v. *Menuau*.

E

- ECTORS. La lobectomie dans les gliomes du cerveau, 313.
 —. La mesure de la pression du liquide céphalo-rachidien, 313.
 —. v. *Baonville*.
 —. v. *Heernu*.
 EICHERT (A.). v. *Woolley*.
 EYCK (van). v. *Ley*.

F

- FABIANI (J.). v. *Poumeau-Delille*.
 FAURE (J.). v. *Delmas-Marsalet*.
 FAVAREL (R.). Le Centre médico-pédagogique de Montauban, 453.
 FEDER (A.). v. *Targowla*.
 FENTON (M.). v. *Hinko*.
 FERDIÈRE. v. *Riser*.
 FEREY (D.) et SAMBRON. Deux observations de fausses hernies discales dues à des abcès froids. Technique suivie, 437.
 FISCHGOLD (H.). v. *Puech*.
 FOREL (O.-L.). L'analyse du destin, 358.
 FOUKS (L.). v. *Montassut*.
 FRÈRE. v. *Kleyntjens*.

- FRESTIG (J.-P.). Observations cliniques au cours du traitement insulinique de la schizophrénie, 226.
 FRIBOURG-BLANC. *Discussion*, 65, 92, 100, 295.
 FRITZ. Valeur sémiologique des examens de circulation rétinienne, 571.
 FROMENT (J.), SAVET (H.) et BRIAND (G.). Infantilisme type thyroïdien par cranio-pharyngiome intra-sellaire, 218.
 FURST (W.). Traitement par le choc insulinique ; mort due à la gangrène pulmonaire, 228.
 FURTADO (D.), RODRIGUES et MACHADO. Traitement du tabès par la pénicilline, 565.
 FUSTER (J.). Traitement des schizophrènes par la pyrétélectrochothérapie, 228.

G

- GALET. v. *Thiers*.
 GALLOT (H.-M.). v. *Michaux*.
 GARCIN (R.), KIPPER (M.), ROSSIER (M.) et MAN (H.-X.). Paralyse dissociée de la III^e paire traduisant un méningiome en plaque de la petite aile du sphénoïde, révélé par la radiographie systématique du crâne, 305.
 GARCIN (R.). v. *Lemierre*.
 GASTAUT (H.). v. *Cornil*.
 —. v. *Roger*.
 GAYLE (F.) et PETTIS (J.). Le traitement bulgare du parkinsonisme avec rapport spécial sur son action sur les symptômes mentaux, 231.
 GAYRAL (L. et J.). Les délires de possession diabolique, 315.
 —. v. *Riser*.
 GEHUCHTEN. v. *van Gehuchten*.
 GELLHORN. Le milieu interne et le comportement. Influence des variations de la glycémie sur les fonctions cérébrales, 124.
 GELPKKE (L.). Essai de réhabilitation de Nietzsche, par un ancien disciple, 207.
 GENDROT. v. *Delay*.
 GENNES (R. de), MAHOUEAU (D.) et BRICAIRE (H.). Intoxication par le chloralose, 327.
 GEORGE (R.-G.). v. *Dupérier*.
 GIRARD (F.). v. *Dechaume*.
 GIROUD (A.) et DESCLAUX (P.). L'hypophyse au cours de la carence C, 219.
 —. DESCLAUX (P.), MARTINET (M.) et PIAT (J.). Action masculinisante de l'acétate de désoxycorticostérone, 219.
 GISCARD (P.). *Discussion*, 88, 89, 92.
 —. Etats mystiques et phénomènes xénopathiques, 85.
 —. Psychoses carcérales et psychoses simulées, 89.
 GLEY (P.), LAPIPE (M.), RONDEPIERRE (J.), HORANDE (H.) et TOUCHARD (T.).

- Sur la possibilité de provoquer l'épilepsie électrique par excitation de la substance blanche, 214.
- , LAPIPE (M.), RONDEPIERRE (J.), HORANDE (H.) et TOUCHARD (T.). Epilepsie sous-corticale électrique, 214.
- , LAPIPE (H.), RONDEPIERRE (J.), HORANDE (H.) et TOUCHARD (T.). Action des antiépileptiques sur les convulsions électriques médullaires, 215.
- GOLDSTEIN (H.) et WEINBERG (J.). Le diagnostic de l'épilepsie par le métrazol, 205.
- GONZEABACH (W. von). Considérations générales sur le problème des réfugiés, 580.
- GOODELL (H.). v. *Wolff*.
- GOURIOU, 287.
- GRANIER (Mlle). v. *Michaux*.
- GREEFF (E. de). Quelques aspects d'une personnalité morbide, 308.
- , Notre destinée et nos instincts, 446.
- GRINDA (J.-P.). v. *Cossa*.
- GRUNER (J.). Œdème cérébral et transsudats séreux, 436.
- , v. *Bertrand*.
- , v. *Targovla*.
- GUILLAIN (G.) et MOLLARET (P.). Considérations sur douze cas d'intoxication par des huiles ayant servi à l'alimentation et contenant du triorthocrésylphosphate, 224.
- GUILLAUME (J.), BERTRAND (I.) et MAZARS (G.). Un cas de moignon douloureux traité par myélotomie. Etude électro-encéphalographique et considérations physiopathologiques sur la douleur, 304.
- et MAZARS (G.). Les névralgies méningées localisées. Leur individualité, leur traitement chirurgical, 438.
- , v. *Sigwald*.
- GUILLAUMIN (Ch.-O.). v. *Decourt*.
- GUILLY (P.). v. *Puech*.
- GUIOT (G.). v. *Le Beau*.
- , v. *Thiébaud*.
- , v. *Vincent*.
- GUIRAUD. *Discussion*, 58, 69, 299, 369, 372, 382, 394, 401, 434.
- et Mlle MESSIN (A.). Deux imperfections dans le traitement de la paralysie générale, 73.
- H**
- HALPERN (F.). Traitement de la schizophrénie par le coma insulinaire, 226.
- HASTINGS (D.). v. *Palmer*.
- HAUSER (E.). Divorce, détresse des enfants, 222.
- HAWTHORN (E.). v. *Poinso*.
- HAZEMANN (R.-H.). La médecine sociale. Bases et perspectives, 460.
- HÉCAËN. *Discussion*, 97.
- et AJURIAGUERRA (J. de). Régression d'un syndrome aphaso-agnosopraxique d'origine oxycarbonée; apraxie constructive; apraxie de l'habillement, 564.
- et BACHET (M.). Syndrome de Gélinau avec hallucinose et syndrome d'influence, 372.
- , DAVID (M.) et TALAIRACH (J.). Membres fantômes par compression de la queue de cheval; disparition après libération des racines, 304.
- , v. *David*.
- , v. *Lhermitte*.
- HEILBRUNN (G.) et STERLIEB (R.). Traitement insulinaire de la schizophrénie, 226.
- HEERNU (J.). Délire à deux, 310.
- , Electro-choc subliminaire et syncope cardiaque, 568.
- , ÉCTORS (L.) et VIKARER (R.). A propos des méningiomes de la troisième frontale, 570.
- HENNION. v. *Degos*.
- HÉNUSSE. Variations du choix objectif chez les intersexuels, 567.
- HERBEUVAL (Mme). v. *de Lavergne*.
- HERSHMAN (J.). v. *Jasper*.
- HEULLY (J.-R.). v. *de Lavergne*.
- HEURTEMATTE (A.). v. *Poinso*.
- HEUYER (G.). Pour une véritable assistance aux malades mentaux, 458.
- et SAUGUET. Cent observations de délits sexuels, 234.
- HEYMANN (K.). Pervers instinctifs, 117.
- HINKO (E.), FENTON (M.) et BALBEROR (H.). Réaction anaphylactique pendant la thérapeutique insulinaire chez un schizophrène, 325.
- HODGSON (E.). v. *Washburn*.
- HORANDE (H.). v. *Gley*.
- HORWITZ (W.). v. *Schlezinger*.
- HOVEN. Thérapeutique de choc, 310.
- HUET. Accidents mortels dus à l'injection intraveineuse de morphine-scopolamine, 232.
- , Ionothérapie endocrinienne, 327.
- HUMPHREYS (E.). Des soins à donner par la communauté aux déficients mentaux, 221.
- HYVERT (M.). Excitation maniaque et tuberculose atypique, 537.
- , *Discussion*, 543.
- J**
- JANBON. La sulfamidothérapie d'épreuve, 326.
- JASPER (H.) et HERSHMAN (J.). Une classification électro-encéphalographique des épilepsies avec leurs corrélations cliniques, 215.
- K**
- KANNER (L.). Troubles précoces du jeune âge indiquant un futur mauvais comportement, 118.

- KATZENSTEIN-SUTRO (E.). Les vaisseaux dans le traumatisme cranio-cérébral, 113.
- KEISER (F.). Le facteur héréditaire dans la faiblesse mentale, 117.
- KELLEY (D.) et BARRERA (E.). Examens par la méthode de Rorschach dans l'intoxication alcoolique expérimentale, 116.
- KEYES (B.) et MATTHEWS (R.). De la psychiatrie dans un hôpital de médecine générale, 115.
- KIELHOLZ (A.). Sur le problème du traitement et de l'assistance aux psychopathes criminels, 584.
- KIPFER (M.). Neuro-myélite optique d'évolution suraiguë guérie par sulfamidothérapie intensive, 305.
—, v. *Garcin*.
- KLEIN (M.). v. *Thiébaud*.
- KLEIN (R.) et THIÉBAUT (F.). Neurochirurgie d'urgence. Indications et technique, 576.
- KLEYNTJENS et FRÈRE. Troubles fonctionnels diencéphaliques chez un malade atteint de méningite basilaire spécifique, 311.
- KOHLER. v. *Dechaume*.
- KOUTSEFF (A.). Spasme prolongé de l'artère centrale de la rétine. Rôle des glandes endocrines, 220.
- KOVITZ (B.). v. *Robb*.
- KRAFFT (W. A.). Congrès national d'hygiène sociale de la Nouvelle-Orléans, 582.
- KRAYENBUHL (H.). Les manifestations cérébrales de l'endangéite oblitérante de Winiwarter-Buerger. Diagnostic et traitement, 110.
- L
- LABOUCARIE (J.). Un cas de mort après électro-choc, 430.
- LACHAUD (de). v. *Quercy*.
- LAERE (J. van). Polynévrites par sulfamides, 312.
—, Paralyse saturnine accidentelle, 312.
- LAFOURCADE (A.). v. *Chavany*.
- LAINEL-LAVASTINE. *Discussion*, 380.
- LAPIPE. v. *Gley*.
- LARUELLE, MASSION-VERNIORY et BRONFMAN. Forme neurogène de tétanie, 310.
- LAUGIER (H.). La formation du médecin, 459.
- LAUVERS (E.). Essais de sympathectomie par voie intra-artérielle, 439.
- LAYERNE (V. de), HEULLY (J.-R.) et Mmes HERBEUVAL et DAESCHLER. Trois cas d'encéphalite typhique, 203.
- LE BEAU (J.). Réparation des brèches osseuses par plaque de tantale, 565
— et GUIOT (G.). Traitement de l'œdème cérébral traumatique, 562.
- LEBENSOHN (Z.). Tentative de suicide ; blessure par balle des lobes frontaux au cours d'un état dépressif ; guérison, 115.
- LE COCQ (E.). v. *Cossa*.
- LECONTE (M.). Pour une médecine psychiatrique au sein des hôpitaux, 458.
— et MARTY (P.). Étiologie et statistique psychiatrique. De la recherche de l'étiologie des troubles mentaux en regard de l'insuffisance habituelle de celle-ci dans les statistiques, 42.
- LECOQ (R.). v. *Chauchard*.
- LE GRAND (A.). Les traitements de choc des psychoses. A propos de 180 cas traités à l'hôpital psychiatrique de Lommciet entre 1937 et 1943, 225.
- LEMIERRE (A.), GARCIN (R.) et BERTRAND (I.). Lésions nucléaires du tronc cérébral dans un cas de paralysie diphtérique avec atteinte de plusieurs nerfs crâniens, 211.
- LEREBoullet (J.), PUECH (P.) et BERNARD (P.). Sclérose tubéreuse (maladie de Bourneville). Extirpation d'une tumeur paraventriculaire (mexrinome central). Guérison, 204.
—, v. *Degos*.
- LERIQUE-Kœchlin (Mlle). v. *Delay*.
- LEFROY (A.). Psychoses et sulfamidothérapie, 307.
—, v. *André-Thomas*.
- LEULIER (Mlle). v. *André-Thomas*.
- LEVADITI (C.). La thérapeutique des infections bactériennes et spirillaires par la pénicilline, 326.
— et NOURY (H.). Mécanisme de l'action thérapeutique de l'infection récurrentielle dans la paralysie générale, 232.
- LEY (A.). L'hygiène et la prophylaxie mentales, 318.
- LEY (J.) et van EYCK. Myorhythmies bilatérales du voile (nystagmus du voile) chez une enfant de 8 ans, sans autres signes neurologiques, 570.
- LEYRITZ (J.). Acidification et alcalinisation des mélancoliques, 466.
- LHERMITTE (J.). Psychisme et diencéphale, 577.
—, HÉCAEN (H.) et AJURIAGUERRA (J. de). Section totale de la moelle vérifiée chirurgicalement et anatomiquement, 564.
- LINDEMANN (E.). Observations sur les séquelles psychiatriques à la suite des interventions chirurgicales chez la femme, 115.
- LOISEAU (Ch.). Régression du nombre des psychoses alcooliques dans le Morbihan sous l'influence des restrictions en boissons alcoolisées, 320.

- LOUIS-BAR (Mme). Syndrome de Korsakoff avec signes infundibulo-hypophysaires. Forme cérébrale de la lymphogranulomatose maligne, 311.
- LOW (A.). v. *Scherman*.
- LUQUET (P.). v. *Abély*.
- M**
- MABON (J.). v. *Chatagnon*.
- MACHADO. v. *Furtado*.
- MAHOUDEAU (D.). Un cas de section totale de la moelle, avec destruction complète sur une hauteur de 4 cm. Vérification opératoire. Etat des réflexes, 439.
- v. *Gennes (de)*.
- MAIER (H.-W.). Problèmes de prophylaxie mentale dans le Code pénal fédéral, 583.
- MAILLARD (J.). v. *Delay*.
- MÂLE. *Discussion*, 65.
- MALEYRIE (R.). v. *André-Thomas*.
- MALZNERG. v. *Ross*.
- MAN (H.-X.). v. *Garcin*.
- MARCHAND. *Discussion*, 65, 69, 97, 177, 183, 198, 200, 371, 372, 396, 404.
- , AJURIAGUERRA (J. de) et THILLAYE du BOULLAY (P.). De la paralysie générale suraiguë, 543.
- , BONNAPÉ (L.) et TOSQUELLES (F.). Syndrome de démence précoce. Tares familiales. Crises épileptiques; secousses myocloniques. Amyotrophie et contractures généralisées. Lésions d'Alzheimer. Dégénérescence chronique des cellules radiculaires de la moelle, 69.
- MARC-WOGAU (K.). L'Etat et la conception du Bien dans la République de Platon, 206.
- MARQUES de CARVALHO (H.). Considérations sur deux cas de coma irréversible au cours du traitement par la méthode de Sakel, 227.
- MARQUIS (Mlle M.). v. *Binet*.
- MARTIN (H.). v. *Mayoux*.
- MARTINET (M.). v. *Giroud*.
- MARTINY. Sur une classification des constitutions humaines euplasiques basée sur l'embryologie, 212.
- MARTY (P.). v. *Leconte*.
- MASSION-VERNIORY. v. *Laruelle*.
- v. *Potvin*.
- MATTHEWS (R.). v. *Keyes*.
- MAY (R.-M.). La formation du système nerveux, 451.
- MAYOUX (R.) et MARTIN (H.). A propos d'une méningite otitique purulente guérie par les sulfamides et compliquée dans ses suites immédiates de rhumatisme articulaire aigu, 233.
- MAZARS (G.). v. *Guillaume*.
- MAZOUÉ (H.). v. *Chauchard*.
- MEIER (Mlle O.). Adler et la psychologie individuelle en regard de la psychanalyse, 578.
- MENG (H.). Sur la protection de la santé psychique de l'enfant, 221.
- Notation chiffrée ou notation verbale? Un chapitre pratique d'hygiène mentale, 222.
- L'enfant dans la série de ses frères et sœurs, 579.
- MENUAU (P.) et DURAND (V.-J.). Fréquence des signes d'artériosclérose dans les maladies mentales, 300.
- MESSIN (Mlle A.). v. *Guiraud*.
- MERGENER (J.). v. *Scherman*.
- MEYRAT (G.). v. *Morel*.
- MICHAEL (N.). v. *Bateman*.
- MICHAUX (L.). *Discussion*, 176.
- , GALLOT (H.-M.) et ROUAULT de la VIGNE (A.). De l'obsession au délire. Du délire à l'obsession. Rôle des réflexes conditionnels dans la naissance et la persistance de l'idée obsédante, 4.
- et GRANIER (Mlle). Epilepsie bravais-jacksonienne réflexe. Début crucial des crises. Intervention constante dans leur déclenchement de contractions musculaires inopinées du membre inférieur du même côté, 472.
- v. *Bertrand*.
- MICHON (P.), ROUSSEAU (R.) et VÉRAIN (M.). Méningite prolongée à pneumocoques. Sulfamidothérapie intensive par le 2.632 RP, 232.
- MINKOWSKI (M.). Sur les localisations cérébrales de la thrombo-endarangite oblitérante de Winiwarter-Buerger. Sémiologie et problèmes neurologiques, 108.
- *Discussion*, 434.
- MOLHOLM (H.) et BARTON (W.). L'assistance familiale, ressource sociale pour la récupération des malades mentaux, 223.
- MOLLARET (P.) et BERTRAND (I.). L'hypertonie de décérébration chez l'homme. Contribution physiopathologique et anatomique à propos d'un cas permanent pendant dix-sept ans, 573.
- v. *Guillain*.
- MONTASSUT et FOUKS (L.). Composantes psycho-somatiques d'un délire cosmique, 386.
- MOREAU (Mlle J.). v. *Delay*.
- MOREL (F.). Du rôle de la thrombo-endarangite oblitérante (v. *Winiwarter-Buerger*) dans l'étiologie de l'atrophie granulaire de l'écorce cérébrale, 111.
- et MEYRAT (G.). L'atrophie granulaire de l'écorce cérébrale. Contribution à l'étude de la forme systématisée de cette affection, 211.
- MORELLE. v. *van Gehuchten*.
- MORICE (J.). v. *Bessière*.
- MORITZ (M.). Commandement et devoir, étude sur l'éthique impérative, 206.

- MORSIER (G. de). La forme diencéphalique de la maladie de Heine-Medin, 112.
 MÖSCHLIN (E.). Choix de la profession et vocation à la campagne, 581.
 MURALT (A. de). Dégénérescence et régénération du nerf. Le facteur de croissance N.R., 212.
 MYERSON (A.) et BAYLE (R.-D.). Le développement de la psychose maniaque dépressive dans certaines familles ayant une grande importance sociale, 117.
 MYERSON (A.). v. *Neustadt*.
 MYLE (G.). L'oligophrénie phénylpyruvique ou maladie de Fölling, 337.

N

- NAUD. v. *Verger*.
 NAVILLE (P.). Théorie de l'orientation professionnelle, 448.
 NEUSTADT (R.) et MYERSON (A.). Etudes sur la quantité des hormones sexuelles dans l'homosexualité, l'enfance et au cours de troubles variés neuro-psychiatriques, 219.
 NEVEU (P.). v. *Delay*.
 NOURY (H.). v. *Levaditi*.

O

- OLLIVIER (H.). v. *Cornil*.
 OWSIANIK (Mlle). v. *Baruk*.

P

- PALMADE (G.). La sélection des ingénieurs, 449.
 PALMER (H.), HASTINGS (D.) et SHERMAN (S.). Traitement de la mélancolie d'involution, 324.
 PASCHE (F.). v. *Delay*.
 PASSOUANT (A.). v. *Charlin*.
 PAULY (R.). La maladie de Simmonds ou cachexie hypophysaire, 217.
 PAUTRAT (J.). v. *Rouquès*.
 PÉCHER (Y.). v. *Charlin*.
 PELLETIER (J.). v. *Delmas-Marsalet*.
 PÉRON (N.) et DUBOIS. Intoxication aiguë par le bromure de méthyle; valeur des symptômes lenticulaires, 564.
 PESCOR (M.-J.). Du pronostic chez les toxicomanes, 116.
 PETEANU (M.). La psychotechnique dans l'industrie textile roumaine, 208.
 PETTIS (J.). v. *Gayle*.
 PFERSDORFF (C.). Apraxie digitale et apraxie constructive dans un cas d'hémorragies bilatérales symétriques des corps striés, 429.
 PIAT (J.). v. *Giroud*.
 PICARD (J.). *Discussion*, 435.

- , BONNAFOUS-SÉRIEUX (Mme) et SCHMIDT. Guérison par électro-choc d'un cas de mutisme hystérique avec abasie, 407.
 PIÉRON (H.). Aux sources de la connaissance. La sensation guide de vie, 320.
 —. L'année psychologique (Quarante-et-unième et quarante-deuxième années, 1940-1941), 444.
 PIRET (R.). Etudes sur les tests collectifs d'intelligence, 573.
 PLUVINAGE (R.). v. *Thiébaud*.
 POINÇO (R.), SALMON (M.), HAWTHORN (E.) et HEURTEMATTE (A.). Syndrome de Moëbius avec malformations digitales, 120.
 POROT (A.). Les toxicomanies. Etude médico-sociale, 319.
 POTVIN (A.) et MASSION-VERNIORY (L.). Maladie de Læber, 311.
 POUYNEAU-DELILLE (G.) et FABIANI (J.). Hypercalcémie provoquée par le dipropionate d'œstradiol chez le cobaye, 220.
 PURCH (P.). *Discussion*, 542.
 —, AJURIAGUERRA (J. de) et ROUAULT de la VIGNE (A.). Démence oxycarbonée. Constatations encéphalographiques, 498.
 —, FISCHGOLD (H.) et BERNARD (P.). Ligature de la carotide primitive. Evolution clinique et électro-encéphalographique, 305.
 —, GUILLY (P.) et BERNARD (P.). Hémiplegie gauche avec hémianopsie latérale homonyme droite à la suite d'une plaie thoraco-abdominale droite par balle de mitrailleuse 305.
 —. v. *Bessière*.
 —. v. *Delay*.
 —. v. *Lereboullet*.

Q

- QUERCY (P.). L'œil et la vision dans les carnets de Léonard de Vinci, 483.
 — et LACHAUD (R. de). Le chiasma optique d'un borgne, 210.
 —, de LACHAUD et SITTLER. Sur la région épiphysaire. I. Le sac dorsal. II. Le canal de Bichat, 582.

R

- RACOUCHOT. v. *Thiers*.
 RADEMACHERS. L'assistance familiale et la guerre, 569.
 RADERMECKER. Amyotrophie progressive à évolution lente avec syndrome pyramidal fruste unilatéral, 313.
 —. Polyradiculite avec troubles neuro-végétatifs et perte de tous les poils, 313.
 RAIMBOURG (Mme). v. *Sivadon*.
 RAPOPORT (O.). v. *Robb*.

- RICHTER (C.). Le milieu interne et le comportement de l'organisme; le rôle des sécrétions internes, 220.
 RISER, DARDENNE, FERDIÈRE et GAYRAL. Les formes psychiques précoces des cranio-pharyngiomes, 241.
 RIVIÈRE. v. *Delay*.
 ROBB (R.), KOVITZ (B.) et RAPOPORT (O.). De l'histamine dans le traitement des psychoses, 231.
 RODRIGUES. v. *Furtado*.
 ROGER (H.). Les vitamines en neuropathologie, 119.
 —. L'intoxication grave par le bromure de méthyle à forme de myoclonie-épilepsie et tremblement intentionnel d'allure pseudo-sclérotique, 120.
 — et BOUDOURESQUES (J.). La gingivite hyperplasique post-diphényl-hydantoïnique, 562.
 — et GASTAUT (H.). Les syndromes extra-pyramidaux et cérébelleux typhoïdiques. A propos d'un cas de choréomyoclonies des membres supérieurs et d'ataxie statique des membres inférieurs, 119.
 — et SCHACHTER. Etude statistique sur le rôle de l'âge, du sexe et de la localisation dans la névralgie sciatique, 438.
 RONDEPIERRE (J.). *Discussion*, 288, 431 —. v. *Gley*.
 ROSS, ROSSMAN, CLINE, SCHWOERER et MALZNERG. Traitement de la schizophrénie par le choc pharmacologique, 225.
 ROSSIER (M.). v. *Garcin*.
 ROSSMAN. v. *Ross*.
 ROTH (N.). Le syndrome de l'hyperostose frontale interne, 203.
 ROUAULT de la VIGNE (A.). v. *Delay*.
 —. v. *Michaux*.
 —. v. *Puech*.
 ROUQUES (L.), VOISIN (J.) et PAUTRAT (J.). Paralysie complexe des mouvements associés et ptosis évoluant progressivement depuis 30 ans sans autres signes neurologiques, 561.
 ROUSSEAU (R.). v. *Michon*.
 ROUVROT et ANSLOT. Démence pellagreuse, 566.
 RUSKIN (S.). Analyse des délinquances sexuelles chez les aliénés du sexe masculin, 233.
- S**
- SALMON (M.). v. *Poinso*.
 SAMBRON. v. *Ferey*.
 SANDOZ (L.-M.). Carences alimentaires et manifestations neurologiques et psychopathiques, 201.
 SAUGUET. v. *Heuyer*.
 SAVET (H.). v. *Froment*.
 SCHACHTER. v. *Roger*.
 SCHERMAN (I.), MERGENER (J.) et LOW (A.). Effets comparatifs des doses d'insuline amorphe nécessaires pour produire le coma, suivant qu'elles sont administrées en injections intraveineuses ou sous-cutanées, chez des sujets atteints de psychose, 227.
 SCHIELE (B.). Etude clinique des troubles du sommeil, 126.
 SCHIFF. *Discussion*, 65.
 SCHLEZINGER (N.-S.) et HORWITZ (W.). Troubles neuropsychiques au cours du syndrome de Cushing, 218.
 SCHMID (W.). La position de l'individu dans la société, 581.
 SCHMIDT. v. *Picard*.
 SCHWAB (R.). L'influence des stimuli visuels et auditifs sur les courbes électroencéphalographiques de petit mal, 215.
 SCHWOERER. v. *Ross*.
 SENN (D.). Sur les altérations du neurone cérébelleux de Purkinje, 210.
 SHERMAN (S.). v. *Palmer*.
 SHIPLEY (W.) et BURLINGAME (Ch.). Une échelle commode pour mesurer la déficience intellectuelle au cours des psychoses, 117.
 SHOCK (N.). Le milieu interne et le comportement de l'organisme (4^e note). L'acide carbonique et le métabolisme acido-basique, 125.
 SIGWALD (J.). Le traitement du zona et des algies zostériennes par les anti-histaminiques de synthèse, 327.
 — et GUILLAUME (J.). Névralgie méningée paroxystique guérie chirurgicalement, 440.
 SITTLER (G.). Sur la région épiphysaire: le sac dorsal, le canal de Bichat, 575.
 —. v. *Quercy*.
 SIVADON (P.) et RAIMBOURG (Mme.). Avitaminose PP et troubles mentaux chez les déportés rapatriés, 382.
 —. *Discussion*, 435.
 SJÖGREN (T.). Recherches cliniques et biogénétiques sur les ataxies héréditaires, 574.
 SOULAIRAC (A.). v. *Delay*.
 STADELMANN (H.-A.). L'importance du donné infantile dans l'élaboration de la conduite de la vie, 121.
 —. La structure psychologique du doute, 122.
 STERLIEB (R.). v. *Heilbrunn*.
 SUTTEL (R.). v. *Abély*.
 —. v. *Delay*.
 SYDENSTRICKER (V.-P.) et CLEKLEY (H.). Action de l'acide nicotinique dans la stupeur, la léthargie et autres désordres variés de la personnalité, 231.

— et CLEKLEY (H.). Action de l'acide nicotinique dans la stupeur, la léthargie et autres troubles mentaux, 324.

T

TALAIRACH, v. *David*.

—, v. *Hécaen*.

TAPIE (J.) et BATMALE. Méninococcémie à forme palustre rapidement guérie par la sulfamidothérapie, 326.

TARACHOW (S.). Valeur clinique des hallucinations dans la localisation des tumeurs cérébrales, 114.

TARGOWLA (R.), FEDER (A.) et GRUNER (J.). Fibrillations musculaires au cours de syndromes neurologiques divers, 562.

TEMPLETON (C.). v. *Cleckley*.

THÉVENIN (Mme), v. *Dechaume*.

THIÉBAUT (F.), GUIOT (G.) et BAYEN (Mme). Troubles nerveux, réflexes névralgiques, convulsifs et paralytiques, 563.

—, KLEIN (M.) et PLUVINAGE (R.). Paralyse totale des mouvements latéraux du regard au cours d'une méningite séreuse basilaire. Guérison après intervention chirurgicale, 303.
—, v. *Klein*.

THIERS (H.), RACOUCHOT et GALET. Gangrène en plaques des membres inférieurs prémonitrice d'un syndrome de Landry avec troubles psychiques mortels chez un grand éthylique, 205.

THILLAYE du BOULLAY (P.). v. *Marchand*.

THUREL (R.). v. *Alajouanine*.

TITECA (J.). Le delirium tremens « a potu suspensio », 306.

—, Réflexions sur la convulsivothérapie des névroses malignes, 306.

—, v. *Baonville*.

TODORANU (D.). Formes éducatives, 209.

TOSQUELLES (F.). v. *Bonnafé*.

—, v. *Marchand*.

TOUCHARD (T.). v. *Gley*.

TOURAINÉ (M.). Encéphalopathie arsenicale et hérédité psychopathique 202.

TROTOT (R.-P.). Présentation de deux cas de myotonie atrophique dans la même famille (frère et sœur), 304.

—, v. *Chavany*.

TURFAULT. Implantation sous-cutanée d'hormones (surtout testostérone), 219.

V

VAN BOGAERT (L.). Observation d'une maladie subaiguë avec signes mentaux et extrapyramidaux, avec rémission (groupe des encéphalites

inflammatoires de la substance blanche), 308.

—, Paralysie labio-glosso-laryngée pure (Maladie de Duchenne), 314.

— et DIVRY (P.). Sur une maladie familiale caractérisée par une angiomatose diffuse cortico-méningée et une démyélinisation de la substance blanche du centre ovale, 309.

Van EYCK, v. *Ley*.

VAN GEHUCHTEN et MORELLE. Arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure, 307.

VAN HIRTUM (L.). L'organisation médicale dans les sanatoria pour malades mentaux, 308.

VÉRAIN (M.). v. *Michon*.

VERDEAUX (G.). La paranoïa de compensation, 316.

VERGER (P.) et NAUD. Un nouveau cas de syndrome neuro-œdémateux de l'enfant, 120.

VERSPREEUWEN. Modes de début de la sclérose latérale amyotrophique, 312.

—, A propos des scléroses latérales amyotrophiques sans troubles pyramidaux cliniques, 314.

VIKAER (R.). v. *Heeruu*.

VILLEY-DESMESRETS. *Discussion*, 435.

VINCENT (C.) et GUIOT (G.). Rétrécissement extrinsèque du trou de Monro, 561.

VOISEN (J.). v. *Rouquès*.

W

WALL (C.). De quelques critères pronostiques dans le traitement insulinaire de la schizophrénie, 325.

WALTHER (F.). Sur les voies nouvelles dans la lutte contre l'abus de boisson dans le canton de Berne, 208.

WASHBURN (A.) et HODGSON (E.). Névroses régressives et schizophrénie, 116.

WEEKERS (R.). Les fonctions rétinienues dans le syndrome commotionnel tardif, 205.

WEINBERG, v. *Goldstein*.

WEYBERG (E.). Carence neurométabolique chez les sujets âgés, 202.

WOLFF (H.) et GOODELL (H.). Métabolisme du calcium chez les convulsifs (épileptiques), 216.

WOOLLEY (L.) et EICHERT (A.). Notes sur les problèmes concernant le suicide et l'évasion, 224.

Z

ZIETZSCHMANN (E.). Economie humaine vue de l'hôpital, 583.

ZULLIGER (H.). Contribution au problème de l'abandon à l'incurie et de l'éducation des sujets qui s'y sont abandonnés, 118.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

OBSESSION ET DÉLIRE

*De l'obsession au délire. Du délire à l'obsession.
Rôle des réflexes conditionnels dans la naissance
et la persistance de l'idée obsédante*

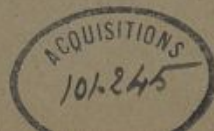
PAR

LÉON MICHAUX, H.-M. GALLOT et A. ROUAULT DE LA VIGNE

L'obsession, phénomène non passible de transformation, d'aboutissement à l'hallucination ou au délire : telle est la notion qui marque une étape de la psychiatrie, illustrée en France par J. Falret et Magnan, en Allemagne par Westphal. Notion dont l'absolutisme devait bientôt susciter les critiques de nombreux auteurs : citons, en France, Séglas ; Raymond et Arnaud ; Gilbert Ballet ; Pitres et Régis ; à l'étranger, Heilbronner ; Tuczek ; Morselli. Plus récemment, M. Pierre Janet met le point sur l'aspect hallucinatoire de certaines obsessions et décrit le *délire psychasthénique*. Pour lui, les obsessions supposent le fond de la psychasthénie constitutionnelle ; elles peuvent, dans l'exception, aboutir au délire. C'est cette évolution qu'envisage G. Dupylout dans sa thèse de 1914 consacrée aux associations délirantes de la psychasthénie où il décrit, en dehors des trans-

ANN. MÉD.-PSYCH., 103^e ANNÉE, T. II. — Juin 1945.

1.



formations délirantes des obsessions, les accès délirants transitoires des psychasthéniques et la possibilité d'un délire chronique autonome évoluant pour son propre compte chez un psychasthénique (1).

Cette évolution historique est retracée par MM. H. Claude et H. Ey (2) dans une étude très complète où ils exposent une conception nouvelle.

Ils élargissent considérablement le cadre conventionnel des obsessions. Parmi elles, ils distinguent les *obsessions actives* et les *obsessions passives*.

Les premières correspondent aux obsessions des classiques : obsessions idéatives, phobies et impulsions. Ils soulignent les parentés de tous ces troubles avec le délire. « Il nous paraît bien difficile, écrivent-ils, de ne pas dire qu'une phobie n'est pas délirante. Aussi bien, les premières études faites par Falret père sur ce point étaient des études sur le délire du toucher et toute la classe des obsessions actives se laisse assez facilement interpréter comme un véritable délire obsessionnel. »

Sous le nom d'obsessions passives, les auteurs désignent des phénomènes pseudo-hallucinatoires. Alors que le caractère des obsessions actives est la lutte anxieuse, celui des obsessions passives est leur élément passif de parasitisme. Ces dernières groupent les illusions (erreurs à propos de perceptions réelles) et des phénomènes dépourvus de caractère perceptif (hallucinoses ; voix et pensées suggérées ; représentations apercéptives). Comme pour les obsessions actives, H. Claude et Ey soulignent les virtualités d'évolution délirante des obsessions passives : pour eux, le délire intervient avant que le malade échafaude, au sujet de ses troubles, des explications absurdes, et dès qu'il a l'impression d'une emprise sur sa pensée.

Par quel mécanisme l'obsession aboutit-elle au délire ? Pour le déterminer, il faut connaître la pathogénie des obsessions.

L'obsession vraie relève classiquement de l'anxiété ; les psychanalystes l'attribuent à des complexes affectifs.

Les pseudo-hallucinations sont habituellement conditionnées par des facteurs mécaniques ; pour H. Claude et H. Ey, elles peuvent dépendre de l'angoisse et de l'abaissement de la tension psychologique qui caractérise la psychasthénie ; par là, l'étiologie des obsessions actives et passives peut être univoque.

(1) Nous n'envisagerons pas cette dernière éventualité.

(2) H. CLAUDE et H. EY. — Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions. *Annales médico-psychologiques*, 1932, p. 302.

Envisageant ces divers mécanismes, les auteurs y recherchent les possibilités d'une transformation hallucinatoire ou délirante de l'obsession.

Tandis que la *pseudo-hallucination d'origine mécanique*, perçue par le sujet comme morbide, ne tend pas, pour eux, à l'hallucination et au délire, *l'anxiété obsédante* y peut aboutir. Il en est de même *des obsessions qui traduisent un complexe affectif direct ou indirect* (ce dernier par substitution d'un complexe inconscient) *et de tous les états obsédants caractérisés par la domination d'une idée prévalente* (telle l'idée fixe hystérique). L'obsession peut aboutir ici à la pseudo-hallucination, plus rarement, mais indiscutablement, à l'hallucination vraie : ainsi dans les observations de Séglas, de Pitres et Régis ; de Læwenfeld et dans celle, particulièrement suggestive, de Dupouy qui a assisté à la transformation progressive d'une obsession consciente (peur des chats) en délire hallucinatoire (audition incessante de propos concernant les chats). Un affect ou une idée peuvent donc se concrétiser jusqu'à l'hallucination.

Dans les *états psychasthéniques* — quatrième mécanisme — les auteurs admettent aussi la possibilité d'une transformation de l'obsession en pseudo-hallucination, voire en hallucination ; ils en donnent pour explication, dans ce cas, la distension de l'activité psychique.

Voici donc toute obsession située dans une sphère très proche du délire et l'on peut se demander pourquoi un pas si réduit n'est pas plus souvent franchi en pratique. Sans doute, faut-il faire la part des conceptions différentes, les classiques ne faisant pas rentrer dans l'obsession les pseudo-hallucinations et n'admettant, pour les obsessions vraies, le passage au délire que lorsque celui-ci est nettement constitué. Mais il reste un fait capital : *si l'obsession peut aboutir au délire, cette évolution est rare*. Sur 300 obsédés, Pierre Janet n'en a vu que cinq devenir des mélancoliques anxieux, douze des délirants systématiques.

Encore la littérature médicale contient-elle des observations qui font état de transformation délirante de l'obsession, alors qu'elles ressortissent à des faits différents : *des hallucinations obsédantes, des idées délirantes primitives*. *Les hallucinations obsédantes*, où l'hallucination est facteur premier, sont opposées par Séglas (1) aux *obsessions hallucinatoires* que singularise le

(1) J. SÉGLAS. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, 1895, p. 107.

caractère second du phénomène psycho-sensoriel : distinction de terme que méconnaissent plusieurs auteurs qui appellent hallucinations obsédantes d'authentiques obsessions hallucinatoires.

Des hallucinations obsédantes, il faut rapprocher les *impulsions obsédantes, d'origine hallucinatoire*, décrites par L. Arsimoles (1), qui surviennent au cours de délire, sans antécédents obsessifs, avec précession de l'hallucination sur l'obsession.

D'autres observations ont trait à des *délires primitifs avec idées délirantes obsédantes*. A bien considérer les faits, beaucoup d'observations étiquetées phobies dépendent de délire d'emblée. Nous rapporterons un cas analogue.

OBSERVATION I. — Mlle Mil., 20 ans, employée, vient consulter à la Salpêtrière parce que toutes les personnes de son entourage ne veulent pas convenir de la réalité d'une infirmité qu'elle s'attribue et lui conseillent de s'adresser à un psychiatre. L'infirmité alléguée consiste en une odeur infecte qu'elle dégage, qui vient surtout des pieds et qui incommodé tout le monde. Mais ce tout le monde, camarades de travail, famille, voisins de métro, ne manifeste son dégoût que par des allusions, des phrases à double sens, des dérobades. Elle a compris cela petit à petit en observant les gens, depuis plusieurs mois : ils ont l'air écœuré, ils détournent la tête, ils se désignent ses pieds du regard, mais ils ne veulent pas en convenir devant elle.

Sa conviction a été complète d'emblée, elle s'est enrichie d'interprétations rétrospectives qui lui ont fait comprendre bien des menus faits anciens confirmant son hypothèse.

Quand on demande à la malade si elle perçoit cette odeur nauséabonde, elle répond d'abord affirmativement, mais, invitée à fournir des précisions, elle reste évasive et se retranche derrière ses interprétations exogènes : « En tout cas, les gens sentent bien cette odeur, eux. »

Donc, intuition délirante avec interprétations, sans hallucinations. La conviction délirante, absolue, résiste à toutes les objections, repousse tous les raisonnements.

Les antécédents et l'examen ne permettent de mettre en évidence ni doute morbide, ni scrupules, ni obsessions, ni anxiété. S'il existe un élément dépressif, il est secondaire et légitime : la malade revendique son droit au bonheur, mais elle sait bien que c'est une utopie, que la mort seule la délivrera. Elle n'accuse ni céphalées, ni insomnies ; elle n'a pas maigri.

En vue d'une psychanalyse, elle est adressée au docteur Parche-

(1) L. ARSIMOLES. — Impulsions obsédantes d'origine hallucinatoire. *Encéphale*, 1909, p. 155-163.

miney ; mais ses réticences, son imperméabilité s'opposent à toute investigation. On tente l'électro-choc : 18 séances sont pratiquées sans aucun résultat. On applique l'épreuve du scopochloralose. Celle-ci objective un délire bruyant avec grande excitation. En pleine confusion, la malade tente de cacher ses pieds, elle supplie qu'on ne les regarde pas.

Elle quitte l'hôpital dans un état identique à celui qu'elle présentait à l'entrée. Elle est revue six mois plus tard. Elle a repris son travail qu'elle exécute correctement. La conviction délirante reste absolue ; la malade s'astreint à des soins méticuleux pour masquer son infirmité. Elle tend à masquer son délire à son entourage.

En résumé, cette observation qui, au premier abord, pourrait évoquer une phobie à transformation délirante, est un délire interprétatif et intuitif primitif.

Lorsque l'obsession évolue vers l'idée délirante, cette transformation peut se produire d'emblée ou après une phase pseudo-hallucinatoire ou hallucinatoire, les hallucinations pouvant être auditives et visuelles.

Il est à souligner que les pseudo-hallucinations, voire des hallucinations, conscientes, peuvent exister longtemps en dehors de tout délire.

Les obsessions hallucinatoires ont été décrites par Séglas, Pierre Janet. Elles font l'objet d'une bonne étude de P. Gimbal (1) qui les qualifie d'hallucinations obsédantes par une impropriété de terme que nous dénonçons plus haut et qui pourrait prêter à confusion. Elles comportent un élément primitif, l'obsession, et un élément secondaire, subséquent, la pseudo-hallucination (hallucinations représentatives de Régis), plus rarement l'hallucination vraie. Celle-ci est consciente ou inconsciente, ne supposant de délire que dans ce dernier cas.

Les obsessions hallucinatoires gardent le caractère des obsessions : irrésistibilité, angoisse, lutte, phénomènes émotifs, conscience plus ou moins diminuée, soulagement consécutif à l'acte qu'elles suggèrent.

Pour saisir le mécanisme de la transformation délirante des obsessions, il faut d'abord rechercher pourquoi cette évolution est exceptionnelle, du moins en apparence. C'est un fait assez étrange à la vérité que cette conservation de la conscience et de

(1) P. GIMBAL. — Hallucinations obsédantes. *Revue de psychiatrie*, 1906, n° 7, p. 327.

la lucidité, sinon lors des intrusions obsessionnelles (nous reviendrons sur ce point qui mérite réserves), du moins dans leur intervalle. C'est un objet d'étonnement de voir ces malades tyrannisés par leurs obsessions, se soumettre à tous les rites, recourir aux procédés de conjuration les plus astreignants, soumettant toute leur existence à leurs troubles, tout en n'accordant à ceux-ci aucun caractère de légitimité, alors même — nous venons de le voir — que ceux-ci s'accompagnent d'objectivation pseudo-hallucinatoire, voire hallucinatoire consciente. Faut-il chercher la cause de cette inaptitude habituelle au délire dans l'obsession elle-même ? Nous ne le pensons pas parce que nous verrons que, lorsqu'elle évolue sur certains états psychopathiques (démence, schizophrénie, mélancolie), l'obsession aboutit beaucoup plus facilement au délire. C'est donc dans la psychologie de l'obsédé qu'il faut rechercher les raisons de son inaptitude habituelle à la construction délirante ; de même que ce sera dans les modifications de ce terrain psychologique qu'il nous faudra découvrir les causes qui président à l'éventuelle transformation délirante des obsessions.

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES INHIBITEURS DE LA CONSTRUCTION DÉLIRANTE CHEZ LES OBSÉDÉS PURS

Nous désignons sous ce terme d'obsédés purs les malades chez qui l'obsession ne survient pas au cours d'un état psychopathique acquis (démences, schizophrénie, psychose maniaque dépressive). Cette définition englobe les obsessions de la psychasthénie sans que nous ayons ici à discuter la proportion des cas où l'obsession relève de psychasthénie.

Lorsqu'on considère la psychologie de ces obsédés purs, on constate qu'elle ne comporte guère ni les éléments élaborateurs d'idées délirantes, ni les conditions qui favorisent, à partir de celles-ci, l'élaboration d'un système délirant.

L'idée délirante suppose pour base première une certitude intellectuelle et une conviction affective.

La conviction, support de tout délire, est bien loin de la mentalité de l'obsédé dont on sait l'aptitude au doute morbide, aux hésitations infinies, aux ruminations interminables, et l'incapacité à la certitude.

Le contenu même d'une idée délirante est peu accessible à l'obsédé. L'idée délirante, en effet, nécessite l'intervention d'éléments étrangers au sujet, qu'il s'agisse d'êtres humains — cas

habituel — ou de forces supra-terrestres, divines ou diaboliques ; que le thème délirant soit, par rapport à ces éléments étrangers, de persécution, de préjudice, d'influence, de revendication ou de grandeur. Un délire est toujours l'affirmation d'une rupture d'équilibre entre le malade et l'extérieur, d'une contestation de l'équilibre des forces qui s'opposent du sujet à l'ambiance et de l'ambiance du sujet ; un délire, en d'autres termes, ne se conçoit que par rapport à l'extérieur (certains délires hypocondriaques constituent une exception à cet égard).

Or, l'obsédé ne pense que par rapport à lui et n'a par là que de médiocres tendances aux conceptions xénopathiques. On saisit bien cette particularité lorsqu'on compare l'obsédé au paranoïaque.

Certes, à un examen superficiel, l'obsédé et le paranoïaque ont un caractère commun : *l'égoïsme*, qui fait de l'un comme de l'autre un tyran pour son entourage ; et il n'est pas rare que le psychasthénique soit un orgueilleux, encore que cet orgueil ne se révèle qu'aux intimes, masqué aux étrangers par l'incertitude et l'indécision du sujet. Là se bornent les analogies parce que l'égoïsme se manifeste de façon bien différente dans les deux cas.

Chez le paranoïaque, l'égoïsme est expansif, sthénique et revendicateur.

Chez l'obsédé, l'égoïsme est autoscopique et inactif. Purement spéculatif chez certains obsédés idéiques, il n'exclut pas, chez les phobiques, une méticuleuse observation de l'ambiance, mais celle-ci n'a lieu que par rapport au moi, perpétuel objet d'analyse, de doute et de perplexité, incapable de revendication, voire d'idées de persécution, et limitant ses conceptions de l'extérieur à un sentiment d'intime accablement et d'incertain péril.

On conçoit que l'obsédé, égoïste centripète, et par là *passif*, soit aussi peu enclin aux conceptions délirantes que l'est intensément le paranoïaque, égoïste *actif* parce que centrifuge.

Si les considérations précédentes rendent compte des médiocres dispositions de l'obsédé à élaborer des idées délirantes durables, les suivantes expliquent que, alors même que ces idées se sont constituées, elles ont peu de tendance à s'organiser en délire.

L'obsédé, paralysé par son sentiment d'incomplétude, est le contraire d'un constructeur. Entreprendre lui est pénible, persévérer le torture, mais, surtout, il ne sait pas achever, « clôturer » : conclure lui est intolérable. Nanti parcimonieusement

d'idées délirantes durables parce qu'il les passe incessamment au crible de son doute morbide, l'obsédé ne sait pas les utiliser en vue d'une construction délirante ; là, comme ailleurs, il n'est pas réalisateur.

Doute pathologique s'opposant à la conviction basale, incapacité à entreprendre, à poursuivre et à conclure : telles sont les raisons qui expliquent avec quelle difficulté, après quelles hésitations, l'obsédé se résout au délire lorsque des psychopathies acquises ne viennent pas abolir ses inhibitions.

Nous illustrerons ces considérations par deux observations :

OBSERVATION II. — V. G., 32 ans, cuisinier, est adressé le 13 août 1944 à l'Infirmerie Spéciale par le médecin de la Prison de la Santé où il est détenu pour vol depuis le 22 juillet 1944. Son attitude anormale et inquiétante a été signalée par ses camarades de cellule.

Il se présente correct, bien orienté et n'affectant aucun trouble mnésique : il n'a rien d'un simulateur.

Depuis de nombreuses années, il présente des obsessions de thème hypocondriaque. Celles-ci se sont développées sur un fond de doute, d'aboulie. Elles ont pris une grande extension depuis cinq ans. Quand on crache ou qu'on tousse devant lui, il a « l'impression que cela lui rentre dans la bouche et lui descend dans le corps ». Quand il voit une plaie ou un malade, il se figure que la plaie ou la maladie « vont tomber sur lui ». Il s'examine plusieurs fois pour vérifier qu'il n'est pas contaminé. Aussi évite-t-il de voir des plaies. Lui rend-on la monnaie, il perçoit un fluide qui, émanant de la personne en cause, gagne son bras droit et lui traverse le tronc.

Au début de la guerre de 1939, il s'est fait opérer d'un varicocèle qui le tracassait. Après l'opération, il s'examinait souvent des pieds à la tête « pour savoir si tout allait bien ». Un léger hématome s'étant produit au niveau de la plaie opératoire, il l'a incisé avec une lame de rasoir « pour que l'hématome, en montant, ne l'étouffe pas ». A la suite de cet incident, il a été réformé.

Cuisinier en Allemagne, il souffre depuis deux ans d'un ulcère d'estomac pour lequel il a consulté de nombreux médecins allemands. Réformé, il est en traitement, dit-il, et il est titulaire d'une pension d'invalidité des Assurances Sociales allemandes. Nous n'avons pas pu vérifier l'authenticité de cet ulcère.

Il a un sentiment d'étrangeté corporelle : « Il y a des moments où je me figure que quelque chose jaillirait de ma verge si je ne le remettais pas en place par la pensée. » Il a même présenté quelques hallucinations verbales : « Tu vas mourir, tu vas jouir. »

C'est surtout le caractère obsessif de telles idées, de telles phrases qui est frappant. Le malade se les répète à plusieurs reprises, il essaie de les refouler, de les interpréter. Il s'interroge sur leur origine, sur leur réalité.

Depuis de nombreuses années, il était la proie de telles obsessions. Entendant un jour dans le hall d'un hôtel une personne qui appelait son chien : « Dito ! Dito ! », il en ressentit un malaise : « Ce Dito me déchirait, je me demandais s'il n'était pas pour moi, si cela ne signifiait pas quelque chose pour moi. »

Fait capital : *le malade critique ses troubles*. S'il est trop certain de son angoisse, il n'accepte guère la possibilité des transmissions de plaie à distance. Il cherche une explication ; il examine la vraisemblance de persécutions, mais rejette cette hypothèse. Cependant, dit-il, « je sais bien que si je ne faisais rien pour lutter contre tout cela, j'en mourrais ».

Aussi recourt-il à des *procédés de conjuration* : « Je me mets par la pensée dans une sorte de sphère où je m'isole par la volonté contre tout ce qui vient du dehors. » Quand on lui rend la monnaie, pour éviter que, par le contact de la main, le fluide ne saute sur lui, il imagine qu'il a, au bout des doigts, une petite boule métallique idéale qui « serait capable de l'écartier ». Lorsqu'on l'interroge sur le caractère sérieux de ces procédés, il reconnaît leur inanité. Il reste au stade d'inquiétude, au sentiment d'étrangeté. Le doute, la critique s'opposent à l'éclosion du délire.

Il comprend si bien le caractère pathologique de ses troubles qu'il désire ardemment se soigner, partir une bonne fois faire une cure en montagne. Ce but, il en a recherché les moyens sans s'arrêter à leur illégalité. En 1939, il a volé des bijoux qu'il a engagés dans plusieurs crédits municipaux pour acheter 120 billets de la loterie nationale. Il prétend qu'il ne voulait pas voler, qu'il comptait restituer les bijoux et se soigner avec l'argent gagné. Il n'a récolté, en fait de gain, que huit mois de prison.

Cette fois il a repris son projet en volant une valise et deux sacs à main pour avoir 50.000 francs nécessaires à sa cure d'altitude.

L'étude des antécédents montre que le malade, célibataire, avait mené jusqu'en 1939 une vie régulière et n'avait subi aucune condamnation.

L'examen physique est négatif.

Le malade est envoyé à Sainte-Anne en vue d'une observation prolongée et d'une expertise médico-légale.

Nous prenons sur le fait ici les hésitations infinies de l'obsédé sollicité par l'intensité de ses troubles à leur fournir une explication délirante. S'il examine les possibilités d'une action extérieure, c'est pour la rejeter. Il reste dans une position de doute anxieux, d'expectative, de perplexité douloureuse ; et, pourtant, il cherche une solution à ses maux, « si cela dure, il en mourra ». Se refusant au délire, malgré les hallucinations, il se cantonne dans l'obsession et ne trouve pas autre chose qu'un délit pour résoudre sa triste situation. Aboutira-t-il finalement au délire ?

Il est impossible de le prévoir, mais un épisode dépressif lui en fournirait probablement l'occasion. Il restera jusque là ou indéfiniment aux lisières du délire.

Voici une autre observation prise, elle aussi, à l'Infirmierie Spéciale :

OBSERVATION III. — Bai... F., 52 ans, chef de service dans un établissement industriel, est envoyé le 31 août 1944 à l'Infirmierie Spéciale par un commissariat de police ; nous verrons dans quelles conditions il s'est livré lui-même à la police.

B. est un célibataire de 52 ans, docteur en droit, diplômé des Sciences Politiques et Morales. Depuis 1918, il travaille dans un établissement dont il est chef de service. C'est un homme bien orienté, lucide ; il cherche un peu ses mots et l'on est frappé d'emblée par sa recherche extrême de la précision.

C'est incontestablement un psychasthénique. Il se dépeint comme toujours hésitant, craignant les initiatives. Après de bonnes études secondaires... « non, docteur, je n'étais pas brillant, mais seulement fort en thème », il est fait prisonnier en 1915. Il supporte assez bien la captivité, « mieux que la vie de soldat ». Il ne se marie pas, craignant de ne pas rendre une femme heureuse. Il eut cependant des rapports sexuels, mais il s'en repentira souvent par la suite. Il se croira, en effet, damné de ce fait et aussi parce qu'il a toujours eu l'impression d'avoir fait une première communion sacrilège. Il a toujours été sujet à diverses phobies : phobie de l'orage, phobie de s'étrangler en avalant de travers, cette dernière appréhension s'étant exagérée depuis qu'on lui a raconté, vers 1920, l'histoire d'une jeune fille victime de cet accident. Assailli continuellement par des doutes et des obsessions, il essayait de lutter par des conjurations et des vœux.

Il souffre d'insomnies depuis de nombreuses années. Il a fait une cure à Nérès en 1920, une autre à Divonne en 1926.

En 1943, un vol de 320.000 francs a été commis dans son bureau ; il était une des quatre personnes qui connaissaient la combinaison du coffre. Or il reçut à cette époque 60.000 francs de son père et, de ce fait, il ressentit une violente inquiétude : n'allait-on pas l'interroger sur la provenance de ces 60.000 francs ? n'allait-on pas surtout interroger son vieux père ? Cette perspective l'angoissait.

Ces doutes et ces obsessions ont cristallisé ces jours derniers autour d'un *thème d'actualité*. Il s'est mis à prêter à autrui des interprétations sur sa prétendue collaboration avec les Allemands. Il avait, dans le tiroir de son bureau, une lettre confidentielle d'un service de l'armement et un ausweis ; n'allait-on pas établir un lien entre les deux choses ? Son affaire se compliquait, croyait-il, du fait qu'il avait aussi une carte de visite d'un consul hollandais et l'adresse d'un sien cousin qui portait le même nom que lui et habitait

Vienne (Isère) : ne confondrait-on pas avec Vienne (Autriche) et n'en concluerait-on pas à sa collaboration avec l'Allemagne ? Il possédait aussi une étiquette destinée à l'envoi d'un colis destiné à son beau-frère, prisonnier en Allemagne : il songeait à la détruire, mais n'osa le faire. Rentré chez lui, il se repentit de n'avoir pas mis son projet à exécution ; il envisagea de retourner à son bureau pour détruire ou retirer la dite étiquette ; mais, son bureau se trouvant Avenue Marceau, il craignit qu'on ne l'accusât de se rendre à la Kommandantur de l'Hôtel Majestic.

A ces doutes et à ces obsessions s'ajoutèrent des *convictions délirantes fermes*. Un jour, il est convaincu qu'on a fouillé dans son bureau parce qu'il y retrouve un petit papier roulé qui ne lui appartenait pas. On a volé des bougies chez lui pour l'empêcher de s'éclairer.

Progressivement, il établit toutes sortes d'*interprétations à tendance centripète*. Il se croit « l'objet d'attraction du monde entier ». Depuis samedi, il se croyait surveillé par la police pour « l'affaire du tiroir ». Il croyait voir dans la rue des inspecteurs à ses trousses. C'était pour lui que les restaurants étaient fermés ; « en son honneur » aussi le couvre-feu à 14 heures le dimanche. A ce moment, la conviction est absolue ; mais il rectifie rapidement chaque idée délirante pour en adopter une autre après une phase de doute.

Lorsqu'il évoque une idée délirante passée, c'est pour en nier la légitimité : « Je me figurais... ; je multipliais tout par cent ; je faisais un roman sur tout. » Une croyance prend la place d'une autre ; un souci chasse l'autre.

L'anxiété est extrême et monte sans cesse ; le malade ne s'alimente pas, ne dort pas. Hier, l'idée lui vient subitement de se jeter dans la Seine ; impulsion irraisonnée, dit-il, et que ses convictions religieuses l'eussent empêché de mettre à exécution. En se dirigeant vers les quais, il rencontre un car de police. « Alors, dit-il, je me suis rendu. » Il se livre comme étant l'individu recherché et poursuivi pour « l'affaire du tiroir ». Il est conduit au commissariat de police, puis à l'Infirmierie Spéciale. En arrivant le soir dans sa cellule de l'Infirmierie, il est convaincu qu'on allait le fusiller. Sous la lampe de sa cellule, il est certain d'avoir vu une image pieuse destinée à le faire méditer sur sa fin prochaine. La nuit, il entend trois coups de canon qui signifient : « Tu es un Judas. » L'odeur infecte de sa cellule lui annonçait aussi sa mort prochaine. Les mêmes illusions, les mêmes interprétations se sont reproduites ce matin : sous la lampe, il croyait voir une image de la Vierge d'où partaient des fils lumineux qui allaient à lui pour lui signifier sa dernière heure.

Lors de notre examen, le malade a corrigé toutes ces erreurs ; il reste très anxieux. Il est bien orienté ; il n'est aucunement confus.

Il est pâle, amaigri ; sa tension artérielle est de 11/7 au Vaquez-Laubry ; l'examen neurologique est négatif.

Le malade est adressé à l'hôpital Henri-Rousselle où son état ne

tarde pas à s'améliorer et dont il sort guéri quelques semaines plus tard

Voici donc un obsédé constitutionnel chez qui l'on assiste, au cours d'un accès mélancolique, à l'écllosion d'une série d'obsessions qui aboutissent chacune à une idée délirante dont la correction presque immédiate s'oppose à la construction d'un délire systématisé.

Alors que, dans l'observation II, le malade se dérobaît, après hésitations, devant les idées délirantes, dans l'observation III, chaque obsession aboutit à une idée délirante comme la fusée s'épanouit en une gerbe lumineuse ; mais celle-ci s'éteint presque immédiatement. Une autre obsession s'élève, explose en idée délirante qui disparaît à son tour. Aucune tendance à la systématisation, tout se borne à des idées délirantes fugaces. Encore, si ce malade, contrairement au précédent, aboutit à l'idée délirante, même brève, même immédiatement rectifiée, nous l'attribuons à l'intervention d'un état de dépression mélancolique. Nous reviendrons sur ce point capital.

FACTEURS GÉNÉRATEURS D'ÉVOLUTION DÉLIRANTE DES OBSESSIONS

Nous avons envisagé les causes qui, chez l'obsédé, paralysent l'évolution délirante des obsessions : doute morbide, incapacité à construire, à conclure, inaptitude à la conviction qui soutient toute construction délirante. Telles étant les raisons de la règle, nous essaierons maintenant d'éclairer celles des exceptions. Nous les rechercherons logiquement dans les facteurs qui neutralisent les dispositions inhibitrices du délire. Ces facteurs sont *constitutionnels* ou *acquis*.

A) Les facteurs constitutionnels sont la débilité intellectuelle et les dispositions paranoïaques

Si les obsessions semblent assez peu fréquentes chez les débilés, cette rareté n'est peut-être qu'apparente, l'analyse étant difficile chez pareils sujets. Il existe incontestablement des obsédés oligophrènes : moins enclins au doute, aux ruminations plus suggestibles que les obsédés habituels, ils recourent plus facilement qu'eux aux explications délirantes.

L'opposition que nous avons esquissée entre la psychologie des obsédés et celle des paranoïaques n'exclut pas des associations. On conçoit que l'obsédé paranoïaque porte en germe la transformation délirante de ses obsessions.

B) Les facteurs acquis sont de deux ordres. Les premiers interviennent par la diminution de l'activité intellectuelle qui atténue le doute : ce sont les démences et la schizophrénie. Les seconds agissent par un mécanisme voisin, mais de façon périodique : ce sont les manifestations surtout dépressives de la psychose maniaque dépressive.

a) *Démences et schizophrénie.* — Les démences (démence sénile, paralysie générale) s'accompagnent parfois d'obsessions acquises. Celles-ci, ne faisant pas partie du tableau clinique habituel de ces affections, semblent résulter de la libération, par l'affaiblissement intellectuel, d'aptitudes obsessionnelles latentes. Elles ont une tendance marquée à l'évolution délirante.

Des travaux récents ont souligné les formes de passage qui unissent la psychasthénie et la schizophrénie et la transformation éventuelle de la première en la seconde de ces maladies.

Dans un important travail, MM. H. Claude et R. Micoud (1) établissent la hiérarchie descendante qui va de la pensée normale (où peuvent exister des obsessions passagères) à la schizophrénie, en passant par les petits obsédés anxieux et adaptés ; les obsédés anxieux, adaptés, à paroxysmes occasionnels ; les grands obsédés purs, peu anxieux ; les grands obsédés psychasthéniques type Janet, assez peu anxieux ; les psychasthéniques vrais ou schizoïdes plus stéréotypés, moins obsédés et moins anxieux ; enfin, les schizomanes. Les auteurs opposent le psychasthénique qui a perdu la fonction du réel et le schizophrène chez qui la notion même du réel a disparu. Ils établissent la possibilité d'une évolution descendante qui, de la psychasthénie, peut atteindre à la schizophrénie ou se stabiliser à un stade intercalaire.

MM. P. Delmas-Marsalet, Lafon et Faure (2) insistent surtout sur les formes pseudo-schizophréniques de la psychasthénie. Celle-ci, en dehors de toute évolution schizophrénique, peut simuler la schizophrénie par la désadaptation apparente du sujet, la transformation de l'obsession en hallucination psychique et par l'apparition d'un délire d'action extérieure issu du sentiment de dépersonnalisation, à la faveur de dispositions paranoïaques associées. Ils posent la question d'un passage possible de telles formes à la schizophrénie vraie, passage qui ne leur paraît pas démontré.

(1) H. CLAUDE et R. MICOUD. — Psychasthénie et schizophrénie. *Encéphale*, 1939, p. 469.

(2) P. DELMAS-MARSALET, LAFON et FAURE. — Sur les formes pseudo-schizophréniques de la psychasthénie. *Encéphale*, 1942, p. 1.

b) *Psychose maniaque dépressive*. — L'existence d'obsessions dans la psychose maniaque dépressive a été signalée par Kræpelin, Gilbert Ballet, Soukhanoff. Dupré a décrit des accès obsessionnels régressifs et récidivants qu'il assimile à des accès légers de dépression périodique à prédominance de syndromes obsédants. Pierre Janet a souligné que la dépression mélancolique est souvent précédée d'une phase obsessionnelle.

G. Deny et René Charpentier (1), dans un important travail, mettent en évidence les associations des obsessions et des accès maniaco-dépressifs. Ils apportent quatre observations : dans les trois premières, on voit des obsessions apparaître au cours d'une dépression mélancolique ou s'exagérer pendant sa durée ; la quatrième est plus intéressante encore pour le sujet que nous traitons parce que, durant les accès mélancoliques, les obsessions se transforment en pseudo-hallucinations génératrices d'idées délirantes de possession diabolique pour reprendre leur caractère antérieur à la fin de l'accès.

Les auteurs pensent que les obsessions et la psychose maniaque dépressive relèvent d'un processus univoque. Ils invoquent en faveur de leur thèse des arguments étiologiques et cliniques. Étiologiques : ils font état du terrain commun de déséquilibre émotif constitutionnel, de l'hérédité souvent similaire, de l'identité des causes occasionnelles. Arguments cliniques : ils soulignent l'évolution analogue dans les deux cas, plutôt rémittente qu'intermittente, et n'aboutissant pas à la démence ; ils rappellent les « instants gais » signalés par Pierre Janet dans la psychasthénie et qu'ils interprètent comme des phases hypomaniaques, les fureurs des obsédés décrites par le même auteur et qu'ils assimilent à des manifestations maniaques ; et ils rappellent que pour Pierre Janet les phobiques peuvent évoluer vers la mélancolie, alors que les obsédés idéiques sont plutôt passibles d'aboutissement à un délire systématisé de persécution.

Ils concluent qu'entre les obsessions psychasthéniques type Janet et la psychose maniaque-dépressive, les différences ne sont pas de nature, mais de degré, et mettent en doute « les bases un peu fragiles » sur lesquelles s'est édifiée la théorie de la psychasthénie. Ils font dépendre la plupart des obsessions de la psychose maniaque-dépressive, rappelant que Gilbert Ballet avait

(1) G. DENY et René CHARPENTIER. — Obsessions et psychose maniaque-dépressive. *Encéphale*, 1909, p. 365, 498-512. On trouvera dans cet article d'importantes références bibliographiques.

déjà fait entrer dans le cadre des intermittents certains obsédés sitiomanes et dipsomanes.

H. Claude et R. Micoud (1) n'admettent pas que les obsessions relèvent de la psychose à double forme, celle-ci, au même titre que d'autres psychopathies (paralysie générale, démence sénile, etc...), n'agissant qu'en exagérant les obsessions, les laissant plus conscientes après l'accès mélancolique qu'elles étaient auparavant ; par ailleurs, ils soulignent que c'est au cours de celui-ci qu'on peut voir, parfois, les obsessions évoluer vers une psychose obsessionnelle délirante qui aboutira à la schizophrénie.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail d'envisager les frontières, de déterminer les relations nosographiques des obsessions et de la psychose à double forme. Nous rechercherons seulement les caractères que présentent les obsessions au cours des états maniaques et mélancoliques, qu'elles soient contemporaines de ces états ou modifiées par eux ; et nous essaierons de préciser les modalités du passage de l'obsession au délire au cours des accès, ainsi que les mécanismes que l'on peut concevoir à la base de cette évolution.

Les obsessions impulsives dans l'excitation maniaque

L'excitation maniaque imprime aux obsessions-impulsions un cachet particulier. Celui-ci ressortit à deux facteurs : *la déficience de l'auto-conduction dans son rôle freinateur et l'euphymie*.

La première, individualisée par Toulouse et Mignard, agit en libérant les impulsions, en supprimant l'élément de lutte et par là en conduisant à l'exécution.

La seconde apporte une note euphorique à cette exécution. Dès 1888, Schule (2) décrivait chez les obsédés des états d'excitation, accompagnés d'un sentiment de bien-être, au cours desquels ils s'abandonnent avec satisfaction à leurs actes impulsifs comme à une tâche méritoire. Il s'agit évidemment de phases hypomaniaques qui illustrent les remarques précédentes, en objectivant les deux caractères de l'obsession impulsive au cours de la manie : *passage à l'acte sans lutte préalable, exécution joyeuse des impulsions*.

Quant aux obsessions pures, elles se transforment éventuelle-

(1) H. CLAUDE et R. MICOUD. — *Loco citato*.

(2) SCHULE. — *Traité clinique des maladies mentales*, 1887, p. 419.

ment en idées délirantes au cours de l'accès, mais celles-ci gardent le caractère épisodique et fugace des idées délirantes chez les maniaques, et la conviction ne dépasse pas celle de l'habituel délire de jeu.

L'observation que nous allons rapporter concerne un incident pittoresque de la libération de Paris ; elle fournit un exemple des faits que nous venons d'exposer : réalisation des impulsions sans résistance dans une joyeuse exubérance, délire des actes.

OBSERVATION IV. — Humb. A., 43 ans, employé des P.T.T., est un obsédé ancien. Depuis de nombreuses années, il présente des obsessions idéatives de thème abstrait : Dieu, la fraternité humaine. Ces troubles, dont il ne s'était jamais ouvert à personne, n'ont jamais apporté de gêne sérieuse à sa vie ; il a toujours travaillé régulièrement.

Vers le début de juillet 1944, il se sent « énervé », ressentant un perpétuel besoin de marcher, de siffler, de chanter ; son sommeil est mauvais. Ses obsessions se concrétisent sur le thème du rapprochement franco-allemand dont le Maréchal Pétain lui paraît le champion calomnié.

L'idée obsédante le poursuit qu'il doit défendre la réputation de celui-ci et travailler à la compréhension mutuelle des deux peuples. Cette idée va lui inspirer toutes sortes de démarches. Il entre dans une église et s'ouvre de ses intentions à un prêtre qui ne le décourage pas. Intuitions et interprétations enrichissent la conviction de sa mission. La croix gammée n'est que l'entrecroisement, le mariage de la croix française et de la croix allemande. Sur une pièce de monnaie, il lit le mot « Pacis » : preuve que le maréchal se sacrifie à la paix. Il rencontre deux soldats allemands : à un signe, il comprend leur adhésion à la cause du rapprochement ; il les aborde et fait un geste symbolique : il échange sa montre, très belle, dit-il, contre la montre misérable d'un des Allemands.

Il se présente à l'Hôtel Meurice, fait le salut hitlérien à la sentinelle ; conduit devant un officier allemand, il lui expose son programme : amour, fraternité, paix se symboliseraient dans la fleur de lys ; le 14 juillet approche, belle occasion de proclamer la collaboration en mêlant, sur les monuments, les drapeaux français et allemands. L'officier l'écoute et l'envoie au service de propagande où on l'éconduit doucement. Le malade nous rapporte son odyssée en riant : « Je faisais tout cela en fantaisie. »

L'excitation se poursuit avec des rémissions relatives, mais l'obsession persiste : le rapprochement franco-allemand, la défense du chef de l'Etat contre la calomnie, la nécessité de faire des gestes symboliques dans ce double but, de s'exposer, de souffrir pour sa cause.

Voici les journées de l'insurrection. Le malade s'affuble de la francisque, d'un insigne de camp de jeunesse, d'un poignard et d'un

chapelet. Il va de barricade en barricade, préconisant l'entente avec les Allemands, vantant le maréchal. L'inévitable arrive : scandale, le malade, accusé de collaboration, d'espionnage, est saisi, roué de coups ; on parle de l'exécuter sommairement. « Alors, dit-il, j'ai simulé la folie. » Il est conduit au poste de police où, de nouveau, « il fait le fou ». On le relâche.

Nous l'avons examiné deux semaines plus tard, agité, en proie à une logorrhée intense avec fuite des idées, euphorie entrecoupée de colères. Nous l'adressons à notre consultation de la Salpêtrière.

Il refuse l'hospitalisation. Nous le revoyons périodiquement ; l'accès est en décroissance fin novembre. Le malade raconte avec bonne humeur ses aventures. Il fallait, dit-il, qu'il manifestât à ses risques et périls, et il n'a pas résisté à son obsession.

En résumé, les obsessions anciennes, idéatives, abstraites se sont modifiées au cours d'un accès d'excitation maniaque : elles sont devenues concrètes, vécues, se rapportant aux événements actuels, accompagnées d'impulsions, celles-ci aboutissant à l'exécution sans lutte, à la réalisation joyeuse des actes.

Un autre exemple d'obsessions-impulsions maniaques est fourni par la dipsomanie et la sitiophobie. Si Gilbert Ballet en a rattaché la plupart des cas à des accès maniaques, l'observation que nous allons rapporter montre avec évidence la légitimité de sa conception, les phases dipsomaniaques survenant avec un accompagnement d'excitation maniaque intense et ne laissant entre elles aucune obsession.

OBSERVATION V. — Haz. A., 40 ans, garçon d'ascenseur, est un cyclothymique : depuis l'âge de quinze ans, il traverse des phases d'excitation et de dépression qui durent environ un mois. A partir de l'âge de 33 ans, les accès d'excitation se sont modifiés par la prépondérance d'excès éthyliques périodiques. L'un d'entre nous examine le malade pour la première fois en 1937 à l'occasion d'un état hypomaniaque. Il est agité, logorrhéique, euphorique. Il s'est enivré les trois jours précédents ; au cours de l'ivresse, il a frappé sa femme. Il ne présente pas de signes d'imprégnation alcoolique chronique. C'est un sujet intelligent qui reconnaît ses excès : il allègue, pour les expliquer, des impulsions auxquelles il ne semble pas opposer la moindre résistance. Entre les accès, il fait exceptionnellement des abus éthyliques et son travail semble satisfaisant.

Cet état s'atténue en une quinzaine de jours. En 1938, nous sommes appelé auprès du malade. Depuis une semaine, il ne dort pas, s'agite, chante, devient irascible. Après deux jours d'excitation, il s'est livré à des libations subintrantes. Il est en état d'ivresse. Nous l'envoyons à l'hôpital Henri-Rousselle où il reste près d'un mois. Son état est

satisfaisant à sa sortie de l'hôpital. Il ne présente toujours aucun signe d'alcoolisme chronique. Aucun incident jusqu'en 1941. Le 12 juin 1941, nous sommes appelés parce que, depuis huit jours, l'agitation est réapparue, s'accompagnant de vagabondage, d'ivrognerie, de violences à l'égard de sa femme, de vols dans la société qui emploie le malade. Nous trouvons celui-ci dans le coma alcoolique. L'un d'entre nous rédige le même jour un certificat d'internement : « Troubles graves du caractère et du comportement évoluant par accès contemporains de phases dipsomaniaques ; ivrognerie, vagabondage, violences, coups à sa femme. Ces troubles avaient nécessité un traitement à l'hôpital Henri-Rousselle en 1938. Les accès dipsomaniaques se rapprochent, s'accompagnent de violences, d'irritabilité, de vols (ceux-ci ayant entraîné son renvoi de la place qu'il occupait depuis 1931), d'idées de suicide, d'intentions d'expatriement à des fins d'engagement mal défini. »

Le malade est traité jusqu'au 25 octobre 1941 à Ville-Evrard, d'où il sort guéri. Un an après, nous le revoyons : il n'a présenté aucun trouble depuis sa sortie.

Cette observation fournit un exemple de dipsomanie relevant incontestablement d'accès maniaques. Les excès apparaissent après l'excitation. Ils ne subsistent pas entre les accès. Ceux-ci s'accompagnent d'impulsions auxquelles le malade cède sans lutte.

Les obsessions-impulsions dans la dépression mélancolique

L'accord règne entre les auteurs quant à l'existence d'obsessions dépressives. Leur interprétation nosographique est diversement interprétée, certains attribuant à la mélancolie un rôle exclusif (G. Demy et René Charpentier), d'autres réduisant son action à l'amplification ou à la révélation d'obsessions atténuées ou latentes (H. Claude et R. Micoud). Comme nous l'avons fait pour les obsessions de la manie aiguë, nous nous bornerons à décrire les caractères des obsessions dépressives, à rechercher leur mécanisme et les raisons et modalités de leur éventuelle évolution hallucinatoire ou délirante.

Un premier fait doit être souligné : comme dans la manie, les impulsions tendent, dans la mélancolie, à la réalisation sans lutte. La cause en est différente : elle nous semble résider dans l'*inertie intellectuelle* des mélancoliques, inertie qui s'oppose à la lutte.

Voici une première observation d'impulsions dépressives suivies de réalisation :

OBSERVATION VI. — Mme Cass., 47 ans, a présenté trois accès de dépression mélancolique à 22, 29 et 38 ans. Ces accès ont été marqués par de l'asthénie physique et intellectuelle, de la tristesse, de l'anxiété. Au cours de ces accès, elle a exprimé des idées de persécution et, dit-elle, une propension à « faire mal », suivie souvent de réalisation. Son père est mort de tumeur cérébrale, son frère a été interné à l'âge de 37 ans et a succombé un an après. Son mari est en bonne santé, ainsi que son fils de vingt ans.

Dans l'intervalle des accès, la malade ne présente aucun signe pathologique ; on note seulement une tendance à la tristesse, au pessimisme, sans stigmates de psychasthénie.

Elle est adressée à l'un d'entre nous, le 21 mai 1943, par le Dr Lacroix, pour les faits suivants : par trois fois, elle s'est récemment introduite dans la cave d'un voisin avec lequel son mari est en conflit, elle a dérobé deux bouteilles de vin qu'elle a transvasées dans des bouteilles qu'elle a emportées ; la troisième fois, elle a été surprise par le voisin qui l'a rouée de coups et a porté plainte. Les délits semblent pathologiques en raison d'un passé irréprochable et des circonstances que nous exposerons.

La malade se présente en compagnie de son mari. Elle est déprimée, anxieuse, elle répond aux questions qu'on lui pose avec lenteur mais pertinence ; elle est bien orientée. On ne relève pas d'hallucinations.

Depuis trois mois, elle est triste, fatiguée et elle se plaint de céphalée, elle dort et s'alimente mal. Elle s'accuse d'être responsable du départ de son fils qui s'est engagé dans la dissidence, qui est en Angleterre et dont elle n'a pas de nouvelles depuis huit mois ; elle a des idées de suicide.

Les circonstances des délits valent d'être précisées. Le mari de la malade, riche entrepreneur, est en conflit d'affaires avec un voisin qui refuse de lui régler une note. Le mobile du vol n'apparaît pas : la malade et son mari ne boivent que rarement du vin, ils en possèdent du reste une réserve suffisante. Pourtant, depuis quinze jours, est apparue une obsession pénible, celle de dérober du vin dans la cave du voisin. A quelle fin ? La malade ne peut le définir. L'obsession a conduit à la réalisation, précédée d'anxiété, mais consentie presque sans lutte. Durant le vol, la conscience était un peu obnubilée : « J'agissais comme une automate. » Cependant, elle ne cherche pas à tirer argument de ce dernier fait pour atténuer sa responsabilité : « Je suis coupable, j'avais bien réfléchi avant aux ennuis que j'attirerais à mon mari si j'étais prise. » Après le vol, l'anxiété a disparu, mais ce soulagement a été bref, bientôt remplacé par le remords.

Quelques jours après, l'anxiété s'est ranimée et la même obsession-impulsion s'est manifestée. La malade, qui avait dissimulé son délit à son mari, suppliait celui-ci de ne pas la laisser seule : elle espérait ainsi éviter une récurrence. Mais elle n'y a pas échappé, le deuxième vol reproduisant exactement le premier : anxiété paroxystique, pas-

sage à l'exécution après une lutte encore plus courte que la première fois, transvasement de deux bouteilles, disparition de l'anxiété, remords.

Deux jours après, deuxième récurrence. Les conditions sont identiques, mais la malade est surprise par le voisin alors qu'elle s'emparaît de la deuxième bouteille. Saisie par un bras, insultée, elle se débat pour emporter la bouteille, tant est grande son aspiration au soulagement qui suit l'exécution du vol. Elle est violemment frappée et regagne son appartement. Depuis lors, l'anxiété persiste ; l'impulsion du vol est toujours intense.

L'examen neurologique est négatif ; la tension artérielle est de 13/8 au Vaquez-Lauby. Les règles sont normales. Nous conseillons un examen du fond d'œil et une ponction lombaire dont les résultats sont négatifs.

La malade entre en maison de santé. Un traitement par l'électrochoc est institué : au bout de quelques séances, l'anxiété et l'impulsion disparaissent.

Après expertise psychiatrique, un non-lieu est prononcé.

La malade sort guérie. Depuis lors et dix-huit mois après, elle ne présente aucun trouble.

En résumé, cette malade de 47 ans, qui a présenté trois accès mélancoliques avec impulsions réalisées, fait un quatrième accès typique, au cours duquel apparaît une obsession-impulsion. Obsession de contraste, l'impulsion étant absurde et en contradiction avec les intérêts les plus évidents de la malade ; obsession réalisée sans résistance trois fois par un procédé identique, précédée et accompagnée d'anxiété, suivie de soulagement, puis de remords, exécutée dans un certain degré d'obnubilation de la conscience. Tels sont l'intensité de l'impulsion, le désir du soulagement qui suit l'acte que le vol n'est pas interrompu par l'intervention de la victime. L'électro-choc fait rapidement disparaître l'obsession, l'anxiété et la dépression causale.

L'observation suivante montre, chez une déprimée périodique, des obsessions-impulsions aboutissant, comme dans le cas précédent, à l'exécution sans lutte. Elle permet en outre d'assister à la transformation des obsessions en pseudo-hallucinations accompagnées de délire.

OBSERVATION VII. — Mme L., 47 ans, est examinée la première fois par l'un de nous, le 17 février 1944, à une consultation du service de prophylaxie mentale de l'O.P.H.S. ; elle entre le lendemain dans notre service de la Salpêtrière.

Elle est tourmentée par une voix qui la pousse à faire le mal. La malade obéit presque sans lutte à cette voix et, quand le mal est

accompli, elle est anxieuse et malheureuse. La voix est dans la tête, dans la bouche et dans la conscience. « C'est une voix douce que je ne peux pas définir, une voix sans éclat, ce n'est pas une voix ordinaire. » La voix ne répète pas ce que dit ou ce que fait la malade. Il n'y a pas de prise de la pensée. Parfois la voix répond aux questions que se pose mentalement la malade.

La voix donne des ordres. Lorsque la malade épluche des légumes destinés à son repas et à celui de son mari, la voix lui ordonne de manger les légumes, ce qu'elle fait : après quoi, elle est désolée d'avoir frustré son mari de sa part. Parfois ce sont des ordres plus graves : c'est ainsi qu'il y a deux mois la malade entendit pendant toute une journée au fond d'elle-même : « Tu vas te suicider, te jeter dans le canal. » Elle hésita longtemps, anxieuse à cause de sa fille, mais tout à fait indifférente pour elle-même. Finalement elle sortit de chez elle, se rendit sur le bord du canal, prit bien soin de s'assurer qu'il n'y avait personne dans le voisinage, s'assit sur le bord du canal et se laissa doucement glisser dans l'eau. La profondeur n'étant pas suffisante près de la berge, elle n'hésita pas, toujours très calmement, à se rapprocher du milieu du canal. Elle avait de l'eau jusqu'au menton lorsque deux passants s'avisèrent de la tirer de là. Aucun théâtralisme, aucune attitude pithiatique ne peuvent être incriminés dans cette action. Ramenée sur la berge, comme la voix avait cessé de se faire entendre, elle rentra chez elle, heureuse, dit-elle, « d'avoir conservé une mère à sa fille ».

D'où provient cette voix ? La malade est hésitante. Elle ne croit pas qu'il s'agit d'un trouble pathologique. Elle estime « raisonnablement » que c'est le diable qui lui parle, d'autant que la voix lui interdit d'aller à la messe et d'accomplir ses devoirs religieux. « C'est épouvantable, je suis possédée, je suis mauvaise. » La malade est atterrée de ne pas réagir, de ne pas même essayer de réagir. La voix, dit-elle, lui impose toujours l'action contraire de ce qu'elle désirerait. Elle ne réalise le mal que lorsqu'il est fait.

Est-on en présence d'hallucinations obsédantes ? Non, l'histoire de la maladie démontre qu'il s'agit d'obsessions hallucinatoires : l'obsession a préexisté à l'hallucination. Une phase obsessionnelle simple a, en effet, précédé de quelques semaines les phénomènes psycho-sensoriels.

Au reste, les antécédents lointains révèlent *un long passé obsessionnel*, mais *d'obsessions périodiques*. Dès son enfance, elle avait, par phases, tendance à faire le mal : impulsions conscientes, parfois contenues, aboutissant souvent à la réalisation. Durant ces périodes, elle ne quittait l'obsession anxieuse du mal à ne pas faire que pour le remords anxieux du mal accompli.

Ces obsessions présentent, à l'analyse, des caractères bien particuliers. Bien qu'elles soient toujours de contraste, elles ne sont pas ressenties nettement par la malade comme idées pathologiques, parasites, absurdes ; elle lui apparaissent cohérentes, partie de sa person-

nalité qui lui semble, en conséquence, entachée de malignité. Par là, elles tendent vers l'idée délirante. Autre caractère : l'obsession est pauvre, sans enrichissement, avec peu de discussions, sans digressions : on n'y retrouve ni les « qui », ni les « que », ni les « car », elles ne conditionnent pas les rites conjuratoires que l'on observe chez les obsédés constitutionnels. Par là aussi, les obsessions indiquent un certain degré de conviction qui les rapproche singulièrement des idées délirantes : elles s'en distinguent par la rectification rapide de l'erreur.

Il reste à préciser l'association d'anxiété et l'état de la conscience durant les obsessions. L'anxiété existe le plus souvent avant que l'obsession apparaisse ; il est difficile de préciser si elle persiste pendant la durée de celle-ci à cause de l'obnubilation de la conscience ; elle se manifeste encore après les obsessions-impulsions si elles n'ont pas été suivies d'exécution et jusqu'à la réalisation d'une impulsion ultérieure ; l'exécution met fin à l'anxiété qui laisse place au remords d'avoir cédé à la tentation du mal.

Quant à l'état de la conscience, la malade est formelle : une obnubilation progressive de la conscience précède et accompagne l'obsession. Ce n'est que lorsque celle-ci est terminée qu'elle réalise ce qui s'est passé.

Entre les périodes obsessionnelles, les seules anomalies mentales consistent en deux ordres de faits : d'une part, des *dispositions cyclothymiques* marquées par l'alternance de phases d'euphorie avec expansivité et hyperactivité et de phases dépressives avec insomnie, asthénie, tristesse et tendance à l'auto-accusation ; d'autre part, des *signes d'hyperémotivité* accrus par un complexe d'infériorité que conditionne sa situation sociale irrégulière (elle vit en concubinage malgré ses convictions religieuses), mais sans stigmates de psychasthénie.

Tels étant les antécédents et les constatations cliniques, nous décidâmes d'instituer un traitement par l'électro-choc. Celui-ci, en outre de son action thérapeutique, devait aider au diagnostic étiologique de l'état obsessionnel à la manière d'un analyseur. Agissant sur l'élément dépressif, il devait rester sans action si, contre notre opinion, les obsessions relevaient de psychasthénie. Il devait obtenir des résultats incomplets si une dépression périodique compliquait une psychasthénie constitutionnelle. Il devait agir radicalement si, ainsi que nous le croyions, les obsessions ressortissaient à une dépression mélancolique. Les résultats dépassèrent nos espoirs. Après trois chocs, les hallucinations psychiques disparurent : après le sixième, les obsessions-impulsions firent de même. Au dixième et dernier choc, la malade était complètement guérie, calme, détendue, heureuse de vivre.

Cette guérison se maintient depuis plus de huit mois ; la malade a repris toute son activité. Il y a deux mois cependant, elle a présenté une période d'insomnie avec légère anxiété, sans obsessions. Elle vint

elle-même demander l'application de quelques électro-chocs. Elle en reçut deux et tout rentra dans l'ordre.

En résumé, chez une cyclothymique, sans psychasthénie, les périodes dépressives se sont manifestées à plusieurs reprises par des phases d'obsessions par contraste, à type d'impulsions que caractérisent une intégration brève à la personnalité, la réalisation sans lutte, bientôt suivies de rectification. Au cours d'un état mélancolique plus intense, les obsessions se sont transformées en pseudo-hallucinations avec ébauche délirante de possession diabolique ; ces troubles ont rétrocedé rapidement par l'électro-choc.

L'observation suivante concerne un déprimé constitutionnel chez qui, à l'occasion d'un accès mélancolique, apparaissent des obsessions qui aboutissent rapidement à des idées délirantes. Il faut souligner *le thème concret des thèmes obsessifs* qui se rapportent à un problème social, d'actualité : celui des restrictions alimentaires et, plus précisément, aux cartes d'alimentation.

OBSERVATION VIII. — Ma. A., 53 ans, employé d'assurance, est un déprimé habituel, craintif, pessimiste. C'est un scrupuleux, mais pas dans le sens psychasthénique du terme, car il ne doute pas de sa non-valeur, de son incapacité, de son inutilité. Le fonds mental est donc dépressif, avec, peut-être, un complexe d'infériorité surajouté.

Il est adressé à la consultation de la Salpêtrière parce que, depuis deux ans, il est obsédé par la question des cartes d'alimentation. Etre en règle, ne pas déroger aux règlements, même dans la mesure la plus minime, voire la plus innocente : telle est sa constante préoccupation. De cette obsession au délire, nous le voyons évoluer en quelques mois. C'est d'abord une phase d'inquiétude marquée par la crainte d'être pris en faute ; il se sent épié, surveillé. Il a l'intuition d'une présence hostile autour de lui ; il interprète dans ce sens les propos, les attitudes de l'ambiance. C'est ensuite une phase délirante à thème d'auto-accusation : il est gourmand, paresseux, peu respectueux de sa religion ; il lui est arrivé de contrevenir aux règlements concernant les restrictions. Finalement, il se rend à un commissariat de police pour solliciter son arrestation ; il est éconduit.

Hospitalisé à la Salpêtrière, le malade reçoit douze électro-chocs : ses idées délirantes ne sont guère influencées, mais il retrouve un certain calme.

Il sort de l'hôpital et reprend quelque temps son travail. Mais l'état s'aggrave de nouveau. Le malade, toujours obsédé, pèse ses aliments, pour ne pas dépasser sa juste ration ; toujours délirant, il tend à la systématisation, s'orientant tantôt vers un thème persécutif, tantôt vers un thème de possession diabolique. L'internement est envisagé.

En outre du caractère concret, vécu des obsessions, un fait doit être souligné. Chez ce malade qui n'est pas un psychasthénique, qui n'a pas d'hypertrophie du doute, dont les obsessions sont indiscutablement dépressives, l'obsession aboutit aisément à l'idée délirante parce que la critique est inhibée, la conviction libérée. Mais la systématisation est lente, incertaine : sans doute l'inhibition psychique de la mélancolie en est-elle responsable. Enfin, une réserve est à faire quant à la possibilité d'une évolution schizophrénique commençante.

Ces trois observations nous permettent de définir *les caractères des obsessions-impulsions dépressives*. Leur thème est concret, emprunté à des faits vitaux et sociaux, assez pauvre, non enrichi par le raisonnement. Elles sont accompagnées d'une grosse obnubilation de la conscience, précédées et suivies d'anxiété. Elles sont ressenties comme vécues, subies. Elles tendent à la réalisation sans lutte. L'absence de lutte est plus nette en même temps que l'anxiété disparaît lorsque l'obsession se transforme en pseudo-hallucination, fait déjà signalé par Borel et Cénac.

Les obsessions dépressives, souvent ressenties par le malade comme partie de sa personnalité et non comme phénomène parasite, se rapprochent des idées délirantes dont les distinguent la brièveté de la conviction et la rapidité de la correction.

Plusieurs caractères les rapprochent des *obsessions-impulsions maniaques*, également vécues et à tendance réalisatrice. Ils les opposent en bien des points aux *obsessions-impulsions psychasthéniques*. Celles-ci sont de thème le plus souvent abstrait, plus idéatives que vécues, sans cesse compliquées par le raisonnement ; apparaissant comme un jeu pénible, elles sont ressenties comme indiscutablement pathologiques parce qu'indépendantes du moi et se déroulant dans une conscience qui peut sembler parfaite et est, en tout cas, plus nette, escortées d'une anxiété moindre, secondaire, et parfois sans anxiété aucune ; enfin, elles n'ont guère de tendance à l'exécution et si celle-ci advient, ce n'est pas sans discussion, mais par une libre option et à des fins de soulagement.

Les obsessions dépressives apparaissent sous forme de transition entre les obsessions psychasthéniques, nettement parasites, et les idées délirantes totalement intégrées au moi.

Elles s'éloignent d'autant plus des premières, tendant vers les secondes, qu'est profonde l'obnubilation psychique, l'inhibition mentale de la mélancolie. Nous retrouverons toute l'importance de cette notion lorsque nous envisagerons les rapports de l'idée

obsédante et de l'idée délirante, dont il ne nous semble plus rationnel de pousser trop loin l'opposition.

Telles étant les caractéristiques des obsessions dépressives, il nous reste à envisager les *modalités de l'évolution délirante*. La mélancolie nous paraît le facteur le plus fréquent de celle-ci, que l'obsession préexiste à l'accès dépressif, se transformant en délire hallucinatoire pendant sa durée et redevenant elle-même à sa terminaison (ainsi que dans l'observation IV de G. Dénv et René Charpentier) ou qu'il s'agisse d'obsessions véritablement dépressives qui ne préexistent et ne surviennent pas à la mélancolie (comme dans notre observation VII). Parfois, c'est durant un accès mélancolique que les obsessions évoluent vers une psychose obsessionnelle délirante avec dissociation schizophrénique ultérieure (H. Claude et R. Micoud); notre observation VIII paraît amorcer cette évolution.

Le délire nous semble résulter de deux facteurs : *la transformation pseudo-hallucinatoire ou hallucinatoire ; l'inertie intellectuelle*.

Il semble probable que la dépression mélancolique favorise les phénomènes d'objectivation pseudo-hallucinatoire ou hallucinatoire (P. Delmas-Marsalet, Lafon et Faure).

L'inertie intellectuelle, dont nous avons déjà vu le rôle modificateur des obsessions-impulsions, nous paraît intervenir dans la genèse du délire. En inhibant le doute et la critique, elle facilite la conviction, condition essentielle du délire. On sait la part importante, dans les délires mélancoliques, *de l'intuition* [R. Targowla et P. Dublineau (1)]. Or, qu'est-ce que l'intuition sinon une *conviction d'emblée*, c'est-à-dire sans doute préalable ? L'intuition, chez les mélancoliques, pourrait bien résulter de cette inhibition des processus de doute, de réflexion et de critique.

Voilà qui nous paraît rendre compte de la tendance à l'évolution délirante, au cours de la mélancolie, aussi bien des obsessions périodiques que des obsessions constitutionnelles dont nous avons vu la propension au doute morbide constituer un gros obstacle à l'élaboration d'idées délirantes.

Telle est la conception psycho-physiologique qui nous semble expliquer le rôle favorisant de la mélancolie dans la transformation délirante des obsessions. Elle invoque un mécanisme d'inhibition de la critique et s'inscrit à l'opposé de la conception psychanalytique : celle-ci incrimine en effet un mécanisme

(1) R. TARGOWLA et P. DUBLINEAU. — *L'intuition délirante*, Maloine, 1931, p. 136.

actif, le passage à la pseudo-hallucination, à l'hallucination et au délire, réalisant une projection intentionnelle de l'obsession hors de la personnalité à des fins d'auto-disculpation par hétéro-accusation. Peut-être vaut-elle en dehors de la mélancolie et rend-elle compte de certaines observations ; mais, au cours de la dépression, l'évolution délirante des obsessions nous paraît conséquence du fléchissement de la critique.

La mélancolie, si elle permet d'étudier *l'évolution progressive* de l'obsession vers le délire, fournit des exemples suggestifs d'autres processus.

Elle peut réaliser *des évolutions régressives*, l'obsession devenue hallucination et délire au cours de l'accès, reprenant à sa terminaison la forme antérieure.

Elle montre parfois *des évolutions oscillantes*, la conviction apparaissant et s'effaçant selon les variations épisodiques du tonus psychologique.

Elle comporte enfin une éventualité exceptionnelle, mais dont l'importance doctrinale nous apparaîtra considérable : celle *d'évolutions inversées*. H. Claude et R. Micoud ont en effet assisté à la transformation d'idées délirantes primitives en obsessions durables à la fin de l'accès dépressif.

Ce n'est pas dans les caractères propres de l'obsession que nous semble résider la pathogénie de ses évolutions, mais dans les facteurs collatéraux, et plus précisément dans l'état de la fonction de critique, dans ses hypertrophies constitutionnelles (psychasthénie), dans ses fléchissements permanents (débilité, démences, schizophrénie) ou temporaires (psychose maniaque dépressive), dans ses viciations (paranoïa).

De l'obsession à l'idée délirante, toutes les formes de passage s'observent : obsession classique avec lutte ; obsession-impulsion avec réalisation sans lutte (observations IV, V, VI) ; obsession avec examen, puis refus de l'explication délirante (observation II) ; obsession avec pseudo-hallucination ou hallucination sans conviction délirante (observation II) ; idée délirante avec ou sans pseudo-hallucinations et hallucinations (observation VII). On voit donc toute une succession de faits de l'obsession avec conservation de la critique à l'idée obsédante acceptée, intégrée à la personnalité. Il y a plus : on peut observer, au cours de la mélancolie, *des impulsions inconscientes et amnésiques* qui évoquent l'impulsion épileptique et posent un problème médico-légal délicat : ainsi de l'observation rapportée par H. Ey

et P. Bernard (1), où un accès mélancolique débute par un meurtre et une tentative de suicide amnésique.

L'obsession peut traverser, au cours de la mélancolie, toutes ces phases, sauf celle d'hésitation délirante (notre observation II ne concerne pas un mélancolique), parce que l'intuition délirante exclut le doute. S'il est des convictions à éclipses, ces évolutions « oscillantes » sont faites d'une alternance à rythme rapide de délire et d'obsession et non d'une incertitude sur le caractère pathologique des troubles de l'instant présent.

La mélancolie peut réaliser tous ces aspects en sens opposé lorsqu'elle s'atténue (*évolution régressive*).

On peut, à l'opposé, voir une idée délirante issue d'un état mélancolique laisser pour séquelle une obsession, alors que n'existaient pas d'antécédents obsessifs (*évolution inversée*).

*
**

RAPPORTS DE L'OBSESSION ET DE L'IDÉE DÉLIRANTE

Ces transformations de l'obsession en idée délirante ne sont pas sans évoquer une relation de nature entre ces deux symptômes.

Ce qui distingue l'obsession de l'idée délirante est le caractère parasitaire de la première, l'intégration de la seconde à la personnalité.

Cette opposition n'est pas tranchée puisque nous avons vu les multiples formes de transition qui unissent ces deux points extrêmes du schéma, formes de transition dont nous avons assisté à la succession possible. Succession dont l'accès mélancolique permet parfois l'observation. Nous avons montré du reste que l'obsession dépressive emprunte certains caractères à l'obsession psychasthénique, d'autres à l'idée délirante ; qu'elle s'éloigne d'autant plus de la première pour évoluer vers la seconde que l'inertie intellectuelle inhibe davantage le doute et la critique, libérant la conviction. Oscillations progressives vers le délire, régressives vers l'obsession : la mélancolie les réalise également et, par là, une expérience et une contre-expérience de la transformation de l'obsession en idée délirante, de l'idée délirante en obsession, au gré des modifications psychologiques qui confèrent à l'idée la conviction ou le reniement du sujet.

(1) H. Ey et Paul BERNARD. — Impulsions inconscientes et amnésiques au cours d'une psychose mélancolique. *Annales médico-psychologiques*, 1941, tome II, pages 184-192.

Que la fonction critique s'abaisse, l'obsession devient idée délirante ; qu'elle se redresse, l'idée délirante redevient obsession : évolutions dont certains auteurs expriment le mécanisme sous le vocable de *variations de la tension psychologique* ; si le terme est différent, le fait est identique. Ces variations peuvent réaliser des oscillations si serrées que l'obsession et l'idée délirante se succèdent sans cesse, des états de fatigue trop brefs pour caractériser une dépression mélancolique, entraînant par l'éclipse courte de la critique la libération de la conviction. Il en est ainsi dans les deux observations rapportées par J. Alliez et R. Diatkine (1). Dans la première, qui ne ressortit pas à la mélancolie, l'obsession précède l'idée délirante, mais celle-ci laisse place à l'obsession dans les moments où la tension psychologique remonte. Dans la seconde, un épisode confusionnel, de note mélancolique, est suivi d'un délire hallucinatoire à thèmes multiples ; à celui-ci succède un état obsessionnel prolongé d'évolution favorable.

Nous avons envisagé l'influence des divers états psychopathiques sur l'obsession et précisé, dans chacun d'eux, l'état de la critique et le degré, opposé, de la réceptivité aux intuitions. Quant au mécanisme qui règle le passage d'une forme à l'autre, on a invoqué la *théorie de la dissolution* due à Jackson, reprise récemment par H. Ey et Rouart. Si l'on admet cette conception, nous pensons que la dissolution n'atteint pas l'obsession elle-même, phénomène souvent intellectuel dans ses manifestations, mais d'essence inférieure. C'est la personnalité qui est intéressée par la dissolution, c'est-à-dire l'attitude de l'esprit devant l'obsession : refus, acceptation, conviction, celle-ci libérée par la disparition momentanée ou définitive de la critique. Le trouble originel reste identique à lui-même ; le niveau des fonctions intellectuelles lui confère sa teinte obsessionnelle ou délirante.

A) Idées délirantes et phobies. Rôle des processus conditionnels

C'est dans l'étude des *phobies*, variété émotionnelle de l'obsession, que nous trouverons d'intéressants arguments en faveur de cette manière de voir. Nous les rechercherons d'abord dans le *sommeil*, forme physiologique et périodique de la dissolution.

Nous rapporterons brièvement une observation où l'on voit

(1) J. ALLIEZ et R. DIATKINE. — Schizophrénie et psychasthénie. Evolution successive d'obsessions et d'idées délirantes. Valeur d'une interprétation nosologique néo-jacksonienne. *Annales médico-psychologiques*, 1943, tome II, n° 3-4, p. 189 à 197.

une phobie s'intégrer à la personnalité durant le rêve, la conviction subsistant au réveil, d'abord absolue, puis hésitante, pour ne disparaître qu'au bout de quelques heures, lors de la restauration de la critique.

OBSERVATION IX. — Mme Sal. M., 47 ans, est une psychasthénique, douteuse, scrupuleuse, aboulique. Depuis l'âge de 32 ans, elle présente la phobie des microbes. Celle-ci se manifeste par la peur des contacts, d'interminables soins de toilette lorsqu'elle a dû serrer la main d'une personne et après la défécation, ainsi que par la cuisson abusive des aliments. La malade impose à son mari des lavages des mains innombrables lorsqu'il a touché un bouton de porte, un journal. La malade réalise parfaitement l'absurdité de sa phobie. Celle-ci a disparu à diverses reprises pendant plusieurs mois.

Par trois fois, sa recrudescence a suivi un rêve. Le thème de celui-ci a été, les trois fois, identique : la malade serrait la main d'une dame inconnue, elle sentait immédiatement les microbes lui brûler les doigts, monter à la main, au bras, au cou, déterminant une sensation d'étranglement angoissant, suivie du réveil subit en pleine anxiété. Il faut plusieurs heures à la malade pour se libérer de cette pénible impression. Pendant une heure, elle croit absolument à la présence des microbes. Progressivement, par la suite, elle cherche « à se raisonner », mais ce n'est qu'au bout de quatre à cinq heures qu'elle réalise pleinement le caractère pathologique de la phobie. Celle-ci, pendant plusieurs jours, traverse encore des phases de quelques minutes où « elle croit que c'est arrivé », elles s'accompagnent d'une anxiété énorme. Soulignons que la malade rêve très rarement.

Le rêve emprunte donc le thème de la phobie, mais il l'habille de conviction. Idée de rêve qui est l'équivalent d'une idée délirante et qui ne redevient obsession critiquée qu'après quelques heures de veille. L'obsession-phobie, éteinte, est ranimée par une conviction épisodique.

L'observation suivante montre une phobie succéder à une idée de rêve, disparaître pour renaître du rêve.

OBSERVATION X. — Mlle Bal. G., 27 ans, ne présente pas d'antécédents psychiatriques importants en dehors d'une constitution émotive ; elle n'a pas les stigmates de la psychasthénie et n'a jamais eu d'obsessions.

Une nuit, elle rêve qu'elle a avalé une dent artificielle ; elle se réveille en sursaut, se lève, penche la tête en avant, cherche à extraire la dent ; elle est très anxieuse. Elle se rend compte rapidement de son erreur ; mais, dans la journée suivante, elle se précipite à plusieurs reprises devant une glace pour s'assurer que sa dent artificielle est bien en place.

Quelques jours après, se développe une obsession-phobie dont le thème est la crainte d'avaloir la fausse dent. La malade mastique interminablement ses aliments pour ne déglutir qu'un bol réduit où la dent ne puisse pas se dissimuler. Souvent, elle régurgite le pain dégluti pour le contrôler encore une fois. Parfois elle interrompt ses repas et se rend précipitamment au water-closet pour cracher les aliments. Au cours de son travail, elle doit fréquemment courir au lavabo où elle crache plusieurs fois et regarde ses dents dans une glace.

Cette phobie se manifeste pendant dix-huit mois et disparaît progressivement.

Six mois plus tard, le rêve originel se reproduit suivi d'une réapparition de la phobie qui bat son plein lorsque nous examinons la malade deux mois après.

Ces deux observations démontrent les rapports de l'obsession-phobie et du rêve. Une idée de rêve peut être à l'origine d'une phobie ; elle peut la ranimer. Elle peut emprunter son contenu à une obsession-phobie antérieurement établie et l'exacerber. *Tout se passe comme si l'idée de rêve, idée intégrée comme une idée délirante, conditionnait ou ancrerait l'obsession par une conviction rapidement corrigée.*

L'épreuve du scopochloralose permettra probablement des observations intéressantes chez les obsédés, plus particulièrement chez les phobiques ; nous en poursuivons actuellement l'étude. Rappelons que dans notre observation I (qui concerne une malade atteinte d'idée délirante), l'agitation du réveil s'est accompagnée de préoccupations concernant le thème du délit.

La dissolution hypnique vient donc démontrer que la phobie, idée parasitaire, peut être la séquelle d'une idée acceptée dans le rêve ; que, à l'opposé, le rêve peut emprunter son thème à la phobie et la renforcer. Idée de rêve, idée délirante ressortissent également à la conviction. De l'obsession-phobie à l'idée délirante, on voit toutes les précessions, toutes les régressions, toutes les alternances, toutes les transitions. L'idée basale subsiste au milieu des diverses modifications de la conscience et de la critique ; celles-ci règlent l'attitude de la personnalité devant cette idée basale : idée partagée, annexée, intégrée, délirante dans un cas ; idée reniée, parasitaire dans l'autre cas.

Cl. VURPAS (1) écrit : « Nous sommes amenés à nous deman-

(1) Cl. VURPAS. — *Etat mental des obsédés. Questions neurologiques d'actualité.* Masson, 1921, pages 419 à 437.

der si l'obsession n'est pas simplement la réaction de l'intelligence à la défectuosité de l'automatisme. » C'est en effet une lutte incessante que livre l'intelligence aux sollicitations délirantes. Cette lutte a ses défaillances pathologiques. Elle a aussi ses défaillances physiologiques : le sommeil nous en a fourni un exemple ; mais, même à l'état de veille, il est des fléchissements de la conscience et de la critique, traduisant des périodes de fatigue et rendant compte de ces phases, où l'on voit le malade hésiter anxieusement au carrefour de l'obsession et du délire.

Ayant envisagé tous les chaînons qui unissent l'obsession-phobie à l'idée nettement délirante, nous rechercherons maintenant le phénomène premier en chronologie et en causalité. Dans l'immense majorité des cas, la phobie *semble précéder* l'idée délirante. L'éventualité opposée, *apparemment* exceptionnelle, est intéressante parce qu'elle nous permet de rechercher la variété d'idées délirantes qui subit la transformation obsessionnelle.

Il ne s'agit pas d'idées délirantes d'essence imaginative ou interprétative : si, dans les délires imaginatifs ou interprétatifs, les idées délirantes sont souvent obsédantes, on n'assiste jamais à leur mutation en obsessions vraies. De même, il ne nous paraît pas que l'obsession résulte de la modification d'idées délirantes d'ordre hallucinatoire : il n'y a pas d'obsessions dans la psychose hallucinatoire chronique. Si, dans d'autres états, l'hallucination peut précéder l'obsession, celle-là ne nous paraît pas fait premier, mais stade de transition : ainsi dans la mélancolie. Le délire d'induction n'est pas davantage générateur d'obsessions : il y a des délires à deux, nous ne connaissons pas d'obsessions à deux (1), tant il est vrai que l'obsession ne dépend pas des circonstances ambiantes, mais de phénomènes d'essence intérieure et inférieure, d'automatisme mental pris dans son sens le plus large.

Les idées susceptibles de se transformer en phobies nous paraissent de deux ordres.

Les premières font partie du rêve normal. Rappelons notre observation X, où une idée issue du rêve devient obsession-phobie. On peut évoquer aussi une observation de J. Séglas

(1) Signalons cependant que R. MALLET (*Les Obsédés*, Doin, 1927, p. 75) a observé des phobies greffées sur des troubles organiques (ce qui répondrait à une interprétation) et a vu plusieurs fois l'obsession de la piqure lors de l'épidémie de piqueurs qui alimenta un temps la rubrique journalistique : mais ne s'agissait-il pas de délire collectif plus que d'obsessions vraies ?

concernant une mélancolique dont les rêves, durant la phase prodromique, intéressaient les thèmes que devaient adopter les idées délirantes pendant l'accès. Si le rêve peut évoquer l'obsession préexistante, il est susceptible de la déterminer. Cette origine nous semble capitale.

Le second groupe d'idées capables de prendre la forme phobique comprend certaines idées délirantes. Les unes sont *oniriques*. L'observation II de J. Alliez et R. Diatkine nous en a donné un exemple. On sait du reste les étroites relations de l'onirisme et du rêve et la part importante de l'intuition dans les délires oniriques.

Les autres sont *intuitives*. L'intuition intervient du reste de façon prépondérante dans la genèse du délire chez les mélancoliques, et c'est de la mélancolie que dépendent pour la plupart les idées délirantes dans les observations qui concernent une transformation obsessionnelle.

Idées issues du rêve normal, idées délirantes à base intuitive ou onirique, telles sont les variétés idéiques qui sont passibles d'une évolution vers l'obsession-phobie.

L'idée cesse d'entraîner la conviction du malade, elle divorce d'avec la personnalité parce que, au réveil, après l'accès mélancolique, à la guérison de l'épisode onirique, la restauration de la fonction critique neutralise la conviction. Mais une question vient immédiatement à l'esprit qui met en cause tout le mécanisme de l'obsession.

Normalement, le rêve est corrigé dès le réveil, l'idée délirante post-onirique est rapidement rectifiée ; il en va de même pour le délire mélancolique. Quels sont les facteurs qui rendent compte de cette éventualité du reste exceptionnelle : la persistance de l'idée erronée dépouillée de conviction au delà des circonstances qui l'ont suscitée ?

Ces facteurs nous semblent au nombre de deux : *les troubles cénesthésiques ; les réviviscences délirantes de rappel*.

1° *Troubles cénesthésiques*

J. Séglas insiste dans ses leçons cliniques sur l'importance des troubles de la sensibilité générale chez les obsédés. Il envisage trois groupes de faits :

a) Parfois, les troubles cénesthésiques sont *provoqués* par l'idée obsédante. Ainsi, d'un malade atteint de phobie de la rage et chez qui l'idée obsédante éveille, au milieu d'hallucinations, une douleur au niveau d'une cicatrice de morsure, celle-ci ayant préexisté de plusieurs années à la phobie.

b) Dans d'autres cas, les troubles cénesthésiques sont *isolés*, mais secondairement associés à l'idée obsédante.

J. Séglas cite le cas d'un obsédé qui, ayant transporté à Alfort un chien mordu, a présenté la phobie d'être mordu par un chien enragé. Lors des paroxysmes obsédants, il ressent une violente douleur au niveau d'une égratignure qu'il s'est faite à la main six semaines avant qu'apparaisse la phobie.

Dans ces deux premiers cas, le trouble cénesthésique secondaire à l'idée obsédante nous semble une simple objectivation : il ressortit à une *hallucination représentative de la sensibilité générale*. Mais une fois associé à l'idée, il la réveille, comme elle le provoque, en une action réciproque d'évocation.

c) J. Séglas fait enfin état de *troubles cénesthésiques primitifs* qui, indépendamment de toute obsession, sont à l'origine d'une idée obsédante. Il cite sous ce chef des sensations brusques d'allongement et de grossissement du corps, de gonflement de la tête, de dédoublement physique. Ces impressions cénesthésiques conditionnent un trouble du schéma corporel et perturbent le sens de la personnalité.

La modification de la sensibilité générale amène l'idée obsédante par un processus qui n'est pas totalement dépourvu de logique : le sujet qui sent son crâne augmenter de volume enlève son chapeau, celui qui éprouve une impression de dédoublement du corps, y réagit par l'agoraphobie.

Il n'en va pas de même dans un groupe de faits que nous avons observés et qui nous semblent d'un haut intérêt doctrinal parce que l'idée et la sensation y sont intimement liées sans qu'on puisse découvrir entre elles la moindre trace de rapports logiques. Elles n'ont de commun que la simultanéité de la sensation et de la première émergence de l'idée obsédante. Leur solidarité ultérieure évoque un *mécanisme associatif semblable à celui qui préside à la formation des réflexes conditionnels*.

Soulignons que la cénesthésie n'intervient pas par une perturbation nette, comme dans les faits rapportés par Séglas, mais par une sensation normale : c'est le cas dans l'observation que nous allons rapporter, où c'est la déglutition physiologique de la salive qui est en cause.

OBSERVATION XI. — Mlle R., 24 ans. Il s'agit d'une hyperémotive qui présente des scrupules, des doutes. Depuis un an, elle souffre de troubles neuro-végétatifs très pénibles consistant en crises de palpitations accompagnées de sensation de constriction cervicale, et de troubles vaso-moteurs intenses (rougeur de la face, sueurs profuses). Ces crises durent environ vingt minutes et laissent la malade épuisée.

Il y a six mois, elle a été très impressionnée par l'état de sa mère qui a présenté plusieurs métrorragies. Celle-ci ayant été consulter un gynécologue, un fibrome a été découvert et l'hystérectomie conseillée. La malade s'est rendue chez le spécialiste pour s'informer des dangers éventuels de l'intervention et elle n'a pas été rassurée ; elle est sortie très troublée. Dans la rue, elle a présenté une crise tachycardique et vaso-motrice intense. Tandis que les palpitations s'atténaient, une idée irrésistible est venue à sa conscience : *elle provoquerait la mort de sa mère*. Comment ? Elle l'ignore et ne se pose pas la question, se bornant à la certitude de cette prémonition. Sa conviction ne s'est pas enrichie d'interprétations ou d'hallucinations ; elle n'a pas raisonné *son intuition* (la malade emploie elle-même ce mot). La conviction a duré une dizaine de minutes ; elle s'est ensuite « rendu compte que tout cela ne tenait pas debout ». Mais l'idée dépouillée de conviction n'en a pas moins continué à l'obséder. Pendant cinq jours, l'obsession n'a pas cessé ; une dizaine de fois par jour, la crise neuro-végétative s'est reproduite, exacerbant l'idée obsédante qui, pendant sa durée, était ressentie comme légitime pour reprendre, à sa terminaison, le caractère parasitaire.

Le sixième jour, se place un épisode capital. Durant une crise, elle a eu une sensation étrange : ayant avalé sa salive, elle a compris au même instant que sa crainte était absolument fondée, que la mort de sa mère, de son fait à elle, était inéluctable. La rectification n'est intervenue qu'après une heure environ.

Plusieurs crises se sont produites les trois jours suivants : elles se marquèrent toujours par la douloureuse conviction qui survint au moment de la déglutition salivaire.

Les crises disparurent ensuite, mais lorsque la malade avalait une quantité de salive nécessitant un mouvement de déglutition un peu plus marqué que de coutume, l'idée délirante survenait, bientôt corrigée. La déglutition de salive était immédiatement suivie de la bouffée idéique. « C'est, dit la malade, comme si j'avais appuyé sur un déclit en avalant. »

Le phénomène est strictement électif dans son facteur déterminant : rien ne se produit lorsque les aliments, les boissons sont déglutis ; seule agit la déglutition de salive, et de salive en quantité importante. Aussi la malade qui réalise parfaitement le caractère pathologique du trouble multiplie-t-elle les subterfuges pour l'éviter : elle avale sa salive le plus souvent possible pour qu'il n'y ait pas accumulation ; celle-ci s'est-elle produite, elle crache dans son mouchoir. Mais si elle n'a pas songé à se prémunir, le déclenchement idéique se produit, alors même qu'elle est accaparée par son travail, distraite par une conversation ou un spectacle.

Plusieurs fois le sommeil a été interrompu brusquement parce que de la salive ayant été déglutie, l'idée délirante s'est levée, suscitant une anxiété intense et n'étant corrigée qu'au bout de quelques minutes.

Lorsque nous voyons la malade six mois après le début de son obsession, le phénomène de la déglutition salivaire se poursuit à un rythme irrégulier, avec des intervalles libres de huit ou dix jours.

Nous la suivons pendant quinze mois. La seule modification notée est la disparition plus rapide de la conviction qui s'éteint instantanément, environ une minute après la déglutition. Le commencement et la fin sont brusques : « Ça commence en déclic quand j'avale, ça finit en déclic, une minute après, et je comprends bien que c'est idiot. »

La fin de l'obsession vaut d'être soulignée. La malade, qui passait ses vacances dans le Midi, présente un malaise fébrile. Un médecin parle de grippe. Les jours suivants, se manifeste un syndrome méningé. Une ponction lombaire montre le liquide céphalo-rachidien clair, avec une réaction lymphocytaire pure sans bacilles de Koch. Après quinze jours, la guérison survient.

Durant toute l'évolution de la maladie, la conscience est restée intacte ; la malade a gardé un souvenir précis de toute cette période. Elle déclare que l'obsession a complètement disparu dès le début de la maladie. Elle ne s'est plus manifestée trois mois après.

Nous avons revu la malade trois ans après ; elle ne présente plus d'obsessions mais reste très émotive et se plaint d'insomnie.

Cette observation suscite des remarques importantes. Elle montre que l'obsession-phobie peut naître d'une idée délirante très brève, parce que presque instantanément corrigée. La genèse de l'idée délirante est *intuitive*. Dans leur intéressant ouvrage sur l'Intuition délirante, R. Targowla et J. Dublineau excluent un rôle important de l'intuition dans les obsessions, parce que la durée de l'obsession leur paraît incompatible avec la brièveté de l'intuition. A l'opposé de cette conception, l'intuition nous paraît intervenir dans une mesure capitale en la genèse des obsessions. Elle a une action de déclenchement de l'idée délirante lorsque celle-ci précède l'obsession ; elle a une action d'entretien, « de rappel », dans les instants délirants évolutifs que cette observation nous montre et sur lesquels nous reviendrons. Idée délirante et obsession se succèdent d'un moment à l'autre.

Mais nous sommes amenés à des réflexions plus suggestives encore. L'observation que nous venons de rapporter évoque un mécanisme associatif. De l'idée délirante, puis obsédante, la crise neuro-végétative apparaît excitant absolu, la déglutition salivaire excitant conditionnel. L'obsession se présente donc ici comme l'aboutissant d'un réflexe dont la manifestation est psychique, le point de départ résidant dans des troubles fonctionnels ; ce réflexe est donc *interoceptif*. Il présente par ailleurs, dans son évolution, les processus classiques en réflexologie

conditionnelle : fixation, irradiation et inhibition. L'inhibition est interne, résultant d'une méningite lymphocytaire curable.

Sans doute, le mécanisme qu'objective notre observation intervient-il de façon inapparente dans beaucoup de cas. Le rôle des réflexes conditionnels a été démontré dans certains états psycho-névrotiques (1). Il n'est pas surprenant que des réflexes associatifs se développent aisément sur le terrain de déséquilibre émotif qui est souvent celui de l'obsession. L'un d'entre nous (2) a étudié le tonus vago-sympathique des obsédés et il a constaté une amphotonie avec grosse hyperexcitabilité vagale et sympathique ; chez les phobiques, il a trouvé une hyperexcitabilité sympathique spéciale avec sensibilité extrême aux agents pharmaco-dynamiques qui excitent le sympathique (éphédrine par exemple). Nous avons vu aussi le tabac, le café, la caféine, excitants du sympathique, exacerber les obsessions. Sans doute, l'excitation sympathique est-elle le facteur conditionnel de réflexes interoceptifs à réponse obsessionnelle (3).

Nous nous proposons d'étudier les réflexes conditionnels chez les obsédés. Tout nous porte à croire que ce mécanisme occupe une place importante dans la production et l'entretien des obsessions, sans du reste en résoudre toutes les inconnues.

2° Les réviviscences délirantes de rappel

Par cette expression, nous désignons les phases évolutives, où l'obsession redevient pour un temps idée délirante. Nous en avons vu des exemples dans nos observations et nous les avons rapportés à un abaissement de la tension psychologique, conditionnant une défaillance momentanée de la fonction critique, à une dissolution épisodique pour employer la terminologie néo-jacksonienne. Cette dissolution peut être réalisée par le sommeil, par un accès confusionnel, par une dépression mélancolique. Mais il en faut étendre le champ : des dépressions minimales, des états de fatigue simple, même momentanés, peuvent assurer à la phobie une « cure de conviction délirante » qui, même de quelques instants, la fortifie et l'ancre davantage. Et

(1) G. MARINESCO et A. KREINDLER. — *Les réflexes conditionnels*. Alcan, 1935. — *Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile*. Rapports du premier Congrès International de Psychiatrie Infantile, Paris, 1937.

(2) M. GALLOT. — *Essai sur la psychologie et la physiologie des obsédés*. Le François, 1935.

(3) SÉGLAS rapporte dans ses *Leçons cliniques* l'histoire d'un phobique dont les crises obsessionnelles étaient précédées et annoncées par de la céphalée, du tremblement et une douleur précordiale.

nous avons vu un réflexe conditionnel à point de départ physiologique suffire à réaliser une minute cette « injection de rappel délirant », sans laquelle il nous semble bien que l'obsession phobique ne tarderait pas à dépérir. La phobie est une idée parasitaire, certes ; mais une idée qui s'étiolerait faute de conviction si de petites éclipses délirantes ne la nourrissaient.

Sa subsistance, dans bien des cas, est le fait des réflexes conditionnels qui aboutissent à un réveil délirant s'ils surprennent le psychisme en basse tension ; à une idée parasitaire s'ils atteignent un psychisme vigilant et critique.

Nous avons envisagé le cas exceptionnel des obsessions-phobies succédant, à titre de séquelles, à des idées délirantes. Si nous avons insisté autant sur l'exception, c'est qu'elle nous paraît de nature à éclairer dans une forte mesure la règle.

L'évolution de la phobie nous est apparue jalonnée de phases d'intégration à la personnalité, les unes prolongées, les autres limitées à une éclipse délirante et pour cela souvent méconnues. Lorsqu'on suit des obsédés phobiques, on ne peut pas ne pas être frappé de ces périodes où, la critique défaillant, le malade hésite entre l'explication parasitaire et l'interprétation délirante de ses troubles. Il nous semble peu vraisemblable que la phobie naisse en pleine connaissance de cause, qu'elle n'ait pas comporté une phase de conviction aussi courte qu'elle soit avant de devenir obsession-phobie vraie, c'est-à-dire phénomène parasite. *La notion des « instants délirants » nous paraît capable de rendre compte de l'apparition des phobies que nous concevons comme amorcées, et sous-tendues par des périodes de conviction.*

Ce n'est pas le moindre mérite des conceptions jacksoniennes d'avoir individualisé ces oscillations du niveau de dissolution, à la lumière desquelles l'obsession-phobie et l'idée délirante apparaissent comme des phases incessamment réversibles et non comme des formes opposées, dont la réciproque transformation semblait exceptionnelle.

B) Genèse des obsessions idéiques.

Rôle des réflexes conditionnels

Nous avons vu l'idée obsédante favorisée dans sa naissance et dans sa perpétuation par des phases de conviction qui font se succéder incessamment des périodes vraiment parasites et des périodes délirantes, celles-ci répondant à des dissolutions physiologiques ou pathologiques, dépressives ou oniriques. L'observation de pareil processus fait apparaître l'obsession

comme une corde tendue entre des pieux qui représentent les phases de conviction délirante. Ce schéma ne s'applique qu'aux *phobies* et aux *impulsions*, variété émotionnelle pure et dynamique de l'obsession ; il ne concerne pas les *obsessions idéiques*, variété intellectuelle, qui consistent pour la plupart en interrogations abstraites où la conviction n'a pas sa place.

Les malades atteints d'obsessions idéiques peuvent évoluer vers un délire systématisé à thème persécutif, beaucoup plus souvent vers la dissociation schizophrénique. On n'observe guère chez eux de dépression mélancolique.

Comment naissent les obsessions idéiques ? Nous ne connaissons pas d'observations où elles succèdent à des idées délirantes. Mais il nous paraît suggestif de les voir précédées, dans certains cas, par des phénomènes de *mentisme*.

Pierre Janet (1) signalait, en 1903, la fréquence de la rêverie forcée, caractérisant le mentisme au début de la maladie des obsessions.

Ph. Chaslin (2) souligne les rapports étroits de l'obsession et du mentisme : « Le mentisme est un défilé d'idées que le malade ne peut fixer et sur lesquelles il ne peut, par conséquent, réfléchir ou plutôt à propos desquelles il a une sorte de réflexion forcée, analogue à la folie du doute. Parfois, quelques-unes s'arrêtent et forment une *ébauche d'obsession*, où le courant tend à former une sorte de tourbillon, c'est dire que ces états se rapprochent insensiblement de l'obsession et du doute, dont ils seraient des variantes, étendues pour ainsi dire à un grand nombre d'idées successives défilant sans arrêt. »

G. Heuyer et A. Lamache (3) rapportent, dans une étude très complète du mentisme, l'observation quasi-expérimentale d'un obsédé chez qui des injections de phosphate de codéine produisaient un état temporaire de mentisme.

Incoercibilité idéique et conscience de la nature pathologique rapprochent le mentisme de l'obsession, mais celui-là est un film, celle-ci une image stéréotypée. Il est intéressant de voir le mentisme se fixer sous la forme d'obsessions idéiques : cette évolution démontre que celles-ci prennent naissance à un niveau de dissolution. Le mentisme s'observe en effet dans les états hypnagogiques, les intoxications, parfois dans les tumeurs cérébrales ; il est souvent le premier signe de l'automatisme

(1) Pierre JANET. — *Obsessions et psychasthénie*. Alcan, 1903.

(2) Ph. CHASLIN. — *Eléments de séméiologie et de clinique mentales*. Asselin et Houzeau, 1912, pages 61 et 183.

(3) G. HEUYER et A. LAMACHE. — Le mentisme. *Encéphale*, 1929, p. 325-444.

mental, précédant les hallucinations. Si les phobies-impulsions apparaissent souvent issues d'une idée délirante, les obsessions idéiques peuvent tirer leur origine du mentisme, manifestation d'un état de dissolution moins profond, puisque ce trouble est ressenti comme parasitaire, ainsi que l'obsession elle-même.

L'observation suivante montre une obsession idéique résultant de la localisation et de la fixation épisodique d'un état de mentisme en rapport avec une intoxication opiacée. Elle prouve par ailleurs le rôle des processus associatifs sensorio-idéiques dans la reproduction de l'obsession.

OBSERVATION XII. — M. J., 32 ans, officier de marine, ne présente pas d'antécédents psychiatriques : en particulier, il n'a jamais eu d'obsessions et on ne retrouve pas, chez lui, de stigmates psychasthéniques. Il n'est pas marié et sa vie sentimentale fut assez agitée. Depuis un an, il vit à Toulon où il a fait la connaissance d'une femme de mœurs légères qui est devenue sa maîtresse. Celle-ci boit et fume l'opium ; elle a rapidement entraîné son amant dans cette dernière intoxication à laquelle il cède avec une frénésie croissante.

Les deux premiers mois de l'intoxication, l'usage de l'opium est immédiatement suivi d'un état de béatitude qui s'accompagne d'une rêverie agréable. Plus tard, celle-ci est remplacée par un véritable *mentisme* : dans l'esprit du malade, défilent des souvenirs, des images colorées, précises, mais dont il réalise le caractère pathologique. De temps à autre, se manifestent quelques impressions auditives : « la drogue, la drogue », elles n'entraînent pas davantage la conviction. Le thème du mentisme échappe d'abord à toute systématisation : c'est une sarabande d'idées et d'images. Peu à peu, se précise la prédominance de thèmes métaphysiques : l'existence de Dieu, l'immortalité de l'âme, l'existence du ciel en sont les préoccupations et sont illustrées par des représentations visuelles : anges marchant sur des nuages, Dieu lançant des éclairs. Soulignons qu'il ne s'agit jamais d'onirisme et que la conscience du fait morbide est constante.

Au début, le mentisme cesse dans l'heure qui suit l'usage de l'opium, et le malade est de nouveau maître de ses idées. Mais au bout de quelques semaines, le mentisme laisse place à des obsessions de thème métaphysique identique. Celles-ci se prolongent de plus en plus et finissent par durer toute la journée. Le malade s'alimente peu, dort mal.

L'intoxication se prolonge dix mois ; un changement d'affectation met fin à la liaison et aux habitudes néfastes. Les obsessions survivent six semaines au sevrage du toxique et disparaissent entièrement.

Dix-huit mois s'écoulent sans aucun trouble. Le malade n'a pas revu sa maîtresse ce temps durant. Celle-ci lui annonce son intention de le rencontrer à Paris où il est de passage. La rencontre a lieu dans un restaurant. A peine le malade a-t-il rejoint son amie qu'il est

« saisi à la gorge » par son parfum « qu'il reconnaît entre mille ». Il a l'impression que le parfum « lui monte des narines au cerveau ». Un véritable tourbillon obsessif l'agite : existence de Dieu, immortalité de l'âme, tous ces thèmes longtemps désertés défilent dans son esprit. Il en est obnubilé et ne peut masquer son trouble. Le repas se passe en monologues de la convive, le partenaire s'efforçant de donner le change par des mots sans suite, tandis qu'il est hanté par la représentation de la fumerie où il est étendu aux côtés de sa maîtresse, noyé dans l'arôme combiné de l'opium et du parfum. La rencontre n'a ni conclusion ni lendemain. Pendant trois semaines, les obsessions battent leur plein et disparaissent progressivement. Un an après cet épisode, nous revoyons le malade qui est complètement libéré de ses idées obsédantes.

L'intérêt de cette observation est double. Elle objective la genèse possible d'obsessions idéiques à partir d'un état de mentisme résultant d'une intoxication opiacée. Elle apporte la preuve de l'importance des phénomènes associatifs dans la reproduction de l'obsession.

Ce pouvoir d'évocation idéique que possèdent les rappels sensoriels est bien connu des psychologues. « Il existait toujours une cause à ces évocations *subites, une cause matérielle et simple, une odeur, un parfum souvent* » : la formule est de Guy de Maupassant (1). Nous avons souligné le mot « *subites* » qui exprime bien le déclenchement brusque d'un réflexe. Cette notion de soudaineté n'a pas échappé à l'historien de l'inconscient, Marcel Proust, dont est célèbre l'épisode de la petite madeleine trempée dans du thé, qui ressuscite *instantanément* le passé :

« Mais à l'instant même où la gorgée mêlée de miettes du gâteau toucha mon palais, je tressaillis, attentif à ce qui se passait d'extraordinaire en moi (2). »

Il est suggestif de voir, dans notre observation XII, un réflexe sensorio-idéique reproduire l'obsession.

*Les réflexes conditionnels dans la genèse
et l'évolution de l'idée obsédante.
Psychanalyse et processus conditionnels*

Si la phobie naît d'une idée délirante, aussi brève que soit celle-ci, et s'entretient dans les réviviscences épisodiques de la conviction, l'obsession idéique peut trouver son origine dans le mentisme. L'une comme l'autre émergent donc dans des états

(1) Guy de MAUPASSANT. — *Fort comme la mort*. Albin Michel, p. 103.

(2) Marcel PROUST. — *Du côté de chez Schwann*. Gallimard, tome I, p. 69-73.

de dissolution ; mais la première, phénomène émotionnel, est issue d'un état de dissolution plus profond que la seconde, phénomène intellectuel, puisque le mentisme est une manifestation accessible non seulement à la conscience, mais encore à la critique. Dans les deux cas, les processus conditionnels interviennent dans l'élaboration, l'entretien, l'extinction et les rechutes de l'obsession. Sans doute, expliquent-ils les déplacements du thème (de phobie à phobie, de phobie à obsession idéique, etc...), dont la clinique multiplie les exemples et auxquels l'école de Freud assigne un mécanisme psychogénique.

Nous n'avons évidemment pas la prétention d'expliquer toute l'obsession par les réflexes conditionnels. Nous désirons seulement mettre le point sur un mécanisme physiologique important. Il reste à déterminer les facteurs qui président à la formation, à la fixation, à l'extinction de ces réflexes. Pourquoi l'obsession n'est-elle pas plus courante, quasi-constante ? Les conditions qui règlent la réceptivité aux associations en contiennent évidemment l'explication. Sans doute, le fait que l'obsession naît dans les défaillances des fonctions psychiques supérieures a-t-il une importance capitale. Mais quelque précision ne pourra intervenir qu'à la lumière d'investigations physiologiques méthodiques.

Est-ce à dire que concevoir physiologiquement l'obsession conduit à exclure ses théories psychologiques ? Aucunement. Les mécanismes physiologiques, loin d'être en contradiction avec les mécanismes psychogéniques, leur fournissent une base rationnelle.

Nous n'avons évoqué qu'en passant la théorie psychanalytique. Elle ne nous paraît pas rendre compte de la cause première des obsessions, mais expliquer certaines de leurs évolutions. Au reste, les processus de fixation, de régression, de refoulement et de transfert peuvent être ramenés à des réflexes conditionnels (1). Cette conception féconde, en écartant les conceptions psychanalytiques de méthodes trop fragiles, les fait rentrer dans une voie objective et précise. Cet accord de la doctrine freudienne et des techniques de Pavlow portera ses fruits dans l'étude de plusieurs psychopathies : la pathogénie si mystérieuse des obsessions en sera peut-être éclairée en plus d'un point.

(1) R. DALBIEZ. — *La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne*. Paris, 2 vol., 1936, Desclée de Brouwer.

J. DUBLINEAU. — Réflexes conditionnels en psychiatrie infantile. *Rapports du Premier Congrès International de Psychiatrie Infantile*, 1937, p. 17 à 41.

ETIOLOGIE ET STATISTIQUE PSYCHIATRIQUE

*De la recherche de l'étiologie des troubles mentaux
en regard de l'insuffisance habituelle de celle-ci
dans les statistiques*

PAR

MAURICE LÉCONTE et PIERRE MARTY

La valeur médicale et sociale d'un enrichissement de nos connaissances étiologiques est trop évidente pour être soulignée. Sans cet objectif, la prophylaxie des fléaux qui dérangent l'esprit, le traitement des malades mentaux à la phase aiguë de leur mal, l'assistance et aussi le contrôle thérapeutique des cas chroniques ne sauraient se perfectionner.

La recherche de l'étiologie doit donc constituer un temps majeur, un temps nécessaire de notre art. Elle est capitale pour la famille et le malade qui attendent des soins avant tout.

Beaucoup d'aliénistes se sont détournés de l'investigation étiologique, victimes de la croyance en l'existence de maladies mentales autonomes, et de leur confiance excessive en l'unicité de l'étiologie d'un trouble mental, qui fait apparaître chaque cause comme insuffisante. Les travaux de Marchand sont venus signaler récemment ces pièges, dont tant de malades ont été victimes. « Une des sources les plus dangereuses d'erreurs en médecine mentale, écrit-il, après avoir attaqué la conception de maladies mentales, entités morbides, est d'attribuer à une cause unique des syndromes psychopathiques résultant de causes nombreuses et compliquées. »

Une deuxième grande raison vient de rendre compte aussi de la rareté de nos connaissances étiologiques : c'est l'organisation actuelle de la psychiatrie.

J. Vié a parfaitement précisé ce point de vue particulier : « Cela tient aux conditions mêmes de l'hospitalisation des malades

mentaux, que les familles rendent aussi tardives que possible, et à l'affectation paradoxale de spécialistes aux établissements qui sont destinés à recevoir ces malades en dernier lieu. Il en résulte que les phases aiguës, marquées par l'empreinte du facteur causal, leur échappe, dans l'immense majorité des cas. Le médecin d'asile ne voit presque que des séquelles. »

Les soucis administratifs, le cumul d'une direction hospitalière, avec un service de cinq à six cents malades parfois, n'aggravent pas peu le mal.

Nous voudrions montrer que, même dans un service de « cicatrices mentales », l'effort étiologique peut être suffisamment fructueux, si un esprit médical anime le chercheur non imbu du préjugé classique des pseudo-entités qui dispensent de toute autre recherche, tandis que, parfois, les processus non soignés s'aggravent.

Soit par exemple la nomenclature se rapportant à cent soixante-neuf malades, parmi les six cents de notre service.

Voici comment elle se présentait dans le cahier semestriel où, en vertu de la loi de 1838, il appartient au médecin d'attester tous les six mois la constance de l'état d'aliénation :

		<i>Report</i>	111
Débilité mentale	37	Syndrome de Korsakoff	1
Imbécillité	13	Délire chronique	1
Idiotie	1	Psychose hallucin. chronique	4
Démence précoce	11	Délire hallucin. chronique	2
Schizophrénie	7	Délire d'interprétation	2
Séquelles d'accès schizophréniques	1	Psychose paranoïde	1
Psychasthénie	1	Psychose d'interprétation	1
Confusion mentale	2	Epilepsie	3
Déséquilibre mental	23	Epilepsie avec déb. ment.	4
Déséquilibre psychique	3	Epilepsie avec imbécillité	1
Psychose périodique	1	Epilepsie avec idiotie	1
Dépression chronique	1	Séquelles de traumatismes craniens	1
Etat dépressif	1	Maladie de Parkinson	1
Affaiblissement intellectuel	2	Syndrome neuro-psychique	1
Alcoolisme chronique	7	Paralysie générale	34
<i>A reporter</i>	111	<i>Total</i>	169

Quarante-trois malades seulement de cette nomenclature sont rattachés à une étiologie probable :

Paralysie générale : 34 ; alcoolisme chronique : 7 ; séquelle de traumatisme crânien : 1 ; maladie de Parkinson : 1.

Pour les cent vingt-six autres cas, aucune allusion n'est faite aux antécédents pathologiques, ni à quelque étiologie que ce soit.

Nous avons revu ces malades le plus soigneusement qu'il est possible de le faire, avec les moyens qui sont mis à notre disposition, dans un asile éloigné de tout.

Nous avons systématisé les résultats de nos examens dans le tableau suivant, qui porte en abscisse les grandes étiologies et en ordonnées tous les syndromes que nous avons trouvés.

On remarquera que nos deux tableaux ne concordent pas. C'est que nous avons groupé les pseudo-entités mentales du premier dans des cadres syndromiques en nombre plus réduit, tout en conservant, pour nos comparaisons, certains groupements qui mettent mieux en évidence, pour les affections mentales bien connues, la fréquence d'antécédents et d'étiologies insuffisamment exploités, comme c'est le cas, par exemple, de la paralysie générale, considérée comme uniquement syphilitique.

Une autre raison du désaccord des tableaux réside dans les variations de l'aspect clinique d'un même cas, au cours de l'internement, et aussi dans ce que nous n'avons pas toujours vu le même malade sous le même angle que nos prédécesseurs. Ne croyant pas aux entités mentales, ces malades, qui ont tous été examinés par nous, ont été classés selon le syndrome dominant sans tenir compte du petit symptôme mineur qui a pu parfois faire pencher la balance, dans l'esprit d'un autre confrère, en faveur d'une entité répondant à un autre diagnostic syndromique, en général voisin.

Nous ne prétendons, en aucune façon, que nos diagnostics soient les seuls justes dans leur description mentale. Ce fait n'a d'ailleurs aucune répercussion quant aux problèmes étiologiques envisagés.

Pour ne pas encombrer notre texte, nous avons laissé de côté d'autres indices étiologiques : troubles endocriniens, méningites, appoints toxiques divers, antécédents familiaux pathologiques, chocs émotionnels, etc...

Ce tableau demande quelques explications. Nous avons mêlé, dans notre colonne étiologique, des facteurs étiologiques certains et d'autres stigmates d'atteinte encéphalique qui paraissent n'avoir encore que la valeur d'antécédents.

Nous ne pouvons affirmer, dans l'état actuel de nos connaissances, que tous les facteurs cités dans cette colonne aient obligatoirement participé à la genèse du syndrome mental morbide qui s'est installé, mais nous pouvons prétendre que beaucoup de

SYNDROMES	Nombre de malades	Dégénérescence	Alcool.	Héredo-alcool.	Syphilis	Héredo-syphilis	Traumat. craniens	Tuberculeuse			Artérose sclérose	Typhoïde et paratyphoïde	Enceph. épidémique	Paludisme	etc.
								certaine	probable	héréditaire					
Débilité mentale.....	22	17	2	6		1	4	1		3					
Imbécillité.....	14	13		1		1	1	1							
Idiotie.....	4	4								2					
S. épileptiques.....	8	7	2	2		1	2				1				
S. confusionnels.....	2		2				1								
S. discordants.....	13	3	5	2	1		2	3	1	2	2				
Déséquilibre psychique...	48	34	22	3	5	2	4	4	2	16	5	4	1		
S. d'affaiblissement intellectuel. ...	4	2	4		1		2			3	3		2		
S. démentiels.....	2		2	2	1										
S. de Korsakoff.....	1		1				1								
S. délirants.....	12	6	6		1		2	1	1	1	1				
S. paranoïdes.....	2				1					2	1				
S. dépressifs.....	3	1	1	1			1			1					
S. de paralysie générale..	34	15	26	3	34		7	1		24	1		2		
	169	102	73	20	44	4	27	11	3	60	15	4	5		

ces facteurs ont existé avant l'écllosion du mal. Ils doivent donc obligatoirement figurer dans un tableau destiné à montrer la fréquence plus ou moins grande d'antécédents pathologiques favorables à l'écllosion de troubles mentaux. Certes, nous ne voulons pas tomber dans l'erreur de prendre, pour la cause d'une maladie mentale, un effet de la maladie.

Or, nous avons montré, par exemple, dans un travail sur l'alcoolisme, que si l'alcoolisme de certains débiles, épileptiques, déséquilibrés ou dépressifs pouvait être envisagé comme une des conséquences de leur affection, il avait été, la plupart du temps, le facteur décisif déclenchant les réactions, les troubles du caractère ou l'insociabilité, lesquels ont motivé l'internement. Comment, dans ces conditions, ne pas faire participer ouvertement l'alcool à l'étiologie des troubles mentaux de ces malades, où facteurs acquis et facteurs constitutionnels, facteurs récents et facteurs anciens doivent également être pris en compte ?

Nous avons relaté, par ailleurs, l'importance de l'artério-sclérose dans la paralysie générale. Nous avons appuyé sur le fait que si l'artério-sclérose n'était point primitive, et avait pu n'apparaître seulement qu'au début de l'affection, elle avait cependant contribué indubitablement à l'installation et à la fixation de formes cliniques, dont la guérison s'avérait difficile. Comment, dans ces conditions, passer sous silence un pareil facteur pathogène ?

Tous les antécédents pathologiques que nous citons n'ont certes pas participé d'une égale manière à l'avènement des troubles mentaux. La sommation des processus pathogènes, la sommation des étiologies est en médecine psychiatrique la règle sur laquelle l'un de nous insiste depuis longtemps. Certains facteurs peuvent être considérés comme préparant un terrain favorable ; d'autres, comme sensibilisant, fragilisant le système nerveux ; d'autres encore, comme déclenchant l'écllosion du syndrome mental. Mais, tous ont probablement participé à la genèse du mal.

Du reste, il ne peut être question ici d'aborder dans le détail le problème de l'étiologie en médecine psychiatrique. Les malades de notre Colonie familiale ne s'y prêtent pas, car, d'une part, seul le sexe masculin y est représenté, d'autre part, nos malades sont, pour la plupart, de vieux internés dont le comportement est compatible avec une vie en demi-liberté. C'est dire que tous les syndromes ne se rencontrent pas chez nos malades ; c'est dire aussi que, dans chaque syndrome, quelques formes sont absentes.

Il est une seconde question qui rend encore plus impossible toute discussion poussée. C'est la pauvreté des renseignements que nous pouvons fournir. Nos vieux malades sont trop éloignés de leur accident initial, trop affaiblis bien souvent, pour nous mettre au courant de leurs anciennes maladies. Les dossiers ne sont jamais à même de pourvoir à l'insuffisance de mémoire de nos sujets. L'éloignement de Paris, d'où viennent nos malades, et le manque d'assistante sociale arrêtent toute velléité d'enquête sur les antécédents familiaux ou personnels de nos pensionnaires.

Nous avons été contraints, dans ces conditions, de ne pas signaler certains éléments étiologiques, pourtant de premier ordre, héréditaires ou psychogénétiques, parce que rien dans nos renseignements n'y faisait allusion. Il est certain que de meilleurs moyens d'investigation auraient considérablement enrichi notre tableau étiologique.

Ainsi donc, dans les conditions de travail assez difficiles, tenant aux divers facteurs que nous avons énumérés, nous avons pu cependant mettre en évidence, pour chacun des grands syndromes, un nombre assez considérable d'étiologies diverses.

Chaque malade est le plus souvent victime de plusieurs étiologies, et il serait possible, pour chaque syndrome, comme nous l'avons fait dans un travail antérieur pour la paralysie générale, de montrer comment les antécédents pathogènes s'accumulent sur chaque malade.

On pourrait aussi interpréter nos résultats, en notant la fréquence avec laquelle les mêmes facteurs étiologiques se retrouvent dans les divers syndromes. L'interprétation trop généralisée de ces résultats n'aurait ici, répétons-le, aucune valeur, nos malades étant trop spéciaux pour cela.

Retenons déjà le côté pratique d'un tableau synoptique exposant les syndromes mentaux en regard des facteurs étiologiques. La complexité des faits imposera, tôt ou tard, une classification synoptique, car la richesse des facteurs étiologiques est évidente.

Ainsi que l'ont réclamé MM. Toulouse et Heuyer, il est seulement regrettable que la recherche de l'étiologie, dans les affections mentales, ne puisse être pratiquée plus systématiquement, dans des services dotés de laboratoires, d'équipements radiologiques, d'assistants, d'internes et même d'externes en permanence, à la période précoce, où elle serait encore utile du point de vue thérapeutique, car la recherche étiologique, pour fructueuse qu'elle soit dans les hôpitaux psychiatriques, ne peut porter tous ses fruits qu'au début de l'affection mentale.

J. Vié a spirituellement défini l'actuelle organisation de l'assistance aux malades mentaux, en la comparant à la situation d'un chirurgien qu'on affecterait à l'un de ces dépôts invraisemblables d'éclopés, bossus, boiteux, bancals, paralytiques, porteurs d'érouelles ou de fistules, tels qu'on les rencontre dans les vieux hospices de campagne, où, du moins, ils ne sont pas mélangés avec des malades aigus comme cela se fait encore pour les malades mentaux, faute de services libres en annexe des hôpitaux.

Aussi ferons-nous nôtre sa conclusion ainsi que l'un de nous n'a jamais manqué de le dire dans tous ses travaux : « C'est au service libre, à la consultation, au dispensaire, à l'hôpital général, en clientèle, que l'effort étiologique peut espérer le succès : c'est là qu'il faut le porter. »

Bibliographie

- 1) M. LECONTE. — La statistique officielle vichyste des maladies mentales et la Médecine psychiatrique, *Rapport inédit à M. le Ministre de la Santé Publique*, Décembre 1944.
 - 2) M. LECONTE et P. MARTY. — La paralysie générale est-elle d'origine exclusivement syphilitique ? *La Gazette des Hôpitaux*, Février 1945.
 - 3) MARCHAND. — *Maladies mentales*.
 - 4) VIÉ. — Sur l'existence d'entités morbides en psychiatrie, l'utilité et l'orientation de l'effort nosologique, *Annales médico-psychologiques*, avril 1940, tome I, page 347.
 - 5) HEUYER. — A propos de la loi de 1838 et de son projet de révision, *Annales médico-psychologiques*, juillet 1939, tome II, n° 2.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 11 Juin 1945

Présidence : M. L. MARCHAND, ancien président

PRÉSENTATIONS

Etude du terrain chez un sujet atteint de syphilis du névraxe (*Présentation de malade*), par MM. J. DUBLINEAU et J. BEAUDOUIN.

Le problème du terrain dans la paralysie générale a été évoqué par Corman, dans sa thèse (1). La paralysie générale, dans ses formes ordinaires (démences simples ou maniaco-mélancoliques), est reconnue par les classiques comme étant l'apanage du tempérament sanguin, par les disciples de Kretschmer (Stern, Kroll, Greindler) comme relevant du tempérament pycnique ou pycno-athlétique. Corman aboutit à des conclusions analogues, tant pour les malades que pour leur parenté. Les formes schizo-phréniques tendent au contraire à apparaître sur des terrains que Corman appelle rétractés, avec évolution plus lente, rémissions, voire arrêt de l'évolution. Pour Leinier (*in* Corman), cette dualité répondrait à des différences de lésions anatomiques.

Malgré tout l'intérêt du travail de Corman, un grand nombre de points restent obscurs. Cela tient à l'équivoque du tempérament sanguin (conception trop strictement humorale) ou pycno-

(1) CORMAN. — La constitution physique des paralytiques généraux. *Thèse Paris*, 1932.

athlétique (caractère mixte de cette étiquette, rendant difficile l'étude de ses liaisons psychologiques). Des symptômes importants, comme l'impulsivité, la colère, spécifiques d'une certaine structure caractérielle, se trouvent ainsi faussés dans leur interprétation.

Nous avons, à plusieurs reprises, montré que le problème de la syphilis du névraxe devait être interprété en fonction du problème général de la résistance biologique. La morphologie, envisagée selon des critères biométriques précis, représente un aspect — d'ailleurs non absolu — de cette résistance. La syphilis du névraxe prend une forme d'autant plus limitée, se rapproche d'autant plus (du point de vue nosologique) de la « syphilis cérébrale »; qu'elle évolue sur un terrain plus résistantiel, c'est-à-dire chez un sujet de type athlétique (*alias* : recto-scapulaire) (1); avec sa structure caractérielle correspondante. En d'autres termes, il n'y a pas une paralysie générale, une syphilis cérébrale, mais des formes généralement mixtes, avec prédominance de l'un ou l'autre de ces deux états nosologiques, le sujet tendant d'autant plus vers le type « syphilis cérébrale », que : 1° il tend davantage vers les structures caractérielles concentrées ; 2° qu'il est porteur de facteurs biologiques de résistance ; 3° qu'il présente davantage de composantes athlétiques dans sa morphologie.

Le cas suivant illustre ce qui précède :

OBSERVATION. — T..., ébarbeur, interné en décembre 1941, à 41 ans, pour syndrome paralytique à forme démentielle à l'entrée, affaiblissement marqué, optimisme, mobilité de l'humeur, irritabilité. Pas d'idées délirantes. Réactions positives dans le sang (Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn) et le liquide céphalo-rachidien (albumine : 0,70 ; leuco. : 30 ; Bordet-Wassermann et benjoin positifs (le détail de positivité du benjoin, exécuté dans un autre hôpital, n'a pu être obtenu).

Signes physiques : dysarthrie, anisocorie (D >), paresse pupillaire, leucoplasie. Tension artérielle : 16-10 (Pachon). Groupe sanguin : 0.

L'affection aurait débuté quelques mois auparavant, alors que le sujet travaillait en Allemagne, chez un homme que l'enquête donne comme étant devenu sombre, coléreux, menteur. L'internement a été motivé par ses troubles du caractère (colères, violences, menaces de couper le cou à sa femme avec un rasoir).

Notion d'échauffement en 1937, avec prise de sang et deux séries d'injections intraveineuses (Cyanure ?).

(1) DUBLINEAU (J.). — Esquisse d'une interprétation typologique de l'individu. *Annales médico-psychologiques*, 1943, II, n° 3-4.

Parents morts âgés, le père à 71 ans (suicide après une attaque), la mère à 89 ans. Fréquence des morts par ictus dans la famille de la mère. Marié sans enfant.

Impaludation le 11 janvier 1942 (2 cc. 1/2 de sang en intraveineuse). Dans l'après-midi du même jour, crise nerveuse de type comitial, avec morsure de la langue et perte d'urine. Par la suite, 10 accès francs sans incidents, suivis de traitements réguliers (stovarsol et bismuth liposolubles alternés) poursuivis jusqu'à ce jour.

En avril 1942, nouvelle crise. Deux crises encore le 30 juillet 1942 et en septembre 1943.

Etat général précaire en 42 et 43. Œdèmes de carence. Fonte musculaire. Le poids tombe de 62,5 à l'entrée à 46 kilos en février 1943.

Le sujet se met à fabuler, parle de millions et de milliards. Il semble perdu.

Cependant, à partir de février 1943, le poids remonte régulièrement, l'état général s'améliore, les œdèmes disparaissent, le délire tend à rétrocéder.

Actuellement le sujet pèse 76 kilos. Il présente un fonds d'affaiblissement modéré. Il est expansif par moments, mais sans délire. Il est surtout irritable, supportant mal la discussion.

Liquide céphalo-rachidien (1^{er} juin 1945): albumine 0,55; Pandy +; Weichbrodt 0; Leucocytes 5; Benjoin: 12210.02222.00000; Bordet-Wassermann positif partiel; Meinicke 0; Tension artérielle 16-10 (Vaquez).

Examen biométrique. — Sur 38 mensurations effectuées:

14 se rapportent au type pycno-iliaque (pycnique de Kretschmer).

13 — — recto-scapulaire (athlétique de Kretschmer).

1 — — rhombotrochantérien (asthénique de Kretschmer).

1 a une valeur mixte (pycno-athlétique).

Les indices relevés sont les suivants (en écarts réduits):

	σ		σ
Pignet	— 2,08 Pyc	Latéro-céphalique .	— . 58 Athl.
Acromio-thoracique	+ . 86 Athl.	Facial	— . 98 Athl.
du tronc	+ . 36 Athl.	Nasal	+ . 15 Athl.
Céphalique	— . 08 Athl.	Skélique	+ 1,25 Asth.
Mandibulo-zygoma-		Tour de main	+ 1,59 Athl.
tique	— 1,51 Asth	Pied	+ 1,79 Athl.

Au total: 6 indices de type athlétique, 2 de type asthénique, 1 de type pycnique, 2 non significatifs.

Examen psychologique. — Le test de Rorschach, interprété selon notre technique personnelle, met en évidence les éléments caractéristiques de la structure concentrée, dont nous avons montré la fréquence relative chez l'athlétique.

COMMENTAIRES. — En résumé, il s'agit d'un homme qui a présenté les signes d'une atteinte méningo-encéphalique du névraxe. Cette atteinte s'est présentée sous une forme démentielle simple et a été marquée surtout par des troubles de l'humeur à type d'irritabilité. Au surplus, le sujet a présenté à partir du jour de l'impaludation des crises nerveuses épileptiformes. Au cours de l'évolution, il a présenté une phase transitoire de délire mégalomaniac dans la période qui a coïncidé avec une baisse sensible de l'état général (baisse à laquelle participaient d'ailleurs des éléments de carence alimentaire).

Par la suite, l'amélioration a amené, avec la disparition du délire, une reprise des troubles du caractère.

Le sujet présente des composantes caractérielles de type concentratif, une structure somatique à prédominance athlétique, un groupe biologique de résistance (groupe 0). Il est permis de penser que la structure de type résistantiel chez notre malade a favorisé l'évolution actuelle. Le sujet se présente actuellement comme un syphilitique ayant fait une atteinte syphilonévriaxique, dans laquelle les troubles tendent à la limitation, comme c'est le cas chez les sujets à tendance résistante.

Epilepsie réflexe, rôle des excitations auditives et tactiles
(Présentation de malade), par MM. ANDRÉ-THOMAS, J. DE AJURIAGUERRA et R. MALEYRIE.

OBSERVATION. — M. B..., 42 ans, présente depuis l'enfance des crises avec chute brusque déclenchées par des stimuli particuliers.

Antécédents personnels. — Né à terme. Marche et parle à l'âge normal. Ni convulsions infantiles, ni terreurs nocturnes, ni somnambulisme. Pas d'énurésie. Les souvenirs infantiles sont très vagues ; il se rappelle cependant que lorsqu'il allait à l'école il se tenait difficilement en équilibre et tombait à la moindre poussée. Le malade ne présente aucun trouble de la série hypothalamique, et en particulier de narcolepsie. Pas d'antécédents encéphalitiques épidémiques. On ne trouve rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Histoire de la maladie. — Le malade précise mal le début de ses crises. Les premiers souvenirs remontent à 1917. A cette époque, étant employé à la fabrication des verres de montres, la chute ou l'éclat d'un verre à la flamme déclenchait tantôt une secousse, tantôt une chute. (Il arrivait parfois à se maintenir et à empêcher la chute). Les chutes étaient rares et ne s'accompagnaient pas de blessures ; il restait parfois un mois sans tomber. Les crises présentaient des caractères

res particuliers : en l'espace d'un éclair il s'effondrait sur ses jambes, tombant sur la région fessière. « C'était comme si tout s'arrêtait, comme si j'étais paralysé. » Lorsqu'il était appuyé au comptoir, il avait parfois le temps de s'agripper avec ses mains et prévenait ainsi la chute ; toutes ses crises étaient déclenchées par les bruits.

Au cours de son service militaire, il a été considéré pendant quelque temps comme un simulateur. Envoyé malgré ses protestations à un exercice de tir, il est tombé à la renverse et la décharge de son fusil est allée se loger dans le casque d'un de ses camarades. Il fut réformé par la suite.

A partir de juin 1939, les crises deviennent plus fréquentes et changent de caractère. Elles surviennent au minimum deux à trois fois par jour. Le stimuli surprise ne déclenche plus un dérochement des jambes mais une secousse avec projection du corps vers la droite peu de temps entre le stimuli et la chute : « C'est presque immédiat. » Dans la position debout, le stimuli auditif déclenche une sensation d'enraidissement avec inspiration forcée, puis projection du corps, le plus souvent vers la droite. Le malade se trouve par terre, puis se relève immédiatement après la chute. On arrive difficilement à préciser si la chute s'est accompagnée d'une perte de connaissance. Nous avons pu provoquer la crise par un coup de sifflet brusque. Le malade, qui nous tournait le dos, a fait un quart de tour et a été projeté brusquement sur le côté gauche, la chute portant sur son épaule et la région malaire gauche. Blessé dans son hémiface gauche, le coup ayant porté contre le bord d'une chaise, le malade est resté obnubilé pendant une minute environ. Nous avons remarqué que la chute s'est produite en masse, sans fléchissement des jambes et sans réactions d'extension des membres supérieurs.

Lorsqu'il est appuyé contre un mur ou sur une table, il s'écroule. Une fois que la chute est commencée, il est incapable de l'arrêter. Lorsque le trouble se produit *dans la position assise*, la jambe droite flanche, comme paralysée, et glisse en avant ; la tête et le tronc sont rejetés en avant en flexion ventrale. Dans la *position couchée*, sa jambe et sa cuisse droite fléchissent ; la tête et le tronc ne modifient pas leur position. Telle est la description qu'il nous fournit. Certains points restent imprécis ; si nous comparons le phénomène auquel nous avons assisté et les autres descriptions données par le malade, on peut se demander si ce que le malade décrit comme « le corps qui glisse » ou « la jambe qui flanche » répond bien à une dissolution du tonus ou à une réaction hypertonique (le malade lui-même est peu affirmatif).

Fait important, les crises n'apparaissent jamais au cours de la marche.

Les stimuli qui déclenchent ces crises sont variés, mais on peut les intégrer dans deux cadres : les stimuli auditifs et les stimuli tactiles. Les stimuli ne provoquent pas inévitablement la crise ; il est nécessaire qu'ils surviennent inopinément, que le malade ne soit pas en état

d'alerte, qu'il y ait un élément surprise. Le téléphone au cours de son travail, la sonnerie de la caisse d'enregistrement de son magasin ne déclenchent pas de crise. Au cours des journées de la libération, les coups des mitrailleuses et même le bombardement de la nuit de la libération, dont une bombe est tombée à 50 mètres de la maison, n'ont pas déclenché la crise. Notons qu'il est engagé à la défense passive sans qu'il ait jamais présenté des troubles au cours de sa fonction.

Voici à titre d'exemple quelques stimuli qui déclenchent la crise : coup de sifflet ; à la suite d'un coup de sifflet du chef de gare, le malade a été projeté à travers la glace, d'où blessures multiples. (Le coup de sifflet dans le métro ne produit pas grand'chose). Coup de téléphone chez son médecin ou chez des étrangers. Coup de frein d'auto. Chute inattendue d'objets. Coup par chute d'autre objet pesant. A l'église, au signal du Suisse, il est tombé à deux reprises : une fois à genoux sur le prie-Dieu, la deuxième fois latéralement vers la droite lorsqu'il était à genoux. Le disque, la musique en général ne déclenchent jamais les troubles. Il ne fait pas de différence dans le mécanisme de déclenchement des troubles entre les sons aigus et les sons graves. Le grésillement de la radio, un retour de flamme du fourneau peuvent les déclencher. De même l'aboïement du chien de son boulanger, qu'il craint (et seulement celui-ci), le fait tomber. Si on le frappe par derrière sur l'épaule, s'il se pique, s'il se brûle sans s'y attendre, la chute se produit. Si lorsqu'il se rattrape il se coupe, le même phénomène se produit. S'il bute avec son pied, rien. Les mauvaises odeurs, les goûts désagréables sont d'un effet nul. Si un objet traverse rapidement son champ visuel, une auto par exemple, il ressent un sursaut et « manque de tomber ». Les fortes impressions lumineuses sont d'un effet nul.

Les émotions proprement dites sont inefficaces, tels le rire, les pleurs, les mauvaises nouvelles. Mais à la suite d'une dispute, d'une remontrance, il a l'impression que sa jambe devient plus lourde. La vue d'une personne qui tombe le fait tomber lui aussi. Les rapports sexuels ne déclenchent aucun trouble.

Au cours de ses chutes, les blessures sont fréquentes. Il présente d'ailleurs de larges cicatrices au niveau du front de l'arcade sourcilière droite. Afin d'éviter ces accidents, il prend des dispositions particulières. Il reste appuyé contre un mur ou sur les tables. Se lave dans la position assise, car un jour, lorsqu'il était en train de se laver, à la suite d'un coup de sonnette de l'employé du gaz, il est tombé sur l'évier et s'est cassé six dents.

A l'examen. — Nous sommes frappés, dès que le malade se déshabille, par l'aspect caractéristique de ses pieds ; il s'agit des pieds du type Friedreich. Pieds creux avec face dorsale bombée, dernières phalanges des orteils en flexion, saillie des tendons des extenseurs, en particulier du gros orteil. Le trouble est plus marqué à droite. De ce côté, la flexion des orteils est très limitée ainsi que la flexion dorsale du pied. Malgré ces déformations, la marche est normale et ne note d'ataxie ni statique ni cinétique. Pas de Romberg, le malade arrive à

se maintenir sur une seule jambe, les yeux fermés. L'hyperextensibilité est très marquée, surtout au niveau des membres inférieurs, mais plus marquée à droite qu'à gauche. Exagération du ballant des pieds. Sauf aux pieds, la force musculaire est conservée. Il n'existe ni Mingazzini ni Barré + d'un côté. Les réflexes ostéo-tendineux, aussi bien les achilléens que les rotuliens, sont plus vifs à gauche qu'à droite. Le réflexe cutané abdominal est plus vif à droite qu'à gauche. Les réflexes crémastériens sont vifs et égaux. Le réflexe cutané plantaire présente une tendance à l'extension bilatérale. Dans l'épreuve du bras tendu, pas de déviation. L'épreuve du talon sur le genou est normale et égale. On remarque une légère décomposition du mouvement dans l'épreuve du doigt sur l'oreille dans la position couchée. Pas d'adiadococinésie. Hypoesthésie tactile et thermo-algésique dans tout l'hémi-côté droit, face non comprise. Sens de position normal. Pas d'astéréognosie. Nerfs craniens normaux. Pupilles normales. Nystagmus dans le regard latéral augmenté par la rotation. Des examens vestibulaires et chronaxiques sont en cours. Pas de troubles sphinctériens. Pas de scoliose. Psychisme normal. Encéphalogramme normal. Le malade a suivi un traitement par gardénal-bromure. Di Hydan sans résultat. Mais le traitement gardénalique étant à trop petites doses, 0,08, un traitement à 0,15 a nettement diminué les crises.

En résumé, il s'agit d'un cas d'épilepsie-réflexe, déclenchée par des stimuli tactiles et surtout auditifs, qui a pu être déclenchée par nous. Les excitations ne produisent de l'effet que si elles surviennent inopinément par surprise. L'un de nous a déjà insisté avec M. Marchand sur l'importance de la surprise dans le déclenchement de ce type de troubles. La crise est violente, brusque et s'accompagne de blessures multiples, dont il porte d'ailleurs les traces. Chez le malade, nous trouvons donc une symptomatologie de lésion organique du système nerveux central. L'hypothèse d'une forme particulière de dégénérescence spino-cérébelleuse est soulevée; des examens complémentaires en cours confirmeront peut-être cette hypothèse.

Cénestopathie faciale droite périodique (*Présentation de malade*), par M. J. DE AJURIAGUERRA.

OBSERVATION. — Mme Juliette D... consulte à l'hôpital Henri-Rousselle (Médecin-Directeur: Dr Genil-Perrin) pour un état dépressif accompagné de troubles cénestopathiques siégeant à l'hémi-face droite. Agée de 56 ans, sans antécédents pathologiques importants, sauf une entérocolite qui persiste depuis l'âge de 16 ans. Mariée à 18 ans, a fait deux fausses couches et a accouché d'un enfant normal né à terme.

Réglée à 13 ans, régulièrement. Ménopause en cours. Elle a présenté de l'eczéma vulvaire et inguinal, éruption qui a disparu dès l'apparition de sa dépression.

Née d'un père alcoolique, son enfance se déroule dans une atmosphère de mésentente familiale, de disputes et de violences continues. Son mariage ne fut pas plus heureux : séparation puis rupture quelques années après. Frigide, elle le reste même après quelques essais sexuels ultérieurs. Aboulique et légèrement suggestible, elle adhère à une association religieuse nouvelle d'esprit chrétien dirigée par un suisse : « Le messager de l'éternel ».

Les troubles pour lesquels elle consulte sont intéressants à considérer. La malade se plaint de sensations anormales siégeant à l'hémiface droite. Il ne s'agit pas de douleurs mais de modifications bizarres et permanentes. Impression de modifications des os du crâne comme si la peau était soudée aux os, de l'œil droit qui serait plus saillant que le gauche.

Dans les mouvements du front, elle sent son œil se déplacer à droite, mais même au repos, lorsqu'elle se regarde devant la glace, elle voit son hémiface plus grosse, comme gonflée, et derrière vers la droite. D'une manière permanente, elle ressent une « sensation en dedans », et garde une impression de présence. « Je sens, dit-elle, que j'ai un œil, une oreille, un derrière de l'oreille, un cou, à droite. » Les troubles épargnent le nez, les lèvres, les mâchoires et les dents. Ces modifications apparaissent dès le réveil et ne disparaissent que pendant le sommeil : « ça devient une obsession constante qui me déprime » ; elles ne se manifestent pas au cours des rêves.

Cet épisode est loin d'être unique dans sa vie. Elle a présenté en effet des épisodes semblables à six reprises depuis 1906. C'est d'abord au cours d'un état dépressif pendant sa grossesse qu'elle ressent des modifications de l'hémiface avec déviation du front vers le haut. Le jour de l'accouchement elle regarde la tête de sa fille « pour voir si celle-ci n'avait pas pris son mal ». Le trouble disparaît peu de temps après l'accouchement. En 1915, au cours de la maladie de sa mère, nouvel accès avec impossibilité de se coiffer à droite, de garder un chapeau sur la tête. En 1923, nouvel accès d'une durée de six mois à la suite d'une rétroversion utérine. Mêmes troubles en 1924 à la suite d'un conflit affectif avec sa fille, ainsi qu'en 1933 et 1938 (d'une durée de 6 à 9 mois).

Les accès débutent toujours brusquement et disparaissent progressivement. Ils paraissent toujours en rapport avec des chocs affectifs ou des périodes de grand surmenage. Ils s'accompagnent d'un état dépressif d'importance inégale. Tantôt simple tristesse avec inertie, tantôt aspect mélancolique franc avec idées d'incurabilité et de suicide (en 1943, elle a porté le tuyau du gaz à sa bouche).

L'examen neurologique ne montre aucun signe objectif d'une affection organique du système nerveux. Les réflexes sont normaux, aussi bien les ostéo-tendineux que les cutanés. La sensibilité est normale aussi bien aux membres qu'à la face. On ne note pas de troubles sym-

pathiques localisés. Les pupilles sont normales. Le corps thyroïde est normal. Les réactions sérologiques sont négatives.

En résumé, il s'agit d'une malade qui a présenté depuis sa jeunesse six accès du type cénestopathique à siège hémifacial droit. Ces accès, à début brusque et disparition progressive, s'accompagnent tantôt d'une dépression franche, tantôt d'un état dépressif estompé.

L'intérêt de cette observation réside dans le fait de l'apparition périodique au cours des états dépressifs de troubles cénestopathiques localisés. A certains moments et en particulier au cours de sa dernière crise, le trouble prenait l'allure de ces formes mineures cénestopathiques de la mélancolie, sur lesquelles a insisté Montassut et dont Longuet dans sa thèse a donné plusieurs exemples.

La localisation et les caractères des troubles nécessitent aussi un court commentaire. On a souvent insisté sur les fausses névralgies faciales périodiques « d'origine psychique », mais, dans notre cas, la malade ne se plaint pas de douleurs, mais de sensations bizarres atypiques, souvent difficiles à décrire. Le malade sent l'existence de certaines parties de sa face. C'est par une prise de conscience, par un sentiment obsédant de présence, que les troubles se manifestent. Le silence habituel de ces organes a disparu et les idées de transformation sont apparues en même temps. Cette hallucinose cénesthésique, dans le sens de Dupré, paraît, au point de vue descriptif du moins, entrer dans le cadre des troubles du schéma corporel par présence obsédante de certains organes. Elle doit être rapprochée dans la recherche des troubles par non-appartenance qui caractérisent l'anosognosie.

DISCUSSION

M. Jean DELAY. — La présentation de M. de Ajuriaguerra soulève plusieurs problèmes :

1° *Rapport de cet état avec la psychose périodique.* — MM. Logre, Montassut et Longuet avaient publié naguère un cas analogue. Personnellement, j'ai, il y a deux ans, observé une femme de 60 ans, considérée depuis 3 ans comme une délirante hypocondriaque (gouttes qui lui descendaient le long de la colonne vertébrale et des cuisses, transformation des mains, sensations subjectives diverses, etc...), mais qui avait présenté plusieurs états cénestopathiques antérieurs, en particulier un qui, dix ans auparavant, avait duré 6 mois. En six séances, l'électrochoc guérit cette malade. Cette femme vient de retomber dans un état mélancolique.

Il y a donc, semble-t-il, un facteur périodique à retenir comme terrain dans les états de ce genre. J'ajoute toutefois que, dans le cas en question, il s'agissait de troubles cénestopathiques généralisés.

2° Ici, la cénestopathie est limitée et je me demande si l'on ne pourrait pas parler simplement d'une forme atypique de migraine, comme en a décrit Vallery-Radot. Je suis gêné, en effet, par ce caractère dimidié des troubles, encore (je le reconnais) que certains arguments puissent être apportés (telle, par exemple, l'existence d'exophtalmies unilatérales au début de certaines affections).

3° Quant à l'agnosie, je ne la comprends guère ici. Pourquoi y a-t-il des troubles du schéma corporel ?

4° Quoi qu'il en soit, M. de Ajuriaguerra fait de sa malade une forme mineure de mélancolie. Mais je lui objecterai que l'électrochoc est demeuré sans résultat.

Il peut s'agir en résumé d'une migraine avec état dépressif. Mais la migraine ne saurait être rattachée à la mélancolie.

M. GUIRAUD. — Je suis surpris de voir contester un diagnostic de mélancolie sur la simple inefficacité d'un traitement par électrochoc. L'intérêt de cette observation réside tout au contraire dans l'association d'un état dépressif et de troubles cénestopathiques unilatéraux. Je vois là les signes d'un fonctionnement imparfait de la terminaison des centres, probablement aux environs du noyau interne du thalamus. Cette observation nous éclaire sur la pathogénie des états mélancoliques. Il est probable que nous observons habituellement en psychiatrie des symptômes plus diffus que les états neurologiques, d'où leur caractère habituellement général. D'ailleurs l'observation de M. de Ajuriaguerra n'est pas exceptionnelle. Elle offre l'intérêt de montrer le lien qui unit neurologie et psychiatrie. Au surplus, quelle différence y aurait-il entre une cénestopathie bilatérale et deux cénestopathies unilatérales chez le même malade ?

Confusion mentale périodique. Résultats de l'électro-choc et de l'insufflation ventriculaire, par MM. J. DELAY, P. PUECH et J. MAILLARD.

Le 4 juillet 1942, MM. Puech, Bessière, Micoud et Brisson publiaient un cas de mélancolie guéri après ventriculographie et rétablissement de la tension ventriculaire. La malade que nous présentons aujourd'hui correspond à un cas analogue, avec cette différence qu'il s'agit ici d'un accès confusionnel.

OBSERVATION. — Mlle F..., âgée de 30 ans, coiffeuse, entra pour la première fois dans le service de la clinique le 27 mai 1943, pour accès confusionnel grave avec alternatives d'adynamie et d'agitation, tem-

pérature oscillant entre 39° et 40°, urée sanguine à 0 gr. 99, trace d'albumine dans les urines, état saburral des voies digestives, état général précaire, le reste de l'examen ne révélant rien qui mérite d'être noté.

Le Bordet-Wassermann dans le sang était négatif.

La ponction lombaire donnait les résultats suivants : albumine 0,40 ; cytologie 5 ; Bordet-Wassermann négatif ; benjoin : 00000.02210.00000. L'hémoculture fut négative.

Tout d'abord traitée par les thérapeutiques habituelles qui n'entraînèrent aucune amélioration, cette malade fut soumise à l'électrochoc quatre jours après son entrée dans le service.

Dès la première séance, on constata une amélioration manifeste, la guérison complète étant obtenue après une série de quatre électrochocs seulement.

Cette malade quitta le service complètement guérie le 1^{er} juillet 1943, soit un mois après son entrée, et reprit sa vie normale.

Le 25 janvier 1945, soit 1 an 1/2 après sa sortie, cette malade revint à la clinique pour un nouvel accès confusionnel identique au précédent, avec température à 38°, urée sanguine à 0 gr. 88. Une série de huit électrochocs quotidiens réduisit rapidement le syndrome confusionnel, dissipant l'obnubilation intellectuelle et ramenant la température et l'urée sanguine à la normale. Cette malade sortit, complètement guérie, le 18 mars, soit 1 mois 1/2 après son entrée.

Un mois après, le 18 avril 1945, cette malade entre de nouveau dans le service pour un troisième accès confusionnel : température à 39°9, urée sanguine à 1 gr. 50. Albumine à 0 gr. 82. Une nouvelle ponction lombaire donne les résultats suivants : albumine 0,40 ; cytologie 4 ; Bordet-Wassermann négatif ; Meinicke négatif ; Pandy négatif ; Benjoin : 00000.00220.00000.

Une nouvelle série de 10 électrochocs, au cours de laquelle on remarque que les crises convulsives typiques sont difficiles à obtenir, entraîne de nouveau, très rapidement, une guérison apparemment complète avec retour de la température à 37° dès le lendemain de la troisième séance, et de l'urée sanguine à 0 gr. 20 après la sixième.

Mais le 24 mai, nouvelle rechute : réapparition d'un nouvel accès d'agitation confusionnelle avec fièvre et élévation de l'urée sanguine à 0 gr. 50. Un examen oculaire pratiqué ce jour révèle un fond d'œil normal.

Pensant à la possibilité d'un trouble de l'hydraulique du liquide céphalo-rachidien, cette malade est alors adressée au D^r Puech pour qu'il pratique une ponction ventriculaire et vérifie l'état de la pression du liquide céphalo-rachidien dans les ventricules, intervention qui est pratiquée le 28 mai 1945, alors que la malade était en pleine confusion mentale.

Compte rendu opératoire : Ventriculographie (D^r Brun).

Double trépano-ponction occipitale droite et gauche. Dure-mère non battante. Les deux ventricules sont trouvés en place, sans tension.

L'air est aspiré dans l'aiguille. Il s'écoule trois gouttes de liquide céphalo-rachidien par compression jugulaire. Injection de 40 cc. d'air après retrait équivalent de liquide céphalo-rachidien. Hémostase : fermeture.

Ventriculogrammes : Ventricules normaux. Un peu d'air est passé en encéphalographie.

Le lendemain de l'intervention, transformation de l'état mental : l'agitation a complètement cessé et l'obnubilation intellectuelle à peu près complètement disparu. La malade est présente, répond volontiers aux questions, parfaitement consciente de l'amélioration qui vient de se produire dans son état. On ne retrouve qu'une amnésie lacunaire portant sur toute la période aiguë de l'accès, avec une légère désorientation temporo-spatiale.

Un dosage d'urée pratiqué le surlendemain de l'intervention révèle que le taux de l'urée sanguine est redescendu à 0 gr. 31.

En dehors d'une très légère rechute qui se produisit au cours du troisième jour qui suivit l'intervention et qui ne dura que quelques heures, cette amélioration s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Ainsi, chez une malade présentant un syndrome confusionnel aigu avec hyperazotémie, la ponction ventriculaire révéla l'existence d'une forte hypotension, le rétablissement de la pression normale par insufflation gazeuse entraînant immédiatement la disparition à peu près complète du syndrome mental et le retour à la normale du taux de l'urée sanguine.

Cette observation qui peut être considérée, dans le domaine de la confusion mentale, comme la réplique de celle de MM. Puech et Bessière dans celui de la mélancolie, est intéressante à plusieurs points de vue.

Tout d'abord en révélant, au cours d'un accès de confusion mentale périodique, l'existence d'une hypotension ventriculaire que rien ne permettait de soupçonner. Ce ne fut en effet que la répétition des accès qui nous incita, par analogie avec une précédente observation, à rechercher une perturbation de l'hydraulique ventriculaire.

D'autre part, l'identité d'action qui existe dans ce cas entre l'insufflation ventriculaire et l'électro-choc, identité d'action qui ne peut s'expliquer que par une action commune sur les centres régulateurs de la conscience, c'est-à-dire sur la région diencephalique.

Enfin, le fait que le rétablissement de la pression ventriculaire normale entraîne chez cette malade le retour de l'urée sanguine à la normale, résultat déjà obtenu au cours des accès précédents par la thérapeutique de choc, semble apporter la preuve de l'origine centrale de cette hyperazotémie.

Un faux pervers. Délits névrotiques par conflits affectifs
(Présentation de malade), par MM. Jean DELAY et Francis PASCHE.

En juin 1944, une mère éplorée conduit au service libre de la clinique un jeune garçon de 17 ans qui en paraît 15.

OBSERVATION. — De petite taille, affligé d'un strabisme divergent assez marqué et de différents tics de la face et des membres supérieurs, il a toutefois un air vif, intelligent et le regard direct.

Sa mère nous raconte avec effroi une histoire lamentable qui fait aussitôt penser à la perversion instinctive. C'est le diagnostic qui a été fait tout d'abord. Dès l'âge de 14 ans, vols d'importance croissante aux dépens de son père, plus de 500.000 fr. au total en billets et en pièces d'or, puis vols de bicyclettes, participation à un « coup » à main armée chez une parente, et surtout début de tentative de meurtre sur la secrétaire de son père et projet de meurtre contre celui-ci. Depuis trois ans, rendement scolaire décroissant, puis nul. Il aimait passionnément son père, il le hait ; quant à sa mère, elle semble lui être devenue indifférente. Il dit volontiers : « Je n'aime plus personne. »

A l'interrogatoire, Jean s'exprime avec sang-froid, clarté et précision, et paraît d'une sincérité qui frappe. Il ne cherche ni à minimiser, ni à justifier, ni à monter en épingle ses méfaits.

On apprend d'ailleurs que sa sincérité lui a valu d'être l'objet d'une grave plainte et a permis de découvrir et de faire échouer ses projets de meurtre. Il ne peut être question de cynisme. Son insensibilité, soulignée par l'entourage, nous paraît superficielle et lui demander un effort constamment soutenu ; il est assez facile de faire tomber le masque et jaillir les larmes. Enfin, nous apprenons que non seulement Jean n'a jamais commis le moindre délit jusqu'à 14 ans, mais encore qu'il était auparavant un enfant modèle et presque prodige. Tout cela le distingue du pervers instinctif.

On décide de le psychanalyser.

Ce qui frappe dès l'enfance, c'est l'exécrable ambiance familiale où il grandit. Un père self made man, parvenu à une assez belle situation libérale, mais aigri et physiquement épuisé par la guerre, d'une moralité assez élevée mais étroite et fort satisfaite d'elle-même, d'un caractère entier, dont la haine est sans merci et l'amour extrême et tyrannique.

Une mère, fille de haut fonctionnaire, fort gâtée dans sa jeunesse, aimant les plaisirs, souffrant de vivre avec ce grand travailleur, sombre, édifiant et sentencieux. Très vite elle le trompe, confie ses enfants à une ouvreuse de cinéma qui les garde auprès d'elle dans la salle pendant des après-midi entières, rentre à l'aube par la chambre de

sa fille pour ne pas réveiller le mari. Disputes et pugilats se multiplient en présence de Jean qui, dès l'âge de 3 ans, prend violemment parti contre la mère. Le divorce est enfin prononcé, les enfants sont confiés à la garde du mari. Celui-ci, assez sévère pour la fille qui est restée attachée à la mère, manifeste au garçon, qu'il ne croit pas d'ailleurs être son fils, une tendresse étouffante. Jean répond avec empressement à cette affection ; il est très docile, très brillant élève. Trop chéri, encadré, exhibé. On ne cesse autour de lui de médire de sa mère, souvent avec grossièreté. On lui apprend qu'elle a été kleptomane et on le met soigneusement au courant de ses écarts au fur et à mesure. Il apprend aussi que son oncle maternel faisait des dettes et a volé de l'or. Les grands-parents renchérissent. On le récompense s'il refuse de voir sa mère aux jours fixés. Ainsi on le contraint à s'identifier au père d'une façon beaucoup trop précoce, beaucoup trop passive et à porter à la mère des sentiments proprement dénaturés de mépris et de haine. Le complexe d'Œdipe est entièrement inversé. Cette docilité et ce zèle anormaux chez un jeune garçon révèlent d'ailleurs un équilibre tout à fait instable que la moindre modification du milieu doit rompre.

Or, à ce moment là, il a douze ans, sa sœur, à la suite de scènes fort pénibles, va rejoindre la mère, les grands-parents vont se fixer en province, le père très occupé ne peut lui consacrer que peu de temps. L'enfant se sent seul, livré à lui-même, désespéré. La secrétaire prend alors son éducation en mains, en même temps qu'elle semble faire de grands progrès dans le cœur du père. Bien intentionnée peut-être, mais assez autoritaire, tenant des propos injurieux sur la femme de son patron, l'enfant qui ne l'aimait pas et en était devenu jaloux se cabre, lui tient tête et étudie moins bien ; en même temps la mère, assagie, sachant son fils assez malheureux — il fait une puérile tentative de suicide — le relance afin de le reconquérir. Elle y parvient très vite.

Mais il ne peut aimer l'un et l'autre, s'il prend le parti de la mère ce sera contre le père, et comme toujours avec zèle et excès ; l'antipathie pour la sœur a fait place à un amour fougueux. Il tirera vengeance des propos injurieux tenus sur la mère et qui l'ont persuadé si longtemps, de l'abandon de son éducation à une étrangère incompréhensive qu'il juge intrigante. On reprochait à la mère et à l'oncle de manquer de scrupules, pourquoi en aurait-il puisqu'il a pris leur parti ? Il souffre et s'indigne de voir les deux femmes privées de ressources et le père assez riche. Toutefois, les vols ont avant tout un sens symbolique ; d'ailleurs la mère refuse avec indignation l'argent qu'il veut lui apporter. Il s'agit surtout de se venger, de nier en bloc une toute-puissance pesante, ennemi de son amour œdipien, et d'en saper les bases : argent, considération, etc... Que lui importe d'être pris puisque la honte rejaillira sur le père. S'il le tuait, sa mère et sa sœur seraient à l'abri du besoin.

Ce qui nous paraît important c'est que l'alternative d'amour et de haine devant laquelle on a maintenu cet enfant dès sa naissance a joué jusqu'à douze ans contre le complexe d'Œdipe. A une situation affec-

tive monstrueuse, haïr la mère et porter au père une tendresse soumise et efféminée, il n'a pu réagir, grâce à la rentrée en scène de la mère et à l'ascendant pris sur le père par la secrétaire, que par une compensation pathologique.

Il faut ajouter, pour compléter notre tableau, un sentiment d'infériorité très marqué, en partie justifié par la petite taille, le strabisme et les tics, et que les générosités faites aux camarades avec l'argent du père neutralisaient assez bien.

On doit noter aussi un refus de la virilité surprenant à première vue chez un sujet aussi affranchi. Il déclare avoir horreur des rapports sexuels et assure — il tenta quelques expériences — ne pouvoir supporter la vue d'une femme nue. Aucune tendance homosexuelle n'a pu être mise en évidence.

Conclusion. — Ce qui frappe dans cette observation, c'est l'importance du sentiment d'infériorité et de l'arriération affective. L'un et l'autre dérivent manifestement d'une inversion de l'Œdipe. On se trouve ainsi en présence de délits névrotiques, au sens d'Alexander et Staub, donc provoqués par un conflit affectif, et curables par la psychanalyse.

Un faux pervers : résultats de la cure psychanalytique,
par MM. Jean DELAY et Francis PASCHE.

Nous avons cru pouvoir, par l'analyse du cas de Jean, montrer que ses délits répondaient à la définition d'Alexander et Staub, il nous reste à établir sa curabilité par la psychanalyse. L'interprétation quotidienne de ses rêves nous permettra de suivre de très près l'évolution du traitement.

Les premiers rêves ont tout d'abord confirmé notre hypothèse psychogénétique. Il est émasculé par le père, il le tue, la secrétaire apparaît avec les attributs d'une mère phallique, la vraie mère est en danger et l'appelle à son secours. Les fantasmes masturbatoires ont le même sens, il se représente des femmes vêtues se battant, il prend parti pour l'une d'entre elles et obtient l'orgasme quand celle-ci a le dessous. Mais à mesure que l'analyse se poursuit, les thèmes oniriques et masturbatoires témoignent d'une évolution affective manifeste.

Les scènes oniriques montrent le père compréhensif, encourageant les instincts virils de son fils qui, en échange, le défend contre ses ennemis. La secrétaire, tout d'abord manifestement phallique, est ensuite maltraitée par le rêveur qui a le dessus,

puis sexuellement possédée par lui. Les fantasmes masturbatoires se modifient eux aussi, des scènes érotiques se sont substituées aux combats sado-masochistes. Le transfert nous était apparu dès le début excellent, les rêves ont confirmé notre bonne impression, le psychanalyste y apparaît progressivement comme le substitut du père et, pour les défauts que Jean lui prête, son contraire. Enfin, les tendances anti-sociales, éclairées dans leur mécanisme, régressent. Le thème de l'échange de l'or volé contre la virilité revient à plusieurs reprises.

Mais si le sens du matériel onirique peut être contesté, l'évolution apparente du comportement nous semble décisive. Alors que sa sincérité n'a jamais pu être mise en question tant pour la matérialité des faits qui lui ont été reprochés, que pour ses sentiments intimes et ses projets anti-sociaux, il exprime maintenant une affectivité normale et des ambitions sociales normales. Sa réserve vis-à-vis de la mère et de la sœur s'est muée en attachement passionné, dont la sincérité ne peut être mise en doute. La haine refoulée du père, après s'être extériorisée, a laissé place à une affection lucide un peu protectrice. Il ne songe plus à devenir cinéaste. Il veut embrasser la profession de son père et lui demande de l'y préparer. Alors que son rendement scolaire était nul avant son entrée, il a pu, dans les mauvaises conditions de l'asile, préparer et réussir son premier bachelier.

Ses tics liés au sentiment d'infériorité se sont nettement atténués, la plupart ont disparu. Fugueur incorrigible lors de ses troubles, sa tolérance à l'internement est tout à fait remarquable.

Enfin, le transfert sur le médecin traitant, nous l'avons dit, est excellent, grâce à cela il a substitué une « imago » paternelle cruelle pour la mère, incompréhensive et lui portant un amour tyrannique, un père adoptif indulgent au passé maternel, soucieux de le comprendre et n'exerçant sur lui aucun chantage sentimental.

Le complexe d'Œdipe a donc été redressé et mis à jour. Il peut aimer enfin à la fois le père et la mère ; libéré, il est prêt à un amour objectal normal. Ses délits n'ont plus raison d'être ; il l'avoue aussi facilement qu'il avouait autrefois ne pouvoir les prévenir.

Aussi croyons-nous qu'il pourrait dès à présent sortir. Nous insistons auprès du juge commis à l'instruction de son délit pour qu'il hâte le jugement et se déclare pour la mise en liberté surveillée. Les modifications objectives de son comportement, contrôlées par des rêves quotidiens, nous semblent justifier

notre optimisme et infirment le diagnostic de perversion instinctive.

Nous croyons que cette observation présente un intérêt à la fois théorique et pratique. Il nous semblerait en effet souhaitable que le diagnostic de perversion instinctive fut soumis dans tous les cas à une critique d'inspiration analytique, ce qui permettrait d'être moins pessimiste et de récupérer socialement un certain nombre de ces malades.

DISCUSSION

M. FRIBOURG-BLANC. — La psychanalyse était-elle nécessaire en pareil cas ?

M. Jean DELAY. — C'est surtout l'interprétation apportée ici qui est psychanalytique. Nous nous trouvons en présence d'un enfant pervers, par mauvais développement de l'affectivité.

M. MARCHAND. — Beaucoup de pervers se transforment, même si on ne les traite pas. Il y a souvent, entre 10 et 15 ans, de petites composantes perverses qui évoluent ensuite favorablement.

M. DUBLINEAU. — La notion de perversion doit être, en effet, entendue sur le plan évolutif. Il y a de petites phases de perversion, surtout aux phases critiques de l'enfance : 3 ans, 7 ans, prépuberté. C'est une remarque qu'ont faite à juste titre certains éducateurs, lesquels insistent en même temps sur le caractère souvent transitoire des troubles.

M. MÂLE. — Il faut remarquer, en matière de perversion, que lorsque celle-ci apparaît, on est souvent à un seuil. La liquidation, au moment où l'on voit l'enfant, est sur le point de se faire. Le rôle du thérapeute est de précipiter cette évolution naturelle et de permettre une liquidation rapide. D'où le caractère souvent assez court de la psychothérapie, en dehors de toute analyse prolongée. Au fond, tout se passe comme si le sujet, arrivé au seuil de l'âge adulte, se libérait des pulsions infantiles pour les dépasser.

Il y a toutefois ici un point particulier à retenir : c'est le passage à l'acte. Le sujet passe du plan phantasmique au plan réactionnel. Il faut voir, dans cette hostilité contre le père, l'indication d'un petit facteur schizophrénique. Le pronostic est donc un peu réservé.

De toutes façons, dans beaucoup de cas, la perversion se présente comme un équivalent névrotique. Il est nécessaire d'opérer un démembrement dans le domaine de la perversité.

M. SCHIFF. — M. Dublineau parlait de crises et M. Delay d'une évolution affective. En fait, ce sont là, vus sur le plan freudien, deux aspects d'un même problème, celui de l'évolution affectivo-sexuelle (et j'ajouterais : endocrinienne). Trois ans, c'est l'âge de la poussée surrénale,

de la croissance et des involutions affectives successives. De 8 à 15 ans c'est la phase de latence psychanalytique. Le mérite de la psychanalyse est d'essayer de définir et d'explorer le contenu de cette période de latence entre deux crises.

M. Jean DELAY. — Je n'ai pas l'impression que, dans notre cas, il y ait liquidation, au sens où l'entend M. Mâle. On constaterait plutôt, au contraire, une aggravation progressive. Or, l'analyse a redressé cette évolution.

Pseudo-paralysie générale alcoolique. Aspects encéphalographiques (Présentation de malade), par MM. Jean DELAY, P. DESCLAUX et M^{lle} G. BOISSIER.

Les lésions anatomiques de la pseudo-paralysie générale alcoolique peuvent consister en pachyméningite hémorragique, en sclérose cérébrale secondaire à de petites hémorragies capillaires. Parfois, les lésions peuvent déterminer des foyers multiples de désintégration corticale.

Il n'est à l'heure actuelle pas possible d'établir un rapport étroit entre les constatations encéphalographiques et les lésions anatomiques, peut-être en partie parce que l'encéphalographie permet de mettre en évidence des perturbations fonctionnelles dynamiques liées à des troubles de l'hydraulique du liquide céphalo-rachidien. Quoi qu'il en soit, ce sont des images lacunaires, dont nous ne préjugeons pas le substrat anatomique exact, que nous avons observées chez le malade dont nous rapportons l'observation.

OBSERVATION. — M. Jean P., hôtelier, âgé de 52 ans, est hospitalisé dans le service, car il se plaint de troubles de la parole progressivement depuis quelques années et s'aggravant depuis quelques mois. Il a de plus des troubles de la mémoire et se plaint de ne pas être capable de rendre la monnaie à ses clients, car il se trompe dans ses calculs.

A l'examen, il ne présente pas d'idées délirantes d'aucune sorte, mais il a d'importants troubles de la parole. Sa dysarthrie spontanée est suffisamment nette pour qu'il soit inutile d'employer les mots d'épreuve ; il saute des syllabes, télescope des mots. Il a tendance aux itérations verbales et à la palilalie.

Il n'a pas de troubles aphasiques, seule l'épreuve main, œil, oreille est exécutée incorrectement en miroir. Mais ce trouble va de pair avec l'affaiblissement intellectuel global précisé par les tests, présenté par notre malade. Il est considérable. Approbatif, suggestible, il témoigne

d'une euphorie naïve. La conscience relative de son trouble morbide n'entraîne aucune réaction anxieuse. L'affaiblissement intellectuel porte sur toutes les fonctions psychiques et en particulier sur la mémoire, quant à la fixation des souvenirs et l'évocation de faits récents. Il est légèrement opposant, se prêtant mal à l'examen et s'irritant devant la difficulté des tests qu'il ne peut résoudre.

Au point de vue somatique, les réflexes tendineux sont vifs : il existe tout un syndrome parétospasmodique, à savoir, outre la dysar-



thrie, un tremblement des mains et de la langue, et les pupilles égales et régulières réagissent normalement à l'accommodation. La gauche réagit paresseusement à la lumière.

Le foie est volumineux, dépassant de cinq centimètres le rebord costal. Il est lisse, dur, indolore à la palpation. Réactions de Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatives dans le sang. La ponction lombaire retire un liquide clair non hypertendu. Albumine : 0,20 ; leucocytes : 1,2 ; Bordet-Wassermann : négatif ; Meinicke : négatif ; Pandy et Weichbrodt : négatifs ; Benjoin colloïdal : 00000.01210.00000.

Une encéphalographie est alors pratiquée, retirant 240 cc. de liquide et injectant une quantité égale d'air. Elle montre de face une dilatation des cornes frontales des ventricules latéraux et du 3^e ventricule. Mais leur forme est conservée. Au niveau du cortex, les sillons sont par endroits considérablement élargis, constellant de véritables lacunes des lobes frontaux et pariétaux. Les citernes sus et rétrosellaires sont fortement dilatées.

Le malade avoue d'importants excès éthyliques dus à sa profession, l'entraînant à boire quatorze à quinze apéritifs par jour. Il est alors

gardé dans le service afin de le désintoxiquer et de pratiquer un traitement vitaminé.

Peu à peu les troubles de la parole s'améliorent sans toutefois disparaître, et l'affaiblissement intellectuel apparaît plus discret qu'à l'entrée du malade où il semble qu'un certain état d'obtusion et de confusion aggravait l'aspect des symptômes. Il put sortir et a repris son métier qu'il exerce maintenant correctement.



Il s'agit donc d'un sujet dont les signes cliniques, par l'association d'un syndrome démentiel et d'un syndrome paréto-spasmodique avec dysarthrie et tremblement, évoquaient le diagnostic de paralysie générale, mais la négativité des réactions biologiques et l'existence de signes d'éthylisme montraient qu'il s'agissait d'un pseudo-paralytique général alcoolique. Comme de nombreux auteurs ont insisté à ce sujet, en particulier Régis, sous l'influence de la cure de désintoxication, les symptômes diminuent et l'on observe une amélioration des signes psychiques. L'état de confusion dans lequel sont ces malades au début exagère l'aspect de la démence, ainsi que l'ont signalé de nombreux auteurs, en particulier Magnan et Sengès. C'est également ce que nous avons observé chez notre malade.

Le fait intéressant nous paraît résider dans ces altérations considérables de l'image encéphalographique, assez semblables à celles observées chez les paralytiques généraux. Ici et là, nous voyons d'importantes lacunes dans les lobes cérébraux témoi-

gnant d'une atrophie notable, ainsi qu'elle semble de règle dans les démences toxi-infectieuses. Par contre, la dilatation ventriculaire reste modérée et la forme des ventricules est conservée.

DISCUSSION

M. DUBLINEAU. — Je me permettrai de rappeler que dans certains cas, des démences de cet ordre, sans préjudice de l'appoint alcoolique concomitant, peuvent être des démences syphilitiques frustes. Seul l'examen anatomique, dans un cas rapporté ici avec MM. Marchand et Duchêne, a pu faire la preuve de la syphilis.

Il serait intéressant, d'autre part, de rechercher si ces déformations ou, à leur défaut, d'autres (peut-être moins importantes) ne relèveraient pas d'une morphologie particulière et ne réaliseraient pas des facteurs de différenciation typologique. Certains faits, d'ordre ventriculographique, observés précisément dans les troubles mentaux des buveurs, seraient à même de le faire penser.

M. MARCHAND. — L'alcoolisme chronique donne surtout des signes de sclérose corticale avec atrophie à la longue, mais sans états lacunaires. Au surplus, pour tous les cas qui nous sont montrés, il serait intéressant d'avoir par la suite une vérification anatomique.

M. Jean DELAY. — Peut-être faut-il faire intervenir une perturbation de l'hydraulique rachidienne de type dynamique, et ce cas pose le problème des images encéphalographiques sans critères anatomiques.

M. GUIRAUD. — Ce cas n'est pas celui d'une « pseudo-paralysie générale » mais d'une démence. Au surplus, les aspects qui nous sont montrés sur les clichés peuvent fort bien ne pas correspondre à des lésions véritables. Il faut compter, en effet, avec les espaces décollables variables selon les individus.

Syndrome de démence précoce. Tares familiales. Crises épileptiques ; secousses myocloniques. Amyotrophie et contractures généralisées. Lésions d'Alzheimer. Dégénérescence chronique des cellules radiculaires de la moelle (Présentation de pièce), par MM. L. MARCHAND, L. BONNAFÉ et F. TOSQUELLES.

L'observation suivante a trait à une malade qui fut internée à l'âge de 17 ans et qui est décédée à 64 ans. Elle présenta une succession de troubles mentaux et neurologiques qui soulèvent divers problèmes pathogéniques.

OBSERVATION. — Mlle M. J... a été internée à l'hôpital psychiatrique de St-Alban à 17 ans. Le certificat de 24 heures note « indifférence,

mutisme, stupeur », et celui de quinzaine : « agitation clastique et incohérente, érotisme ».

Vingt ans après, la malade est relativement calme, routinière ; elle présente parfois des impulsions violentes ; son langage est désagrégé ; on note des accès d'agitation verbale ordurière et du gâtisme intermittent.

A 53 ans, syndrome démentiel avec état béat, mutisme presque total, gâtisme, obscénité, tricotage sans initiative.

Vers 59 ans, un soir, elle tombe du lit et présente un accès convulsif présentant les caractères d'une crise épileptique ; dans la suite, on note un tremblement des membres supérieurs et de la tête. Nouvelle crise épileptiforme un an après. L'exploration des réflexes pratiquée à cette époque ne montrait rien de particulier, à l'exception de l'absence du réflexe photomoteur gauche, le droit étant affaibli. Des contractures multiples et des difficultés de la parole apparaissent ensuite.

Les crises convulsives se multiplient. Pendant les dernières années elles sont annuellement au nombre de 15 à 18. La malade est toujours alitée ; mutisme absolu, elle n'obéit pas aux ordres ; faciès inexpressif, membres supérieurs en hypertonie. A gauche, extension spontanée du gros orteil du pied, parfois provoquée par contact ou percussion de la jambe, par flexion des avant-bras. La ponction lombaire pratiquée alors ne montre rien de particulier. Progressivement on remarque l'apparition d'une griffe cubitale à gauche avec rétraction de l'aponévrose palmaire et atrophie bilatérale du premier espace intermétacarpien.

Un an avant sa mort, à l'âge de 63 ans, la malade se présente comme une grabataire, complètement démente. L'atrophie et l'atonie des muscles de la face, avec chute de la mâchoire inférieure, lui donnent un aspect cadavérique saisissant ; l'atrophie musculaire est généralisée ; cependant la prédominance sur la main gauche est à noter, réalisant une main d'Aran-Duchenne. Il existe, en outre, une arthropathie hypertrophique du genou droit. Les membres sont contracturés. On remarque souvent des mouvements très brusques à type myoclonique. Nous avons constaté des crises myocloniques généralisées nettes, s'étendant à toute la musculature, débutant et prédominant à l'hémicorps droit. Les crises varient comme durée d'une demi-heure à une demi-journée, après quoi la malade tombe dans un sommeil non stertoreux.

L'examen neurologique ne fournit pas d'autres renseignements.

La malade meurt cachectique à l'âge de 65 ans, les crises convulsives s'étant rapprochées durant les derniers temps.

AUTOPSIE. — Examen macroscopique. — Athérome des artères cérébrales. Atrophie considérable des circonvolutions portant sur l'ensemble des hémisphères. Sur les coupes vertico-transversales, on ne note aucun foyer de ramollissement. L'hémisphère droit pèse 375 gr., le gauche 400 gr., le cervelet et le bulbe 145 gr.

Examen microscopique. — Encéphale. Méninges : aucune adhérence corticale, pas d'épaississement.

Cortex : diminution considérable de l'épaisseur de la couche corticale qui est réduite à la moitié d'une couche normale, quelles que soient les régions envisagées. Architectonie cellulaire bouleversée. Diminution du nombre des cellules ganglionnaires et zones acellulaires. Les cellules qui ont persisté sont très atrophiées ; elles ont perdu en partie leur forme pyramidale par suite de la non coloration des prolongements protoplasmiques. Cytoplasma granuleux, noyaux excentriques. Au niveau des régions motrices, quelques cellules de Betz ont conservé leur forme normale à côté de cellules très atrophiées. Par la méthode d'Hortega on observe de nombreuses plaques séniles disséminées principalement dans le cortex cérébral. Un très grand nombre des cellules de la corticalité présentent la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer. En moyenne, les neuf dixièmes des cellules ganglionnaires en sont atteintes. Elles sont réduites à un moignon de cytoplasma dans lequel tourbillonnent plusieurs grosses fibrilles argentophiles.

Sclérose névroglique diffuse, plus accusée au niveau de la couche moléculaire et des axes blancs des circonvolutions.

Aucune lésion des vaisseaux intracorticaux.

Dans les lobes frontaux, dégénérescence presque totale des fibres tangentielles et des fibres de la strie de Baillarger. Au niveau des régions motrices, la diminution des fibres tangentielles est moins accusée.

Cervelet : amenuisement des axes blancs des circonvolutions.

Pédoncules cérébraux : aucune dégénérescence fasciculaire.

Bulbe : légère sclérose du plancher du quatrième ventricule. Atrophie et pigmentation des cellules des olives. Aucune dégénérescence cordonale.

Moelle cervicale : atrophie considérable des cellules radiculaires. La moitié ne sont plus représentées à la méthode de Nissl que par une formation globulaire jaunâtre ne renfermant plus à la périphérie qu'une poussière chromophile et dépourvue de noyaux. Quant aux autres cellules, elles ont perdu leur forme étoilée et prennent des formes diverses. La lésion est aussi accusée à droite qu'à gauche. Aucune dégénérescence des cordons. Aucune altération vasculaire. Racines antérieures et postérieures normales.

Moelle dorsale : lésions atrophiées accusées des cellules de la colonne de Clarke.

Moelle lombaire : les lésions dégénératives des cellules des cornes antérieures sont moins accusées que celles de la moelle cervicale.

Antécédents familiaux. — La mère n'a jamais été internée mais semble bien, d'après les renseignements, avoir présenté des troubles mentaux.

Un frère a été interné à St-Alban où il est mort ; il a présenté à 15 ans un état d'agitation diagnostiqué maniaque avec réactions incohérentes et très théâtrales. Après une légère amélioration, il tomba dans un état de stupeur, et quelques années plus tard, après une période durant laquelle il travailla quelque peu, une période d'hypo-

condrie suivie d'agitation. Le malade mourut à 34 ans au cours d'un épisode pulmonaire ; il importe de noter que deux ou trois crises d'épilepsie ont été constatées au cours de l'internement.

Une sœur a fait plusieurs séjours à St-Alban. Son premier internement eut lieu à 18 ans : il s'agissait d'une agitation maniaque assez typique ; guérie, elle mena ensuite une vie assez perturbée (deux enfants illégitimes, mariage avec un psychopathe vagabond, éthy-lisme). Un des accès maniaques traité à St-Alban a été guéri à la suite du traitement par l'électro-choc. Elle est de nouveau internée à Montdevergues.

En résumé, il s'agit d'une malade atteinte depuis son adolescence d'un syndrome de démence précoce avec crises d'excitations paroxystiques ; rapide désagrégation intellectuelle et du langage. Passé la cinquantaine, son état démentiel s'accroît rapidement et apparaissent des troubles neurologiques, des crises épileptiformes, des myoclonies, un état de contracture, une amyotrophie généralisée, une arthropathie du genou. L'examen anatomo-pathologique décèle une atrophie considérable du cerveau (775 gr.), des lésions de la maladie d'Alzheimer et une atrophie chronique des cellules des cornes antérieures de la moelle.

Le problème qui se pose est le suivant : les syndromes neuropsychiatriques présentés successivement par la malade ont-ils une pathogénie différente ou peut-on les considérer comme la conséquence d'un même processus organique progressif ? Nous pensons que les lésions uniquement dégénératives cérébrales et médullaires sont en faveur de la deuxième interprétation.

Ce cas pose à nouveau le problème des rapports entre certains syndromes de démence précoce et certains états démentiels pré-séniles et séniles. L'un de nous (1) a soutenu la notion d'une démence précoce dégénérative classée dans le groupe des encéphaloses, qui comprend également la démence sénile pure, les maladies de Pick et d'Alzheimer, les caractères cliniques de ces affections étant commandés par la prédominance des lésions sur diverses régions ou systèmes de l'axe cérébro-spinal et par l'âge du sujet. Dans notre cas, où l'hérédité est chargée, les lésions dégénératives par biodystrophie ont d'abord intéressé le cerveau, pour prendre finalement les caractères de la maladie d'Alzheimer et elles se sont étendues progressivement aux cellules radiculaires de la moelle.

(1) MARCHAND (L.). — *Maladies mentales*, Amédée Legrand édit., 1939.

Deux imperfections dans le traitement de la paralysie générale (*Présentation de malade*), par M. P. GUIRAUD et M^{lle} A. MESSIN.

Nous présentons une paralytique générale infantile atteinte de rhinite syphilitique après malariathérapie. L'apparition d'accidents tertiaires après la malariathérapie est une notion classique, on n'en publie plus toutes les observations. Si nous présentons aujourd'hui une malade de cette catégorie, c'est parce que son cas permet de mettre en relief deux imperfections fréquentes dans le traitement de la paralysie générale.

OBSERVATION. — Annette G. entre dans le service à l'âge de 17 ans. Jusqu'à 13 ans elle était une enfant parfaitement normale, bonne élève, attentive, studieuse, apprenant facilement comme le montre l'examen de ses cahiers de classe. En avril 1941 survient un affaiblissement mental rapidement progressif ; en quatre mois, Annette oublie tout ce qu'elle avait appris. Son père donne les renseignements suivants : « Je la fis visiter par le docteur, recherchant les causes de sa défaillance morale. Après cuti et analyse du sang, il en est résulté que ma fille était positive par hérédité. Elle fut traitée en conséquence par trois docteurs différents ; chacun d'eux lui fit une série complète de sulfar, de bivatol et de cyanure de mercure, ceci sur trois années. Le résultat étant toujours positif, le dernier docteur la présenta au professeur de l'hôpital St-Louis qui lui fit pratiquer une ponction sous-occipitale. Après en avoir connu le résultat ainsi que celui de notre prise de sang, il jugea que c'était inutile de continuer ces traitements. Ce qui était à faire, disait-il, était de l'hospitaliser et d'essayer de l'impaluder. »

Le certificat d'entrée résume bien l'état de la malade. Début à 13 ans par perte des connaissances scolaires, ne sait actuellement plus lire ni écrire, ne sait pas son âge, ne comprend pas les ordres simples, langage restreint et stéréotypé, incurie, vie végétative. A fait le 18 janvier une crise d'épilepsie jacksonienne. Réflexes tendineux exagérés, pupilles inégales. Signe d'Argyll. Retard du développement physique.

Poids à l'entrée : 27 kilogs. La malade est agitée, gâteuse et incapable de manger seule. Le 8 février, ponction lombaire : lymphocytes 17 ; alb. 0,80 ; Pandy + ; Benjoin : 22210.22222.21000 ; Bordet-Wassermann + ; Meinicke +. Sang : Bordet-Wassermann + ; Meinicke + ; Kahn négatif.

Malarisation le 9 février. Supporte bien les huit accès réguliers. A encore maigri d'un kilogr. à la fin de la malaria qui est arrêtée le 6 mars.

Le 20 mars, apparition d'une rhinite : écoulement par les deux narines de sérosité muco-purulente très abondante. Le rhinologiste constate : « tertiarième des fosses nasales ; séquestre de la paroi externe » et conseille des injections intraveineuses quotidiennes de cyanure et de l'iodure de potassium. Le 20 avril, cette complication peut être considérée comme guérie. L'un de nous (1) a déjà insisté sur la précocité possible des accidents tertiaires après la malaria. Sur les cinq observations de cette publication, deux gomme syphilitiques ont apparu une fois 8 jours, une autre fois 15 jours après la fin de la malaria. Dans le cas présent, la rhinite est constatée 14 jours après.

Nous ne reviendrons pas encore une fois sur la question théorique de la cause d'apparition relativement fréquente des manifestations tertiaires après la malarisation, sujet déjà traité par nous en 1934 (2). Rappelons seulement les expériences de Prigge et Rutkowski (3). Si on inocule à un paralytique général des produits syphilitiques (syphilome du testicule du cobaye), rien d'apparent ne se produit. Mais si, 93 jours après, on prélève le ganglion lymphatique correspondant au territoire inoculé, ce ganglion est capable de provoquer des lésions syphilitiques dans le testicule du cobaye. C'est la preuve que les spirochètes persistent à l'état latent dans l'organisme du paralytique.

L'hypothèse la plus légitime est que l'intense activité défensive du cerveau paralytique produit des anti-corps qui protègent le reste de l'organisme. Dès que la malaria a rendu au cerveau son immunité naturelle, la lutte cesse à ce niveau et l'organisme est privé de protection, ce qui permet aux spirochètes latents dans les diverses parties du corps de redevenir virulents. Il semble bien que l'apparition précoce d'accidents tertiaires est le signe d'une victoire dans la région du cerveau. Nous pouvons apporter un argument en faveur de cette conception. Une nouvelle ponction lombaire pratiquée le 30 mars a montré une amélioration nette et précoce du liquide céphalo-rachidien, particularité assez rare, car on sait que d'ordinaire les réactions restent longtemps positives après la malaria : lymphocytes : 8 ; albumine : 0,30 ; Pandy-Benjoin : 11100.01210.00000 ; Bordet-Wassermann + ; Meinicke +.

(1) P. GUIRAUD et M. CARON. — Manifestations syphilitiques tertiaires chez les paralytiques généraux impaludés. *Annales médico-psychologiques*, février 1931.

(2) P. GUIRAUD et J. de AJURIAGUERRA. — Considérations critiques sur l'action de la malaria dans la paralysie générale. *Paris Médical*, 22 sept. 1934.

(3) PRIGGE et RUTKOWSKI. — Immunité syphilitique et super-infection syphilitique sans symptômes chez l'homme. *Deut. Mediz. Wochens.*, 6 septembre 1929.

L'état général s'est beaucoup amélioré, la malade a repris dix kilos en deux mois. L'affaiblissement mental s'est amendé, mais encore bien peu. Malheureusement, cette constatation ne présage rien quant à l'avenir mental de notre jeune malade. Même si la malaria, renforcée plus tard par le stovarsol, arrête le processus spécifique encéphalique, les lésions cérébrales déjà acquises resteront irrémédiables. Il ne faut pas oublier que la paralysie générale évolue depuis déjà quatre ans. On voit combien le temps perdu à effectuer de façon répétée des traitements antisyphilitiques ordinaires par le bismuth, le sulfarsénol ou le cyanure est regrettable. Nous savons bien que la paralysie générale infantile ou juvénile a une mauvaise réputation et qu'on croit généralement que la malaria reste inefficace contre elle. Ce n'est pas exact et l'année dernière nous avons obtenu un succès spectaculaire, une véritable résurrection, chez une jeune hérédo-spécifique de 25 ans, chez laquelle, il est vrai, l'évolution de la paralysie générale était plus récente. Les paralysies générales infantiles ou juvéniles sont souvent longtemps méconnues, c'est la seule raison de leur résistance à la malariathérapie.

Dans le cas présenté, la première imperfection a été de traiter longuement une paralytique générale comme une syphilitique ordinaire, alors qu'on sait depuis longtemps que les traitements spécifiques habituels sont sans action dans la paralysie générale. Pourquoi les trois médecins qui ont soigné cette malade n'ont-ils pas pensé à la possibilité de paralysie générale infantile ? Pourquoi recevons-nous chaque année un bon nombre de paralytiques généraux avancés dont la syphilis était connue et traitée depuis des années et qui s'aggravait néanmoins ? Parce que beaucoup de praticiens n'ont présent à l'esprit que la description classique de la paralysie générale avec sa démence absurde, ses idées de grandeur, sa dysarthrie énorme, ses phénomènes parétiques généralisés. Il est exact que dès le début de leur maladie, certains paralytiques réalisent au moins en partie ce syndrome, surtout dans les formes agitées. Ceux-là auront beaucoup de chances de guérir. Mais combien d'autres commencent par de simples états dépressifs ou hypocondriaques ou un lent affaiblissement mental difficile à apercevoir. Le diagnostic est encore plus délicat chez l'enfant, la femme, le vieillard qui réalisent souvent des formes atypiques. Le diagnostic de la paralysie générale est fait, à la période utile, même par le spécialiste, non par des finesses d'ordre psychologique, mais par l'examen soigné des réactions pupillaires et par la ponction lombaire. Une autre explication de ces traitements antisyphilitiques interminables et

inefficaces est peut-être que certains praticiens ne sont assez convaincus de ce fait que le traitement de la paralysie générale n'est pas celui de la syphilis ordinaire. Enfin, peut-être, le principal responsable est-il l'habitude classique et académique de distinguer de la paralysie générale une pseudo-paralysie générale par syphilis cérébrale, qui serait accessible au traitement spécifique ordinaire. L'expérience d'un service de malariathérapie assuré pendant 15 ans nous montre que ces formes sont rarissimes, comme le prouve l'examen histologique des cerveaux après autopsie. Il est possible que, en dehors des hôpitaux psychiatriques, on observe des syphilis cérébrales par méningite infiltrative ou gommeuse, mais leur tableau clinique ne ressemble guère à la paralysie générale. La seule forme pouvant prêter à confusion est celle de Nissl-Alzheimer, caractérisée par une prolifération des capillaires et un épaississement de leur paroi ; mais, dans ce cas, les réactions sont souvent négatives et le traitement sans effet. Même si l'on veut retenir cette conception de la pseudo-paralysie générale syphilitique, cela ne justifierait que l'essai d'un traitement intensif si l'on veut, mais rapide. D'ailleurs, beaucoup de neuro-psychiatres tendent à traiter par la malaria les syphilis nerveuses autres que la paralysie générale, quand les réactions sont positives dans le liquide, si le traitement spécifique ne donne pas rapidement de bons résultats.

De notre côté, nous aurions pu commettre une seconde erreur si, chez notre malade, nous avions méconnu la complication syphilitique après la malariathérapie. Quand le tertiarisme atteint le nez, il est aisé à reconnaître. Mais il aurait pu se faire qu'au lieu de s'attaquer aux os du nez le processus spécifique se localise par exemple au rachis ou à un organe profond et évolue gravement sans attirer l'attention. Il y a une dizaine d'années, nous avons perdu un paralytique général chez lequel l'ostéite vraisemblablement syphilitique avait provoqué l'effondrement d'un corps vertébral. Le praticien ne pense pas assez souvent à la paralysie générale, le spécialiste oublie trop que les paralytiques sont aussi des syphilitiques. Sans doute, ces accidents tertiaires ne sont pas très fréquents, mais ils ne doivent pas être négligés. Nous avons publié l'année dernière (1) trois observations d'aortites spécifiques assez graves survenues cinq ans, quatre ans et six ans après la malaria — toutes ces malades n'avaient aucune lésion cardiaque au moment de leur

(1) P. GUIBAUD, H. SAUGUET, Mme H. LEULLIER. — Les aortites tardives chez les paralytiques malarisés, *Annales médico-psychologiques*, juillet 1944.

impaludation. Deux d'entre elles avaient depuis leur sortie suivi un traitement à peu près régulier par le stovarsol, l'arsénomyl et le sulfarsénol. Ni l'une, ni l'autre ne pouvaient supporter le bismuth qui provoquait de graves stomatites. On répète trop souvent que le traitement de la paralysie générale consiste en la malaria et le stovarsol. C'est peut-être le traitement de la paralysie générale, mais non celui des paralytiques généraux qui, la paralysie générale arrêtée, restent des syphilitiques capables comme tous les autres de réaliser toutes les manifestations du tertiariisme ; ils doivent être traités comme eux et de façon très précoce après la malaria.

En résumé : *en présence de troubles mentaux, quels qu'ils soient, le praticien ne pense pas assez à la paralysie générale. L'inefficacité du traitement spécifique ordinaire est une indication formelle de pratiquer une ponction lombaire et si elle est positive d'avoir recours à la malariathérapie. Le spécialiste, après la malariathérapie, a trop tendance à négliger les anti-syphilitiques habituels : bismuth et arsenicaux trivalents. Il risque ainsi l'apparition d'accidents tertiaires graves.*

Délire aigu azotémique, action de l'électro-choc, constatations encéphalographiques et neuro-chirurgicales, par MM. Jean DELAY, J. MAILLARD, P. DESCLAUX et A. ROUAULT DE LA VIGNE.

Le traitement des états confusionnels aigus par l'électro-choc nous a montré que dans certains cas cette action suffisait à faire disparaître le syndrome confusionnel et, à ce point de vue, il est intéressant de noter que l'amélioration porte sur tous les éléments du syndrome, ainsi que nous l'avons montré dans une communication antérieure (1). Dans d'autres cas, l'action est incomplète et transitoire, comme dans l'observation que nous rapportons.

D'autre part, les investigations encéphalographiques dans les psychoses nous ont amené à envisager des interventions neuro-chirurgicales, au cours desquelles il nous a été donné de constater, avec le docteur Puech et ses collaborateurs, des altérations cérébro-méningées. En particulier, dans certains cas, il existait des kystes séreux de la région opto-chiasmatique.

Chez notre malade, la combinaison d'un traitement neuro-

(1) J. DELAY et J. MAILLARD. — Electro-choc et syndrome confusionnel ; action sur l'hyperthermie et sur l'hypoazotémie. S.M.P., séance du 28 mai 1945.

chirurgical avec une thérapeutique de choc a permis d'obtenir un résultat que ni l'un, ni l'autre de ces traitements n'avait pu réussir isolément. Il nous a paru intéressant d'en rapporter l'étude détaillée.

OBSERVATION. — Mme Ch... Albertine, âgée de 52 ans, entre au Service de la Clinique le 13 septembre 1944 avec le certificat immédiat suivant : « Etat de confusion mentale grave avec azotémie élevée : « 1 gr. 80, hyperthermie, hypertension, refus d'aliments, agitation, « tremblement généralisé. Evolution probable vers un délire aigu. »

Le début paraît remonter à une quinzaine de jours, caractérisé par un état d'agitation anxieuse avec des périodes de mutisme alternant avec l'expression d'un syndrome hallucinatoire mal systématisé.

Peu à peu se précise le tableau clinique d'un état confusionnel grave avec excitation psycho-motrice, onirisme, refus d'aliments, sitio-phobie, gâtisme, signes généraux marqués, état toxi-infectieux, langue rôtie, lèvres sèches, fièvre à 39°5, tachycardie, tension artérielle : 20-9 au Vaquez, oligurie sans cylindrurie, albuminurie 0 gr. 21 0/00.

L'examen ne montre pas de signes focaux ni de signes neurologiques.

Ponction lombaire : albumine 0 gr. 50 ; leucocytes 1,2 ; réactions de Pandy, Weichbrodt, Meinicke, Bordet-Wassermann négatives ; benjoin : 00000.02221.00000.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang.

Dès l'entrée dans le service, la malade est traitée par l'électro-choc ; mais, fait curieux, on ne peut déterminer de crises franches malgré des temps de passage du courant de plus en plus longs et des intensités les plus élevées, mais seulement des *absences*.

Toutefois ce traitement entraîne une amélioration nette des signes généraux :

Première absence le 14.

Deuxième absence le 15. La température est tombée de 39°5 à 37°3. La malade est capable de boire. Urée : 2 gr. 18.

Troisième absence le 16. Température 37°3. Urée 3 gr.

Quatrième absence le 17. Urée 1 gr. 80.

Le 19, diurèse abondante, abattement, grosse asthénie. Une torpeur persiste tous les jours suivants avec opposition aux soins.

Sous l'influence du traitement on assiste progressivement à une *diminution du taux de l'urée sanguine* et à une amélioration de l'état général. Douze jours après son entrée, la malade a une urée à 0 gr. 30, elle a reçu 7 électro-absences.

L'amélioration ne se poursuit pas et les troubles psychiques demeurent importants. La confusion fait place à un état mixte avec anxiété, idées de culpabilité, d'incurabilité alternant avec de la jovialité. On continue l'électro-choc avec des résultats variables. Ainsi au milieu de novembre, alors que l'état s'était amélioré, se produit une rechute

avec bouffée confusionnelle, opposition aux soins, injures, associations par assonance et semi-mutisme. Mais depuis le 8^e électro-choc nous obtenons des crises convulsives typiques. Le résultat a été meilleur qu'après les électro-absences.

Le traitement par électro-choc a donc entraîné une amélioration nette de l'état somatique avec disparition des signes généraux et reprise du poids ; mais les troubles psychiques restent encore considérables avec perplexité, désintérêt de l'ambiance, fuite des idées, verbiage incohérent.

38 électro-chocs ont été pratiqués en 5 mois. C'est dans ces conditions que nous faisons des examens complémentaires :

1^o *Encéphalographie par voie lombaire* : la soustraction de 140 cc. de liquide céphalo-rachidien et l'injection de 140 cc. d'air sont bien supportées.

Sur le cliché de face on observe des ventricules symétriques et la forme des cornes frontales est régulière. La corticalité paraît mal injectée.

Sur les clichés de profil les ventricules sont faiblement remplis, l'injection des sillons est irrégulière et insuffisante. Les lacs de la base, en particulier la citerne rétro-sellaire, sont dilatés.

Devant cet aspect, on décida de pratiquer une exploration opto-chiasmatique, mais on compléta les résultats de l'encéphalographie par une :

2^o *Ventriculographie gazeuse* qui montre des ventricules normaux et n'entraîne aucune modification de l'état psychique

Le 27 février, intervention :

Intervention : D^{rs} Puech et Brun. — Volet frontal droit. Dure-mère extrêmement adhérente à l'os, particulièrement dans la partie antérieure du volet où l'on a la dure-mère en même temps que l'os.

Ouverture de la dure-mère. La face profonde de celle-ci adhère par de fins tractus au cortex que l'on est obligé de rompre et de sectionner à l'électro-coagulation. La face profonde de la dure-mère saigne en nappes lorsqu'on soulève le lobe frontal. Il faut faire l'hémostase en coagulant en masse la face profonde de la dure-mère. L'exploration opto-chiasmatique met en évidence l'existence d'une arachnoïdite adhésive opto-chiasmatique importante, mais surtout un kyste séreux opto-chiasmatique surtout développé dans la partie rétro-chiasmatique. Ce kyste séreux opto-chiasmatique contient environ 46 cc. de liquide. Libération de l'arachnoïdite adhésive. Les nerfs optiques sont de taille sensiblement normale et un peu jaunes.

Hémostase. Suture complète de la dure-mère. Remise en place du volet. Fermeture.

Cette intervention n'améliore pas l'état de la malade qui reste confuse et présente une excitation extrême avec agressivité, tentant de mordre et de griffer. Le gâtisme est réapparu. L'urée est à 0 gr. 60.

Devant son état on reprend l'électro-choc 17 jours après l'interven-

tion. On obtient, dès la première sommation, une crise typique avec une intensité de courant très moyenne. L'agitation s'apaise nettement. Le traitement est poursuivi quatre jours consécutifs ; la malade est transformée, bien adaptée, bien orientée, elle demande sa sortie. Il persiste seulement une légère dysmnésie.

Il s'agit donc d'une malade de 52 ans présentant un délire aigu, chez laquelle l'électro-choc entraîna une nette amélioration de l'état général avec baisse du taux de l'urée sanguine, bien que nous n'ayons tout d'abord obtenu que des absences. Quant au syndrome mental, il s'améliora nettement dès que des crises convulsives typiques furent obtenues. Mais, malgré la continuation du traitement, cette amélioration ne persista pas. C'est dans ces conditions que nous fûmes amenés à pratiquer chez cette malade une encéphalographie, puis une ventriculographie, qui nous incitèrent à demander une exploration de la région opto-chiasmatique, intervention qui montra l'existence d'une arachnoïdite adhésive et d'un volumineux kyste séreux de cette région. Après cette intervention qui n'entraîna, à elle seule, aucune modification de l'état mental, une nouvelle série d'électro-chocs fut faite. Après quelques séances seulement, au cours desquelles des crises convulsives typiques furent toujours très facilement obtenues, l'état mental fut complètement transformé, la malade étant apparemment complètement guérie.

Il nous paraît intéressant, dans ce cas, d'insister sur le fait que, malgré l'existence d'une lésion organique importante, l'électro-choc réussit à dissiper momentanément le syndrome confusionnel qui réapparut par la suite et que ce fut cette rechute qui nous incita, après examens complémentaires, à demander une intervention qui révéla l'existence d'une lésion que rien ne permettait de soupçonner, et dont la suppression permit à l'électro-choc de retrouver toute son efficacité.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire général :
Jean DUBLINEAU.

Séance du Lundi 25 Juin 1945

Présidence : M. G. DEMAY, vice-président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 2 mai et le procès-verbal de la séance du 11 juin 1945 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

1° des lettres de M. le Dr CHARLIN et de Mlle MOREAU, qui remercient la Société de les avoir élus membres correspondants nationaux ;

2° une lettre de M. le Docteur HÉCAËN, membre correspondant national, demandant à la Société médico-psychologique de s'associer à un vœu appuyé par plusieurs Sociétés savantes, en particulier par la Société de neurologie de Paris, et tendant à « la création en Afrique Française d'une singerie modèle fonctionnant à la fois comme Institut de recherches et comme réserve de singes » pour les laboratoires de la Métropole.

Il en est ainsi décidé.

COMMUNICATIONS

Le problème socio-typologique, par M. J. DUBLINEAU.

La principale objection formulée contre le concept des corrélations psycho-morphologiques réside dans le grand nombre des discordances individuelles. A considérer, par exemple, l'hypothèse kretschmérienne, il faut, ou la considérer comme fausse, ou trouver des facteurs susceptibles d'expliquer les discordances.

Qu'il s'agisse ou non de types au sens strict du mot, la liaison générale de la morphologie et de certaines formes psychopathologiques est hors de conteste. Reste donc à chercher le pourquoi

des divergences. Deux éléments de correction nous semblent devoir être envisagés : l'intervention du milieu intérieur, la motion de structures sociotypologiques.

A. *Le milieu intérieur.* — Les processus d'immunité ou de sensibilisation impriment à nos humeurs une forme de dynamisme que reflètent, dans une certaine mesure, des formules psychologiques correspondantes. Soit, par exemple, une syphilis acquise, mais modifiée, selon les vues que nous avons développées à plusieurs reprises, par un paludisme colonial. L'état humoral particulier ainsi créé donnera, au cas de complications névrauxiques, une forme clinique également particulière (essentiellement : troubles du caractère ou démence simple). La morphologie du sujet devrait en pareil cas s'apparenter à l'état athlétique ou pycno-athlétique, comme dans les états à structure caractéro-impulsive. En fait, le sujet, au lieu de répondre à une telle formule, pourra présenter des composantes asthéniques ou pycno-asthéniques non négligeables. S'il évite, de par la résistance que lui confère le paludisme antérieur, une paralysie générale, il le doit plus à ses humeurs qu'à sa morphologie. À côté du concept *exomorphologique*, il faut donc également tenir compte des facteurs *endomorphologiques*. La preuve de la discordance est donnée par *l'âge artériel*. Quelle que soit la forme extérieure du sujet, ce dernier a *l'âge de ses artères*. Celles-ci peuvent le vieillir, comme au contraire, sous une carapace vieillotte, il peut garder un « cœur jeune ». S'il y a discordance entre le système cardiovasculaire et la morphologie extérieure, c'est que le système vasculaire, de par sa souplesse et sa sensibilité, est capable de s'adapter à l'évolution humorale beaucoup mieux que la charpente conjonctive et la carapace ostéomusculaire. Ces dernières, très rapidement, cessent de pouvoir se modifier : elles ne suivent pas le mouvement. Elles expriment, par le truchement de l'exomorphologie, une morphologie en réalité désuète dans sa signification. Le bilan vital au jour de l'examen est représenté par l'endomorphologie, elle-même essentiellement humorale.

Il n'en demeure pas moins que si l'évolution du complexe syphilo-malarique a pris la forme plus haut décrite, c'est en partie parce que certaines composantes athlétiques y prédisposaient l'individu. Aussi bien cette note athlétique se retrouvera-t-elle *en gros* sur un certain nombre de cas, en dépit de divergences dans les typogrammes individuels.

B. *Les structures sociotypologiques.* — Ce qui est vrai pour le

plan humoral l'est également pour le plan social qui, lui, déborde l'individu. On le sait pour les conditions d'habitat, le *cosmos* (transformation de l'individu par le milieu). On y pense moins pour le milieu psychique environnant — la psychosphère — dans les rapports de chacun de ses membres avec l'individu envisagé. Le contact des individus entraîne entre autres trois ordres de faits : 1° des réactions mutuelles, étroitement dépendantes pour chacun d'eux de la typologie originelle ; 2° des structures psychologiques complexes, solidarissant étroitement ces interactions ; 3° un gauchissement réciproque des individus l'un par l'autre, tendant à amener entre eux un renforcement soit de ce qui les rapproche, soit de ce qui les éloigne. Ce gauchissement agit, comme cela se passe pour le milieu humoral, sur la partie la plus plastique de l'individu, à savoir ce milieu humoral lui-même et le psychisme.

Il agit aussi sur les formes extérieures (exemples empruntés à la vie courante : « les émotions qui vieillissent », les « vieux époux qui finissent par se ressembler mutuellement », « le vieux médecin qui finit par porter sur lui la marque de sa profession », etc...). Action naturellement moindre que sur le psychisme et en tout cas plus lente : d'où nouvelles sources de décalage. Celles-ci se surajoutent, pour l'accroître encore, au décalage entre l'exo- et l'endomorphologie et, par voie de conséquence, aux discordances entre la morphologie et le psychisme. Mais elles n'enlèvent rien à la réalité théorique du fait.

Ces notions nous paraissent de grande importance.

1° Il n'est de typologie que dans la mesure où celle-ci tient compte du milieu. L'individu ne peut être dissocié du milieu. Ses interactions avec l'ambiance le prolongent hors de lui-même. Dans un certain sens, il est lui-même le milieu. Typologie et sociologie se fondent donc nécessairement dans une *sociotypologie*. La typologie n'est qu'une étape qui se transcende dans la sociologie. Cette étape, toutefois — et le sociologue l'ignore trop — est nécessaire, comme le squelette est nécessaire à la compréhension des formes extérieures. Elle donne à l'étude sociologique sa charpente. Elle suppose donc pour la sociologie, au delà des données générales de la race, de la géographie ou de l'histoire, la connaissance plus limitée, sinon plus précise, de la typologie, et, mieux encore peut-être (d'un point de vue phénoménologique), de la typologie *évolutive* (évolution du type en fonction de lui-même et du milieu). Ces buts fournissent à la sociologie le thème d'un rajeunissement doctrinal et d'une uti-

lité pratique immédiate pour l'étude des rapports de chaque type d'individu, en présence des autres séries de types individuels. On conçoit l'élaboration de toute une série de monographies de ces interactions, du type de celle dont avec Follin nous avons dressé l'esquisse avec l'étude du couple *conjugal* (1).

2° Pour l'étude de ces interactions, et, dans une certaine mesure, de leur prévisibilité, force sera de recourir à des données physiopathologiques et, au besoin, expérimentales. La connaissance de ces faits suppose, par exemple, la discussion des points de vue réflexoconditionnel et gestaltiste. Elle pose le problème des structures sociologiques, sortes de réalités nouvelles, nées de la réduction en une synthèse concrète des interactions typopsychologiques de deux individus. Ces structures nous ramènent par une voie détournée aux *représentations collectives de Durkheim*. On sait que Durkheim reconnaissait à ces dernières la valeur de faits concrets. Ce serait un problème de rechercher dans quelle mesure les structures sociotypologiques, quelle qu'en soit l'explication théorique, ne tendaient pas à donner à la conception durkheimienne, par ailleurs si discutée, un renouveau de réalité.

3° Sans prétendre apporter ici une méthode de travail, on peut concevoir que, à la lumière de ces données, il conviendrait :

a) d'établir une nomenclature des principaux *binômes typosociaux* (le couple conjugal, le maître et l'élève, le chef et le subordonné, etc...);

b) de déterminer pour chacun d'eux les affinités biologiques, affectives, intellectuelles, morales, sociales solidarisant les partenaires;

c) de rechercher les facteurs troublant ces affinités (facteurs intrinsèques, liés à l'individu, ou extrinsèques : alcool, traumatismes, etc...) et créant, au-dessus du trouble individuel, une maladie du binôme ou, si l'on préfère, de la structure, de la « Gestalt typosociale »;

d) d'étendre la méthode aux *polynômes typosociaux*, c'est-à-dire aux structures complexes (les frères et sœurs dans la famille par exemple, puis cette famille elle-même, puis le clan, etc...);

e) pour tous les types de structures, de suivre leur évolution dans le temps, avec leurs dissolutions et reconstructions suc-

(1) Le bourreau domestique et le couple conjugal. *Annales médico-psychologiques*, 1944, I, pp. 21-50.

cessives, et à reconnaître enfin les types favorables ou défavorables de structure.

4° Ces données devraient conduire, si elles s'avéraient fécondes, non seulement à reconsidérer entièrement le problème de l'enquête sociale (et par voie de conséquence, la formation même des assistantes sociales), mais, sur un plan plus général, à jeter les bases, actuellement inexistantes, d'une *sociologie médicale*. Cette dernière, à son tour, pourrait prétendre renouveler, en s'appuyant sur des critères vraiment objectifs, la sociologie traditionnelle. Ce ne sera pas d'autre part un des moindres mérites de cette discipline nouvelle d'apporter à la médecine sociale, trop strictement enfermée dans les problèmes de législation et d'assistance, la doctrine biophilosophique qui lui manque. Dans l'élaboration de cette doctrine d'intérêt général, la part du psychiatre, témoin et principal arbitre, chez l'enfant comme chez l'adulte, des conflits biopsychosociaux, s'annonce dès maintenant comme devant être privilégiée.

En conclusion, on peut raisonnablement assigner à la typologie sociologique une double tâche :

— du côté sociologique : renouvellement des problèmes à la lumière d'une connaissance plus parfaite des types d'individus et de leurs interactions ;

— du côté médical : participation à l'élaboration d'une doctrine médico-sociologique, destinée à guider l'action en faveur de l'assistance.

Etats mystiques et phénomènes xénopathiques, par M. P. GISCARD.

Sous les noms divers d'*oraison de quiétude*, d'*oraison d'union*, de *ravissement*, de *vol de l'esprit*, d'*enlèvement de l'esprit*, de *mariage spirituel* ou d'*union transformante*, les auteurs mystiques, en particulier sainte Thérèse, décrivent un certain nombre d'états psychologiques, dans lesquels l'âme aurait une connaissance et une conscience quasi-expérimentale de la présence et de l'action de Dieu en elle. Ayant eu l'occasion, au cours d'expertises ordonnées par l'autorité religieuse, d'examiner plusieurs personnes pouvant être considérées comme ayant présenté des états de ce genre, nous voudrions dire quelques mots des problèmes posés, pour un psychiatre, par ces expertises. Ce que demande en effet l'autorité religieuse à un psychiatre, dans ces

cas-là, c'est de lui indiquer si ces personnes doivent être considérées comme des psychopathes.

Le problème ne paraît pas aisé à résoudre. Il soulève une foule de questions. Mais la difficulté fondamentale est la suivante : dans ces états de conscience du divin et dans les sentiments d'emprise hallucinatoire que nous observons chez nos malades, il y a ceci de commun que les personnes examinées reconnaissent en elles l'action d'une personne extérieure, encore que, dans les états mystiques, il paraisse plus indiqué de parler d'*action intérieure* que d'*action extérieure*, puisque, selon les descriptions de sainte Thérèse, ce serait au centre de l'âme que se produirait sa fusion avec Dieu.

Nous n'avons nullement la prétention, dans la brève communication présente, d'aller jusqu'au fond du problème, et d'étudier l'état mystique dans son autonomie psychologique et de décider si cette autonomie est réelle. Nous voudrions simplement faire part de certaines réflexions et constatations.

Tout d'abord, il n'est pas facile de déceler ces états, car ils sont souvent intriqués avec des visions sensibles du Christ ou d'autres personnages célestes, et, cependant, dans leur texture psychologique, ils sont distincts de ces visions et peuvent exister en dehors d'elles. Il arrive même, ainsi que nous avons pu le constater, que la personne n'attache pas d'importance à ces états, considérés par d'autres comme extraordinaires. Cette ignorance de leur caractère *exceptionnel* — nous ne disons pas *anormal* pour ne préjuger en rien de leur nature pathologique — peut être à bon droit invoquée contre l'hypothèse d'une simulation ou d'une mythomanie : hypothèse qu'il faut toujours examiner avec soin dans l'examen d'un cas de mystique, en raison de la fréquence des fraudes.

Généralement, il faudra pousser ses interrogatoires assez loin — et discrètement — pour obtenir une réponse dans le genre de celle-ci : « Je ne le vois pas, je le sens. » Sainte Thérèse emploie le verbe *sentir*, au lieu du verbe *voir*, pour désigner ces états spirituels. L'expression de *vision intellectuelle*, employée en théologie mystique, peut prêter à équivoque, dans la pratique, puisqu'il n'y a pas de vision. Le verbe *sentir* peut paraître vague, mais c'est celui qui est usité, en fait, chez ces personnes pour définir, autant qu'elles le peuvent, les impressions qu'elles ressentent.

Un premier élément de discrimination pourrait être trouvé dans ce fait que cette conviction intime d'une action et d'une

présence de Dieu dans l'âme ne s'accompagne pas de l'impression pénible et contraignante, éprouvée par nos malades habituels. Ces derniers disent très souvent qu'on gêne leur cerveau, ils ont le sentiment d'une atteinte morbide, ils sont dans quelque mesure des hypocondriaques. Il n'y a rien de tel chez les mystiques que nous avons examinées. Elles n'accusent pas une emprise morbide de ce genre. Sans doute, sainte Thérèse parle d'une *suspension* des puissances de l'âme, d'une impossibilité du discours mental pendant les états qu'elle décrit. Mais cette inhibition paraît différente du barrage psychologique, de ces arrêts de la pensée accusés par nos malades.

Ce signe discriminatif paraîtra cependant discutable à beaucoup de psychiatres, bien que nous lui accordions personnellement une certaine valeur. Ils objecteront que des hallucinations pathologiques peuvent avoir une tonalité agréable et ne pas s'accompagner obligatoirement de cette impression d'une influence néfaste sur le fonctionnement cérébral. Aussi, ne conviendrait-il pas de prendre une décision pratique sur ce seul symptôme différentiel.

Beaucoup plus importante nous paraît être l'absence chez ces personnes de tout processus délirant. Sans doute, on pourrait soutenir que cette seule conviction d'une influence divine s'exerçant au centre de l'âme est déjà un délire. Il n'en resterait pas moins vrai que la conservation d'une lucidité parfaite dans tous les domaines, une adaptation remarquable du jugement à toutes les situations, telles que nous avons pu les observer, constituent, du point de vue psychiatrique, un argument très impressionnant. Nous avons été frappé, nous l'avouons, par la pertinence, l'à-propos et la justesse de réponses qui nous ont été faites au cours d'examens, et nous sommes convaincu que les personnes en question n'avaient nullement le comportement et le psychisme de délirantes.

Enfin — c'est le troisième signe discriminatif — l'activité pratique, le *pragmatisme* de ces personnes, doit être pris en considération. On ne peut pas ne pas attacher une grande importance au sens du réel et de l'action, à l'adaptation judicieuse aux circonstances, aux réalisations, qui sont normalement des indices de santé mentale, et qui diffèrent totalement des adaptations et des réalisations partielles de certains hallucinés.

Il pourra donc arriver, si on est commis par l'autorité religieuse à examiner un cas de ce genre, qu'on se refuse à conclure à un délire ou à une psychose. Mais il ne s'ensuivra pas que la

tâche de l'expert sera terminée. La mythomanie, nous l'avons dit, n'est pas chose rare dans les cas de mystique. Il y a eu et il y a encore, très fréquemment, une sorte de *charlatanisme* des visions et des révélations mystiques. Il faudra donc être sûr de la sincérité morale de la personne avant de conclure. Pour diagnostiquer cette sincérité, on fera appel à toute son expérience et au jugement pratique. Et, si on n'a pas cette certitude absolue, il sera plus prudent de s'abstenir de conclure. Dans un très grand nombre de cas, on ne pourra pas déceler la fraude avec évidence, mais on aura de légitimes raisons de la soupçonner. On se bornera à exposer ces raisons dans le rapport d'expertise, et on laissera le soin à l'autorité qui a demandé l'examen de prendre la décision pratique qui s'impose. Généralement — il s'agit d'une religieuse le plus souvent — la certitude de la fraude, dans une pareille matière, doit comporter l'exclusion de la Congrégation et le renvoi immédiat. Mais l'expert n'a pas à préconiser cette solution dans son rapport. C'est à l'autorité religieuse qu'il appartient de prendre la décision. L'expert exposera d'une façon détaillée les motifs qui lui permettent d'affirmer ou de soupçonner la fraude, mais il s'en tiendra là. Comme dans les expertises médico-légales, il doit rester dans le domaine qui est le sien.

DISCUSSION

M. H. BEAUDOUIN. — Le terme d'expertise est-il ici justifié ?

M. Ach. DELMAS. — A quelle autorité l'expert s'adressait-il en l'occurrence ?

M. GISCARD. — Au Tribunal de l'Officialité.

M. Jean DELAY. — J'ai eu à examiner une femme qui avait eu des révélations. Au cours de l'examen, elle a présenté une grande crise hystérique.

M. Ach. DELMAS. — Il y a deux cas assez délicats à retenir :

1° celui où, à côté des faits en cause, il y a des accidents franchement hystériques : ce sont des cas essentiellement suspects ;

2° celui d'états hypomaniaques pouvant survenir chez des gens sincères. Dans ces derniers cas, on ne voit guère comment faire le départ avec des phénomènes mystiques.

M. Jean DELAY. — J'ai observé en effet un cas d'hypomanie avec phénomènes mystiques, ayant duré plusieurs semaines.

M. Ach. DELMAS. — Je pense surtout à des états qui peuvent durer des années. Ce qui doit, à mon sens, juger la question dans ce cas, ce n'est pas l'hypomanie, ce sont les qualités de sainteté de l'intéressée.

M. H. BEAUDOUIN. — Ces faits posent le problème de l'examen de certaines au moins des personnes qui désirent entrer au couvent.

M. GISCARD. — Dans une expertise de ce genre, nous n'avons pas à conclure en faveur du surnaturel ou contre le surnaturel, mais uniquement à donner des conclusions médicales. S'il y a des phénomènes physiques tels que stigmatisation, sudations sanglantes, il faut faire une observation rigoureuse des faits, et les décrire objectivement, en faisant appel à la collaboration d'un dermatologiste. Du point de vue psychiatrique on n'a qu'à dire simplement si on considère la personne comme une malade.

Psychoses carcérales et psychoses simulées,
par M. P. GISCARD.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment, au cours d'expertises médico-légales, plusieurs cas de psychoses carcérales. Le caractère de ces psychoses, distinctes à notre avis des psychoses simulées, pose un certain nombre de problèmes psycho-pathologiques très intéressants.

Nous entendons par *psychoses carcérales* des états mentaux nettement consécutifs à l'inculpation et à l'incarcération. Ces états mentaux sont le plus souvent rencontrés chez des délinquants primaires ; nous ne les avons jamais rencontrés chez des délinquants récidivistes. Il s'agit habituellement de prisonniers dont le passé social avait été généralement irréprochable, mais chez lesquels une défaillance morale passagère, entraînant avec elle le délit, a motivé l'arrestation et l'emprisonnement. Après l'incarcération, l'inculpé, déprimé par l'entourage, est effrayé par l'appareil de la justice et épouvanté par la crainte d'une condamnation — condamnation d'autant plus redoutable pour lui qu'elle contrastera avec son passé antérieur de probité et détruira sa réputation, mettra fin à une situation de famille jusque-là aisée et honorable. Cette crainte d'une condamnation produit un état dépressif, une véritable anxiété de type mélancoliforme, avec, dans certains cas, idées ou menaces de suicide.

C'est à de telles formes, à substratum purement émotif, que nous croyons devoir réserver le nom de psychoses carcérales. Le syndrome morbide est en effet nettement consécutif à l'incarcération. Devant l'expert, le malade est prostré, parle peu, répond brièvement aux questions.

Cet état peut s'accompagner d'une exagération volontaire des symptômes, d'une *sursimulation*. Mais cette exagération repose

sur un fond d'anxiété réelle et non simulée. Cette sursimulation peut entraîner des symptômes variables : allégation d'idées délirantes et d'hallucinations ; état de stupeur plus ou moins accentué, ressemblant à de l'hébétude ; enfin, dans un cas que nous avons observé, gâtisme temporaire, refus momentané d'aliments.

Mais, d'une façon générale, ces psychoses carcérales compliquées de simulation diffèrent des psychoses simulées pures par cet état d'anxiété qui est à leur base, les motive et leur donne sa coloration affective.

Nous avons observé autrefois, dans notre service à l'hôpital psychiatrique de Lommelet, un cas de psychose hallucinatoire chronique ayant débuté à la prison chez un individu inculpé d'escroqueries. Ce cas, examiné tout d'abord par Mlle Boudérique et par M. Lelong, notre prédécesseur dans le service, a fait l'objet d'une étude que nous avons publiée avec notre collègue Le Grand à la Société anatomo-clinique de Lille. M. Lelong avait formulé le diagnostic d'hébéphrénocatatonie en raison de la discordance des symptômes. Plus tard, cet état évolua comme un délire chronique, avec thème mystique, apparitions de la Vierge, du Christ, du Saint-Esprit, sous forme de langues de feu, du diable, hallucinations auditives, syndrome de persécution banal (francs-maçons et hommes politiques, tels que Léon Blum, persécuteurs). Il s'agissait d'une psychose ayant débuté à la prison accidentellement et non, à proprement parler, d'une psychose carcérale. Pour qu'on ait le droit de parler d'une psychose carcérale, il faut que le syndrome mental soit provoqué uniquement ou principalement par l'incarcération.

Quant aux psychoses simulées proprement dites, elles sont bien motivées, elles aussi, par le désir d'éviter une condamnation et d'échapper à la justice. Mais elles ne sont pas sous-tendues par cet état affectif, par cette dépression du type anxieux, mélancoliforme. Elles sont une création active, de toutes pièces, d'un pseudo-délire, d'un état d'hébétude, ou de prostration, ou d'agitation. Elles n'ont rien d'un état passif, mais constituent une réalisation active. On assiste alors au déroulement de délires atypiques, entrecoupés de réactions exagérées, réactions d'attaque ou de défense. Le tableau des symptômes présentés est extrêmement variable. Très souvent, l'état d'agitation entraîne l'envoi du délinquant dans un service spécialisé. Là, les symptômes sont loin de s'atténuer, au contraire ils se compliquent souvent d'actes incohérents et absurdes, de refus d'aliments, de tentatives plus ou moins feintes de suicide. Dans deux cas, que nous avons considéré tout d'abord comme des états

pathologiques proprement dits, nous avons institué, à titre thérapeutique, un traitement par le cardiazol. Ce traitement a entraîné, dans un premier cas, l'aveu de la simulation et la cessation des symptômes ; dans un second cas, une attitude pratique équivalant à l'aveu d'une simulation, suivie d'une reprise des symptômes sans doute motivée par la crainte des conséquences pratiques d'un tel aveu. Le premier de ces deux cas a fait l'objet d'une étude publiée récemment à la Société anatomoclinique de Lille (un cas de simulation déposé par la cardiazol-thérapie).

La convulsivothérapie, jointe au traitement psychologique et moral dans un service spécialisé, peut grandement contribuer à la guérison radicale de ces états anxieux. Ces troubles sont passagers et aisément curables.

En pratique médico-légale, ces cas de psychoses carcérales posent des problèmes très épineux. On admet généralement que la psychose ayant débuté après l'acte incriminé ne saurait entraîner, par elle-même, une irresponsabilité absolue au cours de cet acte. Elle peut tout au plus constituer un motif d'atténuation de cette responsabilité et, à ce titre, être prise en considération par l'expert. On peut toutefois se demander, dans certains cas, si l'état affectif ayant déclenché cette anxiété n'existait pas, à l'état latent, au moment de l'acte. Dans deux cas, examinés par nous, nous avons déclaré qu'il nous était impossible d'assigner au début de la maladie une date absolument précise et nous avons cru devoir faire bénéficier le délinquant d'une présomption d'irresponsabilité. Une telle décision pratique ne saurait être évidemment étendue à tous les cas. Elle offre l'avantage d'une solution nette et catégorique. En provoquant un non-lieu judiciaire, elle évite un renvoi à la prison qui occasionnerait d'une façon à peu près fatale une réapparition du syndrome constaté. Mais il ne faut prendre cette décision qu'à bon escient, en tenant compte de toutes ses conséquences pratiques. Nous ne préconiserions jamais une telle solution dans un cas de psychose simulée pure.

La vraie psychose carcérale n'est donc qu'un syndrome anxieux plus ou moins accusé, motivé par l'arrestation et par l'emprisonnement, mais ne différant pas d'un syndrome anxieux ordinaire. S'il y a d'autres symptômes, ou bien il faut les attribuer à une simulation surajoutée, ou bien il faut songer à une psychose banale ayant débuté accidentellement avec l'incarcération et sans liaison avec elle.

DISCUSSION

M. FRIBOURG-BLANC. — En une quinzaine d'années, je n'ai vu que deux simulateurs vrais. L'auteur a-t-il l'impression qu'on en voit actuellement davantage ?

Si j'insiste sur ce point, c'est que je garde la conviction que la simulation des maladies mentales est, de toutes, la plus difficile aux yeux d'un expert averti.

M. GISCARD. — Avant guerre, j'en avais vu un cas en 10 ans ; or j'en ai observé quatre ou cinq dans ces dernières années.

M. Ach. DELMAS. — Je pense également que la simulation des maladies mentales est particulièrement difficile, si l'on excepte, bien entendu, la simulation hystérique.

J'ai vu, durant la guerre de 1914-1918, un médecin simuler un syndrome de Cotard, mais dans des conditions telles que l'on ne pouvait s'y tromper. En 1940, j'ai été appelé à voir un jeune Italien qui, pour éviter l'incorporation, simula un syndrome d'opposition de façon vraiment impressionnante. Son père était pensionné à la suite d'une commotion ancienne, dont il avait gardé des troubles du caractère à type de maussaderie et de colère. Bien qu'il ait été réformé sur le rapport de deux experts, je pense que le fils répétait le syndrome du père.

M. BEAUDOUIN. — Il y a moins, à mon sens, simulation qu'exploitation par les avocats d'états plus ou moins vaguement psychopathiques.

M. CHARLIN. — Nous avons eu l'occasion d'étudier les psychoses carcérales à l'occasion des psychoses de captivité. Elles ont été étudiées par Suker aux U.S.A., par Vischer, Exner, auteurs de langue allemande. Dans les prisons, il faut distinguer deux catégories de psychoses :

1° les états psychopathiques classiques survenant au cours de captivité ;

2° les psychoses réactionnelles survenues du fait de l'incarcération. Ce sont elles qui donnent lieu le plus souvent à un diagnostic avec la simulation. Ce sont des psychoses nées de l'anxiété et de l'insomnie qui évoluent progressivement sur un fond de nostalgie vers un état atypique que les auteurs qualifient de paranoïde.

Parmi les prisonniers de guerre nous avons vu d'innombrables cas de ces psychoses réactionnelles se présentant comme des états dépressifs atypiques. On aurait pu penser souvent à la simulation, d'autant plus que fréquemment, dès le retour en France, les malades s'accusaient de simulation. Il n'en était rien. Car s'il y eut des simulateurs en captivité, il faut dire que les sujets furent très aidés par des médecins français qui les conseillaient dans leur simulation. Mais dès le retour en France, ils nous avouaient leur supercherie ; ce dont nous devons par contre nous méfier, c'était de la « sursimulation ».

Je ne sais pas, d'autre part, si l'aveu obtenu par le cardiazol suffit à affirmer toujours une simulation.

M. DEMAY. — Je connais deux cas certains de simulation en rapport avec la captivité.

M. DUBLINEAU. — Pour rare que soit la simulation, elle ne laisse pas dans quelques cas d'être possible aux yeux de l'expert. Nous pensons à certains sujets qui auraient en principe intérêt à simuler une maladie mentale, mais qui, de plus, ont effectivement des comportements atypiques évoquant la simulation. Nous avons observé naguère un Polonais qui avait assassiné trois personnes de sa famille. L'intérêt semblait le motif du crime. Le sujet, dans sa cellule, se livrait à de véritables cabrioles, geignait à d'autres moments de façon lamentable en poussant des cris d'enfant, accroupi dans un coin de sa cellule. Tout laissait penser qu'il simulait la folie, et tel était l'avis général, du gardien au procureur. Or, il suffisait de lire les rapports de gendarmerie, si souvent remarquables dans leur objectivité, pour y trouver l'histoire d'un délire interprétatif de persécution évoluant depuis plusieurs années. Aliéné simulant la folie après avoir tué par intérêt ? Sursimulateur ? Facteur ethnique ? En toute hypothèse, la psychose sous-jacente était évidente.

Néanmoins les conclusions du rapport ne furent pas admises, et trois nouveaux experts furent commis qui, durant plusieurs mois, crurent eux aussi à la simulation, jusqu'au jour où le sujet — qui était en fait devenu réticent — extériorisa un délire massif qui entraîna la conviction. Nous pourrions citer également le cas d'un confrère d'une cinquantaine d'années, examiné durant la guerre dans des conditions qui pouvaient justifier une tentative de simulation. Il s'agissait d'un état mélancolique, mais s'accompagnant d'actes tellement absurdes que tout l'entourage croyait à une simulation grossière. Or, ce n'était pas un simulateur, et la suite des événements devait justifier ce point de vue (que nous avons soutenu, nous devons le dire, après bien des hésitations intérieures sur la nature du cas).

Au total, il y a des « fausses simulations », et cette notion, d'ailleurs classique, mérite d'être rappelée.

M. Jean DELAY. — Je viens de voir un jeune médecin qui, en 1940, avait été considéré comme un simulateur, et qui présente actuellement un syndrome typique d'hébéphrénocatatonie. La démence précoce est très difficile parfois à authentifier.

Une forme également malaisée à reconnaître est l'amnésie simulée.

Equivalents comitiaux de type hallucinatoire divers, uniques symptômes d'une tumeur temporale gauche, par MM. M. DAVID, R. COULONJOU et H. HECAEN.

Il nous a paru intéressant de vous rapporter l'observation qui va suivre, car elle montre nettement l'intérêt diagnostique que

peuvent revêtir les hallucinations dans les tumeurs temporales, en particulier lorsqu'elles siègent à droite ou bien comme lorsque dans notre cas les symptômes aphasiques manquent dans une tumeur gauche.

OBSERVATION. — K..., 38 ans, vient consulter l'un de nous le 3 février 1945, adressé par un de nos confrères pour troubles psychiques.

Histoire de la maladie. — Le 15 août 1944, après l'évacuation de Brest, sa femme constata qu'il avait l'air absent et égaré, mais elle mit ceci sur le compte des événements de guerre. Mais dès le début de septembre apparaissent des phénomènes très particuliers à type d'absences ou d'équivalents comitiaux, qui se produisent jusqu'à deux à trois fois par jour.

Absences. — Pendant quelques secondes il s'arrête brutalement de parler ou de marcher, sans chute ; les pupilles sont dilatées, la face est pâle et parfois animée de quelques tressaillements musculaires. S'il est assis, la tête se renverse en arrière. Parfois prononce des mots sans suite ou hors de propos. Ces épisodes sont entièrement amnésiques.

Equivalents. — Outre ces absences simples, il présente des absences qui sont précédées ou s'accompagnent de phénomènes divers de type hallucinatoire dont il garde un souvenir assez flou ou parfois même aucun, et qui sont surtout révélés par les paroles qu'il prononce à ces moments.

Hallucinations auditives. — Elles ont marqué le début des troubles. Elles se sont produites tout d'abord sans être accompagnées de troubles de la conscience aussi accusés, et à ce moment ces phénomènes revêtaient plutôt le caractère des illusions. En effet, le malade avait soudain l'impression que les personnes qui l'entouraient « chantaient les paroles au lieu de les parler », en même temps qu'il lui semblait « qu'elles se foutaient de lui ». Il fit part de ceci à ses camarades qui le rassurèrent ; il insiste sur le fait qu'il entendait exactement les paroles véritablement prononcées.

Ensuite il doit avoir à plusieurs reprises présenté de véritables hallucinations auditives, sa femme mentionnant que souvent au cours d'une conversation il s'arrête pour demander pourquoi on a prononcé tel ou tel mot alors qu'il n'en est rien. « Pourquoi que vous parlez d'âne », par exemple. Mais ces épisodes sont alors complètement amnésiques.

Ces faits sont devenus plus rares ces derniers temps.

Hallucinations gustatives. — Par moments éprouve brusquement dans la bouche un mauvais goût : goût de pourriture, goût d'alun, de cuivre, sont les termes qu'il emploie pour le décrire entre les crises. Pendant l'absence parle souvent d'un goût de « bleu ».

Hallucinations du schéma corporel. — La moitié droite du corps devient soudain plus grosse et plus chaude, elle double de volume à peu près, dit-il. Cette sensation est assez particulière pour qu'il en

parle spontanément ; elle précédait généralement l'absence, ce qui explique le souvenir assez net qu'il en conserve, encore qu'il donne peu de détails sur cette impression.

Depuis le début de février, ces troubles ne sont pas réapparus et le malade éprouve par contre, par crises, une impression d'engourdissement du côté droit.

Hallucinations visuelles élémentaires. — Pendant de courts instants vision de lumières colorées — bleu surtout.

Il n'a jamais existé de céphalées ni de vertiges, ni de vomissements, ni d'atteinte visuelle.

Par contre, s'est développé progressivement un état d'obnubilation avec apathie, somnolence, perte de toute initiative, troubles mnésiques portant surtout sur l'évocation, difficulté de fixer l'attention.

Il n'existe pas d'état confusionnel véritable ; stimulé, le malade répond assez pertinemment aux questions, mais retombe vite dans son état d'inertie. Cependant, les jours précédant l'intervention, cet état mental s'est aggravé, évoluant vers la confusion franche.

L'examen neurologique ne révèle qu'une héli-hyperextensibilité droite avec difficulté des mouvements fins des doigts de ce côté.

Le langage, les praxies sont intacts.

L'examen des paires crâniennes montre une anosmie absolue bilatérale.

L'examen du fond d'œil est négatif, de même que l'examen cochléo-vestibulaire.

Une radiographie du crâne ne montre aucune anomalie.

A la *ventriculographie*, pratiquée pour s'assurer qu'il s'agissait bien d'une néo-formation, le ventricule droit était seul injecté.

Intervention le 28-3-45 (M. David et J. Talairach). — Large volet temporo-frontal gauche. Dure-mère tendue. A la ponction du lobe temporal on découvre une masse tumorale dans la profondeur de sa partie antérieure. Incision du lobe temporal à la partie antérieure de T2 : on aperçoit la tumeur gliomateuse à un centimètre de la surface.

Aspiration de la tumeur qui s'enfonce profondément vers la face interne. Elargissement de la voie d'abord en pratiquant une lobectomie du 1/3 antérieur du lobe temporal. On poursuit la tumeur profondément en l'aspirant. Elle donne l'impression de s'étendre en éventail vers la face interne qu'on atteint presque. La corne temporale du ventricule a été ouverte.

Fermeture habituelle. Exoseptoplix stérile.

Histologiquement : glioblastome.

Les suites opératoires sont simples. Dans les 15 premiers jours le malade présente une aphasie réceptive marquée. En outre, il existe un état mental proche du syndrome de Korsakow avec fabulation, s'intriquant avec la paraphasie, fausses reconnaissances, désorientation temporo-spatiale complète, amnésie presque totale portant aussi bien sur l'évocation que sur la fixation, ton euphorique de l'humeur. Il existe une hémianopsie droite.

Cet état psychique régressa rapidement. Lorsque le malade quitta l'hôpital, fin avril, il a retrouvé à peu près sa lucidité, mais conserve de gros troubles du langage (oubli du vocabulaire, incompréhension des ordres compliqués, persistance de quelques paraphasies, troubles lexiques et graphiques peu accusés).

Revu à Brest vers le 15 mai, l'aphasie était en régression légère, mais cette amélioration ne s'est pas maintenue. Actuellement état d'indifférence complète avec langage incompréhensible, somnolence, hémiplégié droite. L'état général reste bon.

Quelques brèves remarques nous paraissent maintenant nécessaires. Nous n'aborderons pas ici les questions doctrinales, nous limitant au côté séméiologique.

Hallucinations auditives, visuelles, gustatives et illusions de transformation corporelle apparaissent chez ce malade en tant qu'équivalents épileptiques, sans jamais d'ailleurs se manifester en même temps, ni s'accompagner de dreamy state. L'état de la conscience varie d'un accès à l'autre, mais la réalité du phénomène éprouvé n'est jamais mise en doute au moment même de son apparition. Les paroles et le comportement du malade en témoignent lorsqu'aucun souvenir n'en persiste.

Soulignons que les manifestations auditives marquèrent le début des troubles se présentant dans un premier stade, sous une forme illusionnelle rappelant les faits décrits par Penfield, Barré, Vincent et Helle (modifications d'intensité et de tonalité des sons). Puis vinrent des hallucinations auditives caractérisées (1), phénomènes considérés comme très rares par la plupart des auteurs dans les atteintes du lobe temporal. Ici même, nous avons déjà rapporté deux cas (M. David, Hecaen et Coulonjou ; M. David, Ajuriaguerra et Sauguet) et, après Courville, nous avons de nouveau insisté sur leur valeur de localisation, à condition qu'existe nettement le caractère de sensorialité.

Les modifications du schéma corporel survenant comme accidents épileptiques sont des faits rarement signalés (Marchand et Ajuriaguerra, Riddoch). Il s'agit ici d'une illusion de transformation corporelle limitée au côté controlatéral, sensation suffisamment nette et précise pour qu'il en parle spontanément. A ces moments, le malade a également l'impression que tout le côté, qu'il ressent doublé de volume, est aussi beaucoup plus chaud.

(1) Le passage de l'illusion à l'hallucination n'est pas sans évoquer une ressemblance avec les faits signalés par Hoff et Silbermann lors des réfrigérations du lobe temporal à travers une brèche osseuse : les sons prennent d'abord une tonalité étrange puis le malade entend répéter sa pensée.

Peut-être faut-il rapprocher cette association de la sensation d'œdème et de chaleur de la main fantôme qu'éprouvait un amputé de Leriche, lorsque celui-ci pratiquait une injection intra-artérielle de cocaïne — sans pour cela, croyons-nous, devoir faire appel à une explication sympathique des troubles.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Peut-on se baser sur une hallucination auditive différenciée pour conclure à une localisation ? Tout le cortex n'est-il pas en jeu ?

M. HÉCAEN. — Le cerveau fonctionne, en effet, comme un tout, mais on peut admettre qu'il y a des points d'appel permettant une localisation.

L'encéphalographie dans les démences. Sa valeur pronostique,
par MM. Jean DELAY et P. DESCLAUX.

L'encéphalographie dans les démences dégénératives ou encéphaloses permet de fixer l'importance des lésions et de suivre leur développement. Elle montre des images variables suivant l'étiologie de la démence. C'est ainsi que nous l'avons étudiée dans les maladies de Pick et d'Alzheimer, dans certains états démentiels de l'adulte et dans les troubles psychiques de la chorée chronique de Huntington.

Dans les démences toxi-infectieuses ou encéphalites, elle permet également de présumer des états anatomiques de la maladie. Dans certains cas, sa valeur pronostique est importante, car elle permet d'apprécier la valeur d'une thérapeutique.

Au cours de la maladie de Pick, il est classique d'observer, ainsi que Benedek et Lehoczky l'ont signalé, de même que Froment et Lerman, en France, une atrophie de la région préfrontale. Mollaret et Messimy en ont récemment rapporté un cas. Nous l'avons étudié chez une dizaine de malades et nous avons présenté une malade à ce sujet. Le lobe préfrontal a dans certains cas complètement disparu et se trouve remplacé par des coussinets d'air ; la corne frontale des ventricules latéraux est dilatée globalement, traduisant également cette atrophie.

Mais cette image encéphalographique peut ne pas exister dans certains cas typiques de maladie de Pick : dans les formes pariéto-occipitales de l'affection, les images lacunaires sous-

arachnoïdiennes s'observent au niveau des lobes pariétaux, temporaux et occipitaux, ainsi que nous avons eu l'occasion de le signaler. Chez cette malade que nous avons suivie au cours de son évolution, nous n'avons pas vu au cours d'encéphalographies ultérieures se développer l'atrophie, ainsi que d'autres auteurs l'avaient signalé, mais nous avons remarqué l'apparition d'un voile sur les radios qui était en rapport avec la création de lésions méningées.

A l'autopsie, les lésions atrophiques macroscopiques étaient beaucoup moins marquées que ne le montraient les clichés, comme si les images encéphalographiques étaient en partie conditionnées par des conditions vitales particulières de l'hydraulique du liquide céphalo-rachidien. L'atrophie cérébrale serait alors plus nette du vivant du malade. Cette atrophie peut être masquée par d'importantes lésions méningées, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante :

Mme M..., âgée de 55 ans, atteinte d'affaiblissement psychique avec désorientation, troubles de la mémoire et de l'attention avec éléments aphaso-agnoso-apraxiques, est internée dans le service. L'encéphalographie pratiquée à deux reprises montre une légère dilatation de la corne frontale des ventricules latéraux. La corticalité n'est pas injectée.

L'intervention pratiquée par le D^r Puech montre une lame de pachy-méningite qui double la face profonde de la dure-mère et adhère à l'arachnoïde et au cortex. Celui-ci est atrophique.

Une biopsie cérébrale montre des lésions histologiques de maladie de Pick.

Il ne semble pas que l'encéphalographie gazeuse permette le diagnostic entre maladie de Pick et maladie d'Alzheimer. A ce sujet, X. Abély a rapporté avec l'un de nous l'observation de deux maladies d'Alzheimer où l'encéphalographie montrait une atrophie frontale confirmée par l'autopsie, mais où les lésions histologiques étaient celles de la maladie d'Alzheimer.

Certains états démentiels de l'adulte montrent également à l'encéphalographie gazeuse des images où l'on observe un élargissement des sillons et une dilatation ventriculaire semblant indiquer un processus atrophique. Nous avons rapporté à ce sujet l'observation d'une malade de 47 ans atteinte d'un syndrome d'excitation maniaque atypique avec turbulence, chants, gros troubles du comportement. Peu à peu se caractérisa un déficit intellectuel très marqué. La pneumographie cérébrale

montrait des images lacunaires sous-arachnoïdiennes des lobes frontaux et pariétaux.

De même, une malade âgée de 32 ans (1), présentait un syndrome démentiel d'allure héréditaire et familiale, la mère et une de ses sœurs étaient mortes jeunes au cours d'un syndrome analogue. Son frère présentait un syndrome voisin de la maladie de Pick. Tous deux avaient des images encéphalographiques analogues aux dilatations de la corne frontale des ventricules latéraux et une atrophie nette des lobes frontaux. De telles observations posent le problème de la parenté de ces états démentiels simples de l'adulte avec la maladie de Pick.

L'encéphalographie dans la chorée chronique héréditaire de Huntington met en évidence l'atrophie cortico-striée qui est de règle dans cette affection. Les cornes frontales des ventricules latéraux sont dilatées, ainsi que nous l'avons déjà signalé dans une communication antérieure. Elles prennent une forme quadrilatère caractéristique avec élargissement considérable du diamètre transversal. Le troisième ventricule est dilaté en ballonnet.

Cette image particulière a été retrouvée chez tous nos malades et il semble que l'importance des lésions soit en rapport avec le degré d'évolution de la maladie et la richesse des signes cliniques. Mais dans les cas frustes, l'encéphalographie fournit un argument diagnostique de valeur, tandis qu'elle peut d'autre part contribuer à fixer un pronostic.

C'est surtout dans les démences toxi-infectieuses que l'encéphalographie prend toute sa valeur. Nous avons déjà insisté sur les images observées dans la paralysie générale, qui peuvent être de quatre types. Dans un premier groupe, il existe une importante dilatation ventriculaire avec un élargissement considérable des sillons. Ces images correspondent à un mauvais pronostic.

Dans un second groupe, la dilatation ventriculaire et les sulcétasies sont modérées, le pronostic est favorable dans l'ensemble.

Un troisième groupe ne montre pas d'injection des ventricules et l'importance de la dilatation des sillons permet de porter un pronostic plus ou moins pessimiste suivant que celle-ci est plus ou moins marquée, témoignant d'une atrophie plus ou moins considérable.

(1) J. DELAY, P. DESCLAUX, J. PERRIN et J.-F. BUVAT. — Démence atrophique familiale. Aspects encéphalographiques analogues de deux collatéraux. *Société de Neurologie*, 1^{er} février 1945 ; *Revue Neurologique* (sous presse).

Enfin, le dernier groupe montre l'absence d'injection de la corticalité par suite de la présence de méningite séreuse et l'existence d'une dilatation ventriculaire plus ou moins importante. On peut déjà, devant une distension importante des ventricules, porter un pronostic défavorable. Quant à l'intensité de l'atrophie montrée par l'élargissement des sillons, elle peut apparaître au cours de l'évolution, sous l'influence du traitement qui fait disparaître le voile de méningite.

L'encéphalographie contribue à apprécier l'action de celui-ci et permet de modifier le pronostic. C'est ce que nous avons observé chez certains malades. Peu à peu, après deux à trois mois de traitement, à la deuxième ou troisième encéphalographie, on voit apparaître des lacunes correspondant aux zones d'atrophie. Cette modification des clichés s'est accompagnée à plusieurs reprises, surtout dans les cas où la dilatation ventriculaire était modérée, d'une amélioration des signes cliniques, cependant que la floculation du benjoin colloïdal ne se produisait plus au fur et à mesure dans le même nombre de tubes.

Nous retrouvons des images analogues dans les démences toxiques, en particulier dans l'alcoolisme, soit qu'il s'agisse de pseudo-paralysie générale alcoolique dont nous avons rapporté l'observation, soit qu'il s'agisse d'état démentiel simple.

Dans le premier cas, l'encéphalographie était caractérisée par une dilatation ventriculaire gardant la forme des ventricules et par d'importantes lacunes sous-arachnoïdiennes.

Dans le second, l'image pneumographique montrait une importante dilatation ventriculaire, cependant que l'absence presque complète d'injection de la corticalité témoignait d'une méningite chronique, ainsi qu'il est fréquemment observé dans ces affections.

Par contre, un troisième malade, alcoolique chronique, mais non dément, ne présentait pas de modification notable de son image encéphalographique.

DISCUSSION

M. FRIBOURG-BLANC. — Les quantités de liquide prélevé par les auteurs n'ont-elles jamais entraîné d'accident ?

M. DESCLAUX. — On peut, surtout chez le paralytique général, retirer de grandes quantités sans incidents.

L'encéphalographie gazeuse dans les délires chroniques
paranoïdes, par MM. Jean DELAY et P. DESCLAUX.

Nous avons étudié systématiquement les résultats de l'encéphalographie gazeuse, dans les délires chroniques paranoïdes, chez des schizophrènes et des paraphrènes. Certains des faits que nous avons constatés rejoignent les observations faites par différents auteurs dans la schizophrénie. On sait que ce terme englobe des faits cliniques différents dans la nosologie étrangère et c'est sans doute pourquoi les résultats de l'encéphalographie gazeuse dans la schizophrénie ont été si différemment interprétés. Les uns allant jusqu'à prétendre, tel Lemke, qu'un pronostic social pouvait être porté sur l'encéphalographie gazeuse, les autres, tel Ralph Patterson, étaient beaucoup plus réservés et insistaient sur le fait qu'à l'autopsie on ne retrouve pas la dilatation des sillons observée sur les images radiographiques.

Chez certains malades, une intervention neuro-chirurgicale nous a paru devoir être pratiquée. Elle nous a donné dans certains cas des résultats intéressants et nous a toujours confirmé l'atrophie cérébrale que nous laissait supposer l'encéphalographie. L'autopsie ne montre pas aussi nettement ces zones d'atrophie cérébrale, comme s'il existait un important trouble physiopathologique particulièrement net du vivant du malade.

Les images que nous avons observées sont exceptionnellement normales (trois sur trente-cinq) et peuvent être classées en plusieurs groupes, suivant que la corticalité est ou non injectée et suivant également que la dilatation des sillons paraît prédominer sur les lobes frontaux pariétaux ou occipitaux. Dans quelques cas enfin, nous avons observé des dilatations ventriculaires importantes. Il ne nous paraît pas possible dans l'état actuel des faits d'établir un rapport entre la symptomatologie des syndromes mentaux et les dilatations localisées des sillons comme avaient cru devoir le faire certains auteurs.

Le premier groupe d'encéphalographies avec atélectasies antérieures montre sur le cliché de face des ventricules normaux s'accompagnant d'une dilatation modérée des sillons. Cette dilatation observée chez une dizaine de malades se retrouve sur les clichés de profil prédominant sur le lobe frontal et préfrontal et s'étendant à toute la région rolandique. Elle se caractérise par la présence de nombreuses petites taches d'air en cupules ou triangulaires qui parsèment le lobe et sont reliées entre elles parfois par des sillons de taille normale.

Le second groupe montre des images où les ventricules, comme dans le groupe précédent, ne sont pas hypertrophiés. Les sillons sont normaux dans l'ensemble, sauf au niveau de la région pariétale où l'on observe quelques sillons isolés largement dilatés, c'est ce que nous avons pu remarquer sur six clichés.

Quant aux images nettement postérieures prédominant sur le lobe occipital, nous les avons trouvées chez quatre malades. Trois d'entre elles présentaient une image normale d'injection



Encéphalographie avec dilatation importante des sillons du lobe frontal.

des sillons, seul s'observait, au niveau du pôle occipital, un élargissement particulièrement marqué de quelques sillons, en opposition avec les clichés habituels où précisément cette zone est très peu injectée dans la règle.

Sur neuf clichés, nous avons observé l'absence de systématisation des aspects anormaux. Sur les uns, les sillons présentaient un élargissement diffus dans l'ensemble avec parfois, en un point, une zone où l'injection de la corticalité se faisait moins bien. Sur les autres, la corticalité ne présente aucune injection des sillons témoignant, ainsi que nous l'avons déjà montré, d'un important processus méningitique. Les ventricules sont dans ce groupe relativement dilatés,

Devant de telles constatations radiographiques, on peut se demander à quel point ces images représentent des altérations cérébrales. C'est ce que nous a révélé l'intervention neuro-chirurgicale chez cinq de nos malades. Nous avions eu l'occasion de faire opérer en juin 1943 une de nos malades qui présentait un cholestéatome, et la modification progressive avec tendance à l'amélioration de son état psychique nous permettait de penser que même des états psychopathiques évoluant depuis de longues années pouvaient être transformés par une intervention neuro-chirurgicale. Chez les malades qui furent l'objet de l'intervention, on notait chez toutes, à l'encéphalographie, une hypertrophie des citernes pontiques pédonculaires et protubérantielles ou si l'on préfère des citernes sus- et rétro-sellaires. On pouvait supposer qu'il existait des lésions méningées importantes à ce niveau empêchant en particulier la diffusion de l'air dans les espaces sous-arachnoïdiens.

OBSERVATION I. — Adrienne G., âgée de 45 ans, est internée en juillet 1928 parce qu'elle présente une psychose hallucinatoire chronique avec automatisme mental, idées délirantes de persécution, conflits avec l'entourage. Elle est toujours restée internée depuis lors. Son langage se modifie peu à peu, prenant un type schizophasique. Elle est agressive et violente dans le service. Toutefois elle se livre à de menus travaux. Les hallucinations persistent ainsi que ses réactions revendicatrices.

L'encéphalographie pratiquée le 25 mars 1944 montre une dilatation ventriculaire modérée, une dilatation des lacs de la base et l'absence d'injection de la corticalité. L'intervention pratiquée par les D^{rs} Buvat et Perrin montre l'existence d'une énorme méningite séreuse avec un cerveau atrophique friable, très vasculaire, saignant dès qu'on le touche. L'exploration de la région opto-chiasmatique montre un kyste séreux de moyen volume que l'on effondre.

Les suites opératoires furent satisfaisantes malgré une ostéite du volet qui nécessita son ablation partielle dans un second temps.

Depuis, la malade présente les mêmes phénomènes délirants, mais elle est beaucoup plus calme, n'ayant pas d'irritabilité. L'amélioration a porté de façon notable sur l'état thymique.

OBSERVATION II. — Marguerite W., âgée de 57 ans, fut internée en 1930. Elle présentait un délire paraphrénique extrêmement riche avec subexcitation psychique et euphorie foncière. Elle était la femme divorcée du Tsarevitch, du Prince de Galles, etc. Elle avait des prémonitions et faisait des prophéties. Calme et docile, elle avait déjà été internée en 1927.

Son encéphalographie montrait une dilatation globale des ventri-

cules latéraux et du troisième ventricule, une absence totale d'injection de la corticalité et une augmentation de volume des lacs de la base. Elle fut opérée par les D^{rs} Brun et Buvat.

La dure-mère était extrêmement adhérente à l'os. L'arachnoïde était considérablement épaissie et dut être coupée aux ciseaux. Le cerveau atrophique est très friable et tend à saigner au moindre contact. La selle turcique est cloisonnée par de nombreux feutrages arachnoïdiens.



OBSERVATION II

Les suites opératoires immédiates sont bonnes, mais les jours suivants s'installe un état de somnolence progressive qui oblige à ré-intervenir. Après réouverture, on aperçoit un pôle frontal truffé de plaques hémorragiques. Il est amputé largement. Dans la profondeur il existe un caillot de la grosseur d'une noix. Après l'intervention, la malade ne sortit que passagèrement du coma.

OBSERVATION III. — Victoria M., âgée de 40 ans, est internée en juillet 1942 pour un délire paranoïde à thème érotomane, inconduite, prostitution, scènes de violence vis-à-vis du mari.

L'encéphalographie montre une très faible injection des sillons, une dilatation modérée des ventricules et une augmentation des lacs de la base.

L'intervention pratiquée par les D^{rs} Perrin et Buvat montre une méningite séreuse de moyenne abondance, la dure-mère est très

vasculaire. Le cerveau est congestif, avec de grosses veines et des circonvolutions atrophiques. On débride l'arachnoïdite de la base.

L'évolution est favorable. La malade conserve ses idées délirantes mais paraît améliorée dans ses troubles du caractère.

OBSERVATION IV. — Valentine D., âgée de 43 ans, est internée pour des phénomènes d'hallucinations avec automatisme mental apparus depuis quatre ans, des idées délirantes de persécution, d'empoisonnement, de grandeur, de haute et riche filiation. Elle a des réactions de menace et des impulsions coléreuses. Elle témoigne de puérilisme et de vanité. Le traitement par électro-chocs ne donne pas de modifications appréciables. L'encéphalographie montra un élargissement des sillons surtout en région frontale et des citernes sus ou rétro-sellaires volumineuses.

L'intervention pratiquée par les docteurs Puech et Brun découvrit une méningite avec adhérences nombreuses de la dure-mère à l'os et de la dure-mère au cerveau. Celui-ci est tendu avec quelques circonvolutions atrophiques. Au niveau du chiasma, une grosse arachnoïdite adhésive est rompue et libère un énorme kyste opto-chiasmatique.

Les suites opératoires sont bonnes. Pas de modifications psychiques. La malade est alors traitée en mai 1945 par l'électro-choc, les modifications sont alors importantes. Les troubles du caractère s'amendent, les phénomènes oniroïdes ont disparu et elle cherche à reprendre une activité cohérente ; toutefois, il persiste un certain degré d'affaiblissement déméntiel.

OBSERVATION V. — Pierre B., entre au service libre le 1^{er} novembre 1944 pour troubles psychiques évoluant depuis 1937 : délire cénestopathique, idées hypocondriaques, sensations de transformation corporelle, instabilité et fugues il y a quatre ans. Il est traité par l'électro-choc qui amène une amélioration transitoire de son état. Mais il est incapable de reprendre ses occupations, et des troubles reparassent progressivement. Une encéphalographie est alors pratiquée qui montre des sillons élargis dans les régions frontales et pariétales. Les laes de la base sont distendus. Devant ces constatations et devant le fait que la selle turcique paraît élargie, le malade est passé dans le service de neuro-chirurgie de Sainte-Anne où une intervention est pratiquée par les docteurs Puech, Buvat et Brun. Elle découvre une méningite séreuse corticale frontale avec épaississement et dépoli de l'arachnoïde sur toute l'étendue des lobes frontaux et temporaux exposés. Le cerveau présente des circonvolutions atrophiques.

Dans la région opto-chiasmatique il existe une arachnoïdite adhésive très importante qui est débridée.

Les suites opératoires sont bonnes. L'état psychique du malade est amélioré, mais peu à peu les troubles cénestopathiques et les idées délirantes hypocondriaques réapparaissent. En avril 1945, la thérapeutique par électro-choc est reprise, entraînant une transformation

assez nette du malade qui peut reprendre ses occupations sans qu'on puisse préjuger de la durée de cette amélioration.

Que peut-on retenir de tous ces faits ?

Nous avons trouvé chez nos malades atteints de délire chronique paranoïde des modifications importantes et fréquentes des images encéphalographiques, puisque, sur trente-cinq sujets, nous n'avons obtenu que cinq images normales. Il nous est impossible de dire qu'il s'agit d'atrophie cérébrale dans tous ces cas, mais les cinq malades qui ont été opérés présentaient à l'intervention un aspect atrophique des circonvolutions, cependant que nous pouvions observer des altérations méningées importantes et indiscutables portant sur la dure-mère et l'arachnoïde. Ces notions sont en rapport avec les travaux de l'école anatomo-pathologique française, en particulier ceux de Marchand et de Lhermitte.

Nous pouvons d'autre part dire dès maintenant que ces images s'observent seulement dans des formes évoluant depuis plusieurs années ; nous n'avons pas retrouvé ces aspects pathologiques dans les formes de début de la démence précoce dont nous détaillerons ultérieurement les résultats.

Quant à l'action thérapeutique, elle mérite d'être étudiée. Il s'agit en effet de traitement portant sur des malades chroniques depuis longtemps, vingt-cinq, trente ans pour certains. Il semble qu'il y ait une action thymique portant sur les troubles du caractère. L'association d'électro-choc après intervention permet dans certains cas d'obtenir un résultat particulier. Au début, l'action de l'électro-choc est partielle ou de peu d'intensité ; dans un cas, on assista à la disparition de tout le syndrome hallucinatoire à caractère oniroïde par la reprise du choc après l'intervention, mais il persista un syndrome d'allure dementielle. Dans l'autre, l'amélioration persiste jusqu'à maintenant depuis plus de trois mois. Cette amélioration transitoire peut s'expliquer par le fait que le traitement neuro-chirurgical a agi sur une partie des lésions, mais la reprise des troubles psychiques se comprend, étant donné la persistance de lésions diffuses cérébro-méningées, sur lesquelles la thérapeutique neuro-chirurgicale demeure inopérante.

La séance est levée à 17 heures 30.

Les Secrétaires des séances :
Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

REUNIONS ET CONGRÈS

57^e Assemblée de la Société suisse de Neurologie

Sion (16-17 juin 1945)

Président : M. le Professeur MINKOWSKI, président

La Société suisse de neurologie a tenu sa 57^e assemblée à Sion (Valais), les 16 et 17 juin 1945, dans la salle des Pas-Perdus du Rathaus, sous la présidence du professeur M. MINKOWSKI, de Zurich.

Ces deux journées ont été consacrées, en particulier, à l'étude de la Thrombo-endarterite oblitérante de v. Winiwarter-Buerger et à ses retentissements neurologiques. Elle a été l'objet d'une mise au point générale du professeur M. MINKOWSKI (de Zurich) pour la neurologie, du professeur A. ALBERTINI (de Zurich) pour l'anatomie pathologique, et du P.-d. D^r H. KRAYENBUHL (de Zurich), secrétaire de la Société, pour le diagnostic et la thérapeutique, et à diverses communications.

Un banquet à la valaisanne réunit tous les participants à l'Hôtel de la Paix, face aux escarpements aériens de Valère. Après une allocution de bienvenue du président, le professeur MINKOWSKI, le président du Conseil d'Etat du canton du Valais, M. PITTELOUD, a exalté en termes simples, mais émus et profondément poétiques, ce que peut offrir aux hommes, en biens spirituels et matériels, la terre valaisanne.

Au cours de la séance officielle, un Festschrift a été offert aux éminents neurologues que sont le D^r H. BRUNSCHWEILER (Lausanne) et le professeur R. BRUN, de Zurich.

La prochaine réunion aura lieu à St-Gall et il a été décidé d'inviter, de la part des sociétés de neurologie et de psychiatrie, le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française à tenir ses premières assises d'après-guerre en Suisse au cours de la dernière semaine de juillet 1946.

Le dimanche, après une matinée toujours vouée à l'étude du syndrome de Buerger, une « raclette » a été l'occasion d'une nouvelle allocution du professeur MINKOWSKI, d'un speech plein de finesse et de chaleur patriotique du D^r SIERROZ, représentant de la ville de Sion. Le D^r René CHARPENTIER remercia les neurologistes et les psychiatres suisses au nom de la Société médico-psychologique et du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Sur les localisations cérébrales de la thrombo-endarterite oblitérante de Winiwarter-Buerger. Sémiologie et problèmes neurologiques, par le professeur M. MINKOWSKI (de Zurich).

Depuis la monographie de *Buerger* consacrée aux troubles circulatoires et surtout à la « thrombo-endarterite oblitérante » des extrémités (1924), il a été démontré que cette affection peut également atteindre les vaisseaux principaux des organes internes, et, depuis une dizaine d'années, des cas furent décrits où une affection vasculaire du type de *Buerger* était surtout localisée au cerveau (ou à la moelle), avec ou sans localisations périphériques concomitantes.

M. M. Minkowski, après avoir résumé, au point de vue clinique et anatomique, les cas de localisations cérébrales de la thrombo-endarterite oblitérante publiés jusqu'à présent, rapporte sept cas personnels dont deux contrôlés par l'autopsie, ont fait l'objet d'une étude anatomo-pathologique détaillée du cerveau.

L'anamnèse familiale fait souvent ressortir des tares vasopathiques, surtout vaso-neurotiques, chez les parents, les frères ou sœurs des malades. Les premiers symptômes cérébraux peuvent se manifester à tout âge, à partir de l'enfance et jusqu'à la vieillesse. Les formes cérébrales atteignent aussi de préférence des hommes, mais peuvent également toucher des femmes, surtout âgées. On n'observe pas de prédisposition « raciale », la grande majorité des cas observés concernant des non-sémites.

La pathogénie pose les mêmes problèmes que le *Buerger* périphérique ou général, soit ceux de l'hérédité ou de la constitution, du rôle de facteurs infectieux, d'intoxications, de traumatismes, de réfrigération et d'une coopération de divers facteurs. Des abus nets de nicotine sont fréquents chez les malades, mais celle-ci ne constitue pourtant pas une condition nécessaire de la maladie, des non-fumeurs ou non-fumeuses pouvant également être atteints.

Dans l'anamnèse personnelle des formes cérébrales du *Buerger*, on relève souvent des prodromes ou symptômes précoces du type vaso-moteur, vertiges, scintillements ou amblyopies passagères, céphalées paroxysmales intenses de caractère migraineux, accompagnées parfois de troubles neurologiques passagers tels que l'hémiplégie, l'hémi-anesthésie, l'hémi-anopsie, différentes formes d'aphasie, l'ataxie cérébelleuse, etc., mais aussi la persistance de résidus neurologiques objectifs, ou la manifestation simultanée de troubles psychiques tels que des états de confusion mentale, des altérations ou obnubilations passagères de la conscience, des accès rappelant le petit mal ou d'autres états épileptiformes, etc. Des manifestations de déficit plus ou moins durables peuvent s'observer, aussi bien neurologiques : — hémiplégie, hémi-anopsie, aphasie ou autres symptômes en foyer, —

que psychiques : faiblesse de la mémoire, difficulté de concentration, labilité affective, états d'anxiété, d'agitation ou de dépression, avec parfois tendances au suicide, somnolence, apathie, mutisme, etc. Des syndromes de déficit particuliers plus ou moins massifs (hémiplégié, aphasie et autres) peuvent aussi s'installer d'emblée, sous forme d'un ictus.

Parmi les symptômes neurologiques généraux apparaissant parfois précocement, il faut mentionner le nystagmus, l'affaiblissement ou l'abolition des réflexes abdominaux, des troubles de la miction et de la puissance sexuelle, des signes subjectifs et objectifs d'augmentation de la pression intra-cranienne (céphalée prolongée intense, nausées, vomissements, légère papille de stase, approfondissement des granulations paciniennes, augmentation de la pression du liquide à la ponction lombaire, etc.).

L'évolution de la thrombo-endarangéite oblitérante du cerveau est aussi variable que celle des cas périphériques. La maladie se développe souvent par poussées avec rémissions complètes ou incomplètes plus ou moins prolongées ; elle peut aussi progresser rapidement dès le début et mener à la mort par une suite rapide d'ictus apoplectiques. L'évolution semble d'ailleurs pouvoir être influencée par des facteurs nocifs intercurrents, notamment des traumatismes du crâne et du cerveau.

L'affection vasculaire débute souvent par des angiospasmés, soit fonctionnels, soit par réaction d'un segment vasculaire déterminé à un processus pathologique d'endarangéite oblitérante, avec rétrécissement ou oblitération de la lumière du vaisseau dans ce segment même ou dans un segment proximal, la thrombose venant souvent s'ajouter au processus primaire et accélérer ainsi l'occlusion vasculaire : La carotide interne, l'artère sylvienne et notamment une de ses branches, et des artères de la base du cerveau sont souvent atteintes par le processus endangéitique. Dans d'autres cas, un processus similaire, bien qu'apparemment moins typique, accuse un caractère plutôt diffus et atteint surtout les vaisseaux moyens et petits de la pie-mère, ainsi que les branches intracérébrales de la convexité des deux hémisphères pouvant présenter un tableau plus ou moins caractéristique d'atrophie granuleuse de l'écorce. Enfin, il y a lieu de croire que le processus vasculaire *sensu strictiori* est parfois accompagné, surtout dans les stades initiaux de la maladie, d'œdème cérébral ou de méningite séreuse, déterminant des symptômes d'hypertension intracranienne.

Les anomalies vasculaires et, en particulier, les obturations et interruptions brusques de gros vaisseaux caractéristiques du *Buerger* peuvent être mises directement sous les yeux par l'artériographie cérébrale. L'emploi du thorotraste ne paraît pourtant pas exempt de tout danger. Il y a lieu de le limiter à des cas particuliers, où il peut s'imposer pour des raisons de diagnostic ou de thérapeutique.

Le rapporteur traite ensuite du diagnostic différentiel entre le *Buerger* cérébral et d'autres maladies organiques du cerveau (en premier lieu la sclérose en plaques, puis la syphilis nerveuse, les tumeurs cérébrales, l'artériosclérose du cerveau) et de la thérapeutique générale du *Buerger* cérébral.

La thérapeutique médicamenteuse de la thrombo-endarangéite cérébrale consiste en administration de substances vaso-dilatatrices et vaso-régulatrices ainsi que des hormones des glandes sexuelles, naturelles ou synthétiques, féminines, masculines ou combinées qui, d'après les expériences de Steinach, ont une action vaso-dilatatrice, hyperémiant, sur les organes, en particulier sur le cerveau. Dans certains cas, présentant des symptômes de

localisation en foyer opiniâtres, on pourra envisager la question d'un traitement opératoire, soit par résection du sympathique cervical, avec ou sans sympathectomie périartérielle, soit par résection d'un segment thrombosé de la carotide interne (avec ligature simultanée de la carotide commune). Tout récemment, le prof. Henschen, de Bâle, dans un cas de *Buerger* cérébral avec hémiparésie et attaques épileptiques, a revascularisé avec succès la région lésée de l'hémisphère, en la mettant, après trépanation, en contact immédiat avec le muscle temporal, préparé et laissé en connexion avec sa tige vasculaire. Une rétrocession de l'hémiparésie et la cessation des attaques furent ainsi obtenues.

La question de la forme cérébrale de l'endangéite oblitérante de Winiwarter-Buerger, par le Prof. A. v. ALBERTINI (de Zurich).

Le professeur A. v. Albertini n'admet pas l'existence d'une forme cérébrale spéciale de l'endangéite oblitérante de Winiwarter-Buerger, telle qu'elle fut décrite par Spatz. Dans le cas princeps de Spatz (1935), il s'agit probablement d'un *morbus embolicus* et non d'une endangéite oblitérante. Celle-ci atteint en principe seulement les artères de grand et de moyen calibre : dans le cerveau, la carotide interne et les artères de la base. Dans les ramifications piemériennes et intra-cérébrales, on ne rencontre dans l'endangéite oblitérante que des altérations secondaires, telles que des collapsus, des strictures et des thromboses par continuité. L'atrophie granulaire du cortex des hémisphères n'est nullement pathognomonique de l'endangéite oblitérante ; elle se voit aussi dans d'autres maladies, par exemple, dans le « morbus embolicus » (avec des micro-embolies aseptiques) et dans les états spastiques (en particulier l'hypertonie essentielle). Il n'existe probablement aucune lésion cérébrale typique : le plus souvent, on voit de grossières lésions en foyer (type Spatz 2), mais si l'endangéite oblitérante se localise aux grosses artères cérébrales, on peut aussi observer des foyers étendus de ramollissement. Ainsi, on peut tout au plus parler d'un syndrome carotidien ou basilaire de l'endangéite oblitérante, mais non d'une forme cérébrale, indépendante de l'endangéite oblitérante, ni d'un « Buerger cérébral ». L'endangéite oblitérante est une maladie du système vasculaire et ne peut être subdivisée en localisations particulières à un organe donné.

Les manifestations cérébrales de l'endangéite oblitérante de Winiwarter-Buerger. Diagnostic et traitement, par le P.-d. Dr H. KRAYENBUHL (de Zurich).

Dans la majorité des cas, les symptômes cérébraux de la maladie de Buerger évoluent des années durant sans être accompagnés de troubles circulatoires périphériques et cardiaques (observations de vingt-cinq malades). Beaucoup plus rarement, ils coexistent avec une endangéite oblitérante généralisée. L'évolution clinique n'est pas pathognomonique. L'artériographie cérébrale assure le diagnostic. Elle révèle un processus d'endangéite siégeant presque toujours sur la carotide interne, plus rarement sur les artères de calibre moyen de la base du cerveau, en particulier à l'origine de la cérébrale antérieure et de la sylvienne. Le traitement opératoire ne peut réussir que dans les stades initiaux.

Du rôle de la thromboendartérite oblitérante (v. Winiwarter-Buerger) dans l'étiologie de l'atrophie granulaire de l'écorce cérébrale, par le Prof. Ferdinand MOREL (de Genève).

Sous le nom d'atrophie granulaire de l'écorce cérébrale, on désigne un processus aboutissant à de nombreux foyers d'ischémie de très petites dimensions et disposés selon un système très constant. En effet, lorsque le processus est pleinement évolué, l'atrophie granulaire forme une bande qui s'étend sur la convexité tout le long de la partie la plus distale des trois grandes artères cérébrales, et ceci sur les deux hémisphères.

A la suite de Spatz, la tendance s'est répandue de faire de l'atrophie granulaire une manifestation de la thromboendartérite oblitérante (v. Winiwarter-Buerger).

Disposant à la clinique psychiatrique de sept cas de cette affection relativement rare et encore fort mal connue, le professeur F. Morel a recherché systématiquement l'état des vaisseaux sur l'atrophie granulaire. Dans aucun de ceux-ci ne se trouvait de thromboendartérite oblitérante. Le professeur Rutishauser, qui a bien voulu examiner un certain nombre de ces préparations d'artères, a confirmé les résultats.

Cette étiologie paraissant donc devoir être écartée, la voie est désormais entièrement ouverte à de nouvelles recherches de la cause, ou des causes, de cette curieuse atrophie granulaire.

Les causes paraissent en effet diverses et, pour une part, extra-cérébrales à l'origine : cardiopathies et insuffisance cardiaque graves, intoxication par l'oxyde de carbone, certaines perturbations circulatoires de causes générales et probablement multiples. Ce n'est que secondairement, peut-être, que les artères de la zone cérébrale altérée se modifient et se présentent notamment sous l'aspect de cordons blancs et vides que l'on prend à tort pour de l'endartérite oblitérante.

De l'endangéite oblitérante, par le Dr Alex. DIMTZA (de Zurich).

Il apparaît de plus en plus que l'endangéite oblitérante ou maladie de *Winiwarter-Buerger* joue un grand rôle dans les troubles circulatoires. Sur plus de six cents cas de troubles circulatoires traités par l'auteur, l'endangéite oblitérante se trouve dans 50 0/0 des cas à côté de l'artério-sclérose, de la maladie de *Raynaud*, de la sclérodémie, de troubles circulatoires d'étiologie diverse ou à la suite d'accidents ou de congélations. Dans dix-sept cas, à côté de la localisation périphérique, on a pu observer des troubles grossiers du système nerveux central, pour lesquels on a admis une localisation de l'affection dans les vaisseaux afférents du cerveau ou à la suite de spasmes vasculaires. Pour deux de ces cas, il a fallu abandonner cette manière de voir. Les manifestations revêtaient la forme d'accès épileptiformes ; à deux reprises on observa des aphasies et, dans d'autres cas, des parésies survenant par accès au niveau des extrémités.

Le diagnostic différentiel avec tumeurs, sclérose en plaques, embolies, psychonévroses peut présenter, au début, des difficultés. L'artériographie décèlera la localisation d'une oblitération artérielle. La présence simultanée d'oblitérations artérielles aux extrémités contribuera puissamment à assurer le diagnostic.

Le traitement consiste généralement en repos, cure de repos de plusieurs

semaines, élimination de foyers infectieux, blocage réitéré par la novocaïne du sympathique du cou, éventuellement *résection caténaire*. L'artériectomie de la carotide oblitérée assurera le diagnostic et peut avoir une action thérapeutique.

*
**

La forme diencephalique de la maladie de Heine-Medin,
par le professeur G. DE MORSIER (de Genève).

Pendant les épidémies de maladie de Heine-Medin, tous les malades ne présentent pas des paralysies atrophiées des membres (poliomyélite). Un certain nombre de malades présentent seulement des signes méningés ou cérébraux (forme abortive, forme cérébrale). Déjà, pendant l'épidémie de 1936 et 1937, l'auteur a été frappé par le nombre inusité d'atteintes inflammatoires du névraxe constaté à ce moment-là.

Dans la grande épidémie de 1944, le professeur G. de Morsier a pu observer dans un hôpital militaire, d'août à octobre, un grand nombre de soldats arrivés avec les diagnostics les plus divers : hystérie, pithiatisme, névrose cardiaque, asthénie post-grippale, névrose d'angoisse, faiblesse générale, psychasthénie, dystonie neuro-végétative. En interrogeant ces soldats, on apprenait qu'ils avaient commencé brusquement leur maladie dans le courant de l'été 1944. La grande majorité d'entre eux étaient tombés malades à la fin du mois d'août ou au début du mois de septembre. Le début de la maladie se faisait de la même façon : faiblesse, fièvre, céphalées, vertiges, nausées, vomissements, malaises, constriction thoracique avec point sur le cœur, peine à respirer, palpitations, paresthésie, douleurs dans une moitié du thorax et de l'abdomen, rachialgie, fourmillements dans les membres d'un côté, diarrhées, parfois perte de connaissance. Dans la suite, ces soldats continuaient à souffrir de grande fatigue, nervosité, insomnie, inappétence, amaigrissement, tremblements, troubles de la mémoire et du caractère, dépression et anxiété, déséquilibre thermique.

En examinant minutieusement ces soldats, l'auteur a constaté des troubles de la motricité, de la sensibilité et de l'équilibration prenant le plus souvent l'aspect du *syndrome sensorio-moteur* qu'il a décrit comme étant caractéristique d'une atteinte du *diencephale*. Il s'agit donc, sans doute, d'une maladie épidémique atteignant avec prédilection le diencephale.

Le rapport entre cette diencephalite épidémique et la poliomyélite résulte de l'étude statistique et épidémiologique. 48 cas ont été examinés, dont 4 seulement étaient atteints d'une paralysie amyotrophique ; il reste 44 cas avec syndrome diencephalique sans paralysie décelable. Si l'on compare la courbe générale de tous les cas de poliomyélite annoncés au Service fédéral d'hygiène en 1944 suivant la date du début de la maladie, avec la courbe établie sur nos 48 malades, on note le *parallélisme de ces deux courbes* (maximum dans la deuxième quinzaine d'août et dans la première quinzaine de septembre). M. G. de Morsier estime donc être en droit de conclure qu'il s'agit du même *virus* ou tout au moins de virus constamment associés.

Suivent quelques remarques sur cette statistique : 1) *La proportion entre les cas paralytiques et les cas diencephaliques* est la même que celle observée en 1910 dans l'île de Nauru (envahissement par le virus d'une popu-

lation vierge de toute contamination antérieure). Dans l'île de Nauru aussi, les cas diencéphaliques sont environ dix fois plus nombreux que les cas paralytiques. 2) *L'âge de début* est en général de 20 à 30 ans, mais il y en a cinq au-dessus (de 32 à 51 ans). 3) On a observé dans trois cas un *signe non encore décrit* : douleurs très vives à la pression des masseters. 4) *Le mode de contagion* est très difficile à comprendre ainsi d'ailleurs que la périodicité et l'existence même des épidémies. (Trois cas qui se sont déclarés à l'hôpital militaire n'ont montré aucune contagion directe ; on décèle rarement de *petites épidémies locales*). 5) Le terme de « dystonie neuro-végétative » (von Bergman) peut être employé à condition qu'on entende par là un *syndrome* pouvant être produit par l'inflammation du diencéphale et non pas une entité morbide constitutionnelle, comme on le fait généralement à tort. Aucun de ces 44 cas n'avait été diagnostiqué avant son entrée à l'hôpital.

Les vaisseaux dans le traumatisme cranio-cérébral,
par le Dr E. KATZENSTEIN-SUTRO (de Zurich).

Se basant sur l'examen anatomo-pathologique d'un grand nombre de commotions et de contusions, le conférencier classe les hémorragies en hémorragies immédiates, hémorragies secondaires et hémorragies tardives. C'est surtout dans les foyers contusionnels corticaux qu'on trouve les hémorragies immédiates ; elles doivent être interprétées comme des hémorragies dues à des variations de volume. Il en est de même pour les hémorragies qu'on rencontre dans la moelle et dans la zone du contre-coup. Il existe des lésions vasculaires d'un type particulier, telles que des dissociations en pelure d'oignon de la paroi vasculaire ou des déchirures partielles. L'hémorragie annulaire caractérise les hémorragies secondaires ; elles doivent être attribuées à une lésion primitive de la couche endothéliale de l'intima. Une altération de la perméabilité vasculaire constitue le premier facteur qui déclenche une hémorragie annulaire ; à l'examen histologique, cette altération se traduit tout d'abord par de la préstase et de la stase. M. Katzenstein donne quelques détails sur la chronologie des altérations de perméabilité et sur les suites qu'elles comportent : exsudation de plasma et hémorragies par diapédèse. A l'action de ce dérèglement vasomoteur des capillaires s'ajoutent des lésions hypothalamiques qui troublent tout le régime circulatoire cérébral. Le conférencier rappelle les théories de Ricker et insiste sur le caractère évolutif des processus vasculaires déclenchés par un traumatisme cranio-cérébral. Les effets de ces lésions vasculaires peuvent se manifester pendant un temps prolongé.

De nombreuses préparations provenant de cas qui ont survécu de deux heures à six ans, illustrent les différentes phases des altérations vasculaires.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Valeur clinique des hallucinations dans la localisation des tumeurs cérébrales, par S. TARACHOW (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1941, p. 1484).

Sur 458 cas de tumeurs cérébrales, des hallucinations d'une ou de plusieurs variétés ont été observées dans 96 cas. Les hallucinations auditives différenciées furent les plus fréquentes chez les sujets atteints de lésions du lobe temporal, mais on put aussi les noter quand les lobes pariétaux et frontaux étaient intéressés. Les hallucinations auditives élémentaires ont prédominé dans les tumeurs des régions frontales et pariétales ; on put également les noter quand d'autres lobes, quand les régions centrales cérébrales et même l'hypophyse étaient lésés. Dans les tumeurs des lobes, les hallucinations se sont produites généralement du même côté que la lésion. Les tumeurs du lobe occipital ont déterminé seulement des hallucinations visuelles différenciées ou non, mais celles-ci sont également apparues au cours de tumeurs des autres lobes, surtout du lobe temporal. Les hallucinations olfactives ont été observées dans les tumeurs cérébrales quelles qu'elles soient, mais surtout dans les tumeurs temporales et avec moins de fréquence dans les tumeurs frontales et pariétales. Les hallucinations tactiles ont été relevées dans les tumeurs des lobes frontaux, pariétaux et temporaux. Quoique le lobe pariétal ait donné les plus grandes variétés d'hallucinations, les lésions portant uniquement sur ce lobe ont déterminé surtout des hallucinations tactiles. Les hallucinations gustatives se sont associées aux hallucinations olfactives dans les tumeurs temporales. De tous les lobes, c'est le lobe temporal qui a été le plus souvent le siège des tumeurs. L'auteur fait la remarque que si certains types d'hallucinations semblent en rapport avec les tumeurs de certains lobes, elles peuvent aussi se produire dans des tumeurs éloignées de ces lobes.

L. M.

Tentative de suicide ; blessure par balle des lobes frontaux au cours d'un état dépressif ; guérison, par Z. LEBENSOHN (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 56).

Une femme de 49 ans, alcoolique, fait une tentative de suicide au cours d'un état dépressif. Blessure par balle des deux lobes frontaux. Le projectile est logé dans la région gauche supra-orbitaire. Aucuns symptômes neurologiques nets, si ce n'est une série d'attaques convulsives deux ans après la tentative de suicide. Disparition rapide de l'état dépressif immédiatement après la blessure malgré la continuation des excès éthyliques. Trois ans après la tentative de suicide, les tests décèlent de la puérilité, un caractère facétieux, sans aucun affaiblissement intellectuel.

L. M.

Observations sur les séquelles psychiatriques à la suite des interventions chirurgicales chez la femme, par E. LINDEMANN (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 132).

Etude portant sur 51 femmes de 20 à 55 ans ayant subi une opération abdominale grave. Considérations sur l'anxiété préopératoire, sur les antécédents psychopathiques des opérées, sur les effets de la séparation conjugale, sur les causes relevant du milieu. Sur 40 femmes, dont l'opération et la convalescence se terminèrent sans complication, 25 ne présentèrent aucun trouble mental : 13 pendant plusieurs semaines restèrent sans sommeil, agitées, préoccupées, déprimées. Ces troubles post-opératoires furent plus fréquents après les interventions pelviennes qu'après les cholecystotomies ; ils survinrent surtout chez des femmes qui avaient présenté antérieurement des épisodes dépressifs.

L. M.

Les troubles psychopathiques et la tuberculose. Etude statistique et clinique, par R. DUBOIS (de Saujon) et M. DOGNY (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 15 février 1942).

Etude statistique soulignant l'apparition fréquente de troubles psychopathiques au cours de la tuberculose : dans 68 0/0 des cas, apparition simultanée de tuberculose et de psychose ; dans 20 0/0, la tuberculose se manifeste d'abord ; dans 12 0/0, éclosion secondaire de la tuberculose. Les formes cliniques les plus fréquemment observées sont la démence précoce d'une part, les psychonévroses asthéniques et émotives d'autre part.

M. BERGOUIGNAN.

De la psychiatrie dans un hôpital de médecine générale, par B. KEYES et R. MATTHEWS (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1941, p. 1272).

Sur 100 cas examinés à la consultation psychiatrique d'un hôpital général, 12 pour 100 présentaient des troubles mentaux résultant d'une maladie organique ; 51 pour 100 étaient atteints d'affection organique, mais le facteur psychique prédominait ; pour ces malades, un traitement psychothérapique était indiqué. Chez 30 pour 100, on ne notait aucun processus

organique, mais uniquement des troubles mentaux ; pour ces malades, le traitement psychiatrique était le seul approprié. Discussion sur les difficultés du traitement chez les malades qui retournent chez eux après la consultation. Il est indiqué que dans tout hôpital de médecine générale, un service psychiatrique doit être institué.

L. M.

Examens par la méthode de Rorschach dans l'intoxication alcoolique expérimentale, par D. KELLEY et E. BARRERA (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1941, p. 1341).

Les résultats de la méthode de Rorschach s'accordent avec ceux de la clinique. On ne peut, par cette méthode, évaluer le degré de l'intoxication alcoolique et on ne peut préciser le diagnostic.

L. M.

Du pronostic chez les toxicomanes, par M.-J. PESCOR (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1941, p. 1419).

Statistique portant sur 1.036 toxicomanes. Après sortie de l'hôpital, l'auteur note un bon pronostic chez 43,8 pour 100, un pronostic réservé chez 36,9 pour 100, un mauvais pronostic chez 20,7 pour 100. En pratique, le pronostic se réduit à être ou mauvais ou réservé.

L. M.

Psychoses schizo-phréniques. Rapport sur 100 cas dans l'armée U. S. A., par J. CALDWELL (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1941, p. 1061).

Etude portant sur cent cas de schizophrénie à leur début. Les réactions paranoïdes furent les plus fréquentes. Viennent ensuite les formes hébé-phréniques, catatoniques et les formes simples. Les formes paranoïdes furent très rapidement incompatibles avec le service dans l'armée. La séparation familiale et les fatigues jouent probablement un rôle dans le développement des psychoses. Un comportement sexuel anormal constitue un facteur déterminant.

L. M.

Névroses régressives et schizophrénie, par A. WASHBURN et E. HODGSON (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1941, p. 1073).

Etude portant sur des étudiants. Les auteurs considèrent comme phénomènes cliniques régressifs la personnalité schizoïde, les états de dépression et la schizophrénie. Les symptômes suivants sont deux fois plus fréquents chez les schizo-phréniques que chez les autres sujets : une personnalité rigide, une inadaptation sociale, un manque d'intérêt, de but dans la vie, une tendance aux idées de suicide, un mauvais rendement dans les travaux scolaires.

L. M.

Une échelle commode pour mesurer la déficience intellectuelle au cours des psychoses, par W. SHIPLEY et Ch. BURLINGAME (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1941, p. 1313).

L'échelle demande vingt minutes d'examen et deux minutes pour le classement. Elle consiste en un vocabulaire et des tests portant sur des abstractions. L'affaiblissement intellectuel est mesuré par l'établissement d'un rapport entre le niveau du vocabulaire et les abstractions. L'échelle a été standardisée d'après les réponses de mille individus normaux.

L. M.

Le facteur héréditaire dans la faiblesse mentale, par F. KEISER (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 22).

Dans un premier groupe concernant 821 familles, mais ne portant que sur une seule génération, l'auteur note 1.880 parents débiles, épileptiques ou aliénés.

Dans un deuxième groupe, concernant 827 familles et portant sur deux générations, la faiblesse mentale s'observe dans 217 familles, les psychoses dans 203 familles, l'épilepsie dans 109 familles. En tout, 2.334 individus sont faibles d'esprit, épileptiques ou aliénés.

Dans la statistique portant sur trois générations concernant 114 familles, 256 sujets sont faibles d'esprit, 90 sont épileptiques et 90 sont aliénés.

L'auteur attribue à la seule hérédité 50 pour 100 des cas.

L. M.

Le développement de la psychose maniaque dépressive dans certaines familles ayant une grande importance sociale, par A. MYERSON et R.-D. BAYLE (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 11).

Recherches faites à McLean Hospital, un des plus anciens établissements privés d'Amérique. La psychose maniaque-dépressive tend à apparaître plus souvent que la schizophrénie dans les familles célèbres. Dans ces dernières, on note une grande fréquence de maladies mentales. La stérilisation, si elle avait été appliquée, aurait privé l'Amérique de quelques-unes de ses plus notables figures. Il est probable que le tempérament cyclothymique dans la production des œuvres supérieures joue un rôle d'appoint plutôt que celui d'une cause.

L. M.

Pervers instinctifs (Triebgestörte menschen), par Karl HEYMANN (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, novembre 1941, p. 556-560).

L'auteur part de ce point de vue que, dans un trouble des instincts, ce qu'il y a de caractéristique, ce n'est pas tant d'avoir commis un acte déterminé, que de l'avoir répété. Et il étudie la valeur du phénomène « répétition », depuis les actes mécaniques simples, tels que fumer ou tricoter, jusqu'aux rythmes de l'histoire admis par les philosophes.

La répétition est un phénomène très primitif, que l'on rencontre dans le monde animal. Elle élève la concentration de la pensée ; elle crée une scission entre les tendances primordiales et les formes plus évoluées de la vie

mentale, notamment dans les ivresses. Elle caractérise le pervers instinctif. Elle se retrouve dans la mémoire éidétique, conservation automatique de détails sans assimilation intellectuelle. Elle joue un grand rôle dans les textes bouddhiques. Et le problème de l'harmonie entre la vie intellectuelle et la tendance primitive à la répétition est devenu entre les mains de Nietzsche l'un des problèmes fondamentaux de la civilisation moderne, qu'il résout par la doctrine de l'éternel retour.

J. ViÉ.

Troubles précoces du jeune âge indiquant un futur mauvais comportement, par L. KANNER (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1941, p. 1261).

Problème intéressant les psychiatres et les pédiatres. Quand un aliéniste examine un malade, il étudie ses antécédents. On doit pouvoir, d'après l'ensemble de ces recherches, prévoir le comportement futur d'un enfant. Observations de sujets qui, quoique atteints de tics, de crises anxieuses, d'obsessions, d'idées hypochondriaques, se sont conduits plus tard correctement ; d'autres, au contraire, présentent une mauvaise adaptation au milieu.

L. M.

Contribution au problème de l'abandon à l'incurie et de l'éducation des sujets qui s'y sont abandonnés (Beiträge zum Problem der Verwahrlosung und der Verwahrlosten-Erziehung), par Hans ZULLIGER (d'Itingen, Berne). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, août 1942, p. 345-365).

Nous n'avons pas en France, à ma connaissance, de terme équivalent à *Verwahrlosung* pour désigner l'état de ces sujets qui s'abandonnent à la déchéance ; ce sont en partie nos « perversions acquises », nos « clochards ». D'ailleurs, si le mot de *Verwahrlosung* est d'usage courant dans les pays de langue allemande, la notion n'en est pas moins imprécise, et Zulliger s'efforce de la délimiter. Il s'agit d'un état acquis, d'une corruption par négligence, par absence d'éducation, d'une perte de l'équilibre mental avec résurgence des instincts et dévoiement moral qui tend à devenir définitif. Il peut se rencontrer, non seulement chez l'enfant, mais chez l'adulte et le vieillard qui, dit-on, « se laissent tomber ». Dans le langage courant, le mot implique une nuance péjorative. Chez les uns, l'abandon répond à des circonstances externes désastreuses et peut n'être que transitoire ; chez les autres, il répond à un fond dégénératif : le pronostic est plus grave.

Tous ces sujets se répartissent en trois groupes : les dyssociaux (d'Aichhorn), auxquels se joignent les névroses de ressentiment, se rapprochent des névrosés (bien qu'ils ne refoulent pas comme eux) ; chez eux, il y a conflit entre le Sur-Moi et le Ça. Les antisociaux, dont le type extrême est le criminel, s'apparentent aux psychopathes, le Sur-Moi est absent, le Ça s'identifie avec les instances du Moi.

Dans une troisième catégorie, les sujets ne sont pas encore éveillés à la compréhension sociale, le Sur-Moi est susceptible de se développer, il s'agit d'un manque d'éducation. Le test d'interprétation des formes de l'auteur apporte de précieux éléments pour la distinction de ces catégories ainsi que pour le pronostic.

A ce point de vue, Zulliger distingue : 1) les pseudo-asociaux, dont l'anomalie est liée au milieu, qui sont perfectibles et relèvent du domaine de pédagogues spécialisés ; 2) les asociaux relatifs, qui relèvent pour une part des pédagogues, pour la majeure partie de la psychothérapie et du traitement psychiatrique ; 3) les asociaux complets (débiles profonds, psychopathes, criminels), non perfectibles, qui doivent être internés. Le mélange de ces trois catégories, trop fréquent dans les établissements de rééducation, est fâcheux. Aussi la détermination du diagnostic est-elle de première importance, et à ce titre les « stations d'observation d'enfants », créées dans certains asiles suisses, constituent une heureuse innovation.

J. VIÉ.

NEUROLOGIE

Les vitamines en neuro-pathologie, par H. ROGER (*Marseille-Médical*, 81^e année, n° 13, 15 décembre 1944, p. 441-469).

Conférence prononcée à l'Association des Internes de Marseille le 3 décembre 1944. Exposé des notions actuellement acquises en neurologie dans le domaine clinique et thérapeutique en ce qui concerne le rôle et l'action des vitamines. Il est à remarquer que si la carence de celles-ci, et notamment des vitamines B1, PP et A, donne des tableaux cliniques nets et influencés par le traitement adéquat, il n'est pas de même des hypervitaminoses. Il semble qu'aucun syndrome neurologique particulier ne relève d'un excès de vitamine dans l'organisme. Les notions physio-pathologiques actuellement acquises démontrent la complexité des mécanismes pathogéniques et incitent à la prudence au sujet de l'interprétation des effets thérapeutiques observés.

J. ALLIEZ.

Les syndromes extra-pyramidaux et cérébelleux typhoïdiques. A propos d'un cas de choréomyoclonies des membres supérieurs et d'ataxie statique des membres inférieurs, par H. ROGER et H. GASTAUT (*Marseille-Médical*, 81^e année, n° 10-11, 15 octobre-15 novembre 1944, p. 395-404).

Une femme de 40 ans fait, au cours d'une rechute de fièvre typhoïde grave à forme adynamique, un syndrome cérébello-myoclonique curieux, avec mouvements anormaux de type disparate, surtout choréiques ou myocloniques, aux membres supérieurs et ataxie statique, avec quelques éléments d'incoordination motrice, aux membres inférieurs. Les auteurs reprennent à cette occasion l'étude des complications et séquelles extra-pyramidales de l'infection éberthienne. Le syndrome parkinsonien est rare, les états catatoniques sont à peine plus nombreux. Les syndromes excito-moteurs sont observés plus couramment : myoclonies diverses, mouvements choréiques, moins souvent athétose. Plus rares encore sont les syndromes cérébelleux, purs ou associés à des symptômes pyramidaux ou myocloniques. Le rôle pathogénique principal paraît appartenir à la toxine neurotrope isolée par H. Vincent, mais la qualité du terrain nerveux serait importante à considérer pour expliquer ces localisations encéphaliques inhabituelles.

J. ALLIEZ.

Syndrome de Mœbius avec malformations digitales, par R. POINSO, M. SALMON, E. HAWTHORN et A. HEURTEMATTE (*Marseille-Médical*, 81^e année, n° 7, 15 juillet 1944, p. 293-311).

Les auteurs publient une observation très détaillée de ce curieux syndrome, caractérisé par une atteinte congénitale des III^e, IV^e, VI^e, VII^e et XII^e paires craniennes, et accompagné dans ce cas de syndactylie. Ils font l'étude clinique des cas typiques et des formes incomplètes et terminent leur intéressant exposé par des considérations nosographiques et physio-pathologiques. Peut-être existe-t-il un centre trophique particulier dans la calotte du tronc cérébral ?

J. ALLIEZ.

Un nouveau cas de syndrome neuro-œdémateux de l'enfant, par P. VERGER et NAUD (d'Angoulême). (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 15-30 juin 1944).

Observation typique du syndrome neuro-œdémateux décrit par Debré et ses collaborateurs : chez un enfant de 5 ans, s'installent successivement une stomatite, puis des douleurs diffuses des membres avec parésie et des œdèmes généralisés ; il faut relever aussi l'irritabilité de l'enfant, sa tachycardie et son hypertension artérielle, comparables à celles des acrodyniques. Evolution vers la guérison en trois mois.

M. BERGOUIGNAN.

L'intoxication grave par le bromure de méthyle à forme de myoclonie-épilepsie et tremblement intentionnel d'allure pseudo-sclérotique, par H. ROGER (*Marseille-Médical*, 81^e année, n° 7, 15 juillet 1944, p. 312-321).

Le Professeur Roger publie une observation nouvelle de cette intoxication souvent méconnue et en reprend l'étude clinique, en la rapprochant de quatre autres observations récentes. Il insiste sur l'aspect de simulation que peut donner pareil tableau, où dominant, à l'état chronique, les myoclonies et une incoordination particulière des mouvements volontaires, associées à des crises comitiales.

La pathogénie, striée ou cérébello-rubrique est hypothétique. Le pronostic fonctionnel est grave et il y a lieu d'indemniser largement les victimes de cette intoxication professionnelle.

J. ALLIEZ.

PSYCHOLOGIE

L'hérédité des capacités intellectuelles (Die Vererbung der intellektuellen Begabung), par C. BAUGGER (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, août 1941, p. 366-381).

Dans une large mesure, l'hérédité conditionne non seulement l'intelligence avec ses divers niveaux, mais encore les dons particuliers ou talents.

Pour la faiblesse d'esprit, on l'a mise en relation avec la syphilis, qui ne peut être retenue que dans 1 à 2 0/0 des cas, et avec l'alcoolisme des parents ; l'action de ce dernier facteur, si important pour A. Forel, est très

discutée aujourd'hui. Il n'y aurait pas plus de buveurs parmi les parents des débiles que dans la moyenne de la population. Inversement, si Brügger, parmi les enfants d'alcooliques, trouve 16 0/0 d'anormaux, ce sont les tares constitutionnelles, fréquentes chez les alcooliques, et non l'alcool lui-même, qui en seraient responsables ; il y a autant de débiles et d'épileptiques parmi les neveux et nièces d'alcooliques que parmi leurs propres enfants. 85 à 90 0/0 des faibles d'esprit seraient, d'après la majorité des auteurs, liés à la transmission héréditaire, qui se ferait suivant le mode récessif. Pour Lenz, la débilité simple suivrait le mode dominant. Juda a étudié la faiblesse d'esprit chez les jumeaux.

Pour les capacités supérieures, Brügger rappelle les travaux de Galton sur l'hérédité du génie. En Amérique, Word, Terman ont constaté, dans quatre grandes villes de Californie, l'accumulation familiale des bien doués.

Pour les capacités moyennes, on a comparé les résultats scolaires des parents et ceux des enfants (Peterz.), ainsi que les évaluations de leurs niveaux intellectuels (Reinöhl). Ces deux ordres de recherches concordent pour montrer la transmission héréditaire de l'intelligence. Dans les camps de jumeaux, Gottschaldt notamment, a pu étudier de près l'hérédité des diverses fonctions mentales.

L'auteur rappelle enfin l'hérédité des talents musicaux, mathématiques, etc., mais il s'agit de phénomènes trop complexes pour qu'on puisse actuellement préciser la modalité mendélienne de leur transmission.

J. Vié.

L'importance du donné infantile dans l'élaboration de la conduite de la vie (Die Bedeutung des Kindheitserlebnisses für die Ausgestaltung der Lebensführung), par H.-A. STADELMANN (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, août 1941, p. 384-397).

Si l'enfance de l'humanité, héritée d'une longue suite d'aïeux, se prolonge dans notre propre conduite, il n'en reste pas moins que les acquisitions de notre enfance personnelle constituent la base de nos déterminations ultérieures. Une foule d'événements s'imposent à l'enfant sans qu'il en ait le choix, et orientent son affectivité pour l'avenir. Et quelle est la responsabilité des éducateurs qui, par leurs interdictions, leurs commandements, peuvent stériliser l'initiative, créer des inhibitions, engendrer la révolte ! L'éducateur punissant l'enfant pour une action qui lui paraît une faute, peut le blesser pour toujours, lui enlever toute confiance, jusqu'à ce qu'il trouve quelqu'un qui le comprenne, ou qu'il fasse un acte qui le libère. L'ambiance et l'éducation forment un donné unique. Les événements de la sphère sexuelle gardent une importance considérable. Ces impressions de l'enfance demeurent toujours agissantes, qu'elles soient à l'origine de crimes, de maladies nerveuses ou mentales, ou encore qu'elles fassent naître de grandes valeurs culturelles, comme chez Hölderlin ou chez Victor Hugo.

Comment doit donc se comporter l'éducateur ? Avant tout, du tact, pour gagner la confiance de l'élève, l'aider à constituer son expérience, tout en laissant à la vie son libre cours. Eviter les inhibitions ; faire que l'enfant et l'adolescent « se reconnaissent », se prolongent l'un l'autre. Il ne doit pas être une force d'autorité, mais un conseiller qui explique et qui guide. L'homme doit comprendre l'homme, et le sentiment de l'humanité doit être son guide.

J. Vié.

Sur la psychologie de la compréhension mutuelle (comprendre et se comprendre) (Zur Psychologie des Verstehens und der Verständigung), par Franziska BAUMGARTNER-TRAMER (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, février 1941, p. 61-65).

L'expérience personnelle d'états vécus par les autres, la pénétration intuitive de la pensée d'autrui, la connaissance acquise par voie intellectuelle représentent trois voies d'accès, de valeur très différente, pour la compréhension de nos semblables. Connaître les motifs des actions des autres, admettre ces actions sont des choses essentiellement différentes : comprendre n'implique pas forcément « se comprendre », et n'amène pas nécessairement à se comprendre. De nos jours, individus et peuples se disent volontiers « incompris ». De même, « tout comprendre » implique-t-il « tout pardonner » ? Mme Baumgartner-Tramer met en garde contre les slogans trop courants en cette matière. De telles formules ne sont pas sans danger, elles servent parfois à tromper l'opinion et à légitimer des comportements sociaux, et toujours il faut envisager les limites de possibilité de leur application.

J. VIÉ.

La structure psychologique du doute (Die psychische Struktur des Zweifels), par H.-A. STADELMANN (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, novembre 1941, p. 461-565).

Plan d'étude très schématisé qu'il est difficile de condenser davantage. L'analyse psychologique du Doute est abordée ici par cinq voies : phénoménologique, causale, compréhensive, physiologique et sociologique.

D'après leur forme, les phénomènes de Doute forment deux groupes : doute philosophique et doute morbide. L'auteur rappelle les diverses modalités du scepticisme depuis Pyrrhon jusqu'au scepticisme moderne. Mais, en pratique, le scepticisme sert le plus souvent de manteau à une incapacité vitale. Et chez les psychopathes, on retrouve le doute dans la perplexité des schizophrènes, dans l'inhibition des déprimés, dans certains états affectifs des épileptiques. Il constitue enfin le centre de certains troubles obsessionnels (folie du doute).

J. VIÉ.

Sur la psychologie de la démarche humaine (Zur psychologie des menschlichen Ganges), par Albino BACHMANN (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, novembre 1941, p. 566-567).

On n'a pas prêté une attention suffisante à la signification psychologique de la démarche humaine. Pourtant, « comme on va, on est » et l'auteur, d'après ses recherches photographiques et cinématographiques, esquisse rapidement la démarche de quelques types caractériels : l'hypochondriaque trotte, trébuche ; le neurasthénique, le pas court et rapide, oscille ; l'hystérique sautille ; le phlegmatique est lent, mesuré, monotone ; le cholérique accompagne ses pas d'efforts marqués du tronc ; le sanguin, très droit, est alerte et énergique ; le mélancolique, à la marche prudente, s'arrête et repart, évalue les distances à parcourir.

J. VIÉ.

Sur l'aptitude de la femme au travail physique (Über die Eignung der Frau zur Körperlichen Arbeit), par Franziska BAUMGARTNER-TRAMER (de Berne). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, février 1942, p. 49-63).

Article clair et particulièrement documenté sur une question très actuelle. L'auteur étudie successivement trois points : 1) Les capacités physiques de la femme : est-elle beaucoup plus faible que l'homme et, de ce fait, inapte à certaines professions ? Les expériences de Jules Amar, celles de Collis et Greenwood ont montré qu'elle ne pouvait fournir une aussi grande dépense musculaire que l'homme, qu'elle ne pouvait soutenir son effort qu'un temps plus court. Mais sa ténacité est inépuisable, lorsqu'entrent en jeu des facteurs psychiques d'ordre affectif, et son adresse reprend son intérêt avec la rationalisation du travail.

2) Cependant, les capacités fonctionnelles de la femme seraient sujettes à des variations plus grandes que celles de l'homme, notamment à des variations mensuelles. Pendant la période menstruelle, on a enregistré une diminution de la force physique, de l'attention, du travail intellectuel, de la rapidité d'exécution. Par contre, bien des auteurs (surtout russes), estiment que l'on a accordé une importance trop grande à ces fondements biologiques des variations du travail féminin. Les femmes qui travaillent sont toutefois plus réceptives que les hommes pour les maladies (ce qui va de pair avec les conditions défavorables que crée l'infériorité du salaire), elles seraient plus souvent accidentées : leur courbe d'accidents au cours de la semaine n'est pas la même que celle des hommes. Elles sont plus sensibles aux basses températures.

3) L'adresse est une propriété spécifique de la femme. En dehors de toute disposition native, elle le doit à ce que la vie sociale la charge de tous les travaux délicats. Son adresse manuelle trouve son application dans l'industrie moderne. L'exemple des dactylographes (Lahy) montre que l'homme et la femme peuvent atteindre un même résultat par des moyens différents.

Toutes les recherches montrent en somme l'importance du facteur psychologique sur la capacité de travail de la femme, et le rôle de son adresse, qui compense son manque de force et la met à même de surpasser l'homme dans les travaux minutieux.

J. Vié.

Rationnement alimentaire et psychologie populaire (Nahrungsmittelrationierung und Volkspsychologie), par M. Bosz (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, novembre 1941, p. 548-555).

Comme l'Angleterre et l'Allemagne, la Suisse a tenu compte, dans le rationnement alimentaire, des facteurs psychologiques, ainsi qu'en témoigne le rapport demandé à M. Bosz par la Commission fédérale du rationnement de guerre. Bosz montre l'importance capitale du besoin de nourriture au seuil de l'existence. L'instinct alimentaire porte son empreinte sur toutes les manifestations ultérieures de la volonté de possession ; chez les primitifs, il donne leur forme à des manifestations sociales qui, dans les religions évoluées, gardent une valeur symbolique.

La limitation de nourriture amène chez le nourrisson des accès de colère, chez les peuples des troubles psychologiques avec régression vers les stades

primitifs. Parler de suggestion n'explique pas grand'chose. Cependant, l'action des dirigeants sur le niveau moral de la foule est capital lorsqu'ils inspirent le respect et l'affection. Les sujets de caractère « oral », marqués dès leur jeunesse par l'instinct de la faim, cristallisent la dissolution sociale et la révolte. Et l'auteur demande que, dans le rationnement de la Suisse, on fasse preuve d'une justice sans faiblesse, qui ne sacrifie ni aux égoïsmes de classe, ni aux égoïsmes individuels.

J. VIÉ.

ANATOMIE

Microcéphalie, par Cl. BENDA (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1941, p. 1135).

Examen de deux cas. Dans le premier, l'arrêt de développement du cerveau correspondait au cerveau d'un fœtus de six mois ; le second cas consistait en une dégénérescence kystique de la substance blanche ; les antécédents du sujet et les examens pathologiques indiquent que les lésions sont dues à une longue asphyxie au moment de la naissance. Discussion sur les caractères différentiels entre la micro-hydrocéphalie et l'hydrocéphalie vraie.

L. M.

Modifications histopathologiques au cours des convulsions provoquées par le métrazol chez des singes, par S. ARIETI (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 70).

Les modifications histopathologiques du système nerveux central ne sont pas toujours évidentes. Elles ne sont pas proportionnelles au nombre des crises convulsives, aux doses de métrazol, à la longueur des crises. Les altérations sont très légères, notamment plus légères que celles provoquées par le traitement insulinaire. Elles consistent en une dégénérescence aiguë des cellules nerveuses, en foyers d'anémie ou d'hyperémie dans les aires internes, en hémorragies capillaires. Ces lésions vasculaires ont un caractère fonctionnel et ne paraissent avoir aucun rapport avec les lésions cellulaires. A noter la présence de lésions de néphrite interstitielle et parenchymateuse pouvant être en relation avec des conditions pathologiques existant avant l'expérimentation par le métrazol.

L. M.

BIOLOGIE

Le milieu interne et le comportement. Influence des variations de la glycémie sur les fonctions cérébrales, par GELLHORN (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1941, p. 1204).

L'hypoglycémie entraîne un affaiblissement de l'activité corticale, qui se traduit par des modifications typiques dans les encéphalogrammes et les électro-corticogrammes. La diminution de l'activité cérébrale est due à une

diminution de l'oxygénation du cortex. L'hypoglycémie insulinique produit une excitation des centres sympathiques (hypertension sanguine par anoxémie). L'hyperexcitabilité sympathique est liée à une décharge adrénalinique. Si l'hypoglycémie et l'anoxie durent plusieurs heures, il en résulte des troubles dans les régulations homéostatiques par défaut d'adrénaline pour produire la glycogénèse. L'excitabilité du cerveau est alors altérée au point que l'animal ne répond plus que par des convulsions quand l'hypoglycémie est tombée à un taux extrême.

L. M.

Le milieu interne et le comportement de l'organisme (3^e note); le métabolisme hydrique, par E. ADOLPH (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1941, p. 1365).

Etude sur la façon dont l'organisme équilibre ses gains et ses pertes en eau.

L'absorption excessive d'eau se traduit par des spasmes, de la céphalalgie, du vertige, de l'agitation, des frissons, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de la dyspnée, de l'asthénie, de la sudation; le réflexe de Babinski devient positif, les mouvements sont incoordonnés; les pupilles sont dilatées; les sujets tombent dans un état de stupeur; des convulsions et l'opisthotonos précèdent la terminaison par la mort.

La privation excessive d'eau entraîne les troubles suivants: incapacité d'avaler, affaiblissement de la vision, surdité, du vertige, du délire, de l'incoordination des mouvements, de l'irritabilité, des visions hallucinatoires de festins et de libations.

L. M.

Le milieu interne et le comportement de l'organisme (4^e note). L'acide carbonique et le métabolisme acido-basique, par N. SHOCK (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1941, p. 1374).

Une légère augmentation du pH et une diminution de la tension en CO₂ tend à augmenter la réaction motrice aux stimuli, en particulier la réflexivité, et à affaiblir les plus hautes fonctions du système nerveux central. Une diminution légère du pH et une augmentation de la tension en CO₂ a pour effet de provoquer une excitation des plus hautes fonctions du système nerveux; il est possible que cette action soit due à des modifications vaso-motrices du cortex cérébral.

L. M.

Etudes psycho-biologiques après section du corps calleux, par A. AKELAITIS (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1941, p. 1147).

Les examens ont porté sur dix épileptiques, chez lesquels Van Wagenen avait sectionné le corps calleux partiellement ou complètement afin de limiter les décharges épileptiques à un seul hémisphère.

Parmi les sept malades qui avaient subi une section partielle, et les trois autres malades chez lesquels la section avait été complète, l'auteur n'a relevé des modifications psycho-biologiques que chez deux sujets; elles

consistaient en retard psycho-moteur, diminution de la spontanéité et monotonie de la parole.

La conclusion est que la section du corps calleux chez les épileptiques ne donne pas de modifications marquées psychologiques comme celles observées dans les cas de dégénérescence, de lésions néoplasiques ou vasculaires du corps calleux.

L. M.

Etude clinique des troubles du sommeil, par B. SCHIELE (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 119).

Emploi d'un appareil, le motilographe qui, automatiquement, enregistre les mouvements du dormeur ou du sujet au repos. Comparaison entre le sommeil des malades et celui des infirmières. Les avantages du motilographe sont de contrôler les effets thérapeutiques et l'amélioration des malades.

L. M.

MÉDECINE SOCIALE

Médecin d'Etat ! Pourquoi pas ! par le Dr R. CHAPUIS (de Genève). *Médecine et Hygiène*, Genève, 15 juin 1945.

En réponse à la décision des autorités médicales de s'opposer à toute perspective de fonctionnarisation du corps médical, le Dr R. Chapuis, de Genève, après avoir rappelé les conflits « paradoxaux » qui opposent aux œuvres de charité, dispensaires, polycliniques, hôpitaux, les médecins qui ont, non le désir de s'enrichir, mais le besoin de gagner leur vie, se demande si un traitement fixe ne contribuerait pas à relever la dignité morale du médecin ?

Examinant l'hypothèse de centres médicaux fondés par l'Etat avec médecins et chirurgiens fonctionnaires, il conclut que la dignité du médecin n'aurait pas plus à en souffrir que celle du professeur, du médecin d'asile, du médecin de sanatorium, etc., qui sont tous des fonctionnaires. Ce système n'impliquerait nullement l'absence de médecins libres, fortunés ou réputés, pas plus qu'il n'empêcherait le médecin de quitter après quelques années le Centre d'Etat s'il désirait reprendre sa liberté, se spécialiser, etc...

A côté de l'avantage d'un traitement fixe et d'une retraite assurée, le médecin perdrait sans doute l'indépendance absolue du programme journalier : il aurait des heures de travail fixes mais aussi quelques soirées tout à fait libres, une plus grande tranquillité et l'avantage de pouvoir se loger à sa guise, en dehors du bruit et même de la ville.

Il nous a paru utile de signaler à nos lecteurs cet article d'un praticien genevois, paru dans l'intéressant journal bimensuel publié en Suisse par notre compatriote le Dr Léon Weber-Bauler.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 juin 1945*, à 10 heures 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 juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 juin 1945*, à 15 heures 30 très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 9 juillet 1945*, à 10 heures 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 22 octobre 1945*, à 15 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 novembre 1945*, à 15 heures très précises, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 novembre 1945*, à 15 heures très précises, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

L'Assemblée générale et la séance ordinaire du mois de décembre de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 17 décembre 1945*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Semaine médicale franco-suisse

Une *Semaine médicale franco-suisse* aura lieu du *1^{er} au 5 octobre 1945*, à Genève. Elle est organisée par l'*Académie suisse des sciences médicales*.

Des membres de l'Institut de France, de l'Académie de médecine de Paris, de l'Académie de chirurgie et de la Société médicale des hôpitaux de Paris y participeront. Les médecins français suivants se sont déjà inscrits pour des conférences : MM. BINET, BROCC, FABRE, LEVEUF, LHERMITTE, MONDOR, PATEL, POLONOVSKY, QUÉNU, ROUSSY, SORREL, WELTI. Il y aura également des conférenciers suisses.

Une séance scientifique du Sénat de l'*Académie suisse des sciences médicales* aura lieu ensuite à Genève le *6 octobre 1945*.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1945 (4^e trimestre) — Numéro d'ordre : 167
Cahors, Imp. A. COUÉSLANT (*personnel intéressé*). — 71.497. — 1945
C. O. A. L. 31.2330.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



APRAXIE DIGITALE ET APRAXIE CONSTRUCTIVE DANS UN CAS D'HÉMORRAGIES BILATÉRALES SYMÉTRIQUES DES CORPS STRIÉS

PAR

C. PFERSDORFF (de Strasbourg)

Le cas que nous publions ici présente une symptomatologie clinique et une localisation anatomique qui semblent être en opposition avec la doctrine, déjà classique, qui localise au lobe pariétal gauche l'agnosie digitale et l'apraxie constructive.

Comme nos conceptions des différentes formes de l'apraxie suivent une évolution comparable à celle de la doctrine des aphasies, il faut bien s'attendre à des changements progressifs de ces conceptions, changements apportés par des faits cliniques nouveaux. Ceux-ci n'ont pas à l'ordinaire le caractère exclusif des théories qui se fondent sur eux. En clinique, souvent, les « deux ont raison ». Aussi la symptomatologie de notre cas ne saurait mettre en doute ou invalider les faits constatés par les auteurs qui ont décrit l'agnosie digitale et l'apraxie constructive (en première ligne, Kleist et Lhermitte).

Nous aurons à voir quels sont, dans notre cas, les symptômes qui permettent de comprendre l'existence d'une apraxie digitale et d'une apraxie constructive *sans* lésions pariétales. Comme les symptômes de déficit seuls ne permettent pas de localiser, ce sont les symptômes positifs, de suppléance, ce sont les parafonctions qui rendent possible la différenciation des formes cliniques de l'apraxie comme de l'aphasie, ainsi que leur localisation anatomique. Le rôle capital des paraphasies dans l'aphasie est la meilleure illustration de ces faits.

OBSERVATION CLINIQUE

M. Louis, 52 ans, agriculteur, 30/4/42-25/11/42.

Est atteint d'hypertension artérielle depuis 10 ans ; se plaint de troubles de la mémoire. Est tombé (date pas à préciser) brusquement, en travaillant. N'a pas perdu connaissance, mais ne pouvait plus parler pendant deux heures. Pas de paralysie des membres. Les jours suivants, tension de 330. Par la suite, deux attaques moins fortes que la première, se manifestant par des accès de faiblesse ; le malade ne peut pas préciser la date exacte (1935 ?). La tension variait, était descendue à 23 ; le malade n'a jamais eu ni vertiges, ni céphalées. En automne 1940, expulsé de Lorraine ; depuis ce temps, amnésie des noms propres et des dates. Oublie de faire certaines choses. Le malade remarque que la jambe gauche devient faible ; il la traîne depuis décembre 1941. Le bras gauche a diminué de force. Au printemps 1942, la démarche devient plus raide ; marche des fois à petits pas. Perte des urines la nuit.

La femme indique un degré moyen d'alcoolisme chez le malade. A l'admission, on constate les symptômes suivants : hyperréflexie tendineuse aux membres inférieurs. Babinski à gauche ; pas de clonus ; pas d'ataxie. Roue dentée indiquée aux mouvements passifs du bras gauche.

Tension artérielle 220/150.

Examen ophtalmologique (Prof. Redslob) : mobilité normale ; réaction pupillaire normale ; fond d'œil sans particularité. Vision normale.

Bordet-Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien négatif.

Durant le séjour à la clinique, les symptômes neurologiques n'ont pas présenté de changement ; le Babinski était variable, des fois bilatéral.

Le 25-11-42, le malade a succombé à une bronchopneumonie confirmée par l'autopsie.

A l'autopsie du cerveau, on constate : foyers hémorragiques symétriques dans la partie moyenne des corps striés. Les plus considérables sont situés dans le putamen. Ils sont de la grosseur d'un noyau de cerise et se groupent autour de l'artère lenticulo-striée. Ce n'est que dans une seule coupe de 1 cm. 1/2 d'épaisseur que ces foyers sont à

observer. A la base de cette coupe se trouvent les corps mamillaires. La tête du noyau caudé est libre, des deux côtés. Les coupes postérieures ne présentent également pas de foyers hémorragiques.

Le cortex est intact dans sa totalité ; la région pariéto-occipitale gauche, et en général les régions qui sont lésées dans les cas d'apraxie constructive et d'agnosie digitale, ne montrent aucune altération.

Pendant toute la durée de l'observation, l'état du malade n'a pas présenté de changements notables.

Il était en première ligne caractérisé par un manque de spontanéité sur le domaine du langage et de la motricité. Quand les mouvements étaient déclenchés, leur exécution n'était pas sensiblement retardée ; il en était de même pour la production du langage. Les mouvements automatisés avec objet étaient exécutés sans retardement. Sur le domaine affectif, on constatait une labilité de l'humeur, à certains moments l'incontinence affective typique se manifestait. C'est ainsi que le malade, quand on le faisait réciter le *Notre Père*, se mettait à pleurer au passage du « pardonnez-nous nos offenses », fait qu'on observe fréquemment dans les états de dépression.

Le résultat des nombreux examens a toujours été identique quant au groupement des fonctions intactes et des déficitaires, de sorte que nous pouvons donner ici un examen type sans être forcés de schématiser les résultats des différents examens.

Orientation : est toujours désorienté dans le temps ; orienté dans le lieu.

Langage : le langage spontané ne présente pas de troubles.

Les énumérations sont bien produites sans aucun ralentissement.

L'écholalie des mots isolés (aussi des mots tests), de la courte et de la longue phrase, est fournie intégralement.

L'explication des proverbes n'est pas fournie : « Je comprends, mais je ne puis pas l'exprimer. »

Les *associations réactives* sont ralenties, mais ne présentent pas d'autres anomalies. Léger degré d'akataphasie : ex. « table » : « Je sais ce que c'est, mais je ne puis pas le dire. »

La lecture et la reproduction du texte lu sont bien fournies.

L'épellation est gravement lésée ; le malade ne peut épeler que son nom. Souvent des éléments justes sont à reconnaître ; ordinairement, les premières syllabes sont correctes : « C'est toujours à la troisième syllabe que je me trompe. »

Calcul : très lésé. Le malade ne fournit que quelques multiplications automatisées. Les additions et surtout les soustractions ne sont faites qu'exceptionnellement. Ordinairement la déficience se manifeste à la troisième réaction.

Les couleurs sont bien nommées et bien désignées. La désignation s'effectue des fois avec un certain retard, la dénomination également, mais ordinairement les deux fonctions ont lieu promptement.

La mémoire optique est bonne.

Jeu de cubes : le malade n'est pas capable de replacer le cube

enlevé à l'image. Identifie des fois la face juste, mais la pose de travers.

Jeu de construction : réussit des fois à réunir correctement des fragments d'après le modèle, mais jamais l'entité de la construction. Ordinairement il est incapable de construire.

Écriture : écrit son nom et une courte phrase sur dictée correctement. Inégalité des traits de l'écriture. Paligraphie du texte et de l'écriture même (dédoublément des jambages et des lettres). Nous donnons l'exemple suivant (N.B. : le dédoublément des jambages n'est pas à rendre par les caractères de l'imprimerie !) :

« Notre Père qui êtes aux cieus, que votre nom soit sanctifier, que votre renque arrefine, que votre nonm soit santiffier, que votre volonté soit faite sur la ferum comm anc samm que votre moulonté somit pardonn nous la mmmmmmm au cueil mon laisser pas succommer à la mmmm délibéress non du majl annsi ssoit il. »

Dessin : la copie est vite déficiente ; au début, quelques éléments sont corrects, la copie n'est que partielle. La conception générale du modèle est insuffisante. Au lieu de deux triangles croisés, le malade juxtapose les deux triangles ; puis des éléments sont produits progressivement sans synthèse. Le malade ne sait pas contourner un dessin, sa ligne dévie irrégulièrement. Les zigzags montrent une densité des intervalles variable, plus ou moins périodiquement ; ordinairement, il y a diminution progressive de la hauteur des traits.

PRAXIES

La praxie avec objet est correcte.

La praxie de mémoire est bonne.

L'échopraxie de visu : les résultats sont variables ; elle est ordinairement bonne au début, puis le malade dit : « Je ne comprends pas, c'est pourtant bien simple. » Mais à la plupart des examens, l'échopraxie des doigts est fournie correctement, des fois avec un certain ralentissement. L'échopraxie des bras est presque toujours correcte, même quand celle des doigts est déficitaire.

La praxie symétrique, avec et sans le contrôle des yeux, est presque inexistante ; les réactions justes sont très rares.

Les mouvements des doigts sur ordre verbal sont très incertains ; fausses réactions et aboulie.

Les mouvements des bras sur ordre verbal sont bien exécutés.

La *digitognosie* est presque abolie : « Je ne connais pas mes doigts. » Au début de l'examen, les réactions sont parfois correctes.

La *somatognosie* est presque entièrement abolie ; les mouvements de démonstration ne dépassent pas la médiane : « Je ne sais plus ce qui est droit et gauche, ça me perd. »

La *stéréognosie* est bonne des deux mains, sans oscillations plus ou moins périodiques.

Les rythmes. — L'épreuve des rythmes (Rosenfeld) consiste :

1° dans la reproduction d'un certain nombre de coups frappés devant le malade ; il y a des séries simples et des séries groupées, avec ou sans accentuation du rythme ;

2° dans l'indication orale par le malade du nombre des coups frappés ;

3° dans l'exécution par le malade d'un ordre verbal indiquant un certain nombre et des groupes de coups à frapper. Toutes ces épreuves ont été fournies par le malade intégralement, sans retardement ni autre phénomène d'arrêt.

La répartition des fonctions lésées et des fonctions intactes est donc la suivante :

Fonctions lésées

Orientation.

La praxie symétrique ; les mouvements de doigts sur ordre.

La digitognosie.

La somatognosie.

Le jeu de cubes images.

Le jeu de construction (fragments justes).

L'épellation, le calcul (en partie).

L'explication de proverbes, les associations réactives.

Le dessin.

L'écriture en partie : paligraphie.

Fonctions intactes

Praxie idéatoire et praxie avec objet.

L'échopraxie *de visu* (en partie).

La stéréognosie.

Le langage (spontané, énumération, écholalie, mots tests).

Lecture et reproduction du texte lu.

Dénomination de couleurs et d'images.

Les rythmes : reproduction, indication verbale, sur ordre.

Discussion

Avant d'analyser les différentes fonctions lésées ou intactes, il faut souligner le fait qu'un groupement pareil ait lieu. Dans les états d'inhibition ordinaires (psychotiques ou organiques), il existe bien aussi une différence du degré de l'inhibition (les automatismes, par exemple, résistent davantage au ralentissement que les associations néoformées), mais le contraste qui existe dans notre cas, par exemple entre la praxie symétrique et la reproduction des rythmes, est bien plus accentué et saute aux yeux. Comme il se manifeste invariablement à chaque exa-

men, ce contraste ne saurait être interprété comme manifestation d'une variation de l'intensité de l'inhibition au cours du même examen.

Avant d'étudier les différences qui séparent les modes de réaction, nous avons à constater les symptômes qui leur appartiennent en commun : l'attitude psychique du malade dans toutes ses réactions est celle de l'akinésie striaire. Bostroëm (cf. lit. n° 1) donne la description suivante de cette forme d'akinésie (qui n'est pas identique à l'akinésie parkinsonnienne, laquelle est le symptôme essentiel de la bradypsychie de Naville) :

« La spontanéité de l'individu résulte de deux facteurs : d'un côté, il est nécessaire que ses représentations et ses idées surgissent d'elles-mêmes : ceci est le côté intellectuel du phénomène. Deuxièmement, il est nécessaire qu'il dirige spontanément son attention sur ses représentations et ses idées (prosexie) ; c'est là, le côté volitionnel du processus psychique.

L'akinésie striaire consiste dans ce que la prosexie, qui a lieu involontairement à l'ordinaire et qui déclenche les actes spontanés, ainsi que l'idéation, vient à manquer, alors que le côté intellectuel de la fonction reste intact.

Nous voyons donc que, symptomatologiquement, l'akinésie consiste en un manque de manifestations spontanées qui concerne en première ligne les actes dits « instinctifs ». Les sollicitations extérieures, à moins qu'elles n'aient une forte charge affective ou viennent d'une personnalité qui les ordonne, n'ont donc aucun effet. Sont inefficaces aussi les pensées et les représentations qui surgissent, étant donné que font également défaut les actes intentionnels intérieurs et, en première ligne, la prosexie automatique de l'intention. Est à rendre responsable de cet état la suppression de la réaction instinctive qui ordinairement répond aux sollicitations extérieures, mais aussi aux idées et représentations qui surgissent. Ce déficit se manifeste : sur le domaine physiologique (neurologique), par une pénurie des mouvements spontanés et réactifs ; sur le domaine psychologique, par l'absence d'une réaction par le manque de la prosexie de l'idéation. »

Une forme de stupeur de l'encéphalite léthargique (cf. lit. n° 2, p. 28) correspond exactement à cette description ; elle est caractérisée comme suit : « Manque de spontanéité ; pas d'arrêt pendant la production motrice demandée. Il est caractéristique pour cette forme de stupeur, que les malades sont absolument immobiles, s'il n'y a personne qui leur commande un mouve-

ment. Les mouvements commandés sont exécutés toujours et immédiatement, et l'exécution n'est pas ralentie comme l'idéation. » (Cette description, qui n'est basée que sur l'observation clinique, date de 1920, la synthèse de Bostroëm est de 1928).

Dans la majeure partie des cas de stupeur encéphalitique avec akinésie striée, les productions qui ont lieu après sollicitation ne sont ni lésées, ni ralenties. Ce phénomène s'observe également dans notre cas, mais il n'est valable que pour le déclenchement de la réaction et pour les fonctions intactes, pas pour les fonctions lésées. C'est qu'il s'agit dans notre cas non pas d'une stupeur encéphalitique, mais d'hémorragies bilatérales du corps strié. C'est à ces lésions organiques qu'est à imputer la déficience de certaines fonctions ; nous allons essayer de voir si la nature de ces fonctions isolées permet en elle-même de conclure à une lésion du corps strié.

Les troubles qui ont le plus manifestement le caractère méso-diencéphalique sont ceux de : *l'écriture*.

Nous trouvons ici les phénomènes d'itération, les symptômes « pali ». Il y a dédoublement des jambages, répétition des syllabes, de mots entiers et de fragments de phrases, bref, les symptômes de la *paligraphie*. La *mikrographie* s'observe également dans notre cas, pas d'emblée, mais progressivement. A partir d'un certain moment, les lettres du texte sont remplacées par des traits en zigzags plus ou moins réguliers, sans aucun sens. C'est là la projection graphique de l'insuffisance progressive que nous pouvons constater dans presque toutes les réactions déficientes de notre cas.

Hermann et Potzl, de Prague, dans leur monographie de l'agraphie (cf. lit. 5, page 362), localisent la paligraphie au corps strié ; ces auteurs soulignent le fait que nous ignorons encore quelle partie du corps strié est à rendre responsable des troubles paligraphiques. Pick (*loc. cit.* page 365) est également d'avis que la paligraphie est due à des foyers dans les parties antérieures des noyaux gris centraux.

Dans notre cas, les lésions anatomiques remplissent ces conditions, et il semble donc justifié de les considérer comme responsables des phénomènes paligraphiques.

Les symptômes « pali » sont en relation étroite avec les symptômes « écho », de telle sorte que certains auteurs ont considéré la palipraxie comme auto-échopraxie. Sans partager cette façon de voir, nous considérons le fait que cette théorie ait été émise comme preuve des relations qui existent entre les

deux symptômes. Notre cas présentait une forte tendance à l'échopraxie acoustico-motrice : les rythmes étaient reproduits avec une promptitude et une exactitude étonnantes qui contrastaient singulièrement avec l'akinésie habituelle et avec la dysfonction de l'échopraxie visuelle. Nous aurons à revenir sur cette différence entre les fonctions acoustico-motrices et visuelles-motrices.

Nous discuterons plus loin *in toto* les symptômes de l'apraxie digitale, ainsi que ses rapports avec l'agnosie digitale de Gerstmann ; pour le moment, nous voulons étudier si des lésions anatomiques du corps strié peuvent être mises en rapport avec l'apraxie symétrique. Celle-ci consiste dans la reproduction par une main de l'attitude passive des doigts de l'autre main. Cette reproduction était abolie dans notre cas ; le contrôle des yeux était inopérant, alors que la vue (dans l'échopraxie de visu par une main) était souvent suffisante pour réaliser la reproduction correcte. La stéréognosie était intacte des deux côtés. La sensibilité profonde n'était pas lésée. Ce fait est intéressant. Dans les cas que nous avons publiés en 1926, (cf. lit., n° 14), l'échopraxie de visu était supprimée.

Ces cas présentaient de graves troubles de la sensibilité profonde, et c'est à l'abolition de celle-ci que nous croyions pouvoir attribuer les troubles de l'échopraxie ; la vision à elle seule ne suffisait pas pour réaliser la compréhension et l'exécution de l'attitude à imiter. Dans notre cas actuel, comme nous venons de le mentionner, la sensibilité profonde et la stéréognosie n'étaient pas touchées, l'échopraxie de visu n'était que peu lésée. Par contre, la praxie symétrique n'était pas exécutée, même avec le contrôle des yeux. Nous touchons ici aux fonctions de symétrie ; qu'on admette, comme certains auteurs, une innervation symétrique primitive pour la majeure partie des fonctions motrices ou non, toujours est-il qu'une interruption anatomique ou fonctionnelle entre les deux hémisphères devra être considérée comme une des causes de l'apraxie symétrique. Mais cette interruption peut avoir son siège dans un des hémisphères, et le corps calleux peut être intact, comme ceci est le cas chez notre malade. Etant donné que les foyers du corps strié sont symétriques ici, il n'est pas possible de décider auquel des deux l'interruption des relations symétriques est à imputer. Si nous laissons les données anatomiques de côté et nous bornons aux phénomènes cliniques uniquement, nous pouvons dire que l'indistinction droite-gauche parle, tout comme l'apraxie symétri-

que, pour une dissociation des fonctions symétriques. Mais elle n'est, d'un autre côté, qu'une des manifestations d'un trouble plus général : de l'asomatognosie. Nous aurons à discuter plus tard la localisation de l'asomatognosie, étant donné que les régions auxquelles la majeure partie des auteurs la localise (région pariétale) ne sont pas lésées anatomiquement dans notre cas.

Avant de discuter la localisation striaire des phénomènes d'apraxie digitale que nous venons d'étudier, il nous reste à mentionner un dernier symptôme du syndrome de Gerstmann que notre malade présente : il s'agit de l'incapacité de dénommer les propres doigts et ceux d'autrui et d'exécuter des mouvements de doigts sur ordre verbal. Ces symptômes relèvent du domaine des troubles aphasiques. Ils ne sont nullement toujours associés comme chez notre malade. Très souvent, nous avons constaté dans l'apraxie digitale l'incapacité de dénommer le doigt présenté, tandis que les mouvements des doigts sur ordre étaient exécutés promptement. C'est la situation bien connue chez l'aphasique amnésique qui ne trouve pas la dénomination, mais qui désigne bien l'objet nommé.

La discussion de la localisation des troubles de l'apraxie digitale à la région striaire devra tenir compte des données suivantes :

Un certain nombre d'auteurs (cf. lit. n° 5) ont constaté que la production de mouvements amorphes des doigts s'observait dans les lésions du corps strié, surtout du putamen. C'est en première ligne Kleist et son école, ainsi que Pick (de Prague) qui ont publié de nombreuses observations à l'appui de cette conception. Merzbach, en se basant sur l'autopsie de 66 cas, arrive aux conclusions suivantes (son travail s'occupe en première ligne des phénomènes d'itération du langage, mais, vu le sujet de notre étude, nous ne tiendrons compte ici que des passages concernant la motricité) : « Tout l'appareil moteur relève de deux systèmes d'innervation : du pyramidal et de l'extrapyramidal. » Les troubles moteurs de nature extrapyramidale peuvent se manifester comme symptômes de déficit et comme symptômes d'hyperproduction. Ces derniers se divisent en deux groupes : 1° les symptômes myostatiques *primitifs*, et 2° les symptômes *psychomoteurs* qui sont de nature plus compliquée. (Ces derniers n'intéressent pas le sujet de cette étude). Dans les lésions du corps strié, on observe les phénomènes myostatiques suivants : tremblement, mouvements choréiformes

et athétosiques, ainsi qu'une alternance de ces symptômes. Ces productions motrices sont à imputer à des lésions des parties moyennes du putamen. Dans 80 p. 100 des cas, les lésions anatomiques ont confirmé cette hypothèse.

Merzbach explique le caractère électif des foyers hémorragiques par la délimitation des territoires artériels de la région des noyaux gris centraux. D'après Von Monakow, la partie moyenne du noyau caudé, le noyau lenticulaire, le genou de la capsule interne, ainsi que les parties antérieures de la couche optique sont irrigués exclusivement par l'artère sylvienne (lieu de prédilection de l'apoplexie de Charcot). La tête du noyau caudé relève, elle aussi, principalement des artères lenticulo-striées ; mais les parties antérieures de la tête du noyau caudé appartiennent au domaine des ramifications de l'artère cérébrale antérieure. Celle-ci toutefois est rarement la cause d'une hémorragie. Les apoplexies touchant exclusivement la tête du noyau caudé doivent donc être rarissimes. Par contre, on peut admettre que, vu la fréquence des apoplexies dans le territoire des artères lenticulo-striées, la partie moyenne du noyau caudé sera lésée en même temps que la tête, mais celle-ci ne sera jamais touchée isolément.

Schwartz et Goldstein admettent également deux territoires artériels différents, mais ils les situent autrement. D'après ces auteurs, les parties supérieures du corps strié sont irriguées par d'autres artères que les parties inférieures ; les parties supérieures dépendraient de la sylvienne.

D'après *Foix et Nicolesco, et Foix même*, il n'y a que la partie moyenne du noyau caudé qui relève de la sylvienne, tandis que la tête appartient au domaine de l'artère cérébrale antérieure. Cet état de chose expliquerait lui aussi la grande fréquence des foyers de ramollissement dans la partie moyenne du corps strié ; il expliquerait également la rareté des foyers de la tête du noyau caudé.

Dans notre cas, le nombre des foyers est limité. Ils sont situés, comme nous l'avons vu, de façon symétrique dans la partie moyenne des deux corps striés ; ils se groupent autour de l'artère lenticulo-striée, à son parcours dans le putamen, de façon identique presque des deux côtés.

C'est cette limitation des foyers qui rend notre cas particulièrement intéressant. Il confirme la façon de voir des auteurs cités quant à la localisation des troubles moteurs des doigts. Il est vrai que ces auteurs n'ont principalement en vue que les

phénomènes d'excitation motrice (mouvements athétosiques, tremblement). Mais d'autres (Merzbach, Kleist) parlent aussi de phénomènes d'arrêt et de déficit. Les symptômes moteurs de notre cas rentrent dans cette catégorie. Car nous constatons, en effet, que des dysfonctions de la praxie digitale. Ces dysfonctions ne se manifestent qu'à l'examen des productions sans sens. Dans les productions avec sens, dans la praxie idéatoire et dans la praxie avec objet, aucun déficit n'est à constater ; nous verrons plus tard que d'autres formes d'agnosie digitale (qui ne sont pas identiques à notre cas) présentent la même particularité. Le pendant de cet état de choses est réalisé sur le domaine de l'aphasie par l'aphasie de conduite (Lichtheim). Là aussi, le déficit ne se manifeste que dans l'écholalie, les autres catégories du langage sont intactes. (La situation inverse s'observe dans les aphasies transcorticales (polygonales de Grasset), dans lesquelles l'écholalie est intacte, tandis que les autres catégories ne le sont pas). Nous ne pousserons pas plus loin la comparaison des troubles apraxiques et aphasiques, étant donné que les fonctions du langage sont bien plus automatisées que celles de la praxie. Le domaine des automatismes du langage est bien plus vaste que celui de la praxie ; l'observation clinique le prouve : le langage automatique des catatoniques et de la démence sénile a une symptomatologie très riche, tandis que sur le domaine de la motricité nous n'avons que le délire d'occupation alcoolique ou sénile ; les stéréotypies catatoniques ont une symptomatologie réduite, même si elles avaient un sens au début (formes décrites par Klaesi, de Berne) ; ordinairement, il s'agit de mouvements élémentaires et symétriques ou de mouvements pantominiques.

Si on essaye de délimiter l'apraxie digitale dans le domaine de l'apraxie même, il est évident qu'elle rentre dans le groupe de l'apraxie mélokinétique. Mais elle ne lui est pas identique. Notre cas ne présente en effet, dans l'exécution de la praxie idéatoire et de la praxie avec objet, aucune de ces parapraxies des détails qui sont caractéristiques pour l'apraxie mélokinétique. D'après la terminologie clinique usuelle qui classe les apraxies d'après la façon dont l'interprétation de la formule du mouvement est lésée (idéatoire, idéomotrice, mélokinétique), l'apraxie de notre cas ne serait pas à classer. Si on admet, avec Kleist, l'existence d'une apraxie *innervatoire*, cette terminologie ne tient pas compte en première ligne de la formule qui est à interpréter, mais n'a en vue uniquement que les troubles de la « technique du mouvement ». Elle est lésée bilatéralement dans

notre cas ; mais ce déficit n'apparaît que dans la situation artificielle d'un examen qui demande au malade la reproduction d'attitudes de la main sans sens, sans formule idéatoire. Ce ne sont que des fonctions « écho » qui sont lésées : l'échopraxie de visu et surtout la praxie symétrique. Il faut donc admettre que la praxie innervatoire permet de distinguer des subdivisions, des catégories, tout comme l'aphasie. Chacun sait que l'on peut, selon la forme d'aphasie dont il s'agit, distinguer différentes sortes de paraphasies. Pour les parapraxies, cette étude différentielle n'est pas encore faite. Mais on peut constater aisément deux groupes de réactions : 1° les cas qui sont caractérisés par la simple insuffisance motrice se manifestant des fois par la « maladresse » ; 2° les cas qui produisent des parapraxies nettes, des mouvements non différenciés de la main entière (rappelant les mouvements de nageoire), ou des productions étrangères au mouvement modèle. Ces parafonctions motrices marquent des étapes de la différenciation de la réaction juste, tout comme les paraphasies dans les aphasies. Des recherches ultérieures auront à délimiter les subdivisions de l'apraxie innervatoire. Il était à présumer que ces catégories se rapprocheraient davantage de celles de l'agraphie que de l'aphasie, car dans l'agraphie l'élément « digital » joue le rôle de premier plan. Nous reviendrons plus tard sur les rapports de l'apraxie digitale et de l'agraphie, en considérant surtout les conclusions de la grande monographie de Hermann et Potzl (cf. lit. n° 5).

Après l'analyse des symptômes moteurs de notre cas, nous avons à étudier les symptômes de la gnosie. Nous n'entrerons pas dans une discussion de la question praxie-gnosie. Il nous semble, comme à la plupart des auteurs, qu'une séparation nette de la praxie et de la gnosie est artificielle, et qu'on ne peut se servir de cette différenciation terminologique que suivant le principe « a potiori fit denominatio ». Dans les troubles des fonctions d'écho que nous venons d'étudier et qui sont seules lésées dans la praxie digitale de notre cas, l'élément gnosique joue un rôle ; ce rôle est moins apparent que dans les cas où la vision ou la kinesthésie sont absolument inopérantes, mais il existe. Dans les dysfonctions que nous allons aborder maintenant, l'élément gnosique est plus accentué : il s'agit des troubles du dessin, de la réunion des cubes-images, et des jeux de construction, troubles qui réalisent l'apraxie constructive. Les troubles du dessin sont particulièrement instructifs. Deux triangles entrecroisés sont reproduits de la façon suivante : le malade

juxtapose deux triangles qui ne se touchent pas. Une autre fois, il copie le même modèle en dessinant un carré et, sur les faces de ce carré, quatre triangles. Les jeux de construction sont bien reproduits dans certains détails, mais l'ensemble n'est pas rendu. Si nous ajoutons à ces symptômes d'apraxie constructive les symptômes de l'agnosie digitale de Gerstmann que notre cas présente également, on se trouve cliniquement en présence d'un syndrome assez fréquent décrit à différentes reprises et bien défini dans l'excellente mise au point de Hecaen (cf. lit. n° 4, p. 135). Cet auteur conclut : « Même en admettant la conception de Goldstein, et nous croyons en effet que l'organisme agit toujours comme un tout, il n'en reste pas moins que l'apraxie constructive et les autres symptômes en rapport avec la lésion du lobule pariétal inférieur et du pli de passage avec O2 sont reliés entre eux par un caractère psychologique commun qui les spécifie et les distingue des symptômes locaux des autres régions.

« Que le trouble fondamental se manifeste dans toutes les activités du sujet (et cette affirmation mérite d'importantes réserves) ne permet pas d'expliquer à lui seul pourquoi les troubles envisagés ici ne se font jour que dans ces lésions pariétales. »

La localisation anatomique de notre cas ne correspond pas à ces données. Il s'agit d'un foyer bilatéral du corps strié, et non pas du lobule pariétal inférieur.

Le contraste entre les deux localisations semble, à première vue, irréductible. Mais l'exclusivité des deux séries d'observations n'est, comme nous essaierons de le démontrer, qu'apparente. Des deux principaux syndromes (digito-agnosie de Gerstmann et apraxie constructive de Lhermitte), nous étudions en première ligne la digito-agnosie ; il faut bien se rappeler que le premier cas de Gerstmann est resté sans autopsie ; d'autres cas, publiés en même temps presque par Hermann et Potzl, n'ont également pas d'autopsie. Des trois cas que nous avons publiés en 1926 (auxquels manquaient les symptômes aphasiques du syndrome de Gerstmann), deux se sont remis ; le troisième, atteint de maladie de Pick, n'a pu être autopsié que deux ans après la première observation, alors que l'atrophie corticale était généralisée à un point qu'une localisation restreinte n'était plus possible. Cliniquement, une démence globale s'était développée pendant les derniers mois. Inutile de souligner que ces cas négatifs ne sauraient invalider les observations des auteurs (en première ligne Lhermitte et Kleist) sur lesquelles se base la publication de Hecaen. La question est de savoir si d'autres loca-

lisations et d'autres interprétations sont possibles. Comme dans toutes les localisations, quelques auteurs attribuent certains troubles de l'apraxie constructive à des phénomènes de déficit d'ordre général ; on constate aussi la tendance de ramener toute la symptomatologie à une déficience fonctionnelle unique, générale, dont les symptômes de foyer ne seraient qu'une des manifestations. Hecaen souligne l'évolution de Goldstein à ce sujet qui est revenu à la localisation après s'être lancé à la recherche du symptôme global. Presque toutes les explications psychologiques qui ont forcément pour base la psychologie normale, admettent des entités fonctionnelles qui en pathologie sont fractionnées. Notre cas présente un symptôme qui illustre ce fait. L'échopraxie des doigts est lésée, celle des bras est intacte. Si l'on explique les troubles de l'échopraxie *de visu* par l'altération « d'un appareil cérébral servant aux associations kinesthésio-optiques », cet appareil, pour rester dans l'image, n'est pas un et indivis, mais est à décomposer en fonctions intéressant les doigts et en fonctions intéressant les bras. Le contraste entre l'échopraxie des doigts et celle des bras n'est du reste pas une particularité appartenant en propre à notre cas ; on l'observe fréquemment chez les arriérés en même temps que d'autres manifestations de la débilité motrice (cf. lit. n° 15).

Ce n'est pas en prenant comme point de départ des données de la psychologie normale que nous essayerons d'interpréter les phénomènes cliniques. Hecaen, dans son exposé si clair de la question de l'apraxie constructive, indique lui-même la possibilité d'une autre localisation des phénomènes (cf. *loc. cit.*, p. 121) : « Il est encore une variété de troubles de l'activité pragmatique qui peut désorganiser la faculté de construire. Il s'agit de l'apraxie innervatoire de Kleist, apraxie mélokinétique qui, bien que généralement unilatérale et même souvent limitée à un petit département musculaire, peut cependant affecter les deux mains. Il en était ainsi dans un cas de Mayer-Gross ; on comprend alors que les tests de construction soient mal exécutés. Nous sommes ici en présence d'un trouble de la « technique du mouvement » intermédiaire, pour Kleist et Sittig, entre l'apraxie idéokinétique et les troubles parétiques. Le contexte clinique permettra aisément la distinction dans cette éventualité exceptionnelle. » A première vue, on serait tenté d'admettre que notre cas remplit les conditions admises par Hecaen pour la désorganisation de la faculté de construire d'origine non pariétale. Nous avons souligné plus haut que l'apraxie innervatoire n'était nullement une

unité. Notre cas ne présente pas d'apraxie mélokinétique dans les mouvements spontanés, par laquelle l'apraxie innervatoire peut se manifester. Donc apraxies mélokinétique et innervatoire ne sont pas absolument identiques. De même, tout trouble idéokinétique ou parétique fait défaut. Il s'agirait donc, dans notre cas, d'une forme très pure, vu qu'elle n'est pas contaminée par des symptômes idéokinétiques ou parétiques. Son apraxie constructive n'est pas due à une insuffisance motrice qui rendrait impossible ou entraverait l'interprétation motrice d'un concept correct en lui-même. Si on considère le fait que le malade juxtapose deux triangles au lieu de les dessiner croisés, il faut bien admettre que c'est la conception du modèle qui est en souffrance. Il en est de même pour la copie de constructions en blocs de bois. Certains détails sont bien copiés, l'ensemble n'est pas compris. L'élément gnosique joue le rôle prépondérant dans l'apraxie constructive de notre cas ; il ne relève donc, quoiqu'il présente des symptômes d'apraxie innervatoire, pas exactement des formes que Hecaen avait en vue en parlant des cas rares dans lesquels les troubles de l'activité pragmatique désorganisent la faculté de construire.

Notre cas prouve, comme beaucoup d'autres, combien la séparation nette entre praxie et gnosie est artificielle. On pourrait, chez notre malade, préciser les fonctions en distinguant un autre groupement que celui de praxie et gnosie. Nous avons vu qu'une seule catégorie des fonctions de la praxie innervatoire de Kleist était touchée : ce sont les fonctions écho : échopraxie *de visu* et surtout praxie symétrique. La copie de dessins et de modèles plastiques est également à considérer comme fonction écho. Les fonctions « écho » se composent d'éléments gnostiques et praxiques à la fois, éléments qui apparaissent souvent comme étant indissolubles. L'apport moteur est indispensable à l'identification sensorielle. Ce fait connu est prouvé sur le domaine des aphasies par les troubles de la compréhension du mot chez les aphasiques moteurs. Inversement, l'apport sensoriel est nécessaire à l'exécution de l'acte moteur. Ce fait est bien illustré sur le domaine de la praxie par les cas (cf. lit. n° 14) dans lesquels l'échopraxie était supprimée (malgré les fonctions visuelles intactes) par l'existence de troubles graves de la sensibilité profonde des doigts et de la kinesthésie.

En considération de la connexion si intime des éléments praxiques et gnostiques, on peut admettre qu'une lésion, quoique en première ligne motrice (comme ceci est le cas chez notre malade),

puisse provoquer des troubles gnosiques. Ces deux éléments réunis sont à la base de l'apraxie constructive de notre cas. Les foyers bilatéraux des corps striés sont suffisants pour expliquer les phénomènes ; l'existence d'un foyer pariétal n'est pas nécessaire.

Notre cas se rapproche donc des cas rares à localisation non-pariétale que Hecaen a mentionnés, mais son apraxie constructive n'est pas due à une insuffisance motrice pure, se rapprochant de la parésie ou de la « maladresse » (qu'on observe aussi dans l'apraxie innervatoire de Kleist), mais à des troubles de l'échopraxie intéressant à la fois la praxie et la gnosie. Il y a entre ces deux sortes de symptômes la même différence qu'entre l'aphémie et les troubles de l'écholalie sur le domaine de l'aphasie.

Instruits par le développement de nos conceptions des aphasies, nous devons bien nous attendre à un accroissement du nombre des foyers susceptibles de provoquer l'apraxie constructive. Dans l'aphasie, nos connaissances ont débuté par les troubles moteurs ; les troubles sensoriels ont succédé. Les localisations étaient corticales. Ce n'est qu'en dernier lieu que le rôle des noyaux gris centraux a été mis en lumière. Il est vrai que celui-ci ne concerne pas le mot isolé et n'est pas identique au rôle que Pierre Marie attribuait aux mêmes régions.

Les différentes formes de l'apraxie occupent elles aussi un large territoire du cortex ; en outre, dès le début (premier cas de Liepman), le corps calleux a joué un rôle dans la localisation.

Nous avons, depuis 1926, examiné chez tous nos malades (organiques et psychotiques) (autant qu'ils se prêtaient à l'examen), ainsi que les arriérés, par rapport à la praxie digitale sans sens. Les observations n'ayant pu être publiées à cause des événements, nous donnons ici en attendant un résumé des résultats.

Au point de vue clinique, les troubles de la praxie digitale peuvent être (comme toute afunction) envisagés comme symptômes de déficience de la fonction normale. Le caractère purement négatif des symptômes, toutefois, ne peut pas (tout comme dans l'aphasie) servir comme principe de groupement. C'est la nature des productions actives qui peuvent encore être fournies qui permet une différenciation. Nous avons déjà relevé plus haut les différents groupes de réactions : 1) la dysfonction motrice qui se manifeste par la maladresse de l'exécution des mouvements d'écho qui en eux-mêmes sont corrects et reconnaissables comme tels ; 2) la parafunction de l'échopraxie caractérisée par

la production de mouvements de la main entière, non différenciés. Les rapports avec les attitudes de la main modèle ne sont pas toujours à reconnaître. Ce sont ces formes qui présentent souvent le symptôme du « closing in » décrit par Mayer-Gross.

Dans le premier groupe, il s'agit ordinairement de la rupture des relations visuelles-motrices ou des relations de symétrie. Les troubles de la sensibilité profonde et de la kinesthésie (avec ou sans stéréognosie) peuvent rendre inopérant le contrôle de la vue ; par contre, dans beaucoup de cas, le contrôle de la vue peut suppléer au contrôle de la kinesthésie.

Dans le second groupe, d'autres symptômes d'agnosie s'ajoutent à ceux de la praxie digitale. On constate également des troubles d'ordre aphasique ; ceux-ci peuvent être limités à la dénomination des doigts et à la compréhension du nom des doigts. Quand ces symptômes aphasiques sont donnés, on est en présence de la totalité des symptômes de la digito-agnosie de Gerstmann, et c'est dans ce cas seulement qu'on devrait parler de « syndrome de Gerstmann ». La dénomination « apraxie digitale » correspondrait à la symptomatologie du premier groupe.

D'après les symptômes purement cliniques, la vraisemblance est grande que le premier groupe correspondrait aux aphasies motrices, le deuxième aux aphasies sensorielles. Ce sont les cas du deuxième groupe qui présentent de préférence (mais pas exclusivement) l'association avec l'apraxie constructive, la somato-agnosie et l'indistinction droite-gauche.

La tentation est donc grande d'admettre comme localisation anatomique des symptômes du second groupe la région pariéto-occipitale ; de nombreuses observations (dont Hecaen cite les principaux auteurs) prouvent que cette hypothèse est pleinement justifiée. (Inutile de souligner que nous considérons ces centres, non comme centres « d'élaboration », mais comme centres « d'interruption »). Reviendrait au premier groupe comme localisation la région motrice. Mais il s'agirait non seulement de la zone motrice du cortex, mais aussi des parties sous-jacentes et des noyaux gris centraux. Les autopsies des cas atteints d'apraxie digitale ou du syndrome de Gerstmann sont relativement rares. Dans celles que nous avons pu pratiquer (une soixantaine de cas), le résultat macroscopique de l'autopsie n'était pas en contradiction avec la répartition de la localisation que nous admettons. Mais notre cas actuel semble bien prouver qu'un foyer du putamen peut réaliser un syndrome qui, à l'ordinaire et à juste titre, est attribué à la région pariétale gauche. Il

faut relever, en outre, que le nombre des foyers capables de provoquer des symptômes d'apraxie digitale (avec ou sans autres phénomènes agnosiques ou constructifs) est considérable et intéresse presque toutes les régions du cerveau, de sorte que les conceptions antilocalisatrices de certains auteurs semblent motivées. Les symptômes différentiels des groupes que nous avons essayé de différencier parlent contre l'hypothèse d'un symptôme « unique » d'un trouble global, dont il a été question plus haut. Sur un domaine très voisin de la praxie digitale, on constate la même multiplicité des foyers : il s'agit de l'agraphie. Dans leur grande monographie (cf. lit. n° 5), Herrmann et Poetzl donnent le tableau de tous les foyers anatomiques qui peuvent provoquer l'agraphie. Ils arrivent au résultat suivant (cf. *loc. cit.*, p. 208) : « Le centre graphique de Déjerine est situé au bout postérieur de la fissure interpariétale ; vient ensuite plus en avant le centre pariéto-temporal de Pick-Wernicke, puis le centre d'Exner de la deuxième frontale ; les territoires qui se trouvent entre ces trois centres appartiennent également à la région graphique. Les trois centres sont à considérer comme « pierres angulaires » de la région graphique. Celle-ci est bilatérale. Nous sommes donc en présence de six centres et de deux régions intermédiaires. Vient encore s'ajouter les fibres du corps calleux (partie inférieure), surtout celles qui relient les deux régions centro-pariétales. »

Comme on le voit, la région dont les lésions sont susceptibles de provoquer l'agraphie est toute aussi étendue que celle de l'apraxie digitale. Il faut y ajouter encore la région mésodiencéphalique dont il a été question plus haut à l'occasion des troubles graphiques que présente notre malade. Notre cas montre que les troubles de la praxie digitale et de la praxie constructive peuvent également être provoqués par des foyers de cette région. Mais Herrmann et Poetzl soulignent toujours que la graphie n'est nullement identique à la praxie ; l'agraphie, d'après ces auteurs, n'est pas une forme spéciale de l'apraxie. Ils citent à l'appui de leur conception que l'agraphie vraie s'étend à tous les membres, tandis que l'apraxie ne frappe ordinairement qu'un seul membre. Le célèbre cas d'agraphie motrice pure de Pitres constitue une exception.

Herrmann et Poetzl donnent bien une description détaillée des troubles graphiques observés par eux-mêmes et par les nombreux auteurs qu'ils citent, mais des relations spécifiques entre les formes cliniques et les foyers anatomiques ne sont, à l'heure actuelle, pas encore à établir. L'association fréquente de

l'agraphie avec des troubles aphasiques complique la symptomatologie.

Sur le domaine de l'apraxie digitale (sans parler des autres formes), la situation est analogue. Nous avons essayé de préciser différents groupes d'après les symptômes de suppléance (et non d'après l'afonction) ; mais il est évident que les symptômes concomitants (astéréognosie, alexie, hémianopsie, agraphie, etc.) fournissent un apport précieux à la localisation. La valeur localisatrice toutefois de certains symptômes n'est pas absolue, étant donné que la localisation anatomique du même symptôme varie selon la prédominance des éléments praxiques ou des éléments gnosiques du symptôme. C'est ainsi que dans notre cas, les troubles de l'apraxie innervatoire (qui se limitent à l'échopraxie) sont imputables aux lésions bilatérales du corps strié ; Herrmann et Poetzl (*loc. cit.*, p. 225) mentionnent des cas d'apraxie innervatoire (qui s'ajoutaient à l'agraphie) qui étaient provoqués par des lésions du centre occipital de Déjerine.

Conclusions

L'agnosie digitale de Gerstmann et l'apraxie constructive de Lhermitté qui, en clinique, sont souvent associées, constituent des syndromes dont les éléments peuvent évoluer séparément.

L'agnosie digitale n'est donnée que quand les symptômes suivants sont réalisés : « Trouble de la faculté de distinguer, de montrer, de nommer et de choisir les différents doigts de la main, soit du malade, soit de l'observateur, en même temps que le patient éprouve une certaine difficulté à mouvoir ses doigts » (cité d'après Hecaen). Le premier cas de Gerstmann présentait, en outre, une hémianopsie à droite, une agraphie très marquée ; la copie était meilleure que l'écriture spontanée ; pas d'alexie. Gerstmann n'a pas localisé ces troubles, l'autopsie fait défaut. Un an avant l'observation, la malade avait été atteinte transitivement d'une hémiplégié droite avec aphasie. Gerstmann supposait une lésion du pli courbe gauche. Cliniquement, il considère son cas comme une « forme isolée », circonscrite des troubles de l'orientation concernant le propre corps (décrite par Pick). Herrmann et Poetzl (cf. *lit. n° 5*, p. 93) considèrent l'agnosie digitale comme une aphasie amnésique mélokinétique, comparable à l'aphasie optique (qui, elle, peut être considérée comme agnosie optique en voie de régression), comparable également à l'aphasie tactile, résidu de l'agnosie tactile.

Ces phénomènes d'ordre aphasique peuvent manquer. Nous avons pu observer un cas (cf. lit. n° 14) qui pouvait très bien nommer et démontrer ses doigts, mais dont l'échopraxie digitale et la praxie symétrique étaient abolies. On ne peut, à vrai dire, dans ce cas, plus parler d'agnosie digitale, autant qu'une agnosie se traduit par la parole. Pourtant la malade était incapable de comprendre l'attitude de la main modèle, ni de la reproduire. Les troubles de la sensibilité profonde et de la kinesthésie expliquaient le phénomène. On peut appeler ce déficit agnosie esthétique, laquelle se rangerait avec les autres formes d'agnosie. L'intérêt de ce cas consiste dans le fait que le contrôle de la vue est inopérant pour l'échopraxie ; que l'identification visuelle, intacte sur tous les autres domaines et qui se manifeste par la dénomination correcte, n'est d'aucune aide à la reproduction du mouvement. Les troubles *moteurs* de ce cas relevaient de la praxie innervatoire de Kleist. Celle-ci consiste en première ligne en troubles de la « technique des mouvements ». Ces troubles peuvent être limités à certaines catégories de mouvements. C'est ainsi qu'elle se manifeste comme apraxie mélokinétique quand il s'agit de l'interprétation d'une formule motrice. Dans notre cas actuel, elle n'est apparente que dans l'échopraxie (échopraxie *de visu* et échopraxie symétrique). Il s'agit, dans ces deux formes, d'échopraxie de la reproduction de mouvements des doigts sans sens, une formule motrice connue n'entre pas en ligne de compte. Dans cette production motrice, dans cette forme d'apracto-agnosie, l'élément *praxique* est prépondérant. Mais notre malade présente encore d'autres troubles de l'échopraxie : ce sont les déficiences de la reproduction de dessins et de formes trois-dimensionnelles qui relèvent de l'apraxie constructive. Il s'agit là de troubles de l'identification spatiale, dans lesquels l'élément *gnosique* est prépondérant. Les troubles du dessin et de la construction de notre cas ne sont pas dus à l'apraxie innervatoire (comme ceux de l'échopraxie *de visu* et symétrique) ; le dessin n'est pas « maladroit », la construction n'est pas hésitante ni retardée, c'est la compréhension de l'entité du modèle qui est insuffisante ; les détails sont bien exécutés. Hecaen mentionne comme éventualité exceptionnelle la possibilité que l'apraxie constructive puisse être due à une apraxie innervatoire ; « on comprend alors que les tests de construction soient mal exécutés ».

Dans notre cas, ce ne sont pas, comme dans les cas dont parle Hecaen, les troubles de la technique du mouvement qui empêchent l'exécution des tests de la praxie constructive ; c'est l'in-

suffisance de la conception spatiale, c'est l'élément gnosique qui est lésé en première ligne dans l'échopraxie constructive de notre cas.

Nous constatons donc une prévalence de l'élément moteur dans l'insuffisance de l'échopraxie digitale, et une prévalence de l'élément gnosique dans l'insuffisance de l'échopraxie constructive. Cette différence pourrait être motivée par la différence des tests qui sont demandés. Il s'agit, en effet, dans l'échopraxie digitale, de fonctions ayant trait au propre corps (doigts), tandis que dans la praxie constructive l'activité demandée se projette en dehors du propre corps. Poetzl (cf. lit. n° 5, p. 91) émet l'avis suivant sur ce contraste : « Nous ne savons encore rien de précis de la délimitation exacte des systèmes d'ordre pariétal, dont la lésion provoque des troubles de l'orientation dans l'espace extérieur, ni des autres systèmes dont la lésion conditionne des troubles des mouvements concernant le propre corps. Il ne paraît en soi-même pas invraisemblable qu'on puisse topographiquement délimiter deux systèmes de ce genre, car dans beaucoup de cas l'un des deux systèmes d'orientation est bien plus lésé que l'autre.

« Si, en effet, deux systèmes d'orientation séparés devaient exister, la symptomatologie des cas d'auto-topoagnosie circonscrite prouve que les deux systèmes ont en commun au moins certains points identiques, comme nous l'avons stipulé pour les régions pariétales de la somatognosie ; la situation est analogue à celle des points identiques du champ visuel binoculaire. Nous croyons (*loc. cit.*, p. 92) que des différences quantitatives de la lésion d'un même foyer [c'est-à-dire de O₂ (deuxième occipitale) dans son passage au pli courbe] peuvent conditionner soit un type purement agnosique, soit un type amnésique, ou bien trois-
sièmement un type apractique (innervatoire) du même trouble fondamental, du trouble fondamental que Gerstmann a appelé « agnosie digitale » d'après le symptôme cardinal. »

Ces conceptions, dont le caractère hypothétique est souligné par leurs auteurs mêmes, paraissent absolument plausibles au point de vue patho-psychologique ; dans notre cas, la localisation anatomique des foyers hémorragiques des corpe striés est diamétralement opposée à celle que Herrmann et Poetzl admettent (O₂ et pli courbe). La localisation anatomique est également en opposition avec les lésions généralement admises (et à juste titre) par les auteurs cités par Hecaen. Cliniquement, notre cas se rapproche des « cas exceptionnels » mentionnés par le même auteur. Seulement, dans notre cas, les troubles de la



praxie constructive ne sont pas, comme nous venons de le voir, dus à l'apraxie digitale innervatoire, à des troubles de la technique du mouvement, mais bien à une insuffisance de la conception spatiale. L'apraxie *innervatoire* est limitée dans notre cas aux seules fonctions « écho ». Comme les tests de l'apraxie *constructive* demandent également la *reproduction* de modèles à deux (dessin) et à trois dimensions (construction), on peut considérer comme symptôme cardinal de notre cas les troubles de l'échopraxie. Ce n'est qu'elle qui est lésée dans l'apraxie innervatoire, qui n'est pas une unité indivise, mais qui se compose d'un certain nombre de catégories. [Une de ces catégories est donnée, comme nous l'avons déjà relevé, par la praxie mélodico-kinétique dans la production d'une formule motrice. Cette catégorie est intacte chez notre malade]. Les troubles de la compréhension du mot dans certaines aphasies motrices nous enseignent que cette compréhension n'est pas exclusivement liée à la zone de Wernicke. Il nous semble donc justifié d'admettre que, dans le domaine de la praxie aussi, des troubles en première ligne moteurs conditionnent également des troubles de la gnose. Cette conception est donc partagée par tous les auteurs qui parlent d'apractognosie au lieu de séparer praxie et gnose. La localisation des foyers symétriques dans une région « motrice » serait donc compatible avec les troubles gnosiques de notre cas. Le rôle du corps strié dans la motricité des doigts a été mis en lumière surtout par Kleist et son école, et par Pick (de Prague). Les symptômes graphiques (paligraphie) de notre cas correspondent également à la localisation au corps strié. Les phénomènes de stupeur du malade (manque d'initiative, mais pas de ralentissement de la production quand elle est amorcée) sont caractéristiques pour les affections mésodiencephaliques. La promptitude de la reproduction des rythmes prouve l'intégrité des voies acoustico-motrices, alors que les fonctions visuelles-motrices sont lésées de façon élective. Le fait que l'échopraxie des bras est intacte, alors que celle des doigts est lésée, parle également pour une limitation anatomique des troubles moteurs. Ce symptôme plaiderait en faveur de la segmentation somato-topique du corps strié admise par Oscar et Cécile Vogt. Les localisations anatomiques qui sont à la base de l'apraxie digitale sont multiples. Les symptômes de l'apraxie digitale varient pourtant selon la localisation. Quand celle-ci est située dans les régions motrices, c'est l'afonction et surtout la maladresse des mouvements qui est à constater. Quand la région pariéto-occipitale est le siège de la lésion, les parapraxies motrices consistant en produc-

tions non différenciées ou absolument étrangères entrent en scène. Les localisations multiples de l'apraxie digitale ont leur pendant dans celles de l'agraphie qui intéressent de vastes territoires des deux hémisphères du corps calleux et du mésodiencephale (cf. lit. n° 5). Les rapports de l'agraphie avec l'aphasie augmentent encore le nombre des foyers. Mais les phénomènes de déficit persistants sont toujours d'ordre local, ils ne sont pas à considérer comme manifestation d'un trouble d'ordre général, global.

BIBLIOGRAPHIE

- BOSTROEM. — Symptômes du corps strié. *Traité de Bumke*, 1928, 2 volumes.
 DÉJÉRINE. — *Traité de Neurologie*, 1906.
 GERSTMANN. — *L'agnosie digitale*, 1924.
 HECAEN. — L'apraxie constructive. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1944.
 HERMANN et POETZL. — *L'agraphie*. S. Karger, 1926.
 KLEIST. — *Pathologie du cerveau*, 1934.
 LHERMITTE. — L'image de notre corps. *Nouvelle Revue critique*, 1939.
 — Sur l'apraxie pure constructive. *Encéphale*, vol. 6, juin 1933.
 LIEPMANN. — Apraxie. *Neurolog. Zentralblatt*, 1902.
 MERZRACH. — L'itération du langage et sa localisation. Thèse, Francfort, 1927.
 PFERSDORFF. — Apraxie et catatonie. *Encéphale*, 15, 1920.
 — *La localisation des états de stupeur*. Clairvivre, 1941.
 — Nouvelles conceptions de l'apraxie. *Soc. de médecine du Bas-Rhin*, mars 1934.
 — La localisation anatomique de l'apraxie digitale. *Soc. de médecine du Bas-Rhin*, mai 1926.
 — Les mouvements des idiots et les mouvements catatoniques. *Soc. suisse de psychiatrie*, mai 1935.
 PICK. — Sur la psychologie de l'apraxie motrice. *Neurol. Zentralblatt*, 1902.
 POETZL. — Apraxie. *Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie*, 54, 1937.
 SITTING. — *Apraxie*. S. Karger, 1931.
 WIENER. — L'apraxie symétrique. Thèse de Strasbourg-Clairvivre, 1940.

LA NEURASTHÉNIE BACILLAIRE

PAR

H. AUBIN (d'Oran)

Le groupe des névroses et des psychonévroses reste en médecine un chapitre extrêmement imprécis et mal délimité aussi bien dans ses relations avec les maladies dites organiques qu'avec les psychoses.

Il n'a pas encore bénéficié des conceptions éclectiques qui, loin de séparer troubles psychiques et troubles organiques, n'y voient que les deux faces d'un même processus évoluant sur un terrain déterminé, comprenant lui-même ce double aspect.

Les praticiens de médecine générale redoutent un peu ces malades, souvent insatisfaits et intarissables, qui résistent aux thérapeutiques et s'irritent d'être considérés par leur entourage comme des nerveux incurables ou « des malades imaginaires ».

Les aliénistes n'en observent que de rares exemples, ordinairement graves et intriqués à des complexes psychosiques particulièrement sévères, d'où la tendance à en nier l'autonomie et à en faire des mélancolies frustes (Régis).

La création des services ouverts a permis aux psychiatres de suivre beaucoup de ces sujets et de les analyser plus minutieusement. Il en est résulté une très grande quantité d'observations qui a surtout permis d'éliminer de ces cadres de très nombreux cas de pseudo-névropathie liés en particulier à des affections inflammatoires, tumorales, etc...

Le plus récent ouvrage d'ensemble sur le sujet : « La Dépression constitutionnelle » de Montassut (1938), retient avant tout une « prédisposition native » comme facteur étiologique ; on y voit figurer ensuite, à titre occasionnel, la dégénérescence mentale, l'hérédosyphilis, l'hérédité alcoolique, la tuberculose, l'hérédité arthritique.

Nous avons été surpris de la *fréquence extrême des antécédents tuberculeux frustes* chez nos malades, et bien souvent il nous a semblé que ces épisodes marquaient le début des trou-

bles nerveux ; d'autres fois, ces antécédents paraissaient absents, mais l'examen en décelait des signes de présomption (état fébrile, petits signes de pleurite, stigmates radiographiques).

De toute façon il semblait s'agir dans la majorité des cas d'une *tuberculose bénigne, peu ou pas évolutive, à manifestations multiples et disséminées* et dont la fréquence semblait augmenter alors que les tuberculoses graves se faisaient plus rares (du moins jusqu'à la guerre).

Nous avons donc cherché à vérifier l'hypothèse du rôle *prépondérant et déterminant de l'infection bacillaire* évoluant sur un *terrain déterminé* ; c'est ici que nous retrouvons les autres facteurs signalés par Montassut (syphilis héréditaire, hérédité alcoolique) et ces entités plus imprécises où les mêmes facteurs se retrouvent vraisemblablement : dégénérescence mentale ou prédisposition psychique (héréditaire, congénitale ou acquise), hérédité arthritique, etc... On peut faire une part, spécialement dans les neurasthénies tardives, à la syphilis vieillie, aux traumatismes craniens anciens, etc...

Données phtisiologiques

Les travaux de ces dernières années nous ont appris à connaître les formes invisibles et filtrables du bacille de Koch et les infections qui peuvent lui être imputées : épanchements pleuraux, péricardiques, péritonéaux, articulaires, méningés ; hydrocèles, érythème noueux, érythème polymorphe, dermatoses diverses, septicémies du type typho-bacillose, etc... (Sergent, Vaudremer, Calmette, etc.). Ces états qualifiés de « prébacillaires » nous ont paru au contraire fréquents au cours de longues existences parsemées d'accidents attribuables à la tuberculose.

D'intéressantes expériences de laboratoire nous ont montré les lésions que peuvent, par exemple, déterminer des bacilles bovins *morts* enrobés dans de l'huile de vaseline (Choucroun).

Les notions dogmatiques concernant l'infection bacillaire, les réinfections exogènes, l'allergie, le rôle du système nerveux végétatif ont également évolué dans une large mesure.

La clinique a multiplié les descriptions de tuberculoses bénignes pulmonaires, extra-pulmonaires, disséminées, inapparentes, et nous a ainsi préparé à la notion d'une maladie tuberculeuse plus ou moins fruste et bénigne, compatible avec un état satisfaisant, et qui s'oppose à la phtisie et aux tuberculoses viscérales graves.

Burnant nous a donné un exposé synthétique de ces diverses

formes « d'imprégnation tuberculeuse » : granulies migratrices, état bacillaire chronique, patraquerie.

L'état bacillaire chronique se caractérise par une petite fièvre tenace, un état valétudinaire chronique (asthénie, fatigabilité, céphalées, insomnies, douleurs thoraciques, troubles fonctionnels divers). L'examen pulmonaire montre de petits signes cicatriciels et, à un moment ou à un autre, un « épisode révélateur », épanchement pleural ou pleurite sèche, rhumatismes, dermatoses de nature bacillaire, etc... C'est donc une affection *évolutive* (quoique très faiblement), contrairement au syndrome suivant qui est un « *processus fixé* ».

La *patraquerie* est un état de débilité physique constitutionnelle avec des manifestations cliniques, fonctionnelles du même ordre, mais sans fièvre ni signes évolutifs. Les « patraques » n'ont jamais été en bonne santé. Leur enfance a été marquée de troubles digestifs, de maigreur, de poussées de bronchite ou de dysménorrhée, etc...

Jacquelin, d'autre part, a étudié sous le nom de « tuberculose atypique » des désordres polyviscéraux dont on méconnaît d'ordinaire l'origine bacillaire : pseudo-grippes saisonnières, congestions pulmonaires de types divers, asthmes, insuffisance hépatique, dysfonctionnement endocrinien. Comme Burnand, il signale des troubles neuro-psychiques, mais sans préciser, « car, dit-il, il existe assez peu de travaux récents dans ce domaine, et les documents anciens ne sont guère convaincants ou utilisables ».

C'est cette lacune que depuis 1939 nous nous sommes attaché à combler.

Etude clinique

« *Natura non facit saltus* ». Nous avons eu l'occasion de constater l'existence d'un syndrome neurasthénique ébauché ou transitoire *chez des tuberculeux évolutifs* (surtout des fibreux), soit au début de leur maladie, soit au cours de rémissions ou après guérison plus ou moins confirmée. Nous en citerons quelques cas dans notre ouvrage d'ensemble.

Voici, tout d'abord, quelques observations typiques :

OBSERVATION I. — Mme C., 37 ans. Se plaint d'asthénie permanente, de dépression avec ruminations sombres, pleurs, petites crises anxieuses ; de l'oppression, des digestions lentes et pénibles, une vive hyperesthésie sensorielle (phobie du bruit surtout) complètent ce tableau. Cuti-réaction fortement positive avec petite réaction fébrile et apparition de douleurs thoraciques,

Un traitement tuberculinique apporte une amélioration rapide. Par la suite, j'apprends qu'elle a donné l'hospitalité pendant plusieurs mois, il y a deux ans, à un parent présentant une tuberculose évolutive.

En cours de traitement, elle m'annonce que chez sa fillette une pleurite de la base gauche s'est déclarée pendant l'incubation d'une rougeole.

OBSERVATION 2. — Abbé C., 34 ans. Père mort de tuberculose pulmonaire, un frère atteint de troubles nerveux analogues aux siens. Lui-même a constaté vers 26 ans une bronchite suspecte qui a nécessité un séjour de deux mois à la campagne ; à 30 ans, entérocolite. Actuellement il éprouve une lassitude intense, dès le lever. Il a beaucoup de peine à concentrer son attention, à faire un travail intellectuel quelconque ; son humeur est triste ; il est irritable ; constamment il agite des pensées noires ; il a peur de perdre la raison.

L'examen physique ne montre qu'une extrême maigreur. Cuti-réaction fortement positive.

OBSERVATION 3. — Mme Ch., 55 ans. Un frère atteint de neurasthénie bacillaire typique avec sclérose pulmonaire et troubles rénaux discrets. Un autre, pottique, présente une quadriplégie spasmodique. Elle a eu trois enfants dont un est mort de méningite à 7 ans ; un autre a de l'asthme.

Elle-même, depuis 5 ou 6 ans, maigrit, se sent constamment fatiguée, triste, en proie à de vagues idées de suicide. Elle ne supporte pas la moindre contrariété, pleure, s'emporte, se dégoûte de tout. Troubles cénesthésiques multiples. Pleurite récente. Palpitations.

OBSERVATION 4. — Bav., 43 ans, receveur des P.T.T. A perdu son père de tuberculose pulmonaire et ses trois frères en bas âge. Il a deux enfants chétifs et porteurs d'adénites cervicales. Depuis de longues années, il présente des bronchites fréquentes, des crises d'asthme. Des deux côtés on a dépisté des lésions de pleurite et un peu de sclérose pulmonaire.

Depuis 7 ou 8 ans, c'est son entérocolite qui le préoccupe particulièrement (constipation, selles fétides, coliques très douloureuses). Mais en même temps il éprouve une lassitude extrême et permanente, des douleurs dans les lombes, dans les membres, des lancements dans la tête.

Le travail intellectuel est difficile ; il se plaint de sa mémoire ; les relations sexuelles l'épuisent. Il ne peut supporter le bruit ni la grande lumière ; sa frilosité augmente tous les ans. Les strictions des membres, du cou, du tronc lui sont désagréables. Calvitie vago-séborrhéique.

OBSERVATION 5. — Mme Fer., 55 ans. A été traitée à 20 ans pour « un point suspect » au sommet gauche ; plus tard elle a présenté de

nombreuses « gripes » et, à 40 ans, une hydarthrose non traumatique.

Depuis sa ménopause (45 ans), elle est toujours fatiguée ; elle qui « ne s'écoutait jamais » ressent maintenant des malaises multiples et variables : douleurs abdominales, nausées, vertiges, céphalées, battements artériels partout. Elle est devenue nerveuse, irritable : son amaigrissement a atteint 12 kg.

Examen physique : nombreuses cicatrices d'acné atrophique.

Hypotension (11-6). Cuti-réaction hyper-positive avec phlyctènes, algies thoraciques, léger éréthisme psychique (idéorrhée).

Passons maintenant aux formes cliniques le plus souvent observées :

I. LOCALISATIONS PULMONAIRES. — Ce sont parmi les plus fréquentes. Il s'agit, en règle générale, de manifestations bénignes mais récidivantes (bronchites à répétition, pleurites sèches, « gripes » fréquentes, asthme, petits foyers congestifs, etc.) ; mais il arrive que le malade ait des voies respiratoires très solides ; l'examen minutieux des antécédents montre alors une « lésion » ancienne, une bronchite ayant duré plusieurs mois, bref un épisode pulmonaire ayant plus ou moins retenu l'attention du médecin de la famille et fait prescrire un repos à la campagne, un changement de profession, une recalcification prolongée ; chez d'autres, c'est une radio de contrôle qui a fait constater une lésion cicatrisée et calcifiée, un « voile », une plèvre festonnée.

De nombreuses autres affections respiratoires ont été attribuées à l'infection bacillaire larvée ; nous avons rappelé l'opinion de Jacquelin à ce sujet ; de même, chez nos psychasthéniques, il est fréquent de trouver dans les antécédents de tels épisodes.

L'enrouement chronique a, par exemple, retenu d'emblée notre attention chez plusieurs malades. Les angines ou trachéo-bronchites à répétition, les poussées annuelles de cortico-pleurite sont d'observation courante chez eux.

Malgré un silence clinique absolu, on peut souvent retrouver la trace de l'antécédent pulmonaire sur des *clichés radiographiques*. Jacquelin a bien précisé les signes à rechercher : cicatrices fibro-crétacées d'un complexe ganglio-pulmonaire primaire, association des signes suivants : sclérose apicale, exagération des aspects réticulés de la zone intercleïdo-hilaire (tramite initiale de Bezançon, périlobulite de Sergent ; pour bien les mettre en évidence, il faut s'astreindre à comparer les deux champs pul-

monaires, zone par zone, espace intercostal par espace intercostal), déplacement vers le côté atteint du médiastin et de la clarté trachéale, réaction « en trait de crayon » d'interlobite fibreuse, déformation du diaphragme, oblitération d'un sinus, images micro-nodulaires de granule froide, nodules hilaires fortement calcifiés.

A côté de la radio, il ne faut pas négliger l'importance des *tests tuberculiques*.

Les recherches récentes ont montré que chez les sujets jeunes et même les adultes, la cuti-réaction était moins souvent positive qu'on ne le disait il y a quelques années. Mais surtout elle peut acquérir une valeur particulière, car chez les malades qui nous intéressent, elle est volontiers *hyper-positive* (ecchymotique, phlycténulaire, œdémateuse), donne des *réactions générales* (élévation thermique passagère avec courbature et frissons) et *locales* (*pulmonaires*, avec parfois crachats hémoptoïques ou crises d'asthme ; ou *extra-pulmonaires*, en relation avec les diverses localisations viscérales : entéritique, annexielle, etc...).

II. LOCALISATIONS DIGESTIVES. — Parmi les formes extra-pulmonaires, nous mettons au premier plan les localisations digestives.

Parfois c'est une *péritonite bacillaire fruste*, une *périviscérite digestive* qui a égaré pendant des années le diagnostic et motivé des médications symptomatiques innombrables, des cures thermales ou physiothérapiques ordonnées suivant la localisation apparente et transitoire des signes décrits. Or il est fréquent de trouver chez un même malade tantôt une *caelialgie* atrocement douloureuse rappelant les crises gastriques du tabès, tantôt un syndrome appendiculaire qui pourra entraîner une intervention inutile (mais le diagnostic précis est parfois impossible entre l'appendicite banale, la tuberculose appendiculaire et la péri-typhlite bacillaire), tantôt une annexite dont l'étiologie sera délicate à préciser, ou une *cholécystite*, ou encore une cœlite de l'angle splénique, etc...

Lœper a insisté sur la localisation *sous-phrénique* du processus péritonéal bacillaire, sur son allure souvent torpide et la participation possible de la plèvre.

Ces lésions localisées de la séreuse abdominale sont aussi fréquentes et aussi souvent méconnues pendant la vie que celles de la plèvre. Tripier et Paviot, Savy ont insisté sur ce point ; Castaigne a vérifié sur un ensemble de 500 à 600 autopsies, chez les vieillards, l'existence de la périviscérite chronique dans plus de 50 % des cas.

OBSERVATION. — M..., 62 ans, viticulteur.

Antécédents personnels : pleurésie à 6 ans ; toutes les maladies de l'enfance, dit-il.

Depuis l'âge de 12 ans, douleurs épigastriques.

A 18 ans, « coliques hépatiques » qui se sont depuis lors renouvelées à diverses reprises.

Lors d'une cure à Vichy, l'examen radiologique montre des *adhérences duodéno-vésiculaires*.

A 37 ans, étant mobilisé en Orient : paludisme, dysenterie (on n'a jamais trouvé d'amibes), *crises nerveuses* non comitiales. Multiples cures à Châtel-Guyon, Plombières, Nérès.

Bronchites fréquentes : points douloureux sous-claviculaires droits.

Algies dans les membres inférieurs.

A 57 ans, devant l'intensité des douleurs de la région épigastrique, on pratique une gastro-entérostomie qui n'apporte aucun soulagement.

L'année suivante, la radio montre un retard de l'évacuation gastrique ; des adhérences du carrefour supérieur ; des lésions de côlite chronique avec contracture.

Des douleurs persistent, permanentes, avec exacerbations paroxystiques améliorées par les repas ; selles tantôt en « bouse de vache », tantôt en « crottes de chat ».

S'observe beaucoup, mauvais moral, ne supporte ni bruit ni mouvement autour de lui. Reste couché des semaines entières ou se borne à faire quelques pas de son lit à son fauteuil.

Légèrement amélioré par antigène méthylique. Traité six mois en clinique, puis dans sa propriété par diaproshéliothérapie. Transformation complète. Circule allègrement, voyage, monte des étages, ne garde qu'une légère sensibilité de la région sous-hépatique.

Chez l'enfant, peut-être encore plus que chez l'adulte, il faut se méfier des entérites prolongées ou récidivantes qui n'ont pas fait leurs preuves étiologiques et sont souvent, croyons-nous, l'indice d'une péritonite bacillaire fruste ou des troubles que nous allons maintenant étudier.

En dehors du facteur périviscérite, des syndromes digestifs nombreux peuvent être, chez nos malades, la traduction d'éliminations auto ou hétéro-toxiques, de décharges bactériennes, de névralgies par lésions anciennes des plexus ou des filets sous-séreux (*entéro-névrite* de Læper). On observe alors des syndromes permanents ou *paroxystiques*, fixes ou variables, réalisant le tableau de l'*hyperchorhydrie* ou de l'*hypopepsie*, de la *côlite acide de fermentation* ou de la *côlite alcaline de putréfaction*, de la *recto-sigmoidite*, etc...

Jacquelin a décrit la longue histoire digestive polymorphe d'un sujet, qui n'a pu être élucidée et traitée avec succès

qu'après l'apparition d'une hydrocèle bacillaire, démontrée par l'inoculation au cobaye. Il y avait dans ce cas un état dépressif, une hyperémotivité extrême, une asthénie parallèle au développement des divers épisodes.

III. LES TROUBLES HÉPATIQUES ont souvent dominé la scène chez le malade de Jacquelin comme chez bien d'autres. Ils consistent en poussées ictériques, plus fréquemment en manifestations d'insuffisance hépatique associées à une dyspepsie ou une entéro-côlite. Il est important d'identifier cette localisation anatomique ou fonctionnelle qui conditionne en partie l'évolution de la bacilliose foncière et les précautions thérapeutiques à observer.

IV. REINS. — L'insuffisance rénale peut être caractérisée ; Burnand signale chez ses clients la fréquence d'une albuminurie légère.

La plupart de nos malades jeunes sont des hypotendus ; bien des auteurs ont bâti sur ce fait des conceptions pathogéniques qui nous paraissent trop exclusives : cette hypotension n'est pas constante, et nous avons remarqué à diverses reprises que vers 40 ou 45 ans, la tension artérielle s'élevait brusquement et se maintenait à un chiffre assez fort ; tel sujet, chez qui la maxima au Pachon s'était toujours maintenue entre 11 et 12 1/2, est fort étonné de voir un beau jour le médecin lui trouver 17 ou 18 à chacun de ses examens.

L'oligurie, les œdèmes transitoires se rencontrent parfois.

Nos conceptions de la tuberculose rénale se sont d'ailleurs modifiées ; l'évolution spontanée n'est pas toujours aussi fatale qu'on le croyait il y a quelques années ; on consent à traiter médicalement certaines formes où l'on constate seulement des hématuries capricieuses, une albuminurie simple, de la cystalgie et point de pyurie (Savy, *Thérap. Clinique*, 1350).

V. APPAREIL CIRCULATOIRE. — En dehors des modifications de la tension, l'appareil circulatoire peut présenter chez ces malades des troubles fonctionnels nombreux. Des *lipothymies*, dans certains cas, dominent le tableau et centralisent les inquiétudes du malade ; elles rappellent et justifient, dans une certaine mesure, l'ancienne conception de « l'anémie cérébrale » encore si vivante dans le public.

VI. APPAREIL GÉNITAL. — Les localisations salpingo-ovariennes bacillaires sont connues des gynécologues sous des aspects redoutables. Nous sommes convaincus que l'on identifiera, tout

comme pour la tuberculose rénale et des autres viscères, des formes plus bénignes. En effet, nos malades paraissant indemnes de gonococcie, de colibacillose, d'infections puerpérales, etc..., se plaignent assez souvent de douleurs tenaces, de troubles menstruels, de pertes blanchâtres ou jaunâtres, qui semblent bien témoigner d'un processus à ce niveau.

Nous n'avons pas la prétention de résoudre ici ce problème qui n'est pas de notre compétence. D'autre part, il faut reconnaître que le *gonocoque* peut contribuer à aggraver les troubles nerveux de nos malades ; nous avons souligné ailleurs le rôle de ce microbe dans les névroses et les psychoses des Noirs de l'A.O.F., et nous ne croyons pas que la race blanche, quoique moins fragile, soit immunisée à ce point de vue.

Il en est de même du *colibacille* dont la toxine neurotrophe, bien étudiée par Vincent, retient maintenant toute l'attention des psychiatres.

Chez l'homme, *l'impuissance* (partielle) est presque de règle dans la neurasthénie accentuée ; elle s'améliore en même temps que les troubles nerveux. On peut alors observer des excès génésiques qui précipitent les récives. Mais la pathogénie de cette infirmité nous conduirait à une étude psycho-physio-pathologique que nous n'avons pas à aborder ici.

VII. TROUBLES ENDOCRINIENS. — La plupart de nos malades présentent des troubles endocriniens et ont été traités comme tels ; « chez tout nerveux il y a un endocrinien », disait Léopold Lévy ; mais l'on oublie trop souvent de se demander si ces perturbations fonctionnelles ne sont pas *elles-mêmes des conséquences d'un état toxi-infectieux*.

Cependant, en ce qui nous concerne, le traitement opothérapique ou endocrino-frénateur nous a souvent paru insuffisant.

Des travaux récents (Baruk et Weltis, Sainton, Laignel-Lavastine et ses élèves, etc...) ont bien montré que dans des cas aussi typiques que le goitre, les troubles nerveux (même purement névropathiques comme chez les malades que nous étudions) étaient loin de rétrocéder toujours après l'intervention ; les goitres simples, en particulier, ne sont nullement responsables des troubles nerveux concomitants ; Sainton précise que « *c'est l'individu, beaucoup plus que la thyroïde, qui fait la psychose* » et il conseille de fouiller très attentivement les antécédents psychiques personnels et familiaux du malade. Nous estimons que la tuberculose doit y être recherchée avec un soin spécial.

L'hyperthyroïdie, pour Marañon, est souvent d'origine bacillaire. Il s'agit alors d'une infection atténuée, bénigne et d'une réaction endocrinienne d'ordre défensif. Il convient donc d'être prudent dans le traitement de ces malades et de ne pas provoquer une poussée évolutive ; on risque également d'aggraver les troubles nerveux si ceux-ci n'ont pas le caractère de la névrose Basedowienne.

Parmi les autres troubles endocriniens on incrimine volontiers, chez nos malades, l'insuffisance surrénale, sous le prétexte d'une hypotension artérielle, et on leur prescrit un traitement cortico-surrénal qui n'est pas toujours bien toléré.

Les troubles ovariens sont plus réels, intriqués avec des perturbations bien connues de l'hypophyse et de la thyroïde ; si l'hypo-folliculinémie est en cause dans des cas bien déterminés, post-ménopausiques par exemple, elle est à éliminer par contre dans la plupart des accidents neurasthéniques pré-ménopausiques et dans ceux qui s'exacerbent dans la semaine pré-menstruelle.

Le cadre limité de ce travail nous oblige à éliminer des considérations bien significatives concernant les dermatoses, les localisations osseuses (mal de Pott) et articulaires (rhumatisme de Poncet), les troubles de la nutrition.

Nous devons, par contre, insister spécialement sur les manifestations neuro-psychiques :

FORMES ET LOCALISATIONS NEUROLOGIQUES. — a) Parmi les troubles moteurs, il en est un de fondamental, c'est l'*asthénie* : sa signification n'est pas encore élucidée, nous y reviendrons plus loin. Ses caractères cliniques sont par contre bien connus. Elle survient dès le réveil, même lorsque le sommeil a été bon ; elle s'atténue après les repas et par l'exercice ; elle disparaît souvent dans la seconde partie de l'après-midi : c'est la classique « guérison de 17 heures ». Certains malades cependant se plaignent davantage à la fin de la journée et restent physiquement fatigables.

La motilité réflexe habituellement vive, comme chez la plupart des hyperémotifs, la paratonie anxieuse constituent des signes d'une grande banalité.

Le *tremblement*, les *tics* sont parfois le symptôme qui inquiète le plus le malade.

Tous ces syndromes sont évidemment intriqués de facteurs psychiques, endocriniens, vago-sympathiques, et seraient étiquetés plus exactement sous le vocable de « psycho-moteurs ».

b) Il en est de même des troubles sensitifs. Toutefois on observe des *algies* qui paraissent réellement très violentes et rendent très pénible l'existence du malade.

Au lieu d'être diffuses, les douleurs se localisent aux *nerfs intercostaux* et résultent alors de pleurites plus ou moins anciennes ; les « *points douloureux thoraciques* » sont presque de règle et constituent parfois le signal d'alarme de l'affection.

Les *céphalées* véritables s'observent plus rarement que des *malaises* tels que : lourdeurs occipitales, pesanteur au niveau du vertex, constriction bi-fronto-temporale, courbature, rachialgie.

Elles ont cependant pesé sur des existences entières.

Les *sensibilités spéciales*, perturbées, participent souvent au tableau clinique ; on connaît les plaintes de ces sujets : voile devant les yeux, la vue qui se brouille, la lecture impossible, la phobie du bruit et du mouvement, les bourdonnements, les vertiges (très intenses dans certaines formes) et les étourdissements, etc...

Citons encore la fréquence de *l'oto-sclérose* chez nos adultes.

Nous en arrivons aux *troubles cénesthésiques* dont on connaît la richesse dans les divers états dépressifs : tête vide, liquide glacé coulant dans la tête, gêne retro-orbitaire, viscères gonflés ou rétrécis, etc... Sans atteindre l'absurdité des délires hypochondriaques, les symptômes ressentis aboutissent parfois, après une longue évolution, au sentiment d'anesthésie, de mort, de dépersonnalisation.

D'une manière générale, les troubles de la sensibilité paraissent résulter d'une *hyperesthésie* spéciale génératrice d'anxiété et de dépression qui, à nos yeux, constitue un des troubles fondamentaux de la maladie et l'un des facteurs pathogéniques essentiels. Nous y reviendrons.

L'hyperexcitabilité du labyrinthe a été notée par des spécialistes d'O.R.L. chez plusieurs de nos malades. On connaît le danger qu'il y a à prescrire de l'opium à ces prédisposés à la toxicomanie : *hyperesthésie, anxiété, algophobie* les conduisent facilement à la drogue — trop bienfaisante — et à la tyrannie de l'état de besoin.

Le *sommeil* est habituellement bon, ou du moins les troubles ne sont observés que par périodes. Cependant il existe une forme insomnique presque monosymptomatique dont nous avons observé un exemple chez un médecin qui fit en janvier une hémoptysie, épisode unique vraisemblablement en rapport avec un processus pulmonaire fibreux extrêmement discret.

Le mois suivant il commença à éprouver une congestion intense du pavillon de l'oreille sur lequel il se couchait ; depuis lors, il ne peut s'endormir qu'avec les plus grandes difficultés, se réveille pour un rien et ne peut se rendormir. Signalons qu'il souffre depuis de longues années d'une périododénite, qualifiée d'ulcère, et qui n'est vraisemblablement qu'une périviscérite bacillaire.

L'état mental de la neurasthénie a fait l'objet de travaux admirables, trop célèbres pour qu'il soit utile de les rappeler ici.

L'imprégnation bacillaire étiologique n'en modifie pas sensiblement le tableau : fatigabilité psychique, difficulté de fixer l'attention, lenteur d'évocation des souvenirs, aboulie, tristesse, ruminations moroses, idées d'incurabilité, crainte de « devenir fou », susceptibilité, irritabilité, etc...

Les éléments de la *série psychasthénique* (sentiment d'incomplétude, doute perpétuel, obsessions, agitations mentales, motrices, intellectuelles), de l'hyperémotivité, et, moins fréquemment, des autres constitutions pathologiques, peuvent se combiner au syndrome nucléaire, individualisant à l'infini le tableau clinique.

Une mention spéciale aux *troubles de caractère* qui dominent parfois la série : c'est alors vraiment la « faiblesse irritable ».

Exceptionnellement l'on se trouve en présence d'un sujet *gai et souriant* ; c'est l'indice d'une nature privilégiée qui peut faire bien augurer des périodes de rémission. Mais le masque d'optimisme tombe vite dans les mauvais jours et les crises de larmes, l'anxiété, les idées noires se donnent alors libre cours.

Nous avons dit combien ces malades s'irritaient d'être considérés comme des « *malades imaginaires* », beaucoup d'entre eux ont été des sportifs fervents, s'adonnant aux exercices violents, infatigables, des hommes d'affaires actifs, des commerçants doués d'une grande puissance de travail et même de robustes cultivateurs, de courageux ouvriers, ce qui ruine la *légende de la neurasthénie, maladie des riches oisifs*.

Ce n'est que secondairement, devant la persistance des troubles et l'incompréhension de l'entourage, que l'on peut parler d'aboulie, de « fuite dans la maladie », etc...

Dans le même ordre d'idées, nous pourrions citer le cas de cet officier, sportif accompli (1), vétéran du Sahara et de la brousse

(1) Plusieurs de nos malades ont été des champions d'athlétisme, de boxe, de natation, de football. Il semble que ces grands sportifs aient une certaine prédisposition pour le syndrome que nous étudions, soit que leur vigueur physique les ait aidés à lutter contre l'infection bacillaire évolutive, soit que le surentraînement, le surmenage physique (particulièrement après 35 ans) les aient, au contraire, mis en état de moindre résistance.

tropicale, qui, après des années d'une rude existence, s'étonne de mille malaises qui surgissent les uns après les autres : asthénie du matin, céphalées et troubles cénesthésiques intracranéens, troubles subjectifs de la vision, etc... Or c'est un asthmatique-emphysémateux, porteur de petites lésions de sclérose pulmonaire...

Diagnostic positif

Nous pensons être en droit d'incriminer l'étiologie bacillaire chez un malade présentant un syndrome neurasthénique lorsque nous trouvons réunis en nombre suffisant les éléments suivants :

1° Antécédents familiaux chargés au point de vue tuberculose pulmonaire évolutive ou tuberculoses viscérales incontestables.

2° Antécédents personnels ou examen physique actuel comprenant des manifestations, sous une forme quelconque, de l'infection à bacille de Koch.

Le plus souvent ce seront des atteintes multiples mais frustes ou bénignes. Nous avons longuement insisté sur les sièges de prédilection.

3° Des lésions radiologiques pleuro-pulmonaires.

4° Une cuti-réaction fortement positive avec ou sans réactions locales ou générales ; une amélioration manifeste au cours du traitement tuberculinique.

5° Des signes cliniques comprenant, en particulier : une *asthénie intense*, surtout marquée au lever, aggravée par la station debout prolongée, améliorée par l'exercice, les repas. *La mise en train* pour le travail physique ou psychique est lente et difficile, exigeant un véritable effort de volonté ; *l'attitude* en flexion, la recherche des points d'appui, la propension à s'asseoir à tout moment alors que les autres restent debout en sont les conséquences.

Une conservation habituelle de l'appétit et du sommeil ; une *hyperesthésie vasculaire*, faisant éviter la striction des membres, du crâne, du tronc (ces malades n'aiment pas les jarrettières, les ceintures, les chapeaux à l'entrée étroite) ; une frilosité extrême alors que la chaleur est bien supportée ou même recherchée ; une *hyperesthésie sensorielle* rendant pénibles le bruit, la lumière intense, la foule ; une tendance *aux étourdissements*, des douleurs thoraciques ; une impuissance plus ou moins nette, des troubles cénesthésiques variés : tête lourde, impression de vide, etc..., parfois névralgies véritables.

Autres signes plus inconstants : hypotension artérielle ; conservation de l'activité physique et professionnelle, absence

d'amaigrissement important ; troubles cardiaques neurotoniques (surtout vagotoniques) ; hypo-pepsie ; spasmes digestifs et respiratoires ; tendance aux sensations d'étouffement vagues ; idées de suicide avec faible propension à passer à l'acte.

Ces nuances cliniques n'ont pas de valeur absolue ; elles n'éliminent nullement les autres signes de la série neurasthénique. Nous les avons seulement trouvées avec une plus grande fréquence et elles ne peuvent que nous inciter à préciser par tous les autres moyens la probabilité de l'étiologie bacillaire.

Pathogénie

Nous ne pouvons que signaler ici notre contribution personnelle qui sera exposée dans un travail d'ensemble : nous émettons l'hypothèse de lésions parenchymateuses de sclérose, excitant les terminaisons centripètes de nerfs inhibiteurs ; on s'expliquerait ainsi certains signes dont les autres mécanismes ne rendent pas compte d'une façon satisfaisante : asthénie fondamentale, hypotension, hyperesthésie vasculaire, perturbations endocrino-végétatives, etc... Nous ne sous-estimons pas, cependant, l'influence des toxines bacillaires, des dystrophies congénitales hérédito-tuberculeuses, de l'intoxication par un hyperprocessus de défense bien étudié par l'Ecole de Montpellier [Euzière, Pagès et leurs élèves (1)].

Nous ne pouvons entreprendre ici l'immense chapitre *thérapeutique* : les faits précédents en montrent la complexité ; il faut traiter la cause première et une expérience de six années nous montre les résultats considérables que l'on peut obtenir par les médications étiologiques.

Mais il faut également tenir compte des lésions secondaires polyviscérales et de leurs insuffisances fonctionnelles, des perturbations végétatives, des facteurs associés, du terrain psychosomatique.

La fréquence de ces états, l'efficacité d'une intervention médicale judicieuse, l'intérêt des problèmes physio-pathologiques qu'ils soulèvent doivent inciter à en poursuivre systématiquement l'étude.

(1) Voir en particulier l'étude capitale d'EUZIÈRE, PAGÈS et JAULMES : Les formes psychiques des périviscérites digestives (*Bul. soc. méd. Montpellier*, 1926, p. 90-96) et la thèse de MAS : *Psychasthénie et Neurasthénie tuberculeuses*, Montpellier, 1935.

ACIDIFICATION ET ALCALINISATION DES MÉLANCOLIQUES

PAR

JACQUES LEYRITZ

Depuis janvier 1937, j'ai instauré dans mon service du Quartier des aliénées de l'hospice de Morlaix, l'étude en série de l'équilibre acide-base des malades, grâce à une méthode qui peut paraître un peu complexe dans les débuts de son application, mais qui bientôt apparaît simple et très « parlante », nuancée, après un petit temps de familiarisation.

Il s'agit de la détermination de l'équilibre acide-base par l'analyse des urines suivant la méthode de Goiffon (1).

Nous possédons ainsi (2), à ce jour, un répertoire de 1.740 analyses de cet ordre qui nous a permis de dégager deux faits intéressants :

1° Un fait très général, dont l'intérêt dépasse certainement le cadre des maladies mentales, et qui concerne l'élimination de l'urée suivant l'état de l'équilibre acide-base. Cette loi nouvelle de physio-pathologie générale a fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine (3), en raison même de sa généralité, et peut s'énoncer ainsi :

« L'équilibre acide-base est un facteur primordial de l'élimination de l'urée par le rein.

(1) R. GOIFFON : *Etude clinique de l'équilibre acide-base par l'analyse d'urine*, Masson et Cie, 1932.

(2) Grâce à l'inlassable dévouement et à la compréhension de M. Serrurier, chef du laboratoire de l'hospice, et de Mme Déniel, son aide, que je ne saurais trop remercier.

(3) J. LEYRITZ : Elimination de l'urée suivant l'état de l'équilibre acide-base. *Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 13 mai 1941, 124, N° 17 et 18, p. 533.

« Plus cet équilibre est incliné vers l'acidose et plus le taux de l'urée des urines est élevé.

« Plus il est incliné vers l'alcalose et plus le taux de l'urée des urines est bas. »

On voit des éliminations d'urée urinaire faibles malgré un taux excessif dans le sang, en raison de l'alcalose du sujet. On constate aussi des éliminations d'urée urinaire importantes malgré un taux faible dans le sang, en raison de l'acidose du sujet.

Il en résulte une indication très précise concernant le traitement des urémies en général, et le traitement des urémies mentales en particulier (1).

2° Un second fait mis en lumière par ces analyses et qui concerne plus directement la psychiatrie est que les mélancoliques ne sont pas toujours des alcalosiques (2) mais assez souvent des acidosiques (3 et 4).

On peut fixer les proportions approximatives de ces deux séries de mélancoliques : 40 pour cent environ d'acidoses et 60 pour cent environ d'alcaloses.

Il en résulte, bien entendu, une dualité de traitement : les mélancoliques acidosiques seront alcalinisés à la condition expresse que le taux de l'urée de leur sang ne soit pas excessif, et les mélancoliques alcalosiques seront acidifiés (même, et surtout, si le taux de l'urée de leur sang est excessif).

Nous avons déjà publié (4) le cas très remarquable de la malade F..., mélancolique acidosique guérie très rapidement, à deux reprises, par alcalinisation, en 1937. Elle n'est jamais revenue depuis.

Nous nous étions adressé pour l'alcalinisation à l'eau de Vichy Célestins (la plus bicarbonatée des eaux de Vichy), une bouteille par jour à laquelle nous ajoutions 10 gr. de bicarbonate de soude, pendant dix jours.

Ce fait de l'emploi de l'eau de Vichy soulève d'ailleurs un pro-

(1) J. LEYRITZ : Traitement des urémies mentales. *Paris médical*, 20 juillet 1943, n° 27, p. 185.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE et René CORNELIUS : L'hypoacidité ionique et l'augmentation des acides organiques, syndrome urinaire de l'angolisse. *La Presse médicale*, 18 novembre 1925, n° 92, p. 1521.

(3) J. LEYRITZ : Contribution à l'étude de l'équilibre (acide-base par l'analyse des urines (méthode de Goiffon) chez les aliénées. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris* (séance du 2 juillet 1937, n° 24).

(4) J. LEYRITZ : Acidoses mentales méconnues. *La Presse médicale*, 5 février 1944, n° 3, p. 35.

blème assez curieux lorsque l'on se réfère aux travaux de Max Vauthey, médecin de Vichy (1). Il se peut que nous ayons, sans le savoir, reconstitué les réserves de la malade en vitamine C.

Quelques recherches de l'« ascorburie de base » (Max Vauthey) nous ont montré que d'une façon générale toutes nos entrantes étaient en hypo ν itaminose C.

Nous voudrions aujourd'hui, à l'inverse, attirer l'attention sur les bons effets de l'acidification des mélancoliques alcalosiques, en prenant pour exemple quatre cas récents, les malades que nous désignerons par les lettres A, B, C, D.

Nous pratiquons l'acidification par l'absorption de 1 gr. 50 par jour de chlorure d'ammonium (un cachet de 0 gr. 50 au milieu de chacun des trois repas) pendant dix jours. Le chlorure d'ammonium a cet avantage d'être en outre un bon antiseptique des voies urinaires. Il a le désavantage d'être très hygrométrique et les cachets (à défaut actuel de sirop) ne doivent être préparés que pour deux ou trois jours à la fois. Mais les résultats sont souvent très intéressants.

Malade A. — 31 ans. Le 4 décembre 1944, nous arrive de Quimper avec le certificat suivant du Dr Lagriffe (28-11-44) : « Syndrome « maniaco-dépressif avec restriction alimentaire, apathie, indifférence, épisodes d'excitation avec désordre des idées et des actes. »

Nous notons un « état dépressif avec petit syndrome hyperthyroïdien ».

La malade nous confie le 11 décembre : « Depuis la mort de mon mari (23 nov. 1938) et la naissance de ma petite fille (4 oct. 1940), j'ai des idées noires. J'ai été toujours un peu malade : par périodes j'étais triste et je ne pouvais pas parler. Je n'avais pas d'idée, je ne savais pas quoi dire. » Il existe un petit élément confusionnel : « Je ne me rends pas compte depuis combien de temps je suis ici, ni le combien nous sommes. »

Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et le taux de l'urée à 0 gr. 26.

Les urines décèlent un équilibre acide-base en alcalose et des traces de sucre (insuffisance hépatique).

La malade est acidifiée par le chlorure d'ammonium, et la sortie peut être proposée en même temps que le certificat de quinzaine.

Malade B. — 40 ans. Nous arrive de Quimper en même temps que la précédente, le 4 décembre 1944, avec le certificat suivant du

(1) MAX VAUTHEY : Etudes sur le métabolisme de la vitamine C (Mémoire n° 10). *Revue de médecine*, décembre 1938, p. 548.

Dr Lagriffe : « Dépression mentale avec préoccupations hypo-condriaques, idées de suicide, fugues. »

Nous constatons : « Dépression mélancolique. Son frère se serait pendu il y a huit mois. » Elle vivait seule dans une maison isolée, elle était couturière chez elle. Son frère s'est pendu : il était malade de la poitrine.

Le Bordet-Wassermann du sang est négatif, le taux de l'urée à 0 gr. 28. L'analyse de Goiffon des urines montre l'équilibre acide-base en alcalose.

Nous acidifions la malade par le chlorure d'ammonium et pouvons dès la quinzaine proposer la sortie.

Malade C. — 56 ans. Entre directement au Service Ouvert le 11 décembre 1944.

Déprimée anxieuse. Bordet-Wassermann du sang négatif. Taux de l'urée 0 gr. 36. L'analyse de Goiffon des urines décele une alcalose marquée ; présence de sucre (2 gr. 90) et d'urobiline (traces), témoins d'une petite insuffisance hépatique.

Nous acidifions la malade par le chlorure d'ammonium et elle sort guérie le 8 janvier 1945.

Malade D. — 39 ans. Entre dans le Service Ouvert le 26 décembre 1944.

C'est une dame-commis des postes, employée au service des chèques postaux, où elle utilise depuis 1928 une machine à calculer. Elle a un service très chargé et qui la fatigue. Très estimée de ses chefs, elle doit passer prochainement surveillante. Son mari est interné depuis 1937 et malade depuis douze ans. Ses visites dans les maisons de santé et l'état de son mari l'ont impressionnée. De plus, elle a suivi des conférences « avantistes » qui l'ont beaucoup préoccupée au point de vue religieux et qui ont fait naître chez elle de nombreux scrupules. En 1930, elle a eu « le foie congestionné » et elle a fait une pleurite l'année dernière. Elle a cessé tout travail depuis cinq mois.

Après une prescription de neuroplasma, elle se trouvait moins bien. Aménorrhéique pendant cinq mois, elle était « très énervée » par le benzogynœstryl. L'ovocycline a fait revenir ses règles en octobre.

Actuellement elle a des « frayeurs de tout » : « J'ai peur de l'eau, du feu, des viandes rouges, de tout ce que je peux entendre de la guerre, de ce que je lis. Tout ce qui est religieux m'impressionne. »

Elle a dit dernièrement à sa cousine chez laquelle elle se reposait : « Après tout, il vaudrait mieux que je me suicide. »

Et, comme il est fréquent, on constate chez elle à la fois l'existence des idées de suicide et de la peur de la mort.

L'inquiétude de la malade est accrue du fait que son congé de

maladie, qui aura duré six mois, expire le 26 janvier et que son Administration lui enjoindra alors ou de reprendre son service ou d'être mise en disponibilité.

Il nous était donc imparté un mois pour traiter une malade dont l'état dépressif durait depuis plus de cinq mois.

Le Bordet-Wassermann du sang est négatif, l'urée du sang à 0 gr. 42. L'équilibre acide-base est en alcalose. Nous acidifions la malade par le chlorure d'ammonium. Progressivement elle s'anime à nouveau, reconsidère les choses avec optimisme et retrouve un certain sourire (elle n'a jamais été très expansive). Nous ajoutons, surtout en considération de la pleurite antérieure, une recalcification par gouttes de calcium et de vitamine D.

Elle sort le 27 janvier. Sa cousine au départ la trouve « transformée », et le fils de celle-ci — un enfant de sept ans — note spontanément « qu'elle a changé de figure » et « qu'elle n'a plus de poches sous les yeux ».

Nous avons su depuis qu'elle a repris son service le 1^{er} février sans difficulté.

Ainsi l'acidification des mélancoliques alcalosiques obtient-elle souvent de bons résultats.

Au sujet de cette acidification des mélancoliques alcalosiques se pose également une question curieuse.

Parmi les effets biologiques de l'électro-choc, Delay (1) a constaté l'acidification des humeurs. On connaît, d'autre part, les bons effets (inconstants) de l'électro-choc chez les mélancoliques.

Se pourrait-il que les mélancoliques alcalosiques soient guéris par l'électro-choc en raison de l'acidification qu'il produit, et que les mélancoliques acidosiques soient justement ceux qui résistent à l'électro-choc ?

Il nous est impossible actuellement de répondre, du fait que nous n'avons pas encore reçu l'appareil de Lapipe et Rondepierre que nous avons commandé depuis plusieurs mois, et que de plus les effets de l'électro-choc sont complexes.

Quoi qu'il en soit, avant d'imposer à un malade une série d'électro-chocs, ne serait-il pas opportun d'interroger tout d'abord l'état de son équilibre acide-base par une méthode simple comme celle de Goiffon ? Nous mettons en garde ici contre une appréciation trop hâtive de l'équilibre acide-base par une

(1) JEAN DELAY et A. SOULAIRAC : L'acidose de l'électro-choc, (Soc. de biologie, séance du 22 mai 1943). Analyse in *Ann. méd.-psych.*, T. I, n° 3, mars 1944, p. 319.

simple mesure du pH des urines. Il faut une analyse complète de Goiffon, qui permet d'apprécier en même temps l'ammoniurie du sujet (rapport de A, acidité de titration sur AF, acidité-formol, libérée des sels ammoniacaux) : un début d'acidose provoquant une hyperammoniurie réactionnelle et donnant un pH élevé pour un équilibre acide-base en réalité incliné vers l'acidose.

En résumé, le traitement des mélancoliques n'est pas univoque. Si le sujet est alcalosique, il sera acidifié ; s'il est acidosique, il sera alcalinisé, à condition toutefois que le taux de l'urée de son sang ne dépasse pas la normale de son âge. (Il n'est pas rare de trouver des taux excessifs chez des jeunes).

Ces traitements simples comportent des succès thérapeutiques incontestables. A notre sens, ils devraient être entrepris avant toute tentative d'électro-choc.

S'ils échouent et avant encore tout électro-choc, il y aurait lieu, nous semble-t-il, de prescrire une calcithérapie intraveineuse avec revitaminisation D qui donnent aussi parfois de bons résultats.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 9 Juillet 1945

Présidence : M. RAYNEAU, membre titulaire honoraire

PRÉSENTATIONS

Epilepsie bravais-jacksonienne réflexe. Début crural des crises. Intervention constante dans leur déclenchement de contractions musculaires inopinées du membre inférieur du même côté, par M. Léon MICHAUX et M^{lle} GRANIER.

L'épilepsie réflexe apparaît extrêmement rare lorsqu'on analyse minutieusement les observations publiées. Dans beaucoup d'entre elles, le rapport de causalité de l'excitation à la crise n'entraîne pas la conviction, à tel point que certains auteurs nient l'existence de l'épilepsie réflexe [Bychowski (1)], tandis que d'autres en soulignent l'extrême rareté : deux cas sur mille [F. Peterson (2)], 0,4 pour 100 [Widermuth (3)], un sur deux mille [Muskens (4)], 3 sur 1.200 dans la statistique de L. Marchand (5) à qui l'on doit une excellente revue de la question à laquelle nous avons emprunté les références précédentes.

(1) Z. BYCHOWSKI : L'épilepsie réflexe existe-t-elle ? *Neurol. Central.*, N° 20, 16 octobre 1920.

(2) F. PETERSON : Le traitement médical et chirurgical de l'épilepsie. *New-York med. Journ.*, 6 juin 1896.

(3) WIDERMUTH : Les troubles psychiques de l'épilepsie au point de vue criminel. *XXVII^e Congrès de la Soc. psych. du Sud-Ouest de l'Allemagne*, Carlsruhe, 9-10 novembre 1875.

(4) MUSKENS : *Epilepsie*, 1927.

(5) MARCHAND : L'épilepsie réflexe. *Paris médical*, 1935, p. 89-100.

Dans de nombreuses observations dont l'authenticité est indiscutable, les excitations déclenchantes sont multiples chez un même malade : motrices, sensitives, sensorielles, psychiques ; un élément de peur s'associe souvent à chacune d'entre elles, ressortissant à une hyperémotivité de base qui complique l'interprétation des faits.

L'observation que nous allons rapporter nous semble intéressante pour les raisons suivantes : caractère exclusivement réflexe des crises qui ne surviennent jamais spontanément ; constance de la modalité d'excitation qui est motrice et comporte brusquerie inopinée, surprise ; superposition topographique absolue entre l'excitation motrice et le début des convulsions qui siègent également au membre inférieur gauche ; absence de tout élément émotif. Ces faits ne laissent aucun doute sur le mécanisme réflexe des crises.

OBSERVATION. — Mme L..., 24 ans, présente depuis l'âge de 6 ans des crises fréquentes qu'elle a d'ailleurs longtemps dissimulées à sa famille, comme elle s'attache encore à les cacher à son entourage.

La crise débute au membre inférieur gauche qui se contracte en extension forcée, puis le membre supérieur gauche se met en flexion ; on note ensuite des grimaces de l'hémiface gauche ; parfois, le tronc se tord vers la gauche. La phase clonique est inconstante : elle manque le plus souvent au membre inférieur, se manifestant au membre supérieur par des mouvements de grande amplitude. Rarement, les phénomènes toniques gagnent les membres du côté droit où ils restent discrets. Il y a rarement chute, il n'y a jamais de perte de connaissance. La crise dure de quelques secondes à une minute. On n'observe pas à son décours de parésie ou de signe de Babinski.

En dehors des crises, l'examen ne révèle qu'un nystagmus modéré dans les positions extrêmes du regard. La radiographie du crâne et le fond d'œil sont normaux. Il en est de même des chronaxies des membres inférieurs (Dr Pierre Mathieu). La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sérum sanguin. Le liquide céphalo-rachidien est normal. La calcémie est de 85 milligrammes par litre. L'électro-encéphalogramme (Dr I. Bertrand et Mme Guillain-Codet) ne montre pas d'ondes α : ce fait peut ressortir au traitement par le diphényl-hydantoïate de soude qui a du reste diminué considérablement la fréquence et l'intensité des crises.

Ce qui singularise essentiellement les crises, c'est leur caractère constamment intentionnel et la stéréotypie topographique et dynamique de l'excitation déclenchante. Ce caractère est resté, semble-t-il, identique depuis l'apparition des crises : mais celles-ci remontant à l'âge de 6 ans, il est impossible de se fier aux souvenirs de la malade pour affirmer qu'elles furent d'emblée intentionnelles. Quoi qu'il en soit, les crises sont toujours déclenchées par un brusque changement

de position du membre inférieur gauche fixé depuis quelques instants dans une attitude quelconque, en flexion ou en extension. Nous disons bien changement *brusque*. En effet, si la modification d'attitude est prévue, la crise peut être évitée à coup sûr par l'un des deux procédés suivants : décomposition du mouvement en plusieurs temps ; contraction préalable sur place des muscles extenseurs par lesquels débute la crise. C'est ainsi que la malade, attendant assise sur un banc l'arrivée du métro, guette l'entrée de la rame en gare pour avoir le temps de mettre en œuvre ses moyens préventifs avant de se lever. C'est ainsi encore que lorsque, à la consultation de la Salpêtrière, elle est assise dans la salle d'attente, elle suit anxieusement l'appel des malades pour ne pas être prise au dépourvu ; un jour que, s'étant laissée surprendre, elle s'est levée brusquement, nous ayons assisté à une crise. C'est ainsi enfin que la malade peut plonger sans risquer une crise, pourvu qu'elle crispe le pied gauche sur le rebord du plongeoir quelques instants avant de s'élançer.

Soulignons que, dans le déclenchement de la crise, le facteur surprise intervient seulement par l'instantanéité de la réaction motrice sans qu'aucun élément émotif puisse être décelé. On ne peut du reste pas provoquer la crise au moyen d'une excitation extérieure inattendue, bruit éclatant par exemple.

Ayant éliminé les hypothèses de tétanie, de crises toniques tétanoïdes, de simulation et de pithiatisme, nous avons confirmé par l'observation d'une crise le diagnostic d'épilepsie bravais-jacksonienne. Le tracé normal de l'électro-encéphalogramme n'est pas pour éliminer ce diagnostic : on sait l'inconstance de ses modifications dans l'épilepsie jacksonienne et le traitement par le diphényl-hydantoïnate de soude en diminuait d'autant plus les chances qu'il avait raréfié et atténué les crises dans une mesure considérable.

L'épilepsie apparaît *strictement conditionnelle* tant dans la constance du facteur déclenchant qui est condition nécessaire de la crise que dans la modalité précise de celui-ci.

Il consiste en la contraction des muscles du membre inférieur gauche, de ces seuls muscles et, exclusivement, en leur contraction *brusque*. La surprise, dont le rôle a été mis en valeur par L. Marchand et J. de Ajuriaguerra, n'intervient dans notre observation que par la soudaineté de la réaction motrice qu'elle conditionne sans qu'aucun élément de peur puisse être invoqué, contrairement à ce qui fut signalé dans d'autres cas [L. Marchand et J. de Ajuriaguerra (1)].

(1) L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA : Un nouveau cas d'épilepsie réflexe avec prédominance de l'élément surprise. *Annales médico-psychologiques*, 101^e année, Tome I, n^o 5, mai 1943, pages 497-500.

La superposition topographique des contractions musculaires déclenchantes et des premières convulsions est bien suggestive : elle établit la certitude du mécanisme réflexe. Dans une observation de L. Marchand et J. de Ajuriaguerra (1) qui concerne également une épilepsie jacksonienne, on ne retrouve pas ces relations topographiques des stimuli déclenchants et des signes critiques. Ceux-là y sont très variables : les uns consistent en piquûres, brûlures, aspersions d'eau froide, douleurs intenses, chocs cutanés, et n'intéressent pas une région déterminée ni même le côté de l'épilepsie ; d'autres, plus diffus encore, résident en des sensations auditives, en la surprise d'un arrêt d'autobus inattendu.

Superposition topographique du facteur déclenchant et des premières convulsions, caractère unique et absolument stéréotypé de celui-là singularisent notre observation.

Il semble infiniment probable que l'épilepsie, actuellement et exclusivement conditionnelle, fut d'emblée réflexe : aussi loin que remontent les souvenirs de la malade, la cause provocatrice fut nécessaire et identique ; mais l'épilepsie remontant à l'âge de 6 ans, un doute subsiste. Notons que dans une observation déjà citée de L. Marchand et J. de Ajuriaguerra, les crises ne devinrent provoquées qu'au bout de six mois, ce délai atteignant six ans dans une autre observation des mêmes auteurs.

Souvent, l'épilepsie n'est qu'inconstamment réflexe ; notre observation ne comporte pas de crises spontanées. Dans beaucoup de cas, les stimuli sont multiples et variables : dans le nôtre, au contraire, l'excitation conditionnelle reste identique à elle-même et le mécanisme réflexe peut, de ce fait, être analysé plus aisément.

Le facteur provocateur des crises consiste en la contraction brusque, inopinée des muscles du membre inférieur, extenseurs comme fléchisseurs. On en peut rapprocher des notions classiques que rappelle L. Marchand.

L'allongement ou la percussion répétée d'un muscle ou d'un tendon peut provoquer des crises jacksoniennes. C'est dans le domaine des convulsions que doit porter l'excitation : ainsi des crises déclenchées, chez les sujets atteints d'hémiplégie spasmodique et d'épilepsie jacksonienne, — particulièrement les hémiplégiques infantiles, — par la recherche des réflexes tendineux et du clonus du pied ou par la mobilisation passive des membres

(1) L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA : Un cas d'épilepsie réflexe. Rôle prépondérant de l'élément surprise. *Annales médico-psychologiques*, 100^e année, Tome I, n^{os} 2-3, février-mars 1942, p. 145-148.

contracturés : les convulsions débutent au membre examiné, s'étendant secondairement.

Dans le cas précédent, la lésion épileptique préexistait évidemment aux phénomènes réflexes qui n'apparaissent que déclenchants. Certes, la plupart des auteurs admettent que l'épilepsie réflexe suppose une lésion ou une susceptibilité cérébrale : mais celles-ci peuvent être si latentes que le rôle des phénomènes réflexes peut paraître, du moins en apparence, déterminant. Ainsi dans l'observation d'Eulenburg : en enlevant sa botte droite, un homme ressent une crampe convulsive douloureuse du gros orteil qui se porte, ainsi que le pied, en flexion : la crise dure une demi-minute, se répète par la suite, l'épilepsie partielle se transformant ultérieurement en épilepsie généralisée à prédominance droite.

Il ne semble pas que la susceptibilité cérébrale soit bien importante dans notre cas si l'on se base sur l'électro-encéphalogramme. Son tracé normal inciterait à penser que l'excitation réflexe y joue un rôle plus important que les perturbations encéphaliques si deux raisons ne commandaient pas quelque réserve dans l'interprétation de ce fait négatif : caractère jacksonien des crises, traitement par le diphényl-hydantoïate de soude. Notons cependant que l'électro-encéphalogramme était également normal dans un cas de L. Marchand et J. de Ajuriaguerra.

Nous avons vainement demandé à l'étude des chronaxies du membre inférieur, sinon l'explication, du moins le témoignage du phénomène réflexe déclenchant.

La constante nécessité de l'excitation conditionnelle à la base des crises exclut, pour notre cas, l'explication proposée pour d'autres : l'abaissement du seuil convulsif.

Cette constance, ainsi que la stéréotypie de siège et de modalité du phénomène réflexe déclenchant indiquent un mécanisme périphérique qui se ramène probablement à des perturbations vasculo-sympathiques soudaines à retentissement cérébral secondaire.

DISCUSSION

M. MICHAX. — Ce malade s'apparenterait plutôt à la pseudo-sclérose de Westphal-Strümpell ou au spasme de torsion. Tout se passe comme s'il y avait déficience du néostriatum, excitation du paléostriatum, donc une dissociation lésionnelle entre néo et paléostriatum. Mais ce n'est là qu'une hypothèse que, seul, permettrait de vérifier l'examen anatomique.

M. Jean DELAY. — L'importance du syndrome hypotonique doit être prise en considération. Ce dernier ne se voit guère que chez les

choréiques, dont l'effondrement du tonus réalise littéralement *l'homme-chiffon*. Au total, l'association ici constatée de mouvements involontaires et d'hypotonie me paraît plutôt en faveur d'une chorée molle. Quant à l'abolition des réflexes, elle paraît relever d'un autre facteur.

M. MARCHAND. — Je note d'abord dans ce cas qu'il s'agit d'une épilepsie bravais-jacksonienne, par conséquent d'une épilepsie symptomatique d'une lésion cérébrale importante. Avec de Ajuriaguerra j'ai insisté sur le fait que c'est surtout chez les sujets chez lesquels des lésions cérébrales (foyers scléreux, cicatrices post-traumatiques, tumeurs cérébrales, etc...) entretiennent une hypertonicité musculaire latente que l'on peut provoquer des crises par diverses excitations. Quand on se rapporte aux nombreuses observations d'épilepsie réflexe qui ont été publiées, on reste surpris de la multiplicité des causes irritatives qui entrent en jeu. Elles peuvent porter sur les nerfs périphériques, sur les nerfs viscéraux, sur les nerfs des sens spéciaux et souvent à l'irritation des nerfs se surajoute un élément psychique (émotion, douleur) et parfois un élément surprise. Dans le cas actuel, les crises bravais-jacksoniennes sont déclenchées par une secousse musculaire. On peut en rapprocher les cas que j'ai publiés dans lesquels des crises généralisées et non partielles survenaient à la suite d'un choc brusque sur un membre. Les cas les plus nets sont ceux que l'on observe chez des épileptiques atteints d'hémiplégie spasmodique. Chez ces malades la percussion ou l'allongement d'un tendon ou d'un muscle peut rappeler les crises d'épilepsie partielle, et dans ces cas aucun phénomène psychique, aucun élément de surprise n'intervient.

Etude typologique d'un psychopathe tuberculeux,
par MM. J. DUBLINEAU et J. BEAUDOUIN.

Existe-t-il un lien général entre l'évolution somatique, la structure caractérologique et la formule bio-typologique ? Nous avons penché vers l'affirmative en ce qui concerne l'atteinte syphilitique du névraxe. Le cas ci-dessous pose le même problème à propos de la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION. — G..., 29 ans, mécanicien.

Antécédents héréditaires. — Père buveur, décédé à 68 ans d'urémie. Mère : 72 ans, bien portante, ayant révélé dans ses contacts avec nous un caractère difficile (v. ci-dessous).

Antécédents collatéraux. — Une sœur de 47 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Né à Argenteuil. Bonne instruction primaire. Certificat d'études. Apprentissage en usine, mais, assez rapidement, changements de métiers successifs : commis-voyageur, bri-

colages divers. Actuellement installé à son compte, mais pratiquement ne travaillerait plus depuis deux ans.

Concubinage de 1937 à 1944, suivi d'abandon par l'amie. Depuis janvier 1945, vit seul avec sa mère.

Pleurésie gauche à 17 ans. Pas de service militaire de ce fait. Tuberculose pulmonaire depuis plusieurs années. Séjour en sanatorium en 1933. Le malade semble avoir été suivi assez irrégulièrement. Tentative de pneumothorax artificiel gauche en 1943, à l'Hôpital Bichat (collapsus impossible). En mai 1945, présente (Dr Lacorne, phthisiologue du service) une tuberculose ulcéro-nodulaire biapicale avec vaste cavité du sommet gauche. Bacilles de Koch dans les crachats.

Caractère sociable, d'après le voisinage, jusqu'en septembre 1944. Révèle toutefois de petites tendances dépressives, ayant été parfois jusqu'à des idées de suicide.

Renseignements difficiles à obtenir, la mère se révélant d'emblée agressive, hostile au placement et adoptant une attitude résolument revendicatrice (lettres aux autorités, récriminations injustifiées, fausses imputations d'abandon de son malade, mauvaise foi évidente).

On sait toutefois que le sujet a fait un séjour en septembre 1944 à l'hôpital Henri-Rousselle. Il était à ce moment nerveux, irritable ; irritabilité qui, si l'on en croit les résultats de l'enquête sociale, n'avait pas échappé à l'entourage. En même temps, apparition d'idées bizarres, sentiment plus ou moins avoué d'automatisme, « idées à part », « intuitions », évocations automatiques de souvenirs. Auto-didactisme : voulait s'instruire davantage. Préoccupations sur le magnétisme personnel, les forces supérieures. Thèmes vaguement mégalomaniaques : se croyait l'Éternel.

Finalement, lors des élections d'avril 1945, s'excite, scandale dans la salle de vote. Gifle un employé de la mairie. Exubérance des propos, symptomatique d'un véritable accès d'excitation qui entraîne son internement.

À l'entrée (19 mai 1945) on note : « Délire hallucinatoire avec éléments confusionnels importants... Imprécision et incertitude des idées. Sentiment d'irréalité du monde extérieur. Lenteur psychique. Automatisme mental. Echo de la pensée. Interprétations. Idées délirantes imprécises et sans cohérence d'influence, de persécution, de grandeur, de mission. Mobilité de l'humeur. Irritabilité. Impulsivité. Désordre des actes. Turbulence. » (Dr X. Abély).

Examen typologique. — Morphologie à prédominance rectoïde pour la tête, trochantérienne et normotypique pour le buste. Sur 36 mesures effectuées, 10 se rapportent au type rectoscapulaire, 10 au type pycno-iliaque, 8 au type rhombo-trochantérien, 8 au facteur médiotypique, une est mixte (pycno-rectoïde) (1). Les calculs d'indice

(1) Nous rappelons que dans notre terminologie les termes d'athlétique pycnique, asthénique sont remplacés par ceux de recto-scapulaire, pycno-iliaque, rhombo-trochantérien (v. *Ann. méd.-psychol.*, 1943, oct.-nov.).

donnent, par contre, la prédominance au type rhombo-trochantérien (4 indices : Pignet, acromio-thoracique, skélique, indice du pied) avec 3 indices de type pycno-iliaque (céphalique, facial, nasal), 2 de type recto-scapulaire (indice du tronc, indice latéro-céphalique), 2 se rapprochant du médiotype (mandibulo-zygomatique, indice de main). Groupe sanguin : A. Poids : 56 kg. Taille : 1 m. 73.

Evolution dans le service. — Amélioration de l'état général. Par contre, au point de vue *mental*, le sujet se révèle difficile de caractère, protestataire. Quant à l'état mental, il évolue. Soit réticence, soit sédation vraie, les troubles psycho-sensoriels mineurs du début et le sentiment d'influence rétrocedent. Le diagnostic de paraphrénie incipiens, évoqué un moment, semble devoir être abandonné au profit de celui d'excitation maniaque périodique à forme coléreuse et impulsive. Toutefois, persiste une bizarrerie d'attitudes avec soliloques qui laisse redouter la constitution d'une véritable paraphrénie.

Au total, on se trouve en présence d'un sujet présentant dans sa formule typologique des composantes athlétiques non négligeables. Ce sujet résiste depuis 12 ans à une tuberculose pleuropulmonaire pourtant insuffisamment traitée. L'état général s'améliore dès qu'il est placé dans de bonnes conditions physiques.

Au point de vue mental, on assiste à l'évolution d'un syndrome encore incertain, mais où se rencontrent trois facteurs :

— un facteur *thymopériodique* avec phases excito-dépressives, éléments mélancoliques naguère, état mégalomaniaque récent ;

— un facteur *psychosensoriel* fruste, mal défini, avec signes de petit automatisme mental et contre lequel on a l'impression que le sujet, consciemment et biologiquement, se défend : il y a à la fois, dans son état, réticence et sédation réelles probables.

— un facteur *structural*, à révélation tardive, si l'on en croit les données de l'enquête sociale, à type d'impulsivité coléreuse, mais sans doute lui-même consécutif à une longue période d'instabilité sociale (d'ailleurs entretenue en bonne logique par l'affection pulmonaire trainante concomitante).

En comparant les structures de ce genre à celles des tuberculeux évolutifs, dans lesquels la participation athlétique s'efface pratiquement au profit du facteur asthénique, et en rapprochant ces faits de ce que nous avons décrit à propos des troubles du caractère et du délire chronique d'une part, de l'atteinte syphilitique du névraxe d'autre part, on est amené à reconnaître qu'il s'agit dans ce cas d'un sujet auquel des facteurs biologiques de résistance sont apportés par l'importance relative de la participation athlétique.

On pourrait objecter, à cette façon de voir, la faible propor-

tion d'indices athlétiques. En fait, le problème ici se joue non pas sur un facteur (tuberculose ou délire), mais sur les deux réunis. Il y a donc une double atteinte dont il faut bien admettre qu'elle répond à une double prédisposition. Nous nous heurtons ici aux limites des possibilités de l'interprétation typologique, au moins dans l'état actuel de la recherche biotypologique. Sans doute existe-t-il des plans de clivage secondaires du type de ceux que nous avons décrits à propos des proportions affectivo-motrices (1) de l'individu, et qui viennent nuancer à un nouveau point de vue, quand un facteur somatique est en cause, l'interprétation typologique.

De même, il faudrait tenir compte de deux autres facteurs que nous citons seulement ici, et qui appelleraient des discussions particulières : le facteur d'*alternances cycliques* (poussées tuberculeuses et rémissions psychopathologiques ou vice versa); les facteurs de *surinfection* massive (ou, au contraire, d'*immunitations* relatives), qui viennent compliquer l'évolution de l'infection tuberculeuse.

De ce qui précède, il faut retenir, croyons-nous, qu'une participation athlétique déterminée est en liaison avec des formes de résistance, à la fois sur le plan pulmo-tuberculeux et sur le plan psycho-caractériel, ces deux derniers facteurs semblant eux-mêmes en corrélation directe, au moins partielle. En d'autres termes, en matière de tuberculose pulmonaire (nous le savions déjà à l'occasion de l'évolution psycho-somatique des schizophrénies), l'évolution somatique suit (compte tenu d'exceptions d'espèces qui s'effaceraient probablement dans un travail statistique, lequel reste à faire) l'évolution psychologique. Cette double évolution semble elle-même fonction de l'existence (pour une proportion à déterminer) de composantes athlétiques dans la morphologie.

Affaiblissement psychique associé à des spasmes variés,
par MM. X. ABÉLY et LUQUET.

Notre malade présente un syndrome neurologique complexe associé à un affaiblissement psychique.

OBSERVATION. — *Antécédents.* — Les antécédents héréditaires sont peu significatifs. La mère aurait fait des accès alcooliques et présenté

(1) J. DUBLINEAU : Esquisse d'une conception biorésistantielle de l'individu. *Evolution psychiatrique*, séance du 22 juin 1945.

des crises épileptiques. On ne retrouve dans la famille aucun syndrome analogue à celui observé chez notre malade. H. n'offre aucun antécédent personnel notable. Il n'a jamais été alcoolique. Il n'a jamais eu de maladie infectieuse importante, en particulier pas d'encéphalite épidémique. Les réactions spécifiques sont négatives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Son intelligence était normale. Il a eu le certificat d'études. Il a fait son service militaire et a participé à la guerre de 1914-18, au cours de laquelle il a été blessé. Il exerçait avant sa maladie la profession de boucher qui nécessite une force musculaire normale.

Début. — Les troubles ont débuté dans l'année 1922 ou 23. H. avait alors 32 ou 33 ans. Les premières manifestations ont été des projections involontaires des bras et des jambes au cours de la marche ; puis des flexions du tronc, sortes de salutations avec redressement rapide. Le malade doit abandonner son métier et se contenter de besognes subalternes. Les troubles se sont progressivement aggravés. Il était connu de tout son quartier par la bizarrerie de ses gestes ; on l'appelait typiquement « l'homme serpent ». Bientôt sont apparues de grandes difficultés d'alimentation dues à la fois aux mouvements parasites des mains et de la mâchoire. Au cours de cette évolution il a fait quelques courts séjours dans les hôpitaux, où il a été observé notamment par le D^r A. Thomas. Nous l'avons reçu il y a trois mois, alors que la maladie avait pris une gravité extrême. Il a actuellement 55 ans.

Etat au moment de l'entrée. — Dans la position couchée ou assise les mouvements sont peu marqués. On observe cependant des secousses rapides des épaules, des flexions du tronc, des torsions des bras et des mains ; quelques déplacements des cuisses et des orteils. Le malade fixe les mains sous les fesses pour arrêter ces gestes intempestifs. C'est surtout dans la station debout et dans la marche que les phénomènes prennent toute leur intensité. Une épaule s'élève brusquement. Le tronc présente des mouvements de torsion. La marche se fait à grandes enjambées, les membres écartés dans une allure guindée ; puis brusquement se transforme en une progression à petits pas. Elle est constamment interrompue par des spasmes qui plient le corps en arrière et surtout en avant. Le malade se casse véritablement en deux, au point qu'il est parfois obligé de s'appuyer sur le sol. Parfois même il marche à quatre pattes ou s'assied par terre et parvient ensuite à se redresser en s'appuyant sur les cuisses. Au cours de ces mouvements si variables et si brusques, il arrive le plus souvent à rétablir miraculeusement son équilibre.

La face est elle aussi le lieu de secousses constantes, de grimaces, associées à des brusques rotations de la tête. Les paupières se ferment. La bouche s'ouvre largement et se tord, le plus souvent à droite. La langue est projetée en avant et à droite et finit par s'ulcérer en frappant les dents. Le malade tient les doigts dans la bouche pour

arrêter cette projection pénible. On observe en même temps une abondante salivation.

La déglutition est très troublée par des spasmes pharyngés. L'ensemble de ces troubles buccaux rend l'alimentation très difficile ; on est obligé de nourrir le malade dans la position allongée.

La phonation est également très perturbée. La parole est interrompue, saccadée, peu intelligible.

Toute cette gesticulation est interrompue par le sommeil et s'exacerbe par contre dans l'émotion, dans l'effort et à l'occasion des mouvements volontaires. Le phénomène de la dystomie d'attitude est évident. Dans l'intervalle des secousses musculaires, on constate nettement une hypotonie généralisée qui se traduit par une passivité très exagérée et par une hyperextensibilité plus marquée à droite.

Enfin on observe une amyotrophie et une parésie générales. Au niveau des membres, l'atrophie se montre aussi nette à la racine qu'à l'extrémité. La faiblesse musculaire est globalement diminuée ; elle se manifeste non seulement dans les membres en leur totalité, mais encore dans les muscles du tronc et dans la sangle abdominale. Le redressement du malade après une flexion antérieure exagérée est intéressant à étudier. Il s'exécute très difficilement, et dans cette difficulté interviennent à la fois des blocages moteurs parasités et des insuffisances des muscles releveurs. Fait curieux, le malade ne parvient à se redresser qu'en s'appuyant et grim pant sur ses cuisses à la manière des myopathiques. Cette parésie s'accompagne d'une aréflexie tendineuse complète aux membres inférieurs et d'une diminution réflexe très marquée aux membres supérieurs.

Le malade ne présente pas de troubles de la sensibilité objective ; mais il accuse des douleurs au niveau des muscles des cuisses et des articulations des genoux. Il n'y a pas de signes cérébelleux appréciables.

Notons enfin qu'on n'observe pas de cercle pigmentaire cornéen, mais que le foie est petit.

En somme, il s'agit d'un syndrome qui rappelle, moins une chorée chronique, que la maladie de Wilson ou la pseudo-sclérose de Westphal-Strumpell ou la maladie de Tichen-Oppenheim. Il n'existe de ces affections que des éléments incomplets compliqués de phénomènes atypiques.

Evolution. — L'évolution de notre cas est également curieuse. Depuis quelques semaines elle paraît s'accélérer dans un sens très spécial. L'élément parétique l'emporte de plus en plus sur l'élément dystonique. Les mouvements involontaires sont moins fréquents et moins amples. H. élève difficilement ses membres supérieurs. Il ne tient plus debout. Dès qu'on le lève, il fléchit sur ses jambes et ne peut guère avancer, même lorsqu'il est soutenu. Couché sur le sol, il ne peut plus se relever. Une telle flaccidité avec abolition des réflexes ne se voit guère que dans la chorée aiguë de Sydenham.

Ajoutons que le malade est devenu gâteux et que l'on constate un commencement d'escarre.

Il semble donc qu'il présente des lésions assez étendues et envahissantes.

Etat psychique. — Parallèlement aux signes neurologiques se sont développés des troubles mentaux qui ont augmenté progressivement. Il s'agit d'un affaiblissement psychique avec diminution de l'attention, de la mémoire, de l'affectivité, de l'initiative. Il y a quelques mois encore le malade pouvait donner quelques renseignements sur son passé, prenait plaisir aux visites qu'il recevait. Peu à peu les souvenirs se sont effacés ; le désintérêt et l'apathie se sont accentués. Bien qu'il se montre geignard, réclameur, il est en réalité inconscient et insouciant de son état. On remarque particulièrement son puérilisme et son incurie. Il mène actuellement une vie purement végétative, ne songeant qu'à manger, malgré la difficulté de son alimentation, grignotant toute la journée quelque morceau de pain.

Cette observation nous a paru intéressante à présenter en raison de l'originalité de ce syndrome neurologique et de son évolution qui marche de pair avec un affaiblissement psychique progressif, et aussi à cause de l'incertitude étiologique de cette affection qui ne paraît pas être familiale.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Je pense que l'on peut attribuer la disparition des réflexes tendineux des membres inférieurs ainsi que l'amyotrophie à la dégénérescence des cellules radiculaires de la moelle. Chez les sujets, comme chez le malade présenté, chez lesquels on constate une intrication de divers syndromes (maladie de Wilson, pseudo-sclérose, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique, etc...). On peut admettre qu'il s'agit d'un processus lentement dégénératif des éléments cellulaires. Les syndromes prennent leurs formes spéciales suivant la prédominance des altérations sur certaines régions de l'axe nerveux.

Maladie osseuse de Paget avec compression médullaire : troubles mentaux associés, par M^{lle} CULLERBE et M. V. BERTRAND.

Nous présentons à la Société une malade dont l'histoire nous a paru intéressante, puisqu'à des déformations fémorales et rachidiennes s'ajoutent un syndrome neurologique qui est la conséquence directe de l'ostéite déformante, et un syndrome psychique d'interprétation plus délicate mais qui semble bien se

rattacher pour une large part au même processus biologique causal.

OBSERVATION. — Mme C..., âgée de 63 ans, a été placée d'office le 28 mars 1945 et transférée à Maison-Blanche le 26 avril 1945.

Deux choses ressortent de son examen mental : d'une part, un affaiblissement psychique assez marqué : inertie, passivité, rétrécissement du champ psychique, ralentissement, imprécision des idées, orientation temporo-spatiale correcte mais dysmnésie quant aux faits récents ; d'autre part, un syndrome hallucinatoire à thème de persécution et d'agression corporelle avec prédominance d'hallucinations cénesthésiques génitales, et en outre des hallucinations auditives, des phénomènes d'écho de la pensée et de commentaire des actes. L'ensemble étant assez pauvre et exposé par la malade avec réticence et sans grande passion.

N'ayant pas d'autres renseignements que ceux fournis par la malade nous ne pouvons préciser le mode de début de ces troubles qui paraissent chroniques.

Il ne semble pas y avoir eu d'internement antérieur.

Lorsque nous avons pratiqué l'examen général de notre malade, plusieurs choses nous ont immédiatement frappés : une cyphoscoliose dorsale importante, un raccourcissement par incurvation de la cuisse droite, enfin une impotence fonctionnelle complète des membres inférieurs.

Nous ne nous arrêterons pas sur ses antécédents familiaux et personnels qui ne présentent rien de très particulier.

Interrogeons-la tout de suite sur l'évolution de ses déformations osseuses : elle s'en est aperçue la première fois en 1943 et nous l'explique d'une manière délirante : « Le chômage m'avait envoyée à un bureau de placement, j'ai passé sous la toise, j'ai senti quelque chose de très drôle ; c'est depuis que ma taille a diminué et que mon fémur s'est tordu ».

En mars 1944, elle consulte à Cochin pour « douleurs en ceinture au niveau des reins, très pénibles et continues ». Peu de temps après, elle est hospitalisée à Tenon, on lui fait un traitement radiothérapique sur la colonne vertébrale qui l'améliore légèrement, elle est ensuite transférée à l'hôpital Foch à Suresnes d'où elle a été envoyée à Henri-Rousselle.

L'apparition de la paraplégie date de quelques mois.

Actuellement, nous nous trouvons en présence d'une femme de 63 ans, assez obèse (obésité prédominant sur la partie inférieure du corps). Elle est habituellement assise, ses membres inférieurs sont œdématisés et un peu rouges, la cuisse droite est raccourcie et en rotation externe. Ce raccourcissement est dû à la fois à une incurvation du fémur visible à l'inspection et à une fracture du col du fémur qui s'est produite récemment. On note une cyphose dorsale

marquée avec légère scoliose : une des dernières apophyses dorsales est particulièrement saillante. Enfin, une séquelle de fracture de la clavicule gauche survenue en 1937.

L'auscultation pulmonaire et cardiaque ne révèle rien d'anormal ; la tension artérielle est de 15/10 au Vaquez, les artères ne paraissent pas durcies. Le foie est normal. Ni albumine ni sucre dans les urines, urée 0,40, Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

L'examen du système nerveux révèle une *paraplégie spasmodique*. La motricité des membres inférieurs est complètement abolie, la malade peut seulement bouger les orteils.

Les réflexes tendineux aux membres inférieurs sont vifs ; on note un signe de Babinski bilatéral avec éventail, un signe de Rossolimo. Pas de clonus, une ébauche d'automatisme médullaire. Les réflexes cutanés abdominaux sont absents.

Aux membres supérieurs, la motilité et la force musculaire sont normales, la coordination parfaite.

Au point de vue sensibilité, troubles importants de la sensibilité subjective : « Tout autour de ma taille, je me sens serrée comme dans un étou. » « Quand je tire mes jambes, ça me raidit. » « J'ai l'impression que mes jambes sont mortes, parfois j'ai froid, parfois j'ai très chaud. »

L'examen de la sensibilité objective n'a malheureusement pu être pratiqué avec précision en raison de l'état mental ; on peut noter un retard dans les réponses, des troubles à tous les modes de la sensibilité : hypoesthésie, absence de discrimination au tact et à la piqûre, au chaud et au froid, remontant en gros jusqu'à la partie inférieure du thorax.

La malade accuse des troubles sphinctériens légers : dysurie, constipation.

L'examen de l'appareil oculaire ne montre rien d'anormal. Le goût et l'odorat sont normaux. On constate une hypoacousie bilatérale légère. Enfin la ponction lombaire, en montrant une dissociation albumino-cytologique marquée, confirme le diagnostic de paraplégie par compression médullaire : albumine 4 gr. 80 ; leucocytes 0,8 ; réaction de Pandy ++++ ; réaction de Weichbrodt + ; benjoin 00022.22001.22222 ; Meinicke négatif ; Bordet-Wassermann négatif.

La constatation de déformations osseuses aussi considérables nous a conduits à pratiquer une série de radiographies ; malheureusement, malgré plusieurs essais, nous n'avons pu obtenir de radiographie convenable de la colonne vertébrale. Cette lacune importante dans notre examen est due à l'absence de notre consultant de radiologie actuellement mobilisé et aussi à la difficulté très grande de la prise de radios de la colonne dorsale chez une femme obèse.

Nous possédons, par contre, plusieurs radiographies du fémur droit que nous considérons comme caractéristiques de déformations pagétiques.

Le D^r Vannier, attaché de radiologie des hôpitaux de Paris, a bien voulu nous en donner l'interprétation suivante :

L'examen radiologique du fémur droit met en évidence des déformations et des anomalies dans la structure osseuse.

1. Déformations : en dehors d'une fracture sous-capitale du col du fémur on note une augmentation de volume dans toute son étendue et une incurvation de la diaphyse.

2. Anomalies de structure : porose marquée dans le 1/3 supérieur, épaississement et élargissement de la corticale au 1/3 moyen.

Remaniement important au 1/3 inférieur et à la rotule où l'on constate une structure fibrillaire ainsi que la présence de zones claires et opaques de petites dimensions donnant un aspect cotonneux. Structure caractéristique d'os pagétique.

Nous n'avons pas trouvé d'autres déformations osseuses.

Les examens biologiques sont en pleine concordance avec le diagnostic de maladie de Paget.

La calcémie est de 102 mgr. par litre.

La phosphatémie de 45 mgr. par litre.

L'élimination de phosphates et de calcium urinaire est anormalement basse : 0 gr. 40 de phosphates par litre, 0 gr. 04 de calcium par litre.

Enfin, grâce à l'obligeance de MM. Malangeau et Fabiani, nous avons pu doser la phosphatase sanguine qui est de 17 unités Bodansky au lieu de 4 normalement.

L'augmentation considérable de la phosphatase, le fait que les chiffres du phosphore et du calcium soient normaux dans le sang et non augmentés dans l'urine sont pour Snapper un ensemble de signes qui permettent de distinguer la maladie de Paget des autres ostéopathies.

La possibilité de troubles mentaux est signalée par la plupart des auteurs ayant consacré des travaux à la maladie de Paget.

Indépendamment des signes de compression cérébrale et de paralysie en rapport avec les déformations crâniennes et l'oblitération des orifices de la base du crâne, il s'agit généralement d'affaiblissement psychique plus ou moins accentué.

La pathogénie de la maladie de Paget reste obscure et a fait l'objet de nombreuses controverses. Longtemps confondue dans le groupe des ostéomalacies, l'affection paraît actuellement devoir être décrite comme une entité nosologique à part, ayant une évolution propre et un aspect clinique et radiographique caractéristiques.

Delmas-Marsalet insiste sur l'importance biologique de l'insuffisance de l'apport calcique alimentaire d'une part, et d'autre

part sur la décalcification provenant de la fixation défectueuse sur l'os d'une charge calcique suffisante.

C'est aussi l'opinion soutenue par Leriche qui attribue l'ostéite déformante de Paget à ces troubles de la fonction calcique, un processus d'ostéolyse s'accompagnant de libération anormale de calcium qui est déplacé plutôt qu'éliminé.

Ces phénomènes d'ostéolyse et de libération calcique ne peuvent-ils retentir sur les fonctions viscérales, et spécialement se traduire par des signes de souffrance de l'encéphale ? On sait, d'autre part, que les artères sont presque toujours calcifiées au voisinage des os atteints de lésions pagétiques, calcification secondaire et non primitive pour Leriche.

Enfin Chatagnon a attiré l'attention ici même sur les liens qui unissent un grand nombre de syndromes mentaux aux troubles d'utilisation des substances assimilables et du calcium en particulier.

Nous signalons, chez notre malade, un certain degré d'indifférence des troubles mnésiques importants, un rétrécissement du champ psychique traduisant un état d'affaiblissement intellectuel léger, auquel des perturbations du métabolisme du calcium et la calcification des artères cérébrales pourraient ne pas être étrangères.

Les paraplégies par compression médullaire ne sont pas très fréquentes dans la maladie de Paget. Elles sont parfois la conséquence de formes à début vertébral et donnent souvent lieu à des erreurs de diagnostic portant sur la nature des lésions vertébrales incriminées.

Le diagnostic précoce des compressions médullaires d'origine pagétique doit cependant retenir l'attention en raison de l'orientation chirurgicale prise dans ces dernières années par la thérapeutique à appliquer à de tels cas. Le traitement de choix semble, en effet, être la laminectomie décompressive. Malgré une atteinte diffuse de la colonne vertébrale, ces paraplégies seraient, en réalité, conditionnées par des lésions prédominantes en un segment localisé des rachis, et bien que l'hémostase de l'os épaissi et friable offre certaines difficultés, l'intervention ne présenterait pas de gravité réelle pour un chirurgien spécialisé.

En raison de l'avenir sombre auquel notre malade paraît vouée, et avant l'apparition de troubles vésicaux sérieux et d'escarres, notre intention est de la soumettre à l'examen du neuro-chirurgien et de lui demander si après l'épreuve du lipiodol il juge une laminectomie opportune.

Crises oculogyres avec hallucinoses chez un postencéphalitique, par MM. Jean DELAY, P. DESCLAUX et R. SUTTEL.

Les phénomènes psycho-sensoriels chez les encéphalitiques ont fait l'objet de nombreuses études, qu'il s'agisse de phénomènes hallucinatoires ou hallucinosiques. Il nous a paru intéressant de rapporter l'observation d'un parkinsonien chez lequel des hallucinoses survenaient exclusivement au cours de crises oculogyres.

OBSERVATION. — Alexis A..., âgé de 34 ans, est à la clinique depuis le 7 février 1945 pour des phénomènes dépressifs avec idées de suicide. Déjà il avait eu à deux reprises des phénomènes analogues avec tentative de suicide par absorption de gardénal et section des veines du poignet. Il présenta à l'âge de 13 ans une encéphalite. A 13 ans il fut traité à Trousseau pendant un an pour une encéphalite au cours de laquelle il eut de la somnolence, de la diplopie et des myoclonies. Peu auparavant, il avait présenté des accès de somnolence.

En 1923, à 18 ans, il est arrêté pour vol avec effraction. Après expertise il est déclaré totalement irresponsable, le vol ayant été rapporté à une encéphalite prolongée. Il fait alors un séjour au service libre du professeur Claude.

Peu après sa sortie de ce service, il contracte une syphilis pour laquelle il est soigné à St-Louis.

Le malade se marie en 1933 mais s'entend mal avec sa femme à laquelle il reproche « d'être froide ». Son activité sexuelle semble avoir toujours été considérable ou tout au moins elle représente une préoccupation dominante. C'est à la suite de sa mésentente conjugale qu'il présenta ses accès dépressifs.

Les troubles moteurs à type paréto-spasmodique se développent peu à peu : lassitude générale, puis une gêne à la répétition des mouvements, rendant le travail manuel difficile. Il ressent parfois « des secousses dans les membres », présente de la rigidité des membres supérieurs. Surtout depuis 1929 surviennent des crises oculogyres particulièrement pénibles. Elles sont favorisées par la fatigue, apparaissent de préférence vers la tombée de la nuit, et s'accompagnent de phénomènes d'hallucinose.

Ces crises sont annoncées par une sensation d'engourdissement. Les yeux se fixent dans une direction déterminée, souvent en bas, parfois dans la direction où le malade regardait à ce moment. L'occlusion des paupières devient difficile, parfois impossible. C'est alors que lui apparaît une série de visions colorées, quelquefois des objets familiers (calendrier, cendrier), rarement des personnages, et le plus souvent des figures géométriques bleues, vertes ou rouges

défilant très rapidement, « beaucoup plus vite que le cinéma », dit le malade, à tel point que parfois il lui est difficile d'en retenir la forme. Ces visions sont conscientes et le malade se rend parfaitement compte qu'elles ne correspondent à rien de réel. Elles persistent quelle que soit la position du corps, que le malade soit debout ou couché. Le défilé des images n'est pas désagréable mais la crise oculogyre elle-même revêt un caractère pénible. La durée de la crise est variable. Le plus souvent vespérale, elle ne dure que quelques minutes, mais l'une d'elles a commencé dans l'après-midi et a duré plusieurs heures. Aucune crise ne s'est jamais produite au coucher ou au réveil.

La crise peut être provoquée par un effort violent, une course, un travail prolongé.

Elle peut être interrompue par une émotion agréable.

Elle est également raccourcie par l'absorption de scopolamine.

Enfin l'occlusion des paupières et une somnolence de quelques minutes arrêtent la crise lorsque le malade parvient à la réaliser, ce qui est rare.

Les crises sont moins fréquentes dans les périodes de repos complet.

Par ailleurs, le malade a remarqué que son état physique était amélioré passagèrement après chaque crise : la rigidité est diminuée.

Au point de vue physique, le malade présente un syndrome parkinsonien typique avec faciès figé, diminution de la mimique, salivation intense.

Les yeux sont fixes, brillants. Attitude soudée avec perte de balancement des bras et raideur de la marche signe de la roue dentée bilatérale, tremblement léger généralisé.

Examen oculaire. — On note des troubles de la convergence, une rareté du clignement et une légère inégalité pupillaire.

Dans le sang : Bordet-Wassermann négatif ; Meinicke et Kahn négatifs ; Urée 0,32 ; Cholestérine 1,63 ; Glycose 0,97.

Dans le liquide céphalo-rachidien : Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs ; Benjoin 00000.02222.00000 ; Pandy + ; Weichbrodt + ; Albumine 0,50 ; Cytologie 26.

Ainsi il s'agit d'un parkinsonien ayant présenté des troubles du caractère et du comportement.

Le fait intéressant chez lui nous paraît consister en ce qu'il présente, au cours de crises oculogyres, des phénomènes hallucinosiques. Les troubles psycho-sensoriels, à la suite de l'encéphalite épidémique, ont été étudiés par de nombreux auteurs, en particulier par Volstein, Courtois et Trelles. Courtois et André, Masquin, Mareschal et Altman et dans la thèse de Rancoule. Il s'agit, le plus souvent, de phénomènes hallucinatoires avec croyance à la réalité de ces hallucinations. Celles-ci ont dans

l'ensemble le même type prédominant dans la sphère visuelle, caractérisé par leurs couleurs, leur mobilité et les phénomènes associés de dépersonnalisation. Dans l'ensemble, il apparaît que la conviction délirante est faible.

Plus rarement il s'agit d'hallucinoses ; celles-ci peuvent survenir en dehors de tout phénomène psychomoteur, parfois elles précèdent la crise oculogyre, réalisant une véritable aura, comme chez une malade de Rancoule, parfois elles surviennent au cours de la crise, comme chez les malades de Marinesco ou de Ludo van Bogaert. C'est ce que nous avons observé dans notre cas.

Le rapport entre les deux phénomènes paraît certain et pose un problème pathogénique intéressant.

La crise oculogyre paraît être un phénomène psycho-somatique pouvant être déterminé par des émotions, des souvenirs et s'accompagnant d'un bouleversement psychique important : angoisse, phénomènes obsessionnels, bradyphrénie, impossibilité d'opérations intellectuelles supérieures et véritable état d'inhibition. Elle se produit au cours d'une dissolution plus ou moins légère de la conscience.

L'hallucinoze, qui peut relever de nombreux processus toxico-infectieux ou tumoraux, semble liée dans notre cas à une atteinte de la région mésodiencephalique, ainsi qu'il est de règle dans la polioencéphalite avec périvascularite réalisée anatomiquement par l'encéphalite épidémique. Si elle n'entraîne pas la conviction de réalité, elle n'est pas sans s'accompagner d'altérations légères de la conscience nécessaires à sa production. Il s'agit, comme dans la crise oculogyre, d'un phénomène de dissolution partielle qui nécessite pour se réaliser une dissolution globale discrète. Ces phénomènes sont assez voisins de ceux observés chez les hémiparésiques, où l'hallucinoze apparaît dans le champ obscur. Ils sont également à rapprocher des hallucinoses observées au cours d'auras ou d'absences épileptiques.

BIBLIOGRAPHIE

- A. COURTOIS et Y. ANDRÉ. — Délire hallucinatoire chez une parkinsonienne encéphalitique. *Ann. méd.-psych.*, décembre 1932, t. II, n° 5, p. 624-627.
- EY et RANCOULE. — Hallucinations mescaliniques et troubles psycho-sensoriels de l'encéphalite épidémique chronique. *Encéphale*, juin 1938, t. II, n° 1, pp. 1-24.
- R. DELBEKE et Ludo Van BOGAERT. — Le problème général des crises oculogyres au cours de l'encéphalite chronique épidémique. *Encéphale*, décembre 1928, t. II, n° 10, pp. 854-890.

- LACASSAGNE. — Les crises oculogyres en pathologie mentale. *Thèse*, Paris, 1936, Jouve édit., 77 p.
- S. LECONTE-LORSIGNOL. — Hallucinations combinées de la vue et de l'ouïe chez un enfant de 3 ans 1/2. Origine encéphalitique probable. *Ann. méd.-psych.*, t. I, n° 1, janvier 1938, p. 77-82.
- LHERMITTE. — Hallucinose pédonculaire. *Encéphale*, mai 1932, t. I, n° 5, p. 422-435.
- P. MASQUIN, MARESCHAL et ALTMAN. — Syndromes hallucinatoires post-encéphalitiques. *Ann. méd.-psych.*, mai 1933, t. I, n° 5, pp. 607-612.
- PRIVAT DE FORTUNÉ et BELFILS. — Un cas d'hallucinose chronique. *Encéphale*, novembre 1938, t. II, n° 4, p. 212-223.
- RANGOLE. — Les troubles psycho-sensoriels de l'encéphalite épidémique. *Thèse*, Paris, Doin édit., 84 p.
- VAN BOGAERT (Ludo). — Crises oculogyres latérales puis verticales. Syndrome d'hallucinose avec agnosie optique transitoire et de torsion autour de l'axe chez une encéphalitique. *Journal belge de neurologie et psychiatrie*, 1927, t. XXVII, n° 6, p. 428-432.

Intérêt du 245 R.P. (Pentothal), dans l'exploration du psychisme, par MM. Jean DELAY, P. DESCLAUX, PASCHE et A. SOULAIRAC.

Il nous a paru intéressant de rapporter les premiers résultats expérimentaux que nous avons obtenus avec le Pentothal Abott (1). Dès maintenant nous croyons pouvoir montrer qu'il permet une investigation psychologique plus rapide et plus profonde que l'examen classique, si complet soit-il. Les contenus psychiques consciemment dissimulés sont extériorisés dès les premières séances, des comportements régressifs émergent avec les complexes qui les sous-tendent, enfin le transfert, si précieux pour le traitement, s'établit très vite et subsiste l'épreuve terminée.

Nos expériences portent sur trois cas très différents : un paroxysme anxieux chez un cénesthopathe hyperémotif, une névrose d'échec et un pervers sexuel dont les pulsions ont pris un caractère obsessionnel.

Nous avons utilisé le produit en injections intraveineuses à des doses allant de 0 gr. 25 à 1 gr. L'injection se fait lentement et l'on cherche le seuil nécessaire pour obtenir un état hypnagogique caractérisé par une modification du ton, une parole plus lente et ébrieuse. L'on maintient ensuite le sujet dans cet état par addition successive de produit. Au point de vue moteur, on

(1) La maison Spécia fabrique un produit analogue sous le nom de 245 R.P.

observe les réactions de l'endormissement avec bâillement, clignement des paupières, parfois se produisent des mouvements de mâchonnement et de succion. La mimique est lente, les traits sont détendus. Le moment le plus fécond de l'examen paraît être la phase de réveil.

OBSERVATION I. — Le premier malade, D., 50 ans, à l'interrogatoire, se présente humble, doux, peu loquace ; s'il décrit assez volontiers ses troubles cénestopathiques, son angoisse et son dégoût de la vie, il n'exprime aucun conflit affectif, il aime sa femme, personne ne lui a jamais nuï, etc... Mais mis, à dessein, au courant de l'épreuve qu'il va subir et des révélations qu'on attend de lui, peu d'instants auparavant, il se met à trembler, pleure, supplie, crie à tue-tête dès que l'aiguille le touche, son anxiété est portée à son comble. Cette réaction, même en faisant la part de l'émotivité, fait supposer l'existence de contenus conscients que le malade dissimule. La narcose majore tout d'abord son comportement qui devient théâtral. Il est plaintif, grandiloquent et semble se complaire dans une attitude masochiste. Il est une victime de la vie contre laquelle il ne peut lutter, il est une femme, un martyr du destin, il n'accuse personne ; au contraire, il donne tout ce qu'il a, il est un saint. Il n'a affaire qu'à des saints, ainsi sa mère, son frère, les tantes qui l'ont élevé et surtout sa femme, la plus sainte de toutes. Enfin les médecins se dévouent corps et âme à sa guérison. Aucune agressivité ne pouvait encore être mise en évidence, mais cette affectation de douceur et de charité, cette négation systématique de toute malveillance chez autrui et en lui-même, enfin ce que l'on sait de la structure des psychoses de la série dépressive nous ont fait supposer une forte composante sadique sous-jacente.

En effet, à la séance suivante, après avoir bâillé à plusieurs reprises avec grossièreté, il manifeste aussitôt un violent ressentiment contre les médecins. C'est un cobaye, il est un sujet d'expérience et bientôt l'hostilité contre sa femme se fait jour, elle est la cause de son internement, c'est une illettrée, elle ne peut le comprendre, il en a honte, il n'aurait pas dû l'épouser. Il avoue les mauvais traitements qu'il lui fait subir lors de ses visites, quand il ne peut être surpris par un tiers, il la frappe à coups de poing, la pince sournoisement jusqu'au sang. Enfin il reconnaît s'être livré très souvent à des accès de colère clastique qui terrifiaient sa femme.

Le transfert, qui contraste avec sa haine des médecins, s'est rapidement établi et survit à la narcose. Ainsi nous avons pu mettre en évidence très rapidement, en trois séances, un sadomasochisme que des interrogatoires prolongés n'avaient pu révéler, et obtenir le transfert.

OBSERVATION II. — P., 30 ans, d'allure sportive et très virile, s'exprime avec netteté et concision ; il se plaint d'être impuissant, mais nous apprend incidemment, et en se refusant d'y voir un symptôme, qu'il échoue dans tout ce qu'il entreprend. Pas de conflits affectifs dans le passé. C'est un homme très équilibré qui souffre d'impuissance. Il affirme être sincère et en donne l'impression.

A notre grande surprise, il extériorise dès la première séance un comportement très régressif, moue puérile, voix enfantine plaintive et câline, expression effarouchée, « petites mines »... Il se révèle faible et craintif, il a épousé une fille de 16 ans car il craignait les femmes de son âge, évite la « bagarre » et surtout il s'épuise dans un effort vain d'identification au père qu'il redoute beaucoup et dont il n'a ni l'énergie ni le sens moral. Enfin il avoue difficilement ce qui nous semble très important, son manque habituel de naturel ; il exerce un contrôle inquiet et constant sur tous ses propos afin de ne pas dire de bêtise et porte à ses actes, à ses sentiments, à ses moindres phrases, la même attention scrupuleuse. Ces révélations ont fait apparaître à la troisième séance la structure obsessionnelle de ses troubles et ont prouvé la subsistance parasite d'un stade affectif régressif. Le transfert s'est établi aussi vite que précédemment.

Le troisième malade présente un intérêt négatif, c'est un pervers qui s'est toujours complaisamment raconté en insistant sur les détails qu'il jugeait les plus scandaleux. Cet exhibitionnisme est exactement l'envers de la dissimulation plus ou moins consciente des deux malades précédents. Aussi n'est-il pas surprenant que la narcose ne nous ait encore rien apporté d'autre qu'un transfert presque immédiat.

Chez un autre malade nous avons eu des résultats comparables dans la libération de contenus conscients dissimulés, mais chez ce dernier existaient à l'origine des faits colorés par une intense tonalité affective (coup de revolver et meurtre). A la deuxième séance, il exprima des dénégations très violentes avec cris, gesticulations, larmes et théâtralisme, réactions que n'avaient pas présentées nos autres malades.

D'autres observations, dont nous rapporterons ultérieurement le détail, nous ont révélé, sous l'influence du pentothal, l'extériorisation de thèmes d'homosexualité soigneusement dissimulés à l'état de veille, la motivation de certaines attitudes névrotiques complètement inconnues du sujet. C'est ainsi que chez un de nos malades atteint de névrose d'angoisse se produisit, dès la première séance, l'extériorisation suivante : le désir de ne pas guérir afin de punir sa mère dont il avait eu dans l'enfance la révélation de son inconduite.

Il est vraisemblable qu'à la faveur de l'état hypnagogique, sous l'influence de l'anesthésique se produit une dissolution des

instances supérieures volontaires et conscientes du psychisme permettant la libération d'instances inférieures inconscientes ou volontairement inhibées.

Ainsi, chez tous nos sujets, le pentothal a permis une exploration psychique rapide et plus profonde que ne l'avaient permis de nombreuses investigations courantes. Ce mode d'examen nous paraît se rapprocher de celui pratiqué sous l'influence du scopochloralose. Mais il nous paraît infiniment plus maniable puisque le degré d'obnubilation peut être varié suivant la dose injectée au cours de l'examen et peut aller de la narcose profonde à l'état second. La durée de l'anesthésie est brève, le malade se réveillant et pouvant reprendre sa lucidité rapidement si on ne lui injecte plus de produit.

DISCUSSION

M. X. ABÉLY. — Je dois reconnaître l'intérêt de la méthode en question. Elle permet d'obtenir des confidences impossibles par d'autres moyens. Elle pose, par contre, des problèmes nouveaux au point de vue de la médecine légale et du secret médical.

Anesthésique 245 R.P. et crises hystériques, par M. Jean DELAY, M^{lle} Jacqueline MOREAU et M. SUTTEL.

Nous voulons aujourd'hui rapporter brièvement quelques observations qui montrent quel peut être l'intérêt de l'anesthésique 245 R.P. en matière d'hystérie, cet intérêt nous ayant paru être, malgré une expérimentation encore restreinte, essentiellement de diagnostic.

OBSERVATION. — L'observation qui sert de base à ce travail est celle d'une jeune fille de 17 ans, amenée à l'hôpital pour des crises qui ont débuté à l'âge de 12 ans, et qui depuis se reproduisent irrégulièrement. Ces crises se représentent toujours de manière identique : chute brusque mais non brutale, agitation désordonnée avec cris ; pas de blessure, pas de morsure de la langue, pas d'émission d'urine, pas de stertor. La crise dure 1/2 heure, 1 heure, et est généralement suivie de larmes.

Le diagnostic de crise névropathique porté sur sa seule description est confirmé par l'observation de plusieurs manifestations semblables qui ont lieu dans le service. La constatation d'un E.E.G. entièrement normal au lendemain d'une crise achève d'emporter une conviction déjà bien établie.

Le psychisme de cette malade est très particulier ; aucun élément spectaculaire dans sa présentation, au contraire ; elle ne se mêle pas aux autres, et quand on essaie de l'interroger, on se heurte à une hostilité silencieuse et ironique impossible à vaincre.

Connaissant l'effet habituel de l'anesthésique 245, qui est de lever les interdits et les contrôles de la volonté, nous faisons à cette malade une injection dans le but de la faire parler.

A peine lui a-t-on injecté 2 cc. de la solution qu'elle s'endort très paisiblement. Au bout de 1 à 2 minutes, voulant éprouver la profondeur de ce sommeil, on la pince assez violemment. La malade fait une grimace et aussitôt commence à présenter une crise d'agitation désordonnée. En la maintenant solidement, on parvient à lui réinjecter 1 cc. d'anesthésique. Sommeil profond. La respiration est calme et lente ; relâchement musculaire complet ; les réflexes tendineux sont difficilement obtenus ; le réflexe cutané plantaire est indifférent ; la malade ne réagit pas aux excitations les plus vigoureuses. Cet état dure environ 5 minutes. Puis le sommeil devient moins profond ; la malade soupire, s'agite un peu. Le relâchement musculaire fait place à une sorte de raidissement d'aspect volontaire. La recherche du signe de Babinski détermine des réflexes de défense, et brusquement, à la faveur d'un pinçon, se déclenche une nouvelle crise très violente et qui va durer plus d'une heure. Peu à peu l'agitation et les hurlements se transforment en une crise de larmes, et quand nous voyons la malade, deux heures environ après le début de l'injection, elle est seulement fatiguée, elle souffre de la tête, elle ne se rappelle rien.

Trois fois nous avons refait, dans les mêmes conditions, une injection d'anesthésique 245. Trois fois nous avons obtenu un résultat analogue, à ceci près que l'emploi d'une solution très diluée n'a amené l'apparition de la crise qu'après un temps de latence de plusieurs minutes.

Pour éliminer l'élément de suggestion, nous avons fait chez cette malade, dans les mêmes conditions et avec le même cérémonial, une fausse injection, et aucune crise n'est apparue.

Notre impression, à la suite de cette observation, a été :

1° que l'anesthésique 245 était capable de déclencher des crises névropathiques ;

2° que cette action semble liée à ses propriétés soporifiques.

Et nous avons dès lors essayé de confirmer cette double opinion.

D'abord, nous avons essayé de voir s'il s'agissait d'une réaction propre aux seuls hystériques. Nous avons donc injecté de l'anesthésique 245 à des sujets atteints de névrose d'angoisse, mélancolie, obsessions, hypocondrie, démence précoce. Tous ces essais ont seulement confirmé l'action « libératrice » de l'anes-

thésique qui permet à un sujet encore sous son influence de livrer facilement ce qu'à l'état de veille il cache ou refoule. Aucun de ces malades n'a eu la moindre crise, n'a présenté la moindre réaction névropathique.

Nous avons essayé également sur des épileptiques. Ils se sont endormis puis réveillés, sans présenter ni crise, ni équivalent. On sait cependant la fréquence avec laquelle les crises apparaissent au moment de l'éveil ou de l'endormissement.

Donc l'anesthésique 245 injecté à ces sujets choisis parce qu'ils n'étaient pas hystériques n'a provoqué aucune réaction hystérique.

Nous avons alors injecté de l'anesthésique 245 à deux malades pour lesquels le diagnostic restait hésitant.

La première est une jeune fille* de 23 ans, incontestablement psychasthénique, amenée à l'hôpital parce qu'elle présente, depuis que son père est mort d'angine de poitrine, des crises de douleurs précordiales, irradiant dans le bras gauche et accompagnées d'une dyspnée et d'une angoisse à grand spectacle.

L'injection de 4 cc. d'anesthésique ne provoque pas d'endormissement, mais une sensation d'ivresse, d'étrangeté. La malade voit double et, interrogée, exprime sans réticence une situation affective et familiale douloureuse soigneusement tenue secrète à l'état de veille. Elle est actuellement fiancée à un jeune homme qui s'étonne de la froideur qu'elle lui témoigne. La famille désire vivement ce mariage, mais cette jeune fille a une crainte des rapports sexuels et une attirance homosexuelle vive, non réalisée et soigneusement cachée à tous. Seul, l'anesthésique 245 nous a permis d'avoir connaissance de ses penchants homosexuels qui expliquent le comportement vis-à-vis du fiancé, jugé inexplicable par son entourage.

Peu à peu elle parle moins, s'interrompt pour manifester, par des yeux dilatés et des gestes de théâtre, une terreur sans objet. Elle devient dyspnéique, accuse une sensation d'angoisse et de douleur précordiale et finalement est la proie d'une véritable crise d'hystérie, avec agitation et cris.

L'anesthésique 245, chez une malade présentant un complexe pathologique fait de psychasthénie et de cœnestopathies fonctionnelles, a extériorisé un élément hystérique sous forme d'une crise typique.

L'autre malade est une jeune fille de 20 ans qui présente, depuis l'âge de 17 ans, un syndrome infundibulo-tubérien avec une arachnoïdite opto-chiasmatique, qui a nécessité l'intervention. Puis sont apparus des troubles du caractère. La malade, jusqu'alors très douce, devient irritable, capricieuse ; quelques mois après ce changement de

personnalité, apparaissent des crises qui tiennent à la fois de l'épilepsie et de l'hystérie, et au sujet desquelles, en dépit de l'E.E.G. qui est normal, le diagnostic reste en suspens.

On injecte à cette malade 2 cc. d'anesthésique ; elle s'endort et reste endormie très paisiblement pendant au moins 20 minutes. Et puis brusquement, au moment où elle commence à se réveiller, éclate la crise, crise d'agitation désordonnée, sans morsure de la langue, sans signe de Babinski post-paroxystique. Les injections suivantes ont provoqué l'apparition immédiate de la crise, exactement comme chez notre première malade.

Nous n'avons pas encore une pratique suffisante de l'anesthésique 245, et surtout la question des rapports et des différences entre l'épilepsie et l'hystérie est certainement trop complexe pour qu'une simple épreuve pharmaco-dynamique puisse la trancher sans appel. Nous ne tirerons donc pas de cette observation de fermes conclusions, nous contentant de noter qu'au cours de cette épreuve, comme au cours de l'E.E.G., la malade s'est comportée plus en hystérique qu'en épileptique.

Notre première conclusion est donc celle-ci : *l'anesthésique 245 est capable de provoquer l'apparition instantanée de manifestations hystériques chez les hystériques, même si l'élément névropathique n'est pas au premier plan de la symptomatologie.*

Le deuxième problème qui nous a paru intéressant à élucider a été de déterminer l'élément agissant de l'anesthésique 245 en matière d'hystérie.

D'abord, il faut éliminer l'élément de suggestion qui vient immédiatement à l'esprit quand il s'agit de tels malades. Très vite, nous avons pu nous rendre compte que la suggestion ne jouait aucun rôle.

— Chez notre première malade, nous avons fait une fausse injection avec les rites d'une injection d'anesthésique ; cette injection n'a été suivie d'aucun effet.

— D'autre part, nous avons essayé de suggérer à une débile mentale soumise à l'action de l'anesthésique 245 une crise semblable à celles qu'elle avait présentées plusieurs années auparavant. Cette tentative a encore été un échec.

Ce n'est donc pas la suggestion qui est à l'origine des crises déclenchées par l'anesthésique 245.

Les crises, au contraire, semblent liées au pouvoir anesthésique de ce produit.

— C'est au moment de l'endormissement et au moment du réveil que se produisent les crises qui disparaissent également par le sommeil profond et par le retour complet de la conscience.

— D'autre part, cette manifestation que nous venons d'étudier avec l'anesthésique 245 se produit dans les mêmes conditions avec d'autres anesthésiques intraveineux tels que l'évipan.

Pour nous résumer, nous voulons dire ceci :

Il n'est pas toujours facile de poser un diagnostic d'hystérie, soit que la description des crises, peu précises, fasse hésiter entre hystérie et épilepsie, soit que l'élément névropathique se surajoute à une autre symptomatologie. Or, *il semble que nous possédions actuellement un moyen chimique, inoffensif, qui permet d'objectiver à volonté cet élément névropathique. Ce moyen, c'est l'anesthésique 245.*

D'après les quelques observations que nous avons rapportées, on peut se demander si l'anesthésique 245 ne constitue pas, pour les hystériques, un test pharmacodynamique dont la valeur est à rapprocher des indications fournies chez un épileptique par le test au cardiazol ou par l'épreuve de l'hyperpnée.

Et il semble que c'est à la faveur d'une dissolution légère de la conscience qu'entraîne l'anesthésique, que se produit la libération des automatismes psychiques et moteurs.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Des crises hystériques provoquées peuvent s'observer chez des sujets manifestement atteints d'épilepsie, et il faut bien se garder d'en inférer que les malades ne sont pas atteints d'épilepsie. Je conserve le souvenir d'un sujet commotionné de guerre qui a fait l'objet d'une expertise médico-légale. Il présentait un état d'émotivité qui pouvait paraître suspect, et l'expert, pour établir le diagnostic de la nature des crises, le soumit à un léger torpillage. Il s'ensuivit une crise névropathique, et le malade, considéré comme un pithiatique, n'obtint qu'un taux peu élevé d'invalidité. Je l'ai suivi pendant plusieurs années ; il était atteint d'épilepsie. Au cours d'une crise, il tomba sur un fer rouge à souder et il se brûla profondément l'épaule droite.

Démence oxycarbonée. Constatations encéphalographiques,
par MM. P. PUECH, J. DE AJURIAGUERRA et A. ROUAULT DE LA VIGNE.

Nous présentons les clichés d'encéphalographies ou de ventriculographies pratiquées, avec le concours de M. Brun, chez quatre malades atteints de troubles mentaux graves, démentiels, consécutifs à des intoxications par le gaz d'éclairage.

Nous avons constaté chez ces malades des dilatations ventricu-

lares et des images d'atrophie corticale. Ces constatations sont comparables à celles de Schiersmann qui avait trouvé une atrophie corticale étendue avec dilatation ventriculaire globale dans les suites d'une intoxication CO. Nous rappellerons aussi le cas, publié par l'un de nous avec Lereboullet, d'une dilatation ventriculaire liée à un ramollissement par intoxication CO.

OBSERVATION I. — Mme Le B., 64 ans. Intoxication, temps de latence de quelques jours auquel succède un tableau démentiel avec amnésie, fausses reconnaissances, euphorie, suggestibilité et agitation psychomotrice, sans troubles du tonus, sans signes neurologiques. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

L'encéphalographie faite deux mois après l'intoxication montre une dilatation très légère des ventricules et une image d'atrophie corticale nette prédominant dans la région frontale.

OBSERVATION II. — Mme Jar..., 62 ans. Intoxication accidentelle, temps de latence, puis confusion mentale de type akinéto-hypertonique avec mutisme, escarres, gravité extrême de l'état général. L'état physique s'est amélioré, la malade est restée démente.

L'encéphalographie pratiquée trois mois après l'intoxication (injection de 100 cc. d'air, après retrait équivalent de liquide céphalo-rachidien) a montré une dilatation ventriculaire moyenne, symétrique; au niveau du cortex, un remplissage important des sillons témoignant d'une grosse atrophie globale de la corticalité, surtout dans les régions fronto-pariétales.

OBSERVATION III. — Mme Mis..., 64 ans. Intoxication accidentelle en novembre 1943, apparition immédiate d'un tableau démentiel qui depuis n'a pas varié. A aucun moment il n'y eut de symptômes neurologiques en foyer.

L'encéphalographie, pratiquée 15 mois après l'intoxication (injection de 90 cc. d'air après soustraction d'une même quantité de liquide céphalo-rachidien), a montré un passage de l'air principalement dans les ventricules qui sont dilatés de façon asymétrique, la dilatation prédominant nettement dans le ventricule latéral gauche. Le 3^e ventricule est un peu dilaté. Au niveau du cortex, l'air est surtout passé dans les régions frontales, pariétales et temporales où l'on voit des sillons d'atrophie. Les citernes chiasmatiques et préprotubérantielle sont très dilatées.

OBSERVATION IV. — Emile Le Creu..., 39 ans. Intoxication accidentelle courte et massive par le gaz. Installation d'emblée d'un état démentiel inchangé 18 mois plus tard.

La *ventriculographie*, 16 mois après l'intoxication (double trépanoponction occipitale droite et gauche), montre : deux ventricules en place, sans tension; il n'y a pas de méningite séreuse. On injecte

40 cc. d'air après soustraction équivalente de liquide céphalo-rachidien. Le cliché montre une dilatation ventriculaire globale moyenne. Le ventricule gauche est un peu plus grand que le droit. Le 3^e ventricule est un peu dilaté.

L'encéphalographie, 15 jours plus tard, confirme les constatations de la ventriculographie en montrant une dilatation ventriculaire globale avec légère asymétrie ventriculaire. Le 3^e et le 4^e ventricules sont injectés. Au cortex, l'atrophie prédomine dans la région frontale.

Conclusions. — En l'absence d'examen anatomiques nous ne ferons qu'attirer l'attention sur la présence d'images encéphalographiques d'atrophies cérébrales chez des malades présentant des troubles psychiques graves et durables. Nous ne pouvons pas dire s'il s'agit dans ces cas d'images d'atrophies étendues du cortex par lésions vasculaires profondes (comme dans le cas rapporté par Røeder-Kusch et Scholz-Wölfling : atrophies avec formations kystiques) ou d'atrophie parenchymateuse. Cette constatation dans quatre cas nous oblige à être prudents dans les interprétations médico-légales entre une intoxication CO ou un syndrome d'atrophie présénile.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Les cas qui viennent de nous être présentés m'ont particulièrement intéressé. Il s'agit évidemment d'atrophies cérébrales consécutives à l'intoxication oxycarbonée. L'étude des troubles psychiques chroniques en rapport avec cette intoxication mérite de constituer un chapitre spécial et important de la psychiatrie médico-légale. Quand j'ai présenté avec Toulouse et Courtois, en 1930, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, un cas d'encéphalite avec lésions cellulaires dégénératives, survenue après une intoxication oxycarbonée, ce processus n'était guère connu. On n'admettait alors comme lésions causées par l'intoxication que les thromboses vasculaires, les hémorragies cérébro-méningées. Aujourd'hui, grâce à l'encéphalographie, on peut suivre l'atrophie cérébrale plus ou moins diffuse consécutive à cette intoxication, et cette atrophie peut être le résultat de lésions cérébrales dégénératives chroniques.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire des séances :
Pierre MENUAU.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Carences alimentaires et manifestations neurologiques et psychopathiques, par L.-M. SANDOZ (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, mai 1944).

Légère au début, ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que la carence alimentaire s'accompagne de troubles neurologiques ou psychopathiques importants mais, dès le premier degré, on peut noter des troubles nerveux, sensoriels, des sensations de vertige, etc.

Les manifestations névritiques de l'avitaminose B1 ne se produisent pas seulement quand l'aneurine est rarissime ou inexistante, mais aussi quand la proportion de sucres et d'amidons devient trop grande dans un régime alimentaire déséquilibré. Les deux grandes manifestations cliniques en sont le béribéri sec, d'allure polynévritique, et le béribéri humide, d'allure cardio-vasculaire et œdémateuse, avec des formes intermédiaires. Dans les « carences ménagées », les symptômes psychiques sont peu importants, mais il existe des troubles nerveux frustes, de l'asthénie, des céphalées, de l'hypothermie, des parésies, de la tachycardie, des acroparesthésies, de l'œdème pré-tibial. Il faut noter, d'ailleurs, que la guerre, par les aliments de remplacement qu'elle oblige à consommer, favorise certaines intoxications à leur tour génératrices de carence par absorption et utilisation incomplètes. Et la carence en aneurine semble intervenir également dans la genèse des perturbations dues à l'alcoolisme. On a signalé enfin, aux Etats-Unis, que la neurasthénie est fréquemment provoquée par une déficience, non absolue mais relative et de longue durée, en aneurine.

Si la pellagre classique constitue une unité nosologique bien définie, ses aspects sont variables d'un sujet à l'autre et la maladie est, en réalité, souvent difficile à reconnaître parce que la carence, en certains principes vitaminiques, n'est pas seule à se manifester chez les mangeurs de maïs. De la triade symptomatique (érythème, perturbations gastro-intestinales, troubles nerveux et psychiques), M. Sandoz étudie surtout les formes mentales de la pellagre et, beaucoup plus généralement, des carences nicotiniques. Par leur variété et leur fréquence, les troubles psychiques sont, en effet,

au premier plan des carences nicotiniques, allant de formes légères à des troubles graves auxquels on a donné le nom d'encéphalopathies nicotiniques. Liées à un facteur économique, social, à la raréfaction par la guerre de produits alimentaires de première nécessité, ces formes mentales de la pellagre, d'abord inapparentes, sont révélées par la fatigue, l'infection, l'exposition solaire : l'asthénie, l'anxiété, l'hyperesthésie sensitive, les troubles psycho-moteurs en sont les manifestations les plus fréquentes. Il faut se garder de les attribuer faussement à l'éthylisme. Les formes graves d'encéphalopathie par carence en facteur PP (nicotylamide) se caractérisent par de l'hypocondrie, de l'hébétéude, de la stupeur, avec débilité générale et terminaison mortelle.

M. Sandoz envisage ensuite les observations récentes de carences globales, de mort brusque ou rapide dans les carences alimentaires lors de l'apparition d'un certain niveau chronaxique, de mort inopinée dans des hôpitaux psychiatriques sous l'influence de la carence alimentaire (avec prédominance de la raréfaction en graisses) et du froid. La suralimentation aussi équilibrée que possible est la seule méthode qui puisse intervenir utilement dans ces cas.

Il conclut que certains troubles biochimiques nerveux sont conditionnés par une carence alimentaire en facteurs de protection, spécialement en vitamines. Toute hypoalimentation déséquilibrée est source de fléchissement physique et psychique. Le plus souvent, l'ensemble de la nourriture est déficient : guerre, chômage, crises économiques et paupérisme sont générateurs de carences collectives s'accompagnant de troubles neuro-psychiques.

René CHARPENTIER.

Carence neurométabolique chez les sujets âgés, par E. WEYBERG (96^{me} annual meeting of the American psychiatric association, Cincinnati, 24 mai 1940).

Les maladies du système nerveux par carence alimentaire sont fréquentes surtout chez la femme à partir de l'âge de 55 ans. Elles consistent en confusion, en hallucinations et illusions combinées avec des polynévrites, des scléroses combinées médullaires et l'anémie. La plupart sont améliorées par les vitamines à hautes doses, le sulfate de thiamine, l'acide nicotinique et les extraits hépatiques.

L. M.

Encéphalopathie arsenicale et hérédité psychopathique, par M. TOURAINE (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 10 février 1944).

À propos d'un cas de décès par encéphalopathie arsenicale, M. Touraine signale que la malade, prostituée depuis l'âge de 16 ans, était atteinte de psychose maniaco-mélancolique, avait fait deux tentatives de suicide et avait été internée à deux reprises. Elle a un frère hypomaniaque, coléreux. Une sœur, arriérée, également atteinte de psychose maniaco-mélancolique, est morte à 23 ans d'accidents cérébraux. Père mort presque subitement à 53 ans de « méningite » ? Oncle paternel atteint d'imbécillité. M. Touraine attribue à cette lourde tare héréditaire psychopathique un rôle important dans la genèse de l'encéphalopathie arsenicale.

R. C.

Trois cas d'encéphalite typhique, par V. de LAVERGNE, J.-R. HEULLY, M^{me} HERBEVAL et DAESCHLER (*Société de médecine de Nancy*, séance du 22 décembre 1943).

Les auteurs signalent trois malades ayant présenté au début d'une fièvre typhoïde un syndrome méningé clinique intense sans réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien et un syndrome encéphalitique à forme hébéphrénocatatonique chez les uns et chez les autres à forme hypertonique et cérébelleuse. Les auteurs rapportent les signes méningés à l'encéphalite et pensent qu'il peut être possible, dans les cas limites où existent des signes méningés sans modification du liquide céphalo-rachidien et sans signe d'encéphalite, de parler d'encéphalite à forme méningée pure.

R. C.

Le syndrome de l'hyperostose frontale interne, par N. ROTH (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 63).

Le syndrome de l'hyperostose frontale interne, appelé encore syndrome de Morgagni et syndrome de Stewart-Morel, s'observe presque uniquement chez des femmes ; il s'accompagne généralement d'obésité du tronc et d'hirsutisme facial. Des considérations expérimentales, morphologiques et pathophysiologiques montrent l'importance de la dysfonction du lobe antérieur de la glande pituitaire. Les troubles neurologiques et mentaux ne sont pas fréquents. D'après les observations de l'auteur, ces troubles ne sont pas dus à la compression du cerveau par l'hyperostose, mais le résultat d'autres facteurs tels que l'artério-sclérose cérébrale, l'hypertension intra-cranienne, etc. Exposé des diverses théories pathogéniques. Bibliographie importante.

L. M.

Un cas de sclérose tubéreuse de Bourneville. Présentation de malade, par DECHAUME, F. GIRARD, KOHLER et M^{me} THÉVENIN (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, séance du 9 mai 1944).

Les auteurs présentent un jeune garçon de 13 ans dans les antécédents héréditaires duquel on note le suicide de la mère et, dans ses antécédents personnels, des convulsions à répétition jusqu'à l'âge de 10 ans.

L'examen montre : un retard de développement physique avec microcéphalie relative, des adénomes sébacés type Pringle localisés à la région naso-génienne et ne s'accompagnant d'aucune autre manifestation cutanéomuqueuse ; un retard de développement intellectuel important (niveau mental de 6 ans aux tests de Simon), des lésions oculaires typiques de la « phakomatose » de Van der Hoeve. Deux points sont particulièrement dignes d'être retenus, les troubles caractériels, crises de dépression qui posent le problème de leur nature « épileptoïde », les progrès réalisés au point de vue intellectuel en trois mois (passage à un niveau mental et scolaire de 7 ans).

R. C.

Sclérose tubéreuse (maladie de Bourneville). Extirpation d'une tumeur paraventriculaire (neurinome central). Guérison, par J. LEREBoullet, P. PUECH et P. BERNARD (*Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 21 juillet 1944*).

Les auteurs rapportent la suite de l'observation présentée en février 1944 par MM. R. Degos et J. Lereboullet. Le malade, qui a présenté secondairement un syndrome d'hypertension intra-cranienne, a été opéré par M. P. Puech, qui a pu extirper par voie frontale gauche un volumineux kyste paraventriculaire, avec tumeur murale du volume d'une noix (neurinome). Le malade est actuellement guéri. Les auteurs pensent que malgré l'apparente multiplicité des tumeurs dans la sclérose tubéreuse, une intervention chirurgicale peut être tentée avec succès. La nature histologique de la tumeur l'apparente aux tumeurs de la maladie de Recklinghausen et est un argument de plus permettant de rapprocher la sclérose tubéreuse de cette dernière maladie.

R. C.

Epiloïa, par DEGOS et LEREBoullet (*Société française de dermatologie et syphiligraphie, séance du 10 février 1944*).

Présentation d'un malade atteint d'épiloïa (*sclérose tubéreuse de Bourneville*) : on constate chez lui des adénomes sébacés type Pringle, de la face, des *Molluscum pendulum*, des fibromes molluscum, des naevi multiples et angiomes, des tumeurs unguéales de Koenen, une phacomatose rétinienne ; le malade est un épileptique avec troubles intellectuels ; la radiographie du crâne montre des calcifications intracrâniennes.

R. C.

Epiloïa, par DEGOS et DELZANT (*Société française de dermatologie et syphiligraphie, séance du 10 février 1944*).

Cas d'épiloïa familiale : adénomes sébacés type Pringle, épilepsie, létalité fœtale sur plusieurs membres de la famille.

R. C.

Epiloïa, par DEGOS et HENNION (*Société française de dermatologie et syphiligraphie, séance du 10 février 1944*).

Autre cas d'épiloïa familiale : adénomes sébacés type Balzer, lésions gingivales, épilepsie chez la mère.

R. C.

Epiloïa, par DEGOS et DELORT (*Société française de dermatologie et syphiligraphie, séance du 10 février 1944*).

Deux cas d'épiloïa sans caractère familial : adénomes sébacés type Pringle, tumeurs de Koenen, épilepsie, retard intellectuel.

R. C.

Le diagnostic de l'épilepsie par le métrazol, par GOLDSTEIN (H.) et WEINBERG (J.) (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1944, p. 1455).

Sur 84 malades atteints de psychose fonctionnelle, les auteurs ne constatèrent une crise convulsive que chez 1,19 0/0. Sur 34 épileptiques, 47,05 0/0 eurent une crise en employant la même dose que celle des sujets témoins. Les auteurs admettent que tout sujet peut être soupçonné d'épilepsie s'il a une crise convulsive sous l'influence d'une dose de 5 cm³ au plus pour un poids de 45 kg. 5.

L. M.

La pneumoencéphalographie dans l'épilepsie, par W. DICKERSON (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 102).

Recherches portant sur 286 épileptiques. Conclusions : l'encéphalographie est une méthode précieuse et relativement sans danger pour l'étude des épileptiques ; à noter toutefois trois décès dus à l'intervention. Elle permet de préciser le diagnostic, le pronostic et le traitement. Il n'existe aucune lésion caractéristique de l'épilepsie révélée par l'encéphalographie. Les modifications structurales décelées par cette méthode ne présentent aucun signe différentiel, soit que l'on considère les agents étiologiques, soit qu'on compare les lésions à celles d'individus non épileptiques. Ces altérations organiques peuvent être considérées comme concomitantes ou comme résultant du même processus, qui donne naissance aux manifestations épileptiques. L'encéphalographie a décelé des lésions insoupçonnées d'après les antécédents du sujet et les examens neurologiques. Le résultat le plus important de l'encéphalographie intéresse le pronostic ; la présence de lésions irréversibles dans la structure cérébrale indique que l'on doit s'attacher surtout à rendre l'existence du sujet aussi confortable que possible. L'encéphalographie n'a que peu de valeur dans le traitement de l'épilepsie. Sur 122 malades, deux seulement ne présentèrent plus de crises pendant six mois. Un petit nombre fut amélioré ; un plus grand nombre virent leur état aggravé ; la plupart ne présentèrent aucune modification.

L. MARCHAND.

Gangrène en plaques des membres inférieurs prémonitrice d'un syndrome de Landry avec troubles psychiques mortels chez un grand éthylique, par H. THIERS, RACOUCHOT et GALET (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, séance du 1^{er} février 1944).

Chez un grand éthylique de 54 ans, une gangrène en plaques avec évolution ulcéreuse des cuisses et du genou, sans atteinte des jambes, a précédé un syndrome de Landry avec troubles psychiques, mortel en quelques jours. Ponction lombaire normale. Intégrité des gros vaisseaux à l'autopsie.

R. C.

Les fonctions rétiniennes dans le syndrome commotionnel tardif, par Roger WEEKERS (de Liège). (*La Presse médicale*, 20 mai 1944).

Chez les blessés du crâne présentant un syndrome commotionnel tardif, même léger, il existe souvent un agrandissement et une augmentation de densité des angioscotomes, qui témoigne d'une altération de la circulation

rétinienne. Pour la même raison, dans des cas plus graves, on peut observer le rétrécissement des isoptères périphériques. Ce n'est que dans des cas particulièrement sévères, où l'agrandissement des angioscotomes intéresse les portions centrales de la rétine, que l'acuité visuelle est altérée. L'étude systématique des isoptères périphériques, moyens et internes, permet ainsi d'apprécier le degré de gravité d'un syndrome commotionnel tardif et d'en suivre l'évolution.

M. Roger Weekers ajoute que l'adaptation à l'obscurité, qui n'est pas altérée dans le syndrome commotionnel léger ou moyen, est parfois considérablement retardée dans les cas très graves où l'acuité visuelle est réduite. Il n'a jamais décelé de dyschromatopsie acquise dans le syndrome commotionnel tardif.

René CHARPENTIER.

PHILOSOPHIE

L'Etat et la conception du Bien dans la République de Platon (*Der Staat und der Begriff des Guten in Platons Politeia*), par Konrad MARC-WOGAU (*Theoria*, t. VII, 1941, fasc. 1, p. 20-45).

Dans quelle mesure et en quel sens l'Etat conçu par Platon lui apparaissait-il comme un idéal « parfaitement bon » : le considérait-il comme « bon en tant que moyen », ou mieux « bon en soi et pour soi » ? Dans le premier cas, quel but l'Etat semble-t-il poursuivre ? La libération effective des besoins matériels, grâce à la division du travail ? Platon ne s'arrêtait guère aux avantages matériels qui en découlent. Le bonheur de l'Etat tout entier (car Platon ne concevait pas que le bonheur d'une classe sociale pût être complet en dehors du bonheur de l'ensemble) ? mais pour lui, la valeur de la « vraie joie » restait conditionnée par la valeur de l'Etat idéal. Le but de l'Etat, comme l'a cru E. Zeller, pouvait-il être encore l'éducation morale de l'homme ? Celle-ci semble au contraire avoir été pour Platon le moyen de réalisation de l'état idéal.

Marc-Wogau va donc admettre que l'Etat idéal est, pour Platon, un Bien en soi et pour soi. Comme un beau tableau, il « vaut » dans la mesure où il possède la Beauté en soi. Mais il y a plus ; il réalise un but interne, celui de se perpétuer de façon intangible et d'éviter les causes de dissolution. La constitution est parfaite dans la mesure où elle exprime un ordre harmonique : union de la diversité avec l'unité, indépendance des parties, en une loi d'intégration qui annonce la formule de Spencer ; hiérarchie des classes, à l'image des facultés de l'âme. Elle est parfaite aussi dans la mesure où elle assure sa propre persistance, ainsi n'y a-t-il pas de place pour la notion de progrès. La capacité de se maintenir par soi-même est un caractère essentiel du concept du Bien, dont K. Marc-Wogau retrace les divers aspects envisagés par Platon dans la République.

J. VIÉ.

Commandement et devoir, étude sur l'éthique impérative (*Gebot und Pflicht, eine Untersuchung zur imperativen Ethik*), par Manfred MORITZ (*Theoria*, t. VII, 1941, fasc. 3, p. 219-257).

Dans cette étude d'inspiration kantienne, l'auteur se demande si les préceptes moraux ont bien le caractère de commandements, comme l'enseigne

la morale impérative. Il analyse d'abord la notion de commandement, qui implique un sujet qui commande, un sujet qui exécute et une action à exécuter ; puis la notion d'exécution du commandement. Il examine la conception impérative de la loi morale, le fondement des impératifs, la notion du devoir (Sollen), indépendante du vouloir d'un sujet déterminé. La loi morale appartient à ce groupe des impératifs impersonnels ; elle répond à un commandement supérieur, non personnel, générateur du caractère de devoir. Le devoir n'implique pas nécessairement un commandement. Le commandement n'est pas par lui-même générateur de devoir. L'acceptation du devoir est plutôt l'attitude positive en face des valeurs morales. Ces valeurs constituent les devoirs que le sujet exprime la volonté de réaliser en luttant éventuellement contre les résistances qui peuvent surgir.

La présentation impérative de la loi morale vient de causes extérieures à l'éthique : d'abord pour remplir son but pédagogique de science normative, et aussi parce que pratiquement la morale traite de ce qui doit être. Mais le fait qu'une chose doit (Soll) être, n'implique pas qu'elle soit l'objet d'un commandement.

J. VIÉ.

Thorild et Herder (Thorild und Herder), par Ernest CASSIRER (*Theoria* t. VII, 1941, fasc. 2, p. 75-92).

Philosophe suédois peu connu en France, Thorild fut un contemporain de Herder, et vint se joindre à lui dans la lutte qu'il avait entreprise contre la philosophie de Kant, en lui adressant son « Archimètria ».

Le parallélisme frappant de ces deux esprits, également imprégnés de la doctrine de Spinoza, a posé aux historiens de la philosophie un problème délicat. Cassirer découvre le lien qui les unit en étudiant la théorie de la connaissance de Thorild. En réponse à une question posée par l'Académie des Sciences de Berlin, Herder avait publié en 1778 son travail « de l'entendement et de la sensibilité de l'âme humaine » : il y combattait la distinction de ces deux facultés et soutenait l'unité de l'âme humaine. Thorild, âgé de 19 ans, traversait une crise intellectuelle. Eut-il connaissance de l'écrit de Herder ? Toujours est-il que, dans ses travaux sur la connaissance (1779-80), il combat la « psychologie mécanique » qui découpe l'homme en parties, au lieu de le voir dans sa totalité et son unité originaires. La réalité réside pour lui dans le tout, et non dans les parties. Comme Herder, Thorild voit dans l'analogie une source capitale de la connaissance, et il la célèbre dans des vers dithyrambiques. Sa synthèse très personnelle ne se rattache (pas plus d'ailleurs que celle de Herder) à aucun autre système philosophique. Et l'écrit de Herder, « De l'entendement... » semble bien avoir porté en Suède, par la personne du jeune Thorild, le renouveau du Spinozisme, qui venait de prendre naissance en Allemagne.

J. VIÉ.

Essai de réhabilitation de Nietzsche, par un ancien disciple (Versuch einer Ehrenrettung Friedrich Nietzches, durch einen früheren Schüler), par le Prof. Dr L. GELPKE (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'Hygiène, Hygiène mentale*, février 1941, p. 37-54).

Disciple fidèle au souvenir d'un maître qu'il connut à Bâle comme le prototype de l'homme selon Goethe, « noble, secourable et bon », Gelpke oppose avec une rigueur peut-être bien absolue, le premier Nietzsche, celui

de Bâle 1869-1879, le philologue et l'esthète enchanteur, au second Nietzsche, aux accès de fureur maniaque, aux prophéties délirantes, qui devait s'effondrer dans la paralysie générale.

Nietzsche avait de lourdes tares héréditaires bilatérales. Lui-même, migraineux, insomniaque, souffrait d'idées d'infériorité. Il abusa des soporifiques, la syphilis l'affecta profondément, il eut de fortes déceptions sentimentales. Sa sœur, Elisabeth Foerster, égoïste et versatile, exerça une influence néfaste.

L'œuvre de Nietzsche, qui pèche par une insuffisance notoire en matière de sciences naturelles, et enthousiasme tant de psychopathes, d'insatisfaits et d'asociaux, permet de préciser les limites du génie et de la folie. Mais Nietzsche fut un malade méconnu, et trop souvent seule la partie paradoxale et morbide de son œuvre a été considérée comme géniale. « Le penseur solitaire, qui ne trouve pas d'écho, écrit-il lui-même, prend facilement l'accent de l'irritation. » Et les démarches périlleuses de ses pensées, lui-même les appelle « Viamalagänge », de fausses routes.

J. VIÉ.

Sur les voies nouvelles dans la lutte contre l'abus de boisson dans le canton de Berne (Über die neuen Wege der Trunkzuchtsbekämpfung im Kanton Bern), par F. WALTHER (de Kehrsatz, Berne). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, décembre 1942, p. 545-555).

Le décret du 1^{er} avril 1942 a établi tout un plan nouveau de lutte contre l'alcoolisme. Le fonctionnement en est confié, sous l'égide de la Direction cantonale des pauvres, à une Commission spéciale. L'Etat collabore à la prophylaxie aussi bien qu'au traitement de l'alcoolisme. La position morale des œuvres est renforcée, ainsi que leur situation matérielle; elles sont habilitées à dépister les alcooliques et à proposer à l'autorité les mesures qui s'imposent. La Commission joue un rôle de transmission, de conseil et de surveillance, de propagande et d'étude. Elle soumet chaque année un programme d'action à la Direction des pauvres. Surtout, elle coordonne les œuvres jusque-là éparses. De cet effort, on attend un développement de la prophylaxie, de la recherche scientifique et de l'éducation populaire, surtout auprès de la jeunesse et de l'armée. En matière curative, on sait à quels obstacles se heurte le sauvetage d'un buveur, c'est-à-dire sa conversion à l'abstinence totale et définitive. Les nouvelles dispositions facilitent le dépistage précoce, mais il faudra éviter le recours trop fréquent à l'autorité, qui irait à l'encontre du but poursuivi. Les dispensaires seront multipliés dans tout le pays.

J. VIÉ.

PSYCHOTECHNIQUE

La psychotechnique dans l'industrie textile roumaine, par Mihail PETEANU (*Revista de psihologie teoretica si aplicata*, avril-juin 1944).

Après la fondation par l'Etat, en Roumanie, d'Instituts psychotechniques dans les Universités et d'Offices d'orientation professionnelle dans les

centres industriels, quelques établissements métallurgiques de Transylvanie utilisèrent la méthode psychotechnique, avec de bons résultats, pour la sélection de leur personnel.

Mais c'est seulement tout récemment que l'industrie textile, très développée dans ce pays, a décidé d'avoir recours à la psychotechnique. Le directeur d'une Ecole textile supérieure de Bucarest demanda alors à l'Institut psychotechnique de Cluj-Sibiu d'organiser dans son école un service psychotechnique permanent et de mettre au point les méthodes psychotechniques à utiliser dans l'industrie textile.

Ce sont les résultats obtenus lors d'un examen de leurs aptitudes par les élèves admis à l'Ecole textile supérieure de Bucarest avant la fondation du service psychotechnique que rapporte dans ce travail M. Mihail Peteanu. Les examens ont porté sur les aptitudes intellectuelles, les aptitudes sensorielles, le tempérament et le caractère, les centres d'intérêt, l'instabilité émotive. Les conclusions confirment les erreurs de l'examen traditionnel des connaissances et les avantages de l'examen psychotechnique des aptitudes. En effet, 40 0/0 environ des élèves de première année, soumis à l'examen ne possèdent pas à un degré suffisant les aptitudes exigées par les professions textiles qu'ils ont choisies. Aussi, M. Mihail Peteanu demande-t-il, pour l'admission des élèves, le remplacement des méthodes subjectives antérieures par les méthodes scientifiques et objectives de la psychotechnique.

René CHARPENTIER.

Formes éducatives, par Dim. TODORANU (*Revista de psihologie teoretica si aplicata*, avril-juin 1944).

Considéré comme donnée originaire de la vie collective et spirituelle, le phénomène éducatif peut être déterminé du point de vue du sujet — c'est-à-dire des sources primaires de force éducative et humanisante — en fonction des valeurs objectives de la culture. Une pédagogie de la culture devra avoir pour but d'étudier les phénomènes à l'aide du prisme des valeurs culturelles. Si les formes de la vie se révèlent dans les formes de la culture et si, en dernière analyse, le processus éducatif consiste dans l'humanisation et l'intériorisation des valeurs objectives de l'esprit, les formes de l'éducation refléteront les formes de la culture. C'est par l'éducation que les valeurs spirituelles deviennent des motifs-force d'action individuelle.

Il est possible de transposer et d'appliquer au domaine de la pédagogie les « formes de la vie » en apportant des précisions qu'on ne trouve pas dans l'ancienne pédagogie philosophique et dogmatique.

Elargissant le cadre typologique de Spranger, M. Dim. Todoranau analyse successivement les formes éducatives : théorique, esthétique, éthico-religieuse, sociale, économique, politique, en s'appuyant pour cette analyse sur les travaux d'Allport et Vernon sur l'étude des valeurs. Il conclut que l'équilibre des formes assure l'harmonie psychique dans le processus de formation spirituelle de l'homme.

René CHARPENTIER.

ANATOMIE

Sur les altérations du neurone cérébelleux de Purkinje, par Dominique SENN, chef de travaux (Laboratoire d'histologie de l'Université de Lausanne), *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, volume LIII, fasc. 2, 1944).

La simplicité morphologique relative de l'écorce cérébelleuse et de la cellule de Purkinje (le neurone le plus caractéristique) fait ressortir immédiatement toute altération, qu'elle touche l'axone, la cellule, les dendrites, la couche granuleuse, la couche ganglionnaire, la couche moléculaire. Or, le cervelet, autrefois considéré comme annexe du cerveau à rôle statique d'ordre accessoire, peut présenter des altérations neuronales dans les maladies les plus diverses.

M. Dominique Senn présente ici, dans un mémoire de 25 pages avec 26 figures, après l'exposé de la méthode et du matériel utilisés, les résultats de ses recherches personnelles. Il conclut que les altérations neuronales du système de Purkinje cérébelleux, qu'il s'agisse de modifications cellulaires, de binucléose, d'altérations axonales ou dendritiques, sont des modifications secondaires à l'influence d'un agent pathogène, exogène ou endogène, dont nous ignorons encore le mode d'action tout en constatant les effets. Il ne s'agit donc pas de formations tératologiques impliquant une infériorité tissulaire congénitale. L'ectopie des cellules de Purkinje est due à un mouvement intravital. Les tuméfactions en forme de « torpédo », qui se trouvent, non seulement à proximité de la cellule mais aussi dans la substance blanche et, en nombre considérable, à toutes les hauteurs de la couche moléculaire, variables de grandeur et de forme, sont incontestablement des renflements dendritiques sur des dendrites souvent atrophiques simulant l'aspect morphologique de neurites. Il s'agit là d'une réaction neuronale spécifique du neurone de Purkinje, dans laquelle deux processus, l'un dégénératif, l'autre régénérateur, semblent aller de pair.

René CHARPENTIER.

Le chiasma optique d'un borgne, par P. QUERCY et R. de LACHAUD (*Revue neurologique*, 1943, n° 11-12).

Faisant suite à leurs précédentes recherches histologiques sur les voies optiques (*Encéphale*, 1937) et sur la structure du chiasma optique humain (Congrès international d'oto-neuro-oculistique, Bordeaux, 1938), MM. P. Quercy et R. de Lachaud montrent que le schéma traditionnel est mal d'accord avec les aspects histologiques.

La description classique, presque toute dans la formule de Newton, était en germe chez Kepler, Roger Bacon, dans un « problème dit d'Aristote »... Vinci confiait au chiasma la synergie motrice des yeux... Descartes la supprimait. Le Golgi, après destructions rétiniennes, réglerait la question. Le chiasma du borgne donne ceci : au processus qui sépare des faisceaux distincts (8 pour certains), s'oppose et s'associe un processus, contradictoire et complémentaire, du mélange des fibres. *Tout* le nerf donne des fibres croisées ; après des mélanges locaux et de longs détours, elles se répandent dans *toute* la bandelette opposée. *Tout* le nerf donne aussi des fibres directes à toute la bandelette, comme si la tendance était : de chaque point de

chaque nerf à tous les points des deux bandelettes, et de tous les points des deux nerfs à chaque point de chaque bandelette.

R. C.

Lésions nucléaires du tronc cérébral dans un cas de paralysie diphtérique avec atteinte de plusieurs nerfs craniens, par André LEMIERRE, Raymond GARCIN et Ivan BERTRAND (*Revue neurologique*, mai-juin 1944).

Cas de paralysie diphtérique consécutive à une rhinite dont la véritable nature fut longtemps méconnue, chez un homme de 42 ans, paralysie évoluant tout d'abord sous les traits de paralysies multiples des nerfs craniens avant de se généraliser aux membres. Mort par asphyxie avec paralysie diaphragmatique deux mois après le début du coryza diphtérique initial, un mois après l'apparition des premiers symptômes neurologiques. L'examen des centres nerveux montre des lésions cellulaires du tronc cérébral particulièrement importantes dans la région bulbaire. L'importance des lésions nucléaires constatées signe un processus primaire au niveau des nerfs craniens. La constatation, en particulier, de lésions importantes des noyaux de Goll et de Burdach souligne la réalité des lésions centrales dans les paralysies diphtériques et suggère le rôle de l'atteinte de ces noyaux dans la réalisation de l'ataxie, par troubles de la sensibilité profonde.

R. C.

L'atrophie granulaire de l'écorce cérébrale. Contribution à l'étude de la forme systématisée de cette affection, par Ferdinand MOREL et Gilbert MEYRAT (de Genève). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIII, fasc. 2, 1944).

A propos de huit cas personnels d'atrophie granulaire (macroscopiquement caractérisée par la grossière irrégularité de surface de l'écorce de la circonvolution atteinte), MM. Ferdinand Morel et Gilbert Meyrat apportent, avec huit figures, les résultats de leurs examens microscopiques de cette atteinte cérébrale redoutable, tantôt distribuée sans système précis, tantôt systématisée et symétrique d'un hémisphère à l'autre. C'est sur ce second type qu'ils attirent particulièrement l'attention. La systématisation en est d'essence vasculaire et l'atrophie granulaire peut relever d'étiologies différentes (thrombo-endarterite oblitérante, troubles fonctionnels d'irrigation cérébrale, etc.).

Les symptômes présentés par les malades sont en général fins et fugaces, bien que des troubles plus durables, parfois même irréversibles, puissent s'observer ; ils sont variés, bilatéraux et peuvent appartenir à chacun des trois grands territoires vasculaires cérébraux. Ils peuvent rappeler ceux de la maladie d'Alzheimer, mais cette dernière a une évolution régulière, inexorable, sans rémission comme sans à-coups, sa symptomatologie attire l'attention sur une atteinte beaucoup plus massive des lobes entiers. L'encéphalographie et la ventriculographie donnent des renseignements différents.

La rapidité de l'évolution varie avec la pathogénie de l'affection. Selon l'étiologie, la thérapeutique visera à une action sur le cœur, sur la pression sanguine ou sur le calibre des artères : vasodilatateurs ou même dénudation de la carotide ou résection du sympathique cervical dans la thrombo-endarterite cérébrale.

René CHARPENTIER.

BIOTYPOLOGIE

Sur une classification des constitutions humaines euplasiques basée sur l'embryologie, par MARTINY (*Archives hospitalières*, mai 1944).

On a longtemps confondu la constitution, qui a une base statique génétique, avec la complexion qui indique une cinématique des tissus, et le tempérament qui indique un dynamisme des humeurs. Rejetant, pour cette raison, et aussi parce qu'elles ne donnent de l'ensemble qu'une expression parcellaire, les classifications antérieures, M. Martiny, après avoir rendu hommage aux travaux de Sigaud, d'Allendy, de Kretschmer, de Viola et de Pende, voit dans l'embryologie un élément de synthèse inégalable. Après avoir, dans un précédent travail, classé les biotypes selon l'équilibre, au stade blastodermique, des trois tissus endodermique, mésodermique, ectodermique, où, selon la dominante de l'un d'eux, il préfère actuellement à cette terminologie une autre « plus en rapport avec les nombreux facteurs d'induction de l'embryologie humaine et comprenant, au stade plus évolué de la neuro-gastrula, le centre organisateur primordial que réalise la corde ». L'exubérance matérielle ou fonctionnelle des organes venant, soit de l'entoblaste, soit du mésoblaste, soit de l'ectoblaste, donnera des formes corporelles différentes, mais on doit qualitativement ajouter à l'excès d'un tissu primordial, la carence propre des deux autres tissus, par rapport au dominant. L'embryologie apporte ainsi une classification cohérente des quatre constitutions normotypes fondamentales héréditaires de 60 0/0 des sujets euplasiques : constitution endoblastique (type bréviligne asthénique de Pende), constitution mésoblastique (type bréviligne sthénique de Pende), constitution chordoblastique (type longiligne sthénique de Pende) et constitution ectoblastique (type longiligne asthénique de Pende).

M. Martiny ajoute que l'introduction de cette terminologie génétique permet une explication globale de la prédominance des formes, des systèmes, des glandes endocrines, et que le lien biotypologique ainsi déterminé va de la morphologie à la physiologie et à la psychologie de l'individu.

En ce qui concerne les constitutions mixotypes (40 0/0 des sujets euplasiques), le rôle évocateur et organisateur de la corde apporterait également des précisions.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Dégénérescence et régénération du nerf. Le facteur de croissance N. R., par A. de MURALT, professeur de physiologie à l'Université de Berne (*Médecine et Hygiène*, 15 juillet 1945).

L'augmentation de la proportion des blessures des nerfs au cours de la récente guerre oblige à préciser les conditions favorables aux sutures nerveuses. Le professeur A. de Muralto étudie séparément le processus de dégénérescence et le processus de régénération, cette dernière, d'ailleurs, pouvant déjà commencer avant la fin de la dégénérescence, les deux processus se déroulant alors parallèlement pendant une certaine phase.

Sur le processus de la dégénérescence périphérique, les opinions concordent généralement et M. A. de Muralt passe en revue les connaissances actuelles sur les seuils d'excitation, les propriétés fonctionnelles du cylindre-axe et de la gaine myélinique, les phases de la dégénérescence, les processus chimiques, les substances d'action, l'acétylcholine, l'aneurine, la dégénérescence rétrograde et les altérations des cellules nerveuses.

On doit aujourd'hui considérer comme exclue toute régénération auto-gène du fragment nerveux périphérique, pas plus dans un organisme adulte qu'au stade embryonnaire. Actuellement, la théorie de la régénération centrogène ou monogénistique est généralement adoptée et M. A. de Muralt décrit dans leur ordre successif la série des processus nécessaires au rétablissement du fonctionnement après suture directe du nerf (bien en place) ou après écrasement ayant laissé plus ou moins intactes les tuniques des cylindres nerveux. Il montre l'influence du « facteur externe » sur la direction et la rapidité de la croissance, substance active provenant du nerf dégénéré et donnant lieu à l'« attraction » subie par le bourgeon nerveux. L'influence principale du nerf dégénéré est donc un effet conducteur. Les fibres en voie de régénération atteignent leur but si la distance n'est pas trop considérable, à une vitesse constante et mesurable ; le nombre des fibres régénérées s'accroît régulièrement pour atteindre le chiffre normal en 150 à 200 jours. C'est seulement lorsqu'est terminée la croissance longitudinale que le diamètre des fibres augmente. Une importante question est de savoir quelles forces agissent à l'intérieur du neurone pour pousser en avant le nouveau bourgeon (sur une distance qui, dans certains cas, peut atteindre un mètre), « facteur interne » qui susciterait dans la cellule la puissante action régénératrice.

Recherchant une substance capable d'exercer une influence stimulante sur la régénération du nerf périphérique, le professeur A. de Muralt a isolé cette substance et l'a provisoirement nommée « N.R. ».

La cornée étant l'unique endroit du corps où les nerfs peuvent être rendus visibles *in vivo* et sans intervention, elle est particulièrement indiquée pour des expériences de régénération, dont l'auteur nous indique la technique et les résultats (test de la cornée). En partant de la substance nerveuse animale, des extraits de préparation et d'origine diverses ont été essayés pour vérifier leurs effets neuro-régénérateurs. L'extrait Rg contient un facteur rendant deux fois plus rapide la régénération des nerfs sectionnés de la cornée. Un traitement chimique ultérieur a confirmé la présence d'un principe actif et fourni des extraits fort efficaces, d'effet constant, allant jusqu'à l'obtention d'une régénération quatre fois et demie plus active. Ces extraits extrêmement actifs (solutions incolores, transparentes, sans albumine, plus ou moins stables à la chaleur, non spécifiques) peuvent être conservés en ampoules stériles, contiennent en abondance la substance active et ne perdent leur activité que s'ils sont fortement dilués.

Les injections de l'extrait furent toujours faites dans le péritoine. La substance de croissance N.R. a donc dû passer, par l'intermédiaire du sang, jusque dans la zone vascularisée de la cicatrice, éventuellement même traverser l'humeur aqueuse pour parvenir aux parties plus centrales de la cornée, alors que cette substance est censée agir en facteur externe. Si donc elle a été efficace comme facteur interne, le facteur « N.R. » a été apporté par voie circulatoire jusqu'au ganglion semi-lunaire où il a été absorbé par les cellules nerveuses, dont les neurites dans la cornée avaient été sec-

tionnées et qui avaient par conséquent besoin d'être régénérées. Sans expérimentation approfondie, il est encore impossible aujourd'hui de se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre des deux possibilités ; il faut même, pour être tout à fait prudent, mentionner encore la possibilité que l'action du facteur N.R. ne s'exerce pas directement, mais en déclenchant d'autres facteurs.

Que l'injection de petites doses de la substance de croissance dans une partie du corps éloignée de la lésion suffise à accélérer la régénération de façon extrêmement efficace est un fait dont il serait superflu de souligner l'intérêt.

René CHARPENTIER.

Sur la possibilité de provoquer l'épilepsie électrique par excitation de la substance blanche, par P. GLEY, M. LAPIPE, J. RONDEPIERRE, H. HORANDE et T. TOUCHARD (*Journal de physiologie et de pathologie générale*, t. XXXVIII, n° 1, 1941-1943).

De recherches expérimentales en cours sur l'électro-choc, les auteurs ont pu conclure à l'inexactitude de certaines particularités généralement attribuées à l'épilepsie corticale électrique. Contrairement à l'opinion classique, l'épilepsie électrique peut être obtenue par excitation de la substance blanche sous-jacente à la zone cérébrale motrice. L'aptitude épileptogène n'est donc pas une propriété spéciale des corps cellulaires mais existe dans l'ensemble des neurones moteurs cérébraux.

R. C.

Epilepsie sous-corticale électrique, par P. GLEY, M. LAPIPE, J. RONDEPIERRE, H. HORANDE et T. TOUCHARD (*Société de biologie*, séance du 14 juillet 1943).

On a pu se demander s'il existe, en dehors de la zone motrice, dont l'excitation produit l'épilepsie corticale classique, des centres épileptogènes sous-corticaux ? Or, la diphényl-hydantoïne a la propriété de supprimer l'épilepsie corticale. Si, après injection de cette substance, le passage du courant électrique à travers le cerveau continue à produire l'épilepsie, celle-ci doit être rapportée à la mise en activité, non de la zone motrice qui, sous l'influence du toxique, a perdu son aptitude épileptogène mais à celle d'autres centres non touchés par lui.

MM. Lapipe et Rondepierre avaient déjà constaté que, chez l'homme, la diphényl-hydantoïne n'empêche pas l'électro-choc de se produire. Chez le chien, des doses de diphényl-hydantoiné de 3 à 6 centigrammes par kg. suppriment l'épilepsie corticale (obtenue par excitation en bipolaire du gyrus sigmoïde). Mais si on fait alors passer le courant à travers le cerveau, chaque électrode étant placée sur une des deux régions temporales (c'est-à-dire dans les conditions de l'électro-choc), on voit se déclencher une crise tonico-clonique typique dont la symptomatologie et l'évolution ne diffèrent d'ailleurs pas de celles des crises corticales.

Les auteurs se proposent de déterminer quels centres et quelles voies sont mis en jeu dans cette nouvelle forme d'épilepsie expérimentale.

R. C.

Action des antiépileptiques sur les convulsions électriques médullaires,
par P. GLEY, H. LAPIPE, J. RONDEPIERRE, H. HÉRANDE et T. TOUCHARD (*Société de biologie, séance du 22 avril 1944*).

Les auteurs ont précédemment montré que le passage d'un courant électrique à travers la moelle, à condition qu'il soit d'une intensité suffisante, peut produire chez les mammifères un syndrome convulsif tonico-clonique. Le cobaye et le rat, en raison de la résistance de leur cœur à la fibrillation, se prêtent bien à l'expérience. La crise obtenue comporte une phase tonique avec extension des membres postérieurs et flexion des membres supérieurs, suivie de quelques mouvements cloniques.

A des doses différentes, le gardénal et la diphényl-hydantoïne suppriment ces convulsions électriques. Si l'on opère sur des animaux dont la moelle a été au préalable sectionnée et chez lesquels il est également possible de déclencher le même syndrome convulsif, il faut des doses plus fortes, aussi bien de gardénal que de diphényl-hydantoïne. L'action des deux substances sur les convulsions médullaires électriques paraît donc être qualitativement la même et différer seulement en grandeur.

Par contre, les deux anti-épileptiques agissent très différemment sur la réflexivité médullaire du rat. Après section de la moelle, le pincement des orteils provoque un mouvement de retrait d'ensemble du membre inférieur. Ce phénomène, qu'on peut rapprocher de celui que Sherrington a décrit chez le chien spinal, est complètement supprimé par le gardénal. La diphényl-hydantoïne, même à la dose de 0 gr. 40 par kg., qui est mortelle, non seulement ne le supprime pas, mais paraît au contraire plutôt l'augmenter. Le dérivé barbiturique agit comme un anesthésique et supprime toutes les modalités du fonctionnement médullaire, tandis que le dérivé hydantoïque paraît agir électivement sur l'aptitude épileptogène. Ces faits sont comparables à ceux précédemment décrits par les mêmes auteurs, qui se produisent au niveau de l'écorce cérébrale où la diphényl-hydantoïne supprime l'épilepsie corticale sans modifier l'excitabilité électrique, alors que le gardénal abolit les deux en même temps.

R. C.

L'influence des stimuli visuels et auditifs sur les courbes électroencéphalographiques de petit mal. *Projection de film*, par R. SCHWAB (96th annual meeting of the American psychiatric association, Cincinnati, 20 mai 1940).

Dans une courte attaque de petit mal, le temps de réaction du stimulus par une lumière vive ou par un bruit strident est retardé. Au cours d'une longue attaque, la réponse est nulle. La lumière et le son peuvent provoquer une attaque, mais le son a plus d'action.

L. M.

Une classification électroencéphalographique des épilepsies avec leurs corrélations cliniques, par H. JASPER et J. HERSHMAN (96th annual meeting of the American psychiatric association, Cincinnati, 20 mai 1940).

La classification est basée sur la forme et la localisation électroencéphalographiques des décharges épileptiformes. Elle comprend trois groupes principaux : focal, synchrone bilatéral, généralisé, divisés eux-mêmes en sous-groupes.

L. M.

Métabolisme du calcium chez les convulsifs (épileptiques), par H. WOLFF et H. GODDELL (93^{me} annual meeting of the *American psychiatric association*, Cincinnati, 20 mai 1940).

Chez les convulsifs, le métabolisme endogène du calcium est diminué et peut atteindre la moitié du taux normal.

L. M.

Le potassium du liquide céphalo-rachidien, par J. DECOURT et Ch. GUILLAUMIN (*Société française de biologie clinique*, séance du 27 janvier 1944).

Le taux du potassium du liquide céphalo-rachidien se maintient normalement entre 105 et 130 mg. pour 1.000 (moyenne 118 mg.). A l'état pathologique, le chiffre peut être abaissé jusqu'à 96 ou élevé jusqu'à 188.

Ces variations dépendent moins des autres variations du liquide céphalo-rachidien que des troubles généraux dus à la maladie en cause.

R. C.

Métabolisme hydrocarboné en rapport avec les états anxieux, par W. BAKER (96^{me} annual meeting of the *American psychiatric association*, Cincinnati, 21 mai 1940).

Les recherches ont porté sur les états hypoglycémiques spontanés chez des sujets normaux, alcooliques, psychopathes et neuro-psychopathes. Dans certains cas, le taux de l'hypoglycémie se rapproche de celui de l'hypoglycémie observé dans le coma insulinaire, et l'anxiété apparaît comme symptôme commun.

L. M.

Le syndrome humoral du tétanos (recherches expérimentales), par Léon BINET et M^{lle} Madeleine MARQUIS (*Académie de Chirurgie*, séance du 17 janvier 1945).

Résultats de recherches poursuivies sur le sang de cobayes soumis à une dose mortelle de toxine tétanique. Ces auteurs retiennent de leurs travaux les trois points suivants : 1° l'existence d'une polyglobulie ; 2° des troubles de la glycorégulation ; 3° une chute de la réserve alcaline.

Ce dernier point est analysé par les auteurs qui ont pu noter des réserves alcalines de 15, voire même de 12,5 volumes. Ces dosages confirment des recherches poursuivies par d'autres auteurs sur les lapins et semblent bien constituer une invitation à l'emploi de sérum bicarbonaté dans le tétanos humain.

R. C.

Nouvelle réaction de floculation de la lèpre, par V. CHOSTNE, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris (*Médecine tropicale, Revue du corps de Santé colonial*, novembre-décembre 1943).

Au point de vue pratique, et bien que les antigènes les plus divers aient été proposés, il n'existe pas de réaction ayant pour le diagnostic et pour le

pronostic de la maladie de Hansen une réelle valeur clinique. L'absence d'une réaction sérologique de la lèpre est un grand obstacle au contrôle du traitement. Les réactions de floculation dans la lèpre ont été peu étudiées et se sont montrées d'une interprétation très incertaine. Expérimentant tout d'abord la cuorine, extraite du cœur de cheval par le procédé d'Erlandsen et qui, selon Tsurumi floclerait sélectivement avec les sérums lépreux et syphilitiques, M. Chorine n'a obtenu que des résultats peu nets et sans valeur pratique. Se basant ensuite sur ce fait que l'extrait alcoolique de sang formolé floclule d'une façon élective en présence de sérum lépreux, M. V. Chorine propose une réaction d'une technique simple et qui paraît donner en pratique des résultats intéressants. La réaction a été éprouvée sur 200 sérums lépreux et 100 sérums non lépreux : la différence est très nette.

René CHARPENTIER.

ENDOCRINOLOGIE

Psychoses et myxœdème, par CROWLEY (R.) (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1940, p. 1114).

Observations de deux cas de myxœdème associé à des troubles mentaux ; dans l'un, la guérison semble avoir été obtenue par le traitement thyroïdien. Chez les sujets âgés atteints de myxœdème, la difficulté est de rechercher si les symptômes mentaux et les troubles du comportement sont dus à des lésions organiques ou à l'hypo-fonctionnement de la glande thyroïde. On doit tenir compte des facteurs émotionnels et individuels pour comprendre la forme des psychoses et pour préciser les rechutes dues à un traitement mal suivi.

L. M.

La maladie de Simmonds ou cachexie hypophysaire, par Robert PAULY (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 15-30 juin 1942).

Revue générale très complète où l'auteur étudie les nombreux problèmes posés par la maladie de Simmonds. Après un large historique, il aborde le problème clinique, basé d'une part sur l'important travail de May et Robert en 1935 et, d'autre part, sur les 62 observations, dont 12 relations anatomo-cliniques, parues depuis cette date ; les traits saillants du tableau clinique sont constitués par l'amaigrissement, les troubles de la peau et des phanères, l'aménorrhée, les troubles circulatoires et les troubles psychiques, tandis que les troubles digestifs et métaboliques n'occupent qu'une place secondaire ; les formes incomplètes, les maigres hypophysaires de Bickel, les formes associées sont passées en revue. Le diagnostic différentiel le plus courant se pose avec l'anorexie mentale de Lasègue : l'auteur s'oppose à toute tentative d'assimilation de l'anorexie mentale et de la maladie de Simmonds. Le problème anatomique est envisagé ensuite ; tantôt lésions hypophysaires : atrophie le plus souvent, parfois adénomies ou craniopharyngiomes, ou lésions inflammatoires diverses ; tantôt lésions hypophysaires et diencéphaliques ; tantôt lésions diencéphaliques primitives ; enfin, parfois, absence de toute lésion. Le problème physiopathologique, envisagé dans toute son ampleur, garde encore de nombreuses inconnues.

M. BERGOUIGNAN.

Sur un cas de macrogénitosomie précoce d'origine épiphysaire probable, par R. DUPÉRIÉ et R.-G. GEORGE (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 15-30 avril 1943).

Relation d'une macrogénitosomie typique chez un garçon de 6 ans ; bien qu'il n'y ait eu ni tentative opératoire, ni autopsie, les auteurs concluent à une tumeur épiphysaire en se fondant sur l'existence d'un syndrome de Parinaud et d'une hydrocéphalie sans hypertension intracrânienne et de volumineuses calcifications épiphysaires.

M. BERGOUIGNAN.

Infantilisme type thyroïdien par cranio-pharyngiome intra-sellaire, par J. FROMENT, H. SAVET et G. BRIAND (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, séance du 29 février 1944).

Présentation d'un sujet de 40 ans atteint d'infantilisme typiquement thyroïdien avec abaissement du métabolisme basal et persistance des cartilages de conjugaison. La radiographie du crâne explique ce syndrome en révélant un élargissement considérable de la selle turcique avec calcifications imposant le diagnostic de cranio-pharyngiome.

R. C.

Tétanie et troubles mentaux, par Jacques DECOURT, Ch.-O. GUILLAUMIN et J. CHAILLET (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 28 avril 1944).

Observation d'une jeune fille de 16 ans ayant présenté (après de graves restrictions alimentaires), de l'aménorrhée, des accès de tétanie, des troubles mentaux nécessitant l'isolement (état d'agitation succédant à un état de stupeur confusionnelle), et de l'hypocalcémie. Ces accidents guérirent en une dizaine de jours, après administration de calcium par injection intraveineuse et de vitamine D à haute dose. Rappelant la présence de troubles mentaux graves dans certains cas d'insuffisance parathyroïdienne, les auteurs concluent dans ce cas à l'existence d'une insuffisance parathyroïdienne relative, révélée par le facteur carenciel.

R. C.

Troubles neuropsychiques au cours du syndrome de Cushing, par SCHLEZINGER (N.-S.) et HORWITZ (W.) (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1940, p. 1313).

Les troubles mentaux sont fréquents au cours du syndrome de Cushing ; il s'agit le plus souvent d'états dépressifs d'intensité plus ou moins accusée. Les symptômes psychiques peuvent être dus à la dysendocrinie, mais le mécanisme de leur production reste obscur. Dans le cas rapporté, la malade âgée de 27 ans était atteinte de dépression mentale et présentait des signes neurologiques extra-pyramidaux ; ces manifestations s'étaient développées en même temps que le trouble endocrinien. L'examen anatomo-pathologique décéla parmi les glandes endocrines un adénome de l'hypophyse avec dégénérescence hyaline des cellules basophiles.

L. M.

L'hypophyse au cours de la carence C, par A. GIROUD et P. DESCLAUX (*Société de biologie, séance du 17 juin 1944*).

Diverses données révèlent des modifications fonctionnelles de l'hypophyse au cours de la carence C. Les auteurs constatent ces transformations morphologiques. Les lobes nerveux et intermédiaire ne sont pas modifiés. Dans le lobe antérieur il y a, par contre, une dégranulation et une régression des cellules acidophiles très marquée. Les modifications des basophiles le sont moins.

R. C.

Action masculinisante de l'acétate de désoxycorticostérone, par A. GIROUD, P. DESCLAUX, M. MARTINET et J. PIAT (*Société de biologie, séance du 10 juin 1944*).

Les données de la littérature divergent au sujet de l'activité masculinisante de l'acétate de désoxycorticostérone. En utilisant un produit purissime, les auteurs ont constaté, chez le rat, qu'il n'y a aucune action masculinisante, malgré l'emploi de très fortes doses.

R. C.

Implantation sous-cutanée d'hormones (surtout testostérone), par TURPAULT (*Société d'endocrinologie, séance du 27 janvier 1944*).

M. Turpault rapporte les résultats de ses implantations hormonales chez la femme et chez les animaux, depuis 1938. Implantation dans la graisse (hormone liposoluble). L'auteur insiste sur l'importance de la surface pour l'absorption. Quantité implantée : 300 à 1.500 mg, suivant les cas. La testostérone a été implantée en particulier par l'auteur dans : trois cas d'hyperthyroïdie avec deux bons résultats ; chez un hypotrophique avec bons résultats, etc. Effet aphrodisiaque toujours très net, même chez les vieilles femmes.

R. C.

Etudes sur la quantité des hormones sexuelles dans l'homosexualité, l'enfance et au cours de troubles variés neuropsychiatriques, par NEUSTADT (R.) et MYERSON (A.). (*The American Journal of Psychiatry*, novembre 1940, p. 524).

Les recherches ont porté sur les urines de 200 individus ; 600 déterminations ont été faites. Sur 29 homosexuels, 25 avaient un abaissement de l'hormone mâle et un excès d'hormone femelle. Chez un eunuque, on constata une diminution de la moitié du taux normal des hormones mâles sous la forme d'androstérone. A noter une forte excrétion des hormones sexuelles dans les tumeurs des glandes surrénales, une faible excrétion dans les maladies hypophysaires, dans l'encéphalite épidémique, la cachexie de Simmond, le diabète insipide, la sclérodermie. Aucune relation pathogénique entre l'excrétion hormonale et la mélancolie d'involution. Chez les enfants, accroissement graduel des androgènes et des estrogènes suivant l'âge et le développement physique.

L. M.

Hypercalcémie provoquée par le dipropionate d'œstradiol chez le cobaye,
par G. POUMEAU-DELILLE et J. FABIANI (*Société de biologie, séance du 22 avril 1944*).

Les auteurs rappellent que l'action hypercalcémiant de la folliculine est admise sans discussion par tous les auteurs chez l'oiseau ; les résultats obtenus sont, par contre, fort discutés chez les mammifères. Le dipropionate d'œstradiol injecté à la dose de 1 mg. par jour durant 25 jours chez des femelles de cobayes adultes provoque une hypercalcémie d'apparition tardive et élevée jusqu'à 290 mg. Le benzoate d'œstradiol n'a, par contre, aucune action notable sur la calcémie.

R. C.

Spasme prolongé de l'artère centrale de la rétine. Rôle des glandes endocrines, par A. KOUTSEFF (de Toulon). (*Société d'ophtalmologie de Paris, séance du 19 février 1944*).

M. A. Koutseff a observé un spasme prolongé (plus de cinq mois) de l'artère centrale de l'œil gauche. Signes classiques rappelant ceux de l'« embolie ». Il s'agit d'une femme en état de préménopause avec troubles endocriniens (hypertonie endocrino-sympathique), grande instabilité de la pression générale, sans hypertension artérielle, et rétinienne.

Un passé aortique fait penser à l'hérédosyphilis qui, de même que l'hérédotuberculose, prédispose aux troubles endocriniens. L'auteur incrimine particulièrement l'hyperfolliculinémie. Il signale aussi, après Oppel, le rôle des émotions violentes dans l'étiologie des spasmes. En physiologie, Cannon a signalé que si on montre un chien à un chat on provoque chez ce dernier une décharge de sympathine, identique à l'adrénaline. Or, la malade dont la maison a été très menacée par le bombardement a présenté, à cette occasion, des troubles visuels.

R. C.

Electro-choc et régulations neuro-endocriniennes, par Jean DELAY, SOULAIRAC, RIVIÈRE et CORTEEL (*Société d'endocrinologie, séance du 23 mars 1944*).

Ces auteurs ont étudié l'action de l'électro-choc sur la régulation neuro-endocrinienne et ils concluent qu'elle s'exerce par l'intermédiaire du système hypophyso-diencephalique. Le syndrome sympathique, et spécialement l'hyperglycémie, ne peut être rapporté à la seule excitation médullo-surrénale car il s'observe encore chez l'animal surrénalectomisé, il peut être reproduit par excitation hypophyso-diencephalique. L'électro-choc produit d'autre part diverses modifications du cycle sexuel : raccourcissement du cycle, aménorrhée hyperhormonale, syndrome intermenstruel. L'expérimentation faite chez la rate démontre clairement, par le test de l'hyperkératinisation vaginale, l'augmentation de l'activité œstrogène.

R. C.

Le milieu interne et le comportement de l'organisme ; le rôle des sécrétions internes, par C. RICHTER (*The Journal of Psychiatry, janvier 1941 p. 878*).

Démonstration expérimentale que le maintien constant du milieu interne dépend, non seulement de facteurs physiologiques, mais aussi de facteurs

dependant de la réaction de l'organisme tout entier. Expériences sur des rats comprenant la déshydratation due à la suppression de l'hormone anti-diurétique du lobe postérieur de l'hypophyse, les basses températures par la thyroïdectomie, la balance calcique par la parathyroïdectomie, la balance hydro-carbonée par la pancréatectomie.

L. M.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Prophylaxie générale, hygiène mentale et thérapeutique des névroses (Allgemeine Prophylaxe, psychische Hygiene und Therapie der Neurosen), par le Prof. R. BRUX (de Zurich). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, mai 1942, p. 230-234).

Les névroses sont de plus en plus répandues : c'est un mal social qui tient aux conditions de la civilisation actuelle : difficultés de la vie urbaine, course à l'argent, persistance des préjugés relatifs à la question sexuelle, que dénonçait jadis Aug. Forel. L'hygiène mentale doit remplir une double tâche : tout d'abord, s'opposer à la formation des névroses et, dans ce but, la prophylaxie doit s'exercer dès les premières années, voire dès les premiers mois de la vie, alors que s'établissent les réflexes conditionnés, c'est-à-dire bien avant la constitution du Moi.

Le système moderne d'assurances, qui prévoit les éventualités les plus diverses, est un facteur de moindre résistance à la névrose (von Monakow). Aussi a-t-on tenté, non sans succès, en Amérique, de confier par avance au psychiatre les névrosés assurés.

La seconde tâche de l'hygiène mentale consiste à dépister les névroses latentes et les névroses larvées ; le rôle essentiel appartient ici au médecin de famille, particulièrement qualifié pour éduquer l'entourage, éviter les causes de conflits ou faire accepter les traitements qui s'imposent.

J. VIÉ.

Des soins à donner par la communauté aux déficients mentaux, par E. HUMPHREYS (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 42).

L'auteur demande que les subnormaux reçoivent une assistance plus adéquate à leur état. Il établit le nombre probable de ces sujets par rapport à la population totale. La psychiatrie doit s'intéresser à l'hygiène mentale, à l'éducation des subnormaux, aux problèmes sociaux qu'ils entraînent.

L. M.

Sur la protection de la santé psychique de l'enfant (Über den seelichen Gesundheitsschutz des Kindes), par Heinrich MENG (de Bâle). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, décembre 1942, p. 542-545).

L'auteur présente ici les idées et les observations du pédiatre F. Stirnimann (de Lucerne), sur la psychologie du nouveau-né et du petit enfant ; ce n'est pas un être purement réflexe et, dès les premiers jours, les réactions révèlent une petite personnalité, des réactions télépathiques, des phé-

nomènes de mémoire, des associations, des interractions avec l'environnement ; d'où certaines directives d'hygiène mentale ; le petit enfant a droit à une affection qu'oriente dans un bon sens le sentiment maternel. Les punitions corporelles seront limitées aux cas où l'enfant doit être préservé d'un danger. Cette hygiène mentale est aussi nécessaire à l'enfant qu'une alimentation correcte.

J. Vié.

Notation chiffrée ou notation verbale ? Un chapitre pratique d'hygiène mentale (Ziffern-oder Wortzeugnis ? Ein Kapitel praktischer Psychohygiene), par H. MENG (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, août 1941, p. 381-384.

L'école ne doit pas seulement transmettre le savoir, mais aider l'adolescent à devenir un membre utile de la société humaine. Avec le système de notation chiffrée actuel, l'intérêt de beaucoup d'élèves se porte en entier sur leurs propres notes et celles de leurs condisciples, le moyen devient une fin en soi. Et des conflits surgissent, faisant éclore des sentiments d'infériorité, de dépendance, de domination ; trois éléments jouent : la classe, le maître, les parents. Les notes hebdomadaires multiplient ces réactions affectives, qui diminuent la réceptivité et la productivité du maître et de l'élève.

L'expérience de la notation verbale dans l'école moderne est minime. En principe, elle doit éveiller un esprit plus sain, plus sociable, développer la classe considérée comme un tout, et faire disparaître des causes d'anxiété. Mais le succès de toute méthode dépend en partie de la compréhension des personnes qui l'appliquent...

J. Vié.

Divorce, détresse des enfants (Ehescheidung-Kindernot), par E. HAUSER (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, juin 1941, p. 257-269).

La famille traverse une crise. La fréquence du divorce, en particulier, constitue un danger grave, qui atteint fortement la Suisse : avant 1914, on comptait 24 divorces pour 10.000 mariages, et ce nombre n'a cessé de croître.

La moitié des ménages ainsi rompus n'ont pas d'enfant ; un quart environ n'en ont qu'un seul. La dysharmonie de la vie familiale est désastreuse pour les enfants : leur affection se partage entre le père et la mère, ils perdent toute confiance dans la direction des parents, et aussi toute confiance en eux-mêmes, tout sentiment d'équilibre.

Lorsque les parents ont décidé le divorce, ils ne cachent plus leur mécontentement. Des étrangers s'immiscent dans la vie familiale. Les enfants sont attribués au père ou à la mère, ou encore séparés des parents et placés. Parfois, les parents arrivent à un accord sur le sort des enfants, mais le plus souvent pour des motifs égoïstes. Souvent, les parents se disputent les enfants, chacun cherche à les attirer vers soi. « Insécurité et abandon » (Lutz) en sont les conséquences capitales.

Le divorce réalisé, les rapports des enfants et des parents sont la source

de multiples chocs affectifs. C'est une tâche difficile et une grosse responsabilité pour les juges de trouver dans chaque cas la solution adéquate. Parfois, l'influence du divorce est favorable pour les enfants ; néanmoins, il en résulte toujours un dommage. Aussi faut-il tout faire pour en réduire la fréquence, et avant tout pour remettre en valeur l'importance morale de la vie familiale, qui avait été si bien mise en évidence en Suisse par Gottlieb, par Gottfrid Keller, par Pestalozzi.

J. Vié.

Comment améliorer l'action de l'interdiction suisse du mariage aux faibles d'esprit et aux malades mentaux ? (Wie kann die Wirkung des schweizerischen Eheverbotes für Urteilsunfähige und geisteskranken verbessert werden ?), par B. DUKOR (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, novembre 1941, p. 533-547).

Dans ce rapport au Comité suisse d'hygiène mentale, B. Dukor étudie les moyens d'intensifier l'action de l'article 97 du Code civil suisse, qui porte interdiction de mariage pour les déficients psychiques. Certes, le législateur n'avait pas envisagé le point de vue de l'eugénique. L'interdiction de mariage n'est cependant pas moins utile du point de vue eugénique que du point de vue social. Et quoi qu'en dise la propagande en faveur des mesures d'hygiène raciale négative, l'action de la stérilisation sur l'extinction des maladies mentales demeure très limitée. Pour beaucoup de schizophrènes et de faibles d'esprit, l'interdiction de mariage limite leur reproduction, car ces sujets trouvent peu d'occasions extra-conjugales ; et chez les autres malades mentaux, l'internement apporte le frein nécessaire.

Toutefois, l'article 97 ne donne pas son maximum d'effet, car on l'applique rarement, et son application donne lieu à des interprétations différentes. Après une étude juridique approfondie, l'auteur montre que la révision de l'article 97 n'est pas nécessaire, car il permet d'atteindre toutes les formes d'anomalies mentales. Mais il faudrait l'interpréter dans le sens d'une orientation vers la stérilisation volontaire, qui permettrait le mariage aux schizophrènes, épileptiques et psychopathes, dont le jugement est conservé. La loi deviendrait ainsi plus efficace et plus humaine. Une modification de la jurisprudence de l'art. 109 du Code civil suisse en rendrait l'application plus étendue.

J. Vié.

ASSISTANCE

L'assistance familiale, ressource sociale pour la récupération des malades mentaux, par H. MOLHOLM et W. BARTON (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 33).

Etude concernant 299 cas se rapportant à des sujets placés dans des familles par le Worcester State Hospital. Il s'agit de malades tranquilles, sans réactions violentes. 65 0/0 avaient été hospitalisés moins de deux ans avant leur placement familial ; 42 0/0 furent mis en liberté ; 22 0/0 restèrent dans les familles. Les facteurs contribuant le plus à la guérison sont, l'état du malade mis à part, l'intérêt que portent les nourriciers aux mala-

des, le travail et les distractions. Exposé des avantages de cette assistance pour les malades que leurs propres familles refusent de garder ou qui n'ont pas de famille.

L. M.

Notes sur les problèmes concernant le suicide et l'évasion, par L. WOOLLEY et A. EICHERT (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 110).

Toute personne atteinte mentalement peut présenter d'une façon potentielle une tendance au suicide ou à l'évasion. La meilleure prévention réside dans l'instruction du personnel.

Des ennuis éprouvés par les malades hospitalisés proviennent de leurs tendances sexuelles concentrées dans un milieu homo-sexuel ; les inconvénients peuvent être supprimés en partie en augmentant autant que possible le contact des malades des deux sexes. L'attribution d'une infirmière spéciale à un malade pour prévenir toute tentative de suicide ou d'évasion n'est justifiée que si le malade présente une tendance manifeste au suicide ou à l'évasion, et cette tutelle doit être supprimée dès que possible.

L. M.

Considérations sur douze cas d'intoxication par des huiles ayant servi à l'alimentation et contenant du triorthocrésylphosphate, par Georges GUILLAIN et P. MOLLARET (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 29 février 1944).

Le danger est réel des intoxications par les huiles industrielles employées comme succédanées des huiles naturelles. MM. Georges Guillain et P. Mollaret en rapportent douze observations de malades traitées en une année à la Clinique neurologique de la Salpêtrière. Ces intoxications, de plus en plus fréquentes, ont un pronostic grave et en rapport avec la localisation du toxique, non seulement sur les nerfs périphériques, mais aussi sur les cellules des cornes antérieures de la moelle et sur les faisceaux pyramidaux, lésions centrales dont l'importance est primordiale. De plus, les auteurs attirent l'attention sur les particularités cliniques observées chez ces douze malades : intervalle libre de 8 à 30 jours entre la date de l'intoxication et le début des troubles nerveux ; troubles digestifs après le repas toxique ; début par crampes, sensations de raideur, de tiraillement, de froid dans les membres inférieurs ; atteinte constante des membres inférieurs, atteinte moins marquée des membres supérieurs, cependant une seule fois indemnes sur douze cas ; absence de troubles des sensibilités superficielles ou profondes ; troubles sphinctériens légers dans deux cas ; éosinophilie dans neuf cas sur douze ; possibilité de séquelles sérieuses et pronostic surtout sous la dépendance des lésions médullaires cellulaires et pyramidales ; indications thérapeutiques (électrothérapie, agents physiques, vitamines) et prophylactiques.

Sur la proposition de MM. Georges Guillain et P. Mollaret, l'Académie de médecine a émis le vœu « que la Direction des usines utilisant des huiles contenant du triorthocrésylphosphate avise les ouvriers de la toxicité de ces huiles et de leurs dangers pour l'usage alimentaire ».

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

Les traitements de choc des psychoses. A propos de 180 cas traités à l'hôpital psychiatrique de Lommelet entre 1937 et 1943, par A. LE GRAND (Société médicale et anatomo-clinique de Lille, séance du 8 juin 1943).

L'examen de tous les cas de psychoses traités par l'auteur, au cours des six dernières années, par des chocs insuliniq.ue, cardiazolique et électrique lui permet de constater un pourcentage de résultats heureux de 50 pour 100, avec environ 36 pour 100 de guérisons. Il a pu constater que les résultats du choc insuliniq.ue étaient particulièrement brillants dans les états schizophréniques pris au début. Par contre, les résultats les plus heureux dus à la convulsivothérapie se rencontrent dans la cure des états mélancoliques, que ceux-ci relèvent de la psychose maniaque-dépressive ou qu'il s'agisse de mélancolies involutives. Dans ces cas, l'ordre de grandeur des succès atteint environ 80 pour 100.

L'auteur estime que les traitements de choc, maniés avec prudence et sous surveillance bien faite, représentent une thérapeutique très peu dangereuse et sans inconvénient sérieux pour l'avenir des malades autant qu'il est actuellement possible de le dire, vu le faible recul dont on dispose. Il estime que les divers traitements de choc peuvent s'appliquer à un grand nombre de psychoses jusqu'à présent rebelles à la plupart des thérapeutiques et constituent un progrès thérapeutique de premier ordre.

R. G.

Traitement de la schizophrénie par les chocs médicamenteux, par BATEMAN (J.) et MICHAEL (N.) (The American Journal of Psychiatry, juillet 1940, p. 59).

Sur 410 sujets traités par le choc insuliniq.ue, 31,2 0/0 guérissent ; 12,9 0/0 furent améliorés. Le traitement par le métrazol ne donna pas d'aussi bons résultats, ce qui tient à ce qu'un certain nombre des sujets avaient été traités antérieurement sans succès par le choc insuliniq.ue. Sur 370 sujets traités, 15 0/0 guérissent ; 12,4 0/0 furent améliorés. Les auteurs rapportent un cas de mort au cours du traitement insuliniq.ue.

L. M.

Traitement de la schizophrénie par le choc pharmacologique, par ROSS, ROSSMAN, CLINE, SCHWOERER et MALZBERG (The American Journal of Psychiatry, mars 1941, p. 1007).

Traitement de 1.039 malades par le choc insuliniq.ue et comparaison des résultats avec le traitement non insuliniq.ue d'autres sujets. Avec le traitement insuliniq.ue, 12,9 pour 100 furent guéris, 27,1 pour 100 furent très améliorés, 25,3 pour 100 furent améliorés. Avec les autres traitements, 3,5 pour 100 furent guéris ; 11,2 pour 100 furent très améliorés, 7,4 pour 100 simplement améliorés. Une année plus tard, la guérison ne s'était pas maintenue dans la moitié des sujets guéris par le choc insuliniq.ue ; 12,6 pour 100 furent de nouveau guéris par la même méthode.

L. M.

ANN. MÉD.-PSYCH., 103^e ANNÉE, T. II. — Juillet 1945.

15.

Traitement de la schizophrénie par le coma insulinique, par HALPERN (F.) (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1940, p. 1153).

Les chances de rémissions semblent dépendre de la durée de la maladie, de sa forme et de son caractère évolutif ; les cas à début aigu sont plus sujets aux rémissions que les cas qui ont une marche lentement progressive. La durée de la rémission ne présente aucun rapport avec la durée de l'affection. Certaines rémissions survenant au cours d'un traitement prolongé ne sont pas dues au traitement. Les doses d'insuline nécessaires pour obtenir le coma sont moins élevées dans les cas récents que dans les cas chroniques.

L. M.

Traitement insulinique de la schizophrénie, par HEILBRUNN (G.) et STERLIER (R.) (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1940, p. 1203).

Sur 350 sujets atteints de schizophrénie et traités durant une période de trois ans, les auteurs constatèrent la guérison de 72 0/0 de ceux dont la durée de la maladie était inférieure à sept mois, de 35 0/0 de ceux dont la durée était de sept à dix-huit mois, enfin de 10 0/0 dans les cas où l'affection avait une durée de plus de dix-huit mois.

Les traitements simultanés par l'insuline et le métrazol ne donnèrent pas de meilleurs résultats chez les sujets traités antérieurement par l'un ou l'autre produit. Les crises épileptiformes survenues chez 33 0/0 des malades n'eurent aucun effet thérapeutique. Le nombre des rechutes fut particulièrement élevé chez les sujets qui avaient présenté antérieurement des rémissions spontanées. Les chances de guérison diminuent à mesure que les rechutes sont plus nombreuses. Les rechutes surviennent souvent dans les six mois qui suivent la suspension du traitement.

L. M.

Observations cliniques au cours du traitement insulinique de la schizophrénie, par FRESTIG (J.-P.) (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1940, p. 1167).

La progression des symptômes au cours du coma suit un ordre inverse à l'âge phylogénétique des divers niveaux du système nerveux. D'abord, l'activité du cortex est supprimée, libérant ainsi l'action des ganglions de la base ; puis, à mesure que l'activité des ganglions de la base diminue, l'inhibition porte sur le bulbe. Si les signes d'inhibition du bulbe ne se produisent pas après le rétrécissement des pupilles et la disparition du réflexe cornéen, on peut s'attendre à un coma différé. La rapidité de l'apparition et de la disparition des symptômes dépend du nombre des unités d'insuline. Pour obtenir les meilleurs résultats thérapeutiques, l'action de l'insuline doit avoir une durée de cinq heures environ.

L. M.

Résultats du traitement par le choc insulinique longtemps poursuivi, par E. BOND (96th annual meeting of the American psychiatric association, Cincinnati, 22 mai 1940).

113 schizophrènes ont été traités pendant trois ans. Il résulte que, plus les sujets sont suivis longtemps, plus le nombre des rechutes augmente. Le pourcentage des bonnes rémissions reste cependant de 30 0/0. L. M.

Effets comparatifs des doses d'insuline amorphe nécessaires pour produire le coma, suivant qu'elles sont administrées en injections intra-veineuses ou sous-cutanées, chez des sujets atteints de psychose, par I. SCHERMAN, J. MERGENER et A. LOW (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 77).

Etude portant sur 13 schizophrènes. Le sucre sanguin diminue plus rapidement sous l'influence des doses d'insuline amorphe nécessaires pour produire le coma quand celles-ci furent administrées en injections intra-veineuses.

La glycémie s'abaisse aussi rapidement avec de faibles doses d'insuline qu'avec de fortes doses quand elles sont administrées en injections intra-veineuses ; le retour de la glycémie à la normale se fait rapidement dans le premier cas tandis que dans le second il est lent, ce qui entraîne le coma. Aucune différence entre les doses nécessaires pour obtenir le coma, que celles-ci soient intra-veineuses ou sous-cutanées. Rien de spécial concernant les complications.

L. M.

Facteurs pronostiques dans le traitement par le choc insulinaire, par CL. CHENEY et H. CLOW (96th annual meeting of the American psychiatric association, Cincinnati, 22 mai 1940).

65 malades ont été traités ; la plupart étaient atteints de démence précoce. La recherche des facteurs porte sur la personnalité, les causes déterminantes, la durée de la maladie avant le traitement, les types réactionnels et la symptomatologie. Les résultats du traitement n'ont aucune relation avec les doses d'insuline employées, la longueur du traitement et le nombre des comas ou des crises convulsives.

L. M.

Du coma prolongé dans le traitement des psychoses par le choc insulinaire, par H. CLECKLEY et C. TEMPLETON (*The American Journal of Psychiatry*, janvier 1941, p. 844).

Les auteurs ne trouvent aucune explication pour cette grave et imprévisible complication du choc insulinaire, qui peut se prolonger parfois chez des sujets chez lesquels le coma n'est pas très profond. Les thérapeutiques vitaminiques généralement employées (acide nicotinique, riboflavine) ne leur ont pas donné de résultats appréciables.

L. M.

Considérations sur deux cas de coma irréversible au cours du traitement par la méthode de Sakel, par H. MARQUES DE CARVALHO (*Arquivos do serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São-Paulo*, décembre 1939, p. 393).

Sur 103 malades traités par l'insulinothérapie, on ne relève que deux accidents graves. Dans le cas n° 1, le traitement fut ultérieurement complété par le cardiazol et la protéinothérapie. Dans le 2° cas, après un coma grave apparurent des complications pulmonaires évoluant rapidement vers une

tuberculose mortelle. L'examen histologique montra des lésions dégénératives diffuses, touchant en particulier la région hypothalamique. Par contre, aucune réaction vasculaire ou périvasculaire. Dans deux autres cas, on nota une symptomatologie pyramidale ou extrapyramidale ; dans un dernier cas, des crises épileptiformes subintrantes.

AJURIAGUERRA.

Traitement par le choc insulinique ; mort due à la gangrène pulmonaire par FUNST (W.) (*The American Journal of Psychiatry*, septembre 1940, p.380).

Il s'agit d'un cas d'œdème pulmonaire pendant le coma insulinique ; la mort est survenue le cinquième jour par gangrène pulmonaire. L'auteur pense que l'œdème pulmonaire résulta d'une hyperadrénalinémie avec faiblesse ventriculaire gauche et de troubles vaso-moteurs pulmonaires d'origine centrale et périphérique. La gangrène pulmonaire fut la conséquence d'une infection secondaire.

L. M.

Le curare : moyen préventif des complications traumatiques au cours des chocs thérapeutiques convulsifs, par A. BENNETT (*The American Journal of Psychiatry*, 1941, p. 1008).

Une curarisation préliminaire avant le début du choc par le métrazol élimine toutes les chances d'un traumatisme. Elle ne contrarie en rien les effets thérapeutiques du métrazol. L'auteur précise la technique qu'il a mise au point et qui permet une parésie motrice suffisante pour éviter tous les traumatismes dus aux contractures.

L. M.

Traitement des schizophrènes par la pyrétélectrochothérapie, par J. FUSTER. (Communication à l'Académie des Sciences médicales de Barcelone, 1^{er} juin 1943).

Cette méthode consiste dans la provocation de la crise convulsive par l'électrochoc sur des malades soumis simultanément à une température de 39° à 40° par l'action d'un agent pyrétogène chimique soufré. Des psychoses irréductibles ou peu influençables par les méthodes convulsivantes ou de Sakel furent améliorées ou guéries par ce traitement. L'auteur ne signale aucun accident.

AJURIAGUERRA.

L'électro-choc thérapeutique, par Paul DELMAS-MARSALET (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 15-30 mai 1943).

Exposé technique et doctrinal de l'électro-choc thérapeutique. Au point de vue technique, l'auteur oppose les appareils empiriques et les appareils non empiriques ; ceux-ci déterminent sous un faible voltage la résistance cranienne et tentent d'accommoder le courant d'électro-choc à cette donnée physique ; l'appareil imaginé par l'auteur et réalisé avec la collaboration de R. Bramerie échappe à la plupart des inconvénients signalés. Après avoir

passé en revue les résultats thérapeutiques en psychiatrie, en neurologie (troubles névropathiques), l'auteur souligne que l'électro-choc a permis une analyse de l'épilepsie convulsive. Il développe enfin la théorie de la dissolution-reconstruction qui donne une idée du mécanisme d'action de l'électro-choc : le psychisme pathologique peut être considéré comme un édifice dont les moellons sont agencés suivant un plan morbide ; le coma épileptique réalise la démolition de cet édifice ; la reconstruction qui suit peut consister dans un regroupement de ces moellons suivant un plan architectural normal ou voisin de la normale.

M. BERGOUIGNAN.

Résultats de la thérapeutique par l'électro-choc (expérience de 142 cas),
par P. DELMAS-MARSALET, J. FAURE et J. PELLETIER (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 15-30 janvier 1944).

Les auteurs rapportent les résultats statistiques relevés chez 142 malades traités à la clinique neuro-psychiatrique de Bordeaux : 1) Etats schizophréniques : schizomanies : 8 rémissions complètes sur 8 cas ; schizophrénies confirmées : 10 rémissions complètes sur 24 cas ; démences type Morel : 1 rémission incomplète sur 6 cas ; démences paranoïdes : 2 échecs sur 2 cas.

2) Psychoses maniaco-dépressives : mélancolies : 20 rémissions complètes sur 27 cas ; manie : 8 rémissions complètes sur 17 cas ; psychoses de choc ou d'épuisement : 14 rémissions complètes sur 14 cas ; bouffées délirantes des dégénérés : 3 rémissions complètes et 3 rémissions incomplètes sur 8 cas.

3) Confusions mentales : 6 succès sur 6 cas.

Les autres rubriques concernent des indications moins courantes : délire chronique non hallucinatoire : 3 échecs sur 3 cas ; délires hallucinatoires : 2 rémissions incomplètes sur 3 cas ; constitution psychasthénique : 2 rémissions incomplètes sur 3 cas ; constitution hypochondriaque : 7 échecs sur 7 cas ; constitution perverse : 2 échecs sur 2 cas ; manifestations névropathiques : 4 guérisons sur 9 cas.

M. BERGOUIGNAN.

Le contrôle électro-encéphalographique de la thérapeutique par l'électro-choc,
par Jean DELAY, P. NEVRE et Mlle LERIQUE-KOECHLIN (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 26 mai 1944).

Les auteurs ont étudié les modifications des ondes cérébrales pendant et après l'électro-choc. Les modifications bio-électriques contemporaines des convulsions sont identiques à celles de l'épilepsie spontanée : la phase tonique est marquée par une tachyrythmie avec énorme augmentation de l'amplitude, la phase clonique par des bouffées de pointes rapides, la phase comateuse par des grandes ondes lentes qui disparaissent avec le retour de la conscience. Chez 25 à 30 pour 100 des malades examinés après des séries d'électro-chocs, le rythme électrique présente des anomalies consistant en bradyrythmie de types divers, les unes légères, les autres intenses, les unes sans augmentation, les autres avec augmentation de l'amplitude. Chez la plupart des sujets, les altérations sont peu durables, mais on les a vu persister plusieurs semaines après la dernière séance. Elles sont nettement plus

fréquentes, plus intenses et plus durables chez les sujets ayant eu de nombreux électro-chocs. Aussi, les auteurs conseillent-ils de ne pas dépasser dans une première série 12 électro-chocs et de faire, dix jours après la dernière séance, un examen électro-encéphalographique, la persistance des grandes ondes lentes, signe de souffrance cérébrale, contre-indiquant au moins provisoirement la reprise du traitement convulsivant.

R. C.

La réaction pupillaire dans l'électro-choc, par J. DELAY et DUBAR (*Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 16 novembre 1943).

Dès la fin du passage du courant, les pupilles se dilatent et cette mydriase avec abolition du photo-moteur, maxima à la fin de la période tonique, s'accompagne d'élargissement de la fente palpébrale et d'exophtalmie. Le diamètre des pupilles diminue au cours de la période convulsive, atteignant en période stertoreuse un myosis marqué. A la fin de la crise, la pupille reprend sa taille normale. Cette action, très rapide, ne paraît pas relever d'un mécanisme humoral, mais bien plutôt de la mise en jeu du centre dilatateur hypothalamique de Karplus et Kreidl.

R. C.

Le poumon de l'électro-choc, par A. BRETON et J. DEVALLET (*Société de médecine du Nord*, séance du 26 novembre 1943).

Ayant observé derrière l'écran la cage thoracique de sujets soumis à l'électro-choc, les auteurs ont découvert toute une gamme d'anomalies passagères et apparemment sans suite clinique, anomalies d'autant plus nettes que la crise épileptique est plus forte et provoquée surtout par des courants de longue durée, de voltage élevé, d'intensité croissante.

En ce qui concerne le poumon, ces anomalies consistent habituellement en une diminution de la transparence générale à point de départ hilair, dues à des perturbations de l'hydraulique circulatoire et de la tension dans le domaine de la pulmonaire, et, plus exceptionnellement, en l'apparition de plages sombres, limitées à un territoire et attribuables à des spasmes bronchiolaires.

Le cœur peut présenter des troubles du rythme, qui peuvent aller parfois jusqu'à l'arrêt trémulatoire s'étendant depuis le spasme électrique jusque peu avant la fin de la période clonique, cessant toujours avant la reprise inspiratoire.

R. C.

Electro-choc et tuberculose, par A. BRETON, DOREMIEUX et DELVALET (*S. c. de médecine du Nord*, séance du 31 mars 1944).

D'après les auteurs, les formes parenchymateuses fibreuses ou à très haute prédominance fibreuse, les formes stabilisées depuis longtemps, même sous pneumothorax, les pachypleurites séquelles, les reliquats de primo-infection ne sont pas des contre-indications. L'augmentation de poids est due à la reprise de l'appétit. S'abstenir dans les tuberculoses caséuses et fébriles. Être très prudent pour les infiltrations de début. Temporiser pour les pleurésies et péritonites jusqu'à assèchement. De toute façon sous surveillance radiologique.

R. C.

De l'histamine dans le traitement des psychoses, par ROBB (R.), KOVITZ (B.) et RAPOPORT (O.) (*The American Journal of Psychiatry*, novembre 1940, p. 601).

Les effets de l'histamine consistent en stimulation de la sécrétion glandulaire, en particulier des glandes gastriques, en stimulation des muscles lisses, en vaso-dilatation des capillaires avec secondairement un abaissement de la tension sanguine et un ralentissement de la circulation. Après traitement par le sulfate d'histamine, aux doses progressives de 0,01 milligr. à 1,0 milligr., les auteurs notèrent chez les catatoniques une amélioration des troubles psychomoteurs, une diminution du barrage intellectuel. L'emploi des tests de Rorschach montra que les modifications psychologiques étaient semblables à celles observées après le traitement par le métrazol.

L. M.

Action de l'acide nicotinique dans la stupeur, la léthargie et autres désordres variés de la personnalité, par V. P. SYDEXTRICKER et H. CLEKLEY (96 annual meeting of the *American psychiatric association*, Cincinnati, 21 mai 1940).

Nombreux états mentaux tels que confusion mentale, délires et troubles de la personnalité, considérés à tort comme ayant une origine toxique, sont dus à une alimentation pauvre en acide nicotinique. Le traitement de cette hypovitaminose par l'acide nicotinique donne dans de tels cas une guérison rapide.

L. M.

Le traitement bulgare du parkinsonisme avec rapport spécial sur son action sur les symptômes mentaux, par F. GAYLE et J. PETTIS (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1941, p. 1175).

Les résultats les plus favorables furent obtenus chez plusieurs malades impotents, qui purent marcher, s'habiller et se conduire seuls. Les symptômes reparurent après suspension du traitement. Celui-ci agit mieux dans le parkinsonisme postencéphalitique que dans la maladie de Parkinson.

L. M.

Le tartrate d'ergotamine, médication préventive de la migraine ophthalmique, par Pierre BLAMONTIER (*La Presse médicale*, 3 juin 1944).

Contrairement aux auteurs qui déconseillent l'administration indéfiniment prolongée du tartrate d'ergotamine pour éviter une crise migraineuse épisodique, M. Pierre Blamontier conseille ce traitement préventif quand il s'agit de la forme ophthalmique du syndrome migraineux, avec ses multiples et variables sensations : scotome scintillant et ses équivalents, hémianopsies précédant l'hémicranie habituelle. Il rapporte sept observations de malades traités par la prise quotidienne de gynergène pendant des mois et même pendant des années (cinq et sept ans). Il estime que ce traitement préventif doit être continué sans aucun arrêt.

Rapprochant cette action de l'action du gardénal dans l'épilepsie, M. Pierre Blamontier conclut que, de même que le gardénal supprime les accidents

épileptiques mais non la maladie, le gynergène, pris régulièrement à titre préventif dans la migraine ophtalmique, atténue notablement la céphalalgie et fait disparaître les troubles visuels qui la précèdent, sans qu'on puisse toutefois parler de guérison.

René CHARPENTIER.

Accidents mortels dus à l'injection intraveineuse de morphine-scopolamine, par HUET (*Académie de chirurgie*, séance du 10 mai 1944).

Sur un très grand nombre d'anesthésies par injection intraveineuse de morphine-scopolamine, M. Huet a eu deux cas de mort, dans des cas de réduction de fracture du col du fémur. Il en attribue la cause à la scopolamine.

Dans la même séance de l'Académie de Chirurgie, MM. Rudler, Robert Monod, J. Gosset, Basset, Moulouguet, Redon, Rüsch, Desplas, signalent également des cas de mort à la suite d'injection intraveineuse de morphine-scopolamine. Les trois premiers incriminent à la fois des embolies fracturaires et la susceptibilité de certains sujets à la scopolamine. Mais, les cas rapportés par M. Redon, en particulier, ayant été observés à l'occasion d'interventions sur la région carotidienne, M. Redon estime que la scopolamine en est entièrement responsable.

René CHARPENTIER.

Mécanisme de l'action thérapeutique de l'infection récurrentielle dans la paralysie générale, par C. LEVADITI et H. NOURY (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 25 janvier 1944).

Les auteurs ont cherché à préciser le mécanisme de l'action que la thérapeutique par l'infection récurrentielle exerce dans la paralysie générale. Des souris, syphilitées depuis 181 jours et parfaitement contaminées, ont été infectées, par voie intrapéritonéale, avec du sang d'autres souris, riches en *Sp. duttoni* et sacrifiées à des intervalles divers. Examens et inoculations à d'autres souris. Ces expériences ont montré l'absence de tout antagonisme entre le *Spirochaeta duttoni* et le *Treponema pallidum*, lesquels peuvent vivre en symbiose chez la souris pendant une longue période de temps, conservant chacun leur potentiel pathogène spécifique.

De sorte qu'au sujet du mécanisme d'action de la récurrentothérapie (et vraisemblablement aussi de la malariathérapie) dans la paralysie générale, on peut éliminer l'hypothèse d'un effet antagoniste exercé par le virus récurrentiel à l'égard du tréponème. En conclusion, s'il est permis de transposer, sans nulle restriction, ces données dans le domaine de la pathologie et de la thérapeutique humaines, MM. C. Levaditi et H. Noury estiment que l'hypothèse la plus raisonnable est celle d'une action simplement pyrétogène due au choc provoqué par l'infection surajoutée.

René CHARPENTIER.

Méningite prolongée à pneumocoques. Sulfamidothérapie intensive par le 2632 RP, par P. MICHON, R. ROUSSEAU et M. VÉRAIN (de Nancy) (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 26 mai 1944).

Chez une femme de 53 ans, la sulfamidothérapie classique par le thiazol et le 1162 F n'a eu qu'une action imparfaite. Du 24 novembre au 14 jan-

vier, 387 gr. au total ont été administrés par diverses voies et pourtant, malgré l'adjonction d'auto-vaccin, le syndrome méningé ne cède pas, la fièvre se maintient au-dessus de 38° et le liquide cultivé. Alors que l'intolérance et la cyanose sont gênantes pour des doses journalières de 12 gr., la sulfaméthylpyrimidine peut être donnée par doses quotidiennes de 20 gr., 40 gr. et, par la suite, 50 gr. sans incident pénible et avec une tolérance très satisfaisante. En quatre séries de traitement, du 15 janvier au 26 février, 448 gr. en tout sont donnés *per os*, amenant la disparition du syndrome méningé et une telle amélioration du liquide qu'il ne cultive plus le 25 février. La malade, qui échappe ensuite à l'observation, n'en succombe pas moins le 10 avril, sans avoir repris de 2632 RP. Elle semble avoir fait de nouvelles reprises évolutives de l'infection, dont huit recrudescences avaient été notées auparavant.

R. C.

A propos d'une méningite otitique purulente guérie par les sulfamides et compliquée dans ses suites immédiates de rhumatisme articulaire aigu, par R. MAYOUX et H. MARTIN (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, séance du 16 mai 1944).

Cette observation soulève les problèmes habituels de la sulfamidothérapie dans le traitement de la méningite purulente otitique et montre une fois de plus les heureux résultats de cette thérapeutique dans un cas particulièrement grave.

R. C.

MÉDECINE LÉGALE

Etude de la personnalité psychopathique dans notre criminalité. La situation juridico-pénale, par C. José Cruz (*Revista de Psiquiatria y disciplinas conexas*, octobre-décembre 1939, p. 221).

Sur 103 rapports psycho-anthropologiques, l'auteur en note 40, soit 13,2 0/0 correspondant à des types psychopathiques franchement définis. Par ordre de fréquence, on trouve des épileptoïdes, schizoïdes, cycloïdes, hystériques, mythomaniques et paranoïdes. Les deux premiers types étant de beaucoup les plus fréquents, ces individus doivent être considérés comme doublement dangereux ; la législation pénale devra adopter le critère de l'individualisation de la peine, c'est-à-dire fixer la peine en rapport avec le danger qu'ils représentent.

AJURAGUERRA.

Analyse des délinquances sexuelles chez les aliénés du sexe masculin, par S. Ruskin (*The American Journal of Psychiatry*, janvier 1941, p. 955).

6,7 0/0 parmi les 1.932 aliénés observés sont des délinquants sexuels ; 10,8 0/0 étaient déjà des délinquants sexuels avant le début de leur psychose ; 67 0/0 étaient célibataires, 15 0/0 mariés, les autres divorcés ou veufs. Les plus nombreux sont des schizophrènes ; viennent ensuite les sujets atteints de maladies mentales organiques, les séniles et les artério-

scléreux. Les psychoses maniaques-dépressives ne sont pas particulièrement prédominantes.

L. M.

Cent observations de délits sexuels, par G. HEUYER et SAUGUET (Société de médecine légale de France, séance du 9 octobre 1944, *Annales de médecine légale*, n° 9-12, septembre-décembre 1944).

MM. G. Heuyer et Sauguet rapportent dans cette importante communication cent observations résumées de délits sexuels ayant entraîné une inculpation et motivé une expertise médico-légale. De ces cent observations, vingt-trois concernent des récidivistes. Les auteurs rappellent les incertitudes de la jurisprudence. A côté de cas pour lesquels tous les médecins experts seront d'accord (paralysie générale, démence sénile, démence précoce, etc.), il est de nombreux obsédés sur lesquels les avis peuvent différer car, ajoutent MM. G. Heuyer et Sauguet, « à vrai dire, la question de responsabilité posée au médecin expert dans les délits sexuels est très souvent insoluble ». Qu'il s'agisse d'obsédés ou de pervers, ces sujets ont généralement une hérédité lourde ; d'autres symptômes, physiques ou psychiques, de dégénérescence, et le grand nombre parmi eux de récidivistes, prouve l'inefficacité de la sanction pénale. L'internement se montrant le plus souvent sans résultats, la responsabilité atténuée étant une prime à la récidive, M. G. Heuyer, se plaçant à un point de vue qui est moins psychiatrique que social, préfère souvent conclure à la responsabilité entière du sujet, tout en considérant la solution de la prison comme aussi mauvaise que celle de l'internement. En réalité, il s'agit de délinquants mentalement anormaux, pour lesquels notre Code pénal est insuffisamment armé et notre système pénitentiaire inadapté. Seule une loi analogue à la loi helgè de défense sociale permettrait d'obtenir la diminution du nombre des récidives.

René CHARPENTIER.

De la responsabilité civile des médecins, par M. Louis COUCHEPIN, Juge au Tribunal fédéral de Lausanne, *Conférence* faite à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne le 20 mai 1945 (*Médecine et Hygiène*, 15 juin 1945, Genève).

Au *xxi*^e siècle avant notre ère, à Babylone, le Code d'Hammurabi édictait déjà la responsabilité professionnelle des médecins. Cela, en des articles tels que le suivant : « Si le médecin a fait une blessure grave à un esclave et l'a fait mourir, il rendra au maître un esclave équivalent », ou celui-ci, plus énergique : « Si le médecin a fait à un homme libre une blessure grave et a fait mourir cet homme, on lui coupera les mains. » Depuis, les sanctions se sont modifiées, la responsabilité civile a évolué au gré des civilisations.

M. Louis Couchepin, dans une conférence très documentée, a récemment exposé les règles actuellement suivies par le Droit Suisse en matière de responsabilité médicale. Il ne s'agit ici que de responsabilité civile, c'est-à-dire du fait que chacun est tenu de réparer le dommage qu'intentionnellement ou par négligence, et d'une manière illicite, il cause à autrui, responsabilité civile différente de la responsabilité pénale,

La responsabilité civile n'existe que par la loi ; sa première source légale est le contrat d'où résulte pour chacune des parties (malade et médecin) des droits et des obligations. Les éléments de la responsabilité civile sont : le dommage, la faute professionnelle et le rapport de cause à effet entre la faute et le dommage. D'autre part, tout lien de causalité entre une faute et un dommage n'entraîne pas la responsabilité : il faut encore que la faute soit « adéquate », que les faits correspondent « au cours ordinaire des choses ».

Au nombre des fautes professionnelles, M. Louis Couchepin envisage successivement : les lacunes dans la formation professionnelle (c'est une faute de pratiquer l'art médical dans des cas particuliers si l'on n'a ni l'intelligence, ni les connaissances, ni la formation voulues, par exemple pour des opérations chirurgicales, ou si l'on néglige d'envoyer, dans certains cas, un malade consulter un spécialiste), l'examen insuffisant du malade (qui doit être fait avec conscience et diligence, avec tout le soin et tout le temps voulus, au moyen de toutes les méthodes d'investigation utiles), l'erreur de diagnostic (qui n'est pas nécessairement une faute, si l'examen du malade a été fait consciencieusement et selon les règles, mais qui peut en être une « si elle procède d'une faute de raisonnement ou de logique inexcusable, ou encore d'une ignorance professionnelle grave et également inexcusable »), le choix du traitement (la thérapeutique n'étant guère plus infaillible que l'analyse médicale, la jurisprudence est ici à peu près la même que pour le diagnostic : il suffit que « de bonne foi, en se conformant aux règles généralement admises de la science et de la pratique médicale, il (le médecin) ordonne le traitement ou décide de l'opération qu'il juge propre à guérir son malade »).

M. Louis Couchepin rappelle que le consentement du malade à subir telle opération ne suffit pas à disculper le chirurgien. Pour le traitement comme pour l'examen du patient, il appartient au médecin d'être diligent et de prendre toutes les mesures de précaution qui à l'ordinaire doivent être prises pour éviter que son traitement ou son intervention ne provoque des accidents. Les juges suisses apprécient plutôt strictement la négligence et l'imprudence des médecins ; des problèmes épineux se posent à propos de la maladresse (Fehlgriffe des auteurs allemands), mais ici le Tribunal fédéral est « très large dans son appréciation », il y a pour chaque cas particulier à séparer l'accident inévitable ou encore excusable de la faute, de la maladresse impardonnable, de l'ignorance des règles élémentaires, de la négligence manifeste.

La responsabilité civile des médecins est donc une chose sérieuse, qui peut créer au médecin de graves embarras. Cependant, les juges apprécient dans chaque cas les circonstances particulières, scrutent les nuances et les mobiles, tiennent compte de l'honnêteté, du sérieux et de la conscience professionnelle du médecin. « Les juges, pas plus que les médecins, ne peuvent « se payer le luxe de n'être que des savants. Ils doivent être beaucoup plus « que cela. Ils doivent être des hommes auxquels rien de ce qui est humain « ne peut être étranger. »

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JUNE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 juin 1945*, à 10 heures *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 juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 juin 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 9 juillet 1945*, à 10 heures *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 22 octobre 1945*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 novembre 1945*, à 15 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 novembre 1945*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

L'Assemblée générale et la séance ordinaire du mois de décembre de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 17 décembre 1945*, à 15 heures très précises, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Concours du médecat des hôpitaux psychiatriques

Un concours pour 20 places de médecin des hôpitaux psychiatriques aura lieu à Paris au Ministère de la Santé publique. Les épreuves commenceront le 20 décembre 1945. Clôture des inscriptions le 20 novembre 1945.

Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques

Un Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques vient d'être créé. Ses statuts ont été déposés le 26 juillet 1945 à la Préfecture de la Seine, sous le n° 9.084. Il fait suite à l'Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés, qui a été déclarée dissoute le 4 août 1945. Son siège social est à Paris, 1, rue Cabanis (14^e).

Son Bureau est ainsi constitué :

Secrétaire général : D^r DAUMÉZON (de Fleury-les-Aubrais).

Secrétaires : D^r X. ABÉLY (de Paris), D^r LAUZIER (de Dijon) et D^r SIVADON (de Ville-Evrard).

Trésorier : D^r NEVU (de Cadillac).

Trésorier-adjoint : D^r FOUQUET (de Paris).

Archiviste : D^r BESSIÈRE (de Paris).

Administrateurs : D^r BELEY (de Poitiers), D^r BERNARD (de Lille), D^r BONNAFÉ (de Saint-Alban), D^r H. EY (de Bonneval), D^r LE GUILLANT (de Paris).

Commission médicale des hôpitaux psychiatriques

Ont été élus membres de la Commission médicale des hôpitaux psychiatriques, instituée au Ministère de la Santé publique, par le décret du 25 décembre 1938 :

MM. les D^r X. ABÉLY (de Paris), DAUMÉZON (de Fleury-les-Aubrais), H. EY (de Bonneval).

Suppléant : M. le D^r LÉCULIER (de Dijon).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

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

La XLIV^e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Genève et à Lausanne du 22 au 27 juillet 1946.

Le *Bureau* sera constitué de la façon suivante : *Présidents* : M. le professeur A. POROT (d'Alger), président de l'Association, et M. le professeur Robert BING (de Bâle) ; *Vice-président* : M. le D^r J. HAMEL, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Maréville, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy ; *Secrétaire général* : M. le Doyen P. COMBEMALE (de Lille) ; *Secrétaire annuel* : M. le D^r Lucien BOVET, privat-docent à l'Université de Lausanne ; *Trésorier* : M. le D^r VIGNAUD (de Paris). M. le D^r BERSOT (du Landeron, Neuchâtel) a bien voulu accepter d'assurer les fonctions de trésorier pour les cotisations versées localement.

Les *rapports* suivants figurent à l'ordre du jour de cette session :

PSYCHIATRIE : *Conscience et mémoire dans l'épilepsie*. Rapporteurs : M. le D^r BRAUN, médecin-chef de l'asile suisse pour épileptiques de Zurich et M. le D^r SUTTER, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Blida-Alger.

NEUROLOGIE : *Les troubles nerveux réflexes extenso-progressifs. Essai clinique, pathogénique, thérapeutique et médico-légal*. Rapporteurs : M. le professeur BARRÉ (de Strasbourg) et M. le professeur G. DE MONSIEUR (de Genève).

THÉRAPEUTIQUE : *Indications respectives de l'insulinothérapie, de la cardiazolthérapie et de l'électrochothérapie*. Rapporteurs : M. le D^r Paul COSSA, neurologue des hôpitaux de Nice et M. le professeur M. MULLER (de Münsingen).

Rapporteurs : MM. les D^rs Ludwig BINSWANGER (de Kreuzlingen) et Roland KUHN (de Munsterlingen).

Société suisse de psychiatrie

L'Assemblée d'automne de la *Société suisse de psychiatrie* aura lieu à Berne et à Münsingen les 13 et 14 octobre 1945, sous la présidence du professeur M. MULLER.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La paralysie infantile à Bruxelles

L'épidémie de poliomyélite a commencé en mai et a atteint une mortalité de 20 0/0 des malades en traitement.

La stérilisation contrôlée des anormaux

L'évêque de Birmingham, le D^r W. Barnes, âgé de 71 ans, s'est prononcé en faveur de la suppression des êtres humains défectueux par le moyen de l'euthanasie ou de la stérilisation contrôlée des anormaux. Il s'est exprimé dans les termes suivants au congrès annuel des Coopératives de Nottingham : « On n'entend que trop souvent parler de la naissance d'enfants physiquement ou mentalement défectueux et de la délivrance que leur mort apporte à leurs parents. Je suis convaincu que, dans les cas de ce genre, le recours à l'euthanasie pratiquée à temps devrait être autorisé

avec des garanties convenables. Envisageant la question du point de vue chrétien, j'estime également que rien ne s'oppose à l'application d'une stérilisation contrôlée par les médecins. »

(*Médecine et Hygiène*, 15 juillet 1945).

ASSISTANCE

Résultats d'une enquête russe dans un établissement psychiatrique près de Berlin

Les colonels médecins russes E. Goldovsky et Platonov font part, dans *Medical Press* de juin 1945, de leurs constatations lors de l'enquête dont ils ont été chargés, à l'établissement psychiatrique d'Oberwaldemeseritz, le plus important des environs de Berlin.

Cet asile, luxueusement installé pour tous les services administratifs et médicaux, était peuplé d'une foule errante. Neurasthéniques, parkinsoniens, maniaques, schizophrènes et bien portants, mêlés, étaient livrés à leur propre sort. Tout le personnel médical avait fui avant l'arrivée des Russes par crainte d'être punis pour la *destruction systématique des malades* prouvée par l'examen des registres de l'asile. Cette destruction commença en 1940 ; à cette date, le nombre des internés atteignait 5.000. Ce flot de patients continua jusqu'en 1945. Il en restait seulement 1.000 à l'arrivée des Russes. Le dernier malade enregistré porte le n° 18.232 et le registre de 1944 porte : 3.948 malades entrés, 3.814 morts : 97 0/0 de mortalité. Les registres portent que la mort survenait généralement dans la semaine qui suivait l'entrée. La cause inscrite était : « intoxication sanguine, suite de brûlures et d'épuisement ».

Les anatomo-pathologistes russes qui purent pratiquer des examens sur les nombreux cadavres trouvés ne constatèrent que rarement des affections organiques ; mais on trouva des stocks énormes de médinal et de véronal ainsi que d'ampoules de scopolamine-morphine. Ces stocks furent révélés par l'infirmière-chef, du nom de Rataïchak, arrêtée dans les environs, qui était dans cet asile depuis vingt ans et qui s'exprime ainsi : « Au début de la guerre, les mises à mort chez nous étaient rares ; elles ne devinrent habituelles qu'après la nomination d'un nommé alter Grabovsky, membre du parti, non médecin !!! Il opérait avec le médecin-chef, Dr Mooz, lequel faisait le tri des condamnés à un « traitement ultime ».

Voici comment l'infirmière décrit ce traitement : « J'emmenais le malade dans une salle spéciale, je prenais à même le paquet trois cuillères à bouche de véronal ou de médinal que je dissolvais dans un grand verre d'eau. Si le patient refusait, on lui faisait boire la solution à la sonde. La dose ingurgitée faisait saigner du nez certains des opérés. Aux patients indociles, on injectait cinq à six ampoules de scopolamine et autant de morphine. Ils mouraient tous tranquillement, sans souffrances. »

L'infirmière-chef raconte cela avec le plus grand sang-froid et avoue qu'elle a ainsi empoisonné de mille à quinze cents personnes !

Les médecins russes arrêtèrent également un individu du nom de Gulke, qui aidait l'assistant du médecin-chef, nommé Weidemann. C'est lui qui

emplissait et passait les seringues de morphine-scopolamine à Weidemann.

Ces faits ont été confirmés par un médecin-dentiste israélite, du nom de Rosenberg, qui n'a obtenu son salut qu'en soignant gratuitement le personnel de ce singulier asile.

Les études médicales dureront six ans en U. R. S. S.

A partir de cette année, les études médicales seront prolongées de cinq à six ans. Ce prolongement de la scolarité a été nécessité par un complément d'études en anatomie, physiologie, chimie biologique, chirurgie interne, pédiatrie et gynécologie. Cette nouvelle extension des études a exigé la publication de 26 manuels nouveaux édités à 10.000 et jusqu'à 25.000 exemplaires.

(*Médecine et Hygiène*, 1^{er} juillet 1945).

Fabrication de la pénicilline en France

Une usine a été fondée en France pour la fabrication de la pénicilline. MM. P. Broch, J. Kerharo et J. Nétik utilisent dans l'installation biologique du Centre militaire de la pénicilline la culture du *penicillium notatum* sur milieu liquide en boîte de Roux. Ils réalisent industriellement la préparation, la mise en bouteilles, la stérilisation, l'ensemencement et la récolte des milieux, qui, au dernier stade, sont riches en pénicilline. Ces liquides refroidis sont envoyés à l'usine chimique.

Pour se procurer de la pénicilline le plus rapidement possible et utiliser une installation d'extraction chimique plus facile à réaliser et prête depuis janvier 1945, ces mêmes auteurs ont récupéré industriellement, dans les hôpitaux américains de la région parisienne, la pénicilline excrétée dans les urines des blessés traités avec ce médicament.

Ils décrivent l'organisation de la collecte et les procédés de stabilisation qu'ils ont mis au point pour éviter la destruction de la pénicilline, normalement très rapide. On obtient ainsi, avec un rendement intéressant, une pénicilline dont l'action sur l'animal et sur l'homme est absolument superposable à celle du produit américain.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1945 (4^e trimestre) — Numéro d'ordre : 167

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 71.678. — 1945

C.O.A.L. 31.2330.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES FORMES PSYCHIQUES PRÉCOCES DES CRANIO-PHARYNGIOMES

PAR

RISER, DARDENNE, FERDIÈRE et GAYRAL

On connaît la relative fréquence, à tous les âges, mais surtout chez les jeunes, de ces curieuses tumeurs épithéliales, de nature bénigne, qui se développent aux dépens des restes de l'évagination malpighienne pharyngée de l'embryon (poche de Rathke). Ce bourgeon épithélial va devenir la portion antérieure de l'hypophyse ; la tige qui le porte disparaît presque complètement. Cependant, certains vestiges peuvent demeurer sous différentes formes :

a) d'éléments malpighiens au voisinage de l'hypophyse, dans la selle turcique et dans l'hypophyse elle-même (nodules paramalpighiens de Roussy et Mosinger, siégeant le plus souvent dans la portion supérieure de la pars tuberalis) ;

b) d'éléments malpighiens encore, mais disséminés à la place de l'ancien pédicule hypophysaire, surtout en avant de la selle. Donc, dans l'hypophyse elle-même, et autour d'elle, dans la selle turcique ou dans le voisinage immédiat de celle-ci, de petites formations épithéliales demeurent en sommeil ; elles peuvent

s'accroître et former des tumeurs, les cranio-pharyngiomes ; le volume de celles-ci varie d'une cerise à une mandarine.

Leur structure est très polymorphe ; mais il s'agit essentiellement d'adamantinomes, avec remaniements plus ou moins profonds, dégénérescence graisseuse, précipitations calciques et surtout formations de kystes plus ou moins volumineux.

Les cranio-pharyngiomes peuvent donc être primitivement intra-sellaires ou supra-sellaires.

Intra-sellaires, ils distendent d'abord la selle turcique et, après avoir laminé le diaphragme dure-mérien de celle-ci, soulèvent le chiasma et deviennent alors intra-craniens, poussant des bourgeons en avant ou en arrière du chiasma.

Supra-sellaires, ces tumeurs se développent d'emblée dans l'étage moyen du crâne, mais exercent aussi une poussée vers la selle turcique.

De toute manière, on assiste à la compression et à la destruction de l'hypophyse et des noyaux végétatifs infundibulo-tubériens. Certes, la tumeur peut se développer exclusivement en avant du chiasma — éventualité rare. Le plus souvent, elle est sous et rétro-chiasmatique, atteignant d'une manière précoce les formations infundibulo-tubériennes végétatives qui règlent les grands métabolismes et les grandes fonctions de la croissance, de la morphoplasie génitale. Le cranio-pharyngiome va peu à peu s'enfoncer dans le troisième ventricule entre les pédoncules cérébraux, déterminant rapidement une hypertension crânienne. Et on comprend fort bien les signes cliniques essentiels groupés sous forme de quatre syndromes bien souvent réunis :

a) syndrome d'infantilisme avec obésité, caractérisé par l'arrêt du développement statural et génital, l'obésité du type hypophysaire ; cet ensemble est particulièrement net chez les adolescents, mais manque évidemment chez l'adulte quand le cranio-pharyngiome s'est développé après la puberté ;

b) syndrome ophtalmologique avec atteinte d'un nerf optique, d'une bandelette, du chiasma (sous forme d'hémianopsie bitemporale) ;

c) syndrome d'hypertension crânienne, plus ou moins rapidement établi, tantôt par crises paroxystiques très brutales, tantôt progressif et durable ;

d) syndrome radiologique très variable : dans 1/4 de cas, l'image est particulièrement typique : concrétions supra-sellaires ; ou bien une simple distension et ouverture de la selle, ou encore selle turcique régulièrement ballonnée, ou enfin absence de modifications.

Avec Thiébaud, nous distinguerons quatre formes cliniques essentielles ou plutôt quatre groupes de formes cliniques :

a) la forme typique complète que présentent surtout les adolescents, qui associe les quatre syndromes (neuro-hypophysaire, oculaire, d'hypertension crânienne et radiologique) : 22 % de cas ;

b) la forme hydrocéphalique des enfants (syndrome chiasmatique manque et syndrome hypophysaire très atténué) : 16 % de cas ;

c) la forme hypophysaire des adultes jeunes, avec syndrome post-pubertaire, donc sans infantilisme, ressemblant aux adénomes chromophobes ; la stature est normale, mais il y a un certain degré d'obésité qui ne manque guère, et les troubles fonctionnels génitaux sont précoces, importants, constants ; troubles oculaires marqués sous forme d'une névrite optique unilatérale ou d'un syndrome chiasmatique ; hypertension crânienne assez tardive : 25 % de cas environ ;

d) la forme oculaire des adultes âgés, avec prédominance des troubles visuels et signes hypophysaires minimes ou absents, signes radiologiques souvent nets.

Les formes psychiques des cranio-pharyngiomes

Assez souvent, chez les adultes, les adolescents, les enfants en fin d'évolution, on observe des troubles psychiques dont les plus fréquents sont : la bradypsychie simple, l'obnubilation, la torpeur. Mais ils sont en relations avec une hypertension crânienne très importante, comme en témoignent les crises hypertensives et le syndrome d'engagement, l'examen du fond d'œil, la ventriculographie qui révèle la compression ou même la suppression du III^e ventricule. Ces observations ne nous arrêteront pas.

Par contre, *les troubles psychiques peuvent apparaître dans des cas bien différents, en l'absence d'hypertension crânienne. Ils ont alors un intérêt considérable, surtout au début de la maladie.*

1) Nous avons observé deux malades qui présentaient des crises d'automatisme psycho-moteur, de confusion, d'hallucination, de troubles dysthymiques et du caractère, dont l'histoire est assez superposable.

OBSERVATION I. — C... Michel.

Résumé : Cranio-pharyngiome volumineux, rétrochiasmatique, syndrome adipo-génital modéré, selle turcique dilatée. Début par bou-

limie. Symptomatologie psychique avec éléments dysthymiques importants : courtes crises dépressives souvent répétées. Crises de colères soudaines et d'agitation idéo-motrice désordonnée, actes automatiques conscients, pas tellement impulsifs.

Quelques hallucinations très précises, très fortes, rapides, passagères, sans hypertension crânienne.

Dans les mois qui suivent, obnubilation progressive, syndrome de Parinaud, torpeur, syndrome de compression bilatérale pédonculaire.

Ponction de la poche, exitus consécutif.

Le jeune C... Michel, 12 ans, a paru normal jusqu'à 10 ans ; bien doué, travailleur et appliqué, discipliné, régulier et sans sautes d'humeur, plutôt bienveillant et agréable. Développement physique paraissait bon ; l'enfant n'était pas grand et assez menu.

Vers 10 ans, l'appétit augmente sans raisons apparentes, et une véritable *boulimie*, continue, surprenante, se déclare : « Comme une vraie maladie », dit le père ; l'enfant mange constamment, n'est jamais rassasié, engraisse et devient obèse. Jusqu'alors, il était assez menu. Les parents donnent sur ce point des détails vérifiés tout à fait nets ; jusqu'à 10 ans, poids léger, appétit normal.

Puis ont apparu des *céphalées intermittentes*, mais pas tellement importantes, ni durables, et surtout de petits *troubles de l'humeur* ; sans raison apparente, l'enfant devenait triste, en quelques minutes, alors qu'il s'adonnait au travail scolaire, au jeu même, il abandonnait son occupation, tout replié et soudain sans goût. « Et cependant, lui disait son père, tu aimes bien jouer avec le chien, ou aux billes, pourquoi ne continues-tu pas, tu as commencé à peine ? » Mais l'enfant demeurait triste, sans attirance, plein d'ennui, comme quelqu'un qui n'a plus aucun goût.

Ces épisodes duraient 1 à 2 heures sans la moindre obnubilation. Aucune cause psychologique valable, l'enfant est choyé par tous, et d'un naturel enjoué, plutôt gai.

Quelques mois après, l'un de nous est consulté, à propos de phénomènes singuliers. A plusieurs reprises, et sans raison apparente, l'enfant subit une *crise de colère* soudaine, brève, tout à fait violente ; il devient rouge, s'agite, piétine, crie, parfois crache et menace, et en trois, quatre minutes, il se calme spontanément. Les parents précisent parfaitement qu'il n'y a pas la moindre perte de connaissance, la moindre obnubilation ; on n'a jamais observé la moindre secousse clonique, ni rigidité.

Peu après, le père remarque un *tic singulier* : l'enfant, qui est très bien élevé, passant à côté d'une personne, crache à plusieurs reprises dans sa direction et même sur elle ; « je l'ai admonesté et même calotté, mais il est comme idiot, il ne dit rien, tout en se rendant compte de ce qu'il fait, parce que quelques heures plus tard il en a parlé à sa mère, lui rapportant la scène avec exactitude ».

Quelques jours après, il commet une *véritable fugue*, impulsive et,

semble-t-il, consciente : il était sorti avec son père, un jour de foire, et les premières phases de la promenade furent tout à fait normales ; il était joyeux, curieux de tout, babillant ; son père s'arrête quelques minutes pour s'entretenir avec un ami, il se retourne, l'enfant avait disparu. Il le cherche pendant une demi-heure et finit par le surprendre, se cachant de lui, derrière une carriole, puis se voyant reconnu, il continue sa fuite, pendant cinq à six minutes. Rattrapé, il ne sait trop que dire ; il était « conscient », pas tellement peiné de toute cette aventure, plutôt un peu moqueur, mais n'a rien voulu dire, pas donné la moindre explication. Un fait est certain : il ne s'agissait pas d'un vulgaire automatisme épileptique, comme le montrent le jeu de cache-cache auquel il s'est livré et le souvenir qu'il a gardé de cet incident. Ce souvenir est-il absolument parfait ? Ceci est difficile à affirmer cependant, et plusieurs réponses de l'enfant sont vraiment bien discordantes et imprécises.

Quelques mois s'écoulèrent encore et un phénomène nouveau survint, d'ordre *hallucinatoire* semble-t-il : une première fois, il se précipite dans la rue, criant : « le feu, le feu à la maison en face, regardez les flammes qui sortent par la fenêtre », vers 10 h. du matin, parfaitement réveillé, et il rentre terrifié chez lui, criant toujours le feu à la maison. Il n'y avait pas la moindre fumée : on le rassure et brusquement il se calme, sort, ne voit rien d'anormal, mais en demeure très étonné : « Et pourtant, je l'ai vu, on l'a éteint sans doute ».

Une autre fois, il voit brusquement le feu au plafond de sa chambre et sort terrifié, appelant au secours. Mais cela n'a duré que quelques minutes seulement.

Une autre fois encore, il prend peur parce que deux gros chiens sont rentrés brusquement dans l'étable de son père où il s'amusait : « Deux chiens énormes, comme des veaux, pas tellement méchants, mais qui gambadaient autour de moi et me faisaient peur. — Mais l'ont-ils touché ? As-tu entendu aboyer ? — Non, pour cela non, ils sont venus bien près, ils m'ont sûrement touché, mais je ne les ai pas sentis, je ne les ai pas entendus aboyer. — Et tu es bien sûr de ne pas t'être trompé ? — Pour cela non, cela se voit des chiens gros comme eux qui sautent. »

A cette période, aucun signe d'hypertension crânienne.

Il a présenté une *crise singulière*, qui a duré plusieurs jours : il demeure au lit, un matin, en boule sous ses couvertures, peureux, craignant que les gendarmes viennent le chercher, ne dormant pas, mais immobile, les yeux clos, s'alimentant si on l'en priait seulement. Il est demeuré un jour sans rien manger, parce que n'ayant rien réclamé on ne lui avait rien offert. Urine au lit. Il est un peu obnubilé, somnolent, bradypsychique, sans confusion marquée, mais il demeure désorienté pendant quelques minutes, dès qu'on essaie de prendre contact.

Après quatre à cinq jours, cet état se dissipe et il reprend son activité tout à fait normale.

Il faut encore signaler de *rare*s *éclipses* qui pourraient bien être des absences : courtes phases d'obnubilation, sans chute, au cours desquelles il cesse brusquement de parler.

Dans les mois qui suivent, son caractère, son travail quotidien changent de qualité. Il devient « rêveur, dans la lune », sans attention et sans mauvaise volonté, mais perdant peu à peu l'initiative, le sens de l'action opportune, l'activité, l'élan. « Il ne se plaît plus qu'à écouter et regarder faire les autres, et encore ce n'est pas bien sûr parce qu'il oublie tout de suite ce qu'il a entendu et vu. »

Cette nonchalance se transforme vraiment en bradypsychie, en obnubilation, même pendant quelques heures.

L'examen général et neurologique permet, à cette époque, un diagnostic rapide : l'enfant qu'on nous présente a 1 m. 02 et pèse 34 kgs. Il est vraiment dodu, sans qu'on puisse parler d'obésité ; la figure est bien ronde, les mains bien potelées ; les seins sont trop volumineux, d'aspect féminin, avec aréole développée, le ventre notable avec bourrelets, le pubis gras.

On est frappé immédiatement par la petite taille de la verge ; le scrotum est ratatiné, épaissi et musculéux, gras également, appliquant à la base de la verge deux testicules très petits, perçus avec beaucoup de difficultés. Sur tout le corps, la peau est douce, souple, aisément plissable, non infiltrée ; sourcils et cheveux normaux, duvet abondant sur les bras, les épaules, le torse, mais aucun poil pubien.

L'examen oculaire est négatif ; champ visuel et acuité, motilité extrinsèque et intrinsèque, fond d'œil normaux.

La radiographie montre un aspect pommelé de toute la voûte et de profondes impressions digitiformes. La selle turcique est très modifiée, agrandie, ouverte et élargie suivant l'axe antéro-postérieur, mais s'enfonçant en bas vers le sinus sphénoïdal qui est nettement effacé au niveau de son tiers postérieur ; pas de concrétions. Pas de polyurie, ni de glycosurie, pas de dérèglement thermique. Aucun signe de spécificité.

On porte donc le diagnostic de cranio-pharyngiome avec symptomatologie psychique importante et on propose une intervention chirurgicale qui est acceptée en principe, mais retardée.

Deux mois après, grosse obnubilation, troubles de la marche, syndrome de Parinaud. L'obnubilation est devenue permanente, avec des périodes de *véritable narcolepsie* durant 1 à 2 heures, une anorexie très importante (cependant le malade n'a pas maigri).

M. Bourguet intervient rapidement par voie nasale ; le décollement de la muqueuse de la cloison est laborieux à cause du sang. Cependant on parvient aisément, en 30 minutes, au niveau du sinus sphénoïdal. Sa partie osseuse postérieure est mince et facilement effondrée, le kyste est ouvert, son contenu est peu abondant, 5 à 6 cc.

environ, jaune d'or avec paillettes de cholestérine. Mais, deux heures après l'intervention, la somnolence se transforme en coma rapidement profond, la température s'accroît, en même temps que la respiration et le pouls augmentent. L'enfant meurt dans la soirée.

OBSERVATION 2. — Gal... Gast., 19 ans.

Résumé : Cranio-pharyngiome rétro-chiasmatique vérifié, de gros volume ; deux crises d'hypertension crânienne ; syndrome adiposogénital avec infantilisme et arrêt de la croissance, obésité élective. Selle dilatée, concrétions sus-sellaires.

Plusieurs crises brèves d'onirisme et d'excitation hypomaniaque survenant assez fréquemment au réveil. Imagerie onirique très abondante et variable, hyperactivité idéo-motrice désordonnée, état hypersympathico-tonique avec glycémie forte, amnésie partielle. Le gardénil est sans effet, mais l'évacuation de la poche Rathkienne fait disparaître ces crises pendant deux ans.

Gal... Gast., 19 ans, est présenté à l'un de nous comme un épileptique avec obésité nerveuse. Il s'agit d'un cranio-pharyngiome évident ; la taille est de 1 m. 20 et il a cessé de grandir à 12 ans ; le poids de 72 kgs, avec obésité « depuis toujours » ; la verge a un développement décent, mais les testicules sont minuscules, le scrotum épais et bridé. Aucune envie génitale, aucune érection, pas de pertes séminales ; vaines tentatives masturbatoires. Pas d'acromégalie ; pas de poils axillaires ni pubiens, pas de moustache, sourcils très peu fournis. Deux crises d'hypertension crânienne évidente, ayant duré plusieurs jours, à 16 et 19 ans.

A gauche, le champ visuel est normal, blanc et couleurs, V = 10. A droite, encoche temporale importante et rétrécissement du reste du champ, papille un peu décolorée, V = 5/10, flou papillaire.

La radiographie montre une selle fort distendue suivant son grand axe, des amas relativement importants de concrétions calcaires supra-sellaires ; le sinus sphénoïdal n'est pas très comprimé.

Nous désirons insister quelque peu sur les troubles dits épileptiques. Ce sont de courtes périodes de confusion onirique avec imagerie abondante, ton émotionnel, ample, suivies d'une relative amnésie et de dépression psycho-motrice. Ces crises sont relativement fréquentes puisqu'on en compte 10 à 12 par an, depuis 3 ans ; elles ont donc apparu assez longtemps après les grands signes somatiques. Elles surviennent presque toujours au réveil, alors que le malade est encore un peu somnolent, « mais plus d'une fois, il était vraiment réveillé, depuis peu de temps sans doute, mais il avait ouvert les yeux, parlé, et trois fois s'était levé, habillé ».

La crise est précédée de quelques malaises indéfinissables, conscients, pendant fort peu de temps, 10 à 15 secondes : « Brusquement, je ressens un choc dans le ventre qui monte jusqu'à la tête, et une grande chaleur dans celle-ci et les membres, et j'ai besoin de

parler, je vois alors beaucoup de choses qui passent dans ma tête, et je m'en rends compte. — Les vois-tu nettement, en dehors de toi ? — Oui, je les vois nettement, ce sont des foules d'hommes, d'enfants, de bêtes, de pays, de soldats, comme au cinéma, mais bien plus mêlés et on ne comprend pas bien ce qu'ils font. — Parlent-ils ? — Oui, souvent, j'ai entendu les bruits, surtout des chevaux, des sifflets, les trompes des autos. — Les vois-tu en dehors de toi, devant toi et à quelle distance ? — Le plus souvent, je vois très bien tout cela en vrai, mêlé aux meubles, dans la pièce, et cela m'a toujours étonné, et puis, il faut dire que toutes ces personnes changent beaucoup, tantôt je les vois comme au cinéma, et même comme au ciel, et d'autres fois, tout est léger, tout est mêlé à ce qui m'entoure ; il suffit de bouger, de fermer les yeux, de m'avancer vers tout ce monde, et cela disparaît. »

Nous avons pu voir le malade à ce moment, peu de temps avant une crise. Il est congestionné, mobile, bougeottier, et sa mimique est expressive. Il s'exclame et répond à des appels imaginaires : « Tiens, regarde, viens vite ici, tu les vois mieux... Mais je ne veux pas quitter la maison, allez-vous-en. » Il est très mal orienté, nombreuses réponses à côté, fausses reconnaissances, il me prend pour son grand-père qui est aux armées, puis pour son instituteur, et enfin pour son oncle. On fixe son attention avec beaucoup de peine ; on parvient à lui faire donner quelques détails précis sur l'emploi de la journée précédente ; mais l'idéation est peu efficace parce que l'attention est dispersée, l'automatisme verbal abondant et varié. Le ton émotionnel est ample, instable. Bref, il s'agit d'un véritable petit accès d'onirisme agité et confus, très imagé. Tout ceci dure 2 à 3, parfois 5 minutes, pendant lesquelles l'agitation motrice est souvent forte, voire désordonnée. On ne peut certainement pas dire qu'il y ait perte de connaissance. On fixe difficilement l'attention qui est très distraite par l'abondance de l'imagerie et l'automatisme mental, mais tout de même on peut prendre contact avec le sujet. Pendant cette période, pas le moindre élément convulsif des membres, de la face, pas de modifications du tonus, ni des réflexes, tachycardie nette que n'explique pas suffisamment l'agitation motrice ; pupille dilatée d'une manière évidente. La glycémie est de 1 gr. 80 à jeun, sans glycosurie ; tension artérielle 14-7.

La crise s'apaise très rapidement, avons-nous dit, et presque tout de suite un état de dépression très contrasté lui fait suite : le geste et la mimique deviennent pauvres, il s'assied, ou mieux se couche, morose, fâché d'être interrogé, réclamant le sommeil, les membres lourds, la face plus pâle, ayant parfois des nausées. Il est vraiment triste pour des raisons qu'il n'explique pas. Il garde un souvenir imprécis de la crise : « J'ai rêvé, j'ai vu beaucoup de choses. » Mais il ne le situe pas, ne le classe pas et répète souvent : « Je ne me rappelle pas bien, c'est un cauchemar de rêve. » Il a un souvenir très partiel et fruste, difficile à faire apparaître, des questions qu'on

lui a posées, des circonstances matérielles pendant la crise. En une ou deux heures, il est normal.

On a donné 0 gr. 20 de gardénal par jour, pendant trois mois, avec une absolue régularité, sans la moindre action. *Mais la ponction et l'évacuation simple de la poche rathkienne rétro-chiasmatique (de Martel) ont fait disparaître les crises oniriques pendant deux ans ; elles ont reparu beaucoup plus rares, jusqu'à la mort subite, à l'âge de 22 ans.*



II) Une autre observation nous fait assister au développement de troubles caractériels à base de violences irraisonnées et sans causes pathologiques apparentes.

Ce sont d'abord des troubles de l'humeur, plus pessimiste, plus sombre, avec irritabilité fréquente, puis permanente, immodérée et injustifiée, et enfin colères brutales, véritables décharges — conscientes d'ailleurs — qui soulagent le malade.

Pas d'intoxication, ni causes surajoutées. L'hypertension crânienne a été bien plus tardive.

OBSERVATION 3. — Cl. Dab..., 16 ans.

Résumé : garçon normal jusqu'à 8 ans ; syndrome adiposo-génital progressif modéré et retard de la croissance, hypogénitalité ; jusqu'à 10 ans, développement psychique normal et bon caractère ; apparition progressive d'un état d'irritabilité et de colères violentes, extrêmement pénible par le manque absolu de contrôle et les réactions, suivi d'apaisement, somnolence, euphorie ; attribution à une encéphalite, mais la radiographie et l'évolution permettent le diagnostic. Petit élément narcoleptique.

Jusqu'à 8 ans environ, sujet normal (quatrième d'une robuste famille de six enfants), développement tout à fait habituel. On voit alors survenir, sans aucune raison apparente, un degré d'obésité relativement marqué à la poitrine, au ventre et au pubis, visage rond. La taille reste petite. A l'occasion d'un syndrome abdominal, pseudo-appendiculaire, le médecin remarque la *petite taille des testicules et de la verge*. On injecte 12 ampoules d'hormone gonadotrope sans résultats.

Jusqu'à 10 ans, rien de particulier à signaler si ce n'est que la taille demeure petite, avec gros ventre. Le caractère avait été excellent jusqu'à 10-11 ans. Cl... était un enfant doux, affable, obéissant. A partir de 11 ans, tout le monde remarque le changement important qui s'opère en quelques mois. Il proteste pour un rien, criant à l'injustice, bougonne à la moindre observation, même très justifiée, à la moindre corvée, à la moindre peine scolaire. Il devient boudeur, répond mal et à plusieurs reprises crie, parle mal et ne peut alors

s'arrêter. Ce changement de caractère très important et durable stupéfait sa famille, l'instituteur, les camarades.

Jusqu'à 13 ans, on ne note guère de changement ; il est toujours petit, gros, glabre et violent, irritable, insociable, mauvais camarade. A plusieurs reprises, il a présenté des crises de narcolepsie véritable, s'endormant brusquement pendant deux à trois heures, très difficile à réveiller, et alors très pénible pendant une heure, tandis qu'il est reposé et plus agréable si on n'interrompt pas son sommeil.

A 15 ans, il subit deux « crises méningées » qui paraissent bien être seulement des crises hypertensives ayant duré quelques jours seulement.

Les troubles caractériels vont en s'aggravant et, à 16 ans, on note alors une irritabilité permanente ; il est soumis à de fréquents quolibets de la part de ses camarades et on lui inflige un surnom attristant. Il se refuse à fréquenter ses anciens condisciples et veut alors travailler dans un petit domaine, avec un garçon de ferme qui ne le moque jamais. Il est constamment grincheux, hargneux après les hommes, les bêtes qu'il malmène souvent et les choses qu'il rejette brusquement. « Il démolit beaucoup, par impatience et parce qu'il ne s'applique pas à comprendre. » La moindre contrariété, un ennui, un contretemps l'exaspèrent ; il se contient difficilement, préfère alors partir et revient quand il est calmé, pour un temps. Mais tout le monde connaît ses colères beaucoup plus violentes, « véritables crises de folie consciente », comme il le dit lui-même.

Une contrariété arrive, réelle ou bien imaginaire « parce que je vois toujours le pire des choses : alors, j'éprouve le besoin de crier, de serrer, de cogner à terre ou sur quelque chose, et plus je le fais, plus je suis hors de moi, j'ai une envie folle de frapper, de détruire ». Il frappe en effet la table, le sol, les bêtes, brise les vases, les vitres parfois, et cet accès de violence s'accompagne de halètement, de cris, d'injures grossières stéréotypées. Tout cela est parfaitement conscient, dure quelques minutes ; le calme revient peu à peu. Il est alors vraiment soulagé, demande vaguement pardon à ceux qu'il a rudoyés ou malmenés, ou bien quitte la maison, ou encore s'inonde d'eau fraîche. Il s'endort une ou deux heures, très paisiblement, n'importe où, et se réveille très apaisé, euphorique même. La répétition est fréquente, une à deux fois par semaine.

On a attribué ces troubles à une encéphalite méconnue. En réalité, aucun antécédent de cet ordre, aucun signe oculaire, parkinsonien. Il ne boit pas, ne commet aucun excès. Il a essayé de se masturber, en vain, d'avoir des semblants de rapports sexuels, également en vain ; pas de vrais désirs et pas la moindre érection.

A 16 ans, les testicules sont petits, pas de poils pubiens. La radiographie permet un diagnostic facile.

Pas d'hypertension crânienne, ni de troubles oculaires notables, en dehors d'un début d'hémianopsie bitemporale. Radiographie de la selle caractéristique, concrétions supra-sellaires.

Un traitement par le rutonal n'a pas amélioré les crises de violences. Malade perdu de vue.

III) Très souvent, chez l'enfant et l'adolescent, on observe une forme clinique où l'emportent *les troubles de l'arriération mentale*.

En voici un exemple démonstratif :

OBSERVATION 4. — Maurice Bon..., 15 ans.

Résumé : traité pendant dix ans pour ectopie double et atrophie de la verge. A partir de 8-9 ans, attention extrêmement instable, difficile à fixer, lenteur de l'idéation, mémoire mauvaise, aucune imagination, critique très médiocre, s'intéresse uniquement aux images. Etat psychique persiste ainsi jusqu'à 15 ans. Phases de polyurie, hémianopsie bitemporale.

Radiographie typique, dilatation de la selle et calcifications. Cranio-pharyngiome très calcifié.

Pesait 7 livres et demie à la naissance. A partir de 7 ans est devenu réellement *obèse* : 23 kgs, avec seins, pubis gras et d'aspect très féminin, grande frilosité. On le traite alors pour ectopie double par des quantités considérables polyopothérapiques et 100 injections de lobe antérieur d'hypophyse, sans aucun résultat. Puis on lui administre une vingtaine d'injections de thyroxine qui le font maigrir, pendant quelques mois, de 2 à 3 kilos. Ne grandit plus depuis l'âge de 14 ans.

Vers 11 à 12 ans, était *très assoiffé*, même l'hiver, et allait au robinet boire en cachette. Vers 13 à 14 ans, la soif s'est apaisée et il ne buvait guère plus de deux litres par jour, été comme hiver.

Au moment de l'examen, à 15 ans, pèse 45 kg. 400 pour 1 m. 48 et n'est pas très obèse.

Il n'a jamais souffert de céphalées et n'a jamais présenté le moindre signe d'hypertension crânienne. Pas de narcolepsie, ni de glycosurie. La tête est volumineuse (56 cm. de tour) et les extrémités de taille normale, un peu succulentes (chausse du 40).

Depuis l'âge de 10 ans, n'a guère fait de progrès scolaires et, actuellement, son *niveau mental est bas* (âge mental : 6 à 7 ans). Il est curieux, pose des questions, s'intéresse aux belles images surtout, mais son activité idéique est fort réduite pour les raisons suivantes : l'attention est très difficile à concentrer et même simplement à fixer, et la fatigabilité, l'instabilité sont grandes. Même quand des images colorées — auxquelles il est sensible — lui plaisent, il ne saurait les étudier ni longtemps, ni complètement ; il est enchanté de la première impression, mais elle demeure superficielle ; il ne classe pas, ne sait pas comparer ; son pouvoir analytique est faible, sans hiérarchie, et se fait un peu au hasard : des détails sans intérêt le frappent beaucoup et longuement ; il y a une véritable intoxication par des brimborions, des fragments de l'image ou de l'objet qu'il doit décrire,

mais les éléments essentiels lui échappent à chaque instant, même quand on l'aiguille un peu. Cependant, de ci de là, un passage saisissant, un détail important sont correctement hiérarchisés. Aucune imagination, autrement que fragmentaire, très parcellaire, mal coordonnée et très puérile. La mémoire de fixation est très médiocre et le stock des acquisitions très limité.

Il est curieux, avons-nous dit, mais ne retient pas grand'chose et sans critique : si on fait le tri pour lui, il retient mal le trait essentiel. Pouvoir de rapprochement et de synthèse très pauvre.

Ici, le trouble de développement psychique et physique, l'hypoplasie génitale, les épisodes de polydipsie, l'obésité, font immédiatement penser à un craniopharyngiome malgré l'absence de céphalées. Une hémianopsie bitemporale caractéristique et une radiographie confirment ce diagnostic ; la selle turcique est dilatée, ballonnée, avec importantes calcifications intra et sus-sellaires.

Confirmation opératoire par le Pr Cl. Vincent : « J'ai trouvé une tumeur dure comme de la pierre, enchâssée entre les deux carotides, faisant corps avec la dure-mère basilaire, recouvrant et dissociant le chiasma. »

Les troubles psychiques de nos malades paraissent assez dissemblables de prime abord.

C'est ainsi que le second sujet a présenté de brusques crises de confusion onirique avec légère excitation hypomaniaque : les fausses reconnaissances sont nombreuses, les impressions sensorielles mal triées, mal identifiées ; lui-même se reconnaît mal et incomplètement. L'amnésie de fixation, les troubles de l'association des idées sont évidents, d'où la désorientation ; à ce moment là l'indifférence affective est notable malgré l'ampleur apparente du tonus émotionnel et de la réaction verbale ; l'incohérence des idées est augmentée par l'abondance de l'imagerie hallucinatoire, elle-même très hétéroclite. La « pensée par images » de Dide et Guiraud est particulièrement évidente chez ce sujet. En somme, il s'agit d'une courte crise d'onirisme agité, avec confusion, très différente d'un accès maniaque par l'abondance et la précision des hallucinations.

Cet état est suivi d'une période dépressive psychomotrice très nette, le malade est non seulement abattu et fatigué, mais triste, sans goût, découragé. On pense tout de suite à un très rapide épisode maniaco-dépressif. Cependant, il nous paraît nécessaire de distinguer l'onirisme confus et agité d'une crise maniaque.

Chez notre premier malade, on a noté quelques alternances dysthymiques tout à fait nettes, et surtout de courtes périodes de lassitude, d'inertie, de dégoût, de désintérêt, de tristesse.

Il est évidemment difficile à un jeune enfant d'exprimer la crainte anxieuse du devenir et les idées de dépréciation, d'humilité, de contrition ; il nous paraît cependant licite de parler d'un paroxysme mélancolique très court, mais bien net. Rappelons qu'à plusieurs reprises cet enfant a exécuté des actes automatiques et impulsifs, conscients et mnésiques.

Il a surtout présenté quelques rares crises d'excitation, avec bouffée vaso-motrice, emportement, criant, crachant sans la moindre obnubilation, ni confusion. S'agit-il d'un équivalent maniaque ?

Il faut se demander si les hallucinations de nos deux malades présentent le caractère de l'hallucinose pédonculaire, étant donné la topographie du cranio-pharyngiome ; ils ne doutent point de la réalité des perceptions, très sensorielles, très plastiques et objectives, parfaitement projetées en dehors du corps, sans anxiété, chez le second sujet, ne servant pas de matériaux à la moindre construction, ni interprétation délirante.

Dans les deux cas, il faut souligner la conservation des facultés de compréhension, d'analyse, de comparaison, de la mémoire de fixation et du jugement, au moins à la période de la maladie qui nous intéresse le plus, avant l'hypertension crânienne.

Ici, les troubles psychiques doivent être rapprochés de ceux qui ont été décrits par Claude et Lhermitte, Lhermitte et Roussy, Lhermitte et Fleury, Sengès, Boulet et Trelle, Doussinet et Ajuaguerra, Guiraud, au cours des altérations limitées au mésodiencephale. Mais ils en diffèrent par l'élément confusionnel et hallucinatoire, bien plus important, par l'amnésie permanente beaucoup moins accentuée, sans fabulation, et qui donnent un cachet si particulier à la dernière observation de Lhermitte et Fleury (*Annales méd.-psych.*, 1944, I, page 389).

Par contre, l'élément hallucinatoire les distingue vraiment des états maniaques sans confusion, rapportés par Gagel après les interventions de Foerster sur la région infundibulo-tubérienne.

Il est extrêmement intéressant de noter la disparition de troubles psychiques chez notre second malade après la ponction de la poche kystique, non seulement pendant quelques semaines, ce qui pourrait n'être dû qu'à une coïncidence, mais bien pendant deux longues années.

Conclusions

Les troubles psychiques ne sont pas rares au cours de l'évolution des cranio-pharyngiomes. On les rencontre à une période

tardive, en rapport avec l'hypertension crânienne ; ils sont alors d'un petit intérêt, tant au point de vue du diagnostic de la maladie que psychologique. Mais 3 de nos 14 malades, soit 21 %, ont présenté des troubles psychiques bien avant cette période. Ils n'ont pas servi à reconnaître la tumeur responsable de signes neurologiques, somatiques et radiographiques importants et précoces.

Ces troubles psychiques sont assez polymorphes et variés : il est difficile de les individualiser sous forme d'un syndrome précis propre aux compressions de la base diencephalique.

Cependant, on peut souligner dans deux cas l'importance et la netteté des phénomènes hallucinatoires plus ou moins proches de l'hallucinoïse pédonculaire, des crises de confusion onirique avec imagerie très abondante, des troubles de l'humeur sous forme d'accès dépressifs francs, d'accès hypomaniaques, de crises coléreuses sans caractère comitial.

Nous avons noté la précision de certaines manifestations mélancoliques mais qui n'étaient jamais prétexte à des idées délirantes. Enfin, dans un cas, il faut souligner l'action très précise et durable, sur ces troubles psychiques, de la simple ponction de la tumeur kystique qui fit brusquement disparaître toutes les productions mentales pathologiques.

On peut voir, dans les cas rapportés, quelques bons exemples de cette pathologie neuro-psychiatrique du diencephale encore discutée.

*(Clinique neurologique de la Faculté de Médecine de Toulouse,
Professeur Riser).*

L'ATHREPSIE DES ALIÉNÉS ET LES SYNDROMES DE DÉNUTRITION

*Déséquilibre alimentaire - Gastro-entérites et dilatations
paralytiques de l'estomac - Sympathoses abdominales
et inhibitions neuro-végétatives centrales*

PAR

H. BARUK

Tous les médecins qui ont quelque peu la pratique de la première enfance ont été frappés par cette maladie de la nutrition étudiée par Parrot sous le nom d'athrepsie du nourrisson : l'un des souvenirs les plus vivaces de notre internat à l'hôpital Trousseau, dans le service de notre maître le D^r Lesné, réside dans celui de ces malheureux nourrissons qui, après une gastro-entérite d'apparence banale, se mettaient à fondre et à atteindre un aspect littéralement squelettique, la peau collée sur les os, le visage émacié et, comme on disait, voltairien, les membres souvent contracturés, avec une évolution progressive vers une sorte de coma éveillé, ou plutôt vers un état « de mort vivant » précédant la mort véritable. L'autopsie montrait une rétraction et une atrophie des organes, notamment du foie, et parfois des lésions vasculaires et hémorragiques du système nerveux et des viscères. Cette redoutable affection semblait indiquer une sorte d'arrêt, d'inhibition de la nutrition : même après la guérison apparente de la gastro-entérite initiale, le nourrisson a beau bien absorber, il n'assimile plus et se consume.

Ces souvenirs, déjà bien anciens, s'étaient quelque peu estompés, lorsque les circonstances si douloureuses des quatre années qui se sont écoulées depuis 1940 nous ont permis d'observer chez des aliénés, au cours de la sous-alimentation, des syndromes qui nous ont rappelé parfois de façon frappante l'athrepsie du nour-

ANN. MÉD.-PSYCH., 103^e ANNÉE, T. II. — Octobre 1945.

risson et nous ont amené à renforcer certains rapprochements que nous avons déjà faits de longue date entre la pathologie des aliénés et celle des nourrissons.

L'histoire de ces manifestations pathologiques s'étend surtout entre l'automne 1940 et la fin de l'année 1942. Après 1943 elles se sont atténuées pour disparaître. Nous en indiquerons les grandes étapes en suivant leur chronologie.

Vers septembre 1940, peu de temps après notre démobilisation et notre retour dans notre service, le régime alimentaire commença de changer notablement : ce régime, jusque là abondant, varié et excellent, fut modifié en quantité et en qualité. La diminution générale et progressive de la ration alimentaire portait principalement sur les albumines et les graisses, c'est-à-dire sur la viande, le lait, le beurre. Pour essayer de compenser, tout au moins en apparence, cette réduction, on renforçait la quantité de légumes, navets, carottes, choux, etc... Quelque temps après, apparurent les rutabagas et les topinambours. Les malades ayant très faim absorbaient de grandes quantités de ces légumes peu nutritifs, mais chargés d'une grande quantité d'eau et de cellulose. C'est alors qu'apparut d'abord une certaine polyurie générale, devant laquelle les barrières sphinctériennes fragiles de nombreux malades cédèrent, ce qui amena une augmentation du gâtisme, puis des troubles digestifs avec spasmes, coliques et ballonnement gastro-intestinal.

Bientôt ces troubles s'aggravèrent et on vit apparaître les *diarrhées* et les *dilatations gastriques* qui forment le fond des manifestations de cette première phase gastro-intestinale.

I. La phase gastro-intestinale

A. LES DIARRHÉES. — Très rapidement en une à deux semaines, dans tous les pavillons, on vit se constituer de multiples diarrhées. Celles-ci réalisaient plusieurs aspects :

a) Tantôt il s'agissait de *diarrhées fébriles* avec selles liquides abondantes, fièvre entre 38° et 39°, amaigrissement et déshydratation. Ces diarrhées étaient parfois épisodiques, s'atténuant au bout de quelques jours, parfois au contraire prolongées et résistant aux médications habituelles. Enfin, dans un certain nombre de cas, la diarrhée était suivie de véritables métastases infectieuses, en particulier de *foyers de bronchopneumonie*, à symptomatologie assez fruste, ne se traduisant que par de nouvelles poussées thermiques, un peu de dyspnée et quelques signes congestifs à l'auscultation. Ces foyers de bronchopneumonie étaient de pro-

nostie grave et rappelaient tout à fait les bronchopneumonies des nourrissons, consécutives aux gastro-entérites.

Dans d'autres cas, cette diarrhée fébrile a été suivie d'ictus avec ramollissement cérébral mortel, ramollissement d'origine probablement infectieuse.

b) Tantôt il s'agissait de *diarrhées sans fièvre*, avec selles également très liquides, fréquentes, et en général coliques, spasmes intestinaux et ballonnement considérable. En un mot, il s'agissait à cette période de véritables *côlites en série*.

Ces côlites nous ont paru nettement favorisées par l'introduction dans l'alimentation des rutabagas et des topinambours. La statistique des diarrhées que nous avons faite est démonstrative à ce sujet : on voit au fur et à mesure de l'introduction de ces deux légumes la courbe des diarrhées monter en flèche, puis s'atténuer après réduction des mêmes aliments. Ces aliments ont été dans la suite supprimés. Nous avons plus tard observé de nouveau des diarrhées, mais d'une autre nature.

Pour nous en tenir à ces diarrhées précoces, leur pathogénie paraît être la suivante : le *primum movens* réside dans le *déséquilibre de la ration alimentaire* avec introduction d'aliments riches en cellulose et excitants de la motricité intestinale. Il en résulte des spasmes ou des inhibitions qui expliquent les signes de côlite observée. Il est possible aussi que, chez certains sujets, il s'y adjoigne une *côlite de fermentation* liée à la prédominance des féculents. Quoi qu'il en soit, toutes ces modifications gastro-intestinales d'origine alimentaire favorisent l'infection, et c'est ainsi que se constituent des gastro-entérites infectieuses secondaires.

Cette interprétation a été confirmée ultérieurement par une étude bactériologique de ces diarrhées, faite, grâce au Professeur Gounelle, par le Professeur Dumas (1) (de l'Institut Pasteur). On pouvait se demander, en effet, si ces diarrhées en série n'étaient pas l'expression d'une infection épidémique telle que la dysenterie. Cliniquement, l'aspect ne rappelait pas la dysenterie. Il s'agissait de selles avec des matières abondantes, et on ne trouvait en général pas de glaires ni l'aspect du crachat dysentérique, sauf dans un cas. L'étude bactériologique des selles, ainsi que les sérodiagnostics en série, ne permirent de déceler que dans deux cas du bacille de Flexner, les autres cas étant négatifs. On peut donc éliminer l'hypothèse d'une infection dysentérique. Mais la nature

(1) Nous remercions très vivement M. le Professeur Dumas de son obligeance et des précieux conseils de sa grande expérience.

de ces gastro-entérites infectieuses reste obscure. On ne trouve le plus souvent que des germes banaux ; cependant la nature infectieuse ne fait pas de doute dans un certain nombre de cas : chez un de nos malades, atteint de diarrhée grave, l'examen rectoscopique pratiqué par le D^r Caroli, médecin des hôpitaux, a montré l'existence d'ulcérations rectales qui lui ont paru d'origine infectieuse. Sur les conseils du D^r Caroli, ce malade a alors été traité par des lavements de dagénan. On a assisté à une véritable résurrection et à la guérison impressionnante et rapide d'une diarrhée d'une extrême gravité.

B. LES GRANDES DILATATIONS GASTRIQUES. — A côté de ces diarrhées, parfois conjointement avec elles, nous avons vu l'apparition chez certains malades d'une augmentation considérable du volume du ventre, qui prend un aspect à la fois bombé et légèrement étalé, rappelant à première vue l'aspect d'une ascite. A la percussion, on notait un tympanisme considérable de presque tout l'abdomen, principalement au niveau de la partie supérieure. Dans quelques cas, la moitié supérieure de l'abdomen bombait d'une façon impressionnante, surplombant la 1/2 inférieure beaucoup moins météorisée. Nous verrons un peu plus loin l'explication de cet aspect séméiologique.

En même temps, l'état général s'altère, on note de l'hypothermie, du refroidissement des extrémités, de l'amaigrissement contrastant avec l'augmentation de plus en plus considérable du volume du ventre ; puis on voit apparaître un peu de matité dans les flancs, témoignant d'une ascite légère. Ce tableau de cachexie progressive, avec tuméfaction abdominale et ascite légère, évoque souvent l'idée de néoplasme, et ce diagnostic avait été posé plusieurs fois par des chirurgiens consultés. On avait discuté aussi l'hypothèse d'une cirrhose.

L'examen nécropsique de ces malades devait éclairer le problème dans une toute autre voie. Il révéla, en effet, l'absence de toute tumeur et de toute cirrhose, mais à l'ouverture de l'abdomen on trouvait un *estomac extraordinairement dilaté*, comme une outre, remplissant la plus grande partie de l'abdomen, faisant hernie à l'ouverture du péritoine, et rempli de liquides et de produits alimentaires, notamment de rutabagas non digérés. On notait un peu d'ascite. Par ailleurs, intestin normal, avec tout au plus quelques petites suffusions sanguines. Foie et rate normaux. Rien aux autres organes.

Dans un cas, ce syndrome de dilatation gastrique a pris une *forme aiguë*. Nous avons vu ainsi un épileptique présenter assez brusquement un matin un syndrome abdominal aigu, avec dou-

leur, tuméfaction considérable de l'abdomen dur à la palpation, avec grande difficulté de déprimer la paroi, pouls rapide, refroidissement des extrémités. Devant ce tableau, on pouvait penser à un syndrome péritonéal, et nous avons décidé d'envoyer sur-le-champ ce malade au service de chirurgie de Sainte-Anne. Au moment même où on devait le transporter, il succomba brusquement.

L'autopsie mit en évidence les données suivantes : à l'ouverture de l'abdomen, estomac énorme, considérablement distendu, descendant jusqu'au pubis, et occupant la totalité de la cavité abdominale. Cet estomac contenait une énorme quantité de liquide.

Intestin par contre petit, ratatiné, tenant très peu de place, aussi bien en ce qui concerne le grêle que le gros intestin. Pas d'ascite, pas de lésions intestinales, ni péritonéales, aucune lésion des autres organes, soit abdominaux, soit thoraciques.

En un mot, tout se passe comme si l'estomac se laissait totalement dilater, sans pouvoir évacuer son contenu, au point de remplir tout l'abdomen. Dans un autre cas, chez un paralytique général, cette distension atteignait un degré extrême, formant un ventre en obusier et extrêmement dur, et s'accompagnant d'œdèmes des membres inférieurs probablement par compression.

II. La phase des syndromes de dénutrition : œdèmes et manifestations pellagreuses

Les malades qui avaient résisté aux diarrhées ou aux dilatactions gastriques restaient néanmoins très affaiblis. Ils avaient été l'objet d'une importante déperdition séreuse et d'une perturbation importante du système sympathique qui rendait leur équilibre précaire. L'alimentation continuait d'être déficiente. Sans doute avait-on supprimé les rutabagas, les topinambours et autres aliments hypercellulosiques, mais l'apport en protides et matières grasses restait extrêmement insuffisant. C'est dans ces conditions que se sont déclenchés, surtout durant l'année 1941, les syndromes de dénutrition marqués par les œdèmes et les accidents de la *pellagre*. Ces divers troubles ont fait l'objet dans mon service d'une étude extrêmement approfondie du Professeur Gounelle, avec ses collaborateurs, Mandé, Marche, Bachet. La thèse de notre interne Bachet, intitulée « Etude des troubles causés par la dénutrition dans un asile d'aliénés » (Thèse, Paris, Arnette, 1943) contient l'exposé complet de ces très importantes recherches, avec l'étude des œdèmes de carence, de la pellagre, des accidents divers de

dénutrition, et le détail des innombrables recherches biologiques effectuées, notamment sur le rôle de *l'hypoprotidémie*, que ces auteurs considèrent comme le facteur capital. De fait, nous avons pu constater, parmi les essais systématiques de traitements effectués, l'action remarquable de la caséine, du soja, de certaines farines, et certains malades suivis très longtemps par M. Gounelle et ses collaborateurs démontrent cette action, le régime déchloruré n'agissant que passagèrement, mais ne guérissant pas le malade (1).

Nous ne reprendrons donc pas ici le détail de ces importantes recherches exposées à la Société médicale des hôpitaux ou à la Société de biologie par M. Gounelle et ses collaborateurs, et dont le travail de Bachet constitue une monographie complète.

Nous ne discuterons pas non plus les problèmes de la pellagre, et du rôle de la vitamine P.P. et de l'acide nicotinique souligné par les auteurs américains et sur lequel en France a insisté Justin Besançon.

Retenons seulement que durant cette deuxième phase nous avons vu réapparaître des diarrhées, étudiées d'ailleurs par Bachet dans sa thèse. Mais ces diarrhées avaient un aspect différent des diarrhées que nous avons étudiées dans le chapitre précédent de la première période. On ne notait plus aucun syndrome de còlite, il s'agissait surtout de diarrhées séreuses abondantes. Bachet, dans sa thèse, a discuté la pathogénie de ces diarrhées. Sont-elles, pense-t-il, une manifestation voisine de la polyurie et des œdèmes, c'est-à-dire liées à des troubles du métabolisme de l'eau et des protides ? ou bien constituent-elles une manifestation pellagreuse ? Bachet pense qu'il y a à peu près autant d'arguments en faveur que contre l'hypothèse de diarrhée pellagreuse. En tout cas, l'essai sur une grande échelle de la vitamine P.P. dans le traitement de ces diarrhées, s'il a donné parfois quelques beaux succès, a donné des résultats très inconstants, et il nous paraît difficile de conclure. Aucun des médicaments que nous avons employés contre ces diarrhées, qu'il s'agisse de la vitamine P.P., de l'alunozal, du bismuth, de l'hordenine, de l'opium, etc., ne nous a paru avoir d'effet décisif. *Par contre, le régime alimentaire reste encore là très important* et lorsque nous avons pu mettre certains malades au riz nous avons obtenu une amélioration incontestable.

(1) Nous remercions très vivement M. le Professeur Gounelle qui a pu procurer à nos malades des farines diverses, du soja, de la caséine dont l'effet a été extrêmement précieux et qui nous a beaucoup aidé dans la lutte contre la dénutrition.

La cause de ces diarrhées reste donc encore obscure. Toutefois, l'anatomie pathologique nous a apporté à ce sujet des renseignements intéressants.

Voici, à titre d'exemple, le protocole d'une nécropsie d'un sujet mort à la suite d'une grande anasarque avec à la fin une importante diarrhée :

« Estomac non dilaté, mais présentant sur la muqueuse une congestion considérable de toute la grande tubérosité avec aspect cruenté. Le bas-fond et toute la région prépylorique sont parsemés de traînées d'un piqueté hémorragique qui suit les plis de l'estomac. Le duodénum est parsemé d'un piqueté hémorragique diffus sur un fond de congestion intense.

« Œsophage normal, peut-être légèrement congestionné. Intestin grêle : extérieurement non dilaté, mais les vaisseaux sont turgescents et injectés. A l'examen de la muqueuse, les vaisseaux sont très injectés à la fin du duodénum et au début du jejunum. Mais à la fin de l'iléon, près de la valvule iléo-cæcale, est entièrement ecchymotique. Cæcum extrêmement hémorragique. Tout le gros intestin présente des bandes de piqueté hémorragique, mais elles sont surtout localisées au cæcum d'une part, et au côlon iléo-pelvien d'autre part.

« Pancréas congestif. Foie petit, non congestif, surrénales un peu congestionnées. Reins très congestifs, sans hémorragie, se décortiquent bien.

« Poumons : bases congestionnées. Cœur petit. Aorte normale. On note également, au niveau des circonvolutions cérébrales, un aspect injecté des vaisseaux, sans autres lésions macroscopiques. »

En résumé, congestion considérable avec piqueté hémorragique et aspect ecchymotique de certaines parties de la muqueuse digestive, notamment au niveau de la région prépylorique, mais surtout à la fin de l'iléon, au niveau du cæcum et du côlon iléo-pelvien. Cette congestion et ces troubles vasculaires considérables peuvent donc expliquer l'épanchement de sérosité intestinale et la diarrhée. Il faut noter que ces phénomènes de vaso-dilatation et de congestion existent au niveau de nombreux organes (reins, surrénales, poumons et même cerveau).

On comprend que lorsque ces phénomènes congestifs et ecchymotiques de la muqueuse intestinale sont plus accentués, ils peuvent aboutir à de véritables *hémorragies intestinales*. Nous avons observé ainsi un malade qui a présenté des œdèmes, des épanchements, des séreuses, une pellagre cutanée très nette et enfin une diarrhée sanglante.



III. La phase des syndromes athrepsiques. Fonte musculaire et troubles nerveux : stupeurs-comas

A la suite des manifestations précédentes, nous avons observé, à la fin de l'année 1941 notamment, des troubles encore plus graves et très impressionnants, caractérisés cette fois par une cachexie profonde et des troubles nerveux.

Tout d'abord, certains malades, même mieux alimentés, présentaient une fonte musculaire extrême et très impressionnante, à tel point que la saillie des fessiers disparaissait, que le visage était émacié et prenait un aspect simiesque avec fonte de la boue graisseuse de Bichat. Ce tableau n'était pas proportionnel à la réduction alimentaire et marquait manifestement un véritable trouble trophique généralisé, rappelant justement tout à fait l'athrepsie infantile.

Cette fonte musculaire aboutissait à la mort par cachexie. Nous devons ajouter qu'elle était plus fréquente chez les malades atteints d'une localisation tuberculeuse, mais nous laissons de côté ces cas pour nous limiter aux syndromes purs de dénutrition.

Enfin, à cette période, survinrent des états très spéciaux que l'on a qualifiés comas, mais que nous considérons plutôt comme des stupeurs, et qui en tout cas rappellent de façon impressionnante les accidents nerveux de l'athrepsie infantile.

Le début est tantôt progressif, tantôt rapide, mais passant facilement inaperçu. Il nous est arrivé de passer dans une salle et de voir tel malade normal, puis y repassant quelques instants après, nous le trouvions soudain pétrifié, immobile, en pleine stupeur.

Le tableau est alors caractéristique. Le malade est immobile comme une statue, les yeux ouverts, mais le regard est sans vie et la *cornée devient terne* comme après la mort. La mâchoire inférieure tombe par suite d'une paralysie des masticateurs. Aux membres on note des contractures variables, prédominant souvent sur la racine des membres, parfois accompagnées aux membres supérieurs d'une attitude d'extension avec pronation forcée rappelant certaines attitudes de décérébration. Les réflexes tendineux sont conservés, parfois nous avons pu noter un signe de Babinski, mais de façon inconstante. Pas de réflexes de défense aux membres inférieurs ni supérieurs. Mais ce qui confère à ce tableau clinique une note particulière, ce sont surtout les *troubles respiratoires* et les *troubles vaso-moteurs*.

La *respiration*, loin d'être bruyante et suspicieuse, comme habituellement dans le coma, est souvent imperceptible, comme suspendue. On note surtout de longues pauses respiratoires entrecoupées de temps en temps d'une inspiration isolée et relativement faible. Quelquefois nous avons vu un rythme rappelant le Cheynes Stokes, mais ce n'est pas la règle.

Quant aux *troubles vasomoteurs*, ils se traduisent par une pâleur extrême avec un refroidissement considérable des segments. Le *refroidissement* est tel qu'il est impossible de réchauffer le malade ; même en l'entourant de bouillottes, on ne parvient par aucun moyen à ranimer la circulation périphérique. La peau est terne, pâle, véritable peau de cadavre. L'aspect du malade est celui d'un *mort-vivant*. On pourrait presque le croire mort si on ne sentait le pouls battre régulièrement quoique faiblement et lentement. La tension artérielle est effondrée. Le thermomètre rectal ne monte pas ou presque pas. Nous avons fait une fois un électrocardiogramme qui a montré des troubles considérables du fonctionnement myocardique, comme ceux qu'on observe dans les périodes préagoniques.

Notre élève Bachet a tenté de rapprocher ces manifestations des comas hypoglycémiques décrits par Lhermitte et Sigwald chez des sujets inanitiés. Mais tout d'abord les troubles que nous avons observés ne sont pas de vrais comas : les yeux restent ouverts, on ne note pas du tout le type de la respiration comateuse, il s'agit bien plutôt d'une sorte de stupeur avec effondrement vasculaire. Sans doute, dans quelques cas, la glycémie s'est montrée très abaissée à la période terminale, mais rien ne prouve que ce soit là la cause essentielle du trouble. Il est possible que cet effondrement glycémique soit une conséquence de l'effondrement général au même titre que l'inhibition cardiaque, vasculaire. D'ailleurs, on sait l'action extraordinaire, miraculeuse des injections sucrées dans les comas hypoglycémiques. Or nous n'avons rien vu de tel chez nos malades, et la mort est survenue. Le seul moyen thérapeutique qui nous ait paru ranimer un peu le malade et réactiver sa respiration et ses manifestations vitales est *l'inhalation de carbogène* ainsi que le réchauffement intense, en somme, des moyens physiothérapeutiques.

Le tableau que nous venons de décrire rappelle bien l'aspect de l'athrepsie infantile, telle qu'elle a été décrite par Parrot. Les données de l'anatomie pathologique confirment ce rapprochement. En effet, on note une diminution de volume de tous les organes et en particulier une atrophie des glandes (foie, pancréas), comme on l'observe chez le nourrisson athrepsique.

IV. Pathogénie et indications thérapeutiques

La plupart des auteurs qui ont étudié récemment ces syndromes de dénutrition survenus pendant ces années de guerre et de restriction alimentaire dans les asiles d'aliénés, ont eu en vue surtout de déterminer la nature de la carence en cause : carence vitaminique, carence de protides, de graisses, etc... Toutes ces études analytiques sont très intéressantes, mais nous laisserons ce problème en dehors de cette étude, renvoyant à la thèse de notre élève Bachet et aux travaux de Gounelle et de ses collaborateurs, dans laquelle on trouvera également la bibliographie de la question que nous n'aborderons pas ici.

Dans ce travail, nous nous plaçons à un point de vue synthétique, c'est-à-dire nous étudions la marche globale des syndromes de dénutrition que nous avons observés, à la lumière des données cliniques et anatomo-pathologiques.

A ce point de vue, les trois phases que nous avons observées se résument ainsi : dans la première phase, la motilité gastrique et intestinale est perturbée par un déséquilibre alimentaire comportant un excès de cellulose, auquel s'ajoutent parfois des fermentations excessives favorisées par la prédominance des féculents. Il en résulte des phénomènes de spasmes et d'irritation avec diarrhée, suivis parfois d'une atonie gastrique complète avec véritable paralysie et dilatation énorme de l'estomac qui remplit tout l'abdomen et n'évacue plus son contenu. Il en résulte un arrêt à peu près complet de la digestion, et par suite un état de carence globale aggravé parfois par des complications infectieuses secondaires. Mais il faut tenir compte dans la genèse de cet appauvrissement du sérum en protides et substances nutritives, de la *gastro-entérite initiale*.

Si celle-ci n'amène pas à elle seule l'issue fatale, elle détermine par son évolution non seulement des troubles de la motricité gastro-intestinale, mais encore des perturbations considérables de la vascularisation de la muqueuse gastro-intestinale, de l'hyperémie et du véritable purpura de la muqueuse. On peut donc dire qu'il existe une atteinte *considérable de tout le sympathique abdominal*, une véritable sympathose abdominale.

Cette sympathose abdominale peut s'étendre à toutes les fonctions sympathiques : d'où l'hypothermie extrême, la cyanose, le collapsus des capillaires, et enfin une série de symptômes qui indiquent l'atteinte des *centres neuro-végétatifs cérébraux* : c'est en effet par l'atteinte de ces centres et notamment des *centres bulbaires ou bulboprotubérantiels* que l'on peut

comprendre les énormes perturbations respiratoires, l'effondrement cardio-vasculaire, la paralysie des masticateurs, etc... Bien entendu, tous les centres basilaires végétatifs doivent être touchés et c'est ce qui peut expliquer aussi la baisse de la glycémie et l'effondrement des fonctions humorales. Mais cette hypoglycémie est ici secondaire au trouble central, et elle doit être différenciée de l'hypoglycémie de simple carence survenant sur un système neuro-végétatif normal : dans ce dernier cas il suffit de fournir à l'organisme la quantité de sucre qui lui manque pour assurer une résurrection immédiate, facile en raison de la remise en fonctionnement instantanée des mécanismes régulateurs. Mais dans les cas qui nous occupent, ces mécanismes régulateurs sont paralysés et toute la direction de la vie neuro-végétative et psychique est effondrée. C'est ce qui fait l'extrême gravité de la situation.

On comprend alors que les seuls moyens qui ont l'air de ranimer un peu les forces vitales sont ceux qui stimulent directement l'activité de ces centres neuro-végétatifs, comme par exemple l'inhalation du carbogène ainsi que les moyens mécaniques et physiothérapeutiques. En somme, la dénutrition est ici la conséquence de l'atteinte de tout le *système de régulation neuro-végétative*, depuis les centres cérébraux jusqu'aux capillaires et aux réseaux vasculaires périphériques.

La maladie partie du sympathique abdominal touché par le déséquilibre alimentaire gagne ainsi le sympathique central et la tête cérébrale de tout le système neuro-végétatif. C'est alors une *athrepsie d'origine nerveuse et d'origine centrale*. Bien entendu, cette atteinte des centres végétatifs coexiste avec une atteinte des glandes endocrines synergiques, notamment de l'hypophyse, comme M. Gounelle a pu le constater en partant de l'examen de nos malades.

Cette pathogénie, issue directement de nos constatations cliniques et anatomo-pathologiques, explique aussi pourquoi la sous-alimentation et le déséquilibre alimentaire atteignent plus spécialement les aliénés : c'est que ces malades ont un système sympathique déjà touché et d'une extrême fragilité. Nous avons avec Camus insisté sur les troubles paradoxaux de la motilité gastrique chez les catatoniques avec mélange de spasme et d'atonie. Tomesco l'a également souligné. Henry (de New-York) a étudié les troubles de la motilité intestinale. Enfin nous avons montré aussi la fréquence des troubles bulbaires chez les aliénés, et également la fragilité de la vascularisation gastrique, avec la facilité de vasodilatations brusques et de piqueté hémorragique de l'estomac à

la suite de la moindre cause mécanique (voir notre ouvrage de psychiatrie médicale notamment, p. 33, 632 et 643).

On comprend donc que de tels malades soient particulièrement sensibles aux causes alimentaires. Et parmi celles-ci il faut faire intervenir non seulement la sous-alimentation, c'est-à-dire le trouble quantitatif, mais encore le *déséquilibre de la ration alimentaire*, insuffisamment variée et avec la prédominance excessive d'un facteur sur l'autre. Ajoutons que ce déséquilibre constitue précisément un des caractères très particuliers des perturbations de l'alimentation dans les périodes que nous venons de traverser.

Ces notions comportent des applications pratiques : il ne suffit pas de calculer la ration énergétique théorique, mais il faut tenir un grand compte de *l'état du tube digestif* et de *l'appareil sympathique* qui en définitive commande l'assimilation des substances nutritives. Il faut donc éviter l'emploi d'aliments irritants qui, sous prétexte de faire nombre et de sauver la face, ne font que fatiguer et spasmer un appareil digestif sensible sans lui apporter de valeurs nutritives réelles. Il faut faire une extrême attention à l'excellente *cuisson des légumes*, à la façon dont ils sont coupés et épluchés, à leur préparation culinaire. Il est capital aussi d'utiliser des légumes frais et d'éviter des fermentations parfois très redoutables, comme cela arrive notamment avec les choux, et qui vont devenir l'origine d'une gastro-entérite et d'une diarrhée en apparence banale mais point de départ chez des malades sensibles d'une cascade de catastrophes aboutissant à la dénutrition et à l'athrepsie.

Il est également capital que le menu soit minutieusement étudié dans une collaboration incessante du médecin et de l'économiste : nous avons vu bien des fois l'accumulation dans le même repas de légumes verts déterminer des spasmes intestinaux, et l'accumulation dans un autre repas de plusieurs plats de féculents déclencher une diarrhée de féculents avec météorisme. Tous ces inconvénients si redoutables sont évités en panachant simplement le repas. Nous avons souligné maintes fois tous ces faits dans des notes à l'administration, car dans ce domaine, le rôle du médecin ne se borne pas à visiter ses malades, il doit aussi faire œuvre d'hygiéniste et d'organisateur et consacrer tout le temps nécessaire à des échanges de vues incessants avec le directeur et l'économiste de l'établissement.

De même, il faut se défier des mets de mauvaise qualité, des viandes avariées, du boudin altéré et penser que ce qui entre dans le tube digestif peut avoir une influence décisive sur la vie de

l'individu. On oublie trop le rôle énorme de *l'hygiène alimentaire en psychiatrie*.

Un autre élément thérapeutique capital est l'action sur les vaisseaux et les capillaires. La chaleur locale par tous les moyens (bouillottes, air chaud, rayons infra-rouges, massage, etc...) est un des meilleurs moyens d'agir sur ces paralysies sympathiques et de ranimer une circulation parésiée. Il faut utiliser ces moyens avec énergie et persévérance.

Il ne faut pas oublier non plus que le psychisme joue un rôle considérable sur la nutrition : il semble précisément que cette fragilité et ces perturbations sympathiques marchent souvent de pair avec l'engourdissement de la conscience, et on comprend à ce point de vue *le curieux rapprochement sur lequel nous insistons souvent entre la pathologie du nourrisson et la pathologie de certains aliénés* : dans les deux cas, on retrouve ce dérèglement des grands rythmes neuro-végétatifs, de la température, de la respiration, et on retrouve également des gastro-entérites analogues et ces mêmes états d'athrepsie et de dénutrition. Il y a donc intérêt chez l'aliéné à tout faire pour réactiver la conscience ; les soins minutieux dont on entoure le malade, les paroles, les attentions, les visites ont parfois un effet non négligeable, et surtout il faut tenir un grand compte de l'état affectif qui retentit énormément sur l'appareil digestif et la nutrition. Il suffit de se rappeler le rôle des émotions déprimantes à ce sujet.

Toutes ces données montrent que le problème n'est pas purement un problème chimique, et qu'il faut tenir compte de tous les facteurs. Néanmoins, on ne sous-estimera pas, à côté des soins digestifs si importants, le rôle d'apporter les éléments suffisants en protéides, en graisses pour maintenir l'équilibre du sérum, combattre les œdèmes, mais il vaut mieux encore prévenir les phases de dénutrition non seulement par une ration suffisante, mais surtout par une ration équilibrée, et avec toutes les précautions en vue d'éviter les gastro-entérites.

(1) Par suite des circonstances, les recherches qui font l'objet de ce travail n'ont pu être publiées en leur temps. Quelques mentions en ont été faites dans la thèse de Bachet (1943) et dans une lettre à la *Presse médicale* du 22 sept. 1945.



SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 22 Octobre 1945

Présidence : MM. A. BAUDOUIN, Président
et M. DEMAY, Vice-Président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 25 juin et le procès-verbal de la séance du 9 juillet 1945 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Professeur DECHAUME, de Lyon, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* ;

une lettre de M. le D^r GIBARD, de Lyon, qui pose sa candidature au titre de *membre correspondant national* de la Société : une commission composée de MM. DECHAUME, HEUYER et CARRETTE, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature ;

une lettre de M. le D^r DOUSSINET, attirant l'attention sur une erreur matérielle de composition dans le compte rendu de la *Presse Médicale*, du 15 septembre 1945, de sa communication du 28 mai 1945, sur « l'importance du facteur humoral dans le mécanisme de l'action thérapeutique de l'électro-convulsion ».

Décès de M. le D^r Calmels, membre titulaire honoraire

M. BAUDOUIN, *président*. — Messieurs, j'ai le regret de vous faire part du décès de M. le D^r CALMELS, *membre titulaire honoraire* de la

Société. M. le D^r Calmels n'appartenait pas à notre spécialité. Mais, en tant que membre des Assemblées départementales, il était intéressé aux questions d'hygiène et de prophylaxie mentales. C'est à ce titre qu'il avait été élu membre de la Société en 1927. La Société apprendra sa disparition avec regret.

Décès de M. le D^r Dupouy, membre titulaire honoraire

M. BAUDOIN, *président*. — J'ai également à vous faire part du décès de M. le D^r DUPOUY, survenue le 9 juillet 1945, membre de la Société depuis 1919 et membre honoraire depuis 1944. Médecin des Hôpitaux psychiatriques, médecin de l'Hôpital Henri-Rousselle, médecin-inspecteur près la Préfecture de Police, M. Dupouy avait été l'un des principaux collaborateurs du D^r Toulouse, dans l'organisation de l'Hôpital Henri-Rousselle. Il en était resté l'un des médecins les plus actifs. En dehors de ses travaux d'hygiène mentale générale, de son ouvrage classique sur les fugues, il a, avec ses élèves, publié ici de nombreuses notes cliniques. Vous savez quelles contributions importantes il a apportées au traitement des toxicomanies.

Vous connaissiez également ses grandes qualités de cœur et sa modestie. Nous ressentons avec force le vide causé par sa disparition prématurée.

Limitation du nombre des communications par auteur

M. DUBLINEAU, *secrétaire général*. — Messieurs, le Conseil d'Administration, dans sa séance du 23 octobre, a décidé d'attirer l'attention de la Société sur les inconvénients qui peuvent résulter, dans l'état actuel des réductions imposées, de communications multiples publiées par un seul auteur. Le Conseil vous propose, pour permettre au plus grand nombre possible de collègues de bénéficier de notre Tribune, de n'autoriser qu'une communication par auteur pour les séances à l'ordre du jour desquelles sont annoncées plus de six communications. Dans ces cas, les communications supplémentaires seraient reportées à la suite.

Cette proposition, mise aux voix par le Président, est adoptée à l'unanimité.

Relation par M. le Président A. Baudouin de récents voyages à l'étranger (Etats-Unis, Canada, Suisse)

Messieurs, j'ai eu le plaisir, au cours d'un voyage récent en Suisse, de rencontrer diverses personnalités psychiatriques. Reçu en ami par nos collègues suisses, j'ai pu constater, une fois de plus, les progrès

réalisés par eux dans le domaine de l'assistance et de la prophylaxie mentales de l'adulte et de l'enfant.

Je voudrais également vous communiquer quelques impressions d'un voyage qu'il m'a été donné de faire en Amérique du Nord au début de l'été.

Reçu partout très cordialement, j'ai pu mesurer au Canada le désir de la part des Canadiens français de liens culturels plus étroits avec la France. Pour ma part, je crois que nous aurions un grand intérêt moral à faciliter les échanges culturels et les voyages de Français au Canada.

Mon séjour aux Etats-Unis a été marqué par la visite d'un certain nombre de cliniques psychiatriques dans les hôpitaux ordinaires. Il s'agit là de petits services d'aigus, sections d'hôpitaux généraux, où ne sont naturellement traités que les cas légers. Pour les cas plus importants, les Etats-Unis disposent de vastes établissements, dont certains sont de plusieurs milliers de lits.

J'ai été surtout intéressé aux Etats-Unis par les tentatives de mise au point de techniques psycho-chirurgicales. L'intervention la plus fréquente semble être la lobotomie, pratiquée par section des connexions des lobes frontaux. Ses indications majeures sont les obsessions à grosse charge émotionnelle, ainsi que les mélancolies anxieuses rebelles à l'électro-choc et peut-être certains cas de manie chronique. L'opinion semble d'ailleurs divisée sur l'extension à donner à ces méthodes. Certains auteurs en étendent plus que d'autres les indications.

En neurologie, la chirurgie prend également un grand développement. Elle s'intéresse en particulier à certains spasmes de torsion, à certaines rigidités parkinsoniennes.

Dans la psychiatrie courante, l'insulinothérapie est couramment utilisée. On emploie également beaucoup l'insuline à petites doses, dans les cas de grande excitation, pour faire tomber cette dernière.

J'ai tenu à vous faire part de ces impressions. Elles révèlent de la part de nos collègues des Etats-Unis le désir de frayer à la psychiatrie des voies nouvelles. Je n'ignore pas que nos collègues disposent d'un équipement leur permettant plus facilement que chez nous des réalisations importantes. Mais, loin de nous décourager, cette constatation doit (et ce sera certainement votre avis) nous inciter si possible à mieux faire dans la limite de nos moyens.

M. PUECH. — Je suis heureux d'avoir entendu M. le Doyen Baudouin rapporter ses impressions sur la psychochirurgie en Amérique. Au centre neuro-chirurgical de Sainte-Anne, nous nous efforçons également, mes collaborateurs et moi, à une tâche de même ordre. Nous pensons toutefois, qu'en matière de techniques et d'indications, il ne peut, jusqu'à présent, rien être édicté de systématique. De toutes façons, le Centre est à la disposition de nos collègues, médecins des

hôpitaux psychiatriques, pour les cas susceptibles de les intéresser dans la voie indiquée par M. le Doyen Baudouin.

Invitation de la Société médico-psychologique à la réunion annuelle à Londres de la « Royal Medico Psychological Association ».

M. DUBLINEAU, *secrétaire général*. — Sur l'invitation de la *Royal Medico-Psychological Association*, une délégation de notre société, composée de MM. BROUSSEAU, Noël PÉRON et moi-même, s'est rendue à la réunion annuelle qui s'est tenue à Londres, les 5 et 6 septembre 1945. Au cours de ces journées, il a été traité de la sénilité sous ses divers aspects (cliniques, biologiques, sociaux). Les psychiatres en provenance des pays occupés ont été priés de rapporter quelques impressions sur les conditions de vie durant l'occupation. Durant leur séjour, les membres de la délégation ont été reçus avec une très grande cordialité. Ils ont été à même de constater les efforts faits par nos collègues britanniques pour répondre, dans l'organisation de leurs établissements, aux exigences les plus modernes de l'assistance psychiatrique.

Des vœux ont été échangés en faveur d'un accroissement des échanges scientifiques entre les psychiatres des deux pays.

COMMUNICATIONS

Erotomanie bradypsychique,
par MM. X. ABÉLY, P. DESCLAUX et R. SUTTEL.

Nous avons eu l'occasion d'observer une forme très spéciale d'érotomanie que l'on rencontre dans les états bradypsychiques et notamment dans l'épilepsie. Ce n'est à vrai dire qu'une sorte de caricature de l'érotomanie passionnelle. La polarisation mentale n'est pas réalisée ici par un sentiment violent, mais par une adhérence irréductible à un état psychique qui s'est implanté. La ténacité vers le but poursuivi ne provient pas d'une exaltation de l'affectivité de la volonté, d'une hypersthénie ardente, mais de la viscosité psychomotrice, de la persévération morbide. Les qualificatifs de collant, de gluant ne peuvent nulle part s'appliquer aussi bien qu'à cette persistance amoureuse. Cependant, les troubles habituels du caractère peuvent aboutir à des réactions qui simulent l'excitation passionnelle. Pour l'objet aimé, la conduite du malade est aussi persécutrice et exaspérante dans un cas que dans l'autre.

Pour préciser les idées, nous citerons un cas typique :

OBSERVATION. — Pierre G... est épileptique depuis l'âge de 14 ans, la famille signale un choc crânien dans la première enfance. Les crises sont typiques, nous en avons observé plusieurs. Elles surviennent cinq à six fois par an malgré le traitement barbiturique régulièrement suivi. La bradypsychie est très marquée. Le malade est lent, méticuleux, un peu irritable parfois. Il a une instruction du degré du baccalauréat. Il exerce d'une façon satisfaisante une profession qui nécessite une grande minutie et qui lui convient parfaitement. Ses tendances sexuelles sont fort peu exigeantes. Mais il estime convenable à sa dignité d'homme de rechercher un mariage ou une liaison conformément à la conduite de tous ses camarades. Au cours d'une première tentative il a voulu faire la cour à la fille d'un collègue de son père. Cette jeune fille lui déclara rapidement qu'elle ne voulait pas l'épouser. Pendant deux ans cependant il insista auprès d'elle, lui faisant même quelques scènes. Les parents durent intervenir pour mettre fin à cette importunité. C'était une première manifestation de cette persévération amoureuse qui devait s'amplifier dans la deuxième expérience.

En 1944, survenait l'aventure qui a motivé l'internement. Depuis longtemps Pierre fréquentait assidûment un café des Boulevards où jouait un orchestre. Il appréciait particulièrement une artiste nommée Jeanne, mais ne lui avait jamais adressé la parole. Durant le mois de février, cette jeune femme s'absenta. Notre malade en ressentit un sentiment de privation qui lui révéla l'amour qu'il éprouvait pour elle. Il se contenta, pendant quelques semaines, d'une contemplation muette. Puis il s'enhardit un jour à demander à l'orchestre de jouer des morceaux de son goût et offrit une gratification. Bientôt il fait parvenir sa carte de visite à l'artiste, se présente après l'audition pour la féliciter et finit par lui déclarer qu'il a remarqué de la tristesse dans ses yeux et qu'il voudrait la consoler. Pour couper court à toute confiance nouvelle, elle lui annonce qu'elle est mariée. Il n'en continue pas moins dès lors à faire sa cour. Il est maintenant persuadé qu'elle l'aime. En effet, dans l'escalier où il lui avait adressé la parole, une personne qui descendait s'écria : « Eh ! les amoureux, n'encombrez pas le passage. » Cette personne avait remarqué le regard amoureux de Jeanne. Un soir celle-ci embrasse des enfants en présence du malade. L'allusion est claire. Il essaie d'échanger avec la jeune femme des propos aimables. Mais elle lui parle chaque fois de son mari. Un soir, il a une crise comitiale devant l'orchestre. Le lendemain il remet une lettre à l'artiste lui disant notamment : « Vous brandissez votre mari devant moi comme Valentin son épée devant Méphisto. » Mais les jours suivants deux hommes qui se présentent, l'un comme le mari, l'autre comme le beau-frère, l'expulsent violemment du café, après lui avoir intimé l'ordre de ne plus importuner la jeune femme. Il porte plainte au commissariat, se fait accompagner d'un sergent de ville et, fort

de son bon droit, s'installe à nouveau. Il écrit plusieurs lettres à Jeanne, protestant de la pureté de ses intentions, lui demandant son amitié. Il lit dans les regards de l'artiste que ses refus sont inspirés par des personnes étrangères. Il ne croit pas à la réalité du mariage de Jeanne. On l'appelle d'ailleurs « Mademoiselle ». Il continue à fréquenter journallement le café et reste de longues heures à contempler son idole. Un dimanche, comme il gêne la circulation dans l'établissement, il frappe le gérant qui lui avait fait une observation. L'atmosphère devient houleuse dans le café. Il exaspère tout le monde. Mais, lui, reste impassible et s'accroche toujours. Quelques jours plus tard plusieurs consommateurs interviennent pour l'expulser. Il résiste, une table est renversée, des chaises brisées. Il est conduit au poste de police. Relâché, il revient aussitôt au café. Le lendemain, il reprend sa place habituelle. Le patron, excédé, appelle à nouveau la police et le malade est interné.

Dans le service, Pierre se montre calme, docile, mais visqueux, raisonneur, ergoteur. Il discute, parfois avec mauvaise foi, sur des détails de son aventure dont il garde minutieusement une véritable comptabilité. Au bout de deux mois, comme le roman semble s'estomper et que sa famille s'engage à s'installer avec lui en Bretagne, la sortie est accordée. Le départ a bien lieu, mais trois mois après, Pierre reparait dans le café parisien. Il est d'abord assez discret et son attitude est correcte. Peu à peu les visites deviennent quotidiennes, il prend des attitudes langoureuses, étendu sur une chaise devant l'orchestre et fixant obstinément l'artiste. Il lui écrit pour lui demander à nouveau son affection. La jeune femme lui accorde un entretien pour lui montrer ses papiers d'identité prouvant qu'elle est mariée. Mais il nie l'évidence, trouvant dans cette carte des particularités qui n'arrivent pas à le convaincre entièrement. Une explication orageuse a lieu dans le café. La Préfecture de police alertée, interne de nouveau le malade.

On remarquera dans cette observation des éléments qui la rattachent à l'érotomanie telle qu'elle fut décrite par G. de Clérambault.

On y constate la fixité d'un état psychique, le but inlassablement poursuivi, l'acharnement et l'aveuglement malgré toutes les rebuffades subies, la graphorrhée, la certitude d'une communion amoureuse avec l'objet, le travail interprétatif se développant dans le secteur étroit de l'idée prévalente, l'espoir indéracinable, l'orgueil qui se traduit plus exactement ici par l'amour-propre. On y rencontre les thèmes dérivés : la certitude que l'être aimé ne peut trouver le bonheur qu'auprès du malade, le refus de croire au mariage dont la validité est douteuse, l'explication de la conduite paradoxale de l'objet qui subit une domination.

Mais ce n'est là, en réalité, qu'une pâle copie de l'exaltation

passionnelle de l'érotomanie vraie. Ce qui domine ici, c'est l'impossibilité de s'affranchir d'un état psychique une fois installé, la lenteur à réaliser une situation, à en saisir les éléments divers, à comprendre le ridicule de la position ; la persévération de l'attitude prise et du comportement, la difficulté de s'en dégager, le besoin enfin de minutie, de précision jamais satisfaite. C'est sans doute aussi en raison de la gêne des transitions que de tels malades passent plus rarement et plus tardivement au stade du dépit et de la haine.

Nous avons pu observer chez des épileptiques ralentis quelques cas analogues d'érotomanie pseudo-passionnelle. Bien que nous n'en ayons pas retrouvé d'exemple dans la littérature médicale, nous sommes persuadés que des observations de ce genre, sous des aspects plus ou moins typiques, ne sont pas rares. Cette persévération affective doit certainement réaliser dans d'autres domaines, sous la forme mystique par exemple, des syndromes comparables chez les épileptiques. Mais l'érotomanie bradypsychique n'est pas spéciale à l'épilepsie. On peut la rencontrer dans d'autres psychopathies où le psychisme est ralenti et notamment dans le parkinsonisme encéphalitique. La viscosité mentale, l'adhérence des états psychiques réalisent parfois chez ces malades des poursuites amoureuses d'une insistance pathologique, qui n'a pas le caractère d'un état passionnel.

L'un de nous a connu un jeune encéphalitique dépourvu de famille qui s'était épris d'une dame charitable, beaucoup plus âgée que lui, qui l'avait pris en pitié. Pendant des mois, il l'importuna inlassablement de ses déclarations amoureuses et de ses désirs érotiques. Tout petit cadeau était une preuve nouvelle d'affection partagée. La dame se faisait désormais accompagner quand elle voulait le rencontrer, il en concluait qu'elle avait peur de lui céder. Il essaya alors de forcer sa porte. Elle dut ne plus s'occuper de lui et même quitter son domicile. Plusieurs auteurs ont décrit l'importunité assidue des encéphalitiques. On pourrait, renversant les termes, parler de leur assiduité importune. Il semble cependant que l'encéphalitique, plus érotique que l'épileptique, soit en général moins persévérant dans sa recherche sexuelle.

Il faudrait encore rapprocher les cas que nous rapportons des érotomanies que l'on rencontre assez fréquemment à la phase initiale de la schizophrénie. Ce sont des formes assurément atypiques par leurs bizarreries. Mais certaines observations ont pu être confondues avec l'érotomanie pure de Clérambault.

Cependant, on découvre le plus souvent, dans ces cas, une

persévération mentale, un rationalisme morbide, un défaut de base et de retentissement affectif réels qui les apparentent beaucoup plus au syndrome que nous décrivons qu'à l'érotomanie passionnelle.

En somme, il nous a paru intéressant de signaler une forme spéciale d'érotomanie qui relève bien moins d'une exaltation affective que d'un ralentissement psychique et sur laquelle l'attention des auteurs ne semble pas avoir été attirée jusqu'ici.

Gestalt-théorie et structures en psychiatrie : la dialectique fond-figare dans la nosologie et la séméiologie, par MM. L. BONNAFÉ, A. CHAURAND, F. TOSQUELLES et A. CLEMENT (de St-Alban).

Continuant nos réflexions sur l'utilisation en psychiatrie du concept de structure, nous devons nous arrêter avec une attention particulière sur l'apport de la gestalt-théorie. Nous devons considérer aussi bien sa part de responsabilité dans le confusionnisme dénoncé antérieurement que sa fécondité pour une appréhension synthétique de l'objet de notre connaissance.

Il ne s'agit naturellement pas pour nous de transposer dans notre domaine l'édifice théorique élaboré à la suite des expériences de perception et qui n'est d'ailleurs que le point de départ de la théorie de la forme. Mais notre intention est, après avoir indiqué les voies dangereuses de la mythologie, les tentations de refuge sous des notions abstraites, de critiquer la valeur scientifique de positions doctrinales qui apportent, avec d'incontestables lumières, des risques certains de mystification.

Réaction contre le scientisme du XIX^e siècle, crise méthodologique issue du développement monstrueux de l'analyse, de l'atomisme, de l'associationisme, évolution de la psychologie contre une tradition de mimétisme vis-à-vis des disciplines scientifiques mieux assurées (et d'ailleurs mal assimilées selon des formes dépassées), telle est schématiquement l'ambiance dans laquelle les notions d'organisation, forme, structure, gestalt, se sont imposées aux psychologues avec l'insistance que l'on sait. La médecine en général et la psychopathologie en particulier ont vu clairement que la complexité phénoménale de l'événement morbide ne pouvait être saisie sans ce mouvement de la méthode vers l'unité.

Cette recherche de la réalité totale de l'objet, dépouillée de l'anecdote, ne pouvait aller sans rencontrer d'écueils. Les ten-

tations du mimétisme vis-à-vis des sciences plus exactes subsistaient encore, bien que les études bio-psychologiques prennent une conscience plus claire de l'originalité de leur objet.

La contamination de la méthode par des procédés empruntés aux sciences physiques ne pouvait d'ailleurs, selon la règle que nous avons rappelée plus haut, que se référer à un stade largement dépassé et à une conception approximative de ces disciplines. D'autre part, il fallait bien s'attendre à voir les efforts de globalisation accroître les tentations animistes et retrouver, sous des aspects nouveaux, le réalisme naïf de la pensée préscientifique.

Quoi qu'il en soit, l'efficacité du mouvement gestaltiste n'est pas niable. Il est certain que l'apport du mot et de l'idée de totalité organisée n'est pas seulement l'expression dans un langage nouveau de choses déjà connues. C'est aussi l'accession à des modes de pensée nouveaux dont la fécondité en psychopathologie n'est pas épuisée.

Nous savons déjà quels services la dialectique fond-figure a rendus, avec Goldstein, à la neurologie. Nous croyons que cette démarche n'a pas épuisé ses possibilités en psychopathologie.

Dans un travail inédit (*La connaissance du malade contre la notion de maladie*), nous avons tenté d'appliquer cette notion à l'éclaircissement du problème de l'existence réelle des maladies et des cadres nosographiques. Nous avons considéré, dans la totalité structurale de l'événement morbide, la maladie comme *figure*, la personnalité du sujet comme *fond*. Ainsi, terminologie et méthode gestaltistes nous permettaient d'épurer l'aspect magique de la notion de maladie, de préciser la signification des catégories nosographiques. L'entité morbide ne peut être considérée dans cette perspective que comme le cadre dans lequel nous rassemblons des formes de réaction de l'organisme plus ou moins analogues, dans des conditions plus ou moins semblables. L'expérience clinique des tableaux relativement simples, conformes aux descriptions théoriques et d'autres infiniment plus flous et plus labiles, nous paraît rationalisée de façon satisfaisante par la considération des relations fond-figure.

Ainsi, dans la pneumonie-franche-lobaire-aiguë-de-l'adulte-sain-et-vigoureux, la maladie est une bonne forme, caractérisée par une figure très prégnante, stable, le fond étant posé par définition comme neutre. L'absence de passé pathologique fait que la réaction du fond sur la figure est pratiquement négligeable. La notion de pneumonie, entité nosologique, est satisfaisante relativement aux finalités diagnostiques et thérapeutiques.

Par contre, dans le domaine psychiatrique, les relations figure-fond jouent un rôle bien plus considérable qu'il n'est de règle en médecine somatique. L'histoire somatique du sujet est infiniment plus simple que son histoire psychologique. Dans les maladies à symptomatologie psychique prédominante, le fond d'histoire n'est jamais vierge, la personnalité jamais indifférente. Le fond devient facilement figure. Il s'agit ici de relations ambiguës telles que dans les images de Rubin et de Koffka où les mêmes parties pouvaient être tantôt figure, tantôt fond.

Ces considérations, au sein même du domaine psychiatrique, nous paraissent rendre compte des facteurs d'atypicité, le problème des psychoses des dégénérés s'en trouve éclairé, le polymorphisme des classiques, l'atypicité sur laquelle insistent les travaux modernes nous paraissent plus compréhensibles si nous nous rappelons que le terrain dégénératif est par définition celui dont l'histoire héréditaire et individuelle est chargée, donc le terrain privilégié des formes ambiguës, celui sur lequel les réactions de la personnalité seront les plus exubérantes. De même, en médecine somatique, ne peut-on considérer la pneumonie de l'alcoolique, du diabétique, du vieillard, comme une sommation de symptômes pneumoniques avec des symptômes alcooliques, diabétiques, séniles, mais comme un épisode-figure survenant sur une histoire-fond qui, trop chargée, est un obstacle à la prégnance de la figure.

En outre, de ces considérations simples, il convient de signaler quel intérêt s'attache à l'influence du fond sur l'organisation même de la figure, à l'étude des problèmes de la maladie, selon les données de formes fortes et faibles, dépendant de la structure même de la figure.

En clinique psychiatrique, on a souvent tendance à donner au fond une valeur anecdotique, oubliant qu'il est la condition de la figure et surtout que la structure de l'événement morbide suppose la dialectique des deux.

En fait, l'exemple de quelques cas montrera des changements de plans symptomatologiques, mettant bien en lumière l'utilité de ces perspectives.

Telle maniaque, chez qui le « fond de débilité mentale » est affirmé au premier placement, sort après son dernier accès guérie de sa manie, mais cette sortie est un échec, il n'y a pas eu d'accroissement perceptible du déficit, ni de modification notable du milieu et, cependant, par débilité mentale, elle ne peut surmonter les conflits que suppose la réadaptation à l'ambiance. Ses capacités intellectuelles permettaient autrefois une adapta-

tion satisfaisante à son monde campagnard, elles ne permettent pas la liquidation de la manie passée, la réinsertion sur le plan social. Le fond de débilité qui ne constituait pas autrefois une maladie socialement constatable est devenu maintenant figure, la place de ce cas au fichier nosographique est passée à la débilité mentale.

Parmi nos malades figurent encore, entre autres cas moins démonstratifs, une manie sur terrain déséquilibré et un automatisme mental guéri à l'électro-choc sur fond de débilité qui ont dû nous être confiés de nouveau après guérison et sortie, en raison de troubles relevant du fond de la personnalité.

Nous comptons publier prochainement un cas où les changements d'aspect clinique sont très frappants et qui ne nous paraît bien compréhensible qu'à la lumière de cette dialectique avec le remarquable caractère d'ambiguïté des relations fond-figure en psychopathologie.

Il faut remarquer que dans cette conception du fond se synthétisent ce qu'est classiquement la constitution et l'apport des événements concrets vécus par le sujet. Cette constatation nous paraît souligner combien les doctrines proprement constitutionnalistes, figées dans une attitude statique, antibiologique et anti-historique, sont impropres à éclairer notre connaissance de l'événement morbide dans sa structure totale. Précisons à cette occasion que lorsque nous parlons de fond prenant rôle de figure, nous ne pouvons le faire sans rappeler que la forme nouvelle suppose, de toutes façons une organisation différente.

Dans une approximation grossière, on peut dire que l'ancien fond est devenu figure ; en fait, dans la nouvelle structure, ce qui est devenu figure est autre chose, résultant de l'influence des événements vécus sur l'ancien fond.

Minkowski (*La notion du fond mental*, 16-12-1940) a provoqué à la Société une discussion sur le contenu des termes « fond » et « fonds » qui apparaissent souvent dans nos certificats. Les conceptions d'inspiration gestaltiste que nous tentons de développer nous paraissent aptes à éclairer ce débat. Elles nous paraissent aussi rendre plus claires et plus utiles les notions de persistance mentale morbide, de perspective au sens de Claude, de psychoses de façade, etc... Il va sans dire que discuter ces problèmes supposerait un approfondissement de la dialectique fond-figure plus considérable que les relations simples dont nous avons fait état aujourd'hui.

L'utilisation de ces notions nous a fait glisser du plan nosographique au plan sémiologique, nous avons constaté que cette

démarche nous permettait de concevoir avec plus de clarté les problèmes de l'existence de la maladie et ceux de l'organisation syndromique, de la signification des attitudes et réactions de la personnalité morbide. Nous renvoyons ici aux considérations que nous avons exposées antérieurement (*Structure et sens de l'événement morbide*, Société médico-psychologique, 25-11-1945) sur ce problème des significations, en particulier à l'exemple de l'angoisse, que nous avons exposé alors.

Mais nous voulons aussi souligner la valeur de la méthode gestaltiste pour la compréhension des symptômes.

Lisant Bleuler sur l'ambivalence, nous relevons cette affirmation : « Même pour l'être normal, chaque chose se présente sous deux aspects : la rose a ses épines, mais le normal presque toujours fait une somme algébrique des valeurs positives et négatives, il aime la rose malgré ses épines. »

Certes, le contexte atténue ce que cette phrase a de choquant, mais il faut bien dire que la compréhension d'un symptôme tel que l'ambivalence ne saurait profiter d'aucun emprunt à cette notion de somme algébrique, l'amour de la rose est une forme dans laquelle l'homme aime la rose *avec* ses épines. L'ambivalence du normal ne se résout pas dans une estimation rationalisée de qualités positives et négatives, favorables et défavorables, elle est une forme de vie complexe, une organisation de tendances dans une unité. L'ambivalence pathologique est une forme de vie analogue, mais autre parce qu'organisée dans une personnalité différente.

On multiplierait à l'infini les exemples. Qu'il nous suffise pour l'instant de suggérer des possibilités d'application de la théorie de la forme à la clinique, à la compréhension du cas concret.

Valeur de la théorie de la forme en psychiatrie : la dialectique du moi et du monde et de l'événement morbide, par MM. L. BONNAFÉ, A. CHAURAND, F. TOSQUELLES et A. CLEMENT (de St-Alban).

Nous avons vu précédemment quelles lumières pouvait projeter la théorie de la forme sur les problèmes nosologiques et sémiologiques. Sur un autre plan, nous pouvons utiliser les travaux gestaltiques pour considérer les rapports du moi et du monde. Nous retrouvons ainsi un prolongement aux recherches dont nous avons fait état lors d'une communication antérieure

sur les structures et le sens de l'événement morbide. Le sens même du terme « aliénation » pose bien en effet comme signification première de la folie un trouble des rapports entre le moi et le monde. Que le sujet aliéné soit étranger à lui-même, c'est un point de vue qui mérite attention et sur lequel nous reviendrons ultérieurement, mais par rapport à quel moi le moi aliéné est-il étranger, si ce n'est à un moi social qui n'est autre que la notion de sa participation au milieu ? Conflit anthropocosmique ou perturbation du comportement social ne peuvent être considérés que dans la conscience de cette unité profonde du moi et du monde.

Goldstein a bien développé la théorie de l'unité de l'organisme et de l'ambiance en montrant l'impossibilité d'étudier le malade en dehors de son milieu et de l'idée qu'il se fait du milieu. Il est vrai qu'il n'existe pas chez l'auteur, lorsqu'il parle du milieu, un accent spécial indiquant un point de vue sociologique. Mais Goldstein est avant tout neurologue et ses malades n'accusent pas comme les nôtres le fait social au premier plan.

Il s'agit de progresser dans cette ligne, de considérer que l'homme est, comme le dit le béhavioriste Weiss, un stimulus pour autrui, et de s'engager dans la voie de l'interbéhaviorisme ou de l'opérationnalisme de Tolman, Kantor, etc... Nous retrouverons ultérieurement, en étudiant l'influence et l'évolution des thèses béhavioristes, le fait capital de leur interpénétration avec les thèses gestaltistes.

En attendant que ces conceptions, qui tendent à se conjuguer sur la structure du comportement, aient sérieusement influencé la psychiatrie, il faut constater que celle-ci n'a reçu qu'un bien mince apport de la sociologie. Cet apport ne s'est pas étendu jusqu'à maintenant bien au delà de l'affirmation d'influences de la société sur la personne, l'une et l'autre restant considérées indépendamment.

La solidarité mouvante de l'être et du milieu peut être comprise avec une valeur pragmatique multipliée si nous parvenons à mieux nous familiariser avec sa dialectique.

Certaines aspirations exprimées obscurément dans un bain de mysticisme métaphysique par Heidegger et d'autres phénoménologues pourraient ainsi être replacées sur un plan plus humain et alimenter des spéculations mieux orientées vers la vérité pratique.

Quoi qu'il puisse advenir de ces influences, l'apport de la gestalt-théorie et de Goldstein en particulier à la psychiatrie, dans le domaine qui nous retient actuellement, est déjà important.

Les critiques les plus légitimes qu'on ait pu leur adresser sont assurément celles qui incriminent un aspect statique, un défaut de notions historiques d'évolution, mais le développement même de la théorie la met déjà mieux à l'abri de ces critiques. Ainsi, Koffka, dans un de ses derniers livres (1), envisage l'évolution normale de l'homme comme une évolution des structures, se montrant en progrès très net sur les premiers travaux gestaltiques.

L'objet de ceux-ci, qui continue d'ailleurs à alimenter des préoccupations trop exclusives, résidait en des coupes dans le moment déterminé de l'observation, lorsqu'on reclasse dans l'évolution du sujet, à une mise en place abstraite, fort éloignée de la complexité de l'objet concret. Ainsi, la « Psychologie Evolutive », de Heinz Werner, aboutit à une hiérarchie structurale dans laquelle des niveaux infantiles, primitifs, morbides sont assimilés entre eux sans un souci suffisant de leur originalité respective.

Il convient de noter ici que Gelb (dans l'important article du numéro spécial sur le langage du « Journal de Psychologie », 1933, N° 1/4) avait attiré l'attention sur la nécessité d'éviter cette confusion (Originalité de l'Européen naufragé par rapport au primitif).

Le sociologue s'insurge également contre ces tendances, ainsi R. Caillois écrit (*Le Mythe et l'Homme*, 1938), parlant « d'identifications grossières et futiles, d'ordre si général qu'il devient difficile même de les nier » : « On sait ainsi assimiler couramment l'une à l'autre les pensées mythique, poétique, enfantine et morbide. Quelques déclarations de mystiques, quelques-unes de poètes, quelques formules de MM. Lévy-Bruhl, Piaget ou Freud font l'affaire dans les meilleurs cas. On ne paraît pas s'apercevoir que, dans ces conditions, il est infiniment plus fécond de préciser les différences que d'affirmer de lointaines analogies. »

Et c'est encore la clinique qui porte aux réserves les plus sérieuses sur ces spéculations arbitraires ; lorsque Werner compare des malades de Storch, Goldstein, Schilder, etc., à des exemples de formes infantiles ou primitives, il suffit de penser à ce qu'est réellement un malade déficitaire pour remettre en place les formes de vie des sujets telles qu'elles sont concrètement.

Bien des études d'auteurs allemands ont conduit à effacer toute

(1) D'après la traduction espagnole : « Bases de la evolución psíquica », Calpe, 1941.

différence de structure entre manie et schizophrénie, par exemple au profit d'un caractère commun : disparition de la distance du moi au monde, disparition de l'objectivité du réel, etc...

Or, si la théorie de la forme nous a permis de formuler une position nettement antinosographiste, il ne conviendrait pas qu'elle conduise à brouiller la conscience que nous devons développer de l'originalité propre des tableaux cliniques. Elle peut sortir de cette impasse par un approfondissement de la dialectique du moi et du monde. On peut utiliser à ces fins l'exemple suivant :

L'un de nous, frappé par la similitude entre le vécu du schizophrène processuel et la description de la « perception » du néant dans Heidegger, a cherché à retrouver, en liaison avec le processus schizophrénique, « l'expérience vécue de la fin du monde », mais cette expérience a été aussi bien retrouvée chez des maniaques, des épileptiques, des normaux. Cette recherche, en vue d'une étude structurale de la schizophrénie, a conduit à démontrer une fois de plus que le contenu des « *erlebnisse* », pas plus qu'aucun autre caractère transitoire, ne peut fonder l'originalité d'un tableau clinique. Les caractéristiques structurales de la schizophrénie ne peuvent être trouvées dans un type d'organisation interne de la personnalité, dans une forme de vie ou un type de rapports entre le moi et le monde considérés hors du contexte historique.

Le type des rapports entre le moi et le monde est défini par cette mise en place historique, ainsi on peut trouver des identités structurales entre des textes surréalistes et des textes schizophréniques, mais les uns restent œuvres de sujets sains, les autres œuvres de sujets malades.

Ces diverses considérations, sous des aspects très divers, contribuent à montrer d'une part combien il est vain de prétendre saisir l'originalité des structures morbides dans aucune perspective particulière et spécialement dans aucun moment donné, d'autre part combien il est malaisé de saisir la dialectique du moi et du monde dans une vue claire. Toute réflexion invite pourtant à imputer les échecs des vues structurales trop sommaires à un défaut de conscience de la nature de ces rapports.

Nous trouvons là les raisons de l'échec relatif de la gestalt-théorie et celles des espoirs que l'on peut fonder sur elle. En effet, si elle a piétiné dans une certaine mesure dans une attitude trop statique, elle peut alimenter une conception des rapports du moi et du monde où ceux-ci sont vus comme l'organi-

sation des formes déterminées selon les lois générales des rapports fond-figure et les lois de la bonne forme, le moi et le milieu ne peuvent être considérés comme éléments autonomes, et ceci non seulement dans le moment de l'observatoir, mais encore et surtout dans le mouvement évolutif.

Chaque aspect structural normal est un moment dans l'évolution qui réalise une liberté et une autonomie progressives de l'organisme au sein du milieu et dans une certaine mesure contre lui, les conflits n'étant pas annulés, mais surmontés par l'effort d'adaptation.

L'événement morbide, né dans telle conjoncture, marque en elle une organisation différente, supposant une diminution spécifique de la liberté de l'organisme, un échec de l'effort d'adaptation, une persistance du conflit non surmonté. L'analyse clinique doit déterminer ce défaut, c'est dans ce sens que l'apport gestaltiste nous paraît fécond, l'étude du couple conjugal morbide par Dublineau et Follin témoigne de l'utilité de cet effort.

La connaissance du malade s'éloigne ainsi de l'abstraction, solidairement, la thérapeutique peut prétendre gagner en efficacité, les tentatives de réinsertion du sujet dans le monde seront en effet d'autant plus fructueuses que le médecin aura sur la situation une vue moins arbitraire, moins schématique. Le reclassement du malade dans le milieu pendant la cure et la convalescence exige une action psychothérapique dépassant l'action personnelle sur le sujet. C'est sur la situation même que doit être entreprise cette tâche, le conflit entre la personne et le milieu doit être traité comme un conflit, dans sa forme, son organisation globale.

Il nous reste enfin à préciser une position vis-à-vis de la confusion qu'apportent habituellement les notions de loi de la bonne forme et de comportement privilégié, la « mystification » gestaltiste tendrait à les considérer comme normes abstraites, mais, examinées avec la vigilance que nous avons réclamée, elles ne posent pas d'autres problèmes que ceux des lois scientifiques en général.

La liquidation de ce que l'on pourrait appeler le danger gestaltiste nous paraît en somme possible actuellement avec le rejet des positions statiques et des normes mythiques. La fécondité de la théorie de la forme, dont nous retrouverons plus tard un témoignage important avec son influence progressive sur le béhaviorisme, nous semble alors considérable en vue d'une psychopathologie concrète.

DISCUSSION

M. MINKOWSKI. — La première communication de M. Bonnafé fait fort bien suite à la communication de M. X. Abély qui l'a précédée. Elle permet d'insister sur l'intérêt que présente cette dernière communication. M. X. Abély a montré comment le fond mental, fait, dans le cas particulier de bradypsychie de nature épileptique, confère un caractère spécial à des réactions érotomaniaques. Ce sont des rapports de cet ordre que vise la communication du D^r Bonnafé. Il faut se demander pourtant si les notions habituelles dont nous disposons, comme celles de syndrome, de fond mental, de terrain, de constitution ou même de maladies mentales ne suffisent point pour traduire ces rapports sans avoir recours à des notions nouvelles comme celle de « figure » qui, à première vue, pèche par excès de « géométrisme ». Quant au passé du malade, nous devons, là, différencier le passé fait de particularités caractérielles (de nature souvent constitutionnelle) d'avec le passé fait d'événements de sa vie qui se succèdent et se conditionnent dans le temps, en faisant, là encore, une part aux événements de la vie consciente et une autre part à l'inconscient, tel que le conçoit, à juste titre ou non, la psychanalyse.

La deuxième communication de M. Bonnafé touche incontestablement de près à ce qu'on a coutume d'appeler de nos jours la philosophie, la psychologie ou encore la psychopathologie existentielle. A ce propos, comme dans la séance d'aujourd'hui, nos voyageurs rendent compte de leurs voyages à l'étranger, nous aurions aimé dire qu'il nous a été donné d'assister, avec notre ami René Charpentier, à la dernière réunion de la Société suisse de psychiatrie qui s'est tenue les 13 et 14 octobre à Berne. Le thème principal a été : *Daseinsanalytische Richtung in der psychopathologie*. Nous ne pouvons examiner ici en détail dans quelle mesure cette nouvelle tendance est à même d'enrichir nos connaissances. Mais on ne peut pas ne pas souligner, comme nous l'avons fait du reste à Berne, sans passion et avec l'unique souci de la vérité, qu'en langue allemande la philosophie existentielle repose en partie sur de nombreux néologismes. Or, la langue française n'accepte point ces néologismes. Ils sont intraduisibles et tous les efforts des traducteurs français aboutissent, pour la grande majorité des cas, à la reproduction entre guillemets ou entre parenthèses du terme allemand. La langue française semble ainsi vouloir nous indiquer une toute autre voie pour nos recherches. C'est elle-même, dans sa richesse et dans sa spontanéité premières, telle que l'emploient nos malades et que nous l'employons nous-mêmes, qui devient source de nos connaissances sur les caractères essentiels de la vie mentale, aussi bien dans ses manifestations normales que pathologiques. Et après les années que nous venons de vivre, nous ressentons un tel besoin de simplicité que volontiers nous nous cantonnerions dans le langage courant, convaincu, comme nous venons de le dire, qu'il traduit l'essentiel de la vie, et ne demande qu'une chose, c'est qu'on se penche attentivement sur lui.

Les engagés dans la Milice, dans la L. V. F. et dans les formations allemandes au point de vue psychiatrique, par M. André CEILLIER.

Ayant eu l'occasion d'examiner 37 détenus inculpés pour s'être engagés dans la Milice, la L.V.F. ou des formations militaires allemandes, il m'a paru intéressant de faire quelques remarques à leur sujet, d'autant plus que beaucoup d'entre eux sont des anormaux, principalement des arriérés, des débiles, des instables, des déséquilibrés, des névropathes ou de véritables psychopathes.

Sur ces 37 individus examinés, 4 étaient des aliénés et ont dû être internés : un arriéré profond, un dément précoce, deux épileptiques avec troubles psychiques.

Sur ces 37 cas, 24, soit les $\frac{2}{3}$, se sont engagés dans des formations allemandes : 11 dans la L.V.F., 6 dans les Waffen SS, 7 dans les branches diverses de l'Organisation Todt, de l'Armée, de la Marine ou de l'Aviation. 13, soit le $\frac{1}{3}$, se sont engagés dans la Milice. 18 avaient moins de 22 ans et plusieurs moins de 18 ans.

9 seulement, c'est-à-dire le $\frac{1}{4}$, m'ont paru agir par conviction, et certains étaient fanatiques et plusieurs même le sont demeurés. Un jeune homme de 18 ans a confectionné dans sa cellule un drapeau à croix gammée et s'est livré à une manifestation, en le brandissant un jour de visite. Quelques-uns, dont un étudiant en médecine très intelligent, m'ont déclaré qu'ils ne regrettaient rien et que si cela était à refaire, ils recommenceraient.

Les convaincus étaient presque tous des anti-communistes.

Les $\frac{3}{4}$ ont agi avec une conviction très faible et assez souvent sans la moindre conviction. Ils prétendent presque tous avoir été volontairement de très mauvais soldats, s'être embusqués, avoir triché pour être réformés et, — bien qu'en général je me méfie de ce que disent les inculpés — je crois que pour une fois ceux-ci sont dans la vérité. Sur 37, deux seulement avaient été blessés au front. J'ai été frappé de la facilité avec laquelle les Allemands les réformaient et je ne crois pas me tromper en disant que cet appoint de Français dans l'armée allemande a été plus symbolique qu'efficace.

Parmi ces trois quarts dont la conviction était nulle ou modérée, la plupart ont agi par intérêt.

Plusieurs ayant été condamnés en France, par défaut, ou ayant eu une peine correctionnelle en instance d'appel, s'engageaient pour éviter de purger leur peine. D'autres s'engageaient pour échapper à une arrestation à la suite d'un délit quelconque. Bref, l'armée allemande et la Milice étaient un refuge commode pour tous ceux qui avaient maille à partir avec la police ou la justice. Parfois même, on leur donnait le choix entre les poursuites judiciaires et un engagement.

D'autres étaient séduits par la solde et les avantages matériels, mais presque tous étaient dégoûtés de porter l'uniforme Feldgraü, le casque allemand et les demi-bottes. Je crois que s'ils avaient été habillés autrement, le recrutement de la L.V.F. aurait été plus nombreux.

Une raison — bien douteuse — mais souvent invoquée par les travailleurs en Allemagne, c'est qu'ils espéraient, en s'engageant, avoir une permission pour la France avant de partir pour le front et qu'ils en profiteraient pour prendre le Maquis.

Il m'a semblé aussi que plusieurs jeunes gens, plus ou moins débiles ou égarés, se sont engagés dans la Milice sans en avoir compris le rôle véritable et odieux, croyant réellement lutter contre le « terrorisme ».

La remarque psychiatrique la plus importante est le nombre considérable — un peu plus de la moitié — d'individus tarés mentalement, de débiles, d'arriérés même et surtout d'instables, de déséquilibrés, d'épaves sociales, de pervers. Plusieurs étaient des épileptiques impulsifs. Six s'étaient évadés pendant l'exode des Maisons d'Éducation surveillée, notamment de St-Hilaire où ils avaient été placés avant la guerre par le Tribunal des Enfants.

Ce qui m'a le plus frappé, c'est le caractère déraisonnable et impulsif de ces engagements et le fait que plusieurs seraient allés aussi bien chez le Général de Gaulle ou dans l'Armée de la France Libre.

La plupart d'entre eux ont cherché et quelquefois réussi à passer dans le camp des alliés après la Libération, mais dans le but évident de se soustraire aux recherches.

Certains l'ont fait par conviction et ont eu une conduite remarquable dans la Résistance et dans l'Armée régulière. Je pourrais en citer beaucoup d'exemples.

Le plus caractéristique est celui d'un homme qui a été longtemps soigné à la Section libre de la Clinique des maladies mentales. P..., âgé de 38 ans, fils d'un riche soyeux de Lyon, intelligent mais profondément déséquilibré, a mené une existence très décousue.

Engagé dans l'aviation en temps de paix, il a un grave accident (trépanation, troubles subjectifs, épilepsie), puis il exerce les métiers les plus divers, s'engage malgré son épilepsie à la Légion Etrangère, a une vie sentimentale romanesque, est l'objet de plusieurs poursuites judiciaires, tente à deux reprises de se suicider, se couvre de dettes, mène une existence dépravée, s'adonne à la boisson, tire des chèques sans provision, cherche à rejoindre l'Armée de Gaulle en Afrique du Nord, mais sans succès. Réduit à la misère, contracte un engagement à la L.V.F. où il s'embusque, se fait réformer, fait une nouvelle tentative de suicide, entre dans le service libre de Sainte-Anne et en sort pour prendre part aux combats de la Libération de Paris où il a une conduite très brillante.

Un autre, engagé par coup de tête dans la L.V.F., se mutile volontairement en se tirant une balle de revolver dans la main gauche, s'échappe de l'hôpital allemand où il est soigné, s'engage dans les F.F.I., prend une part héroïque (ainsi qu'en ont témoigné ses chefs) dans la prise de la Kommandantur de l'Opéra, puis s'engage dans l'Armée Leclerc.

En résumé, un quart seulement des engagés étaient des sympathisants aux Allemands ou des convaincus, parmi lesquels quelques fanatiques. Le motif le plus souvent invoqué chez ces convaincus était l'anti-communisme.

Les trois autres quarts étaient composés pour une part de jeunes gens indécis qui, très souvent, invoquaient l'autorité du Maréchal Pétain et leur obéissance à celui-ci. Dans cette grande masse de sujets indécis et parfois même de sentiments anti-allemands, on trouve pour une part des jeunes gens sans situation sociale définie ou stable, séduits par les avantages matériels et presque toujours débiles mentalement, et, pour une autre part, des déséquilibrés, cyclothymiques, instables, fumeurs pervers, épileptiques.

La proportion des anormaux est tellement grande chez ces individus qu'on aurait pu envisager, tout au moins pour les jeunes, l'expertise obligatoire. En tout cas, le dépistage psychiatrique systématique aurait dû être pratiqué et aurait permis probablement de découvrir quelques cas d'aliénation et un grand nombre d'anomalies mentales chez des anciens engagés qui n'ont subi aucune expertise psychiatrique.

DISCUSSION

M. GOURIOU. — Les sujets dont parle M. Ceillier ne sont pas irresponsables. Le problème se réduit à une question d'importance des

sanctions, liée au fait qu'il s'agit de tribunaux d'exception et génératrice d'états d'anxiété.

Il est d'ailleurs intéressant que certains Parquets, en internant ces sujets sur le vu du rapport médico-légal, demandent qu'une nouvelle expertise, par les mêmes experts, soit pratiquée pour décider de la sortie. On peut voir dans cette forme de jurisprudence une ébauche de la commission médico-judiciaire, demandée depuis longtemps.

M. H. BEAUDOUIN. — Il y aurait certainement intérêt à connaître la proportion des déséquilibres en pareil cas. Personnellement, sur 47 expertises de cette sorte, j'ai trouvé un très petit nombre de tarés, au point de n'en reconnaître que quatre comme totalement responsables. Neuf ont dû être internés. On trouve d'ailleurs souvent un ou plusieurs internements dans leur passé.

M. DAUMÉZON. — La réaction anxieuse authentique ou entachée de majoration que l'on rencontre chez les sujets en instance de procédure de trahison ou plus simplement d'épuration, ne paraît pas liée à la sévérité des sanctions qu'ils sont susceptibles d'encourir. Pendant l'occupation allemande les réactions anxieuses et majoratrices ont été rarissimes. Elles sont beaucoup plus fréquentes aujourd'hui. C'est que la « mauvaise conscience » sociale du sujet joue un rôle plus important dans la genèse de l'angoisse que le danger réellement couru.

M. RONDEPIERRE. — Le pourcentage de 50 0/0 de déséquilibrés parmi les engagés volontaires me paraît exagéré. J'ai vécu sept mois dans une division d'engagés, je n'ai vu qu'un nombre relativement minime d'individus méritant d'être éliminés du fait de leur état mental.

Dans mon régiment, un seul cas de psychopathie caractérisé : obsédé ayant coupé un fil téléphonique.

J'ai eu l'occasion de faire un remplacement d'un an à titre de neuro-psychiatre d'une prison parisienne. Incontestablement le rôle qu'on joue en pareil cas est fort utile ; chaque mois j'ai dépisté environ deux ou trois psychopathes ; j'ai vu entre autres une paralytique générale, deux épileptiques et une majorité de schizophrènes.

M. BRISSOT. — J'ai été frappé de la facilité avec laquelle on laisse engager actuellement encore des sujets (y compris des évadés d'asile).

M. CEILLIER. — La Société ne pourrait-elle prendre une initiative tendant à demander l'expertise obligatoire des sujets qui font l'objet de ma communication ?

M. Ach. DELMAS. — Je suis d'accord avec M. Ceillier pour reconnaître qu'il existe, parmi les sujets dont nous parlons, une très forte proportion de déséquilibrés. Toutefois, il faut reconnaître que, dès qu'il y a doute, le juge demande l'expertise et, dans ce cas, l'initiative proposée risquerait, à mon sens, de paraître inopportune.

Quelques remarques sur les réformes de la loi de 1838
et sur les services libres, par M. H. BARUK.

Depuis que des innombrables projets se succèdent pour remplacer ou modifier la loi de 1838, deux méthodes s'opposent : les uns, s'inspirant de la maxime de Descartes suivant laquelle « les bâtiments qu'un seul architecte a entrepris et achevés ont coutume d'être plus beaux et mieux ordonnés que ceux que plusieurs ont tâché de raccommoier », veulent refaire une loi nouvelle de fond en comble et s'acquérir ainsi la gloire d'en avoir été l'architecte. Les autres, plus prudents, savent qu'en matière de législation sociale, la valeur d'une loi ne se juge qu'à l'expérience, et que les théories logiques et systématiques sont dangereuses, aussi préfèrent-ils établir des modifications ou des adjonctions qui sont réclamées par la pratique.

En effet, l'expérience nous montre d'une part de mauvaises applications de la loi de 1838, d'autre part, un certain nombre de lacunes qu'il y a lieu de compléter.

1° LES MAUVAISES APPLICATIONS DE LA LOI. — A) *L'abus des placements d'office.* — Des deux modes de placements envisagés par la loi de 1838, le placement volontaire comporte des avantages considérables au point de vue des soins et des possibilités de guérison : le malade peut en effet avoir des permissions, il sait que sa sortie pourra être faite facilement, et il n'a pas l'angoisse de se trouver sous l'empire d'une claustration rigoureuse et sous le contrôle de la police. Cette impression d'oppression joue un rôle considérable dans l'exaspération de beaucoup de malades, dans leur découragement, et, d'autre part, le médecin est bridé dans ses moyens thérapeutiques, notamment psychothérapeutiques. Nous avons pu constater que la proportion de guérisons est plus faible chez les malades placés d'office que chez ceux en placement volontaire. C'est pourquoi ce placement d'office devrait être réservé à des malades nettement dangereux et constituer une exception. Or, il s'est au contraire étendu abusivement aux malades suivants. Sont en effet pénalisés du placement d'office :

a) *les indigents* et cela, encore maintenant dans beaucoup d'endroits, malgré la circulaire de 1838 ;

b) *les malades en provenance des hôpitaux*, le plus souvent par négligence ou ignorance des modes de placements et pour éviter les efforts de convoquer la famille ;

c) *tous les militaires*, ce qui aggrave notamment beaucoup la situation d'une multitude de prisonniers, extraordinairement sensibles à la claustration et gêne énormément leur guérison. De plus, la modalité si utile de la conversion de placement d'office en placement volontaire, créée par la circulaire de 1838, ne fonctionne pas en général pour les militaires sans qu'on sache pourquoi ;

d) très souvent aussi, les malades en provenance de *l'hôpital Henri-Rousselle* sont placés d'office et il n'est pas douteux que cette mesure entraîne ensuite la prolongation de multiples internements, en raison des difficultés et des responsabilités encourues, sans aucun bénéfice ni pour les malades, ni pour la Société. Nous avons observé maintes fois, lorsque nous étions médecin de l'asile de Clermont-de-l'Oise, des situations navrantes : des malades, venus librement consulter à l'hôpital Henri-Rousselle, brusquement placés d'office sans l'avis de la famille et expédiés ensuite à Clermont, parfois très loin de chez eux, et privés ainsi de visite et d'appui moral. Leur état en était souvent aggravé, et les difficultés de sortie s'ajoutant, nous observions à maintes reprises un véritable désespoir et du malade et de la famille. Si la famille avait été saisie de la question en vue du placement volontaire, elle aurait pu souvent trouver une meilleure solution pour le traitement de son malade.

La circulaire de 1838 a déjà apporté d'heureuses améliorations par l'institution du placement volontaire des indigents, la possibilité de la conversion du placement d'office en placement volontaire, mesure qui a donné d'excellents résultats, et par la réforme des enquêtes à domicile maladroites, vexatoires et indiscretes. Mais il faudrait veiller énergiquement à ce que ces heureuses dispositions soient appliquées dans toute la France.

Un des plus graves défauts du placement d'office est d'empêcher la sortie de malades non complètement guéris ; or, il n'est pas douteux que certains malades voient leur maladie entretenue par la prolongation de l'internement et qu'un essai de sortie, en apparence prématuré et fait, bien entendu, avec toutes les précautions désirables (1), peut parfois amener des guérisons impressionnantes. Nous reviendrons dans un travail ultérieur sur cette question.

B) *L'administration des biens*. — Tout le monde s'accorde à louer la loi de 1838 d'avoir prévu la défense des biens des

(1) Naturellement, si aucune menace de réaction dangereuse n'est à craindre.

malades. Mais, si ce principe est excellent, il faut malheureusement reconnaître qu'il est souvent très mal appliqué. Les administrateurs provisoires devant faire ordinairement leurs fonctions gratuitement ne peuvent consacrer le temps et l'attention suffisants. En outre, l'organisation pratique reste parfois nulle et inefficace : pour administrer les biens, il faut connaître ces biens, ce qui comporte des enquêtes approfondies auprès des familles, des déplacements, etc... Il faudrait donc créer dans les établissements un véritable service uniquement chargé de ces enquêtes, et en liaison étroite avec l'Administrateur provisoire. Si la Préfecture de la Seine a organisé un important service à ce sujet, cet exemple n'a pas été suffisamment suivi. L'expérience montre, hélas ! que des malades peuvent être abominablement dépouillés et il faut avoir vécu de près ce problème pour mesurer son importance. Rien n'est plus affreux que la situation d'un malade qui, après sa guérison, se trouve ruiné, sans foyer et, à sa convalescence, se voit dans la situation d'un sinistré. A ce point de vue, trop souvent aussi, par suite des erreurs funestes de la doctrine kræpelinienne en matière de pronostic, des malades sont déclarés incurables et on procède à la vente de leurs biens, alors qu'ils guérissent ensuite et se trouvent dépouillés.

Les médecins doivent réfléchir longuement à la responsabilité morale qu'ils encourent devant leur conscience en exposant un malade à de pareils déboires, par un certificat hâtif ou imprudent.

Enfin, il faudrait *consulter le malade* lui-même au sujet de ses biens : les témoignages des aliénés, s'ils doivent être, comme tous les témoignages d'ailleurs, critiqués et contrôlés, gardent parfois une réelle valeur. C'est aussi un grand réconfort moral pour le malade d'avoir l'impression qu'il a la possibilité de se défendre et qu'il n'est pas considéré comme un être déchu et humilié. Bien des malades lucides doivent être mis en contact eux-mêmes avec le service de l'Administration provisoire, et de même le médecin, au cours de ses conversations avec ses malades, doit écouter avec soin les protestations de ceux-ci et signaler tout abus suspect à l'Administrateur provisoire. Ces abus sont plus fréquents qu'on ne le pense. Nous avons même vu une fois la femme d'un malade envoyer à toutes ses connaissances des faire-part de la mort de son mari et tenter en même temps de le dépouiller totalement ! Trop souvent aussi, toutes les ressources du malade finissent par être épuisées par les frais d'hospitalisation et lorsqu'il sort ensuite, il est devenu un indigent. A tous ces points de vue, le service de l'Administration des biens ne doit pas être

imbu de l'esprit bureaucratique en ne travaillant que sur des papiers, mais doit être en contact étroit avec le malade et le médecin, afin de saisir la réalité vivante et garder ce sentiment d'humanité sans lequel toute œuvre sociale dégénère en une lourde machine d'oppression.

C) *Le curateur à la personne.* — La loi de 1838 avait prévu d'ailleurs la nomination possible d'un curateur à la personne qui devait veiller justement à ce que les revenus du malade soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison, et à ce que le dit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra. Ce double rôle de défense du malade dans ses revenus et de défense de la liberté individuelle est capital, et très sagement la loi avait voulu éviter que l'Administration des biens et la protection de la personne soient dans la même main. Bien entendu, ce curateur ne devra pas être choisi parmi les héritiers présomptifs.

Malheureusement, cette disposition capitale de la loi est tombée en quelque sorte en discrédit. Actuellement, nous n'avons vu un curateur que pour les pensionnés militaires et, à ce sujet, nous avons pu constater, depuis la nomination de ce curateur pour les pensionnés de notre service, une amélioration considérable de nos malades, non seulement au point de vue matériel (vêtements, nourriture, etc...), mais aussi au point de vue moral, le malade se sentant aidé et soutenu.

2° LES LACUNES DE LA LOI. — a) *Rôle de la famille : L'autoplacement. Remplacement des familles déficientes ou indignes.* — La loi de 1838 repose essentiellement sur le rôle capital de la famille. Toutefois, aucune mesure n'a été envisagée en cas de carence ou de défaillance de la famille. Par exemple, il serait utile d'instituer *l'autoplacement*, déjà réclamé par Esquirol. En outre, dans certains cas, une mauvaise famille peut se refuser à visiter le malade, veut l'abandonner ou le maintenir interné, ou se refuser à demander la sortie en cas de placement volontaire. Il y a parfois des cas embarrassants, et M. Beaudouin en a fait récemment une étude. La loi de 1838 est insuffisante à ce sujet, et il faudrait prévoir en cas de carence de la famille l'intervention d'assistantes sociales et d'organismes sociaux susceptibles de réinsérer le malade guéri dans la société, faits sur lesquels a insisté également le D^r Le Guillant.

b) *Réforme de l'interdiction.* — Les sages mesures de la loi de 1838 relative à la protection séparée des biens et de la personne

ne s'appliquent malheureusement pas à l'interdit. Ce dernier est encore entre les mains de son tuteur, qui non seulement administre ses biens, mais a seul qualité pour demander la sortie. Une telle disposition peut favoriser manifestement les séquestrations arbitraires et une des mesures les plus urgentes relatives aux réformes de la législation des malades mentaux consiste dans la refonte complète de l'interdiction qui peut favoriser de graves abus.

c) *Création de services libres.* — Comme l'a souligné M. René Charpentier (1), la loi de 1838 ne visait que les aliénés et laissait de côté toute une série de malades justiciables d'un autre mode d'hospitalisation plus nuancé et plus varié. C'est là le but des services libres.

Si la nécessité de ces services libres est actuellement, à la suite de M. Toulouse, admise par tous, deux opinions très différentes s'affrontent quant à leur but et leur organisation : les uns les considèrent surtout comme des services de triage. On admet donc sans formalités les malades qui se présentent et ensuite on fait le tri entre ceux qui doivent rester en service libre et ceux qui doivent être internés. Cette conception nous paraît déplorable et a donné en fait de très mauvais résultats pratiques : elle a l'immense inconvénient de mélanger des malades très différents et de placer dans le même service un petit obsédé ou un pithiatique avec un délirant, un halluciné, ou un hébéphrénique violent. C'est dire que les premiers seront terrorisés et aggravés par ce contact. En outre, comme on l'a dit maintes fois, de tels services sont une tromperie et une souricière : des malades s'y rendent d'eux-mêmes de toute bonne foi et se trouvent ensuite internés, souvent même en placements d'office. Bien plus, nous avons vu maintes fois des malades légers, simples névropathes, transformés, par la peur ou l'impression d'être le jouet d'une tromperie, en anxieux et en malades plus graves qui sont ensuite internés. Aussi, l'organisation de tels services travaille-t-elle à augmenter de toute façon les internements, tant par l'aggravation de certains malades, que par le drainage de toute une série de petits mentaux très souvent curables à domicile et que le médecin habituel envoie de suite au service spécial. Enfin, l'hospitalisation de psychopathes graves en service libre constitue un grand danger au point de vue du retour à l'arbitraire : le malade

(1) René CHARPENTIER. — Assistance psychiatrique et Prophylaxie mentale. Prologue à une réforme de l'assistance psychiatrique en France (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1944).

n'est plus protégé ni dans ses biens, ni dans sa personne et on revient ainsi avant Esquirol et avant la loi de 1838. Loin d'être un progrès, une telle conception n'est qu'une mesure réactionnaire. Pour être efficace, un service libre ne doit pas être un service fermé déguisé. (1) !

Tout autre, au contraire, est le vrai service libre dans lequel la *sélection doit être faite à l'entrée* : dans ce service, on ne devrait pas admettre d'aliénés qui, eux, sont justiciables de la loi de 1838. Le service libre doit être surtout réservé *aux malades atteints de névroses* (obsédés, psychasthéniques, petits déprimés, fatigués, pithiatiques, etc...), malades qui dans l'état actuel de la législation ne peuvent se reposer et se soigner nulle part, ni dans les services de médecine des hôpitaux, ni bien entendu dans les asiles. Le recrutement ainsi délimité, le service doit être organisé dans un esprit absolument libéral, comme un service d'hôpital ordinaire, les malades pouvant sortir lorsqu'ils le désirent, et se trouvent d'autre part dans une atmosphère de calme, de détente et de confiance bienfaisante. C'est suivant cette conception que nous avons, à la suite d'une lettre au Ministre de la Santé publique, publiée dans « l'Aliéniste » de février 1933, et grâce à l'appui du regretté D^r Raynier, dont le rôle a été si bienfaisant pour les malades mentaux, créé le petit service libre adjoint à notre service de St-Maurice, dont nous avons retracé le fonctionnement dans notre ouvrage de « Psychiatrie médicale ».

Bien entendu, de tels services doivent respecter absolument l'indépendance des malades et ne doivent pas avoir de relations avouées ou clandestines avec la Préfecture de Police à laquelle il serait intolérable de fournir les noms des malades. Encore une fois, un service libre ne sera plus un service libre s'il y règne une atmosphère policière, et il ne faut pas établir des créations hybrides et mal définies. En un mot, il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée.

Enfin, il est indispensable que la création des services libres soit complétée par celle d'une consultation externe et d'un dispensaire psychiatrique. La conjugaison dans le même endroit du service fermé, du service libre et d'une consultation externe sur laquelle nous avons insisté maintes fois, offre de grands avantages, tant au point de vue thérapeutique et social qu'au point de vue scienti-

(1) Bien entendu, nous ne pouvons considérer comme services libres les services dits ouverts qui ne représentent que des dépôts d'agités dans certains hôpitaux...

fique. Mais bien entendu une telle organisation demanderait de *petits services multiples*, car la direction de ces trois éléments demande un travail considérable, et si l'effectif est trop nombreux et que le médecin est en outre chargé d'un travail administratif important et s'il veut encore faire de l'enseignement et des recherches, il risque d'y épuiser sa santé.

DISCUSSION

M. FRIBOURG-BLANC. — Les faits énoncés par M. H. Baruk ont une importance très grande au point de vue militaire.

M. X. ABÉLY. — Je ne puis qu'approuver les suggestions de M. H. Baruk. Elles ont toutes trouvé leur place dans le projet, récemment élaboré, de réforme des lois de 1838. Peut-être celui-ci était-il trop ambitieux, mais je crois que tout est solidaire en ce domaine et qu'il faut faire une réforme globale. Sur un point seulement je ne suis pas d'accord avec M. Baruk. La stricte distinction entre les services libres et les services fermés me semble dépassée par des notions plus évoluées qui se réclament d'un esprit purement médical et prétendent supprimer des préjugés regrettables. Nous voulons réaliser l'unité de l'assistance psychiatrique ; l'hôpital spécialisé doit être ouvert à tous les psychopathes que le psychiatre répartit évidemment en des quartiers séparés selon des données exclusivement cliniques. Créer des cloisons étanches entre les hospitalisés volontaires et les hospitalisés involontaires, c'est se plier à des considérations contingentes que ne domine pas une préoccupation essentiellement médicale.

Depuis le traitement obligatoire des syphilitiques, on n'a jamais songé à placer dans des services séparés les spécifiques traités de bon gré ou par contrainte. Si le traitement de la tuberculose devient exigible, on ne créera certainement pas des sanatoria spéciaux pour les bacillaires récalcitrants. Pourquoi, des lors, une telle distinction pour les psychopathes ?

L'unité de l'infection syphilitique, son importance au point de vue thérapeutique dans les syndromes mentaux, par M. P.-A. CHATAGNON.

Le dépouillement d'une centaine de biogrammes de syphilis du système nerveux de notre service nous a permis de constater :

la fréquence des syphilis occultes, inapparentes, et par suite méconnues et non traitées et les dangers différents des deux variétés d'infection : de l'infection massive et de l'infection réduite ;

le polymorphisme et la diversité des symptômes, tant en ce qui concerne les manifestations cutanéomuqueuses que vasculaires, viscérales et du système nerveux ;

l'importance de l'ancienneté de l'infection d'une part et des réinfections muqueuses dans le déterminisme des syndromes mentaux symptomatiques ;

l'absence de traitement approprié ou l'insuffisance notoire de thérapeutique chez la plupart des syphilitiques du système nerveux étudiés ;

et, enfin, l'existence d'une courte phase de réversibilité des syndromes démentiels sous l'influence des arsenicaux surtout trivalents associés au Bi et au Hg.

Quatre exemples pris au hasard chez nos sujets d'études illustreront ces constatations :

OBSERVATION I. — Mme L. Jeanne, née le 21 août 1906, 38 ans, fille publique. Entre dans notre service en juillet 1945. *Accidents primaires* : vers 1928, date de la vie libertine. *Traitement* : aurait été traitée par novarsénobenzol durant trois ans, à partir de 1930, aurait eu un chancre mou durant ce traitement. Quantité, régularité et rythme des injections impossible à préciser. Depuis 1933, n'a reçu qu'une série mixte Novar-Bi en 1940 et 12 injections de BivatoI en 1941. *Développement des manifestations morbides* : a) Stigmates cutanés dont il reste des cicatrices jambonnées du tronc et des membres ; b) Stigmates nerveux : ptosis gauche dont la date d'apparition ne peut être précisée ; anosmie et hypoguesie insidieusement installées et nettes en 1938 ; c) Stigmates mentaux caractérisés par le développement progressif d'un syndrome d'automatisme mental apparu vers 1939, toujours en pleine évolution et s'accompagnant de déficit démentiel léger et plus marqué durant les poussées évolutives.

OBSERVATION II. — Mme L. Marguerite, née le 6 mai 1906, 38 ans. Mariée. Accidents primaires : passent inaperçus. Présente à son entrée dans le service en juin 1945 : 1° Des syphilides secundo-tertiaires circonscrites dans la région dorsale ; 2° Un syndrome démentiel s'accompagnant de tous les signes physiques de la série paralytique ; 3° Des réactions biologiques positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. A été traitée en janvier 1944 dans un hôpital parisien pour troubles de la parole et algies des membres inférieurs mis sur le compte de rhumatisme, puis, en juillet 1944, pour un syndrome de P.G.P. par 21 gr. de Stovarsol et 12 injections de Quinby et impaludée en décembre 1944 (quatre accès fébriles puis extinction spontanée).

OBSERVATION III. — Mlle C. Eugénie, née le 6 mars 1910, 35 ans. Danseuse. Accident primaire en 1928. Développement des troubles :

anosmie et agueusie remontant environ à 1935. A son entrée dans le service en novembre 1943 : Etat dépressif, hypocondriaque et obsédant avec syndrome d'influence et délire cénesthopathique. Ethmoïdite syphilitique et probablement syphilis pulmonaire ayant nécessité un pneumothorax thérapeutique entretenu depuis 1939. Réactions de Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatives dans le sang. Traitement : en août et novembre 1928 : Deux séries arsénobismuthiques. En février et août 1929 : une série arsénobismuthique et sulfarsénol. En 1930 : trois injections de muthanol. En 1940 : 10 injections de muthanol. En 1941 : et 1942 : 24 injections de Quinby.

OBSERVATION IV. — Mme T. Anne-Marie, née le 5 mai 1886, 58 ans. Mariée. Accident primaire : inconnu. Développement des troubles : insensiblement présente un état anxieux avec dépression mélancolico-hypocondriaque avec petits signes de fléchissement mnésique, évoluant de pair avec des signes de la série tabétique, une aortite, un signe d'Argyll-Robertson. Les réactions humorales du sang sont positives et celles du liquide céphalo-rachidien négatives. N'a reçu, en 1943, que 12 injections de cyanure de Hg.

Ces quatre exemples montrent qu'il y a bien une unité de l'infection syphilitique que l'on peut identifier malgré le polymorphisme symptomatique, et qui se traduit :

Dans l'observation 1 : par la succession des symptômes, tels que les stigmates cutanés, les stigmates nerveux sensoriels et mentaux apparus à peu près simultanément (ptosis, anosmie, hypoguesie et syndrome d'automatisme mental) chez une syphilitique de 38 ans, infectée vers l'âge de 22 ans, insuffisamment traitée et soumise professionnellement à des réinfections. Notons que le syndrome mental non identifié a été à plusieurs reprises étiqueté : éthyisme chronique, et par suite n'a pas été traité pour son étiologie syphilitique.

Dans l'observation 2 : par une association de syphilides circonscrites du dos et d'un syndrome démentiel précédé d'anxiété et d'algies multiples chez une femme de 38 ans, mariée et sans antécédents syphilitiques reconnus et traitée seulement par une impaludation et 21 gr. de stovarsol et 12 injections de Quinby.

Dans l'observation 3 : par le déroulement et l'intrication de localisations osseuses (ethmoïdite), nerveuses (I et IX^e paires) et mentales : délire cénesthopathique avec automatisme mental chez une danseuse de 35 ans ayant présenté à 18 ans des accidents génitaux primaires et insuffisamment traités. Les localisations osseuses et le délire cénesthopathique disparaissent à la suite d'un traitement mixte énergique par les As-trivalents et Bi.

Dans l'observation 4 : par un ensemble de troubles vasculaires, nerveux et mentaux (aortite, tabès, dépression mélancolico-hypocondriaque avec anxiété) chez une femme de 58 ans à réactions humorales positives, sans antécédents reconnus d'infection syphilitique et par suite non traitée. La dépression mélancolico-hypocondriaque disparaît et les signes d'aortite s'atténuent à la suite de traitements mixtes As-trivalent-Bi-Hg.

Ces observations nous autorisent à dire que les différents tréponèmes de l'infection syphilitique réalisent une dissémination diffuse d'emblée dans tout l'organisme, mais avec une traduction symptomatologique étagée généralement dans le temps : les manifestations cutané-muqueuses étant d'ordinaire les plus précoces, les manifestations nerveuses les plus tardives. Nous ne pensons pas qu'il y ait des tréponèmes à affinité particulière pour le tissu nerveux. Par contre, nous pouvons affirmer que l'infection syphilitique, si elle n'est pas traitée ou si elle l'est insuffisamment, provoque toujours, quasi-expérimentalement, l'extériorisation des modalités réactionnelles potentiellement déficientes des fonctions mentales du sujet (déficiences d'ordre constitutionnel à facteur héréditaire). C'est ainsi que, par exemple, un débile mental pourra extérioriser très précocement, après la pullulation tréponémique, un délire polymorphe à évolution très rapide, s'il n'est pas convenablement traité, vers une dissociation démentielle, dissociation au reste *réversible durant un temps* sous l'influence des *As-trivalents* et pentavalents.

Les localisations nerveuses à symptomatologie mentale sont, dans la règle, la conséquence de syphilis méconnues ou insuffisamment traitées : vérités premières qui méritent d'être souvent répétées. La prophylaxie des localisations nerveuses ne sera efficace que lorsque toute syphilis reconnue ou même seulement soupçonnée, *et quelle que soit la traduction symptomatique de l'infection*, sera soumise à un traitement approprié à la stature du sujet, à ses sensibilités médicamenteuses et à ses fonctions éliminatrices. Ce traitement sera constitué (en attendant la pénicilline) avant tout par les *As-trivalents*, les arsénones, les *As-pentavalents*, toujours associés au Bi et au Hg, et cela par séries rapprochées à intervalles ne dépassant pas quinze jours à trois semaines, jusqu'à *l'extinction de la virulence des tréponèmes*. Cette notion de l'extinction de la virulence, corollaire de celle de l'unité de l'infection syphilitique, doit dominer toutes les directives de la thérapeutique anti-syphilitique. La mise en pratique d'une telle ligne de conduite nous éviterait de voir ce que

nous étale l'observation 2 : c'est-à-dire une femme d'âge mûr présentant un syndrome démentiel et des accidents cutanés tertiaires en pleine évolution, le tout traité par une impaludation, 21 gr. de stovarsol et 12 injections de Quinby, s'étendant sur une année, après le diagnostic étiologique posé.

Si l'identification des processus de méningo-encéphalite diffuse à l'époque de Bayle et par cet auteur (1822) a été un grand progrès, nous devons jamais perdre de vue que la paralysie générale p. ne doit pas être considérée comme une entité clinique distincte, à traitement spécial, mais bien comme un maillon — le dernier peut-être — de la longue chaîne qui constitue le grand drame de l'infection syphilitique. Rappelons-nous toujours l'enseignement du génial Ricord qui sut, en son temps, rétablir dans son ensemble le tableau clinique de l'infection syphilitique à travers les vastes espaces du domaine pathologique de cette sournoise infection, pour en tirer les conséquences thérapeutiques.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — Cette communication me surprend un peu. Les antisypilitiques ordinaires ne guérissent pas la paralysie générale. Celle-ci est, par contre, guérie par la malariathérapie et les Pentavalents. Dans le choix du traitement intervient l'étude de la ponction lombaire, à laquelle la communication de M. Chatagnon n'a fait que trop discrètement allusion.

M. CHATAGNON. — Sans qu'il puisse être question de contester les résultats obtenus par mon maître M. Guiraud, avec la malaria dans la paralysie générale progressive, je n'ai jamais vu, pour ma part, de guérison de syndrome démentiel par la malariathérapie. Aussi, M. Guiraud voudra-t-il bien pardonner une intransigeance qui n'a comme excuse que ma conviction profonde.

En fait, il s'agit aujourd'hui d'un autre problème. Frappé du nombre de syndromes nerveux et mentaux, s'accompagnant de réactions humorales positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, d'étiologie manifestement syphilitique et mal traités antérieurement en dehors des hôpitaux psychiatriques, j'ai cru devoir rappeler que la vraie prophylaxie des accidents nerveux de la syphilis consiste, dans un traitement antisypilitique précoce, énergique, approprié aux résistances du sujet et poursuivi jusqu'à l'extinction de la virulence. En l'état actuel de nos connaissances, les armes essentielles de la thérapeutique demeurent les arsénicaux trivalents, les arsénones, puis les arsénicaux pentavalents, l'organisme étant mordancé par le mercure et le bismuth. J'ai souligné la nécessité de cures très rapprochées afin

de laisser longtemps l'organisme saturé d'arsenic pour obtenir plus rapidement et plus complètement l'extinction de la virulence. J'ai insisté sur cette notion biologique trop oubliée de l'extinction de la virulence tréponémique. Mais ces points capitaux s'appliquent à l'infection syphilitique de l'organisme en pleine activité et non à la phase terminale de la paralysie générale évidente. A ce propos, j'ai souligné la précocité fréquente de symptômes nerveux sensoriels ou purement mentaux (tels que dépression asthénique, anxiété, automatisme mental, phénomènes hallucinatoires). Ces symptômes ne sont pas rapportés toujours à leur vraie étiologie. Un traitement antisiphilitique intensif et bien conduit les fait disparaître le plus souvent sans séquelles.

Fréquence des signes d'artériosclérose dans les maladies mentales, par MM. P. MENUAU et V.-J. DURAND.

La constatation des signes d'artériosclérose au cours des différentes affections mentales est une notion classique. On peut d'ailleurs apprécier cette fréquence de deux façons : on peut d'abord considérer l'artériosclérose comme la cause unique ou comme une cause adjuvante de la psychose ; on peut, au contraire, la regarder comme une conséquence des troubles métaboliques et nutritifs secondaires à la maladie mentale. Dans de nombreux cas, d'ailleurs, les deux hypothèses peuvent être admises, car l'artériosclérose peut à la fois jouer un rôle dans l'apparition de l'affection mentale et se trouver d'autre part aggravée par elle.

Nous avons recherché les signes cliniques d'artériosclérose sur un ensemble de 305 malades dont les âges s'échelonnent de 15 à 88 ans. Il s'agit uniquement de femmes pour lesquelles la durée de l'internement est très variable. Chez un certain nombre d'entre elles, l'apparition progressive des signes d'artériosclérose a été notée, mais, pour le plus grand nombre, ces signes existaient dès l'entrée.

Comme symptômes caractéristiques, nous avons tenu compte essentiellement des manifestations objectives suivantes : troubles cardiaques et vasculaires périphériques (dureté et sinuosité des artères superficielles, hypertension artérielle, clangor aortique, perturbations des oscillations artérielles), signes d'insuffisance rénale plus ou moins marquée, pâleur du visage, gérontoxon, altération des réflexes pupillaires. Il ne s'agit donc pas seulement de signes d'artériosclérose cérébrale, mais de symptômes de sclérose vasculaire générale.

Sur 305 malades examinées, 119, soit 39,9 0/0 présentent des signes d'artériosclérose. Les proportions aux différents âges sont les suivantes :

15 à 20 ans	21 malades	0 cas	
21 à 25 ans	16 »	0 »	
26 à 30 ans	11 »	0 »	
31 à 35 ans	17 »	0 »	
36 à 40 ans	18 »	0 »	
41 à 45 ans	30 »	2 »	soit 6,6 0/0
46 à 50 ans	32 »	11 »	34,3 0/0
51 à 55 ans	34 »	14 »	41,1 0/0
56 à 60 ans	32 »	17 »	56,6 0/0
61 à 65 ans	35 »	25 »	71,4 0/0
66 à 70 ans	28 »	22 »	78,5 0/0
71 à 75 ans	17 »	14 »	82,3 0/0
76 à 80 ans	9 »	9 »	100 0/0
81 à 85 ans	3 »	3 »	100 0/0
86 à 88 ans	2 »	2 »	100 0/0

La progression rapide à partir de 45 ans semble plus grande que celle observée dans la pathologie courante en dehors des maladies mentales.

Il semble exister une atteinte plus précoce du système circulatoire parallèle à celle du système nerveux. S'agit-il d'une sensibilité congénitale ou de l'action de facteurs surajoutés qui ont pu jouer un rôle dans l'écllosion de la psychose ? L'examen clinique des malades et l'interrogatoire ne permettent pas toujours de le déterminer.

La fréquence des signes d'artériosclérose à un âge avancé semble peu différente des moyennes généralement observées en pathologie.

La comparaison des pourcentages au cours de différentes affections mentales nous a donné les résultats suivants :

Le maximum a naturellement été observé dans la démence artériopathique, 12 cas sur 12 (100 0/0).

Immédiatement après viennent la démence sénile et les psychoses séniles et pré-séniles, 23 cas sur 26 (88,4 0/0).

Une constatation intéressante est la différence de fréquences dans les psychoses hallucinatoires d'évolutions chroniques suivant leur structure :

1° Psychoses hallucinatoires de structure paranoïaque : 36 cas sur 51 (70,5 0/0).

2° Psychoses hallucinatoires de structure paranoïde et paraphrénique : 14 cas sur 30 (46,6 0/0).

Cette différence ne semble pas liée à des âges plus avancés pour les premières, la moyenne étant de 60 ans pour le premier groupe, et de 55 pour le second. Cette faible différence d'âge ne suffit pas vraisemblablement à expliquer un écart tellement marqué ; peut-être faut-il

invoquer une fragilité spéciale du système vasculaire, conséquence soit de la constitution, soit du facteur causal.

Les différents états d'arriération intellectuelle n'ont donné que 10 cas sur 94 (10,6 0/0).

On peut rapprocher de l'apparition relativement tardive des signes d'artériosclérose dans les psychoses paranoïdes et paraphréniques la très faible proportion notée dans la démence précoce : un cas sur 34 (2,9 0/0), avec un âge moyen de 47 ans.

Le reste des malades appartient à d'autres affections mentales (délires d'interprétation, d'imagination, déséquilibre mental, paralysie générale, alcoolisme chronique), dans ces cas la fréquence est légèrement supérieure à la normale.

En conclusion, les signes de sclérose artérielle semblent à la fois plus précoces et plus fréquents qu'en dehors des maladies mentales chez les malades que nous avons observés. Ceci est d'autant plus net que, comme le souligne Marchand (*Maladies mentales, études anatomo-biologiques*, 1939), l'artériosclérose est plus fréquente chez l'homme.

Or, notre étude n'a porté que sur des malades femmes. Indépendamment de cette constatation, il faut noter la différence de sensibilité des psychoses hallucinatoires suivant leur structure. La compréhension de ce fait pourrait être obtenue par une étude très poussée des antécédents et du passé pathologique des malades. Cette recherche apporterait peut-être la notion d'une étiologie commune à l'origine de la psychose et de l'artériosclérose. Nous nous proposons de poursuivre des recherches dans ce sens.

La séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire des séances :

Pierre MENUAU.

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 12 avril 1945

Quadriplégie spasmodique progressive avec atrophie Aran-Duchenne ; sclérose latérale amyotrophique probable, par MM. J.-A. CHAVANY, R.-P. TROTOT et A. LAFOURCADE.

Les auteurs présentent un homme de 24 ans chez qui s'est développée en quinze mois une quadriplégie spasmodique, à début par les membres inférieurs, avec hyper-réflexivité très marquée et contracture prédominant sur la paralysie, s'accompagnant d'atrophie Aran-Duchenne et de secousses fibrillaires au niveau de certains muscles des quatre membres, sans troubles sensitifs, cérébelleux ou bulbaires. Ils pensent qu'il s'agit d'une sclérose latérale amyotrophique à début par paraplégie spasmodique ; l'importance de l'hyper-réflexivité semble un signe à retenir au cours de la longue phase paraplégique pure.

Un cas d'atrophie cérébelleuse chez une idiote microcéphale,
par MM. I. BERTRAND, L. MICHAUX et J. GRUNER.

Les auteurs ont observé dans ce cas des lésions dégénératives abiotrophiques des couches les plus profondes de cortex cérébral, une atrophie cérébellipète caractérisée par l'agénésie des grains avec intégrité des cellules de Purkinje. Les noyaux dentelés, ceux du pont et les olives bulbaires étaient indemnes, la myélinisation normale sauf une double dégénérescence pyramidale. Bien que rarement signalée, l'association des lésions corticales cérébrales et cérébelleuses est assez fréquente.

Paralysie totale des mouvements latéraux du regard au cours d'une méningite séreuse basilaire. Guérison après intervention chirurgicale,
par MM. F. THIÉBAUT, M. KLEIN et R. PLUVINAGE.

Observation d'une femme atteinte de rétrécissement mitral, chez laquelle se constitua en un mois un syndrome caractérisé par une paralysie com-

plète de la latéralité, une paralysie faciale périphérique droite, de l'hypoacousie, une anesthésie linguale, un signe de Babinski bilatéral et des signes d'hypertension intracrânienne. Après ventriculographie, un grand volet permit d'évacuer une méningite séreuse de la citerne basilaire. Dès le lendemain, la paralysie de la latéralité avait disparu et les autres signes régressèrent rapidement, ce qui donne à penser qu'ils étaient en rapport avec la méningite séreuse.

Présentation de deux cas de myotonie atrophique dans la même famille (frère et sœur), par M. R.-P. TROTOT.

Deux cas de myotonie atrophique familiale : des biopsies musculaires ont montré que l'acétylcholine était considérablement augmentée dans les muscles myotoniques alors que le taux de la cholinestérase était pratiquement nul. Ces constatations viennent à l'appui de la conception qui fait jouer à l'excès d'acétylcholine musculaire le rôle essentiel dans la réaction myotonique.

Troubles vestibulaires et tumeur du 4^e ventricule, par M. J.-A. BARRÉ.

M. J.-A. Barré attire à nouveau l'attention sur la valeur des troubles vestibulaires dans le diagnostic de ces tumeurs, leur fréquence, leur précocité et la simplicité relative de leur recherche. Chez un malade, le vertige fut longtemps la seule manifestation pathologique et son origine méconnue. L'incertitude de la marche, la céphalée occipitale apparurent tardivement. L'examen montrait une dysharmonie vestibulaire typique (battements du nystagmus spontané et déviation du bras et du tronc du même sens) et l'aréflexie calorique était complète. L'intervention faite quelques jours plus tard permit de trouver une tumeur remplissant tout le 4^e ventricule.

Un cas de moignon douloureux traité par myélotomie. Etude électro-encéphalographique et considérations physiopathologiques sur la douleur, par MM. J. GUILLAUME, I. BERTRAND et G. MAZARS.

Les auteurs rapportent un cas de fantôme douloureux occupant les territoires L4 et L5 traités avec succès par une myélotomie commissurale. Les modifications électro-encéphalographiques que l'on observait du même côté au repos, après excitation labyrinthique et après pose d'un garrot à la racine du moignon, disparurent totalement après la myélotomie. Les stimuli nés au niveau de la section nerveuse jouent un rôle important dans la perception de fantômes douloureux.

Membres fantômes par compression de la queue de cheval ; disparition après libération des racines, par MM. H. HÉCAEN, M. DAVID et J. TALAIRACH.

Les auteurs rapportent un cas de membres fantômes au cours d'une paraplégie flasque avec anesthésie totale jusqu'en L4, qui vient s'ajouter aux cas encore rares signalés dans les lésions des plexus et des racines. Les jambes fantômes disparurent pour s'intégrer aux membres réels lors de l'incision d'une gaine arachnoïdienne enserrant les racines. L'intervention

fut suivie presque immédiatement d'une récupération motrice et sensitive considérable.

Hémiplégie gauche avec hémianopsie latérale homonyme droite à la suite d'une plaie thoraco-abdominale droite par balle de mitrailleuse, par MM. P. PUECH, P. GUILLY et P. BERNARD.

Les auteurs discutent dans le mécanisme de ces troubles les rôles de la commotion, de l'anesthésie générale, de troubles réflexes, de la spoliation sanguine et de l'embolie gazeuse.

Ligature de la carotide primitive. Evolution clinique et électro-encéphalographique. par MM. P. PUECH, H. FISCHGOLD et P. BERNARD.

Les auteurs rappellent que cette ligature unilatérale reste habituellement bien supportée. Dans le cas contraire, comme chez le malade dont l'histoire est rapportée, il faut faire intervenir la spoliation sanguine précédant la ligature, qui diminue la masse de sang circulant et atténue les phénomènes de compensation, autrement efficaces chez les sujets jeunes. L'électro-encéphalogramme était normal chez le malade, il semble que le ramollissement cérébral ancien n'altère que peu les tracés. Même si le cortex est atteint, des neurones restent vivants, peut-être grâce à la circulation pie-mérienne, qui assure une certaine nutrition aux couches les plus superficielles.

Neuro-myélite optique d'évolution suraiguë guérie par sulfamidothérapie intensive, par M. Marcel KIPFER.

Observation d'un homme de 48 ans atteint de neuro-myélite optique suraiguë avec fièvre, cécité complète en deux jours par névrite optique et myélite transverse ascendante atteignant les membres supérieurs en dix jours. Un traitement sulfamidé intensif fit régresser les troubles rapidement : en trois jours, le malade recommença à distinguer le jour. La guérison persiste depuis un an, avec des séquelles très minimes.

Paralysie dissociée de la III^e paire traduisant un méningiome en plaque de la petite aile du sphénoïde, révélé par la radiographie systématique du crâne, par MM. R. GARCIN, M. KIPFER, M. ROSSIER et H.-X. MAN.

Présentation d'un jeune homme venu consulter pour une paralysie du III, sans atteinte de la pupille, évoluant depuis six mois. La radiographie systématique montra un gros ostéome révélateur d'un méningiome en plaque de la petite aile qui fut vérifié opératoirement. Cette symptomatologie larvée aurait pu en imposer pour une polio-encéphalite infectieuse si on avait négligé l'examen radiologique systématique.

Tuberculose fibreuse de la queue de cheval,
par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL,

Observation d'une femme qui a présenté, après plusieurs années de douleurs dans la sciatique, une paralysie et une anesthésie progressives du membre inférieur gauche. L'intervention a montré que les racines gauches

de la queue de cheval étaient englobées dans un bloc de tissu fibreux d'origine tuberculeuse.

L'exploration radiolipiodolée du canal rachidien par la méthode du remplissage segmentaire, par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

Dans les cas de blocage incomplet du canal, MM. Alajouanine et Thurel préconisent la méthode du remplissage segmentaire, qui nécessite au moins 10 cm³ de lipiodol. Pour l'étude du cul-de-sac lombo-sacré, le malade est radiographié dans le décubitus dorsal, le tronc un peu relevé ; pour celle des segments sus-jacents, le malade est placé en décubitus ventral, le siège plus ou moins soulevé. Dans ces conditions, toute lésion intrarachidienne tenant de la place produit une encoche.

**Société de Médecine mentale de Belgique
et Société Belge de Neurologie**

Séance commune du 26 mai 1945

Présidence : M. L. CHRISTOPHE, président

Le delirium tremens « a potu suspenso », par M. J. TITECA.

Relation de deux cas mortels de délirium tremens. Il s'agissait d'alcooliques chroniques, chez lesquels les troubles mentaux ont apparu au second jour d'une cure de sevrage brusque. Aucune cause occasionnelle autre que le sevrage ne peut être invoquée.

L'auteur fait à ce sujet une revue de la littérature et des opinions parfois divergentes qui ont été émises. Il conclut que la réduction progressive de l'alcool s'impose au début de toute cure de désintoxication alcoolique.

**Réflexions sur la convulsivothérapie des névroses malignes,
par M. J. TITECA.**

L'auteur rappelle ses communications antérieures sur les guérisons obtenues par la convulsivothérapie au cardiazol dans des cas d'accidents sensitifs, sensoriels et moteurs, de nature hystérique, qui s'étaient montrés rebelles à tous les autres essais thérapeutiques.

Il avait montré que ces guérisons ne peuvent être attribuées à une influence purement suggestive mais à une action biologique plus profonde, plus organique.

A l'appui de cette opinion, il apporte les résultats favorables obtenus dans des cas analogues par l'électro-choc. Cette méthode réduit en effet au minimum les phénomènes désagréables de la crise convulsive et les effets thérapeutiques restent identiques.

Arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure,
par MM. van GEUCHTEN et MORELLE.

Relation du cas d'un homme de 25 ans ayant présenté un syndrome d'hypertension intra-cranienne avec température modérée, hyperalbuminose et forte hyperlymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Le diagnostic d'arachnoïdite de la fosse postérieure fut confirmé par l'intervention, qui n'amena qu'une amélioration passagère. A l'autopsie, on constata que les voiles d'arachnoïdite s'étendaient des pédoncules vers le cervelet et la moelle cervicale en arrière, vers la région optochiasmatique en avant. Une grosse prolifération vasculaire confirmait l'étiologie inflammatoire.

Cysticerque du 4^e ventricule, par M. DECOSTER.

Description clinique d'un cas de cysticerque du 4^e ventricule opéré depuis un an et demi et resté guéri. L'auteur décrit la constitution histologique des parois du kyste, dans lequel on n'a pas trouvé de scolex.

J. LEY.

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 30 juin 1945

Présidence : M. Ludo van BOGAERT, président

M. le Président prononce, en ouvrant la séance, l'éloge funèbre des membres de la Société décédés au cours de la guerre : M. le professeur VERMEYLEN, les docteurs MOREAU, MAËRE, DARDENNE, PEETERS et DEVOS. L'assemblée se recueille en leur mémoire.

Psychoses et sulfamidothérapie, par M. A. LEROY.

L'auteur a poursuivi ses essais thérapeutiques par les sulfamidés, qui lui ont paru avoir une influence favorable, principalement dans les états maniaques.

Il relate une série de cas d'excitation maniaque qui, d'après lui, ont été rapidement améliorés ou guéris par la sulfamidothérapie à hautes doses.

Quelques aspects d'une personnalité morbide, par M. E. DE GREEFF.

Relation détaillée du cas d'un artiste homosexuel dont la production artistique était consacrée exclusivement à la représentation de nus de jeunes gens prépubères. L'anamnèse a permis de retrouver dans l'enfance du sujet les émotions qui seraient à l'origine de cette perversion instinctive : à 7 ans, il éprouve une émotion violente à la vue d'un jeune garçon de 13 ans environ rencontré en tramway ; à 9 ans, il ressent l'émotion esthétique parfaite en passant la main sur les hanches et les fesses d'un petit camarade rencontré à la plage. Dans tout son art, on observera la tendance à reconstituer ce geste, à trouver la courbe parfaite. Le sujet fut, pendant toute son enfance, un « eidétique » caractérisé.

L'auteur discute la liaison qui existe entre l'excitation sexuelle et la notion de beau, les modalités de fixation des émotions, la notion de l'instinct. Il ne s'agit pas ici d'une simple fixation par associations, mais d'un acte de reconnaissance définitive lié à une émotion sexuelle.

Il est important, dans l'étude des personnalités, de rechercher les contacts entre la vie psychique et organique, par l'intermédiaire de l'instinct qui guide l'individu.

J. LEY.

Séance du 29 septembre 1945

Présidence : M. L. van HIRTUM, président

L'organisation médicale dans les sanatoria pour malades mentaux,
par M. L. VAN HIRTUM.

L'auteur analyse les dispositions légales qui régissent le service médical dans les établissements psychiatriques. Il montre que les progrès des sciences médicales et de la thérapeutique psychiatrique rendent nécessaire une refonte complète des règlements encore en vigueur, notamment en ce qui concerne les heures de présence des médecins, le nombre des médecins, les recherches de laboratoire, les examens spécialisés et l'éducation du personnel. Il propose que la Société étudie la question et émette des vœux précis au sujet des réformes nécessaires.

Observation d'une maladie subaiguë avec signes mentaux et extrapyramidaux, avec rémission (groupe des encéphalites inflammatoires de la substance blanche), par M. L. VAN BOGAERT.

Présentation d'une observation clinique de confusion mentale halluci-

natoire avec phénomènes extra-pyramidaux, rappelant à la fois l'athétose et la crampe des écrivains.

Les phénomènes extra-pyramidaux s'atténuent au bout de près d'une année ; le négativisme et le refus de nourriture persistent ; la malade est décédée d'une broncho-pneumonie de déglutition.

L'étude anatomique montre une gliose en évolution dans le centre ovale, surtout pariéto-occipitale, sans lésions de démyélinisation, sans périvascularités fraîches. De rares nodules gliaux et réactions périvasculaires dans les noyaux gris centraux et le tronc cérébral sont les seuls témoins d'un processus évolutif récent.

L'auteur interprète ce cas à la lumière des leuco-encéphalites de forme subaiguë mortelles qu'il a présentées antérieurement avec différents collaborateurs.

Sur une maladie familiale caractérisée par une angiomatose diffuse cortico-méningée et une démyélinisation de la substance blanche du centre ovale, par MM. L. VAN BOGAERT et P. DIRVY.

1° Il existe dans le cadre des angiomatoses du système nerveux central une constellation clinique hérédo-familiale caractérisée par une démence, par de l'épilepsie, par des signes moteurs dimidiés, à la fois déficitaires et excito-moteurs, pyramidaux et extra-pyramidaux, par une hémianopsie complète ou en cadran, à évolution lentement progressive. A ces signes sont associés des troubles pigmentaires et une « peau marbrée congénitale ». Les réseaux télangiectasiques prennent au niveau du corps des dispositions plus ou moins métamériques.

2° Elle répond, au point de vue anatomique, à une angiomatose surtout veineuse, cortico-méningée, atteignant non seulement l'encéphale postérieur et moyen, mais aussi le cervelet. Cette angiomatose non calcifiante est combinée à une dégénérescence diffuse, quoique à renforcement unilatéral, de la substance blanche du type de celle qu'on observe dans les leucodystrophies familiales.

3° Cette affection se présente comme une maladie hérédo-familiale récessive liée, dans la famille étudiée, au sexe mâle. Ces caractères héréditaires les séparent des angiomatoses encéphalotrigémées.

4° Les auteurs ne croient pas que la dégénérescence axiale soit subordonnée à l'angiomatose cortico-méningée, du fait de l'anoxémie tissulaire résultant de la stase veineuse dans ce matelas néoformé. S'il fallait proposer une hypothèse de travail pour interpréter la genèse de cette affection, ils accepteraient volontiers la notion d'une dysplasie fœtale atteignant à la fois le feuillet mésoenchymateux méningé et l'appareil de soutien ecto-mésodermique de la substance blanche et se traduisant en fin de compte par la malformation décrite du réseau vasculaire leptoméningé et de la marge corticale et par une dégénérescence myélinique progressive de la substance blanche axiale.

J. LEY.

Séance du 27 octobre 1945

Présidence : M. van HIRTUM, Président

Délire à deux, par M. J. HEERNU.

Présentation de deux malades, la mère et la fille, qui expriment un délire systématisé à base de préoccupations politiques. Elles ont vécu en France pendant toute la guerre, dans une grande misère, et sont venues en Belgique pour se rendre en Hollande, où elles prétendent avoir livré au Général Eisenhower trois importants secrets au sujet des événements de Munich, du rôle du Maréchal Pétain et de la conduite de la guerre. A la suite de leurs révélations, M. Churchill a été limogé. Elles détiennent également le secret d'un onguent contre les gerçures. L'intérêt du cas réside dans la concordance absolue des déclarations des deux malades et dans la difficulté de déterminer avec certitude l'élément inducteur, qui paraît être la fille.

Thérapeutique de choc, par M. HOVEN.

L'auteur apporte la statistique des cas traités par lui au cours des dernières années par l'insulinothérapie, le cardiazol, l'azoman et l'électrochoc. Il conclut que l'insulinothérapie se montre le traitement le plus actif et s'élève contre l'affirmation de certains auteurs, d'après laquelle la fréquence des rechutes enlèverait à ces méthodes une grande partie de leur valeur.

J. LEY.

Société Belge de neurologie

Séance du 30 juin 1945

Présidence : M. L. CHRISTOPHE, président

Forme neurogène de tétanie,
par MM. LARUELLE, MASSION-VERNIORY et BRONFMAN.

Présentation d'un film relatif à une malade de 29 ans atteinte d'un déséquilibre neuro-végétatif prononcé avec léger syndrome de Basedow, chez

laquelle l'épreuve de l'hyperpnée déterminait une perte de connaissance avec crise tétanique typique, au cours de laquelle la calcémie tombait régulièrement de 10 à 6 milligrammes. Les épreuves biologiques et les tests de Trousseau permettent d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'épilepsie extrapyramidale ou striée, syndrome dont la réalité n'est d'ailleurs pas admise par tous les auteurs.

L'échec de la thérapeutique à l'A.T. 10 démontre qu'il n'y a pas ici d'insuffisance parathyroïdienne, pas plus qu'il n'existe de lésions des centres cérébraux. Il s'agit d'une forme neurogène de tétanie par trouble fonctionnel primitif de la régulation du métabolisme du calcium à un niveau supérieur à celui des parathyroïdes. Il faut distinguer la tétanie-maladie, qui est parathyroïdienne, et la tétanie-symptôme, déclenchée par le dérèglement de certains centres encore mal localisés.

Syndrome de Korsakoff avec signes infundibulo-hypophysaires.
Forme cérébrale de la lymphogranulomatose maligne, par M^{me} LOUIS-BAR.

Etude anatomo-clinique du cas d'une femme de 25 ans, ayant présenté des signes de méningo-encéphalite basilaire et dont l'affection évolua en deux ans.

A une première phase, d'allure infectieuse avec élévation thermique, pleurite, adénopathies, splénomégalie, paraplégie flasque pseudo-pottique, fit suite une phase de paralysies de certains nerfs crâniens avec secousses myocloniques, diabète insipide, crises cataplectiques, inversion du rythme du sommeil, et enfin une phase de cachexie progressive malgré une alimentation suffisante, avec troubles mentaux du type Korsakow et hallucinations auditives.

L'étude anatomique montre le rapport entre l'évolution des symptômes et le développement d'un processus granulomateux généralisé ayant envahi la base du crâne. Le tableau neurologique résulte d'une compression névraxique d'origine méningée.

Troubles fonctionnels diencéphaliques chez un malade atteint de méningite basilaire spécifique, par MM. KLEYNTJENS et FRÈRE.

Relation du cas d'un homme de 42 ans, qui présentait des crises d'hypoglycémie extrême, des paralysies oculo-motrices, de la polyurie et des tendances à l'hypothermie. L'examen démontra qu'il s'agissait d'un ancien paralytique général malarisé atteint de grosses lésions de méningite basilaire spécifique.

Maladie de Loeber, par MM. A. POTVIN et L. MASSION-VERNIORY.

A l'occasion de l'étude détaillée du cas d'un homme de 57 ans atteint d'atrophie optique et dans la famille duquel il existe sept cas analogues — 6 hommes et 1 femme — les auteurs se demandent s'il faut séparer la maladie de Loeber des formes cliniques superposables, mais dans lesquelles le facteur héréditaire paraît manquer. Les atrophies optiques par arachnoïdite opto-chiasmatique présentent de grandes analogies avec les cas de Loeber, et certaines interventions ont démontré que ces derniers s'ac-

compagnent fréquemment de méningite opto-chiasmatiche intense. Dans les deux cas, cette réaction méningée paraît jouer un rôle capital, et il semble que la définition de la maladie de Loeber doive être révisée.

J. LEY.

Séance du 29 septembre 1945

Présidence : M. L. CHRISTOPHE, président

Modes de début de la sclérose latérale amyotrophique,
par M. VERSPREUWEN.

Présentation de trois malades illustrant les grandes différences que l'on peut rencontrer dans les modes de début de cette affection : début par la paralysie des cordes vocales, début pseudo-myopathique et poliomyélitique, début par les membres inférieurs.

Polynévrites par sulfamides, par M. J. VAN LAERE.

L'observation des six cas personnels que l'auteur relate et les données de la littérature permettent de conclure : 1° que les troubles nerveux qui se produisent parfois après la sulfamidothérapie sont surtout le fait des di-sulfamides ; 2° que ces accidents apparaissent après les traitements poursuivis pendant un temps relativement long : la longueur du traitement est plus importante que la question des doses ; 3° que les phénomènes névritiques atteignent principalement les membres inférieurs ; 4° que le contact direct du médicament avec un tronc nerveux est dangereux.

Paralysie saturnine accidentelle, par M. J. VAN LAERE.

Relation du cas d'une femme de 49 ans, qui présenta brusquement des signes d'intoxication saturnine grave avec atteinte sanguine nerveuse et rénale. L'enquête permit d'établir que cette intoxication avait pour origine le plomb contenu dans l'emballage du tabac à priser, dont la malade faisait usage.

J. LEY.

Séance du 27 octobre 1945

Présidence : M. CRISTOPHE, président

Amyotrophie progressive à évolution lente avec syndrome pyramidal fruste unilatéral, par M. RADERMECKER.

Présentation d'un malade de 26 ans, dont l'affection évolue depuis neuf ans : amyotrophie ayant débuté par la main et accompagnée de troubles sensitifs dissociés très légers à topographie radiculaire, avec signes pyramidaux très discrets. Discussion du diagnostic.

La lobectomie dans les gliomes du cerveau, par M. ECTORS.

Présentation d'un malade ayant subi la lobectomie occipitale pour glioblastome multiforme. Cette intervention, qui permet d'opérer en tissu sain, donne de meilleurs résultats que l'ablation simple.

Polyradiculite avec troubles neuro-végétatifs et perte de tous les poils, par M. RADERMECKER.

Présentation d'un prisonnier politique rapatrié, ayant subi un état de dénutrition grave après une atteinte de typhus et une polyradiculite infectieuse. Trois mois après son retour au pays, son état s'était considérablement amélioré, mais il présentait sans cause nouvelle décelable une rechute de polynévrite avec troubles moteurs et sensitifs, atrophies musculaires, perte de tous les poils et gros troubles neuro-végétatifs. L'auteur compare ce cas aux syndromes observés dans certains cas d'intoxication et de polyradiculonévrite.

La mesure de la pression du liquide céphalo-rachidien, par M. ECTORS.

L'auteur insiste sur les dangers de la ponction lombaire en cas de tumeur cérébrale. Elle aggrave le pronostic de l'opération. Dans les cas limites, on est amené à devoir mesurer la pression du liquide en position latérale. Chez le normal, elle est inférieure à 15 cm. d'eau, et parallèle à la pression veineuse à tous les étages. Cependant, cette mesure unique n'est pas suffisante. Après avoir pratiqué la ponction en position latérale, il y a lieu de relever le malade en laissant l'aiguille en place. Si, en position assise, la pression est supérieure à celle de la colonne d'eau (hauteur de l'aiguille à la protubérance occipitale externe diminuée de deux centimètres), il y a hypertension vraie.

A. propos des scléroses latérales amyotrophiques sans troubles pyramidaux cliniques, par M. VERS REEUWEN.

Observation anatomo-clinique du cas d'une femme de 62 ans, dont l'affection débuta comme une polynévrite. L'abolition des réflexes abdominaux fut le seul symptôme pyramidal et il n'y eut pas de signes bulbaires. La rapidité d'évolution des amyotrophies permit le diagnostic de sclérose latérale, qui fut confirmé par l'autopsie.

Cette affection peut présenter un nombre illimité de modes de début, et il existe des formes de transition entre la S.L.A. et d'autres affections. Dans le cas présent, à une forme avec aréflexie et sans signes pyramidaux correspondait une S.L.A. typique. La poliomyélite antérieure chronique est rare et son évolution est très lente. Certains auteurs se demandent même si cette affection existe.

**Paralysie labio-glosso-laryngée pure (Maladie de Duchenne)
par M. L. VAN BOGAERT.**

Observation anatomo-clinique d'un cas de paralysie bulbaire, n'ayant jamais présenté aucun trouble des réflexes tendineux ni aucun signe pyramidal; pas de fibrillations au niveau des muscles des membres. L'examen anatomique montre une atrophie pure des noyaux du bulbe, de légères lésions olivaires et une légère démyélinisation du noyau dentelé. Il s'agit d'un cas vrai de Maladie de Duchenne.

J. LEV.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Les délires de possession diabolique, par L. et J. GAYRAL. *Préface* du Professeur RISER (1 vol. in-8°, 208 pages, Vigot frères édit., Paris 1944).

Inspiré par le professeur Riser et fait sous sa direction, cet important ouvrage est consacré à l'étude, sous toutes ses faces, du problème de la possession diabolique. Il s'agit là d'une œuvre beaucoup plus nuancée, beaucoup plus profonde aussi, que ne semble l'indiquer son titre. Et si elle intéresse en premier lieu les psychiatres, elle touche à de si hauts problèmes qu'elle intéressera tous ceux qu'attire le mysticisme et que tourmentent ou apaisent les spéculations religieuses. C'est dire qu'il serait vain d'en vouloir en quelques lignes exprimer le contenu. La richesse de sa documentation, l'excellence de ses sources, la rigueur d'un exposé à la fois critique et largement compréhensif, font de ce volume un guide en présence de tout sujet se plaignant d'être possédé du Malin.

Dans une première partie, MM. L. et J. Gayral, après un bref historique des démonopathies, décrivent les délires de possession diabolique dont ils étudient successivement la classification, la psychogénèse, la nosologie. Une longue et intéressante observation y sert de base à l'individualisation d'une forme « éthique » des délires de possession diabolique : l'intervention diabolique ayant changé de forme, à la possession brutalement spectaculaire s'est substituée l'obsession qui vise à amener le sujet au mal par des moyens sollicités ou dirigés par des démons ; délaissant la possession physique, le diable tend à se manifester dans le domaine psychologique et sur le plan éthique.

La deuxième partie est consacrée à l'exposé de la doctrine de l'Eglise concernant la possession diabolique d'origine préternaturelle. Si les théologiens actuels sont unanimes à conclure à la rareté du merveilleux démoniaque et appliquent à le dépister les moyens scientifiques les plus modernes, les plus rigoureux, les démonologues modernes admettent que le diable proportionne son action et les formes de cette action aux temps, aux mœurs, aux circonstances : à la possession brutalement spectaculaire se

substitue donc l'obsession visant à amener le sujet au mal par des moyens humains, sollicités et dirigés par le démon. Les auteurs examinent successivement les signes du Rituel, les témoignages sensibles et critères, l'exorcisme ; dans les cas difficiles, le diagnostic avec les états mentaux pathologiques sera tranché par l'observation prolongée et par la « finalité ».

Sur le conseil du professeur Riser, dans la troisième partie de l'ouvrage, MM. L. et J. Gayral recherchent les rapports possibles des aridités et peines mystiques avec les délires de possession, de thème dépressif particulièrement. Cette « aridité » est « une sensation profonde d'impuissance, de désintégration, d'arrêt des sentiments de la pensée, des aspirations, de l'élan, accompagnée d'une désespérance douloureuse, d'un appel profond à la mort », aussi forte chez les mystiques, où elle est une étape dans la voie de la perfection, que dans les psychopathies. La discrimination intéresse autant ici le directeur spirituel que le médecin. La description des peines mystiques, nuits passives des sens, nuits passives de l'esprit, d'après des textes de saint Jean de la Croix, de sainte Thérèse, etc., l'étude clinique des aridités physiologiques, malades, mystiques, et des critères de diagnostic conduisent à des conclusions générales formulant la conduite à tenir, selon les cas, en présence d'un sujet qui se dit possédé par le diable.

Conclusions qui appellent la discussion et qui, naturellement, ne seront pas admises sans réserves par tous les psychiatres. Mais tous rendront hommage à l'effort d'objectivité et de critique, de documentation aux meilleures sources aussi bien théologiques que psychiatriques, à la sincérité et à la prudence avec lesquelles sont traitées de délicates questions. Ceux-là même qui ne partageront pas les conceptions des auteurs de ce livre y puiseront des idées nouvelles et des renseignements précieux. Ils le liront avec intérêt et avec profit.

René CHARPENTIER.

La paranoïa de compensation, par Georges VERDEAUX (1 brochure in-8°, 142 pages, Le François édit., Thèse Paris 1943).

Reprenant à propos d'une intéressante observation l'étude de la « paranoïa de compensation », décrite sous ce nom par M. Jean Delay, l'auteur conclut que ce malade n'est pas atteint de paranoïa caractérielle ou constitutionnelle mais d'un délire réactionnel, et que cette forme de paranoïa, au lieu d'aller en augmentant ou tout au moins de rester stationnaire, semble au contraire régresser et revêtir un caractère bénin. Il s'agit donc d'une paranoïa réactionnelle, bénigne, abortive, dont les bases sont fournies par un sentiment d'infériorité chez un sujet à caractère sensitif. C'est le rapprochement de ce complexe d'infériorité et de sa compensation psychopathique de type paranoïaque qui a amené M. Jean Delay à proposer pour ces cas le nom de « paranoïa de compensation ». L'intérêt de ce diagnostic se traduit par une notable différence de pronostic. Tandis que la structure délirante de la paranoïa classique est inébranlable, le délire de ces sujets, des « sensitifs », a la valeur d'une bouffée réactionnelle : sous l'influence d'un traitement opportun et précoce, il pourrait ainsi rétrocéder rapidement et guérir.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Troubles nerveux réflexes extenso-progressifs, d'origine traumatique, par J.-A. BARRÉ, professeur de Clinique neurologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant national de l'Académie de médecine (1 brochure in-8°, 92 pages, Imp. Mont-Louis, Clermont-Ferrand, 1945).

Sous ce titre, le professeur J.-A. Barré propose de grouper divers types de troubles nerveux, d'allure extensive et d'ordre réflexe, par irritation périphérique le plus souvent traumatique. Il s'agit là d'une entité nosographique assez ample, en grande partie nouvelle, qui élargit notablement le cadre des troubles nerveux réflexes, et pour laquelle l'auteur réclame une place bien à part. Généralement méconnus dans leur véritable nature, souvent regardés comme des singularités peu compréhensibles et peu dignes d'intérêt, ces faits, par leur nombre autant que par leur polymorphisme, donnent en effet au chapitre des troubles nerveux réflexes, une importance et une physionomie nouvelles. De plus, ils offrent à la médecine légale et, en particulier, à la pathologie des accidents du travail, des bases cliniques dont les conséquences ne sauraient être sous-estimées.

Le plus souvent développés à la suite d'une blessure, même minime, les accidents présentés peuvent être de types divers mais ont comme caractère commun de s'étendre à un territoire débordant largement la zone traumatisée et d'être, quant à leur intensité aussi, hors de proportion avec la lésion causale. Le professeur J.-A. Barré les répartit sous trois groupes principaux, d'ailleurs susceptibles d'associations, suivant qu'ils sont à prédominance motrice, à prédominance sensitive ou à prédominance amyotrophique. Il en rapporte de nombreuses observations, et ajoute qu'à côté de ces troubles nerveux extenso-progressifs ayant pour origine l'irritation de voies nerveuses, spécialement sympathiques, des membres ou de la face, on peut prévoir une pathologie sympathique extenso-progressiva des viscères creux de l'abdomen. Il présente des hypothèses pathogéniques pour la confirmation desquelles il fait appel au concours des physiologistes et des anatomo-pathologistes, conseille un traitement d'urgence pour lequel il faut beaucoup moins considérer la blessure que la réaction initiale et insiste sur l'importance médico-légale de troubles d'origine traumatique et qui peuvent être la conséquence d'accidents du travail. D'autant que certains des sujets dont l'observation figure dans cette brochure avaient pu être considérés comme présentant des accidents pithiatiques ou comme suspects de simulation.

Ce nouveau groupement proposé par le professeur Barré sera, au Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève-Lausanne, 22 juillet 1946), l'objet d'une intéressante discussion.

René CHARPENTIER.

Oto-neurologie. Technique et interprétations des examens labyrinthiques, par Maurice AUBAY, laryngologiste de l'hôpital Bichat (1 vol., 328 pages, 48 figures, Masson et C^o édit., Paris 1944).

L'oto-neurologie est de date récente et ce n'est que depuis un petit nombre d'années que les examens labyrinthiques sont appelés à compléter cer-

tains examens neurologiques. Sans avoir la prétention d'apporter ici une mise au point définitive, M. Maurice Aubry a consigné dans ce livre les intéressants résultats de ses observations, poursuivies depuis quinze ans dans le Service de Clinique neurologique du professeur G. Guillaïn, à la Salpêtrière. De ces observations, il n'a retenu que les cas vérifiés, soit après autopsie, soit après intervention chirurgicale, soit après de rigoureux contrôles cliniques, et concernant des syndromes vestibulaires centraux. Après comparaison des cas cliniques avec les notions anatomo-physiologiques actuelles, et en se basant sur le siège anatomique de la lésion, il a groupé et schématisé les divers syndromes vestibulaires que l'on rencontre en clinique oto-neurologique.

Le livre se divise en quatre chapitres consacrés : 1° à l'étude anatomo-physiologique du labyrinthe et des voies vestibulaires centrales ; 2° à la technique de l'examen oto-neurologique ; 3° à l'étude clinique des principaux signes labyrinthiques centraux ; 4° à l'étude synthétique des divers syndromes vestibulaires.

Dès à présent, si prudente et circonspecte qu'elle doive être, l'aide apportée à l'examen neurologique par l'oto-neurologie apparaît loin d'être négligeable. L'examen labyrinthique peut être de première importance pour le diagnostic de localisation d'une lésion siégeant sur les voies vestibulaires. Et un diagnostic de siège peut entraîner (à cause des sièges de prédilection) le diagnostic étiologique, par conséquent la sanction thérapeutique. On peut prévoir qu'à l'avenir, ses bases anatomiques devenant de plus en plus solides, l'oto-neurologie apportera à l'examen neurologique un concours de plus en plus efficace.

René CHARPENTIER.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'hygiène et la prophylaxie mentales, par Aug. LEY, professeur à l'Université libre de Bruxelles (1 vol. in-16, 94 pages, in « Actualités sociales » de l'Institut de sociologie Solvay, Bruxelles 1945).

Dans cet excellent petit volume, le professeur Aug. Ley, de Bruxelles, président du Comité européen d'hygiène mentale, a condensé les principes qui devraient actuellement guider tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène mentale, à la prophylaxie mentale, à l'assistance aux psychopathes.

Après avoir résumé quels sont, en Belgique, à l'heure actuelle, l'armement psychiatrique et la législation concernant les malades mentaux, il envisage et propose successivement des solutions concernant l'enfance anormale, l'enfance délinquante, les faibles d'esprit adultes, les anormaux sensoriels, la formation du personnel des écoles et instituts pour enfants anormaux. Il insiste sur la nécessité de donner à toutes ces organisations une direction générale unique et sur l'adoption à l'école spéciale pour enfants arriérés des méthodes préconisées par M. Decroly. L'enseignement manuel, pratique et concret, doit y être l'activité principale, ajoute-t-il avec raison.

Le chapitre suivant est consacré aux anormaux délinquants et à la défense sociale ; on y trouvera résumée l'excellente loi belge de défense sociale du 9 avril 1930 et exposés les principes d'une prophylaxie efficace de la délinquance et de la criminalité. La prophylaxie de l'alcoolisme et des toxicoma-

nies, les établissements pour buveurs, l'enseignement anti-alcoolique, les mesures à prendre pour le traitement des toxicomanes sont étudiés ensuite et le volume se termine par des considérations qui doivent servir de base à une prophylaxie mentale générale.

Les biologistes ont montré que les modifications produites par le milieu et l'éducation peuvent paraître minimes, superficielles, limitées, si on les compare à la stabilité, à la constance, à la fixité des caractères héréditaires, d'où l'importance primordiale de l'eugénique. Mais le milieu et l'éducation peuvent ensuite exercer leur action modératrice, guider le développement harmonique, affiner les instincts fondamentaux, les tendances psychiques générales, certaines aptitudes. L'hérédité n'est pas fatale et même un sujet porteur de tares héréditaires, s'il est bien conseillé, pourra échapper aux causes susceptibles, au cours du développement individuel, de provoquer des troubles psychopathiques. Même si certains de ces troubles survenaient, une thérapeutique *précoce* en pourrait amener la guérison rapide. « C'est avant d'être malade qu'il faudrait s'accoutumer à prendre les conseils médicaux. » C'est le rôle du dispensaire d'hygiène mentale et de la propagande en faveur de l'hygiène mentale de faire comprendre au public et accepter par lui les mesures d'hygiène sociale et individuelle qui s'imposent.

Au moment où, en France, des projets de réforme de la loi du 30 juin 1838 voient le jour de divers côtés, qu'il me soit permis de citer une phrase de ce petit livre, qui résume parfaitement ce que pensent un certain nombre de psychiatres français : « La loi elle-même pourrait être fort courte et énoncer seulement quelques principes, laissant à un règlement organique l'exécution des mesures proposées. » Non seulement elle le « pourrait », mais elle le devrait.

René CHARPENTIER.

Les toxicomanies. Etude médico-sociale, par Ant. POROT, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger (1 vol. 384 pages, librairie Ferraris édit., Alger 1945),

Parmi les problèmes actuels de la médecine sociale, il en est peu de plus importants que ceux qui concernent la prévention contre les toxicomanies. Aussi est-ce avant tout en vue de la lutte contre ce fléau social que le professeur Ant. Porot a publié ce recueil si opportun sans négliger cependant l'étude clinique ni les acquisitions récentes dans le domaine physiologique et expérimental. A propos des divers toxiques, se posent en effet plusieurs problèmes : l'un d'ordre psychologique (recherche des causes et des circonstances, influence sur le psychisme du sujet), un autre problème d'ordre biologique (réactions anatomo- et physio-pathologiques de l'organisme, phénomène de l'accoutumance) et le troisième d'ordre social.

Dans une *première partie*, après quelques généralités sur la façon dont on devient toxicomane, sur l'accoutumance, l'état de besoin, la privation, la vie du toxicomane, les polytoxicomanies, le professeur A. Porot consacre avec méthode et clarté des chapitres successifs à l'*opiomanie* (opiomanie, morphinomanie, héroïnomanie) et à la lutte internationale contre l'opium et ses dérivés, au *cannabisme* (haschich, kif, chira, marijuana), au *tabagisme*, au *caféisme* et au *théisme*, au *barbiturisme* et aux narcomanies, au *chloralisme*, à la *cocainomanie* et à l'*éthéromanie*.

La *deuxième partie* est entièrement consacrée au problème de l'*alcoolisme*

en raison de son importance, de son extrême diffusion, de la richesse, de la diversité et de la gravité des manifestations morbides dont il est cause, des graves conséquences sociales qu'il entraîne. D'origine ancienne, ce fléau, contre lequel bien des cris d'alarme ont été poussés, n'a cessé de croître en gravité. M. A. Porot en décrit successivement les facteurs toxiques (boissons alcooliques), les facteurs individuels, les facteurs sociaux, les conséquences sociales et individuelles, les troubles aigus et chroniques dus à l'alcool, l'influence de l'alcoolisme sur les autres maladies, le traitement et la prophylaxie de l'alcoolisme.

Il montre quels principes généraux doivent servir de base à la prophylaxie sociale : réduire au minimum la tentation, libérer l'alcoolisme des intérêts financiers qui le soutiennent, éviter les attitudes intransigeantes, mener de front l'action officielle et l'éducation du public. Passant en revue les différentes mesures prises en divers pays par les pouvoirs publics pour lutter contre l'alcoolisme, le professeur A. Porot termine cette utile mise au point en montrant l'insuffisance de certaines d'entre elles prises isolément, l'efficacité ou l'échec relatif de certaines autres et la nécessité d'intégrer toutes les mesures efficaces dans un programme d'ensemble de lutte anti-alcoolique et d'éducation du public. Cette éducation devra trouver dans tout médecin un agent averti, convaincu, diligent, plein de tact et d'autant plus écouté.

René CHARPENTIER.

Régression du nombre des psychoses alcooliques dans le Morbihan sous l'influence des restrictions en boissons alcoolisées, par Charles LOISEAU (1 brochure in-8°, 44 pages, Imp. R. Foulon, Paris, édit. *Thèse* 1944).

Sous l'influence des restrictions concernant les boissons alcoolisées, le pourcentage des admissions pour troubles mentaux d'origine alcoolique à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec s'est abaissé de 35 0/0 en 1938 à 13 0/0 en 1942 et à 6 0/0 pendant le premier semestre de 1943. L'auteur conclut que ce résultat semble dû bien plus à la raréfaction des boissons alcoolisées qu'à des mesures législatives qu'il considère comme très insuffisantes. Il attire l'attention sur la nécessité des réformes demandées par l'Académie de médecine dès 1941 sur la proposition de M. Riernain, par la Société de médecine légale de France en 1942 et, en 1943, par la Commission spéciale de lutte contre l'alcoolisme du Morbihan.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Aux sources de la connaissance. La sensation guide de vie, par Henri PIÉRON, professeur de physiologie des sensations au Collège de France (1 vol. in-8° carré, 420 pages, in Collection « L'avenir de la science », dirigé par Jean Rostand, Gallimard édit., Paris 1945).

S'il était besoin de démontrer que le silence auquel elle fut condamnée par un régime atroce pendant de trop longues années ne réussit ni à étouffer la pensée française, ni même à la stériliser temporairement, le livre de M. Henri Piéron sur la sensation guide de vie en serait un magnifique témoignage. Conclusion de recherches psycho-physiologiques entreprises

depuis plus de quarante ans à la Sorbonne et au Collège de France, « ce livre de synthèse a pu être achevé dans une période où, seul, le recueillement de la pensée permettait d'échapper au vain spectacle du cataclysme humain ».

Ce n'est pas seulement la vie mentale que conditionnent les apports de la sensibilité, c'est la vie, sous toutes ses formes. La sensibilité est une condition essentielle de la vie. Si certaines des données fournies par les appareils récepteurs ne dépassent pas le stade des régulations réflexes qui concernent les variations du milieu intérieur, la sensation intervient pour guider l'organisme vivant dans son comportement global vis-à-vis du monde extérieur. Aussi l'étude de la sensation est-elle d'une importance primordiale, théorique et pratique.

Dans une première partie de l'ouvrage, intitulée « Du stimulus à la sensation », des chapitres sont consacrés à la fonction régulatrice, aux notions de différenciation et de spécificité, à la classification des sensations, aux caractères généraux des processus d'excitation. La seconde partie traite du problème des mécanismes d'excitation, excitation neuro-biologique en général, excitation mécanique, excitation thermique, excitation lumineuse, excitation chimique, excitation algique. Les bases des appréciations qualitatives sont étudiées dans une troisième partie : problème général des qualités sensorielles, qualités chromatiques, qualités tonales, odeurs, saveurs. Dans la quatrième partie, enfin, qui constitue à elle seule la seconde moitié du volume, le professeur Henri Piéron examine le fondement des appréciations quantitatives : notion du quantitatif dans le domaine sensoriel, aspects spaciaux du quantitatif, aspects temporels du quantitatif, discriminations d'intensité, évaluations d'intensité et problème du mécanisme physiologique des appréciations intensives.

En conclusion, ayant ainsi analysé les processus sensoriels, le professeur Henri Piéron en donne une vue d'ensemble, suivant de relais en relais les étapes successives qui conduisent des phénomènes d'excitation déclenchés par les stimuli à la sensation, réponse spécifique, adéquate à la nature, au lieu, à la durée et à l'intensité du stimulus. Cette réponse spécifique ne conditionne plus un mécanisme automatisé et invariable, mais elle permet une adéquation beaucoup plus souple aux événements extérieurs. Cela, par une intégration dans le système associatif complexe sur lequel s'édifie la vie psychique et par le jeu duquel s'élabore le comportement volontaire, intégration qui constitue la réaction perceptive. Mais les ensembles synergiques constitutifs des perceptions dont l'analyse du comportement permet d'étudier les lois, échappent encore à l'étude directe des mécanismes physiologiques. Pour pénétrer les mécanismes en jeu dans ce lacis, encore inextricable, des voies associatives de l'appareil cérébral humain, il sera nécessaire d'avoir recours à une analyse plus poussée des expériences naturelles de la neuropathologie humaine ainsi qu'aux progrès de l'investigation cérébrologique expérimentale, surtout chez le singe, avec l'aide des techniques modernes d'enregistrement des manifestations électriques de l'activité nerveuse.

Dès à présent, on peut cependant comprendre que nos appareils sensoriels ne constituent pas des fenêtres s'ouvrant sur le monde extérieur. Enfermés dans notre caverne subjective, nous n'observons même pas les ombres des passants qu'invoque le mythe platonicien. Nous disposons seulement d'un jeu d'appareils explorateurs, comme seraient des cellules photo-

électriques ou des microphones, traduisant les phénomènes les plus variés sous une même forme de signaux télégraphiques.

Les sensations constituent des symboles biologiques des forces extérieures agissant sur l'organisme, mais qui ne peuvent avoir avec ces forces plus de ressemblance qu'il n'y en a entre ces sensations mêmes et les mots qui les désignent dans le système symbolique du langage servant aux relations sociales, interhumaines. Aussi, réfléchissant à la complexité des traductions biologiques qui aboutissent à l'éveil de nos sensations, ne devons-nous pas être surpris des imperfections de l'adéquation sensorielle aux événements de l'univers. Nous devons surtout renoncer à la résistance que nous sommes tentés d'opposer aux systématisations abstraites de la physique moderne, dont les équations relativistes, symbolisant des chaînes d'événements, sont plus vraies que nos perceptions directes dans la mesure où elles permettent une prévision plus sûre et atteignent à une précision plus grande dans l'adéquation au monde réel. Ces symboles, œuvres de notre intelligence, ne diffèrent pas de nature des symboles perceptifs, œuvre première de la vie, dont notre intelligence est un épanouissement.

René CHARFENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique neurologique et psychiatrique, par Paul COSSA, H. BOUGEANT, E. LE COCQ et J.-P. GRINDA (1 vol, in-8°, 614 pages, 107 fig., Masson et C^{ie} édit., Paris 1945).

Conçu sous une formule originale, méthodiquement et clairement exposé, le livre de thérapeutique neurologique et psychiatrique de M. Paul Cossa et de ses collaborateurs rendra les plus grands services aux étudiants et aux praticiens. Il faut louer tout d'abord ses auteurs d'avoir réuni dans un même volume ces inséparables que sont la neurologie et la psychiatrie, d'avoir à propos de chaque affection fait un choix entre les divers procédés ou les méthodes différentes de traitement, d'avoir exposé les raisons de ce choix, qui aurait pu embarrasser un jeune médecin moins averti ou moins spécialisé, d'avoir précisé les modalités variables d'application du traitement, d'en avoir résumé chaque fois que ce fut utile les bases cliniques et pathogéniques. Tout cela, et la méthode rigoureuse qui donne à l'ensemble son unité, donne à ce volumineux ouvrage de plus de 600 pages un attrait particulier. Il est peu vraisemblable qu'après l'avoir consulté, ceux qui ont accoutumé de dire que la neurologie et la psychiatrie échappent à la thérapeutique puissent continuer à le penser. Il est moins vraisemblable encore que puissent se passer de ce livre ceux qui l'auront eu entre les mains.

L'ouvrage est divisé en trois parties. Dans la *première partie*, après l'exposé des mécanismes par lesquels peut être frappé le système nerveux et des réactions anatomo-cliniques et physio-cliniques de ce système nerveux aux atteintes pathologiques, M. Paul Cossa fait comprendre comment les modalités thérapeutiques s'adaptent à la pluralité des causes pathologiques et à la monotonie des réactions anatomo-cliniques contrastant avec la richesse des réactions physio-cliniques. Le traitement de l'épilepsie inaugure ensuite la série des chapitres consacrés aux maladies organiques du système nerveux.

C'est après la thérapeutique des troubles du sommeil que commenceront les chapitres qui traitent de thérapeutique psychiatrique, mais l'auteur, dans un chapitre intitulé « Du neurologique au psychiatrique », prend d'abord la sage précaution d'indiquer au lecteur en quoi vont maintenant différer les bases et les indications du traitement. M. Paul Cossa fait en effet remarquer que dans toute maladie psychique les symptômes traduisent, non plus la lésion, mais la réaction de la personnalité à la maladie, que, d'autre part, les états psychopathiques reconnaissent à la fois des causes somatiques et psychiques. L'abondance et la variété des symptômes, la multiplicité et l'intrication des facteurs étiologiques, l'écart organo-clinique si marqué, le mécanisme particulier des réactions du psychisme malade et ses variations selon l'âge et la durée, changent ici les données du problème thérapeutique, les rendent non seulement multiples mais variables, incitent à l'éclectisme, obligent à la patience et à la persévérance. Les chapitres qui suivent montrent assez que le psychiatre n'est pas pour cela désarmé et que sa patience et sa ténacité ont, dans de nombreux cas, le résultat escompté.

A l'occasion du traitement des syndromes psychiatriques mineurs, un important chapitre est consacré à la psychothérapie et à ses diverses méthodes, M. Paul Cossa estimant toutefois que, s'il est possible d'envisager certaines lignes directrices, la psychothérapie doit éviter toute codification arbitraire et rester ce qu'elle est en réalité, c'est-à-dire individuelle. Ceci tout en réservant à la cure psychanalytique certains cas particuliers.

Il faut signaler aussi l'important chapitre consacré aux méthodes biologiques de traitement des psychoses qui, depuis une vingtaine d'années, en ont si heureusement modifié le pronostic.

La *deuxième partie* donne tous les renseignements nécessaires à l'utilisation des diverses *techniques instrumentales*, technique des prélèvements, injections et infiltrations et techniques chirurgicales proprement dites. Par la précision des indications, des repères, du mode opératoire, l'indication des obstacles ou incidents possibles, le tout exposé avec concision et accompagné d'illustrations très nettes, ces chapitres sont appelés à rendre de grands services et seront souvent consultés.

La *troisième partie*, consacrée à l'électrpradiothérapie des affections du système nerveux central et périphérique, expose d'abord l'action physiologique et les principes d'application des différentes modalités d'électro-radiothérapie. Elle se termine par l'exposé des lois physiques et de la technique instrumentale de l'électro-choc.

La présentation impeccable de ce gros volume, dans les circonstances actuelles et en présence des difficultés considérables de l'édition fait grand honneur à l'édition scientifique française.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

THERAPEUTIQUE

Narcolepsie par hypoglycémie. Efficacité du resucrage, par Jean DELAY (*La Presse médicale*, 11 novembre 1944).

Une femme de 53 ans, ayant depuis une douzaine d'années des crises de sommeil, les unes paroxystiques et brèves, les autres prolongées, présente au cours des états hypniques une chute brusque du sucre du sang, qui tombe de 0,70 à 0,35. Une injection de sérum glucosé intra-veineux obtient immédiatement le réveil. Les accès de sommeil présentés rentrent dans le cadre du syndrome narcoleptique de Gélinau, mais on observe aussi chez la même malade de véritables comas prolongés.

Entre les narcolepsies et les comas, fait observer M. Jean Delay, il n'y a pas différence de nature, mais, différence de degré. Narcolepsies, léthargies et comas ne constituent que des degrés du sommeil pathologique, les critères de durée et de réversibilité ne résistant pas à l'analyse. Ils ont les mêmes stigmates bio-électriques et la même origine diencéphalique. L'hypoglycémie, dans ce cas, se trouve à l'origine de la narcolepsie, ce qui est exceptionnel, comme du coma, ce qui est aujourd'hui bien connu. La thérapeutique sucrée est dans les deux d'une égale efficacité. Mais l'origine des crises hypoglycémiques reste indéterminée.

René CHARPENTIER.

Traitement de la mélancolie d'involution, par H. PALMER, D. HASTINGS et S. SHERMAN (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1941, p. 1056).

Les facteurs endocriniens ne semblent pas jouer un rôle important dans l'étiologie des psychoses d'involution. Dans 24 pour 100 des cas seulement, les auteurs relèvent une relation entre le début de la psychose et le début de la ménopause. Les psychoses paraissent résulter de facteurs psychologiques qui se sont produits au cours de tout le passé des malades. Le traitement par le métrazol donne 73 pour 100 de guérisons ou de récupérations sociales. La narcose prolongée donne parfois quelque résultat, le traitement estrogène aucun. Chez l'homme, le testostérone produit une stimulation sexuelle, un bien-être qui agissent probablement sur l'état mental. Comme prophylaxie, les auteurs conseillent une hygiène mentale appropriée suivant chaque cas et à leur début.

L. M.

Action de l'acide nicotinique dans la stupeur, la léthargie et autres troubles mentaux, par V. SYDENSTRICKER et H. CLECKLEY (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 82).

Chez des sujets atteints de stupeur ou de troubles mentaux aigus survenus sans causes apparentes, guérison rapide sous l'influence des traitements

par l'acide nicotinique. Les symptômes habituels de la pellagre ou d'autres états carentiels faisaient défaut. Les auteurs admettent que le seul moyen de déterminer si certains états psychosiques sont dus à une avitaminose est de constater leur guérison rapide sous l'influence de l'administration de l'acide nicotinique.

L. M.

De quelques critères pronostiques dans le traitement insulinique de la schizophrénie, par G. WALL (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1941, p. 1397)

L'auteur indique comme bons critères : la schizophrénie atypique, la présence d'une considérable réaction émotionnelle, un effort à l'adaptation sexuelle et un réel intérêt sexuel. Comme mauvais critères : le développement dans une famille présentant peu de solidarité entre ses membres, une conduite originale du sujet parmi les autres parents ; une mauvaise adaptation à l'école, un apragmatisme sexuel, un comportement se manifestant par du maniérisme, des grimaces, des attitudes spéciales, une schizophrénie d'apparence typique.

L. M.

Réaction anaphylactique pendant la thérapeutique insulinique chez un schizophrène, par E. HINKO, M. FENTON et H. BALBEROR (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1941, p. 140).

Il s'agit d'un sujet particulièrement sensible à l'insuline et qui ne présentait aucune autre sensibilité à des protéines animales. A la seizième injection, consistant en 105 unités d'insuline, apparition de vomissements, demi-stupeur, pouls imperceptible, tension artérielle nulle, œdème de la face, prurit généralisé ; la glycosurie tomba à 50 mgr. pour 100. Traitement par épinéphrine, caféine ; guérison.

L. M.

Mode d'action du pentaméthylemetetrazol ou cardiazol sur les centres nerveux, par P. CHAUCHARD, M^{me} H. MAZOUÉ et M. R. LECOQ (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 15 décembre 1944).

Il semble qu'en dehors de son action sur les muscles, le cardiazol exerce des effets complexes sur les centres nerveux. Les centres supérieurs, spécialement l'écorce cérébrale, sont déprimés, comme le montre l'augmentation de chronaxie corticale analogue à celle provoquée par les hypnotiques ; par contre, les centres inférieurs sont excités, conditionnant la variation de chronaxies périphériques inverse de la modification corticale.

Ces perturbations nerveuses déclenchées par le cardiazol sont identiques à celles du coma insulinique, rapprochement intéressant puisque la cure insulinique de Sakel a les mêmes indications thérapeutiques que la cure cardiazolique de von Meduna.

R. C.

Méningococcémie à forme palustre rapidement guérie par la sulfamidothérapie, par Jean TAPIE et BATMALE (*Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, séance de mars 1944*).

MM. Jean Tapie et Batmale présentent l'observation d'un homme de 40 ans chez lequel la méningococcie évolua pendant deux mois, sans signes méningés, sous la forme d'accès fébriles intermittents : l'apparition précoce de myalgies et d'une éruption papulo-érythémateuse permit de soupçonner la nature de l'infection ; l'hémoculture donna à deux reprises un méningocoque A. Ce malade, qui avait été inutilement traité par le salicylate de soude et par la quinine, guérit en quelques jours avec des doses minimales de dagénan.

R. C.

La sulfamidothérapie d'épreuve, par M. JANBON (*Diagnosics et traitements, numéro spécial, décembre 1943*).

S'élevant contre la solution « de paresse », cause d'abus manifestes de prescription, résultant de la facilité d'administration et de l'innocuité relative des sulfamides, M. C. Janbon en signale les inconvénients et les risques (sensibilisation de l'organisme, création possible d'un état de sulfamido-résistance, etc.).

La sulfamidothérapie doit avoir : a) des *indications formelles*, de caractère obligatoire (érysipèle, méningites purulentes, par exemple) ; b) des *indications légitimes*, nombreuses ; c) des *indications négatives* (fièvres typhoïdes, oreillons, tuberculose, etc.) ; d) des *indications discutables* (brucellose, typhus exanthématique, infections à virus neurotrope, scarlatine, etc.). Ces éventualités supposent toutes un diagnostic établi.

Cependant, dans des conditions déterminées d'opportunité et de technique, à défaut de données étiologiques précises, à titre d'essai, peut être instituée une *sulfamidothérapie d'épreuve* (état fébrile continu, d'origine indéterminée, pneumopathie aiguë ou subaiguë d'origine imprécise, arthrite aiguë ou subaiguë de cause inconnue, encéphalites aiguës d'étiologie non précisée, états méningés aigus et fébriles desquels, la ponction lombaire étant irréalisable, il serait difficile de déceler l'étiologie, etc.).

Cette sulfamidothérapie d'épreuve doit être : 1° relativement précoce sans être instaurée trop hâtivement ; 2° de courte durée (2 à 3 jours, pas plus de 3 à 4 jours) ; 3° comporter des doses fortes d'emblée (une posologie initiale timide enlevant toute signification à un essai infructueux et favorisant une sulfamido-résistance secondaire).

René CHARPENTIER.

La thérapeutique des infections bactériennes et spirillaires par la pénicilline, par C. LEVADITI (*La Presse médicale, 18 novembre 1944*).

D'un examen des travaux américains sur la pénicilline, M. C. Levaditi dégage les notions les plus importantes concernant l'action curative de ce principe extrait des cultures de *Penicillium notatum* doué d'un remarquable pouvoir thérapeutique dans des infections expérimentales et humaines. Découverte par Fleming, la pénicilline élargit les applications de la chimiothérapie moderne des maladies microbiennes et spirillaires. Des infec-

tions deviennent curables alors même qu'elles ont résisté à la sulfamidothérapie, telles les infections (par échelle décroissante) d'origine gonococcique, méningococcique, pneumococcique, streptococcique, staphylococcique ; il en serait de même de la syphilis et de la fièvre récurrente. L'action curative clinique de la pénicilline dans la syphilis expérimentale du lapin est certaine ; des essais en cours (sur le lapin et sur la souris) pourront établir si cette action est profonde, si les récurrences sont évitées, si la pénicilline détermine une stérilisation totale et définitive de l'organisme et si elle négative les réactions sérologiques.

René CHARPENTIER.

Le traitement du zona et des algies zostériennes par les anti-histaminiques de synthèse, par J. SIGWALD (de Paris). *La Presse médicale*, 25 novembre 1944).

La constatation de l'élévation du taux de l'histaminémie au cours du zona a incité M. J. Sigwald à utiliser, pour le traitement du zona, les anti-histaminiques de synthèse (2339 RP et 2786 RP) par voie buccale, et plus exceptionnellement sous forme injectable. Les résultats se sont montrés favorables : durée de l'éruption raccourcie si le traitement est précoce, algies zostériennes récentes cédant au traitement. Le traitement n'obtient cependant pas des résultats constants, et l'on doit tenir compte, pour l'appréciation de ces résultats, de l'évolution capricieuse, irrégulière, de la maladie et de ses séquelles. S'il est tardif, le traitement est inefficace. L'auteur se demande si la médication histaminique, dans le zona, n'agit pas par une action antalgique propre ? Etant donné ce que l'on sait du zona, affection neurotrophe atteignant électivement les ganglions rachidiens, mais pouvant diffuser dans tout le système nerveux, entraînant une éruption trophique dans les métamères correspondants, l'histamine ne peut, en effet, avoir qu'un rôle secondaire.

René CHARPENTIER.

Intoxication par le chloralose, par R. DE GENNES, D. MAHOUEAU et H. BRICAIRE (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 3 novembre 1944).

Cas d'intoxication par le chloralose, qui se compliqua de collapsus cardiovasculaire et d'œdème aigu du poumon. La crise d'œdème fut rapidement jugulée par l'injection intra-veineuse d'une solution de novocaïne à 1 pour 100. Les auteurs insistent sur le caractère tout à fait exceptionnel d'une telle complication au cours de l'intoxication chloralosique, dont le pronostic est généralement très bénin.

R. C.

Ionothérapie endocrinienne, par J.-A. HUET (*Société française d'électrothérapie et de radiologie*, séance du 5 mars 1944).

M. J.-A. Huet rappelle la constitution chimique et les affinités ioniques particulières de divers produits hormonaux. Il utilise la voie électrique pour le transport dans un but d'opothérapie substitutive et a fait les mêmes constatations pour la vitaminothérapie par cette voie.

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 octobre 1945*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, *séance exclusivement réservée* à des présentations, aura lieu le *lundi 12 novembre 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 novembre 1945*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 17 décembre 1945*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

Nécrologie

M. le D^r Roger DUPOUY, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux psychiatriques, Chevalier de la Légion d'Honneur, *membre honoraire de la Société médico-psychologique* ;

M. le D^r LÉVY-VALENSI, professeur de Clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, *membre titulaire de la Société médico-psychologique* ;

M. le professeur Henri CLAUDE, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, *membre titulaire de la Société médico-psychologique*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D^r CARBILLET est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Catherine, près Moulins (Allier) ;

Mlle le D^r PETIT est nommée médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

M. le D^r STOERR est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle) ;

Mme le D^r CROZER est nommée médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente) ;

M. le D^r RÉGIS est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

M. le D^r LÉCULIER est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or) ;

M. le D^r HÉDOUIN est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche) ;

M. le D^r ANGLADE est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe) ;

M. le D^r BOREL est nommé médecin-chef au quartier d'aliénés de l'hospice de Font-d'Aurelle (Hérault) ;

M. le D^r UEBERSCHLAG est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ;

M. le D^r GILLES est nommé médecin-directeur à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ;

M. le D^r MOUCHETTE est nommé médecin-directeur à l'hôpital psychiatrique de Pau (Basses-Pyrénées) ;

M. le D^r PELISSIER est nommé médecin-chef au quartier des aliénés de l'hospice de Font-d'Aurelle, à Montpellier (Hérault) ;

M. le D^r DESRUELLES est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

M. le D^r MIGNARDOT est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Ylie (Jura) ;

M. le D^r PERROT est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente) ;

M. le D^r MANS est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé de Limoux (Aude) ;

Mlle le D^r DESCHAMPS est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ;

M. le D^r BOBÉ est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) ;

Mme le D^r BONNAPOUS est nommée médecin-chef au quartier des aliénés de l'hospice d'Aurillac (Cantal) ;

M. le D^r NÈVEU est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde) ;

M. le D^r FOLLIN est nommé médecin-chef, à titre provisoire, à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

M. le D^r CÉNAC-THALY est nommé médecin-chef, à titre provisoire, à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais),

Directeurs administratifs :

M. SOULA est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure) ;

M. GLUCHTER est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac (Gironde) ;

M. DUQUET est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine) ;

M. CEPTOURS est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier (Rhône) ;

M. COUDURIER est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève (Isère).

Concours sur titres pour le recrutement de 4 médecins chefs de service des hôpitaux et formations psychiatriques d'Algérie

Le Ministre plénipotentiaire, Gouverneur général de l'Algérie, donne avis qu'il sera ouvert à Alger, le 22 janvier 1946, un concours sur titres pour le recrutement de quatre médecins chefs de service de psychiatrie dans les hôpitaux civils : d'Alger, Oran, Constantine ou Blida.

La liste d'inscription des candidats sera close le 27 décembre 1945.

Ce concours aura lieu devant un jury ainsi composé : le directeur de la Santé publique, président ; le conseiller sanitaire technique de psychiatrie auprès de la Direction de la Santé publique ; le conseiller sanitaire technique de neurologie auprès de la Direction de la Santé publique ; deux médecins-chefs des hôpitaux ou centres psychiatriques d'Algérie, tirés au sort ; un médecin des hôpitaux d'Alger tiré au sort ; un secrétaire-fonctionnaire de la Direction de la Santé publique.

Pour être admis à prendre part à ce concours, les candidats devront justifier : 1° qu'ils sont Français et jouissent de leurs droits civils et politiques ; 2° qu'ils sont médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques de France, ou à défaut, qu'ils présentent des titres justifiant une spécialisation suffisante ; 3° qu'ils ont satisfait à leurs obligations militaires.

Pour assurer l'exécution des dispositions qui précèdent, les demandes des candidats, établies sur papier timbré, devront parvenir au Gouverneur général, sous pli recommandé, avant le 27 décembre 1945, dernier délai. Elles seront accompagnées des pièces suivantes : 1° un acte de naissance dûment légalisé ; 2° leur diplôme d'Etat de docteur en médecine délivré par une Faculté française ou sa copie certifiée conforme ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 4° un extrait de leur casier judiciaire (ces deux dernières pièces ayant moins de trois mois de date) ; 5° justification de leurs titres, de leurs travaux scientifiques et de leurs services professionnels ; 6° un certificat d'un médecin assermenté de l'Administration constatant que l'intéressé n'est atteint d'aucune affection contagieuse ni d'aucune infirmité incompatible avec l'exercice normal et régulier de l'emploi. Ce certificat, dont la charge incombe au candidat, doit être descriptif ; rappeler la situation militaire de l'intéressé et mentionner toute infirmité ou trouble de la santé, même paraissant au certificateur compatible avec l'emploi et non susceptible d'aggraver notablement les risques de la collectivité en matière de congés de maladie ou de retraite pour invalidité ; 7° un état signalétique et des services militaires ou une pièce attestant qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi militaire.

Traitements, indemnités. — Les traitements annuels de la fonction varient entre 120.000 et 180.000 francs et sont majorés du 33 0/0 colonial, avec un maximum de 50.000 francs et, le cas échéant, des indemnités familiales.

Les opérations de tirage au sort des membres du jury auront lieu le 28 décembre 1945.

Le reclassement professionnel des prisonniers et déportés

Des mesures viennent d'être prises qui complètent la politique de reclassement professionnel poursuivie par le ministère des prisonniers, déportés et réfugiés, et dont ont jusqu'ici bénéficié les agriculteurs, les fonctionnaires, les salariés et les chefs d'entreprises.

Une ordonnance en date du 2 novembre (*J. O.* du 4 novembre) concerne, cette fois, les professions libérales, c'est-à-dire les *professions médicales, juridiques et artistiques.*

Dans chaque profession suffisamment organisée doit être créée une commission de reclassement, réunissant des représentants de l'organisation professionnelle et des représentants des prisonniers et des déportés. C'est à elle que les rapatriés devront soumettre leurs difficultés pour qu'elles soient résolues soit par l'organisation professionnelle, soit par les pouvoirs publics.

Dans les professions dotées d'une organisation légale, c'est-à-dire constituées en ordre ou en chambre nationale, doit être créée une caisse de solidarité alimentée par des cotisations obligatoires. Cette caisse pourra distribuer des secours et consentir des prêts de démarrage. Les fonds de ces prêts sont fournis par l'Etat, qui met à la disposition des caisses une somme de deux cents millions.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Semaine médicale franco-suisse (Genève, 1^{er}-5 octobre 1945)

Sur l'initiative de l'Académie suisse des sciences médicales et sous la présidence du professeur WEGELIN (de Berne), une *Semaine médicale franco-suisse*, à laquelle prirent part une centaine de médecins français délégués de l'Institut de France, des Académies et des Universités, s'est tenue à Genève du 1^{er} au 5 octobre 1945. Le Comité français étant placé sous le haut patronage de M. le D^r CAVALLON, secrétaire général du Ministère de la Santé publique, M. le Conseiller fédéral Ph. ERTER, Chef du Département de l'Intérieur, et S.E. M. HOFFENOT, Ambassadeur de France, prirent la parole à la séance inaugurale ainsi que M. Adrien LACHENAL, Chef du Département de l'Instruction publique du Canton de Genève, M. le professeur ROUSSY, Recteur de l'Université de Paris et les représentants de l'Institut (professeur COURRIER), de l'Académie de Médecine (D^r BROUARDEL), de l'Académie de Chirurgie (professeur BROcq), des Universités françaises (Doyen BAUDOUIN, de Paris, et Doyen CORNIL, d'Aix-Marseille).

A l'occasion de cette réunion, première reprise de contact officielle et d'une exquise cordialité entre médecins français et médecins suisses, réunion qui eut un très grand succès, l'excellente revue suisse « Médecine et

Hygiène », dirigée par notre très distingué compatriote le Dr Léon WEBER-BAULER, a publié un numéro spécial, entièrement consacré à des souhaits de bienvenue aux médecins français, rédigés et signés par les plus hautes autorités fédérales et cantonales, par les représentants de chacune des Universités suisses et de chacune des Sociétés médicales suisses.

Au nom de la *Société suisse de psychiatrie*, le professeur MULLER, de Münsingen, a rendu hommage, en termes particulièrement aimables, à ce que la psychiatrie doit au monde médical français. « Nous admirons, écrit-il, chez nos collègues français, comme aussi chez les auteurs et chez les philosophes de la France, la richesse et la finesse des observations psychologiques, le don qu'ils ont de s'inspirer, non de la théorie abstraite, mais de la connaissance directe de l'âme humaine, la variété et la différenciation très poussée de leurs méthodes de diagnostic. » Au nom de la *Société suisse de psychologie pratique*, le professeur C.-G. JUNG, de Zurich, a rappelé ce que la psychopathologie des névroses doit aux savants français, en particulier à Charcot et à Pierre Janet. Au nom de la *Société suisse de neurologie*, le professeur M. MIKOWSKI, de Zurich, motiva ses chaleureux souhaits de bienvenue en évoquant dans un remarquable aperçu ce que la neurologie doit de plus précieux aux physiologistes et aux neurologistes français. Rappelant l'invitation adressée aux neuro-psychiatres de France et des pays de langue française de tenir en Suisse, en 1946, la prochaine session de leur Congrès, il termine en ajoutant : « Pendant la tourmente, nous n'avons jamais douté de l'amitié, de l'avenir et de la grandeur de la France, comme de sa fidélité à l'idéal de liberté et de justice. »

Puissent ces quelques extraits, choisis parmi seize pages de souhaits de bienvenue, montrer à nos lecteurs français ce que fut l'accueil si touchant de nos amis suisses, témoignage de confiance et de fidélité qui sera le meilleur encouragement à poursuivre une tâche que tant d'épreuves n'ont d'ailleurs pas réussi à interrompre.

R. C.

Séance d'information sur l'épilepsie à Romanshorn (19 septembre 1945)

L'*Union suisse d'aide aux épileptiques* et diverses institutions thurgoviennes avaient organisé, le mercredi 19 septembre 1945, une séance d'information à Romanshorn, qui réunit un très nombreux auditoire de médecins, psychiatres, éducateurs, membres d'organisations de prévoyance, etc. La séance fut ouverte par le président de la Société thurgovienne d'utilité publique, M. E. ALTWEG (de Frauenfeld), qui indiqua, dans son allocution, qu'on compte dans la population suisse une proportion de 3 à 4 0/0 d'épileptiques, et exprima l'espoir que les discussions permettront de renforcer l'aide accordée à ces malades. M. le directeur A. ZOLLIKER (de Münsterlingen) a décrit ensuite, dans un exposé clair et suggestif, les diverses formes et les causes du haut mal, traitant des phénomènes passagers et des altérations durables et soulignant la grande diversité des cas.

Le médecin-chef de l'établissement suisse pour épileptiques de Zurich, M. le Dr F. BRAUN, a parlé ensuite du traitement et des perspectives de guérison de l'épilepsie et a relevé qu'on arrivait aujourd'hui à guérir des cas même graves ou à amener à tout le moins une amélioration sensible, non seulement à l'aide de médicaments et de préparations qui empê-

chent les crises proprement dites, mais également par l'observation d'un mode de vie approprié, avec beaucoup de repos, une alimentation pauvre en sel de cuisine et une éducation très soignée des malades, en recourant également à l'influence religieuse.

Mlle H. FUGLI, assistante sociale à Zurich, cita, après cet exposé, quelques exemples empruntés à la pratique et qui démontrent qu'une collaboration intelligente entre les médecins, les employeurs, les institutions de prévoyance et les malades permet d'accorder à ces derniers une aide réellement efficace.

La directrice du Centre de prévoyance « Pro Infirmis », Mlle KAPPELER (de Frauenfeld), fait appel à tous ceux qui s'occupent des épileptiques afin qu'ils signalent les cas de maladie au Centre de prévoyance, qui pourra ainsi accorder son aide aux patients sous forme de traitement médical, d'octroi de médicaments, de mise en observation, d'éducation, d'orientation professionnelle et de placement.

(*Médecine et Hygiène*, 15 octobre 1945).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La limitation des débits de boissons en France

« Notre pays a le triste privilège de compter plus de 500.000 débits de boissons et la plus forte proportion d'alcooliques. » C'est ainsi que s'exprime le gouvernement dans l'exposé des motifs d'une ordonnance publiée à l'*Officiel* d'aujourd'hui et tendant à limiter le nombre des débits de boissons.

Les dispositions principales de l'ordonnance sont les suivantes :

1° Interdiction pour les débits de boissons de se constituer en sociétés à responsabilité limitée (art. 1^{er}) ;

2° Interdiction pour les débits de boissons de se créer ou de se transformer sous forme de sociétés anonymes ou en commandite par actions (art. 2) ;

3° Substitution lors de la constitution ou du transfert d'un débit du régime de l'autorisation préalable à celui de la déclaration ;

4° Obligation pour l'acquéreur ou le légataire d'un débit de boissons (sauf s'il s'agit d'un ascendant, descendant ou conjoint) de supprimer un débit déjà existant. Cette disposition ne vise que les communes comptant plus de trois débits et plus d'un débit par 450 habitants.

D'autre part, l'ordonnance fixe les conditions dans lesquelles les débits sinistrés et ceux qui ont cessé d'être exploités par suite de certains événements de guerre pourront à nouveau ouvrir leur porte.

(*Le Monde*, 24 octobre 1945).

Prophylaxie des méningites par la sulfadiazine

D'un rapport de l'Office général chirurgical des Etats-Unis, il résulte que tous les germes du nez et de l'haleine sont éliminés pour une période de plusieurs semaines par une dose moyenne de sulfadiazine (légèrement inférieure à 2 gr.). Dans l'armée américaine, depuis l'usage des sulfamides, le taux de mortalité par méningite serait tombé de 39,2 0/0 à 3 0/0.

Un nouvel antiseptique

De New-York : « Les Etats-Unis seront à même de commencer prochainement la fabrication en grand d'une nouvelle substance antiseptique, la *streptomycine*, qui appartient à la même famille que la pénicilline, mais s'est révélée beaucoup plus efficace, et qui obtient des résultats dans les cas où la pénicilline est inopérante. Une fabrique de produits chimiques américaine a décidé à cet effet la création d'installations évaluées à 3,5 millions de dollars et qui pourront prendre leur travail au milieu de l'année prochaine.

« La streptomycine a été découverte l'année dernière et les milieux médicaux la considèrent comme l'invention la plus importante depuis la pénicilline. Ce produit, comme son prédécesseur, est tiré de moisissures et a déjà fait ses preuves dans le traitement d'infections urologiques et intestinales ainsi que dans les cas de méningite. Les médecins espèrent même pouvoir l'appliquer avec efficacité contre la tuberculose et des essais sont faits actuellement en clinique. »

(*Médecine et Hygiène*, 15 septembre 1945).

ASSISTANCE

Les 75 ans d'existence du Burghölzli

A l'occasion du 75^e anniversaire de la Clinique psychiatrique du Burghölzli de Zurich, qui fut ouverte le 1^{er} juillet 1870, M. le professeur Bleuler a publié, dans la *Neue Zürcher Zeitung*, un article dans lequel figurent en particulier les indications suivantes.

Le Burghölzli a servi dès le début de clinique psychiatrique de l'Université. Comme ailleurs, la psychiatrie est née à l'Université zurichoise de l'enseignement de la médecine interne, et son premier représentant fut Griesinger, professeur ordinaire de médecine interne, titulaire de cette chaire de 1860 à 1865. Griesinger était partisan des méthodes expérimentales ; il estimait que l'observation des malades devait servir de point de départ à l'étude de leurs maladies. C'est lui qui inspira les plans selon lesquels fut établi le Burghölzli. Dès le début, cet établissement fut destiné, moins à l'internement qu'au traitement des aliénés.

Les premiers directeurs de Burghölzli, Gudden, Hitzig et A. Forel, ont fait progresser les recherches d'anatomie cérébrale. Avec A. Forel fut reconnue l'importance des facteurs purement psychologiques. On commença à appliquer, au Burghölzli, les méthodes thérapeutiques par l'hypnose et on en étudia la portée clinique. On établit de même, pour la lutte contre l'alcoolisme, des principes curatifs aujourd'hui encore en vigueur.

Le Burghölzli fut, au début de ce siècle, la première clinique universitaire à accueillir les conceptions de la psychanalyse. Dans le traitement des schizophrènes, on y reconnut de bonne heure la nécessité d'utiliser dans toute la mesure du possible les réactions psychiques demeurées saines chez ces malades. Dans tous ces domaines, le Burghölzli a largement contribué au progrès et aux recherches médicales et scientifiques.

Les aliénés avaient été soignés jusque-là à l'hôpital cantonal, dont les

installations s'étaient avérées insuffisantes. Le 1^{er} juillet 1870, l'établissement ouvrit ses portes avec six malades seulement. Les entrées ont atteint, depuis lors, le chiffre de 59.539. Prévu tout d'abord pour 250 lits, il a été agrandi depuis : le nombre des lits y est actuellement de 550. En 1942, fut créée une division pour malades particulièrement guérissables, qui vivent dans un entourage rappelant le foyer domestique. On prévoit, pour un proche avenir, la construction d'une division de thérapeutique par le travail pour les hommes. Une division telle existe pour les femmes depuis 1934.

Diverses autres institutions ont été rattachées au Burghölzli, notamment l'Inspectorat des familles, la policlinique psychiatrique et le service de psychiatrie infantile.

Création d'un office de consultations médico-psychologiques au service médical scolaire de la ville de Zurich

Un office de *consultations médico-psychologiques* a été créé au *Service médical scolaire* de la ville de Zurich en vertu d'une décision du Conseil communal du 6 avril 1945. Cet office a commencé son activité le 1^{er} mai 1945.

Dans une déclaration publiée dans les journaux, la direction des écoles a expliqué que le besoin s'était fait sentir, depuis la création du Service médical scolaire en 1929 et son extension en 1934, d'organiser, à côté du contrôle de l'état sanitaire des enfants des écoles, des consultations pour les questions d'éducation, les conflits moraux, et les difficultés du travail. Ce sont des problèmes qui exigent généralement de longues discussions et des investigations approfondies, en sorte qu'ils ne sauraient être traités durant les heures de réception du service médical scolaire. On a décidé pour cette raison de les confier à un médecin spécialisé dans ce domaine. Les parents et les professeurs qui désirent obtenir une consultation de ce médecin pour des enfants de tous les degrés de l'enseignement (école enfantine, école primaire et secondaire, école industrielle, école de jeunes filles) chez lesquels des troubles auraient été constatés dans le développement du caractère ou qui éprouveraient des difficultés dans le travail, doivent s'annoncer tout d'abord au Service médical scolaire. Celui-ci effectue un premier tri, afin d'adresser à l'Office de consultations médico-psychologiques les enfants qui en auraient réellement besoin.

La plupart du temps, le médecin de ce service connaît déjà ces enfants et ce système permet d'éviter un gaspillage de force en ne surchargeant pas le nouveau service par l'envoi de cas anodins.

L'Office de consultations est placé sous la direction du Dr W. DEUCHNER, auparavant médecin scolaire du district de Limmatthal.

(*Médecine et Hygiène*, 15 août 1945).

UNIVERSITÉ D'ALGER

Création à l'Université d'Alger d'un Institut de psychotechnique et de biométrie .

Par décret (n° 45-998) en date du 14 mai 1945, le Gouvernement provisoire de la République française a ordonné la création à l'Université d'Alger d'un *Institut de psychotechnique et de psychiatrie* dont l'objet (art. 2) est :

1° de grouper les recherches et travaux accomplis en Afrique du Nord sur la psychotechnique et la biométrie ;

2° l'enseignement des disciplines intéressant ce sujet ;

3° la formation professionnelle de « conseillers d'orientation professionnelle », prévue par la circulaire n° 96 du ministre de l'éducation nationale.

Cet Institut délivre un diplôme d'université pour sanctionner ces études et prépare au diplôme d'Etat de conseiller d'orientation professionnelle. Le Conseil d'Administration qui comprend, entre autres personnalités, les doyens des facultés de droit, médecine, sciences et lettres, est placé sous la présidence du recteur de l'Académie.

L'enseignement donné aux élèves et aux auditeurs porte principalement sur les matières suivantes :

physiologie générale, physiologie appliquée au travail, biométrie (trente leçons) ;

psychologie et ses applications à la sélection professionnelle (vint leçons) ;

statistique et ses applications à la psychologie et à la biométrie (vingt leçons) ;

éléments de pathologie générale et de psychiatrie (quinze leçons) ;

économie politique, marché du travail et de la main-d'œuvre, législation du travail (quinze leçons) ;

hygiène du travail (dix leçons).

Les cours de physiologie et de psychologie, ainsi que ceux de statistique, sont accompagnés de démonstrations et travaux pratiques. Des stages sont prévus, au cours de l'année scolaire, dans des centres d'orientation, ainsi que des visites d'établissements industriels et artisanaux. La durée des études est d'une année. L'examen en vue du diplôme comportera des épreuves écrites, orales et pratiques sur les matières enseignées au cours de l'année.

UNIVERSITÉ DE ZURICH

Faculté de médecine. Chaire de neuro-chirurgie

M. le Dr HUGO KRAYENBUHL (de Zollikon), privat-docent, est nommé *professeur à la Faculté de médecine, et chef de la Clinique universitaire de neuro-chirurgie.*

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1945 (4^e trimestre) — Numéro d'ordre : 167

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 71.679. — 1945

C. O. A. L. 31.2330.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'OLIGOPHRÉNIE PHÉNYLPYRUVIQUE OU MALADIE DE FÖLLING

PAR

GILBERT MYLE (1)

A *Fölling* (9) revient l'honneur d'avoir isolé du groupe vaste et hétérogène des oligophrénies une variété clinique caractérisée essentiellement par l'élimination urinaire de fortes quantités d'acide phénylpyruvique.

Il semble ne pas s'agir ici de l'association fortuite d'une perturbation du catabolisme des protéines et de manifestations neuropsychiatriques, mais d'une entité morbide définie et autonome. Dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible d'affirmer la priorité de l'un ou de l'autre élément dans le complexe symptomatique.

L'ensemble des manifestations cliniques de cette affection n'est pas à ce point pathognomonique qu'à lui seul il en permette tacitement le diagnostic. Il faut reconnaître encore qu'il ne s'agit pas ici d'un groupe de malades aussi homogène que celui des mongoloïdes, des crétins ou des oligophrènes myxœdémateux, où tous les sujets ont un air de famille. Actuellement, seule la pré-

(1) Travail de la Clinique psychiatrique de l'Université de Gand.

sence de fortes quantités d'acide phénylpyruvique dans l'urine permet d'en doser fermement le diagnostic.

Ainsi que Fölling déjà l'a mis en avant, il s'agit probablement d'une affection hérédo-familiale. Sa série de 10 cas, découverts dans un lot de 430 oligophrènes, comportait en effet six cas appartenant à 3 fratries. Au point de vue psychiatrique, Fölling les considérait comme des imbeciles et proposa d'appeler l'affection : imbecillité phénylpyruvique. Au point de vue neurologique, il nota une certaine rigidité dans leur attitude, qui est le plus souvent en flexion, pithécoïde. Au point de vue morphologique, il leur trouva une grande largeur des épaules et au point de vue dermatologique, une tendance marquée aux dermatoses.

Ne se limitant pas à des observations cliniques, il aborda le problème expérimentalement, tant sur ses malades que sur les animaux de laboratoire. Chez ses oligophrènes, au cours d'épreuves de tolérance à la phénylalanine, il vit monter l'excrétion de l'acide phénylpyruvique. Au cours des mêmes épreuves chez le lapin, il put provoquer une phénylcétonurie expérimentale. Des expériences capitales réalisées en collaboration avec ses coéquipiers, ont montré que non seulement chez le rat et chez le lapin, mais aussi chez l'homme, l'administration *per os* ou parentérale de fortes doses de phénylalanine lévogyre, en solution neutre ou acide, peut déterminer de l'hyperphénylalaninémie et de la phénylcétonurie passagère.

Dans son mémoire princeps, il croit à une transformation de la phénylalanine en tyrosine, substance qui, ensuite, subirait elle-même une désamination oxydative. Le trouble du catabolisme résiderait à la fois dans le processus de désamination de la phénylalanine et dans l'oxydation ultérieure de l'acide phénylpyruvique. Il admettait cependant qu'une partie de la phénylalanine devait pouvoir être utilisée à des fins anaboliques, puisque ces malades grandissent normalement.

La publication de Fölling (8, 9) stimula l'attention des cliniciens. Quelques mois après, Penrose publia l'observation de deux frères atteints de la même affection et par ailleurs l'arbre généalogique d'une seconde famille où foisonnaient les cas de psychoses et d'idiotie. Ces derniers cas d'idiotie appartenaient à deux fratries ; trois de ces malades étaient décédés en bas âge. Du seul fait qu'ils étaient atteints d'idiotie, Penrose ne pouvait en inférer qu'ils faisaient tous de la phénylcétonurie. En effet, dans un seul cas la présence d'acide phénylpyruvique dans les urines put être décelée. Ainsi que Fölling lui-même l'a fait remarquer, dans une et même famille des cas d'idiotie banale

peuvent en effet coexister avec des cas d'oligophrénie phénylpyruvique.

Deux ans plus tard, Jervis (15) publia le résultat d'une vaste enquête s'étendant à un lot de 8.043 oligophrènes et comportant 42 cas d'oligophrénie phénylpyruvique, soit 0,522 % de sujets atteints. Il trouva en outre 8 cas de phénylcétonurie parmi les proches parents de ces 42 sujets. Des examens psychométriques prouvaient que les trois grands groupes de l'oligophrénie étaient représentés dans ce lot, mais que les formes de déficit intellectuel grave dominaient très nettement.

Une foule d'autres conclusions intéressantes se dégagent de cette minutieuse enquête. Nous ne retiendrons que les suivantes : les données de l'anamnèse semblent exclure toute interférence de facteurs exogènes dans l'étiologie de la maladie et suggèrent que l'influence de facteurs héréditaires est déterminante. Une étude statistique du matériel en présence plaide pour l'intervention d'un seul gène récessif et confirme les points de vue de Fölling et de Penrose. Le tableau clinique brossé par Fölling paraît en tout point conforme à la réalité et caractérisé avant tout par une association neuro-psychiatrique d'oligophrénie et de manifestations motrices du type extra-pyramidal. Du point de vue biochimique, les expériences de Jervis semblent prouver qu'il s'agit d'une perturbation dans le métabolisme de la phénylalanine caractérisée essentiellement par une incapacité d'oxyder l'acide phénylpyruvique et d'en faire sauter le noyau benzénique qui est par conséquent éliminé par le rein. L'acide en question est incontestablement d'origine à la fois exogène et endogène.

Giossan (12), vers la même époque, publia le résultat de ses recherches effectuées sur 500 malades mentaux roumains. Il ne put trouver un seul cas d'oligophrénie phénylpyruvique et estima qu'un facteur racial joue probablement dans l'étiologie de la maladie de Fölling.

Bates (1) observa trois oligophrènes phénylcétonuriques chez lesquels il nota, outre les manifestations signalées dans le mémoire princeps de Fölling, une grande sensibilité de la peau vis-à-vis de la lumière solaire et la présence de troubles d'ordre circulatoire, tels que l'acrocyanose. Il estimait que dans l'avitaminose en B1, le taux de la phénylcétonémie était augmenté comme dans la maladie de Fölling, mais que, dans cette dernière affection, l'organisme était incapable d'utiliser l'aneurine. L'administration d'aneurine ne serait pas à même d'influencer le cours de l'oligophrénie phénylpyruvique.

Poursuivant sa vaste enquête, Jervis (17) étendit ses recherches systématiques à 20.300 oligophrènes. Dans cet important lot, il put trouver 161 cas de phénylcétonurie, soit 0,8 % de phénylcétonuriques. En explorant les lignées collatérales des familles atteintes, il put colliger 213 cas. L'étude génétique de ces nouveaux cas confirma ses conclusions antérieures, plaïda notamment pour une hérédité récessive monomère.

Munrö (23) trouva dans un groupe de 2.411 imbéciles et idiots 30 cas d'oligophrénie phénylpyruvique, soit un pourcentage de 1,2 %, taux qui dépassait encore celui obtenu par Jervis. Il est vrai que Jervis ne limitait pas ses recherches aux seuls imbéciles et idiots, mais incluait dans son matériel, des débiles et probablement aussi de simples arriérés mentaux. En explorant les familles de ses sujets atteints, Munrö trouva en outre 73 autres cas d'oligophrénie phénylpyruvique appartenant à 47 fratries. L'examen urinaire chez 54 collatéraux, mentalement normaux, s'avérait négatif. L'urine de 45 parents de malades était négative. Parmi 416 oncles et tantes, parmi 571 cousins et cousines, il repéra encore deux cas de maladie de Fölling. Munrö conclut également à une hérédité récessive monomère.

Brugger (2) publia les résultats de son enquête menée en Suisse. Parmi 1.639 oligophrènes, il ne trouva qu'un seul cas d'oligophrénie phénylpyruvique avérée. Un frère du sujet atteint, léger débile mental, avait des urines positives. Un cousin maternel, atteint d'imbécillité, ne faisait pas de phénylcétonurie. En outre, la réaction de Fölling a, dans les mains de Brugger, fourni une épreuve positive chez un autre oligophrène. Mais le chimiste (Dr Berger) n'a pu extraire de l'urine de ce sujet de l'acide phénylpyruvique, alors qu'il réussit dans l'urine des deux malades cités plus haut. Brugger se rallie à l'hypothèse de Fölling, de Penrose et de Jervis pour qui l'affection est héréditaire récessive monomère, mais avec une expressivité différant d'un cas à l'autre.

Gomirato (13) semble ne pas avoir trouvé un seul cas de maladie de Fölling authentique. Par contre, il prétend avoir pu, à l'aide d'une technique personnelle inspirée d'une méthode de Plöchl, déceler la présence d'acide phénylpyruvique non seulement chez les oligophrènes banaux mais aussi chez des schizophrènes, des psychasthéniques voire chez des normaux. Il estime avoir pu déterminer quantitativement l'acide phénylpyruvique présent dans l'urine de ces sujets. Il s'agirait de menues quantités de l'acide en question, de l'ordre de quelques milligrammes ou de quelques dizaines de milligrammes par litre.

A l'encontre de tous les auteurs Gimirato de conclure : la phénylcétonurie n'est pas strictement pathognomonique de l'oligophrénie phénylpyruvique.

Nous n'osons pas nous prononcer définitivement au sujet de l'existence d'une phénylcétonurie chez des sujets non atteints d'oligophrénie phénylpyruvique, que celle-ci soit physiologique ou pathologique. Nous estimons la chose possible, par exemple dans les cas d'atrophie jaune aiguë du foie. Il se peut que le réactif de Fölling soit trop peu sensible pour fournir des épreuves positives là où n'existent que des traces de cet acide. Il se peut en outre que ce réactif ne soit pas strictement spécifique et puisse fournir un résultat positif en présence de substances autres que l'acide phénylpyruvique. Les constatations de Brugger-Berger plaident dans ce sens.

Dans un lot de 1.350 oligophrènes, Nyssen R. (23) a trouvé 4 cas de maladie de Fölling. Dans ses mains, le réactif au FeCl_3 (à 5 % mis en présence de l'urine acidifiée) a fourni une épreuve négative chez 50 parkinsoniens et 1.500 sujets normaux.

Ces données de la littérature, bien que fort limitées, autorisent cependant un essai de synthèse clinique.

Il s'agit, dans la majorité des cas d'idiotie, plus rarement d'imbécillité et très rarement de débilité mentale.

Les manifestations d'ordre *neurologique* sont assez constantes mais non pathognomoniques. Elles ont une note extrapyramidale, comportent des hypercinésies, une certaine rigidité dans l'attitude et dans le déroulement des mouvements volontaires et automatiques, une exaltation des réflexes ostéo-tendineux avec conservation des réflexes cutanés abdominaux. Les réflexes cutanés plantaires se font en flexion. Il y a absence des signes francs de la série pyramidale (tel le signe de Babinski). On peut observer des mouvements athétosiques et les signes de Piotrowsky, de Puussepp, de Schrijver-Bernhard.

Du point de vue *biochimique*, l'affection comporte une hyperphénylalaninémie, de la phénylcétonémie et une phénylcétonurie intense.

Au point de vue *dermatologique*, ils présentaient une prédisposition aux dermatoses, surtout eczématiformes, une sensibilité marquée aux rayons solaires, par ailleurs une tendance à l'hypochromie pileaire et irienne.

Ce cadre sémiologique est certainement susceptible de s'élargir car les explorations cliniques et de laboratoire sont, à ce jour,

absolument insuffisantes ; mais, malgré ses lacunes, ce groupe symptomatique mérite d'être étudié de plus près.

MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES

Fölling ne voyait dans ses malades que des imbéciles. Or, les protocoles de ses observations montrent que plusieurs de ses sujets étaient en réalité atteints d'idiotie. Jervis (15), disposant d'un matériel clinique considérable, a pu soumettre 45 oligophrènes phénylcétonuriques à un examen psychométrique. A cet effet, il appliqua la révision Stanford de l'échelle de Binet-Simon et les tests de Kuhlman, pour les cas d'idiotie. Plus de la moitié de ces malades n'atteignirent pas un Q.I. de 0,14 ; 28 ne dépassèrent pas un Q.I. de 0,20 ; 36, par conséquent 4/5 des cas, eurent un Q.I. de 0,30 ou moins ; aucun sujet de cette série ne dépassa les 0,50 au point de vue Q.I.

Aucun auteur ne retient des manifestations d'ordre démentiel. Cependant, d'après les données anamnestiques, dans deux des cas appartenant à Jervis, le développement mental se serait avéré normal au cours de la première année et aurait montré une courbe descendante par la suite. Mais il s'agit là de renseignements basés sur les appréciations personnelles des parents, par conséquent fort sujets à caution.

Par ailleurs cependant, Jervis a observé dans trois cas une certaine régression mentale, mise en évidence au cours d'exams psychométriques répétés à des intervalles réguliers. Dans dix autres cas, suivis tout aussi systématiquement, aucun abaissement du niveau mental n'a pu être décelé.

Des bouffées délirantes ou autres manifestations d'ordre psychosique ont été observées dans quelques rares cas. Souvent, il s'agit de malades apathiques, ne manifestant aucun sentiment de joie ou d'angoisse. Ils sont ordinairement lents dans leurs activités volontaires et parfaitement dociles. D'autres seraient tantôt euphoriques, tantôt légèrement déprimés. Dans pas mal de cas, on a observé des tics stéréotypés, de l'itération verbale et parfois motrice. Plus rarement, il s'agit d'écholalie et d'échopraxie vraie.

En conclusion, à part l'oligophrénie, pas de manifestations psychiques et psycho-motrices pathognomoniques.

MANIFESTATIONS D'ORDRE NEUROLOGIQUE

Chez la plupart de ces sujets, en raison de leur état mental, l'exploration systématique de la sensibilité et des appareils sen-

soriels s'avère impossible. Pour la même raison, l'examen des fonctions motrices n'est pas toujours réalisable.

Dans la plupart des cas, la force musculaire s'avère normale et l'on n'observe pas de paralysies franches mais assez souvent une certaine parésie, surtout au niveau des membres inférieurs, parésie pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de marcher et même de se tenir debout. Il se peut toutefois qu'il s'agisse là de manifestations psycho-motrices et que l'état mental soit responsable de cette impotence relative.

Dans plus de la moitié des cas, ces malades adoptent une attitude en flexion généralisée, intéressant pour le moins le tronc, les membres et les extrémités supérieures. Cette attitude s'observerait davantage chez des sujets alités que chez ceux qui ne le sont pas. La marche est en général une marche à petits pas : le corps incliné en avant, plus ou moins rigide, les mouvements automatiques réduits à leur plus simple expression. D'après Jervis, 70 % des sujets présentent une légère hypertonie musculaire intéressant surtout les extenseurs et les fléchisseurs. Il note parfois de la rétropulsion et de l'antépulsion et ceci plus fréquemment dans les cas d'idiotie profonde. Certains phénylcétonuriques présentent le signe de la roue dentée au niveau des membres supérieurs.

Dans tous les cas, les réflexes ostéotendineux s'avéreraient vifs et leur réponse serait souvent diffuse, surtout pour les radiaux et les rotuliens. Dans 34 % des cas, Jervis a trouvé un clonus de la rotule et du pied. Alors que, dans ces cas, les cutanés abdominaux n'étaient pas altérés, dans un seul cas, cet auteur a observé un signe de Babinski, mais ce, chez une malade de 58 ans présentant des signes de sénilité précoce. Dans tous ses autres cas, tout au moins ceux de sa première série, Jervis ne trouva aucun signe d'atteinte pyramidale. Par contre, d'autres réflexes pathologiques, tels celui de Piotrowski, de Puissepp et de Schrijver-Bernhard, signes de la série soi-disant extrapyramidale, étaient présents dans quelques cas. Le signe d'Oppenheim a pu également être observé.

Des hypercinésies s'observent dans quelque 66 % des cas. La plus fréquente de ces manifestations consiste en un tremblement des doigts tendus en extension. Il s'agirait d'un tremblement assez rapide de l'ordre de 150 à 180 oscillations par minute, et pouvant s'étendre au delà des extrémités. La fatigue et les émotions accentueraient cette trémulation.

Des mouvements athétosiques des mains auraient été observés dans plusieurs cas et, assez fréquemment, ces manifestations

athétosiformes seraient associées à des mouvements choréiformes.

Aucun signe de la série cérébelleuse n'a été enregistré. Le sens de l'équilibre paraissait intact. Les nerfs fonctionnaient normalement pour autant que l'exploration en ait été possible.

Quelques malades ont présenté des convulsions en bas âge ; certains en faisaient encore à un âge plus avancé.

Le liquide céphalo-rachidien, examiné par Jervis dans 25 cas, s'est avéré normal, tant au point de vue albumine qu'au point de vue cytologique. Les réactions de Pandy, de Nonne, de Noguchi, de Weichbrodt et de Bordet-Wassermann se sont avérées constamment négatives. Il en a été de même pour les réactions biologiques effectuées chez plusieurs des parents des malades.

Dans 11 cas, Jervis a procédé à des explorations encéphalographiques. Celles-ci ont mis en évidence des ventricules modérément, mais nettement dilatés et des espaces arachnoïdiens plutôt vastes, ce qui correspondait peut-être à une atrophie ou hypoplasie corticale diffuse.

MANIFESTATIONS DERMATOLOGIQUES

Un grand nombre de ces malades présentent une sécheresse anormale de la peau ; quelques-uns, par contre, une hyperhydrose. Chez la plupart, on observe une tendance marquée aux dermatoses, à l'eczéma en particulier ; par ailleurs, une chevelure blonde ou châtain dans 90 % des cas.

Pour cette dernière manifestation pigmentaire, s'agit-il d'une particularité raciale ou peut-on admettre que l'origine de cette hypochromie se trouve dans un trouble dans le métabolisme des pigments, et qui ne serait pas sans rapport avec la viciation du métabolisme des amino-acides aromatiques ? Les matériaux indispensables à l'édification des pigments, mélanine ou substances similaires, sont en effet des substances albuminoïdes formées probablement au moyen d' amino-acides incolores de la série aromatique sous l'action de certaines diastases : tyrosinase ou autres oxydases.

L'expérience fondamentale de Bruno Bloch est suffisamment connue. En mettant la d-oxy-phénylalanine en contact avec une coupe histologique de peau récemment prélevée et en étudiant au microscope les modifications de la couleur, il vit brunir par oxydation cette substance chimique, que par abréviation il désigna sous le nom de dopa. D'après

Block, la réaction indique la présence d'un enzyme qui oxyde le chromogène. Celui-ci serait la d-oxy-phénylalanine ou un corps chimique voisin.

D'après Sézary (31), plusieurs faits contribuent à prouver que la mélanine de la peau humaine est formée par l'intervention d'une oxydase. Il y aurait d'abord un parallélisme entre l'intensité de la dopa-réaction et celle de la pigmentation naturelle. Ensuite la réaction ne se passerait que dans les cellules où s'élabore le pigment (cellules basales et cellules rameuses). Enfin le phénomène ferait défaut chez les sujets atteints d'achromie (albinos) et dans les taches achromiques de certaines dyschromies tel le vitiligo.

L'excès de pigmentation de la maladie d'Addison ne se caractériserait pas par un excès de la dopa-oxydase ; il serait plutôt dû à l'*apport exagéré* de matériaux chromogènes déviés vers la peau, une partie des amino-acides à noyau benzénique ne pouvant plus servir à former de l'adrénaline.

Peut-on admettre chez les oligophrènes phénylcétonuriques un mécanisme presque inverse, à rapprocher de celui qui semble être à la base de l'achromie chez les albinos ? Existe-t-il, au moins chez certains phénylcétonuriques, un apport insuffisant de substances nécessaires à l'édification des pigments, ou la dopa-oxydase ou une oxydase voisine est-elle en défaut ? Le rejet de quantités notoires de phénylalanine et d'acide phénylpyruvique constitue peut-être une perte de substances normalement chromogènes. Cette question actuellement insoluble, nous la posons sans même tenter de l'aborder.

MANIFESTATIONS D'ORDRE BIOCHIMIQUE

L'excrétion d'acide phénylpyruvique se fait par les reins, peut-être aussi par la peau. Fölling et ses collaborateurs d'une part, Jervis d'autre part, ont pu mettre en évidence la présence de cet acide dans le sang, mais non dans le liquide céphalo-rachidien de leurs malades. Des déterminations quantitatives en série ont prouvé que la quantité d'acide excrétée par nyctémère varie assez bien d'un sujet à l'autre, mais qu'elle varie par contre peu chez un sujet donné pourvu qu'il suive un régime mixte et moyen. L'application d'un régime riche en protéines durant plusieurs jours fait monter le taux d'élimination d'autant plus que le régime est plus riche en phénylalanine. L'administration de 10 gr. de tyrosine associée à un régime dépourvu de protéines, n'augmente pas le taux d'élimination de l'acide phénylpyruvique, contrairement à l'administration de 10 gr. de phénylalanine racémique administrée dans des conditions identiques.

Chez un de ces sujets, des épreuves de surcharge réalisées par Jervis (16) au moyen de tyrosine, tryptophane, phénylsérine, dihydroxyphénylalanine, alanine, leucine, cystine, valine et glycine se sont avérées négatives. Par contre, l'ingestion d'acide phénylpyruvique et d'acide phényllactique relève le taux d'élimination, tandis que les acides phénylpropionique, phénylglycérique, cinnamique, p-hydroxyphénylpyruvique et homogentisinique ne le relèvent pas.

Au cours d'expériences répétées, effectuées sur le rat, le lapin et chez l'homme, Fölling (10, 11) a constaté que l'administration de phénylalanine *dextrogyre* est suivie d'une phénylcétonurie bien plus forte que l'administration de phénylalanine lévogyre. Après administration de phénylalanine *racémique*, l'on constate la particularité suivante : d'abord un rejet presque immédiat de quantités d'acide phénylpyruvique, qui ne sont pas du tout proportionnelles à la quantité de phénylalanine administrée, ensuite une montée tardive du taux d'élimination. Fölling et ses collaborateurs expliquent cette montée tardive par la transformation de la phénylalanine lévogyre en phénylalanine dextrogyre dans le milieu intérieur. Que la variété dextrogyre de la phénylalanine soit la première et la plus facile à être éliminée après désamination oxydative, cela n'a, à première vue, rien d'étonnant puisque les amino-acides benzéniques dextrogyres, tout comme les oses lévogyres, ne sont pas, d'après la thèse classique, des variétés optiques naturelles et par conséquent peu aptes à être assimilées par l'organisme animal. Mais cette question est moins simple qu'elle ne paraît. En effet, ne voyons-nous pas, dans l'alcaptonurie expérimentale, la tyrosine lévogyre bien plus efficace que la tyrosine dextrogyre ? L'administration de formyl- et d'acétylphénylalanine lévogyres donne chez les phénylcétonuriques une élimination d'acide phénylpyruvique plus forte que l'ingestion des variétés dextrogyres de ces mêmes substances (16) ?

De même qu'il n'est pas indifférent d'utiliser une variété optiquement active plutôt qu'une autre, au cours des épreuves de surcharge, il semble que le degré d'acidité de l'intestin importe également au point de vue résorption et excréctions éventuelles. En effet, Fölling et ses collaborateurs ont, au cours d'épreuves de surcharge chez le rat albinos, obtenu des éliminations différentes suivant que la phénylalanine lévogyre fut administrée en solution acide, neutre ou fortement basique. En solution alcaline ou neutre, la montée du taux de la phénylalaninémie est bien plus rapide qu'en solution acide.

Par contre, la phénylalanine dextrogyre donne toujours, indé-

pendamment de la solution utilisée, un rejet de fortes quantités d'acide phénylpyruvique.

Cette différence dans les éliminations indique, d'après ces auteurs, une subordination de l'activité diastasique et de la vitesse de résorption au degré d'acidité du tractus gastro-intestinal. Il est possible aussi que l'acide aminé en question se comporte tantôt en ion acide, tantôt comme un ion basique, tantôt enfin en ion hermaphrodite (Zwitterion). Fölling et ses co-équipiers reconnaissent cependant spontanément qu'il n'est pas impossible qu'une altération des voies digestives et du foie, due à l'absorption de solutions assez concentrées d'acides ou de bases, ait eu une influence sur le résultat de leurs expérimentations.

Fölling et Closs ont observé une modification des éliminations sous l'influence de la vitamine B₁, en ce sens que les rats, en état de carence de cette vitamine, avaient une élimination plus aisée et plus intense que les animaux de contrôle, après administration *per os* de phénylalanine en solution acide.

La carence en vitamine A, par contre, n'influait pas les résultats des épreuves de surcharge chez le rat.

Des recherches biochimiques récentes (21) montrent la ressemblance entre la viciation du métabolisme chez les oligophrènes phénylcétonuriques et les perturbations dans la dégradation de la phénylalanine et de la tyrosine des prématurés soumis à un allaitement artificiel et en état d'hypovitaminose C. Des vérifications sont cependant indispensables avant de conclure à une véritable analogie.

Enfin Jervis a réalisé des épreuves d'un tout autre ordre. Par un jeûne de 48 heures il a pu obtenir un abaissement notable du taux d'excrétion de l'acide phénylpyruvique. Si ce jeûne succède à un régime dépourvu de protéines durant une semaine, on voit disparaître temporairement la phénylcétonurie.

Tout milite en faveur de l'hypothèse d'après laquelle la phénylalanine constitue, sinon l'unique source, du moins la source principale de l'acide phénylpyruvique. Cet acide serait un intermédiaire obligé dans le catabolisme de la phénylalanine dont il dériverait par désamination oxydative. Telle est la thèse classique. Les expériences réalisées par Shambaugh et ses co-équipiers (32), par Chandler et Lewis (3), par Krebs (19) et bien d'autres, sur le lapin et sur des coupes de tissus perfusés, plaident en faveur de cette thèse. Après administration de phénylalanine à des lapins, soit *per os*, soit par voie parentérale, l'urine renferme de l'acide phénylpyruvique et non de l'acide

oxy-phénylpyruvique. Ce fait semble indiquer que la désamination initiale conduit directement à l'acide cétonique correspondant et non à une hydroxydation aboutissant d'abord à la tyrosine.

Il est cependant une autre hypothèse d'après laquelle le *catabolisme de la phénylalanine se ferait en passant par la tyrosine*. Cette seconde théorie s'appuie sur l'expérience d'Embden et Baldes (7) qui, dans le foie perfusé au moyen de la phénylalanine, ne trouvaient pas d'acide diacétique mais des traces de tyrosine. Les résultats de ces expérimentations ont été confirmés par Edson (6) et par ce fait que Kotabe, Masaï et Mori (18), après administration d'une forte dose (9 gr.) de phénylalanine à un lapin, ont pu retrouver dans son urine de l'acide oxyphénylpyruvique. Medes, par ailleurs, a constaté dans la tyrosinose une ascension du taux d'élimination plus ou moins parallèle à l'ingestion de phénylalanine. Chez un myasthénique, il a observé, après ingestion de la même substance, le rejet de divers produits, parmi lesquels la tyrosine (22).

Il vaut sans doute mieux être éclectique et admettre provisoirement qu'il y a là peut-être deux modes de dégradation de la phénylalanine, le plus habituel étant celui qui passe par l'acide phénylpyruvique.

En somme, au point de vue biochimique, la phénylcétonurie est caractérisée avant tout par le blocage de la phénylalanine à sa première étape, tout comme la tyrosinose et l'alcaptonurie sont essentiellement caractérisées par le blocage de l'oxydation de la tyrosine. S'agit-il d'un ralentissement de la désamination de la phénylalanine et d'une inaptitude au moins relative de l'organisme à oxyder et à ouvrir le noyau de l'acide phénylpyruvique ? S'agit-il non seulement d'une perturbation du catabolisme, mais aussi d'un trouble dans l'anabolisme, et notamment d'une incapacité relative d'utiliser la phénylalanine à des fins plastiques, c'est-à-dire à transformer cet amino-acide en des protéides propres à l'organisme ?

Il est certain que la défaillance s'étend à la fois à l'acide phénylcétonurique d'origine endogène et à celui d'origine exogène, puisque après 48 heures de jeûne la phénylcétonurie persiste et que par ailleurs l'on admet toujours que l'organisme animal n'est pas à même de réaliser la synthèse du noyau benzénique.

Tout comme chez les alcaptonuriques, le degré d'aptitude à la dégradation de la tyrosine semble ne pas être du tout le même chez tous les sujets atteints (Papageorge et Lewis) (25), de même ici il n'est pas impossible que chez un phénylcétonurique il

s'agisse simplement d'une incapacité relative d'utiliser normalement la phénylalanine, chez d'autres d'une incapacité totale d'utiliser cet acide.

La croissance des oligophrènes phénylpyruviques restant possible, il semble cependant plus logique d'admettre que leur organisme utilise une partie de la phénylalanine (Rose). En effet, pour certains auteurs, la tyrosine ne suffirait pas à assurer à elle seule la croissance.

Fölling et ses collaborateurs ont démontré qu'il y a dans le sang de ces oligophrènes, à côté de la phénylalanine dextrogyre, de la phénylalanine lévogyre et même de l'acide phénylpyruvique. Ces trois substances s'y trouveraient dans un état d'équilibre plus ou moins stable, mais pourraient être transformées l'une dans l'autre.

Reste à se demander s'il y a un certain parallélisme entre la gravité de la phénylcétonurie et le degré de gravité du métabolisme. Les manifestations tant somatiques que psychiques ne paraissent pas de pures coïncidences. Ces symptômes semblent en effet suffisamment typiques bien que non pathognomiques. S'il s'agissait d'une simple association fortuite, pourquoi ne trouverait-on jamais chez les sujets normaux cette intense et constante phénylcétonurie ?

Que la manifestation clinique ne soit pas simplement la conséquence d'une intoxication par l'acide phénylpyruvique paraît démontrée entre autres par le fait que Jervis, au cours d'essais d'intoxication chez le chat, n'a pu noter aucune nocivité de l'acide phénylpyruvique, notamment en ce qui concerne le système nerveux central.

On peut se demander jusqu'à quel point les recherches effectuées par Himwich et Fazekas sont à même de jeter quelque lumière sur le mécanisme intime de l'affection. Chez 15 phénylcétonuriques, ces auteurs ont en effet trouvé dans le sang du réseau cérébral un taux moyen de 5,84 vol. % d'oxygène contre un taux moyen normal de 7,43 %, soit un abaissement du taux d'oxygène de l'ordre de 21,4 %. L'absorption du glucose au niveau de ces mêmes vaisseaux serait ramenée à 8 mgr. p. 100 cc., contre un taux de 14 mgr., taux moyen normal du sang artériel cérébral.

Le résultat de ces recherches plaide, d'après ces auteurs (14), pour un abaissement du métabolisme cérébral, dû peut-être à une insuffisance diastasique. Or, bien des expériences ont prouvé qu'une carence, soit en oxygène, soit en glucose, peut entraîner des altérations définitives des fonctions cérébrales. Si les décou-

vertes de ces deux auteurs se vérifient ultérieurement, il faudra peut-être envisager la possibilité d'une insuffisance de plusieurs oxydases à la base de cette affection, insuffisance probablement elle-même attribuable à des influences humorales et vitaminiques, ou à des facteurs d'ordre neuro-végétatif et endocrinien. Certains auteurs admettent en effet l'existence d'un centre régulateur supérieur du métabolisme protéique. Les expériences effectuées par Richet et Dublineau, sur le lapin, plaident pour l'existence d'un pareil centre au niveau du pont (30).

Mais il est également possible que, et l'atteinte du système nerveux central et le trouble métabolique dépendent d'un même *primum movens*. D'ailleurs, certaines dysfonctions endocriniennes, telles que celles observées dans quelques-uns des cas de Fölling et de Jervis, ne peuvent-elles pas être secondaires plutôt que primitives, dues à un apport insuffisant du matériel nécessaire à l'édification de certaines hormones ? Plusieurs de ces hormones ont en effet des formules de structure très voisines de celle de la tyrosine et de la phénylalanine. Il ne paraît donc pas exclu qu'intervienne ici, mais secondairement, un processus présentant quelque analogie avec celui qui est à l'origine de certains cas de maladie de Simmonds, secondaires à une sous-alimentation sévère et prolongée.

ETIOLOGIE

La fréquence relative de la maladie a été diversement jugée. Il n'est pas possible de tabler sur les résultats des enquêtes faites à ce jour. A juger les données de la littérature, il est certain que l'affection est encore souvent méconnue et insuffisamment recherchée. Les psychiatres et les eugénistes n'ont pas suffisamment dissocié la masse si hétérogène des oligophrènes. Certes, il est possible, et même probable, que la répartition de la maladie ne soit pas uniforme dans les différents pays. En Angleterre, aux Etats-Unis, en Norvège, l'affection semble s'être multipliée bien davantage que dans d'autres pays, tels que la Suisse et l'Italie. Il est possible que les races nordiques soient plus électivement frappées.

Le tableau que Jervis a inséré dans son mémoire met en évidence le fait que, malgré que 20 % de son matériel d'observation soit de race juive et 12 % de race noire, aucun de ces deux groupes ne lui a fourni un cas d'oligophrénie phénylpyruvique. Par ailleurs, Jervis fait remarquer que 90 % de ses sujets sont du type blond. Il admet que l'affection se présente aux Etats-Unis

avec une fréquence de 1 cas par 25.000 habitants, soit une proportion de 0,004 %. D'après les chiffres fournis par Munro, la maladie serait encore plus répandue en Angleterre.

Les deux sexes semblent payer un tribut à peu près égal à l'affection. Si l'on se réfère aux seuls cas de Fölling et de Jervis (1^{re} série), il y a une légère préférence pour le sexe féminin, contrairement à ce qui semble acquis pour l'alcaptonurie où le sexe masculin serait plus électivement atteint.

Fölling déjà a soupçonné le rôle que l'hérédité joue dans l'étiologie de l'affection, et Penrose, Jervis et Brugger ont souscrit à cette manière de voir : il s'agirait d'une hérédité récessive monomère.

Plaident pour le caractère héréditaire de l'affection : la fréquence de l'apparition de deux ou de plusieurs cas dans une même fratrie ; la transmission directe, rare mais possible, de l'anomalie — un cas indubitable et un cas probable dans la première série de Jervis ; la fréquence relative de la consanguinité chez les parents des sujets atteints ; l'applicabilité des méthodes de statistique mathématique de Weinberg et de Hogben (variante de la méthode aprioristique de Apert-Bernstein).

Dans les mains de Jervis, ces méthodes ont donné des chiffres qui plaident pour l'hérédité récessive de l'affection : 24,22 % avec celle de Hogben, contre 33,5 %, taux brut, concernant les phénotypes observés dans 37 familles.

Plaident en outre pour le caractère non dominant de l'anomalie, le fait que chez les demi-frères et demi-sœurs des sujets frappés, Jervis n'a trouvé aucun cas de phénylcétonurie. Il est en effet peu probable qu'un parent hétérozygote s'unisse en secondes noces à un sujet également hétérozygote, alors qu'il s'agit d'une affection rare.

La relative fréquence d'une consanguinité chez les parents des malades plaide dans le même sens.

Le fait de voir dans une et même fratrie une séparation radicale entre sujets atteints et sujets indemnes, est en faveur de l'intervention d'un seul gène.

Parmi les causes *exogènes* qui pourraient être à la base de l'anomalie qui nous occupe, retenons :

1° *Les maladies au cours de la vie intra-utérine* : Jervis dispose de renseignements à ce sujet dans 70 % de ses cas. Dans 4 cas, les mères ont présenté des vomissements incoercibles. Aucune autre histoire d'infection, d'intoxication ou d'état de carence digne d'être retenue.

2° *La syphilis des parents* : Jervis a fait appliquer les réac-

tions biologiques spécifiques aux échantillons de sang d'un grand nombre de parents de ses malades. Dans aucun cas l'existence d'une syphilis n'a été mise en évidence. Les réactions humorales pratiquées chez 46 sur 50 de ses sujets oligophrènes phénylpyruviques se sont également avérées négatives. Le liquide céphalo-rachidien examiné chez 30 de ses malades a été trouvé en tout point normal.

3° *Traumatisme éventuel à la naissance* : dans trois des cas de Jervis, la délivrance dystocique a nécessité le recours à une instrumentation. Dans aucun autre de ses cas le malade n'est né avant terme ni en état d'asphyxie.

4° *Maladies infectieuses survenues au cours de la première enfance*. Dans quatre des cas de Jervis il y a eu infection avec signes d'encéphalopathie. Mais, dans ces cas, aucune aggravation quelconque de l'état mental de ces sujets n'a été notée à la suite de cette infection intercurrente. Dans un des cas de Fölling, l'anamnèse révèle un léger ictère des nouveau-nés. Dans un cas de Fölling et dans un cas de Penrose, des accès convulsifs se sont déclarés en bas âge.

5° *Troubles endocriniens* : Fölling a observé, chez certains de ses malades, une hypoplasie de la glande thyroïde. Un des sujets de Jervis présentait de l'obésité du type hypophysaire ; un autre avait des traits légèrement mongoloïdes.

6° L'influence du *rang de naissance* est nulle, ainsi que le prouvent les recherches de Jervis.

7° *L'âge des parents* : Jervis a pu s'en informer dans 42 de ses cas. La moyenne des âges paternels et des âges maternels ne s'écarte guère des chiffres moyens observés chez les parents de sujets normaux.

Rien ne fait croire à ce que seule la prédisposition à l'affection soit héréditaire et à ce que la condition morbide elle-même ne se développe que sous l'influence d'une cause extérieure.

LES RAPPORTS ENTRE L'OLIGOPHRÉNIE PHÉNYLPYRUVIQUE ET LES AUTRES AFFECTIONS, FAMILIALES OU NON, CARACTÉRISÉES PAR UNE VICIATION DU MÉTABOLISME, MÉRITENT AUSSI D'ÊTRE DISCUTÉS.

D'une part, cette affection est apparentée à plusieurs maladies hérédo-familiales du métabolisme, mais qui n'atteignent en général pas le système nerveux central, à savoir : l'alcaptonurie, la tyrosinose, la cystinurie, voire peut-être la goutte, l'histidinurie, l'albinisme, la maladie d'Addison.

D'autre part, elle paraît fort distante des thésaurismoses, c'est-à-dire des lipidoses à phosphatides qui groupent les idioties amaurotiques (accumulation de sphingomyéline) ; de la lipidose à cérébrosides (maladie de Gaucher) ; des lipidoses à cholestérine (maladie de Hand-Schüller-Christian ; la cholestérinose de van Bogaert-Scherer-Epstein) ; de la lipidose de Hürler ou gargoylisme (où la substance thésaurisée serait un mélange contenant entre autres de la lécithine) ; de la glycogénose ou maladie de von Gierke, dans laquelle le système nerveux n'est que rarement atteint.

Elle ne semble pas davantage apparentée aux affections du groupe de la dégénérescence hépato-lenticulaire (maladies de Wilson et de Westphal-Strümpell), aux myopathies, aux spasmes de torsion, à l'état marbré de Vogt, à la sclérose diffuse et à la maladie de Pelizæus-Merzbacher.

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de l'affection se réduit à peu de chose. La première vérification anatomique d'un cas de maladie de Fölling est due à Penrose (28).

Il s'agissait d'un idiot décédé de bronchopneumonie à l'âge de 9 ans. Le corps de l'enfant était très maigre et présentait une fonte musculaire diffuse (comme dans notre cas). Il y avait une légère cyphose et de la cryptorchidie.

La calotte cranienne était mince (contrairement à ce que nous avons observé dans notre cas) ; le cerveau était mou (comme dans notre cas) et oedémateux. Plusieurs nerfs périphériques présentaient des hypertrophies localisées, irrégulières. Les nerfs vagues, le nerf phrénique, les plexus cœliaque et honteux étaient pourvus de nodosités dures, d'un demi à un centimètre, d'où on pouvait exprimer un peu de liquide.

L'examen microscopique du système nerveux mit en évidence une pauvreté en éléments cytologiques au niveau du cortex, une démyélinisation et une prolifération du tissu interstitiel au niveau du nerf sciatique. Ces anomalies rappelaient plus ou moins celles que l'on trouve régulièrement dans la neuro-fibromatose et dans la polynévrite hypertrophique.

La thyroïde était petite et de consistance ferme. Les surrénales ne montraient aucune altération.

Le cœur était de dimensions réduites, l'aorte pourvue de quelques taches athéromateuses. Les reins étaient également petits ; il y avait une hydronéphrose bilatérale.

Avec Croquet E., Nyssen R. et L. van Bogaert, nous avons, en juillet 1943, communiqué à la Société de Médecine mentale de Belgique (5) le deuxième cas d'oligophrénie phénylpyruvique

vérifié anatomiquement. Nous rappelons, en résumé ci-contre, le compte rendu de l'examen histologique du système nerveux et des principaux organes de notre malade, idiote décédée à l'âge de 12 ans en état de cachexie.

Cerveau : l'écorce cérébrale : en de nombreux endroits, les cellules pyramidales des couches II-III-V présentent des figures de liquéfaction cellulaire. Leurs corps cellulaires sont en même temps atrophiques (fixation tardive). Surcharge hématiche de la glie sous-piale. En un seul endroit du lobe frontal on trouve une petite zone de nécrose dans la substance blanche au stade des cellules réticulées, mais sans produits graisseux. Quelques vaisseaux leptoméningés, corticaux et du nerf optique montrent des cellules lymphocytaires adventitielles.

Centre ovale : par endroits, légère prolifération oligo-et macrogliale.

Les noyaux gris centraux, le tronc cérébral, le cervelet ne présentent aucune altération à retenir. Mauvaise fixation cellulaire.

Nerfs : rien de particulier.

Poumons : œdème pulmonaire.

Foie : dégénérescence graisseuse périlobulaire et stase des capillaires inter-trabéculaires.

Rate : gros amas pigmentaires et macrophages.

Reins : surcharge hématiche.

Thyroïde : le tissu interstitiel est très riche en noyaux.

L'hypophyse et le pancréas ne présentent pas d'altérations.

Cette observation anatomique ne confirme donc pas l'hypothèse émise par Jervis, d'après laquelle ce genre de malades présenterait une hypoplasie ou atrophie corticale diffuse et une dilatation des ventricules cérébraux. Cette hypothèse était basée sur les données encéphalographiques obtenues chez 11 de ses sujets.

L'oligophrénie phénylpyruvique ne semble non plus, d'après notre observation, avoir rien de commun, anatomiquement, avec certaines affections neuro-psychiatriques caractérisées également par une viciation du métabolisme, telles que certaines thésaurismoses, les états de dégénérescence hépato-lenticulaire, ayant un substratum anatomique bien déterminé.

Il y a cependant quelques réserves à formuler à une conclusion négative et basée sur un seul cas. Il n'est pas exclu, en effet, que les méthodes actuellement utilisées en histopathologie soient encore trop grossières pour mettre en évidence certaines altérations mineures cytologiques, cyto-architectoniques, histo-chimiques dont l'addition deviendrait importante. D'autre part, la fixation assez tardive du cerveau de notre malade ne permet pas non plus des conclusions cytopathologiques très poussées.

TRAITEMENT

L'on ne connaît pas de traitement curatif qui ne soit pas purement symptomatique. Il est fort douteux qu'un régime pauvre en phénylalanine puisse favoriser l'état de santé général de ces malades. Il est possible, mais non démontré, qu'une administration prolongée d'aneurine ou de vitamine C puisse apporter une amélioration toute relative à la situation de ces oligophrènes.

En vertu de considérations d'ordre eugénique, il faudrait peut-être s'attaquer à l'origine du mal. Les phénotypes eux-mêmes, il est vrai, frappés d'idiotie dans la majorité des cas, n'arrivent en général pas à procréer. Mais cette auto-stérilisation, bien qu'habituelle, ne rassurera certes pas les eugénistes. Aussi Jervis (15) suggère-t-il d'engager les frères et sœurs, les oncles et tantes de sujets frappés, à s'abstenir également de toute procréation. Les mariages consanguins entre membres de familles atteintes devraient être interdits. Pareilles mesures et d'autres plus drastiques vont sans doute être prônées par les eugénistes dès qu'ils se seront intéressés à cette affection hérédodégénérative. Il s'agit en effet d'une infirmité somato-psychique très grave autrement dangereuse que l'alcaptonurie, la tyrosinose et la cystinurie, et elle semble menacer plus électivement certaines races.

CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS

La maladie découverte et intensément explorée par Fölling constitue indubitablement une entité morbide autonome, digne de fixer davantage l'attention et l'intérêt des neuropsychiatres, des biochimistes et de ceux qui s'occupent des maladies hérédofamiliales.

Trop d'inconnues voilent encore son métabolisme chimique et tous les processus qui sont à la base de cette affection. Une foule de questions demandent à être résolues. Pour n'en soulever que quelques-unes :

Existe-t-il une phénylcétonurie physiologique, tout comme il existe une phénylalaninurie non pathognomonique ? Le trouble métabolique dans la maladie de Fölling est-il avant tout d'ordre quantitatif ? Existe-t-il à l'état fruste chez d'autres membres de la famille atteinte ? Y a-t-il un certain parallélisme entre l'intensité de la phénylcétonurie et le degré de gravité des manifestations cliniques ?

S'agit-il ici d'une insuffisance limitée à une seule oxydase ou

d'une carence multiple en oxydases ou autres facteurs biochimiques ?

Une altération des régions végétatives du névraxe peut-elle être responsable du trouble métabolique ou inversement ? Ou y a-t-il atteinte parallèle du système nerveux et d'autres organes ou systèmes, parmi lesquels ceux qui règlent les processus métaboliques des amino-acides benzéniques ? Peut-on envisager ici l'ensemble des manifestations comme un arrêt à un stade infantile ?

Trouvera-t-on sous peu, non seulement l'explication du mécanisme intime de la maladie, mais en outre les moyens d'influencer favorablement cette affection congénitale qui est peut-être évolutive ?

Il reste ici un vaste champ à explorer : il semble surtout destiné aux biologistes ; les données anatomo-pathologiques rappelées plus haut sont peu encourageantes, et ici, comme dans une grande partie des autres oligophrénies, surtout là où il ne s'agit que de débilité mentale, il semble bien que la méthode histopathologique ne nous fasse guère progresser.

BIBLIOGRAPHIE

1. BATES. — Three cases of phenylpyruvic oligophrenia. *J. of Ment. Sc.*, 85, 273, 1939.
2. BRUGGER. — Die Ausscheidung von Phenylbrenztraubensäure im Urin von Schwachsinnigen. *Schweizer Arch. f. Neur. u. Psych.*, 49, 62, 1942.
3. CHANDLER, LEWIS. — Comparative studies of the metabolism of the amino acids. V. The oxydation of phenylalanine and phenylpyruvic acid in the organism of the rabbit. *J. Biol. Chem.*, 96, 619, 1932.
4. GLOSS, BRAATEN. — Weitere Untersuchungen über den Stoffwechsel des Phenylalanines. *Z. f. physiol. Chemie*, 271, 221, 1941.
5. ÇOQUET, MYLE, NYSSSEN, VAN BOGAERT (L.). — Deuxième cas vérifié anatomiquement d'oligophrénie phénylpyruvique. *Monatschr. f. Psych. u. Neur.*, 1944.
6. EDSON. — Ketogenesis-Antiketogenesis. II. Ketogenesis from amino acids. *Biochem. J.*, 29, II, 2489, 1935.
7. EMBDEN, BALDES. — Ueber des Abbau des Phenylalanins im tierischen Organismus. *Biochem. Z.*, 55, 301, 1913.
8. FÖLLING. — Ueber die Ausscheidung von Phenylpyrotraubensäure in den Harn als Stoffwechselanomalie in Verbindung mit Imbecillität. *Z. f. physiol. Chem.*, 227, 69, 1934.
9. FÖLLING. — Utskillelseav fenylpyrodeusyre i urinen som stoffskifteanomalii i forbindelse med imbecillitet. *Nord. Med. Tidsskr.*, 8, 1054, 1934.
10. u. GLOSS. — Ueber das Vorkommen v. Phenylalanin im Harn und Blut bei Imbecillitas phenylpyruvica. *Z. f. physiol. Chemie*, 254, 115, 1938.

11. u. GLOSS, GANNES. — Vorläufige Schlussfolgerungen aus Belastungsversuchen mit Phenylalanin an Menschen und Tieren. *Z. f. physiol. Chem.*, 256, 1, 1938.
 12. GIOSSAN. — Sur la présence de l'acide phénylpyruvique dans l'urine des oligophrènes. *Bull. Soc. psychiatr. Bucarest*, 2, 208, 1937. *Réf. Zbl. Neurol.*, 88, 480, 1937.
 13. GOMIRATO. — Fenilchetonuria e malattia mentale. *Pat. nerv. Ment.*, 1941.
 14. HIMWICH, FAZEKAS. — Cerebral metabolism in mongolian idiocy and phenylpyruvic oligophrenia. *Arch. of Neur. Psych.*, 44, 1213, 1940.
 15. JERVIS. — Phenylpyruvic oligophrenia. *Arch. of Neur. Psych.*, 38, 944, 1937.
 16. JERVIS. — Metabolic investigations on a case of phenylpyruvic oligophrenia. *J. of bio. Chem.*, 126, 305, 1938.
 17. JERVIS. — The genetics of phenylpyruvic oligophrenia. *J. of Ment. Sc.*, 85, 719, 1939.
 18. KOTAKE, MASAI, MORI. — Ueber das Verhalten des Phenylalanins im tierischen Organismus. *Z. f. physiol. Chem.*, 122, 195, 1922.
 19. KREBS. — Untersuchungen über den Stoffwechsel der Aminosäuren im Tierkörper. *Z. f. physiol. Chem.*, 217, 191, 1933.
 20. KREBS. — Metabolism of amino acids. III. Deamination of amino acids. *Biochem. J.*, 29, II, 1620.
 21. LÉVINE, MARPLES, GORDON. — Defect in the metabolism of aromatic acids in premature infants: the role of vitamine C. *Sc.*, 90, 620, 1939.
 22. MEDES. — A new error of tyrosine metabolism/Tyrosinosis. The intermediary metabolism of tyrosine and phenylalanine. *Biochem. J.*, 26, 1, 917, 1932.
 23. MUNRO. — *Proc. 7 internat. genetic Congr.*
 24. NYSSSEN. — *Boek der kinderpsychiatrie*. Antwerpen, De Sikkel, 191, 1942.
 25. PAPAGEORDE, LEWIS. — Comparative studies of the metabolism of amino acids, VII. Experimental alcaptonuria in the white rat. *J. of bio. Chem.*, 123, 211, 1938.
 26. PENROSE. — Two cases of phenylpyruvic amentia. *Lancet*, 228, 1935, I, 23.
 27. PENROSE. — Inheritance of phenylpyruvic amentia. *Ibid.*, 229, 1935, II, 192.
 28. PENROSE. — Peripheral nerve tumours in a case of phenylketonuria. *Lancet*, 1939, I, 572.
 29. PENROSE, QUASTEL. — Metabolic studies in phenylketonuria. *Biochem. J.*, 31, 266, 1937.
 30. RICHET, DUBLINEAU. — *Comptes rendus 14^e Congrès internat. physiol.*, Rome, 1932, 217.
 31. SÉZARY. — *Nouv. pratique dermatol. par Darier, Sabouraud, Gougerot, etc.*, 5, 881, Paris, Masson, 1936.
 32. SHAMBAUGH, LEWIS, DEE TOURTELLOTTE. — Comparative studies of the metabolism of the amino acids. IV. Phenylalanine and tyrosine. *J. of biol. Chem.*, 92, 499, 1931.
-

L'ANALYSE DU DESTIN

PAR

O.-L. FOREL (de Prangins)

Les travaux du généticien et psychiatre L. Szondi, de Budapest, travaux qu'il continue depuis un an en Suisse, font l'objet de l'exposé qui suit. Son ouvrage principal, « *Schicksalsanalyse* », a paru en 1944 à Bâle, chez Benno Schwabe. La suite, « *Triebdiagnostik* », va paraître en 1946, à Berne, chez Huber. En 1937 avait paru, dans les *Acta Psychologica*, un premier travail remarqué : « *Analysis of marriages* », dans lequel Szondi posa pour la première fois le problème essentiel de ses études : le rôle des gènes latents et récessifs dans la vie psychique, c'est-à-dire des gènes qui ne se manifestent pas dans le phénotype. En outre, Mme Wagner-Simon a publié, en 1943, dans la *Revue Suisse de Psychologie*, vol. II, fasc. 1-2, une « Introduction à la théorie du D^r L. Szondi », dont nous avons largement tenu compte dans notre exposé.

Dans les cellules germinatives, les gènes sont les porteurs hypothétiques des caractères héréditaires, dont la somme pour un sujet donné représente le génotype. Les caractères manifestes constituent le phénotype. D'après Szondi, les gènes latents qui n'arrivent pas à se manifester exerceraient néanmoins une action occulte et détermineraient nos choix, notre destin. Aussi a-t-il choisi comme sous-titre de son ouvrage sur l'analyse du destin : le choix de l'homme dans l'amour, l'amitié, la profession, la maladie et la mort.

M. L. Szondi voit à la base de la vie des hommes un plan biopsychologique que la notion de constitution ne suffit plus à expliquer, d'autant plus que la constitution se modifie souvent au cours de la vie, alors que le plan subsiste, invariable. M. Szondi pense avoir dévoilé le mystère. Aussi a-t-il intitulé son ouvrage « Analyse du destin » et se sert-il, pour lui donner

ANN. MÉD.-PSYCH., 103^e ANNÉE, T. II. — Novembre 1945.

un caractère scientifique, de méthodes biologiques et expérimentales. D'autre part, M. Szondi s'inspire des données psychanalytiques, mais il dépasse l'analyse individuelle pour englober l'ascendance, les tenants et les aboutissants, les affinités électives, le choix des amis, des partenaires, des intérêts, des opinions et des goûts, car tout, dans l'individu, est d'une manière quelconque fonction des gènes qui peuvent se manifester de diverses manières. Si la conception de Szondi déborde le cadre de l'analyse individuelle, elle se place en quelque sorte entre celle-ci et les investigations de C.-G. Jung sur « l'inconscient collectif », patrimoine général propre à l'humanité. En d'autres termes, Freud se confine dans l'ontogénèse psychologique, Jung procède à l'investigation paléopsychologique, archéologique et mythologique, alors que Szondi met en valeur le patrimoine inconscient et le rôle des gènes familiaux dont nous sommes les variantes individuelles. L'analyse du destin devient par là synonyme de « généalogie de l'inconscient ». Pour découvrir la ligne du destin, Szondi examine les actes décisifs de la vie du sujet qui marquent précisément son prétendu destin, le choix des objets sur lesquels il jette son dévolu, le choix de ses amis, partenaires, profession, conduites, maladies, mort. Ce qui était le domaine de l'intuition, de l'imagination littéraire, l'objet de spéculations philosophiques et métaphysiques, rentre désormais dans le giron de la bio-psychologie, grâce à la notion des gènes latents et récessifs qui, sans être manifestes, contribueraient à déterminer nos conduites, notre destin.

M. Szondi s'inspira de la loi de Mendel ; il admet que les gènes de l'œuf fécondé, porteurs d'un caractère donné hérité des deux parents, persistent, que l'un devient manifeste, dominant, l'autre restant latent ou récessif. L'auteur pousse l'hypothèse jusqu'à supposer que le gène latent conserve une tendance à devenir manifeste sous une forme quelconque. Il s'appuie pour cela sur les travaux de R. Goldschmidt et de ses élèves, sur ceux de v. Verschuer et d'autres généticiens qui nient l'existence de gènes totalement récessifs. A l'appui de cette conception, Szondi invoque deux exemples bien connus, tirés de la pathologie : l'hémophilie et le daltonisme, la non-perception du rouge et du vert, deux dispositions à hérédité récessive. Or, l'examen plus poussé du sang des mères d'hémophiles, « conductrices », a permis de déceler de légers troubles du pouvoir de coagulation. De même, on a prouvé que les mères hétérozygotes de fils atteints de daltonisme rouge-vert ont une perception diminuée des couleurs. Le gène dominant qui permet la perception des couleurs couvre donc là aussi le gène latent récessif.

Se basant sur ces faits et sur ses recherches généalogiques, M. Szondi admet que les gènes latents conservent une certaine action qu'il appelle *génotrope*. Il s'agirait donc d'une affinité de gènes, d'un « génotropisme ». En génétique, on parle de manifestations génotypiques lorsqu'un gène se manifeste conformément à l'hérédité, par exemple lorsque le gène qui la détermine aboutit à une surdité. Celle-ci étant du type récessif, sa transmission résulte de la double hérédité maternelle et paternelle. Seuls les individus homozygotes sont atteints de cette affection. M. Szondi parlera de génotropisme lorsqu'un gène latent récessif d'un individu hétérozygote cherche indirectement à se manifester. Le gène latent récessif d'un sujet hétérozygote ne cesse pas d'exercer une certaine activité. M. Szondi y voit une des causes déterminantes du choix du partenaire, de l'ami, des idéaux, de l'orientation professionnelle ; ces sujets sont attirés vers des porteurs manifestes ou latents de gènes analogues. Il s'agit là de choix instinctifs, inconscients, qui déterminent le destin des individus. Celui-ci renferme, si on s'entend à les interpréter, ce plan individuel selon lequel la vie d'un sujet est prédestinée depuis la naissance jusqu'à la mort. Selon cette interprétation, il faudrait attribuer à l'action des gènes le fait que, par exemple, un individu à ouïe normale, mais présentant dans son ascendance des cas de surdité héréditaire, « choisira » une femme à ouïe normale, mais descendant, elle aussi, de parents atteints de surdité héréditaire. C'est cela que M. Szondi appelle déterminisme génotrope dans l'amour, dans le choix du partenaire ; et si un individu semblable se consacre professionnellement à l'éducation des sourds, M. Szondi suppose qu'il y a eu là une orientation professionnelle non pas spontanée, mais « génotrope ». Enfin, si un individu à ouïe normale, mais dont les antécédents héréditaires présentent des cas de surdité, devient sourd à la suite, par exemple, d'une infection à virus neurotrope, au lieu de devenir aveugle, dément, ce n'est pas l'effet du hasard, mais encore le résultat d'un déterminisme génotrope.

De là à étendre ces raisonnements au fait que dans certaines familles on meurt plutôt de telle affection, on se suicide, etc., il n'y a qu'un pas. Mais M. Szondi ne s'arrête pas là ; il analyse sous ce même angle la formation de l'idéal chez les individus. On ne s'étonnera pas de voir l'auteur développer sa thèse à propos des individus se rattachant, au point de vue caractérologique, au groupe des épileptoïdes, des paranoïaques, etc. Si l'on admet ces prémisses, ce serait peine perdue que tenter de traiter par la psychanalyse ou toute autre psychothérapie un névrosé

chez lequel les tendances sadiques seraient imputables à des gènes héréditaires et dans l'ascendance duquel on retrouverait effectivement des assassins et des brutes. Dans ce cas, persuadé qu'il ne s'agit pas d'une névrose acquise, M. Szondi s'appliquera à « socialiser » ces tendances élémentaires, en dirigeant le sujet vers des activités qui leur permettent de s'extérioriser. On orientera un pareil sujet à gènes sadiques latents vers des professions telles que celles de boucher, chirurgien, militaire, etc...

L'analyse du destin, d'après la méthode biologique de M. Szondi, n'est pas seulement un apport en matière de caractérolgie et d'analyse des instincts, mais elle enrichit la médecine d'une méthode de diagnostic, grâce à laquelle M. Szondi estime avoir créé un instrument de pénétration de la constitution et, partant, de ce qu'il y avait d'occulte dans le déterminisme de notre destinée.

S'inspirant de sa propre théorie de l'affinité qui rapproche les individus à gènes similaires et détermine leurs actes et leurs choix, M. Szondi élaborera un test basé précisément sur ces choix inconscients, spontanés. C'est là son œuvre d'application clinique, son « diagnostic expérimental des pulsions et des instincts ».

Il réunit 48 photographies dont chaque fois 6 correspondent à 8 des types pathologiques classiques suivants : 1. Hermaphrodites (*h*) ; 2. Sadiques-criminels (*s*) ; 3. Epileptiques (*e*) ; 4. Hystériques (*hy*) ; 5. Catatoniques (*k*) et 6. Schizophrènes paranoïdes (*p*) ; 7. Déprimés-mélancoliques (*d*) ; 8. Excités maniaques (*m*).

En présentant 8 photographies à la fois, chacune illustrant un des 8 types cliniques, on invite la personne soumise à l'expérience à choisir, et cela 6 fois de suite, les deux photos qui lui paraissent les plus sympathiques et ensuite les deux les plus antipathiques. Après 6 épreuves, nous aurons ainsi 12 photos sympathiques (ou plus exactement les 12 les moins antipathiques) et 12 photos choisies parmi les plus antipathiques.

Les choix varient d'un sujet à l'autre. Il importe de fixer le nombre de photos répondant à tel diagnostic clinique, et si le choix a été dicté par la sympathie ou, au contraire, par la répugnance.

Les résultats sont reportés sur un graphique quadrillé, chaque carré, marqué de rouge, représentant un choix sympathique, chaque carré rempli au crayon bleu marquant un choix antipathique. A l'aide d'un code, résultat de milliers d'examens, il

est dès lors aisé de poser le diagnostic correspondant à l'expérience. Ce diagnostic permettra d'établir le caractère du sujet, la formule spécifique de ses tendances instinctives, éventuellement le genre d'affection de sa sphère instinctive. Il va de soi que l'application de ce test, et notamment l'interprétation des résultats, exigent une longue expérience et une parfaite connaissance de la méthode et du test de M. Szondi. Nous avons, au cours de l'année écoulée, pu nous rendre compte que cette méthode est à la portée de tout médecin ayant l'expérience des examens psychiatriques.

On aurait tort de croire que M. Szondi se soit laissé entraîner par sa conception jusqu'à ramener toute la psychologie et la destinée humaines aux machinations inconscientes et mystérieuses de gènes latents. Il admet formellement que la notion de la destinée résulte de déterminismes irrationnels, mais il estime que la complexité de la vie mentale est telle qu'on ne saurait tirer une ligne de démarcation absolue entre les sciences biologiques et les sciences psychologiques. Au contraire, M. Szondi espère contribuer à un rapprochement, et il cite des passages de « *Parerga et Paralipomena* » de Schopenhauer, relatifs à une finalité et à une intention apparente dans le destin des individus. Certains penseurs et philosophes ont de tout temps supposé que la destinée de l'homme gît fatalement en lui. Par sa théorie, par ses recherches nouvelles, qui ne se limitent pas aux ascendants et collatéraux, mais englobent le cercle des amis d'un sujet, ses relations professionnelles, sociales, politiques, M. Szondi a élargi considérablement le champ de nos investigations. Il nous a dotés en plus d'un test ingénieux qui permet de séparer d'une manière rapide et expérimentale les tendances névrotiques acquises des psychoses proprement dites. L'auteur compare les résultats de son test à une « radiographie » qui révèle les origines profondes des pulsions et des instincts du sujet. Quoi d'étonnant à ce que M. Szondi ait étendu son diagnostic, à l'origine destiné aux psychopathes avérés, aux personnes apparemment normales. Afin d'étayer sa conception sur des faits cliniques, il cite une foule d'exemples. Retenons-en deux :

Le frère d'un schizophrène a peur de tomber malade ; il se lie à une femme qui, par la suite, devient schizophrène à forme paranoïde et se suicide. Ce frère apparemment sain était, selon M. Szondi, « conducteur », et contracta un mariage qu'il appelle génotrope parce que ses gènes latents schizophrènes ont dicté son choix. Au surplus, ce frère normal était psychiatre de profession et s'intéressa spécialement à la schizophrénie !

Une obsédée consulta M. Szondi pour une névrose assez rare. Elle ne pouvait offrir quelque chose à manger ou à boire à son enfant, son mari, ses amis, sans être immédiatement angoissée par l'idée obsédante d'avoir empoisonné son hôte. « Avez-vous jamais soigné quelqu'un pour des idées aussi stupides ? » Le D^r Szondi répondit : « Madame, je soigne une vieille dame de la campagne qui présente les mêmes symptômes, et ce qui me frappe le plus, c'est qu'elle les exprime à peu près dans les mêmes termes que vous. » Le mari de la malade, silencieux jusqu'ici, intervint : « Docteur, la vieille dame dont vous parlez, c'est ma mère ! » Le D^r Szondi trouva dans la fiche médicale de la vieille dame la confirmation de ces dires. Il apprit ensuite que le père du mari et un oncle de la jeune malade étaient cousins germains. La jeune femme avait fait un mariage de raison, à 18 ans, dissous au bout de peu de mois. Rentrée dans sa famille, elle fit la connaissance de son mari, et la névrose apparut dans la cinquième année de son mariage. M. Szondi ne put admettre le simple hasard, la coïncidence pour expliquer ces faits troublants. Une cause commune devait avoir scellé le destin de ces trois êtres. Cet exemple resta gravé dans son souvenir, cependant qu'il continuait ses recherches généalogiques. Il se demanda si des gènes récessifs n'expliqueraient pas le « destin » qui réunit d'une manière si « fatale » ces trois êtres. Il ne douta bientôt plus que les gènes latents du fils de l'obsédée, refoulés ou inconscients, l'avaient aveuglé, inconsciemment, par une attirance « génotrope », conduit vers cette fille, alors normale, et pas auprès d'une autre, vers cette fille d'une obsédée, qui devait le devenir à son tour, cinq ans plus tard ! Ainsi naquit « l'Analyse du Destin ».

M. Szondi s'appuie sur les données cliniques et nosologiques classiques de la psychiatrie, lorsqu'il étudie avant tout les quatre groupes pathologiques fondamentaux suivants :

- I. le groupe épileptiforme,
- II. le groupe schizoforme,
- III. le groupe maniaco-dépressif,
- IV. le groupe des anomalies sexuelles.

Choisissons l'un des développements tirés du premier groupe :

Ayant constaté que parmi les parents d'épileptiques, on rencontre une proportion supérieure de migraineux et de bègues, M. Szondi en déduit qu'il ne s'agit pas seulement de transmission de gènes, mais aussi de variations, de manifestations intermédiaires. Aussi a-t-il étendu le terme d'épileptoïde et l'a-t-il

même remplacé par la notion de « tendances paroxysmales ». En plus de l'épilepsie, du bégaiement et de la migraine, il y inclut les réactions hystériformes, l'énurésie et d'autres syndromes spastiques, par exemple l'asthme nerveux.

La réaction paroxystique désigne le fait d'une intensité croissant jusqu'à l'acmé, comme dans la migraine, pour cesser ensuite subitement. Les équivalents mentaux de cette disposition se retrouvent dans la crise maniaque paroxystique, dans la dipsomanie, la poriomanie, la pyromanie, la cleptomane, les crises de rage, les états crépusculaires, certains actes criminels qui ont lieu sous forme d'accès, etc. Toutes ces manifestations se développent, selon l'auteur, sur un terrain apparenté et doivent être considérées comme des variantes du groupe des gênes épileptoïdes ou paroxysmaux.

Nous ne serons pas surpris de trouver M. Szondi dans le clan des contradicteurs de Rüdin, le protagoniste de la stérilisation en grand. Se basant sur ses recherches, M. Szondi n'eut aucune peine à démontrer l'inanité de mesures eugéniques, ne visant qu'à l'élimination des cas mentaux manifestes. Or, l'élimination des « conducteurs », infiniment plus nombreux, est une impossibilité et un contresens, puisqu'ils sont souvent porteurs des valeurs qui, précisément, les distinguent d'une norme prise au sens de médiocrité.

Si l'on peut admettre que le diagnostic a toutes les chances de se préciser, grâce à l'apport des conceptions de M. Szondi, leur valeur thérapeutique apparaît encore plus nettement. D'une part, le malade est en quelque sorte confronté avec sa vraie nature. Le test de M. Szondi étant rigoureusement expérimental, le malade se sent en quelque sorte placé devant un miroir. Le médecin, l'orientateur professionnel, l'assistante sociale, les pédagogues pour l'enfance déficiente peuvent dès lors s'inspirer des données du diagnostic pour « socialiser » des tendances que la meilleure psychothérapie n'arriverait pas à réduire, puisqu'elles sont ancrées dans la constitution du sujet. L'hygiène et la prophylaxie mentales gagneraient en précision.

Ce bref aperçu ne saurait dispenser de la lecture et de l'étude des deux volumes mentionnés au début de notre exposé, par lequel nous n'avons que tenté d'intéresser le monde médical français à une conception nouvelle, audacieuse et sans doute féconde.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 12 Novembre 1945

Présidence : M. GUIRAUD, ancien président

En ouvrant la séance, le président souhaite la bienvenue à M. le professeur Alfonso MILLAN, de Mexico, *membre associé étranger*, qui assiste à la séance.

PRÉSENTATIONS

Les cachexies par hyponutrition au cours de la syphilis nerveuse durant les années d'occupation (*présentation de tableaux et de graphiques*), par MM. P.-A. CHATAGNON et J. MABON.

Les phénomènes de la nutrition ont une importance capitale dans le jeu des défenses de l'organisme au cours de l'infection syphilitique. Cette notion essentielle se dégage à l'évidence des constatations quasi-expérimentales que la douloureuse période de cinq longues années de restrictions alimentaires nous a permis d'enregistrer.

Les syphilis nerveuses (à symptomatologie mentale ou mixte : mentale et nerveuse) ont payé un lourd tribut à la mortalité du fait de l'hyponutrition à laquelle les sujets qui en sont atteints sont particulièrement sensibles. Les pourcentages de mortalité générale par cachexie pour notre service ont été de :

1939 : 6,66 ; en 1940 de 15,5 ; en 1941 de 40,4 ; en 1942 de

72,1 ; en 1943 de 87,8 ; en 1944 de 55,8 ; pour un effectif de : 727 en 1939 ; 840 en 1940 ; 799 en 1941 ; 658 en 1942 ; de 525 en 1943 et de 667 en 1944.

Le nombre de syphilis cérébrales a été : de 41 en 1939 ; de 51 en 1940 ; de 38 en 1941 ; de 38 en 1942 ; de 26 en 1943 et de 39 en 1944.

Le total de décès par cachexie chez les syphilitiques nerveux a été de : 0 en 1939 ; 10 en 1940 ; 6 en 1941 ; 18 en 1942 ; 6 en 1943 et 8 en 1944.

Les pourcentages de mortalité par cachexie chez les sujets atteints de syphilis nerveuse ont été de :

1939 : 0 ; 1940 : 71,4 ; 1941 : 9 ; 1942 : 18,7 ; 1943 : 9,6 ; 1944 : 18,6.

Nous voyons donc que c'est en 1940 que le plus fort pourcentage (71,4) de décès par cachexie par rapport au nombre des syphilitiques traités a été enregistré, le pourcentage des quatre autres années oscille entre 9 et 18, alors qu'il atteint à peine l'unité en temps normal.

Il s'ensuit que l'évolution de la syphilis nerveuse est très défavorablement influencée par le défaut d'apport nutritif.

Les faits concernant ce problème étant strictement comparables, même en tenant compte du chiffre élevé du pourcentage de 71,4 de décès chez les syphilitiques nerveuses en 1940 pour toutes les années de famine, nous prendrons schématiquement pour type les résultats observés au cours de l'année de la libération (1944) afin d'en tirer quelques judicieuses conclusions :

En 1944, il entre 23 syphilis cérébrales s'ajoutant aux 16 syphilis cérébrales en traitement sur un total de 667 malades ; il en décède 8 par cachexie, soit le cinquième. Sur ces 8, trois ont été traitées et cinq n'ont subi aucun traitement.

Voici leurs observations résumées :

OBSERVATION 1. — 283.735. Mme C... Elise, 44 ans. Paralyse générale avec tabès, évoluant depuis 1940. Présentation de maniaque avec excitation psycho-motrice et délire incohérent à thème érotique. Le délire et l'affaiblissement psychique vont de pair et accompagnent l'évolution des symptômes cachectiques. Les réactions humorales (Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn) sont positives dans le sang et le demeurent. Traitée par deux séries de 21 gr. de stovarsol chaque année depuis 1940 et deux séries alternées de Bi et de sel mercuriel soluble. Evolution de la courbe de poids traduisant la cachexie, avec œdèmes, sans albuminurie : 1940 : 62 kgs ; 1941 : 46 kgs ; 1942 : 43 kgs ; 1943 : 42 kgs ; 1944 : 38 kgs. (Taille : 1 m. 53).

OBSERVATION 2. — 287.663. Mme S... Régina, 25 ans. Paralyse générale. Syphilis insuffisamment traitée évoluant depuis cinq ans environ. Présentation de maniaque euphorique avec expansivité et générosité inconsidérée. Disparition de l'auto-critique. Extériorisation d'un érotisme très accusé. Affaiblissement psychique estompé par l'intensité du syndrome maniaque (fuite des idées, calembours, etc...). Réactions humérales : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn, positives dans le sang. La ponction lombaire a été impossible à réaliser en raison de l'excitation psycho-motrice.

Energiquement traitée par les arsenicaux trivalents (novarséobenzol) : apparition de gommées cutanées multiples (cuir chevelu, thorax, membres). Evolution de la courbe de poids traduisant la cachexie, sans œdèmes : oct. 1943 : 44 kgs 2 ; mars 1944 : 38 kgs. (Taille : 1 m. 50).

OBSERVATION 3. — 244.736. Mme R... Marie, 56 ans. Syphilis cérébrale caractérisée par un état d'excitation psycho-motrice de type maniaque symptomatique d'un délire polymorphe de persécution familiale et médicale précédé d'un syndrome d'influence. Syphilis datant de 1918, traitée, puis impaludation. Réactions humérales du sang : négatives. Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,28 ; globulines : 0 ; leucocytes : 0,4 ; réaction de benjoin : 00000.02222.00000. Elixir parégorique : 00. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. N'a subi aucun traitement par As, Bi, Hg.

Evolution de la courbe de poids traduisant la cachexie, avec œdèmes, sans albumine : 1934 : 64 kgs ; 1939 : 75 kgs ; 1940 : 60 kgs ; 1941 : 44 kgs ; 1942 : 38 kgs ; 1943 : 32 kgs ; 1944 : 31 kgs. (Taille : 1 m. 50).

OBSERVATION 4. — 288.905. Mme B... Catherine, 63 ans. Paralyse générale typique démentielle. Réactions humérales positives. Poids à l'entrée, avril 1944 : 45 kgs 5. Taille : 1 m. 51. Lors du décès, sept. 1944 : 39 kgs.

N'a subi aucun traitement antisyphilitique.

OBSERVATION 5. — 285.383. Mme M... Berthe, 49 ans. Paralyse générale avec tabès. Présentation de maniaque avec idées délirantes de richesse. Pas d'infection syphilitique connue.

N'a subi aucun traitement antisyphilitique.

Evolution de la courbe de poids : juillet 1944 : 39 kgs 5. (Taille : 1 m. 56).

OBSERVATIONS 6, 7, 8. — Paralysies générales typiques chez des femmes d'âge mûr et en tous points comparables aux observations 3 et 4.

CONCLUSIONS. — Les observations 1 et 2 représentent deux cas traités : la cachexie par hypoalimentation s'est traduite par une

chute pondérale de 24 kgs dans le premier cas en quatre ans et de 6 kgs en six mois pour le deuxième cas.

Les observations 3 à 8 représentent cinq cas non traités. La cachexie par hypoalimentation a eu pour conséquence : une chute pondérale de 14 kgs en quatre ans dans l'observation 3, de 6 kgs en six mois dans l'observation 4, de 3 kgs en trois mois dans l'observation 5, et de 3 à 6 kgs dans les observations 6, 7 et 8 en cinq, huit et quatre mois.

Il résulte de nos chiffres et de nos constatations cliniques que les sujets atteints d'infection syphilitique sont très sensibles à l'hypo-alimentation, tant dans les périodes intercalaires du traitement spécifique que durant les périodes de traitement, périodes durant lesquelles on observe l'autolyse tissulaire provoquée par l'action combinée de l'infection elle-même et par l'action toxique du noyau benzolique (dans le cas de traitement par les arsénobenzols). Toutefois c'est surtout lors de la mise en œuvre du traitement par les arsenicaux que l'on observe le plus intensément une reprise de l'appétit et un réveil de l'état de besoin qui correspond, en effet, d'une part aux sensations profondes de l'instinct de nutrition, et d'autre part à l'excitation des fonctions hémato-poïétiques générales de l'organisme par l'action de l'As ; aussi est-ce à ces moments que l'hypoalimentation a ses effets les plus spectaculaires.

En outre, les bouleversements organiques sont d'autant plus sensibles à l'hyponutrition que l'infection syphilitique est plus massive, plus récente, plus virulente : c'est ainsi que pour l'observation 1, la chute de poids a été en moyenne de 6 kgs par an chez une syphilitique de 44 ans traitée depuis 1940 et dont l'infection était en partie réduite, alors qu'elle a été de 6 kgs en six mois, c'est-à-dire du double, chez une syphilitique de 25 ans, de constitution somatique vigoureuse, mais en pleine floraison d'une infection massive et récente.

Les conséquences de l'hyponutrition de la période d'occupation nous confirment dans l'opinion catégorique de la nécessité d'un apport alimentaire suffisant et surtout en éléments protidiques et en lipides animaux au cours du traitement de la syphilis et plus particulièrement de la syphilis nerveuse qui impose un traitement de très longue durée.

Le problème de la pathogénie de la cachexie au cours de l'évolution de la paralysie générale progressive n'est pas définitivement résolu. Il est classique de dire qu'« au dernier stade de la maladie la courbe de poids continue à tomber irrémédiablement jusqu'à la mort, et cela malgré une prise de nourriture abondante,

même surabondante... La baisse de poids à la période terminale peut être imputée à des influences cérébrales ou à des perturbations dans l'échange des matériaux... En beaucoup de cas nous remarquons en plus, exactement comme dans certaines catatonies, des augmentations et des diminutions dérégées du poids qui ne sont nullement parallèles toujours au cours psychique variable » (O. BUMKE, *Lehrbuch des Geisteskrankheiten*, p. 524). Mais l'expérience de l'hyponutrition humaine sur une échelle vraiment expérimentale nous permet d'affirmer l'importance indéniable de l'apport alimentaire insuffisant dans l'évolution ultra-rapide de la cachexie chez les paralytiques généraux.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — Il eût été intéressant de connaître le résultat des autopsies pratiquées. Il existe en effet des paralysies générales cachectiques d'emblée malgré une bonne alimentation, et dans lesquelles on trouve à l'autopsie une atrophie massive de la région tubérienne.

Arachnoïdite optochiasmatique ayant évolué vers une paralysie générale juvénile, par MM. Jean DELAY, P. DESCLAUX et J. MAILLARD.

OBSERVATION. — Charles H., 19 ans, atteint de cécité, entre dans le service le 23 mai 1945 pour un affaiblissement intellectuel avec troubles du caractère.

Le début des troubles morbides remonte au 6 juin 1939 ; il était alors âgé de 13 ans ; brusquement un matin, en classe, il ne voit plus nettement ce qui était inscrit au tableau noir, mais comme à travers un brouillard. Sa mère le mène aussitôt consulter un ophtalmologiste qui constate une diminution de l'acuité visuelle à gauche et prescrit le port de lunettes et trois séries de piqûres d'indolmuth.

Au début d'octobre 1939, il consulte à nouveau l'ophtalmologiste qui fait continuer le même traitement et lui interdit de reprendre ses études.

Le 4 octobre au matin, il est brusquement pris d'une céphalée extrêmement violente et de nausées qui l'obligent à se recoucher. Le 5 octobre, la céphalée a diminué, mais les nausées persistent toujours, et le 6 octobre au réveil il constate une chute brutale et intense de l'acuité visuelle : il distingue à peine le jour et la nuit.

Il entre le 14 octobre dans le service du professeur Clovis Vincent où on constate dans le sang un Bordet-Wassermann fortement positif et où on pratique le 24 octobre une ventriculographie qui montre une

dilatation des ventricules latéraux, et surtout du ventricule gauche. On porte alors le diagnostic d'arachnoïdite opto-chiasmatique syphilitique et on l'opère le 26 octobre.

Il reste à la Pitié jusqu'à la fin mars 1940, et durant toute cette période son état ne permet pas d'entreprendre un traitement antisiphilitique : il ne reçoit qu'une piqûre de cyanure et quatre injections de novar.

D'avril 1940 à avril 1945, il subit un traitement antisiphilitique régulier : on lui continue une série de novar chaque année et entre temps des séries de bismuth et de cyanure de mercure sans amélioration de sa cécité. Progressivement apparaissent une diminution de l'intelligence, de la dysarthrie et des troubles du caractère.

Le 26 mars 1945 s'installe une céphalée très vive et de l'asthénie ; cet état persiste quinze jours, et le 11 avril 1945 il entre pour la deuxième fois à la Pitié dans le service du professeur Clovis Vincent où on conclut à une méningite séreuse de la fosse postérieure qui est améliorée par le sulfate de magnésium intraveineux. A cette époque, les examens sérologiques du sang montrent un Bordet-Wassermann très fortement positif et un Kahn standard ++. *On ne fait pas* de ponction lombaire. L'examen oculaire montre : un réflexe photomoteur aboli, une absence de convergence, pas de paralysie fonctionnelle, et celui du fond d'œil : une atrophie optique bilatérale à bords nets avec un fort rétrécissement artériel. Il souffre en outre d'une dacryocystite qui est opérée.

Les troubles du comportement, l'irritabilité, les troubles démentiels, qui vont en augmentant, nécessitent son hospitalisation à Sainte-Anne. Son père y est déjà interné pour une paralysie générale et un tabès : il avait contracté la syphilis en 1920 ; sa mère présente une aortite syphilitique.

On constate à l'examen un affaiblissement intellectuel global mis en évidence par les tests. Il est hargneux, désagréable, injuriant grossièrement sa mère, opposant, refusant parfois de s'alimenter et n'acceptant qu'avec difficulté les soins que nécessite son état.

De plus, il présente un trouble cœnestopathique : sa jambe gauche serait plus courte que la droite ; il sent que sa tête est diminuée de volume ainsi que son tronc ; son médius gauche serait plus gros que le droit.

L'examen neurologique montre de la dysarthrie, une hyperréflexivité tendineuse, un tremblement fibrillaire de la langue et des doigts, un signe d'Argyll-Robertson.

Le Bordet-Wassermann est positif dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien : malade couché, tension du liquide au Claude : 18. Albumine : 0,45. Pandy +, Weichbrodt +, leucocytes 11,2. Benjoin colloïdal : 22222.22222.00000. Meinicke positif. Bordet-Wassermann positif.

L'encéphalographie retirant 260 cm³ de liquide avec injection d'une quantité égale d'air montre une énorme dilatation ventricu-

laire ; dans la région frontale et pariétale il existe des images d'atrophie.

Le malade est alors mis à un traitement de 4.000 M intraveineux. Il s'agit donc d'un malade atteint de paralysie générale juvénile.

Plusieurs faits paraissent intéressants dans son histoire clinique :

Les troubles reconnaissent une origine hérédo-spécifique et sont actuellement identiques à ceux présentés par son père.

Trénel et Schiff ont rapporté deux cas semblables de paralysie générale juvénile dont les pères étaient internés pour paralysie générale.

D'autre part, il fut traité activement dès qu'apparurent les premiers troubles permettant de penser qu'il était atteint de syphilis. Malgré le traitement institué après l'intervention pour arachnoïdite opto-chiasmatique, les symptômes continuèrent à évoluer, cependant qu'apparaissaient progressivement des signes indiscutables de paralysie générale. Ces faits semblent confirmer l'opinion de divers auteurs, en particulier de Guiraud, à savoir qu'il existe des formes très voisines de paralysie générale et de syphilis cérébrale pour lesquelles le seul traitement antisypilitique est insuffisant.

Enfin, il présente des troubles cœnesthopathiques du schéma corporel qui peuvent être rattachés aux idées de transformation corporelle observée habituellement dans la paralysie générale. Toutefois, étant donnée son arachnoïdite opto-chiasmatique, il nous paraît intéressant de les rapprocher des troubles analogues du schéma corporel que nous avons observés chez des malades indemnes de toute spécificité et qui présentaient des altérations de la région opto-chiasmatique.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — En fait, il s'agit de deux formes de syphilis cérébrale survenues chez le même sujet, à quelques années de distance. La première atteinte de syphilis cérébrale a consisté en une névrite optique qui a résisté à tous les traitements. Je ne doute pas qu'il y ait eu en même temps des lésions d'arachnoïdite, mais je suis surpris qu'on ait tenté une intervention neuro-chirurgicale dans un tel cas, la lésion du nerf optique étant bien plus importante que l'arachnoïdite opto-chiasmatique. La paralysie générale s'est développée plusieurs années après, ce qui rend cette observation particulièrement intéressante, la même infection s'étant ainsi manifestée sous deux aspects cliniques aussi différents.

M. DESCLAUX. — Il y avait tout de même, pour justifier l'intervention, le feutrage caractéristique de l'arachnoïdite.

M. GUIRAUD. — Ce cas est un exemple de plus de ces syphilitiques (en particulier de ces psychoses syphilitiques juvéniles) traités pendant des années sans que ce traitement empêche leur évolution vers la démence. Nous voyons ces sujets parvenus au dernier degré de la maladie. Il n'y a qu'un seul type de traitements de la paralysie générale : la malaria ou le stovarsol.

M. DESCLAUX. — La formule du liquide céphalo-rachidien était plutôt celle d'une syphilis cérébrale que d'une paralysie générale.

M. GUIRAUD. — On pourrait objecter, conformément à l'opinion soutenue par certains auteurs, en particulier M. Marchand, que la paralysie générale n'est qu'une forme particulière de syphilis cérébrale.

Syndrome de Gélinau avec hallucinose et syndrome d'influence, par MM. H. HECAEN et M. BACHET.

Grâce aux travaux d'auteurs tels que Lhermitte, Thièle et Bernhardt, Munzer, Rosenthal..., les hallucinations accompagnant la transe cataplectique sont des faits bien connus actuellement. Aussi n'insisterons-nous pas aujourd'hui sur cette association si dans le cas que nous vous présentons un système délirant à thème de persécution et surtout d'influence, d'ailleurs pauvre et intermittent, ne compliquait pas le syndrome.

OBSERVATION. — Trid... Louis, 36 ans, prisonnier rapatrié, est adressé pour syndrome hallucinatoire chronique.

Le début de ses « malheurs » remonte à 1933. A cette époque, dit-il, il éprouva une grande peur en voyant passer près de lui, dans le bourg où il habitait, un ancien camarade de régiment qui l'avait jalosé pendant son service. Celui-ci le regarda et le dépassa sans lui avoir adressé la parole, ça lui a donné une « surprise », un « choc de la tête ». Peu après il a l'impression que deux hommes le suivent toujours, qu'on en veut à sa vie et en même temps qu'on l'a hypnotisé, car sont apparues en même temps des crises de sommeil, des inhibitions motrices avec hallucinations visuelles et auditives, tous faits sur lesquels nous insisterons plus loin. Il attribue alors tout ce qui lui arrive à la « haine » de ce camarade de régiment qui a utilisé un « truc de fakir » contre lui. Il est dans un tel état d'anxiété qu'il est interné à l'hôpital psychiatrique de Pont-l'Abbé-Picauville pour état dépressif avec hallucinations ; il y passera

5 ans pendant lesquels « il se sent comme au pouvoir de quelqu'un ». Cependant, vers les derniers temps de son séjour, il admet en partie le caractère morbide de ses troubles « par le raisonnement », dit-il. Il est libéré en 1939, mobilisé en septembre, fait prisonnier, et paraît avoir bien supporté sa captivité : « je me suis remonté le moral moi-même », bien qu'aient persisté les phénomènes que nous allons maintenant étudier en détail.

Narcolepsie. — « Il m'arrive que je tombe de sommeil et je m'endors subitement, puis ça me dure 5 à 10', ça dépend... ». Le sommeil est alors sans rêve ; si le début en est souvent brusque, il peut parfois lutter contre la somnolence en marchant de long en large. Ces accès de sommeil sont facilement interrompus par un choc minime. Ils paraissent devenir plus fréquents depuis quelque temps.

Cataplexie du réveil. — « Au réveil, parfois, je suis incapable de faire un mouvement, je me sens bien réveillé, je n'ai pas peur, plutôt gêné, je fais des rêves désagréables, ça me réveille et je ne peux plus bouger... j'essaie de me réveiller de moi-même, je sais qu'il y a quelque chose qui ne me plaît pas, qu'il faut essayer d'ouvrir les yeux, impossible de les ouvrir... ».

Hallucinose. — Ces états d'inhibition tonique sont précédés de phénomènes hallucinatoires : « Je fais des rêves désagréables, je me suis vu en rêve en train de pousser des wagonnets, je tombais avec les wagonnets, une autre fois je tirais sur un homme à bicyclette, je me suis réveillé à ce moment là », ou bien « une vision de bêtes sauvages avec des griffes, des diables, des cris dans la tête, c'est la mort, c'est la mort ». Il semble d'ailleurs que ce soit une des rares scènes oniriques durant la cataplexie qui se soit accompagnée d'anxiété.

Inhibition motrice. — Parfois le malade est soudain immobilisé dans l'attitude actuelle : « Je ne peux pas faire un mouvement ni parler, je ne peux pas bouger du tout, ça peut me prendre dans n'importe quelle position. » Il n'a remarqué aucune cause déclenchante particulière, en particulier pas de rapport avec les émotions.

Ces épisodes pendant lesquels tout mouvement est impossible sans que le tonus soit aboli (le malade ne tombe pas, il pense même que sa tête ne s'affaisse pas) s'accompagnent de la vision de scènes hallucinatoires analogues à celles de la nuit, mais auxquelles il paraît adhérer plus fermement : « Une fois j'étais sur une charrette, j'ai vu ma mère et une de mes nièces sur le bord de la route avec des fleurs tout autour. Elles étaient immobiles, c'était comme une photo en couleurs. »

« J'ai beaucoup de visions, je me suis vu chez moi, je ne suis pas sûr que j'étais à la table chez moi, je n'étais pas dehors et je n'étais pas couché, je voyais un homme passer comme si j'étais au pouvoir de quelqu'un... une fois j'étais dans la chambre chez moi, ça me disait à l'oreille : « Va à la porte, va à la porte ». Je suis parti et j'étais dans la chambre, je me voyais à la porte de ma chambre et à la porte je voyais un homme avec un revolver. A ce moment là je ne

pouvais pas bouger, je reste comme paralysé mais je ne tombe pas. »

Voit aussi des scènes de son enfance (voit son père qui fait sa toilette), des défilés de soldats, en même temps qu'il perçoit des airs de musique militaire.

Très rarement « des odeurs lui viennent à la bouche et les voix lui parlent de gaz pour l'asphyxier, j'ai des étouffements alors ».

S'il paraît croire à la réalité de la scène hallucinatoire lorsqu'elle se présente (et ce point est assez difficile à préciser) entre les accès, il la considère comme irréaliste, soit qu'il en admette le caractère morbide, soit qu'il pense « qu'on lui fait voir ça ».

Le malade présente en outre de nombreuses hallucinations hypnagogiques : « Je rêve comme si c'était la réalité... je vois des villes, des villages comme si j'étais dans la ville, c'est jamais le même rêve, je vois comme une roue tourner devant mes yeux, tellement fort que ça me travaille la tête, c'est incroyable... c'est au moment où je m'endors... »

Dans tous ces phénomènes hallucinosiques, il faut aussi noter la fréquence de l'autoscopie.

Automatisme mental. — En dehors des crises cataplexiques, le malade présente presque constamment des hallucinations auditives et psychomotrices verbales. Il entend des voix toujours par l'oreille droite : une voix de femme ou bien la voix de son ennemi. C'est comme si on chuchotait à son oreille : « On aura ta peau, crétin, idiot », « tu vas voir à quatre heures ». Pendant l'interrogatoire, si on s'arrête en le priant d'écouter, il les entend et donne la tonalité des voix ; on s'aperçoit qu'il existe des mouvements des lèvres et du larynx à ces moments.

Il présente aussi des impulsions verbales (« Je me trouvais devant des gens auxquels je ne voulais pas dire d'insultes, il m'en venait aux lèvres ; elles me venaient à la bouche sans que je le veuille, je les pensais, je croyais les dire... »), des impulsions obsédantes à la violence, au suicide, toujours maîtrisées d'ailleurs : « J'ai des envies qui me viennent à la tête de voler, de donner un coup de couteau... j'ai toujours peur de céder ».

Il ne peut également exécuter certains actes qu'il avait décidé : « J'étais décidé à faire quelque chose et ne pas pouvoir le faire comme si quelqu'un m'en empêchait... » Son attitude vis-à-vis de ces phénomènes est assez ambiguë, il semble qu'il présente un état de doute continu, de perplexité sur leur nature.

Au début de 1934 il a cru à une action extérieure : « Je me suis figuré comme un « dictage », ce sera cela... on m'a mis ça dans ma pensée que je verrai telle ou telle chose dans ma vie... Au-dessus de mon lit c'est un vieux plancher, souvent la nuit on aurait dit qu'on retirait les tuiles pour entrer dans la maison, j'ai toujours pensé que c'était par là qu'on fixait le regard et qu'on agissait sur moi. Une fois je me suis réveillé avec une pose que je ne peux pas comprendre... je me croyais hypnotisé. »

Actuellement croit que « c'est plutôt parce que je suis un peu malade », cependant admet que peut-être « on lui a fait un choc pour qu'il perde la tête, d'ailleurs « on dit qu'on peut avoir le cerveau récepteur. C'est comme un disque dans la tête, l'écho des paroles de quelqu'un qui se répète ».

Si c'est son ennemi qui lui a fait tout cela, il lui a pardonné, il n'a jamais eu de réactions violentes.

Fond mental. — Sujet fruste, domestique de ferme, débilité mentale légère, hyperémotif de toujours (sa timidité a toujours été extrême et il en a toujours souffert). Apragmatisme sexuel complet.

L'interrogatoire est extrêmement difficile en raison de la diffusion du discours, de l'impossibilité de maintenir la conversation sur un sujet précis, il mêle tous les épisodes et son histoire n'a pu être reconstituée que par l'étude de ses réponses sténographiées.

Antécédents. — A l'âge de 17 ans a présenté un état fébrile avec diplopie qui se serait reproduit une ou deux fois.

L'examen neurologique ne révèle qu'une paralysie de la convergence oculaire. La ponction lombaire donne des résultats normaux.

Chez notre malade, l'interrogatoire permet donc de retrouver des faits de narcolepsie, de cataplexie du réveil, d'inhibition motrice pendant lesquels survient un état d'hallucinoïse, faits déjà classiques, comme nous l'avons dit plus haut. Mais en outre il existe chez ce malade un syndrome d'automatisme mental qui s'accompagne d'un sentiment d'influence flou, de vagues interprétations, corrigées partiellement et épisodiquement. Ce syndrome est fait d'hallucinations auditives verbales, d'hallucinations psychomotrices, d'impulsions obsédantes, d'actes inhibés.

Le malade oscille entre la croyance au caractère morbide de ses troubles et l'adhésion délirante à ces phantasmes. La superstructure idéique reste toujours pauvre et hésitante, accessible à la psychothérapie. Le délire se détruit en s'affirmant clairement à la conscience, mais le doute délirant est cependant toujours présent, même lorsque le sujet semble le plus convaincu de la nature pathologique des visions et des voix.

Les interprétations délirantes, le sentiment d'influence s'alimentent aux scènes oniriques comme aux hallucinations auditives isolées. La réalité des unes et des autres n'est pas admise sitôt passée l'expérience hallucinatoire, mais il les rattache à une influence extérieure s'exerçant sur lui pour lui faire voir ça, pour lui monter un « dictage » dans la tête, pour l'hypnotiser.

De même, dans une observation de P. Mâle et Ajuriaguerra de syndrome de Gélineau avec hallucinoïse d'origine encéphalitique comme l'était également celui-ci, les troubles hallucinatoires ont donc été intégrés à la personnalité à tel point qu'est

né un système interprétatif assez flou, à thèmes d'influence et de persécution.

S'il faut tenir l'encéphalite pour responsable d'un fléchissement général de la personnalité, on est cependant obligé d'admettre au minimum que le délire s'enrichit ou du moins s'accroche à ces scènes hallucinosiques, véritables « moments féconds » de la psychose, jusqu'à entraîner une bouffée anxieuse extrême qui nécessita son placement.

Il est à noter d'ailleurs que les faits hallucinosiques à type onirique sont fréquents dans tous les délires post-encéphalitiques (Claude et Ey ont particulièrement insisté sur ces faits). N'est-on pas en droit d'admettre qu'ils y prennent, sinon leur origine, du moins leurs meilleurs matériaux ? C'est pourquoi des observations comme celle de P. Mâle et d'Ajuriaguerra ou comme la nôtre, en permettant de saisir les intermédiaires entre les hallucinoses pédonculaires les plus simples et les délires post-encéphalitiques où la personnalité est le plus bouleversée, nous semblent d'un grand intérêt théorique.

Electro-choc et folies multiples,

par MM. G. DAUMÉZON, L. CASSAN et P. DELAMARRE.

Le problème des folies à deux ou à plusieurs semble avoir été parfaitement mis au point dès la fin du siècle dernier par les travaux successifs de Lasègue et Falret (1873) qui firent admettre la notion de la folie communiquée (bientôt après, on dira : folie induite), puis de Régis qui consacre sa thèse à la folie simultanée qu'il oppose à la précédente. Cette conception vient s'enrichir peu à peu des travaux du début du siècle sur la contagion mentale, mais jusqu'à ces dernières années il semble bien que l'on en soit resté à ces notions classiques.

L'étude plus approfondie des psychoses réactionnelles leur a donné une autre orientation. Lametra Bender, en Amérique, aborde franchement le problème sous cet angle. L'un de nous, avec Ajuriaguerra, propose également cette nouvelle voie. D'ailleurs quelques observations récentes, en particulier celle d'Heuyer et Durand, sont d'excellents exemples de psychoses réactionnelles simultanées.

Nous avons l'intention de rapporter brièvement l'observation de deux groupes de malades. Dans ces deux cas, l'application de l'électro-choc a réalisé une sorte de dissection permettant de fixer plus nettement le rôle et la place de chacun des participants.

OBSERVATION I. — Famille Lo... Odette et Francette appartiennent à une famille de psychopathes : mère internée à diverses reprises, père débile, une sœur internée six fois pour accès maniaques.

Odette est devenue le véritable chef de famille, se substituant aux parents incapables et dirigeant la famille au point de vue des intérêts économiques et moraux.

Francette, sa jeune sœur âgée de 19 ans, est une jeune fille quelque peu minaudière et frivole ; elle paraît avoir été gâtée par sa sœur. Elle fréquente les bals, et c'est à l'occasion de l'un d'eux que va se produire l'élément déclenchant. Le 1^{er} octobre 1944, au bal du village, après avoir beaucoup dansé et bu un peu de vin blanc, Francette accepte que son cavalier la ramène chez elle. Au cours du chemin il tente de la violer, elle se défend et semble très remuée par cet incident. Quelques jours après, elle tombe dans un état de confusion onirique avec hallucinations auditives et visuelles et fugues qui décide sa famille à la placer. Elle entre dans le service le 11 octobre, toujours dans le même état confusionnel : agitation, pas d'anxiété, poses extatiques, gestes lents et enveloppant au-dessus d'un être imaginaire reposant à ses côtés (mauvais état général : lèvres fuligineuses, anorexie, constipation). Huit crises cardiaques (du 13 octobre au 13 novembre) amènent la disparition de l'onirisme, la critique des hallucinations, mais la persistance d'une allure maniérée, minaudière, fait craindre pendant quelque temps une évolution schizophrénique. Cependant le retour progressif à un comportement normal s'effectue et la malade sort définitivement le 25 novembre.

Odette, au début de la maladie de sa sœur, la soigne, se surmène, se nourrit insuffisamment, dort peu. Au bout de 5 jours, elle tombe malade à son tour, présentant rapidement un tableau où domine la confusion, la fuite des idées, les idées messianiques, et où la note confusionnelle est moins marquée que chez Francette. Elle est traitée par l'électro-choc dès son entrée dans le service, et après deux séances elle se « réveille » critiquant son état et s'inquiétant de sa sœur. La troisième séance est suivie de guérison apparente, quelques séances espacées sont encore pratiquées par mesure de précaution.

OBSERVATION II. — Famille Le L... La famille Le L... se compose de trois membres : la mère et les deux filles : Angéline 32 ans et Odette 36 ans. Ce sont des sinistrées de Bretagne, réfugiées dans une maison perdue dans les bois de la Sologne. Elles y mènent une vie de dénuement matériel et d'isolement moral, dans une ambiance froide, sinon hostile.

A la fin du mois de juin 1944, un prisonnier rapatrié leur fait une visite et leur trace un tableau effrayant de la vie dans les camps, décrivant de multiples scènes de supplices et même de cannibalisme.

Odette est fort impressionnée par ce récit, et le 5 juillet débute un état de confusion anxieuse avec hallucinations visuelles et auditives de teinte mystique, fugue. Le 7, elle entre dans le service où l'on note

le mauvais état général, l'agitation, le refus d'aliment (c'est de la chair humaine). Après quelques séances d'électro-choc, elle semble un peu plus présente mais refuse tous les aliments, sauf le sucre et les fruits, et ne reconnaît pas sa mère venue la voir. Un mois après l'entrée, à la suite de la neuvième séance d'électro-choc, elle se réveille brusquement, retrouve la critique normale mais ne garde aucun souvenir de cette phase confusionnelle.

Angéline, dès le début de la maladie de sa sœur, la veille, ne dort pas, se fatigue. Aussi trois jours après le début de la maladie de sa sœur, elle tombe malade à son tour. Elle présente un tableau de confusion mentale avec anxiété et onirisme. Dès la première séance d'électro-choc on constate une amélioration très nette, et à la suite de la seconde séance les troubles qu'elle a présentés sont critiqués de façon pertinente.

La mère n'a point été internée mais eût pu fort bien l'être en accompagnant ses filles : elle nous indique que depuis quelque temps toutes sortes de phénomènes bizarres se déroulent autour d'elle ; elle a vu des fantômes à la lisière du bois et dans le jour des petits bonshommes qui dansent. D'ailleurs sa fille lui a bien dit qu'un miracle va se produire et qu'elles vont être toutes trois enlevées par Dieu. Sa conviction est entière, nous n'avons cependant pas demandé son placement. Quinze jours plus tard les idées délirantes sont rectifiées et mises à juste titre sur le compte de la fatigue : « On ne savait plus au juste comment on vivait ».

Nous pouvons résumer schématiquement l'évolution de ces cinq psychoses dans deux tableaux ci-dessous :

Famille Lo...

	Odette	Francette
Choc déclenchant (tentative de viol)	1 ^{er} octobre 1944	
début	5 octobre 1944	10 octobre 1944
internement	11 octobre 1944	11 octobre 1944
traitement	8 cardiazol	5 séances
sortie	5 janvier 1945	25 novembre 1945

Famille Le L...

	Odette	Angéline	la Mère
Choc déclenchant (récit réaliste ?)	fin juin 1944		quelque temps avant le départ de ses filles ;
début	2 juillet 1944	6 juillet 1944	rapide sédation après
internement	7 juillet 1944	7 juillet 1944	l'internement de ses filles
traitement	10 séances	3 séances	
sortie	17 sept. 1945	7 août 1945	

Le tableau clinique et l'évolution de ces psychoses ont des points communs sur lesquels il nous paraît utile de revenir.

Nos malades représentaient deux groupes très unis, vivant l'un et l'autre dans une situation très pénible d'isolement et de misère morale, voire matérielle. Le schéma social type était, dans les deux cas, modifié par suite de l'absence du père auquel s'était substitué l'un des éléments. Il existe dans les deux observations une prédisposition nette : héréditaire dans la première, physique (inanition) dans la deuxième.

Dublineau et Follin ont esquissé, à propos du « bourreau familial », l'étude de la gestalt du couple. Nous croyons être dans un domaine où cette tentative serait encore plus fructueuse. Sur le plan symptomatique plus étroit, nous noterons l'intervalle libre par rapport aux épisodes déclenchants, la confusion surtout marquée dans la seconde observation, l'adaptation du délire à la personnalité de chacune des malades, particulièrement bien marquée dans le cas où Odette Lo... délire dans un sens altruiste, tandis que sa sœur exprime surtout des sentiments égoïstes et frivoles.

L'originalité de nos deux cas réside surtout dans le fait que, somme toute, une seule des malades, la mère Le L..., peut à la rigueur être considérée comme une véritable psychose induite. Encore ses troubles sont-ils en grande partie des troubles d'anxiété réactionnelle devant l'aliénation de ses deux filles avec acceptation par suggestibilité des thèmes fournis par l'une d'elles.

L'électro-choc, en guérissant nos malades rapidement, prouve on ne peut plus qu'il s'agit ici de troubles psychotiques réels et non de phénomènes banaux de contagion ou de suggestibilité. En même temps il permet de dissocier plus nettement que l'analyse de l'évolution quels étaient dans les groupes les sujets les plus atteints et qui exerçaient une influence sur leurs parents.

Nous croyons l'heure proche où, abandonnant les cadres simples et classiques de Lasègue, Falret et de Régis, on étudiera les délires multiples sous le double plan de la gestalt du groupe et de l'histoire des réactions plus ou moins intriquées et simultanées des sujets du groupe à une situation traumatisante.

G. de Clérambault ne terminait-il pas sa dernière communication sur les folies multiples par cette phrase : « On voit que l'étude des folies collectives est étroitement liée à l'étude des mécanismes générateurs des psychoses. »

DISCUSSION

M. DUBLINEAU. — M. Daumézon fait allusion au problème des structures qu'avec Follin (*Annales médico-psychologiques*, 1944, et *Société de psychologie*, 1942), nous avons conçu comme un problème de méthodologie générale. Depuis, dans deux communications (*Société médico-psychologique*, séance du 25 juin 1945 et *Evolution psychiatrique*, séance du 26 juin 1945), j'ai étendu cette notion et l'ai considérée comme l'expression d'une formule très générale devant faire reconsidérer les problèmes sociologiques. Il y a une *réactologie*, elle-même résultante du complexe biosocial. On ne peut concevoir un individu isolément : il faut le considérer par rapport à son milieu. D'autre part, à une conception sociologique trop étroite, tirée de l'interpsychologie ou des équivalents de cette dernière, il faut substituer une biosociologie dans laquelle la psychopathologie et, par elle, la biotypologie devront tenir une place de choix. Cette tendance doit être l'amorce d'une sociologie médicale, base elle-même d'une philosophie de la médecine sociale, qui manque encore actuellement.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Auguste Comte disait déjà qu'on ne peut étudier la psychologie sans le milieu. Je mentionnerai, de mon côté, que j'ai décrit naguère ce que j'appelais alors la *psychologie des claviers*, c'est-à-dire les variations de la psychologie des gens selon l'endroit où on les observe. La physionomie des gens n'est pas la même pour un mariage ou pour un enterrement, dans leur famille, leur service ou le métro. De tels faits sont d'ailleurs connus depuis longtemps en psychiatrie.

Rôle de la conscience morale dans la genèse d'un délire de persécution, par M. H. BARUK, M^{lle} OWSIANIK et M. BORENSTEIN.

L'observation que nous rapportons constitue un nouvel exemple du rôle des réactions de culpabilité et d'accusation dans la genèse de certains délires de persécution, faits sur lesquels l'un de nous a longuement insisté dans diverses publications et un ouvrage récent (1).

OBSERVATION. — Il s'agit d'un malade âgé de 32 ans, interné depuis 1936 pour un état de dépression atypique avec sensation d'épuisement physique et psychique l'immobilisant au lit, s'accompagnant, au moindre effort, de troubles cénesthésiques avec réactions tachycardi-

(1) H. BARUK : *Journal de médecine de Lyon*, 5 avril 1945 ; — *Annales médico-psychologiques*, 4 mai 1945 ; — *Psychiatrie morale, expérimentale, individuelle et sociale*, Presses Universitaires, 1945.

ques intenses (tachycardie sinusale à l'électro-cardiogramme). En même temps, des troubles importants du contact psychique : besoin intense d'isolement, de repliement sur lui-même, hostilité familiale violente (il aurait tenté d'empoisonner son père), hostilité même vis-à-vis de l'entourage, à l'hôpital.

Néanmoins, après un long repos, ce malade s'était considérablement amélioré au point de vue physique et moral quand brusquement, au cours du printemps 1945, se manifeste un délire de persécution déjà fortement constitué.

Le malade se plaint qu'on cherche à le faire mourir en empoisonnant ses aliments. « J'ai, dit-il, acquis la certitude que j'ai été condamné à mort. On m'accuse d'avoir eu des relations sexuelles avec le petit M. et de l'avoir tué en lui donnant une orchite-épididymite. »

Il entend les infirmiers dire en chœur : « C'est lui qui a tué M. A mort ! A mort ! » Il interprète divers faits : apercevant le pharmacien de l'établissement, il en tire la preuve qu'on l'intoxique par des médicaments.

Le délire s'exprime oralement, mais aussi dans une correspondance abondante adressée au médecin, au directeur, au substitut. Il s'y plaint d'être condamné alors qu'il est innocent. Et comme si le jugement lui avait été notifié, il envisage de se pourvoir en cassation ou bien alors il demande d'être exécuté tout de suite pour échapper aux souffrances lentes de l'empoisonnement. Il accumule pour sa défense des arguments plus ou moins heureux, soutenant, qu'asthénique, il n'est pas en mesure d'avoir des relations sexuelles. Il se dépeint comme l'être le plus vertueux qui soit, « victime de l'accusation la plus monstrueuse pour avoir voulu ranimer le sourire d'un enfant ».

En effet, malgré ses dénégations ultérieures, le malade a éprouvé un attachement très vif pour le jeune M., pensionnaire d'une autre division, et qu'il rencontrait de temps en temps à la bibliothèque. « Le fait de l'avoir vu, écrit-il, provoque une joie qui se prolonge pendant des heures », et, plus loin : « La passion que j'ai pour lui a pris un caractère d'énergie et de violence tel que j'ai l'intention de demander une chambre à la 8^e (division du jeune M.) ». Sur ses instances répétées, et le voyant très déprimé par la séparation, on finit par le placer, en le surveillant bien, dans cette division. Mais très vite il manifeste le désir de regagner son ancien quartier. Il s'attache alors à un autre jeune homme dont il vante « l'exquise sensibilité et la simplicité enfantine ».

Sur ces entrefaites, le jeune M. meurt à la suite d'une orchite-épididymite tuberculeuse. C'est à cette occasion qu'un sentiment de culpabilité plus ou moins inconscient paraît s'être développé, aboutissant au délire de persécution.

Pour un observateur qui se contenterait d'examiner le malade sans le connaître et sans avoir pu l'observer comme nous durant

de longues années, ce délire serait absurde et semblerait forgé de toutes pièces. Mais en fait, on peut se rendre compte que ce malade est bien réellement un accusé. L'accusation ne vient pas de l'entourage, mais de la profondeur de sa personnalité et de sa conscience morale, à l'occasion de tendances homosexuelles réelles.

On sait que Freud a attribué à l'homosexualité un rôle dans la genèse de la paranoïa. Dans ce cas comme dans d'autres, ce n'est pas le trouble de l'instinct qui est la cause du délire, mais le sentiment de culpabilité et l'auto-accusation qui en résultent. Dans l'exemple présent, on peut se demander même si les idées d'empoisonnement ne sont pas en rapport avec la tentative d'empoisonnement du père, au début de la maladie, et ne répondent pas en quelque sorte à l'idée de la peine du talion.

Les troubles de l'instinct, du sentiment, l'inhibition émotive qu'on observe chez ce malade ne sont, à notre avis, que des facteurs favorisants, de même que le déséquilibre constitutionnel. Le délire est ici la transposition sociale d'un malaise intérieur. Ce facteur social, sur lequel M. Pierre Janet a insisté dans les délires de persécution, apparaît donc secondaire aux facteurs d'ordre moral. Il ne faut pas négliger non plus, derrière ces perturbations psychologiques, les causes organiques ou physiologiques constitutionnelles ou acquises. Leur rôle chez ce malade est très important, comme en témoignent son asthénie, sa tachycardie et ses réactions neuro-végétatives. L'un de nous a également insisté sur le rôle de certaines perturbations hormonales et leur action dans la genèse de haines et de perturbations de la conscience morale.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — J'ai publié, il y a plusieurs années, une observation analogue. Il s'agissait d'un sujet qui se disait accusé d'homosexualité. Il avait présenté dans son adolescence des préoccupations homosexuelles et avait porté des vêtements féminins. Les phobies ne sont souvent que des tentations dissimulées.

Avitaminose PP. et troubles mentaux chez les déportés rapatriés, par M. P. SIVADON et M^{me} RAIMBOURG.

MM. Carrot et Charlin ont noté, dans un travail paru il y a un an environ (1), la relative rareté de la pellagre à forme men-

(1) CARROT et CHARLIN : La forme mentale de la pellagre. *Ann. méd.-psych.*, déc. 1944.

tale. Sur 1.500 rapatriés d'Allemagne pour psychose, ils n'ont rencontré que trois cas de ce type. Mais leur étude portait surtout sur des prisonniers de guerre. Depuis cette époque, nous avons vu revenir des camps de déportation des sujets ayant souffert de carences alimentaires bien plus graves. Il nous a été donné d'en traiter un certain nombre, tant à titre privé qu'au Centre d'accueil de déportés de Ville-Evrard et dans notre service d'asile.

D'après les relations qui ont été faites sur la pathologie des camps, il semble que les cas de psychose pellagreuse aient été rares au cours de la déportation. Les divers récits qui ont été publiés et ceux que nous avons pu recueillir évoquent un certain nombre de cas typiques de délires d'inanition avec confusion mentale, onirisme terrifiant, alternance de stupeur et d'impulsions violentes entraînant parfois l'homicide et l'anthropophagie (Camp de Belzen). Ch. Richet, qui les a observés, a décrit ces cas, ainsi que la curieuse obsession gastronomique présentée par presque tous les déportés, sous le nom de « complexe de la faim ». Quelques cas de pellagre cutanée ont été observés, mais les psychoses pellagreuces semblent bien avoir été exceptionnelles.

Par contre, dans les mois qui ont suivi le rapatriement, et particulièrement entre le deuxième et le cinquième mois, nous avons observé chez d'anciens déportés, d'une part des manifestations psychiques discrètes accompagnées ou non de lésions pellagreuces, et d'autre part trois cas de psychose confusionnelle dont la nature pellagreuse paraît fort vraisemblable.

C'est au moment de la reprise de poids, souvent très rapide, qui suivait le retour à l'alimentation normale, que nous avons rencontré chez une dizaine de rapatriés un syndrome consistant en lésions muqueuses et parfois cutanées accompagnées de modifications marquées de l'humeur et de tendances hypochondriaques. Les lésions étaient presque toujours représentées par une stomatite aphteuse, avec parfois glossite et gingivite, la muqueuse buccale présentant une teinte luisante et de nombreuses excoriations. Trois fois, nous avons également observé des lésions cutanées débutant par un soulèvement épidermique bulleux suivi, après crevaison de la cloque, de plaies impétigineuses. Des lésions de type ulcéreux apparaissaient parfois spontanément sur diverses parties du corps. Les régions les plus fréquemment atteintes étaient les mains, les avant-bras, les jambes et la face externe des cuisses. Les troubles psychiques, le plus souvent fort discrets, se résumaient en subanxiété continue avec hyperémotivité et irritabilité. Dans un cas, cet état s'accompagnait de préoccupations hypochondriaques intenses.

Le traitement par la vitamine P.P. (*per os* et en injections) a toujours amené la guérison en quelques jours, malgré une posologie relativement faible : 0 gr. 40 à 0 gr. 60 par jour en moyenne.

Nous relaterons maintenant brièvement trois cas de psychose pellagreuse ayant amené l'internement dans notre service de déportés récemment rapatriés.

OBSERVATION I. — A... Nicolas, 38 ans, entré le 25 juin 1945 pour état confusionnel. Désorientation totale. Raconte qu'il était traité à l'« Hôpital Mazarin » et qu'il s'est perdu dans la rue. Nie avoir jamais été en Allemagne. Le service social nous apprend bientôt qu'il s'agit d'un Luxembourgeois hospitalisé à la Salpêtrière, lors de son rapatriement, en raison d'un état de dénutrition alarmant. Il présente à un épisode confusionnel au cours duquel il fit une fugue dans la rue où il fut arrêté. Son aspect caractéristique le fit diriger sur un centre d'accueil qui fut obligé de le faire interner.

Frappés par la présence, au niveau du visage, de nombreuses lésions cutanées fraîchement cicatrisées ainsi que de lésions des muqueuses (blépharo-conjonctivite), nous instituâmes un traitement par la vitamine P.P. En deux jours, la lucidité totale était revenue. Les lésions étaient apparues spontanément, peu auparavant. Le malade ne gardait aucun souvenir de l'épisode confusionnel qui avait duré une quinzaine de jours. Complètement guéri, il a été bientôt après rapatrié dans son pays.

OBSERVATION II. — M... Jean, 22 ans, entré le 30 juin 1945. Deux jours après le rapatriement, présente un accès confusionnel au cours duquel il s'égara dans Paris et fut conduit dans un centre d'accueil qui le fit interner. Anxiété confusionnelle. Cris. Manifestations de terreur. A son arrivée dans le service, la lucidité est revenue. Il ne persiste qu'un état subanxieux. On constate par ailleurs une alopécie diffuse et surtout un érythème foncé au niveau des mains et des pieds.

La guérison totale est obtenue après quelques jours de traitement par l'amide nicotinique.

OBSERVATION III. — A... Arthur, 26 ans, entré le 18 juillet 1945. Aurait déjà présenté en Allemagne un bref épisode délirant hallucinatoire. Quelques semaines après son rapatriement, alors qu'il venait de prendre 11 kgs en 15 jours, apparut un délire polymorphe avec excitation psychique, hallucinations polysensorielles, anxiété diffuse, impulsivité. Hépatomégalie. Gastralgies.

Tous ces troubles disparaissent après quelques jours de traitement par l'amide nicotinique.

Certes, on pourra objecter que les signes d'avitaminose P.P. sont, chez ces derniers malades, quelque peu discutables. Des troubles mentaux de ce type régressent presque toujours spontanément. Nous avons cependant été frappés de l'influence immédiate et définitive du traitement antipellagreu dans ces trois cas.

Ayant noté la relative fréquence, chez les déportés rapatriés, de lésions pellagreu accompnées de manifestations anxieuses au moment de la reprise de l'alimentation normale, il nous a paru intéressant d'en rapprocher ces trois observations d'anxiété confusionnelle survenant également en période de reprise alimentaire chez des déportés présentant des signes discrets mais — dans un cas au moins — très nets d'avitaminose P.P.

Ces faits confirment également la notion que c'est au déséquilibre brusque de la ration, plus qu'à son insuffisance, que sont imputables beaucoup de troubles dits carenciels.

DISCUSSION

M. René CHARPENTIER. — Je désire seulement confirmer certains points de la communication de M. Sivadon. Car ses conclusions ne s'appliquent pas seulement à ceux qui furent les hôtes malheureux des camps de déportés. Il est des régions de France, l'extrême Sud-Est en particulier, où purent malheureusement être constatés les mêmes syndromes carenciels. Carences à vrai dire multiples mais, comme le dit M. Sivadon, c'est avant tout le déséquilibre des rations alimentaires qui provoqua l'apparition des troubles.

J'ai pu, en particulier, y observer un cas de pellagre et, à ce propos, je note dans l'exposé de M. Sivadon des lésions cutanées fort étendues. En réalité, ce sont les zones cutanées exposées aux rayons solaires (main, face) qui sont le siège habituel des érythèmes de la pellagre. Le fait a souvent été signalé par les observateurs de l'Italie du Nord où la pellagre fut longtemps endémique, et c'est ce que j'ai eu l'occasion de constater. Les autres troubles (troubles digestifs, troubles nerveux) sont, quelle que soit leur constance, moins caractéristiques. En effet, les troubles nerveux à type d'asthénie, d'hyperémotivité, etc., ont été notés et étaient très nets : mais les circonstances concomitantes (disette, amaigrissement, alertes et bombardements, insomnie...) auraient également pu être incriminées dans leur étiologie.

Un autre point relevé par M. Sivadon et que je puis confirmer c'est qu'en effet l'apparition des troubles se produisit avec un certain retard, à un moment où une alimentation, d'ailleurs encore insuffisante mais améliorée en quantité, avait permis une légère reprise du poids perdu.

Toutefois, il faut noter ici l'intervention d'un nouvel élément, bien souvent signalé : l'alimentation par la farine de maïs donnée en remplacement de tout autre aliment et en notable quantité pour la préparation de la « polenta », préparation à l'eau bien entendu en l'absence complète de matières grasses. Le pain lui-même, quand il y en avait, car il en manqua totalement pendant vingt-huit jours, contenait une forte proportion de farine de maïs ; il est vrai que la ration n'en fut souvent que de 125, 100 et même 75 grammes par personne et par jour. L'interruption totale des communications et l'isolement de la région entraînaient naturellement aussi l'absence de viande et l'on sait que la carence en protides d'origine animale a été également invoquée dans la pathogénie de la pellagre.

Le traitement par la vitamine P.P. prouva d'emblée son efficacité et son action rapide : sous l'influence de ce bon résultat, la dose de vitamine P.P. ayant été diminuée, une recrudescence des troubles, de l'érythème en particulier, se produisit aussitôt, mais le retour aux doses antérieures amena immédiatement la guérison. Aucune expérience ne peut être plus concluante.

M. Sivadon a rappelé avec raison les rêves alimentaires des inaniés. Bien connus depuis, en particulier, les relations des naufragés du radeau de la *Méduse*, ces rêves furent d'observation courante pendant la difficile période de sous-alimentation où la zone frontière franco-italienne méditerranéenne (qui ne produit rien ou presque... que des fleurs et des rochers), était, par les bombardements et les destructions, coupée du reste du territoire de la France. Lorsque leur sommeil n'était pas empêché par la faim, les sujets, le plus souvent des femmes, faisaient en rêve des repas abondants et exquis.

Composantes psycho-somatiques d'un délire cosmique, par MM. MONTASSUT et L. FOUKS.

OBSERVATION. — Ben..., étudiant en droit, 24 ans, placé d'office dans le service le 28 juillet 1944. Né à Oran d'un père israélite et d'une mère chrétienne, le malade a été baptisé mais ne pratique aucune religion. Il vient en France de bonne heure et il fait de bonnes études. Passe son baccalauréat et prépare simultanément ses licences de droit et d'histoire. Il se réfugie en Afrique du Nord en 1940 où il poursuit ses études. Dès le début de son séjour, il contracte le paludisme, grave ou mal traité, qui persiste pendant plusieurs années. En mars 1942 il est atteint de typhus exanthématique avec manifestations adynamiques. Il ne semble pas présenter alors de troubles mentaux. La convalescence est longue et pénible, il se sent intellectuellement et physiquement diminué. Deux mois plus tard, l'anxiété latente s'aggrave et il présente, d'une manière permanente, un pressentiment pénible et une crainte diffuse mais encore irraisonnée. Il accuse des

paroxysmes anxieux sur un fonds d'asthénie profonde. La réapparition du paludisme, plusieurs mois après, paraît suspendre ses manifestations psychopathologiques, influence sédative de la pyrexie très nette mais limitée à une quinzaine de jours. L'anxiété réapparaît alors avec toute son intensité. Un grave différend avec un collaborateur, suivi de bagarre, fixe ses préoccupations sur le milieu dans lequel il vit. Les interprétations morbides sont plus nombreuses et on assiste à une ébauche de systématisation. Un ictère survient, nécessite son hospitalisation et on assiste à nouveau à une suspension des troubles mentaux. Guéri, il reprend un travail dans une exploitation forestière. L'inquiétude ne le quitte plus et l'incline à nouveau aux interprétations passionnelles. Au cours d'un travail en forêt, il déclenche un accès confuso-anxieux avec, pour la première fois, des troubles psycho-sensoriels. Une voix lui annonce : « Voilà le fou... tu feras le désespoir de ta mère ». Il doit abandonner son travail forestier et rentrer à Alger. Il se croit un être exceptionnel et a l'intuition qu'une mission l'attend sans qu'il puisse le préciser. Deux mois après son retour, un soir, se promenant dans les rues d'Alger, il est saisi par une puissance extra-humaine qui lui dit : « Tiens, regarde ma puissance, on va te révéler ton destin ». Il sent alors un manteau immatériel sur ses épaules, il a l'impression d'une présence spirituelle et il entend une voix tonitruante et menaçante s'écrier : « Ah ! ah ! il voulait être Gouverneur des Gentils », puis on lui annonce une existence glorieuse après des épreuves nécessaires d'édification, on l'assure du triomphe final. C'est lui qui doit apporter la Religion commune, qui va réconcilier Ismaël avec les tribus d'Israël. Pour illustrer cette prophétie, on le fait d'abord passer par des ruelles étroites qui figurent la voie douloureuse qu'il devra suivre. Il rencontre des gens massés dans l'attente du Messie et la voix lui dit : « Afin de te prouver que tout cela est vrai et que tu n'es pas fou, tu vas écouter ce qu'ils disent. » Il entend alors sur son passage des interjections : « Oui, oui, c'est vrai, c'est bien lui. » Il arrive finalement devant le Palais du Gouverneur, illuminé malgré l'heure tardive, ce qui figure son triomphe final et le succès de sa mission. Son destin s'éclaire à ses yeux et il se trouve heureux, car jamais il n'avait eu de telles ambitions. Lors du débarquement anglo-américain, il s'engage et fait la campagne de Tunisie. Au cours des fatigues de la retraite, les voix réapparaissent et il entend une voix terrible, menaçante, lui dire : « Ah ! ah ! tu as réussi à te faire faire prisonnier. » J'étais en possession, déclare-t-il, de tous mes moyens, je n'ai pas été pris de panique, j'ai constaté que cette voix était objective tout en étant intérieure. J'avais, en effet, conscience qu'elle était personnelle, celui qui se serait trouvé à côté de moi aurait pu ne pas l'entendre, quoiqu'elle fût très forte, comme une voix de haut-parleur. J'avais conscience qu'elle était hors de moi, bien que m'étant personnelle. Je la distinguais des bruits objectifs. Quelques heures plus tard, il est capturé par une patrouille. Il reste prisonnier trois mois, puis est libéré en

avril 1943. Il regagne le domicile maternel à Paris, sa mère le trouve changé, triste, solitaire, il travaille dans une banque, mais des voix menaçantes le troublent dans son travail et le forcent à rester dans sa chambre. Une nuit, une voix féminine véhémement le réveille, le traite de sale juif, lui annonce qu'il est prisonnier et damné. Pour se sauver, il doit obéir à cette voix, et comme preuve de soumission elle lui ordonne de faire l'âne et de manger des pourritures. Il s'exécute, marche à quatre pattes, mange dans la boîte à ordures et pleure. Cette voix était celle d'Isis, de Marie, de Madeleine. Toutes ces femmes sont des personnalités différentes de la même force. Ce sont des étrangères qui le traitaient comme quelqu'un qui n'est pas chez lui. Il connaît alors une période de terreur et d'épouvante qu'il compare au voyage de Dante aux Enfers. Il se livre à des recherches ainsi qu'à des purifications, assiste tous les jours à la messe. Mais alors, une voix antagoniste se fait entendre, de caractère plus familial, elle le traite paternellement et lui annonce la fin de ses épreuves. Toute sa position s'en trouve bouleversée, il abandonne la messe, récite des prières juives et tente de se circoncire. Le Très-Haut se manifeste incessamment à lui, le protège, mais aussi l'investit d'une mission rédemptrice : « Tu porteras la main et tu te feras arrêter ». Brandissant sa main gantée d'une serviette de toilette, il se rend à la Madeleine après avoir longuement déambulé rue Royale ; il est arrêté. Cette démarche a une signification symbolique. Elle annonce la destruction de la religion chrétienne, la reconstruction du Grand Temple, de la Cité Céleste de Jérusalem, ainsi que la réunion du peuple juif et la fin des siècles. Il a porté le gant devant la Madeleine car celle-ci était la favorite de Jésus, c'est-à-dire la fille aînée de l'Église. Jésus est le grand serpent qui a trahi Dieu et les hommes, qui censure toute vie naturelle, surtout au point de vue charnel. Il a séduit Eve, par elle subjugué Adam et sa descendance, et empêche les hommes de retourner à l'Eden et jouir de l'immortalité. Ben..., nouveau messie, apporte l'éternel mouvement, le bonheur à tous ceux qui, par lui, « mangeront et boiront bien et coucheront avec de belles femmes ».

Depuis un an, dans le service, Ben... n'a pas modifié ses conceptions initiales, malgré la richesse de son dévergondage imaginaire. Les dragons dominent les hommes, aussi est-il obligé de leur faire la guerre. Il est le Général en chef et grand rabbin, il commande avec sa pipe aux huit étoiles, dirige les avions, prend part à toutes les conférences mondiales et est un grand héros de l'U.R.S.S., etc... Il attend placidement la désagrégation du Monde Chrétien, alors il ramènera l'ordre et conduira les Tribus d'Israël à l'Eden. Incapable de travail extérieur, il s'adonne à la poésie avec une veine certaine. Ses poèmes sont des oracles définitifs et isotériques, ne visant pas « à l'universalité où chaque mot a une signification précise ». Il s'est initié à l'hébreu qui est une mathématique spéciale. Chaque lettre est symbolique, a un rythme, un sens spécial qui permet de suivre les métamorphoses du

monde. Son imagination fertile est servie par une grande facilité d'élocution. Son expression est pittoresque, riche et sonore. Il parle avec componction, son attitude est pleine de réserve et de dignité, ainsi qu'il convient à un personnage de son rang ; il présente un certain maniérisme et son attention est parfois difficile à fixer, emporté qu'il est par le cours de son imagination. Il ne témoigne pas d'affaiblissement intellectuel et répond parfaitement aux tests les plus élevés. Son affectivité semble normale mais se désintéresse du monde extérieur et se satisfait de ses rêves. Les hallucinations auditives sont rares, il accuse cependant des « voix auditives » perçues nettement par les deux oreilles, s'accompagnant d'une nette extériorité. Voix classiques d'Eve ou d'Adam, idéalement belles, ne rappelant pas de voix connues, non localisables dans l'espace. Les hallucinations psychiques et psychomotrices sont plus nombreuses ; ce sont des « voix verbales ». Les oracles qu'il prononce ne viennent pas de lui, sont imposés par Dieu, dont il est l'intercesseur.

Cette observation nous a paru moins intéressante par un pittoresque que nous avons volontairement restreint que par les réflexions qu'elle suggère.

Sans prédisposition particulière, sans antécédents vésaniques, Ben... a commencé son délire au décours d'un typhus exanthématique. Dépression, anxiété, accès confuso-onirique, puis hallucinations sont apparues au moment de la convalescence. L'évolution a été suspendue à deux reprises au cours d'accès fébriles palustres et d'un ictère, elle a repris avec le retour à la santé. Il y a là une illustration de ce balancement psycho-organique sur lequel M. H. Baruk (1) a encore récemment insisté. La fièvre a joué un rôle sédatif sur la psychose hallucinatoire, comme Petit et nous l'avons signalé autrefois (2).

La difficulté actuelle de documentation ne nous a pas permis de retrouver l'existence de psychose post-typhique, mais elle semble probable. Cette observation, en tout cas, répondrait assez aux démences précoces par encéphalite psychosique chronique sur lesquelles M. Marchand a attiré l'attention (3).

Le contenu du délire exprime un conflit affectif latent qui a divisé Ben... durant son enfance et dont il a souffert au lycée. Malgré la neutralité, voire indifférence religieuse de ses parents, Ben... a senti ce qui pouvait les séparer. Profondément fixé à sa mère, il n'a retrouvé son père qu'avec son émancipation sexuelle.

(1) BARUK : *Psychiatrie médicale*. Masson, p. 28, 295 et 616.

(2) PETIT et MONTASSUT : *Traitement des psychoses hallucinatoires par le nucléinate*. *Soc. Psy.*, 1929.

(3) MARCHAND : *Maladies mentales*. Legrand, tomes 3 et 4.

Celle-ci reste plus un désir qu'un fait, car il n'a eu qu'une seule tentative. Mais il aspire à se libérer des censures morales qu'il impute à sa mère et à sa religion. Il voit, par le retour à la religion israélite, le seul moyen de s'épanouir et de s'affirmer. Cette conversion d'essence psychanalytique explique le renversement du thème délirant initial ; nous y retrouvons une nouvelle illustration de la compensation idéo-affective si fréquente dans les paraphrénies fantastiques (1).

DISCUSSION

M. BARUK. — Cette observation illustre l'action des facteurs organiques dans l'extériorisation des fonctions intérieures. Le mécanisme de la conversion est souvent lié à un malaise très difficile à résorber. Il en résulte un état de conflit entre les croyances antérieures et nouvelles du sujet, expliquant chez le néophyte l'apparition d'une haine féroce contre les anciens amis qu'il convient de quitter.

Ici d'ailleurs le conflit a été résolu autrement.

Epilepsie avec auras visuelles à type d'hallucinations hémianopsiques par blessure occipitale. Etude des phénomènes hallucinatoires produits par excitation électrique de la cicatrice corticale, par MM. M. DAVID et H. HECAEN.

Bien que l'aura épileptique visuelle ne représente pas en général un bon matériel d'étude du fait hallucinatoire, en raison de la brièveté de son apparition et des troubles de la conscience qui peuvent l'accompagner, cependant quelques cas, par leur persistance relative, par le souvenir précis qu'ils laissent, méritent d'être retenus.

Si les hallucinations visuelles dans le champ hémianopsique ne sont pas exceptionnelles, il y a cependant toujours intérêt, croyons-nous, à ajouter un nouveau document au dossier de ces faits. Nous avons en outre pu, chez le malade dont l'observation va suivre, assister, au cours d'une intervention ayant pour but d'extraire des éclats métalliques, à la production quasi-expérimentale des phantasmes hallucinatoires.

OBSERVATION. — L... Joseph, 26 ans, professeur d'équitation.

Blessé en juin 1940 par éclat d'obus dans la région occipitale droite

(1) MONTASSUT : La compensation idéo-affective. *Encéphale*, 1927 ; *Evolution psychiatrique*, 1931.

avec lésion crânienne et méningo-cérébrale, il est aussitôt opéré alors qu'il est dans un état subcomateux et il est procédé à l'extraction de quelques éclats alors que d'autres ne peuvent être enlevés. A la suite de cette opération, amaurose totale, puis, au bout de 15 jours, il revoit la lumière, puis les couleurs, et enfin perçoit les formes. Il s'aperçoit bientôt que son héli-champ gauche est aveugle, ne voyant pas les objets qui lui sont présentés de ce côté. Il s'aperçoit aussi qu'en lisant il ne peut décrocher le regard des mots et doit s'arrêter pour fixer le suivant. Il en est de même pour changer de ligne. A cette époque il note aussi une réelle difficulté à compter des objets analogues.

Il présente assez rapidement des vertiges (voit les objets tourner en même temps qu'il éprouve une sensation de giration).

En juin 1941, apparition de la première crise épileptique précédée d'une aura visuelle. Ces crises ne sont pas fréquentes puisque de 1941 à 1945 il n'en a présenté que 7 ; par contre, il existe des équivalents plus nombreux (deux fois par mois environ) caractérisés par une céphalée soudaine à l'endroit de la blessure, puis par une impression de chaud sur le côté droit du nez et l'apparition d'odeurs mal définies (« odeur que l'on a quand on court », dit-il), mais s'il y a hallucination visuelle, la grande crise suit toujours.

Description des crises : Précédés des phénomènes notés au cours des équivalents, surgissent dans l'héli-champ aveugle, d'abord des points colorés, des boules rouges ou vertes. Ceux-ci sont remplacés par des images d'un passé récent, des personnages, des animaux connus. Ces images défilent à la suite les unes des autres. Ces hallucinations sont colorées, immobiles : « C'est comme des plaques qui passent à la suite les unes des autres, mais en relief ». En outre, il continue à percevoir le monde réel dans l'héli-champ conservé. Il reste persuadé de la fausseté de ces images et est anxieux, angoissé, se répétant : « Mais je ne suis pas fou ». La perte de connaissance suit immédiatement ce déroulement hallucinatoire ; il existerait d'abord une contraction tonique du côté gauche, puis des convulsions généralisées avec miction et défécation suivies d'une période délirante et d'asthénie très marquée au réveil.

Si on fait préciser les caractères des hallucinations on apprend qu'il s'agit toujours de sujets rencontrés récemment et qui l'ont frappé par quelque particularité et ont éveillé en lui son affectivité. Ainsi, il voit un cheval immobile sur le fond du Bois de Boulogne, cheval qu'il reconnaît comme celui qu'il avait dressé très récemment avec beaucoup de peine. Une autre fois c'est un enfant qu'il venait de rencontrer quelques instants auparavant et qui l'avait frappé par son aspect misérable en lui inspirant un profond sentiment de pitié.

A l'examen (juillet 1945), on constate, dans la région occipitale droite, une cicatrice de 3 cm. sur 2 environ, avec perte de substance osseuse sous-jacente.

Hémianopsie latérale homonyme gauche n'intéressant pas la vision maculaire.

Il n'existe pas de trouble du langage, bien que le malade signale une certaine difficulté à trouver les expressions précises nécessaires dans son métier. La lecture n'est pas troublée. La paralysie psychique du regard, qu'il signalait comme importante au début, n'apparaît plus que par intermittence ; il persiste cependant une difficulté à passer d'une ligne à l'autre, non attribuable en totalité à l'hémianopsie. Dans l'écriture il ne signale de difficultés que pour relier ses lettres et doit très souvent les écrire séparées les unes des autres, comme des caractères d'imprimerie.

Quelques difficultés du calcul, notamment pour compter des objets similaires, pour lire les nombres à beaucoup de chiffres (trouble pour une partie redevable à l'hémianopsie).

Les gnosies des couleurs, des objets, géométrique et symbolique, spatiale, corporelle, sont intactes.

Il en est de même des praxies, à l'exception d'une certaine difficulté du dessin perspectif.

Notons aussi une hémi-hyperextensibilité musculaire droite, nette au cou, au membre supérieur et au pied.

Examen vestibulaire. — Aux épreuves spontanées, déviation à droite, sans nystagmus, au calorique, à l'oreille gauche, prédominance de la secousse lente.

La radiographie montre la présence de plusieurs éclats dont deux assez importants au niveau de la brèche osseuse.

L'intervention est décidée pour procéder à l'ablation de ces éclats.

Intervention le 11-9-45. — On repasse dans la cicatrice arciforme occipitale droite qui est ensuite décollée progressivement de l'os puis de la dure-mère au niveau de la brèche osseuse. En ce point la dure-mère est très épaissie, présentant par endroits une adhérence marquée avec le cerveau. Dans l'épaisseur de la dure-mère existe un gros éclat ; la dure-mère est alors réséquée tout autour de la brèche osseuse et l'on se rend compte qu'il existe un volumineux kyste séreux comblant l'espace entre la dure-mère et le cerveau déprimé. Au niveau du cerveau, la palpation dénote l'existence d'une cicatrice de la grosseur d'une petite amande ; celle-ci est également excisée. Après hémostase on excite le cerveau au niveau où la cicatrice a été enlevée avec la plus faible intensité possible ; immédiatement le malade s'écrie : « A gauche des lumières, ça s'allume, ça s'éteint, c'est discontinu comme des ampoules électriques. »

Bien qu'on ait cessé l'excitation, il continue à voir ces lumières dans son champ visuel hémianopsique. On excite alors en d'autres points voisins du premier — ceci ne produit nulle modification dans la vision des lumières alternantes.

L'excitation est alors cessée tandis qu'on élargit la dure-mère avec une membrane d'amnios. Après l'excitation, le malade qui n'a pas

cessé de voir des lumières à gauche dit soudain et très calmement : « Je vois deux bouteilles juste au-dessous de moi ; deux bouteilles blanches ». En même temps il signale des nausées.

Puis, presque aussitôt, « il y a un chien » ; on lui demande comment est ce chien, il répond : « J'aperçois à ma droite le nez d'un chien, ça me laisse supposer que c'est un setter ou peut-être un cocker. »

Puis il siffle le chien, l'appelle ; on lui demande pourquoi il fait cela : « Mais pour qu'il vienne, naturellement ! »

Le malade est parfaitement lucide et présent, et on engage avec lui une discussion sur la réalité du chien en lui demandant si ça ne l'étonne pas que dans une salle d'opérations on introduise un chien ; il répond aussitôt : « Si ! vous ne devriez pas le faire. Il y est puisque je le vois. »

On lui fait remarquer que s'il le voit c'est peut-être parce qu'il a une hallucination comme celles qui précèdent toujours ses crises : « Ce n'est pas la crise parce que dans la crise ça se passe à gauche, et ici c'est à droite. »

Le malade se met à vomir et presque aussitôt survient une grande crise épileptique généralisée : congestion intense de tout le cerveau en même temps que se produit une hyperproduction séreuse : la cavité kystique, qui a été recouverte par une membrane d'amnios, est immédiatement remplie de liquide céphalo-rachidien qui fait bomber la membrane.

Lorsque les convulsions cloniques cessent, le malade est pris d'une agitation intense, cris, hurlements, comme s'il avait très peur, appels angoissés : « Maman, maman ! » — agitation qui dure jusqu'à la fin de l'intervention.

Les suites opératoires sont simples et le malade se lève au 20^e jour. Interrogé le lendemain de l'intervention, il se souvient parfaitement de toute la période hallucinatoire et de l'impression de réalité que lui donnaient les bouteilles et le chien. Il pense, en outre, que ce n'était pas n'importe quel chien, mais un chien vu quelques jours auparavant.

Examen histologique de la cicatrice corticale (Ajuriaguerra). — Il existe une partie centrale correspondant à une zone ramollie ancienne, formée d'un tissu aréolaire avec quelques néo-vaisseaux sans hémorragie. Par des zones de transition peu importantes, on arrive à la zone corticale formée d'un tissu beaucoup plus compact à base de glie fibrillaire prenant en certains endroits l'aspect du « tissu piloïde ».

Il s'agit donc ici d'hallucinations visuelles figurées complexes avec couleurs et relief, n'entraînant pas la croyance au dire du malade (encore qu'il ne puisse affirmer totalement ce dernier point), reproduisant des personnages ou animaux récemment vus et se produisant dans le champ hémianopsique.

Notre observation se rapproche donc beaucoup de celles publiées par Krause, Chatelin et Patrikios, Foerster... (Notons cependant l'immobilité des personnages hallucinés, la succession dans une même aura de tableaux se projetant comme des plaques présentées les unes après les autres, caractères déjà notés par nous dans une observation présentée ici même — avril 1943).

Par contre, lors de l'intervention, les hallucinations produites par stimulation électrique ont revêtu des caractères particulièrement intéressants. Si tout d'abord la stimulation de la zone où siégeait la cicatrice corticale détermina de simples photopsies se projetant dans l'hémi-champ aveugle, photopsies qui persistèrent bien après la cessation de l'excitation, après onze minutes de latence se manifestèrent, dans l'hémi-champ conservé, des hallucinations complexes auxquelles le patient accorda pleine et entière croyance, alors qu'il était parfaitement lucide et qu'on tentait par le raisonnement de lui faire admettre le caractère morbide de ses hallucinations. A tous les arguments basés sur la logique, le malade se contentera de répondre : « Il y est puisque je le vois » ; réponse évidemment péremptoire affirmant le primat des données des sens sur toutes les constructions intellectuelles. Ce chien dont il n'hallucine d'ailleurs que le nez, qu'il appelle et qu'il siffle comme le malade de Foerster qui voulait attraper le papillon perçu à la suite de l'excitation électrique de l'aire 19, entraîne un jugement de réalité absolument formel. Ce n'est qu'après la crise que notre patient a reconnu la nature morbide de cette perception dont il gardait un souvenir très précis.

Comment faudra-t-il donc intituler ce phantasme, hallucinose ou hallucination ? Une fois de plus il nous apparaît que l'hallucination est une, qu'elle traduit toujours une perturbation de l'activité d'une sphère sensorielle depuis les photopsies jusqu'aux hallucinations des délirants. Ses variations séméiologiques doivent se comprendre comme les variations d'une « figure » par rapport au « fond » sur lequel elles se projettent, soit que la première domine nettement et c'est l'hallucinose, soit qu'elle s'efface sur l'arrière-plan de la personnalité et c'est l'hallucination.

DISCUSSION

M. GUIMAUD. — Cette observation est intéressante parce qu'il y a eu ici production expérimentale d'hallucinations par les auteurs. On voit donc bien que c'est l'excitation corticale qui provoque l'hallucination. Or, on a prétendu que des hallucinations s'observaient après ablation de la scissure calcarine, ce qui semble assez étonnant.

Un cas de syndrome de Laurence Bardet-Biedl,
par MM. X. ABÉLY et P. LUQUET.

Nous avons observé un nouveau cas de syndrome de Laurence Bardet-Biedl dont on connaît la rareté relative. Le dernier en date est celui présenté par M. Garcin à la Société neurologique en décembre 1944. Cette affection, dont la pathogénie est encore fort incertaine, se traduit par la triade : troubles de la vue d'origine nerveuse, polydactylie, syndrome adiposo-génital, qui s'associe à de l'arriération mentale.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un enfant de 14 ans qui, en dehors du retard de développement psychique (à 5 ans il ne parlait pas encore), ne présente dans ses antécédents que des convulsions prolongées jusqu'à l'âge de 4 ans.

On est frappé par les symptômes suivants :

1° La *polydactylie* : un sixième orteil est implanté sur le bord externe de chaque pied ; la radio montre la présence de cinq métatarsiens seulement avec articulation sur la cinquième des phalanges supplémentaires. La même déformation existait au niveau des mains, mais l'ébauche des sixièmes doigts était moins complète ; ces doigts purent être enlevés aussitôt après la naissance ; on voit encore les cicatrices de cette intervention.

2° Les *troubles visuels*. Le malade avait été déjà examiné par un médecin des Quinze-Vingts qui avait diagnostiqué une rétinite pigmentaire, signe classique du symptôme. Actuellement cette rétinite est peu apparente, mais l'examen ophtalmoscopique montre une pupille blanche et atrophiée. La lésion plus ou moins marquée du nerf optique semble d'ailleurs souvent précéder la lésion rétinienne. Notre malade ne voit plus clair quand le jour baisse.

3° Le *syndrome adiposo-génital*. L'adiposité prédomine à l'abdomen et à la racine des cuisses. Les testicules sont peu développés. Les poils sont absents au niveau des aisselles et rares au niveau du pubis. Le malade présente une morphologie féminine. Le bassin est large. Les mains sont courtes et épaisses.

A ces signes fondamentaux s'ajoutent chez notre malade :

un diabète insipide avec polydipsie et polyurie (6 litres par jour) ; les urines ne contiennent par ailleurs ni sucre, ni albumine ; une certaine incoordination des mouvements de la main se traduisant par une maladresse notable ; une légère hyperextensibilité ; on ne constate pas d'autres signes de la série cérébelleuse ;

quelques autres défauts de développement osseux ; déformation des genoux en *genu valgum* ; insuffisance de soudure des sutures

craniennes. La radiographie ne décèle pas de déformation cranienne. La selle turcique est un peu petite.

Au point de vue psychique on constate une arriération mentale moyenne. Les notions scolaires sont réduites. L'âge mental est de 8 ans environ. L'enfant est gentil, docile, ni apathique, ni excité, mais puéril et assez lent mentalement et un peu craintif.

L'hérédité enfin, point essentiel en la circonstance, est assez lourde. L'enquête a été rendue difficile du fait que les parents sont séparés. Il n'y a pas d'autre enfant du même lit. Du côté paternel, on peut noter le grand-père alcoolique, la grand'mère internée (mais pour démence sénile), un oncle coxalgique et la possibilité de syphilis chez le père (les réactions spécifiques sont négatives chez notre malade). Du côté maternel on trouve le grand-père pottique, la grand'mère bizarre ; la mère déséquilibrée, mariée quatre fois, ayant eu un enfant mort en bas âge et un autre coxalgique. Toutefois on ne trouve pas ici la consanguinité des parents, si fréquemment observée dans le syndrome.

Nous nous garderons de ranimer à propos de notre cas tous les problèmes étiologiques, pathogéniques et génétiques soulevés par le syndrome de Laurence Bardet-Biedl, si longuement étudiés déjà, mais qui restent encore obscurs. Nous noterons simplement dans notre observation la vraisemblance d'une origine hypophysaire ou infundibulo-tubérienne.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Il serait intéressant de connaître ici la valeur des éléments héréditaires et les mécanismes génétiques en cause.

Délire aigu azotémique guéri par l'injection intra-rachidienne de pénicilline, par MM. Jean DELAY, P. DESCLAUX, GENDROT et R. DIGO.

OBSERVATION. — André L., âgé de 16 ans, est interné le 15 juillet 1945 dans le service pour des troubles du comportement d'allure hystéro-catatonique. C'est le quatrième accès de caractère analogue qu'il présente depuis trois ans à la suite d'un choc émotif initial important.

Le début des troubles remonte à 1942. Jusque là l'enfance avait été complètement normale sans aucun trouble mental. Nul antécédent pathologique ne peut être relevé dans la famille du malade.

Brusquement, le 2 avril 1942, André L. subit à Poissy un violent bombardement au cours duquel son père est grièvement blessé à ses

côtés. Il n'est lui-même que légèrement atteint au bras gauche, mais présente un état de prostration assez intense pendant plusieurs jours.

C'est dans les semaines suivantes qu'apparaissent des troubles de l'émotivité et du comportement. Il refuse alors de se coucher chez lui et sa mère doit l'emmener à l'abri. Chaque fois il s'y endort aussitôt en une sorte de narcolepsie émotive avec résolution musculaire complète.

Il part en juillet 1942 dans une colonie agricole en Algérie où il se conduit normalement jusqu'en septembre 1942. Peu à peu il devient triste, s'isole, le regard vague, l'air absent, pleure souvent, cependant qu'apparaît une boulimie avec glotonnerie. Il faut noter qu'il ne recevait plus de nouvelles de France et s'en plaignait. Il est alors hospitalisé chez le professeur Porot pour une « catatonie à début « dépressif s'accompagnant de signes infectieux importants : infection rhino-pharyngée, bronchite, angine pultacée ; il avait en outre « une révulsion permanente des yeux vers le haut ».

On ne trouve aucun signe de localisation, la ponction lombaire ne peut être pratiquée devant l'opposition du malade. Il est alors traité par des sulfamides et l'électro-choc. Il est rapidement amélioré et sort le 30 novembre 1942 ayant engraisé de 5 kilogs 900.

L'amélioration ne persiste pas : il rentre à nouveau le 27 janvier, après avoir manifesté son chagrin d'être sans nouvelles de ses parents. Il présente pour la première fois un clignement rapide et subintrant des paupières ajouté au syndrome clinique déjà observé.

Il sort en mai 1943 pour être placé dans un centre agricole.

Enfin, du 5 avril 1945 au 30 juin 1945, il est une dernière fois interné pour des phénomènes identiques aux précédents. Il est rapatrié en France à cette date.

Pendant toute cette période il a augmenté de poids et pris 8 kilogs 400, soit 17 kilogs depuis le début de sa maladie.

A chaque rechute le traitement par l'électro-choc s'est montré aussi efficace, transformant le tableau clinique, mais n'a pas entraîné une guérison durable.

En effet, après avoir passé quelques semaines avec sa mère en France et appris la mort de son père, André L. présente pour la quatrième fois des troubles qui motivent son internement.

A son entrée dans le service, on observe une attitude hystéro-catonique assez caractéristique. Son corps est immobile, figé dans une pose comparable à celle d'un supplicié prêt à tout subir. La tête est animée d'un balancement léger et continu, le front ridé et les commissures labiales maintenues fortement abaissées en un rictus amer imprimant à la face un caractère d'imploration.

Trois ordres de manifestations attirent particulièrement l'attention :

Les signes oculaires : les paupières sont animées d'un perpétuel battement, les globes oculaires apparaissent révulsés en haut et à droite, donnant l'impression que le malade est photophobique. En fait, bien que sa mimique soit celle d'un sujet aveuglé par la lumière,

avançant en tâtonnant, il se tourne toujours systématiquement vers la source de lumière la plus vive de la pièce. Cette position du regard n'est pas modifiée par les diverses positions imprimées à la tête et au corps du sujet. Le plus souvent aucune incitation ne parvient à la dissiper, quelle qu'en soit la nature et l'intensité. Elle cède toutefois pendant quelques instants à des invigoration impérieuses ou à des propos paraissant intéresser le malade.

L'anxiété : sur le fond de stupeur douloureuse, André L. présente de temps à autre des accès d'anxiété, soit spontanément, soit sous l'effet d'une crainte plus ou moins diffuse élaborée à partir de propos qu'il entend et interprète.

La *catatonie*. Le négativisme est net ; la contrainte physique mise en œuvre pour le vaincre montre une opposition musculaire intense. Il alterne avec de la suggestibilité et un caractère d'automatisme dans l'exécution de certains ordres. Les réactions de défense sont conservées mais s'émeussent rapidement. Il existe en outre une remarquable conservation des attitudes avec une échopraxie considérable et des phénomènes d'anticipation passive.

La prise de contact avec ce malade est des plus difficiles, il répond seulement aux questions élémentaires après un long temps de latence nécessitant la répétition de la question. Les réponses sont le plus souvent inexactes, à côté, avec des persévérations dans l'erreur aussitôt après la rectification et témoignant d'une désorientation complète dans le temps et dans l'espace.

L'examen somatique et général du malade ne montre pas d'autres signes.

Une exploration du psychisme sous narcose est alors pratiquée. Après usage des tests de Jung et injection de 245 R.P., le malade nous révèle l'importance du choc émotif lors du bombardement de 1942 dans l'élaboration du syndrome, en particulier dans la mimique. Ses explications prennent une valeur symbolique : il regarde en haut et à droite, car son père fut blessé à la région frontale droite ; de plus, son rictus reproduit l'expression douloureuse de son père lors de sa blessure. Cette exploration n'est suivie d'aucune amélioration. On pratique alors quatorze électro-chocs qui n'entraînent qu'une rémission partielle et provisoire des troubles.

Brusquement, le 17 septembre 1945, s'installe un tableau aigu avec fièvre à 40° et agitation psychomotrice. Le faciès est animé, rouge, vultueux, le pouls est rapide, la tension artérielle normale.

Rapidement les signes s'aggravent et le lendemain on se trouve en présence d'un délire aigu. L'agitation est extrême. Le malade doit être maintenu car il veut s'enfuir, il remue la tête sans arrêt de droite à gauche, se débat dans tous les sens, se roule, bouleverse sa literie, lance ses jambes en avant et se frappe avec violence sans paraître en souffrir, il lacère le linge avec ses dents, crache, essaie de mordre et de frapper autour de lui. Il pousse des cris inarticulés paraissant exprimer la ter-

reur et l'anxiété, et laisse échapper des mots sans suite à tonalité agressive, témoignant d'un délire absolument incohérent et polymorphe. Parfois on peut y démêler des injures s'adressant à sa famille ou à l'entourage. Il ne reconnaît personne, tout contact avec lui est impossible. Son expression hagarde et son comportement laissent présumer qu'il est en proie à des hallucinations terrifiantes. L'insomnie est complète.

L'état général est très altéré, la température dépasse 40°, le pouls demeure petit et rapide, la tension artérielle est tombée à 10 1/2-6, le visage devient terreux, les yeux se cernent, l'haleine est fétide, la langue est sèche, rôtie, les lèvres fuligineuses, la sitiophobie est absolue. Il y a des sueurs profuses. On observe un début d'eschare lombaire. Le malade perd ses urines qui paraissent peu abondantes. Leur examen après sondage ne montre aucun élément anormal, la concentration de l'urée dans l'urine est de 9 gr. 700 0/00.

Le liquide céphalo-rachidien montre une légère lymphocytose. Albumine 0,25, Réaction de Pandy, Weichbrodt négative, leucocytes 9, Bordet-Wassermann négatif, Meinicke négatif, Benjoin : 00000.01220, 00000.

Il existe une azotémie de 1 gr. 40 0/00.

Malgré une rehydratation intensive par voie sous-cutanée et rectale, l'état est stationnaire. Deux électro-chocs restent sans résultat.

Le 19 septembre 1945, à 14 heures, est pratiquée une injection intra-rachidienne de 8.000 unités de pénicilline Gloxo. Deux heures plus tard, l'état du malade est déjà modifié, l'agitation est considérablement diminuée. A 18 heures, il demande spontanément à uriner. A 20 heures, il accepte de boire, l'agressivité a complètement disparu, le contact est possible : il donne son nom, son âge et quelques renseignements sur sa vie familiale.

Une série d'injections intra-rachidiennes de pénicilline est poursuivie à la dose de 8.000 unités par injection, au rythme de deux injections par jour, atteignant au total 100.000 unités.

Dès le lendemain, la transformation est complète. Le malade est calme, la docilité extrême contrastant avec toute son attitude antérieure. Ses réactions affectives sont adaptées et il évoque facilement les différentes étapes de sa vie, mais il persiste pendant toute la période qui suit un état sub-confusionnel, malgré l'accentuation de l'amélioration. Le regard vif et mobile témoigne de l'intérêt pris à la conversation. Vis-à-vis de ses parents son comportement est tout à fait normal ; il parle avec lucidité de la mort de son père. Il reste toutefois légèrement bradypsychique et conserve une persévération des attitudes avec suggestibilité et échopraxie.

Parallèlement, l'état général se transforme de façon étonnante. En 24 heures, la température est tombée à 37°. La diurèse s'est établie après une débâcle urinaire de trois litres où la concentration urinaire atteint 35 gr. 0/00. L'azotémie tombe en deux jours à 0,50 0/00, puis à

0,25 0/00. L'eschare disparaît. Cette amélioration somatique a persisté sans défaillance.

Mais les signes psychiques, par contre, se sont aggravés de nouveau, présentant un curieux parallélisme avec les troubles du métabolisme de l'eau du petit malade. En effet, le 5 octobre 1945, il devient progressivement hébété, et les signes psychomoteurs observés à son entrée réapparaissent pour réaliser un tableau clinique analogue à celui de son entrée. Sa diurèse est considérablement diminuée et son poids avait augmenté de trois kilogs en huit jours.

Le 14 octobre, sous l'influence de la théobromine à la dose de 3 gr. par jour et du sérum hypertonique intraveineux, une amélioration transitoire se produit qui s'accompagne d'une augmentation de diurèse et d'une chute de poids de deux kilogs.

Mais en quelques jours tous les signes se reproduisent, et ce n'est que l'électro-choc qui entraîne une amélioration plus stable persistant actuellement.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres. Il s'agit en effet d'un psychopathe ayant présenté un *délire aigu*. C'est une notion classique que celui-ci survient chez des sujets présentant une tare mentale ; le fait important réside dans la rapidité de la guérison sous l'influence d'une thérapeutique inhabituelle. En quatre heures le tableau clinique est modifié totalement et la guérison est amorcée en douze heures. C'est là une notion que nous n'avons retrouvée signalée nulle part. L'action thérapeutique elle-même mérite d'être étudiée. On assiste en effet à une action du système nerveux remarquable sur le métabolisme des protides. Uniquement par injection intrarachidienne d'un médicament anti-infectieux, l'azotémie passe en 48 heures de 1 gr. 40 à 0 gr. 25, cependant que la concentration de l'urée dans l'urine monte transitoirement de 9 gr. 200 à 35 gr. 0/00 et revient ensuite à son taux initial.

Cette action est à rapprocher de celle que l'un de nous signalait dans la confusion mentale sous l'influence de l'électro-choc.

La réaction biologique méningée est liée aux impuretés et aux solvants de la pénicilline ; elle est connue pour sa bénignité, à tel point qu'elle ne contre-indique pas un traitement intrarachidien de pénicilline dans les méningites aiguës.

Enfin il nous paraît intéressant de noter l'amélioration considérable mais transitoire que présenta notre malade après son délire aigu.

Quant aux troubles mentaux évoluant chez celui-ci depuis 1944, ils nous semblent mériter quelque attention. L'importance du choc émotionnel paraît indéniable ; à ce point de vue, l'in-

vestigation sous narcose que nous avons déjà étudiée nous a fourni des renseignements intéressants en donnant une interprétation psycho-génétique de la signification de la mimique au cours du syndrome hystéro-catatonique.

Un dernier point nous paraît devoir être mis en évidence, c'est l'importance des troubles du métabolisme de l'eau chez ce malade et leur parallélisme avec ses troubles mentaux.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — Ce cas paraît peu mériter le nom de délire aigu. On voit souvent 1 gr. 40 d'urée dans les états fébriles et infectieux.

Délire aigu azotémique à guérison rapide. Action de la pénicilline, par MM. Jean DELAY, P. DESCLAUX, GENDROT et R. DIGO.

OBSERVATION. — Le malade, Roland F..., âgé de 23 ans, est interné pour des troubles du comportement avec excitation délirante et hallucinations.

Parmi ses antécédents héréditaires, on ne note aucun fait pathologique. Par contre, son histoire révèle qu'à l'âge de six ans, il a présenté une rougeole compliquée de pneumonie, d'insuffisance hépatique et de délire d'allure onirique : il voyait du feu, des bêtes. Son psychisme ne subit aucune transformation à la suite de cette maladie.

D'autre part, il faut également signaler qu'à deux reprises il semble avoir présenté un choc émotif important : en 1935, à la mort de son père, il est très affecté et ne cesse d'en parler pendant plusieurs mois. En 1942, il est fortement impressionné par un accident survenu à sa mère qui se fracture le crâne ; il tombe lui-même malade et doit rester alité pendant 15 jours.

Depuis deux mois il souffre de céphalées et progressivement présente une tendance à la solitude, à la rêverie entrecoupée de colères inexplicables et contrastant avec son caractère normalement doux et docile.

Le 2 octobre 1945, il est hospitalisé à l'hôpital St-Michel pour subir un redressement de la cloison nasale, en vue de faire disparaître ses céphalées. Après l'intervention, il présente une hémorragie abondante avec un état subfébrile. Le lendemain il est assez bien mais souffre toujours de maux de tête. Il est énervé et manifeste une vive contrariété hors de proportion avec le fait qui la motive. Malgré cela il se couche et s'endort normalement à 20 h. Brusquement, à 22 h., il se réveille, en proie à des manifestations oniriques déclenchant une angoisse terrifiante : il revoit devant lui son père mort il y a dix ans. Il se lève, fait des

généflexions ainsi que des prières, prend des attitudes extatiques et ne paraît pas entendre ce qu'on lui dit. Il déambule sans arrêt, tenant des propos sans suite, réclamant des images et des médailles que son père portait autrefois. Au cours d'un paroxysme anxieux où on essayait de le maintenir, il devient furieux et tente de s'étrangler en se serrant le cou. Par moments il redevient calme, prend une attitude enfantine et réclame avec puérilisme « de bons petits repas ».

Ces alternances de calme et d'agitation se succèdent ; il devient si violent qu'on doit l'hospitaliser à Henri-Rousselle. Il est alors apyretique.

Le 11 octobre 1945, à son entrée dans le service, le malade doit être maintenu. Il présente, en effet, une agitation verbale et motrice incessante, il se débat, se roule sur son lit, lance ses jambes en avant, essaie de se dresser. Ses yeux sont brillants, injectés et légèrement exophtalmiques. Son regard est anxieux, son visage grimaçant et d'une extrême mobilité. Il profère des onomatopées : bruit de locomotive, de machines, etc... Il parle et crie sans arrêt, discute avec des interlocuteurs invisibles, son attention est impossible à fixer, ses propos sont décousus, incohérents, on peut toutefois y relever plus fréquemment des mots exprimant des préoccupations mystiques et sexuelles. Par moments il appelle à de nombreuses reprises son père et sa mère et semble suivre le déroulement de scènes terrifiantes qu'il mime intensément. Parfois ses réactions deviennent soudain hostiles et agressives, il crache et cherche à frapper, intégrant ses perceptions du monde extérieur dans le flot des images oniriques qui l'assaillent et répondant verbalement à des hallucinations variées. L'état général est très mauvais. La sitiophobie est absolue, la déshydratation intense, le teint est blafard, terreux, les yeux sont cernés, les lèvres fuligineuses, la langue rôtie ; l'insomnie est totale, surtout la température est à 39°5, le pouls à 120 et l'azotémie dépasse 1 gr. 20.

A 14 heures, on pratique alors une injection intra-rachidienne de 8.000 unités de pénicilline. Dans les heures qui suivent l'injection, on remarque un net changement : la sitiophobie disparaît, le malade acceptant de boire un peu de lait et du bouillon, il répond aux questions posées, témoignant d'un certain degré d'obtusion et de confusion mentale. Dans la soirée, il est désorienté, mais ses réponses demeurent adéquates : il dit son nom, son âge, son adresse et parle correctement de sa mère ; il dort plusieurs heures.

Malheureusement cette amélioration ne persiste pas, et le lendemain après-midi, malgré la pénicilline intra-rachidienne pratiquée deux fois par jour, le tableau clinique est redevenu déplorable : le malade n'urine pas, le sondage ne ramène que quelques gouttes de liquide, l'urée sanguine reste à 1 gr. 25, l'amaigrissement est considérable, la température atteint 40°, le pouls est à 140, la tension artérielle est à 11-7. L'électro-choc pratiqué à deux reprises reste sans résultat, de même que l'hydratation par sérum glucosé. On envisage alors la possibilité d'un cloisonnement, car le liquide retiré par voie

lombaire s'écoule difficilement et reste très fortement coloré ; il n'y a pas cependant blocage complet, mais l'épreuve de Queeckenstedt montre une élévation très minime de la pression après compression des jugulaires ; en outre, la ponction dorsale retire un liquide clair. Les injections intra-rachidiennes sont alors pratiquées (une le matin et une le soir) à un niveau plus élevé et en même temps par voie intra-musculaire toutes les trois heures. Soit au total 300.000 unités intra-musculaires et 90.000 unités intra-rachidiennes. On continue la réhydratation par sérum.

Dès le lendemain, on constate une nette amélioration : l'agitation et les gesticulations se réduisent considérablement et par moments cessent complètement ; le malade réussit même à s'assoupir et à dormir. La diurèse s'établit et monte à 2 litres. L'urée est tombée à 0,75 0/00, tandis que le Co d'urée dans l'urine est de 45 gr. 27 0/00. La température, bien qu'oscillante, baisse régulièrement, et le soir à 21 h. elle n'est plus qu'à 37°5.

Le traitement pénicillinique intra-rachidien est continué. L'amélioration s'accroît, on commence à avoir le contact avec le malade, il comprend les questions simples, mais il est encore confus et ne peut y répondre de façon adéquate ; son anxiété a disparu, il est plutôt euphorique.

L'état général s'est parallèlement amélioré. Le malade s'alimente et boit normalement. Il urine bien et va à la selle. Le teint est de nouveau coloré, la langue se nettoie et redevient humide, la température oscille autour de 37°5. L'urée tombe à 0,35, puis, 0,20 0/00. Le Co de l'urée dans l'urine est de 25 gr. 41 0/00.

Cet état se maintient. Une thérapeutique par électro-choc est alors instituée. Son agitation avait disparu, mais persistaient des bouffées confuso-oniriques nocturnes avec sentiment d'emprise et d'hypnose. D'autre part, il présentait des troubles de la notion du temps vécu, croyant être dans le service tantôt depuis des années, tantôt depuis quelques jours. Il était, par contre, bien orienté dans le temps et l'espace.

Au cours du traitement par électro-choc, les symptômes présentent une légère recrudescence au début avec excitation et euphorie. Bientôt tout se calme, et le 1^{er} novembre, après neuf électro-chocs, l'amélioration est considérable, le contact est aisé et il ne persiste que quelques troubles mnésiques qui régressent régulièrement.

Cette observation est à rapprocher de celle que nous avons déjà rapportée. Comme dans le cas précédent, l'action de la pénicilline intra-rachidienne est remarquable dans les premières heures. Mais ici un incident de traitement intervint pour différer son efficacité. Il est vraisemblable qu'il existait un obstacle dans la diffusion du liquide céphalo-rachidien, comme l'indiquait la présence anormale de pénicilline dans le liquide retiré

par voie lombaire et le blocage partiel révélé par l'épreuve de Queckenstedt. L'injection du médicament à des niveaux plus élevés confirme cette hypothèse par son action remarquablement rapide.

On nota également une méningite moins intense et sans gravité. L'action sur les protides paraît aussi nette à partir du moment où la pénicilline fut injectée dans la région dorsale.

Enfin rappelons en terminant la tendance de notre malade à faire de l'onirisme que nous a montrée l'étude de ses antécédents et le rôle joué par les éléments affectifs à l'occasion de la mort de son père et l'accident de sa mère.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Guérir rapidement le délire aigu par des injections intra-rachidiennes de pénicilline est un fait important. L'objection possible que l'on peut présenter à de telles observations c'est qu'il ne s'agit pas de délire aigu azotémique. L'azotémie peut s'observer dans d'autres maladies aiguës, surtout à la période terminale dans les cas mortels. Dans le délire aigu, l'azotémie est précoce et progressive dès le début; elle s'accompagne d'un état physique grave, d'un amaigrissement rapide. Quoi qu'il en soit, dans le délire aigu, affection si souvent mortelle malgré tous les traitements proposés, il sera intéressant de traiter par la pénicilline d'autres cas et d'en observer les effets curatifs.

La séance est levée à midi quinze.

Les secrétaires de séance :

Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

Séance du Lundi 26 Novembre 1945

Présidence : MM. A. BAUDOUIN, président
et G. DEMAY, vice-président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 23 octobre et le procès-verbal de la séance du 12 novembre sont adoptés.

Modifications au procès-verbal de la séance du lundi 14 mai 1945

1° Communication de MM. Jean DELAY, P. DESCLAUX et A. SOULAIRAC : « Troubles psychiques récents après traumatisme cranien. Diabète insipide. Action comparée de l'encéphalographie gazeuse et de l'électro-choc » (voir *Annales médico-psychologiques*, Bulletin des séances de la Société médico-psychologique, 1945, I, p. 442, 2^e ligne), modifier le texte ainsi :

« Après encéphalographie on obtient une réaction hyperglycémique considérable » :

Avant	0,99 0/00	1 heure après	1,42 0/00
15' après	1,27 0/00	2 heures après	2,30 0/00
30' après	1,32 0/00	3 heures après	2,95 0/00

Après électrochoc, les taux d'hyperglycémie sont moins élevés :

Avant	1,06 0/00	30' après	1,23 0/00
5' après	1,10 0/00	1 heure après	1,23 0/00
15' après	1,23 0/00	2 heures après	1,23 0/00
		3 heures après :	1 gr. 17 0/00

2° « Démence de l'adulte. Constatations encéphalographiques », par MM. J. DELAY, J. MAILLARD et G. BOITELLE, lire par « MM. J. DELAY, J. MAILLARD, P. DESCLAUX et G. BOITELLE » (*Annales médico-psychologiques*, Bulletin des séances de la Société médico-psychologique, 1945, I, p. 433).

Correspondance

La correspondance comprend :

une lettre de M. le Médecin Général Inspecteur ARÈNE, Directeur du Service de Santé de la Région de Paris, informant la Société des dispositions prises par M. le Ministre de la Guerre en vue de la sélection des recrues prévue pour l'incorporation de la classe 1944, prévoyant à cet effet le concours de 4 neuro-psychiatres et demandant à la Société de lui adresser une liste de médecins neuro-psychiatres susceptibles d'être intéressés par ces fonctions.

Les collègues que cette offre intéresserait sont priés de vouloir bien s'adresser au Secrétaire Général.

Election de trois membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. BESSIÈRE, au nom d'une Commission composée de MM. EY, RONDEPIERRE et BESSIÈRE, rapporteur, et d'un rapport de M. CARRETTE, au nom d'une Commission composée de MM. DECHAUME, HEUYER et CARRETTE, rapporteur, il est procédé au vote :

Nombre de votants	23
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

MM. CARRIER	23 voix, élu
GIRARD	23 voix, élu
COLOMB	22 voix, élu
Bulletins blancs ou nuls	1

M. le Dr Jean CARRIER, de Lyon, ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, M. le Dr Daniel COLOMB, de Troyes, ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, et M. le Dr Paul GIRARD, médecin des hôpitaux de Lyon, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société.

Décès de M. Jean-Baptiste Buvat, membre titulaire

M. A. BAUDOUIN, *président*. — Messieurs, j'ai le regret de faire part à la Société du décès d'un collègue que j'ai beaucoup connu et aimé, le Dr J.-B. BUVAT. J'avais fait sa connaissance il y a quarante ans, alors que j'allais, pour Raymond, visiter des malades dans la maison de santé dont il venait de prendre la direction. Depuis, j'ai appris à mieux connaître encore l'intelligence et le caractère de cet homme de bien.

D'éducation lyonnaise, il avait été chef de clinique de Pierret, prédécesseur de Jean Lépine. Il en parlait volontiers, vantant le bon sens cli-

nique de son maître. Ces qualités l'ont lui-même caractérisé et l'on ne pouvait qu'admirer la solidité clinique de cet excellent médecin. Il se rattachait à la vieille école clinique, excellent à faire sortir, comme disait Séglas, un délire dans le moindre temps, sachant avec sagacité distinguer dans l'excitation, le cas banal ou l'hébéphrénie, dans la dépression, les états mélancoliques simples ou la catatonie.

Il nous laisse le souvenir d'un grand homme de bien et d'un parfait médecin.

Il appartenait à notre Société depuis le 27 mars 1905.

Nous adressons à Mme Buvat, si étroitement associée à lui dans la direction de la Maison de Santé, à son gendre, notre collègue M. le D^r Villy-Desmeserets, à son fils, notre collègue le D^r Jean-François Buvat, l'hommage de notre profonde sympathie et de nos unanimes et respectueuses condoléances.

COMMUNICATIONS

SEANCE RÉSERVÉE A L'ÉLECTRO-CHOC



Au début de la séance, la Société décide de reporter l'ensemble de la discussion après l'audition des communications inscrites à l'ordre du jour.

Guérison par électrochoc d'un cas de mutisme hystérique avec abasie, par M. Jean PICARD, M^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX et M. SCHMIDT.

A notre connaissance, la thérapeutique par électro-choc, qui est d'une si remarquable efficacité dans les psychoses affectives, ne semble pas avoir donné lieu à des applications systématiques dans les syndromes névropathiques de type hystérique.

C'est un cas semblable qui, quoique isolé, nous paraît ne point manquer de quelque intérêt, que nous rapportons présentement.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, fille unique appartenant à une famille de petits fonctionnaires, et qui n'a présenté aucune anomalie dans ses antécédents jusqu'à ces dernières années. Fille intelligente, d'instruction moyenne (brevet élémentaire), qui, ayant appris la sténo-dactylo, eut quelques raisons de craindre d'être appelée pour le S.T.O., et se consacra alors, durant l'occupation, à des travaux dans une ferme, dont elle s'acquitta fort bien.

En juillet 1944, elle fut opérée d'une appendicite banale, et au retour de la maison de santé, présenta une fièvre continue sans aucun signe

clinique. Tous les examens de laboratoire et radioscopiques furent négatifs. La température redevint normale en septembre.

A la fin d'octobre : céphalée, raideur de la nuque, température irrégulière, quelques vomissements, somnolence, parésie du membre supérieur droit l'empêchant de dessiner (le dessin est son passe-temps), hémianopsie nasale, bilatérale, selon ses dires et brutalement enfin mutisme avec essai d'émissions de sons incompréhensibles. Le médecin envisage l'hypothèse d'une piémérite ou d'une encéphalite. La fièvre, non contrôlée médicalement, persiste avec de grandes oscillations à 39-39,05 avec élévation paradoxale maxima le matin. Une ponction lombaire est faite en janvier 1945, qui décèle seulement une très légère élévation de la glycorachie à 0 gr. 65 et cinq lymphocytes au mm³. Le mutisme ne subsiste que quelques jours, mais les autres manifestations persistent et l'on essaie successivement l'électrargol, les lactoprotéïdes, la naidine et enfin un abcès de fixation, le tout sans succès.

Un confrère, appelé en consultation, vérifie la température prétendument à 39° et la trouve à 37°. A partir de ce moment, il n'est plus constaté la moindre élévation thermique anormale. Une seconde ponction lombaire est pratiquée le 1^{er} février 1945 et donne des résultats en tous points normaux. Le sucre est tombé à 0,55 et la numération des éléments à 0,5. L'albuminorachie, le benjoin, les réactions sérologiques sont normaux. Presqu'aussitôt après la ponction lombaire, disparition de l'hémi-parésie du bras droit, puis peu à peu de l'hémianopsie binasale subjective.

C'est le 8 mars qu'à la suite d'une frayeur (chute d'un cadre avec bris de verre), le mutisme total réapparut dans les conditions qu'elle décrit rétrospectivement ainsi : « J'eus comme un choc au cerveau. Je me rappelle encore cette sensation de vide que cela me fit. Je me trouvais seule à ce moment et lorsque maman, quelques heures après, revint, je ne trouvais déjà que difficilement les mots pour répondre et le lendemain je ne parlais plus du tout. » L'astase abasie, elle, ne s'installa qu'en mai. Elle narre ainsi ses impressions : « Plus le temps passait, plus la difficulté à marcher s'accroissait. C'était comme pour parler, comme avant pour me servir de mon bras droit, une incapacité de coordonner les mouvements nécessaires. Je n'éprouvais aucune douleur et je ne serais pas tombée car mes jambes ne fléchissaient pas. Seulement je ne savais comment poser mes pieds ni quelle jambe avancer et cela me faisait une démarche hésitante. Pour la parole c'était pareil, je savais les mots que je voulais dire, ils me venaient normalement à l'esprit, mais j'étais incapable d'articuler comme au début de janvier j'étais incapable d'avaler. »

C'est dans ces conditions qu'elle fut amenée à l'un de nous à sa consultation du dispensaire de neuro-psychiatrie, non sans que son médecin ait tenté d'user de persuasion et de suggestion. L'examen objectif ne révèle rien d'anormal, exception faite d'une hyperthyroïdie assez accentuée avec gros corps thyroïde et tachycardie (100), toutefois

sans tremblement important. Elle est normalement réglée, la tension artérielle est de 15-8,5. Les réflexes tendineux sont vifs en général. Pas de symptômes des séries pyramidales ou extrapyramidales. Point de troubles pupillaires ni de la motricité oculaire. Réactions sérologiques normales dans le sang. Bilan manifestement négatif.

Après de nouvelles tentatives d'invigoration, de persuasion et de suggestion, nous préconisons l'isolement qu'elle et sa famille acceptent sans difficultés. Devant l'échec de la plupart des thérapeutiques habituelles en matière de névropathie hystérique, l'électrochoc est alors tenté. Après le premier choc, le 17 juillet, qui s'est caractérisé par une forte infra-crise avec quelques attitudes dramatiques, ramenée dans sa chambre, l'abasie persiste, mais quelques minutes après elle crie : « Maman, maman », puis parvient à répondre à quelques questions en faisant de gros efforts d'articulation. Elle lit alors à voix haute une lettre de sa mère. L'abasie cède aussi : lorsqu'on lève la malade dans la soirée elle marche correctement. Elle manifeste la plus grande joie de cette situation. Une deuxième séance d'électrochoc eut lieu le 20 juillet. Elle écrit ce jour-là à sa mère, entre autres choses : « C'est quand même ennuyeux d'être guérie : je serai moins choyée et moins gâtée. »

Elle est rentrée le 31 juillet chez elle, a repris ses occupations et n'a présenté depuis lors aucune espèce d'anomalie.

Comment interpréter cliniquement ce cas ? Les manifestations de la névrose hystérique sont évidentes, encore que nous n'éliminons pas l'hypothèse d'une encéphalopathie transitoire et discrète n'ayant laissé d'autre séquelle qu'une persévérance pathomimique greffée sur la maladie initiale. Le terrain affectif chez cette fille unique apparaît comme très favorable à l'apparition de ces manifestations. Les traits saillants de sa mentalité révèlent peu à peu, sous le dehors d'une sincérité réelle, une affectivité encore enfantine, une imagination très vive, une suggestibilité assez grande, un goût autobiographique et la tendance éléorexique mise en lumière par M. Codet. Elle se déclare elle-même impressionnable et son émotivité d'hyperthyroïdienne est assez sensible. L'électrochoc apparaît donc avoir agi moins comme la suggestion d'un événement attendu que comme une sorte de contre-choc au choc émotif initial. La théorie de la dissolution-reconstruction apparaît en la circonstance pouvoir s'appliquer.

Quoique l'épreuve thérapeutique ne soit sans doute pas un argument suffisant, n'y a-t-il pas lieu en définitive de penser que certaines névroses et psychoses sont de nature très voisines, celles plus particulièrement qui mettent en jeu des désordres affectifs et thymiques ?

Sur certaines séquelles cérébrales graves de l'électro-choc : manifestations épileptiques, démences, réactions encéphaliques tardives. Données physiologiques et cliniques sur le danger de cette thérapeutique pour la circulation et la nutrition cérébrales, par M. H. BARUK.

L'électro-choc constitue maintenant une thérapeutique de plus en plus répandue et appliquée non seulement aux psychoses confirmées, mais à une série de petits troubles nerveux ou fonctionnels souvent très légers. Cette thérapeutique est parfois exécutée sans que le malade soit consentant, sans que la famille ait reçu les explications nécessaires sur ses modalités exactes et ses conséquences possibles. On fait plus facilement un électro-choc qu'une ponction lombaire et il semble à certains qu'il s'agit là d'une manœuvre thérapeutique banale, courante, et pour ainsi dire sans contre-indications.

Cependant l'électro-choc peut avoir des conséquences graves non seulement immédiates (fractures diverses, fractures de la colonne vertébrale plus fréquentes qu'on ne le croit, abcès du poumon, etc...), mais tardives, des mois ou des années après, conséquences non seulement générales, mais cérébrales, qui doivent retenir avant tout l'attention.

Nous avons rapporté récemment à la Société de neurologie (1) le cas d'un jeune homme atteint d'un simple surmenage à la suite de la préparation d'examens, à qui on a conseillé l'électro-choc. A la suite de la 7^e séance, il fut pris soudain de myoclonies vélopalato laryngées persistant depuis plusieurs années et symptomatiques d'une petite hémorragie de la calotte protubérantielle semblant avoir laissé des lésions définitives du système nerveux central.

A plusieurs reprises, nous avons vu des malades traités par l'électro-choc présenter ultérieurement, souvent longtemps après la fin du traitement, des manifestations diverses d'épilepsie : telle une jeune fille atteinte de chorée chronique traitée par une série d'électro-chocs, devenue épileptique un an après, sans aucune amélioration de sa chorée ; telle une autre malade traitée par des séries d'électro-chocs pour une manie chronique, qui présente 18 mois après la fin des chocs deux crises généralisées d'épilepsie à 20 jours d'intervalle.

(1) H. BARUK, Mlle OWSIANIK et BORENSTEIN : Sur un cas de myoclonies vélopalatolaryngées par lésions protubérantielles consécutives à l'électro-choc. *Soc. de Neurol.*, oct. 1945.

D'autre fois, il s'agit d'*équivalents épileptiques*, tel le cas de cette institutrice traitée par une série de vingt électro-chocs pour des obsessions (sans résultat d'ailleurs), qui après une phase de troubles de la mémoire importante, est prise d'une série d'accès très brusques et très courts d'*impressions du déjà vu* qui constituent de véritables auras épileptiques aggravant considérablement son état (1).

Parfois les séries d'électro-chocs sont suivies surtout chez les aliénés de l'apparition d'*impulsions brutales* et violentes à caractère épileptique. Ces faits ne sont pas rares, notamment chez un certain nombre de prisonniers rapatriés pour dépression et traités par l'électro-choc. Généralement on note aussitôt après l'électro-choc une amélioration, mais très passagère, bientôt suivie d'aggravations multiples du comportement. De nouveaux essais d'électro-choc aggravent encore la situation.

A titre d'exemple, citons le malade T., âgé de 35 ans, rapatrié d'Allemagne pour un état dépressif, avec anxiété, inquiétudes. Mais il était, nous dit la famille, « d'une douceur angélique ». Il subit une série d'électrochocs au Val-de-Grâce, sort quelques jours chez lui et paraissait notablement amélioré. L'anxiété avait presque disparu. Mais, quelques jours après, commencent pour la première fois des violences : le malade se mettait en colère, et une fois prend un marteau pour arranger une porte et en menace son beau-frère, etc... On doit l'interner. Depuis lors, il est pris d'impulsions absolument brutales (se lève d'un bond et frappe d'autres malades, ou casse un carreau, une fois même a tenté de mettre le feu avec une cigarette) alternant avec des malaises brusques à type de syncope. Son état s'est progressivement aggravé et a évolué vers une dissociation mentale entrecoupée de violences brusques.

Dans un cas de dépression à caractère psychasthénique chez un malade de 33 ans, traitée par une série de 18 électrochocs (sans résultat d'ailleurs), on a vu survenir à la 13^e séance de l'*énurésie nocturne* qui persiste encore de temps en temps après de nombreux mois. A peu près au même moment ont fait leur apparition des étourdissements et des vertiges brusques. On peut donc se demander si cette perte des urines la nuit n'est pas liée à des crises comitiales passées inaperçues.

A côté de ces diverses manifestations épileptiques, la thérapeutique par l'électro-choc est parfois suivie de *démence grave* chez des sujets chez lesquels rien ne faisait prévoir une telle

(1) Naturellement tous ces malades n'avaient jamais présenté antérieurement dans toute leur existence la moindre manifestation épileptique.

évolution : nous avons observé ainsi une jeune fille qui présentait de temps en temps un petit accès hypomaniaque ou dépressif absolument typique qui guérissait toujours au bout de deux ou trois mois de repos. Il s'agissait d'ailleurs d'une famille manifestement cyclothymique avec des accès analogues chez le frère, et une constitution cyclothymique évidente chez le père. Or, au cours d'un nouvel accès, malgré nos conseils, la famille a voulu appliquer la méthode de l'électro-choc. Les résultats ont d'abord paru merveilleux et au bout d'une quinzaine de jours la malade paraissait complètement guérie. Malheureusement quelques mois après, commençait de se développer un affaiblissement psychique progressif qui devait aboutir à une démence profonde. Six mois après, nous avons revu cette malade devenue complètement inconsciente, obèse, animée de balancements stéréotypés, ne parlant plus et perdant ses urines et ses matières.

A côté des manifestations précédentes, nous avons observé à plusieurs reprises chez des sujets ayant été soumis à la thérapeutique par l'électro-choc, la survenue de véritables réactions encéphaliques, avec état de mal épileptique mortel, tel un sujet de 44 ans, rapatrié d'Allemagne pour un état confusionnel typique, avec désorientation, onirisme, fausses reconnaissances, état d'abord aggravé après les électro-choc, puis persistant ensuite plusieurs mois dans notre service, et compliqué trois mois après par l'apparition (pour la première fois dans la vie du malade) de crises d'épilepsie généralisées typiques se répétant au rythme environ d'une crise par mois. Enfin 4 mois plus tard, une nouvelle série de crises plus rapprochées s'accompagnent d'une altération grave de l'état général, avec pâleur, prostration, puis brutalement survient une diarrhée intense et des signes d'une pneumonie de la base droite qui guérit après un traitement par la thiazomide, mais à la suite la prostration s'accroît, on note de l'hypothermie, des troubles du rythme respiratoire, et le malade succombe quelques semaines après.

Des cas de ce genre sont sans doute difficiles à interpréter. Faut-il incriminer l'électro-choc comme facteur sensibilisant du cerveau ? Y a-t-il d'autres causes, ou des coïncidences ? Des études ultérieures anatomo-cliniques permettront peut-être de nous fixer sur ce point.

Pour le moment, nous nous bornerons à rapprocher des données cliniques précédentes, certaines données physiologiques et expérimentales.

Dans une série de recherches expérimentales, effectuées chez

les animaux, notamment chez les singes avec MM. David, Racine, Vallancien, nous avons réalisé chez ces animaux les diverses modalités des thérapeutiques de choc (coma insulinique, cardiazol, etc...) en étudiant les modifications qui en résultent sur la circulation cérébrale. Quelques mots de nos résultats ont été dits au Congrès de Montpellier, mais un travail d'ensemble doit paraître sur ce sujet prochainement dans *l'Encéphale*. En ce qui concerne l'électro-choc, malheureusement nous n'avons pu faire qu'une seule expérience avec MM. Rondepierre et Lapipe. Un fait cependant nous a frappés, c'est que tous nos animaux soumis à ces épreuves comateuses ou convulsives, même alors qu'ils paraissent parfaitement remis depuis des mois ou des années, sont morts spontanément à la suite de crises d'épilepsie et souvent au cours d'un état de mal épileptique.

D'autre part, dans une série de recherches expérimentales sur l'action des ondes électriques sur le cerveau, I. Bertrand (1) et ses collaborateurs Koffas et Leroy ont mis en évidence l'action extrêmement nocive des ondes électriques sur la névroglie. L'électricité détruisant électivement les « pieds névrogliaux préhenseurs », ce qui, suivant ces auteurs entraîne « un effondrement dans la résistance du parenchyme nerveux », qu'il considère comme susceptible à échéance plus ou moins éloignée de compromettre gravement la nutrition du cerveau. Ils ont mis en évidence aussi des lésions vasculaires importantes.

Enfin tout ce que nous savons de l'action des commotions électriques chez l'homme doit nous inspirer les plus grandes réserves sur les conséquences du passage d'un courant électrique dans le cerveau. Marchand et Picard (2) dans leur travail sur les commotions électriques rapportent de nombreux faits à ce sujet et insistent aussi sur le retentissement vasculaire. Nous-même nous avons observé une série de complications nerveuses ou mentales chez l'homme à la suite de commotions électriques accidentelles ; dans un cas, développement d'une sclérose en plaques chez un ouvrier, électricien palestinien, ayant reçu à deux reprises dans la main, une décharge électrique, suivie de pertes de connaissance. Dans un autre cas, chez un ouvrier ayant reçu une décharge analogue, développement plus de six mois après, de manifestations épileptiques typiques qui se sont poursuivies depuis lors. Chez un

(1) I. BERTRAND, KOFFAS et LEROY : Action destructive des ondes de choc sur la névroglie cérébrale. *Soc. de Biol.*, t. CXXVIII, année 1938, p. 314.

(2) L. MARCHAND et J. PICARD : L'action des commotions électriques sur le système nerveux. *Encéphale*, avril 1935.

autre sujet, électrocuté alors qu'il était prisonnier en Allemagne, est survenu un état hétéphrénocatatonique aggravé encore à son retour en France par un traitement par l'électro-choc. Enfin chez un ouvrier du métropolitain victime d'une décharge d'un fil qui a provoqué une perte de connaissance d'une heure, nous avons vu survenir à la suite une psychose hallucinatoire.

Ces diverses données expérimentales et cliniques doivent donc inspirer des réserves sur les suites d'une thérapeutique qui peut risquer de déterminer de graves infirmités ultérieures et dont la généralisation intempestive pourrait poser de graves problèmes physiologiques, moraux et médicaux légaux.

Si, dans certains cas, l'application de l'électro-choc a paru donner, de façon immédiate, certains résultats spectaculaires, ces résultats doivent inciter, au lieu de répéter de façon stéréotypée cette thérapeutique dangereuse, à chercher les causes des résultats passagers obtenus dans une étude approfondie de la circulation cérébrale, et à substituer à ces thérapeutiques aveugles d'autres thérapeutiques rationnelles n'ayant pas la même agressivité sur le tissu nerveux. Nous reviendrons sur ce point dans un travail ultérieur.

Quelques constatations histophysiopathologiques sur le système nerveux après l'électro-choc, par M. P.-Ad. CHATAGNON.

Les examens macro et microscopiques autrefois pratiqués d'encéphales de sujets morts au cours de crises comitiales subintrantes ont prouvé la part considérable de la fluxion vasculaire avec son corollaire : l'œdème, sur la vie du neurone et son activité fonctionnelle. Ce sont des faits du même ordre qui nous permettent de réaliser l'expérimentation de l'électrisation de l'encéphale. D'autre part, les accidents de l'électricité atmosphérique, de l'électrocution industrielle accidentelle, de l'électrocution judiciaire aux U.S.A. nous ont éclairé sur quelques-uns des aspects des dangers et des lésions que les courants électriques causent aux tissus vivants (1).

L'introduction, dans une intention thérapeutique, de courants continus d'un voltage de 100 à 300 v., d'une intensité de 50 à 500 mA., durant un temps de passage de 0,1 sec. à 1/2 seconde, — ou de courant alternatif (110 v., 50 périodes), de 200 à 300 mil-

(1) Voir les travaux de MM. Marchand, Picard, Schiff, I. Bertrand.

liwatts durant 1/2 à 1 seconde et jusqu'à 2 secondes, — pour provoquer chez l'homme une électrisation de l'encéphale déterminant un spasme électrique, des crises convulsives ou d'autres accidents, l'ensemble étant dénommé : l'électro-choc, est de date récente, 1939-1940. En effet, les expériences de U. Cerletti qui eut le premier, en assistant à l'électrisation des têtes de porcs dans les abattoirs de Rome, l'intuition de pouvoir remplacer la convulsivothérapie cardiazolique ou insulinique par l'épilepsie électrique, remontent à 1936-1940. Dans son ouvrage, *l'Elettroshok* publié en 1940, U. Cerletti (1) rend compte d'études histologiques sur des chiens d'expérience. Ces études sont précises, claires. La rareté de telles recherches, au cours de l'occupation et jusqu'à nos jours, nous incite à les rapporter en détail. Elles nous permettront de dégager quelques conclusions.

L'expérimentation de Cerletti portant sur 34 chiens de taille moyenne, a eu pour objet : la recherche des altérations anatomiques en rapport avec l'intensité et la fréquence des attaques épileptiques, la possibilité de restauration des altérations constatées, et la différenciation discriminative des altérations causées par le courant de celles causées par l'accès. Pour ce but, les animaux ont été rangés en trois groupes :

Premier groupe : Il comprend 12 chiens ayant subi un traitement analogue à celui utilisé pour l'homme, mais à un rythme plus intense, comprenant 1 à 2 accès par jour, avec un total de 20 à 40 accès. Ces chiens ont été sacrifiés de 5 jours à 5 mois après le traitement.

Deuxième groupe : 8 chiens subissent de nombreux accès en série, avec intensité de courant et durée minimum pour obtenir l'attaque, au total 20 à 70 accès complets de 3 à 5 minutes l'un de l'autre. Ces chiens sont sacrifiés immédiatement après et jusqu'à 5 mois après. (Les auteurs cherchent dans ces cas à accentuer l'élément : accès épileptique).

Troisième groupe : 14 chiens. Accès provoqués, de même intensité de courant, mais en prolongeant le temps de passage de 17 jusqu'à 50 secondes au lieu de 0,1 seconde. Décès par troubles respiratoires de 3 à 8 fois pendant les accès. Deux chiens seulement survécurent et furent sacrifiés de 10 à 40 jours après. (Les auteurs ont cherché à accentuer l'élément stimulation électrique).

Nous ne rapporterons en détail que les résultats du groupe I, répondant aux conditions expérimentales qui se rapprochent le plus des conditions « thérapeutiques » mises en œuvre chez l'homme.

(1) Nous remercions M. J. Rondepierre qui, le premier en 1940 — à notre connaissance — introduisit en France la méthode du professeur Cerletti, d'avoir eu l'amabilité de nous communiquer avec ses notes personnelles, l'ouvrage du professeur Cerletti.

Les altérations sont les suivantes (U. Cerletti et L. Bini : *L'Electroshok*, p. 105 à 153). [Lecture du résumé des résultats histopathologiques de l'expérimentation, de U. Cerletti et L. Bini].

Analyse critique : Remarquons en premier lieu, que dans l'ensemble les résultats histologiques des cerveaux de chiens et d'hommes sont comparables pour une telle expérimentation, les conditions physiques d'hydratation de tels tissus nerveux les faisant ranger l'un et l'autre dans la catégorie des cerveaux « mous ».

Remarquons en outre que les animaux du groupe I n'ont été sacrifiés que *cinq jours* après les derniers électrochocs, alors que certains cerveaux des deux autres groupes ont été examinés *immédiatement* après la mort. Le maximum des lésions déterminé dans les expériences du groupe I n'a donc pu être noté puisqu'une restauration partielle a pu s'effectuer durant cinq jours.

Sans doute, Cerletti et Bini notent-ils que l'interprétation de nombreux résultats histopathologiques du système nerveux reste obscure et controversée ; que les altérations que l'on peut démontrer dans les cerveaux du groupe I sont petites (mais alors pourquoi ne les ont-ils pas enregistrées, ces lésions, au moment où on pouvait rationnellement supposer qu'elles étaient à leur maximum, c'est-à-dire immédiatement après les séries de chocs, comme ils l'ont fait pour les autres groupes ?) et qu'il est difficile de leur assigner une signification précise ; que les altérations cellulaires effectivement constatées se verraient aussi chez des chiens normaux et aux mêmes endroits (sans être au reste très affirmatifs). Ils reconnaissent toutefois que les altérations cellulaires sont au cours de l'électrochoc beaucoup plus fréquentes qu'elles ne le sont dans les cas de cerveaux normaux. Et ainsi ils étayent bien la réalité d'un syndrome lésionnel du neurone, syndrome lésionnel tel qu'il a beaucoup d'analogies avec la forme certainement pathologique désignée primitivement par Nissl, « *chronische Zellerkrankung* », mais ici les graves altérations du noyau notées par Nissl, manquent, alors qu'elles existent dans les cellules des cerveaux des animaux des groupes II et III.

Les auteurs italiens ont en outre reconnu, nous pouvons dire : la constance de l'état œdémateux quoique à des degrés variables, de tout cerveau ayant subi l'électro-choc. Cet état œdémateux se traduit : 1° par l'aspect de rugosité très marqué de la superficie corticale sur les pièces fixées ; 2° par la dilatation de l'espace

péricellulaire dont les éléments histologiques environnants se voient comme repoussés, détachés sur le côté ; 3° par la dilatation anormale de l'espace sous-glial et périvasculaire avec corpuscules périvasculaires de Cerletti fréquents ; 4° par le fait qu'autour des vaisseaux se trouve une zone privée d'éléments nerveux avec seulement quelques rares noyaux de glies ; 5° par l'aspect spécial des grandes cellules nerveuses du cortex, des pyramidales d'Ammon, de Purkinje (au Nissl : grande vacuole basale, et au Bielschowski : larges fissures entre les faisceaux de fibrilles correspondant aux vacuoles donnant l'impression que le cytoplasme est imbibé d'une masse fluide).

Cet état œdémateux est sous la dépendance certaine de l'action du courant électrique, mais nous avons dit en commençant, que les crises épileptiques spontanées s'accompagnent d'un flux vasculaire considérable et constant qui peut suffire à soi-seul à déclancher l'état œdémateux ; aussi peut-on admettre sans peine la conjugaison des deux actions : courant électrique-flux vasculaire.

Les lésions histologiques cellulaires ainsi que l'œdème sont pour Cerletti généralement réversibles, et elles ont parfois leur maximum d'intensité suivant un axe vasculaire (vaisseau piemérien cortical par exemple). Nous comprendrons de même que l'action du courant électrique soit plus intense sur les éléments des tissus en lames minces représentés par exemple par ceux des régions diencephaliques interposées entre deux matelas liquidiens (3° ventricule, infundibulum, citerne opto-chiasmatische), sans que le courant ait pour cela — et pour cause — une action vraiment élective sur telle ou telle portion de l'encéphale qu'il traverse.

L'expérimentation de U. Cerletti et L. Bini est donc pleine d'intérêt. Elle démontre essentiellement en effet :

a) la tolérance plus grande qu'on ne le disait classiquement du tissu nerveux aux traumatismes électriques ;

b) mais aussi l'existence de lésions nettes et constantes du cerveau représentées par des altérations cellulaires et de l'imbibition œdémateuse. Lésions ordinairement réversibles selon Cerletti. Cette dernière proposition est difficilement acceptable surtout lorsqu'on considère comme indispensable selon Cerletti la pratique de la répétition des accès pour l'obtention d'un résultat thérapeutique. En effet, nous pouvons nous demander :

1° si les lésions constantes signalées sont bien toujours réversibles ?

2° si les accès brutaux et répétés de fluxion vasculaire que dénotent des à-coups hypertensifs violents de plusieurs cm. de hg., premier stade de l'œdème ou de la rupture vasculaire ont bien constamment une action heureuse sur des cerveaux d'âge mûr ou de vieillards déjà grevés des usures de la vie, comme au reste sur des cerveaux d'enfants en pleine organisation ?

3° si l'action forcément diffuse du courant électrique déclenché à travers le crâne peut être élective sur certaines zones encéphaliques, le diencéphale par exemple, et si cette action supposée élective ne traduit pas plutôt la plus grande souffrance de cette zone, pour les raisons ci-dessus indiquées, à l'action nocive et plus grande du courant électrique ?

L'étude clinique de sujets ayant subi des séries d'électro-choc nous permettra de recueillir des éléments de réponse à ces questions.

Action de l'électro-choc sur l'évolution clinique de cinquante cas de psychopathies diverses, par M. P.-Ad. CHATAGNON.

Le terme de choc n'a pas en médecine une signification claire et univoque. Notre connaissance du substratum physiopathologique du choc est encore parcellaire et bien peu précise. On applique ce terme indifféremment au blessé en état d'obnubilation ou saigné à blanc, au sujet comateux par intoxication exo ou endogène, comme au reste au traumatisé par électrisation. Et peut-être est-ce même en raison du mystère qui voile encore le mécanisme du choc que le mot a fait fortune. Et voilà que ce choc si redoutable, que l'on s'efforce de prévenir et de combattre par tous les moyens lorsqu'il apparaît d'une façon indépendante de notre volonté, des auteurs pensent devoir le provoquer dans un but curateur. Les agents mis en œuvre dans ce but sont remarquables par leur diversité, ce peuvent être en effet un corps chimique défini tel que le cardiazol, une hormone telle que l'insuline, un courant électrique continu ou alternatif. Un seul élément paraît toutefois être commun à tous ces agents : c'est l'aboutissement de leur action (quel qu'en puisse être au reste le mécanisme), c'est-à-dire l'apparition de perte de connaissance, de coma plus ou moins profond s'accompagnant ou non de convulsions.

Nous nous limiterons aujourd'hui au choc électrique dans

notre notation des modifications que semblent imprimer à l'évolution des diverses psychopathies l'électrisation de l'encéphale.

Les courants continus de 100 à 300 volts et de 50 à 500 mA. ou les courants alternatifs 110 volts, 50 périodes de 200 à 300 mW., n'étaient utilisés jusqu'à ces dernières années en médecine que pour l'expérimentation, en raison des dangers de leur action sur la matière vivante. L'électrisation de l'encéphale n'a fait son entrée dans l'arsenal thérapeutique (à notre connaissance) qu'à la suite des travaux de U. Cerletti en 1936-1938. Les appareillages pratiques réalisés pour la première fois en France par Lapipe et Rondepierre en 1940, puis par Delmas-Marsalet, ont permis une diffusion rapide de la méthode.

Notre appréhension à l'égard de toutes les pratiques dites méthodes de choc, nous a toujours empêché de mettre en œuvre volontairement ces procédés d'action quelque peu brutale. Mais devant les résultats impressionnants publiés notamment par M. Delay et ses élèves, par M. Delmas-Marsalet et son école, par J. Rondepierre et d'autres, nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile — profitant de l'expérience d'autrui — de colliger les nombreux cas de malades arrivant dans notre service et ayant été l'objet d'une thérapeutique par choc. Nous avons rassemblé les observations d'une cinquantaine de malades, constituant assurément les cas les moins favorables pour apprécier la méthode des chocs puisque ces cas n'ont bénéficié le plus souvent que d'une guérison immédiate mais éphémère ou d'une amélioration de quelques jours à quelques semaines. Ajoutons d'autre part que si quelques-uns de ces cas répondent bien aux indications majeures de la méthode, ils n'y répondent pas tous ; l'analyse de leur évolution n'en sera par cela même que plus instructive.

En effet, ces cinquante électro-choqués se répartissent ainsi : 10 psychoses maniaco-dépressives, 10 démences précoces, 7 débilites mentales, 8 mélancolies simples, 4 manies, 8 délires hallucinatoires, 3 psychoses paranoïdes, chez des femmes de 17 à 69 ans, dont quelques-unes avaient antérieurement subi des « chocs » d'autre nature (cardiazol, insuline). Tous les cas n'ont pas été examinés par nous avant les séries d'électro-chocs, par contre, nous avons suivi l'évolution du syndrome mental de 1 à 5 ans après l'électro-choc.

Nous avons rangé les observations en deux groupes suivant que l'évolution semble ne pas avoir été perturbée, ou bien au contraire suivant que cette évolution s'est grevée de symptômes insolites.

I. La maladie semble avoir suivi son évolution comme s'il n'y avait pas eu d'électrochoc :

dans la moitié des cas de psychose maniaco-dépressive,
 dans 3 cas sur 10 de démence précoce,
 dans 5 cas sur 7 de débilité mentale,
 dans 2 cas sur 8 de mélancolie,
 dans 3 cas sur 4 de manie,
 dans 4 cas sur 8 de délire hallucinatoire,
 dans 3 cas sur 3 de psychose paranoïde.

Soulignons que chez toutes les malades de cette catégorie les électrochocs ont été peu nombreux et le passage du courant d'une durée ordinaire de 1^r à 2/10^e de seconde.

II. La psychopathie paraît avoir été modifiée à la fois : a) par l'adjonction de symptômes nouveaux ou inhabituels de la série démentielle ou de la série schizophrénique ; b) par l'accentuation de symptômes normaux au cours de l'évolution du syndrome en cause :

dans la moitié des cas (5 sur 10) de psychose maniaco-dépressive,
 dans 7 cas sur 10 de démence précoce,
 dans 2 cas sur 7 de débilité mentale,
 dans 6 cas sur 8 de mélancolie,
 dans 1 cas sur 4 de manie,
 dans 3 cas sur 8 de délire hallucinatoire.

Au total : dans près de la moitié des cas (24 sur 50, et nous pourrions y ajouter les 3 cas de psychoses paranoïdes pour lesquels toute comparaison est impossible), la psychopathie a eu son évolution normale modifiée par l'adjonction de symptômes anormaux ou exagérés d'une façon insolite et caractérisés essentiellement :

par des signes de la série démentielle,
 par des signes de la série schizophrénique ;

les premiers, marqués surtout par des défauts d'évocation, de fixation, des lacunes et souvent une impossibilité de synthèse mentale ;

les seconds, conséquence en partie des premiers, représentés en plus par un comportement bizarre, de l'indifférence, une difficulté d'application psycho-motrice de l'inertie, de l'aboulie, si bien que le syndrome primitif semble avoir subi une transformation.

Nous avons noté que ces aggravations de la symptomatologie survenaient chez les sujets ayant eu de nombreux accès avec un temps de passage du courant dépassant le 1/10^e de seconde. L'âge des malades semble importer peu : l'adulte jeune, l'âge

mûr et la présénilité ont payé des tributs comparables, toutefois l'apparition d'un syndrome schizophrénique semble être plus fréquente chez les sujets adultes et d'âge moyen.

Conclusions : De tels faits tendent à faire penser que les altérations histologiques observées par Cerletti sur le cerveau de chien après électro-choc n'auraient pas toujours le caractère réversible qu'il leur attribue. La durée du passage du courant électrique, la répétition des accès paraissent être des éléments particulièrement nocifs.

La pratique de l'électro-choc dans un but thérapeutique n'est donc pas sans dangers.

Doutes sur l'opportunité du traitement par l'électro-choc dans certains cas de mélancolie et dans la manie, par M. Georges COLLET.

Le traitement de la manie et de la mélancolie par l'électro-choc, appliqué en France par de nombreux psychiatres, a motivé d'importants travaux. Le public médical s'y est vivement intéressé. D'autre part, ce traitement a inspiré des articles louangeurs parus dans la presse politique à une époque où l'innocente vulgarisation scientifique servait à farder de sinistres publications. Et, très vite, dès 1941, les familles des malades portèrent leur attention sur ce procédé thérapeutique. On en disait merveilles. On citait des succès « spectaculaires », des guérisons presque miraculeuses. Des parents demandèrent donc au médecin spécialiste d'appliquer la nouvelle méthode aux malades mentaux, dont l'état captivait leur sollicitude. Or, les cas de mélancolie et de manie, dont l'observation m'a permis d'apprécier les effets de la cure de Cerletti, ne m'ont laissé que des doutes sur l'opportunité des traitements qui furent ainsi décidés. Je fais part de ces doutes à la Société. Mais je m'abstiens de juger les applications de l'électro-choc faites dans les cas de confusion mentale, de schizophrénie, de psychopathies diverses. Ces dernières maladies ne posent pas les mêmes problèmes que la mélancolie et la manie, dont la guérison complète est si fréquente sous l'influence des traitements classiques.

CAS I. — Une jeune fille, âgée de 24 ans, unique enfant d'une veuve, s'éprend d'un jeune homme, frère d'une amie. Elle entretient sa pas-

sion avec la certitude d'être épousée. Elle entreprend, auprès de la famille de ce garçon, des démarches qui aboutissent à un refus. Elle tombe dans un état de dépression mélancolique : dégoût de la vie, idées de suicide, inaptitude à tout travail, incapacité totale d'apprécier les distractions accoutumées, irritabilité élective à l'égard de sa mère, à qui elle reproche, en termes cruels, d'avoir échoué dans les tentatives faites en vue d'obtenir l'acquiescement du jeune homme. Cet état de mélancolie simple s'atténue dans les mois qui suivent l'entrée de la malade dans la maison de santé. Au sixième mois, la guérison semble prochaine. Alors débute un accès de manie franche qui va durer deux ans, compliqué de confusion mentale, avec refus d'alimentation et gâtisme. La malade, devenue calme et lucide, retombe dans un état mélancolique, avec idées de suicide, mais sans irritabilité. Six mois plus tard, elle paraît complètement guérie. La mère est une personne tâtillonne, bavarde, obsédée par sa santé, importune et fatigante pour la malade. La jeune fille, sur le conseil du médecin, entreprend des études supérieures, qui la fixent à Paris et la soustraient à l'influence maternelle. Elle mène ces études à bien, jusqu'à un diplôme apprécié. Si grave qu'ait été la maladie, la guérison a été complète et a laissé à la malade la faculté d'acquérir des connaissances nouvelles et de se diriger correctement dans l'existence, dix années durant. Cette personne, qui n'a point renoncé à se marier, se laisse entraîner, à nouveau, par l'espérance d'une union qui ne se réalise pas. La menace de guerre européenne tourmente également la mère et la fille. Elles se préparent un domicile de repli loin des usines qui avoisinent leur maison. L'état mélancolique récidive, mais ne dure guère plus de six semaines après l'entrée dans la maison de santé. La phase maniaque lui succède, moins intense que la première, ne comportant qu'une confusion mentale relative, et seulement de courts épisodes de refus d'alimentation et de gâtisme. Cet accès se prolonge plus longtemps que le premier. A la fin de la deuxième année, sur le conseil de parentes qui affirment que l'électrochoc assure la guérison en deux mois, la mère de la malade décide que celle-ci sera soumise à ce traitement. L'accès de mélancolie-manie n'a pas encore pris fin, malgré les électrochocs répétés. Il persiste depuis six années. La malade, me dit-on, est inerte, gâteuse et réputée chronique. On pouvait s'attendre à voir ce second accès guérir comme le premier. Les électrochocs répétés ne sont-ils pour rien dans cette évolution fâcheuse ?

CAS II. — Une demoiselle, âgée de 33 ans, de santé assez délicate, se surmène et s'épuise à soigner sa mère, veuve, atteinte d'une cardiopathie grave. Elle se refuse toute compensation agréable à son existence austère. Elle s'assigne, en outre, une mission familiale particulière. Ses frères, sœur, belles-sœurs, se préoccupent de leurs difficultés personnelles, de leurs intérêts et de leurs agréments ; ils négligent plus ou moins leur mère et ne pensent point assez à leur salut éternel. Elle

s'applique à leur donner le bon exemple, car elle est croyante, pieuse et scrupuleuse. Elle n'a point renoncé au mariage, mais elle s'est attardée à cultiver un sentiment amoureux sans espoir. Elle est belle, douce, distinguée. Elle a été recherchée. Ses exigences morales et religieuses ont écarté de son esprit plusieurs projets qui s'étaient offerts. Des émotions et des fatigues, déterminées par l'état de guerre, et par l'aggravation de la maladie de sa mère, achèvent de la déprimer : mélancolie anxieuse, remords, dégoût de la vie, idées de suicide, idées délirantes d'ordre mystique : le démon veut la conduire à la prostitution. Le décès de sa mère, qui survient alors, est une nouvelle occasion pour elle de condamner son égoïsme et son indifférence. Dans la maison de santé, la malade devient assez rapidement confiante, accessible à l'influence psychothérapique. Cette amélioration ne dure pas. Des scrupules religieux reviennent, suivis du même état de mélancolie délirante. La malade s'expose au froid pour mettre fin à son existence. Elle est atteinte d'une bronchite aiguë grave, avec hyperthermie, qui donne des inquiétudes en raison d'un passé suspect de tuberculose. L'examen des expectorations et la radioscopie sont négatifs. L'appareil respiratoire revient à son état normal. Mais, dès le début de cet épisode infectieux, la malade est tombée dans un état de confusion mentale, avec refus d'alimentation et gâtisme. Elle en sort lentement et présente des manifestations d'astasia-abasie. La famille de la malade, considérant qu'une année de traitement n'a pas donné la guérison qu'on espérait, demande qu'on ait recours à l'électrochoc. On assiste à un retour rapide de l'euphorie et d'une activité mentale en apparence normale. On constate, cependant, une faiblesse de l'attention qui semble interdire à la malade l'acquisition de connaissances nouvelles et toute application au travail intellectuel. La malade n'a pas reconquis son état mental normal, tel qu'on avait pu l'apprécier au cours de la rémission obtenue à la fin du premier mois de traitement. La rechute est rapide et brutale. Des scrupules religieux l'annoncent. L'état mélancolique se caractérise bientôt : remords, pessimisme, idées de suicide. On fait intervenir, de nouveau, l'électrochoc. Cette fois, aucun résultat favorable n'apparaît. Bien au contraire, les idées délirantes renaissent, se renouvelant toujours sur le même thème : la malade est convaincue que les démons veulent la conduire à la prostitution. On constate alors, chez cette malade qui est lucide, qui n'est point confuse, des manifestations qui appartiennent à une psychose hallucinatoire, à un délire hallucinatoire mystique de persécution. La malade entend, à chaque instant, les propos des démons, qui veulent et annoncent son inconduite future. Elle engage avec eux des contestations incessantes, où ses dénégations, ses refus, ses invectives repoussent leurs affirmations, leurs incitations, leurs injures. Elle s'anime, s'irrite, devient agressive. Les démons changent de sexe et prennent la forme des infirmières qui soignent la malade, lui donnent les soins de propreté, l'obligent à prendre ses aliments. Contre

elles, les réactions violentes de la malade sont quotidiennes. La seconde série d'électrochocs n'a donc point déterminé les effets de la première, mais elle a été suivie d'une aggravation certaine, d'une transformation de la psychose mélancolique initiale, d'une mutation d'un cas de lypémanie en psychose hallucinatoire chronique. Cette malade a été internée et a succombé cachectique, peut-être tuberculeuse, quelques mois plus tard.

Voilà donc deux malades, l'une atteinte de psychose maniaque-dépressive, l'autre atteinte de mélancolie délirante, dont on pouvait attendre la guérison des thérapeutiques classiques, et qui me paraissent avoir éprouvé un réel dommage, dans leur appareil cérébral, de la thérapeutique agressive, par l'électrochoc, qui leur a été appliquée.

CAS III. — Une demoiselle, âgée de 37 ans, rencontre chez des amis un garçon plus jeune qu'elle-même. Elle est jolie, vive, agréable, animée du goût des arts. Elle plait, elle est courtisée, elle est certaine d'être aimée et d'être épousée, dès que les circonstances permettront le mariage. Elle se donne. La défloration détermine une telle hémorragie, qu'elle exige l'intervention d'un chirurgien ; incident qu'on dissimule, non sans trouble, à la vigilance d'un père, veuf, dont cette personne est l'unique enfant. Deux ou trois abandons passionnés confirment l'amoureuse dans la certitude qu'ils assurent son prochain mariage. Mais ces événements vont lui imposer des mois d'inquiétude. Le jeune homme, passé en zone Sud, n'envoie aucune nouvelle. Les lettres, qui lui sont adressées, restent sans réponse. La jeune fille se persuade qu'elle est enceinte. Elle fait une chute dans l'escalier. Cet accident, qu'elle croit susceptible de mettre fin à la grossesse supposée, par un accouchement prématuré, met le comble à ses alarmes. Une carte inter-zone du jeune homme arrive sur ces entrefaites. Mais elle est simplement polie. La teneur en est dépourvue de tout accent affectueux, vide de toute expression sentimentale, muette sur les projets d'avenir qui s'étaient dessinés. Le lendemain, apparaît un ictère et débute, en même temps, un accès d'agitation, d'abord anxieuse et délirante pendant quelques jours, puis euphorique et gaie. L'ictère disparaît rapidement ; le sixième jour, les selles se recolorent et l'urine devient claire. L'agitation maniaque s'apaisera en quelques semaines. De toute évidence, le pronostic est favorable. Seulement, le père souffre de savoir sa fille atteinte de troubles mentaux. Elle, de son côté, euphorique et toujours guidée par son sentiment amoureux, désire reprendre au plus tôt sa liberté. Pour abréger la durée du traitement, le père demande l'application du traitement qu'il a entendu recommander. L'électrochoc donne un résultat satisfaisant. La cure prend fin dès que toute agitation motrice a cessé. Le médecin responsable

doute, néanmoins, que cette décision soit entièrement à l'avantage de la malade. Il sait, en effet, par des amies de celle-ci, que le jeune homme désiré n'a aucune intention d'épouser sa victime. Et il pense que cette passion, qui tient un peu de l'érotomanie, justifierait, l'agitation étant guérie, quelques semaines de cure morale, que la réputation de l'électrochoc lui interdit de conseiller.

CAS IV. — Une veuve, qui est mère de plusieurs enfants mariés et qui a, en outre, vivant avec elle, une jeune fille âgée de 14 ans, entre comme gouvernante, au service d'un veuf, homme actif, entreprenant, âpre au gain, dur au travail, mieux pourvu d'argent que de générosité. Elle est honnête, avisée, laborieuse. Le maître l'épouse. Il se lance aussitôt dans une nouvelle affaire hôtelière, dont les qualités de sa compagne assureront le succès. Quant à la jeune fille (c'est la future malade), le beau-père exploite sans retenue sa bonne volonté et son activité. Travail incessant, veilles fatigantes, émotions pénibles de chaque jour ; car on vit au milieu d'officiers et de soldats allemands, exigeants, inquiétants, que l'on redoute. L'hôtel, bien achalandé, trouve acquéreur. Le beau-père s'installe près de Paris. La mère et la jeune fille aménagent la nouvelle résidence : nouveau surmenage pour l'une et l'autre. Mais, surtout, leur tyran ne disperse plus son attention sur des clients et des employés ; il la concentre sur cette jeune servante sans gages ; il ne lui pardonne aucune négligence ; ne lui épargne aucun reproche ; ne l'exempte d'aucune corvée. Ce régime de vie amène l'adolescente, d'abord, à un sentiment permanent de révolte, finalement à un accès maniaque. Le pronostic est manifestement favorable. Une sédation des troubles ne tarde pas à se montrer. Mais le beau-père n'entend pas que la cure en maison de santé se prolonge. L'électrochoc fera cesser l'agitation plus rapidement que tout autre thérapeutique. La sortie de la malade est, en effet, possible dans un court délai. Mais était-il indifférent, pour cette jeune fille, d'être affranchie ou non, pour quelque temps, de sa servitude, et d'avoir, ou non, la possibilité d'examiner, avec l'aide du médecin, les moyens dont elle disposait, soit pour s'y adapter, soit pour s'y soustraire ? L'intervention de l'électrochoc a-t-elle tourné à l'avantage de la malade ? Je demeure dans le doute à cet égard.

CAS V. — Une dame, âgée de 40 ans, étrangère, est mariée à un de ses compatriotes. Elle n'a jamais eu d'enfant. Les époux possèdent un commerce d'alimentation ; lui est fabricant et grossiste ; elle gère le magasin de détail. Il est impatient, vif, violent. Elle a toujours été portée à la mélancolie ; elle est craintive et pessimiste. Elle est, pourtant, active et travailleuse. Le commerce de l'alimentation, en temps de disette, expose à des tentations, assure des bénéfices, fait courir des risques. Un frère du mari de la malade, qui exploite un commerce de ce genre, a indigné ses voisins, en juin 1940, en exprimant sa joie et

son orgueil de la victoire de ses amis allemands. Et il a fait de bonnes affaires. Il est incarcéré au lendemain de la libération. Cet événement suscite une vive inquiétude dans l'esprit de cette femme prédisposée, qui subit, d'autre part, chaque jour, les réflexions acerbes, les propos comminatoires des ménagères rationnées. Elle se persuade que son mari sera arrêté un jour prochain. Elle demeurera seule pour diriger le commerce, dont les exigences la dépassent. Elle s'estime incapable et se reproche son infériorité. Elle prévoit la ruine et souhaite mourir. Elle fait des projets de suicide. Le traitement de cette malade mélancolique comporte, évidemment, l'isolement. Il exige qu'on la sépare, un certain temps, de sa boutique, de ses voisines rancunières, de son mari, autoritaire et coléreux. Mais celui-ci a besoin d'elle pour assurer le service de la clientèle. Il réclame une guérison rapide. L'électrochoc la procurera. Il y aura, cependant, rechute, après une première série de séances. Qu'est-il advenu par la suite, je ne sais. Mais je reste, une fois de plus, dans le doute, au sujet de l'opportunité de la cure de Cerletti dans ce cas de mélancolie, comme dans les deux cas de manie rapportés précédemment.

Aux cas dont je viens de résumer l'histoire, j'ajouterai de brèves indications sur trois cas qui ont été soumis au traitement par l'électro-choc. Cette thérapeutique n'a pas donné de résultats durables dans ces trois cas de dépression morale.

CAS VI. — Un homme, âgé de 38 ans, habituellement d'humeur triste, porté au pessimisme et au spleen, mais laborieux et persévérant, tombe dans un état de mélancolie simple, avec idées de suicide, à la suite de surmenage professionnel. L'électrochoc, pratiqué après différents traitements médicamenteux, fait disparaître temporairement toutes les manifestations mélancoliques. Il confère au malade une telle euphorie que celui-ci, désireux de visiter des parents en zone Sud, franchit, sans autorisation, avec une insouciance parfaite, la ligne de démarcation et accomplit le voyage qu'il a projeté. Ce coup d'audace exécuté, le malade retombe dans son état de mélancolie. Mis à la retraite par l'administration où il avait un emploi, il se sent incapable de se refaire une situation et il entretient plus que jamais ses idées de suicide. Désabusé de toute entreprise thérapeutique nouvelle, ce malade n'est demeuré qu'une dizaine de jours sous mes yeux. Convenait-il de lui proposer une nouvelle cure par la méthode de Cerletti ?

CAS VII. — Une dame, âgée de 57 ans, déséquilibrée, mythomane, égoïste, exigeante et tracassière, a fait de nombreuses tentatives et de nombreux simulacres de suicide, sous l'influence d'une dépression périodique légère. Traitée par l'électrochoc pour son dernier accès, elle déclare s'en être bien trouvée. Elle vient de faire une nouvelle tentative de suicide, dont elle est sortie sans grand dommage, et qui a

motivé son placement dans la maison de santé. Elle réclame une nouvelle application de l'électrochoc. Son médecin habituel, qui a une grande expérience de ce procédé, le lui déconseille. Il pense que l'état de dépression légère s'atténuera vite, ce qui arrive, en effet. Il pense aussi que l'électrochoc ne modifiera en rien les troubles du caractère, qui sont demeurés inchangés depuis qu'il connaît cette malade. Dois-je contredire son opinion ?

CAS VIII. — Une dame, âgée de 58 ans, assez émotive, mais qui s'est toujours comportée en femme équilibrée, est prise de scrupules religieux et d'angoisses à la suite d'une conversion tardive, et à l'occasion de communions fréquentes. Elle se reproche de ne point apporter de foi et de ferveur suffisantes dans la pratique de ses devoirs religieux. Son état mélancolique est traité par l'électrochoc. Elle déclare avoir éprouvé un bon effet des premières séances ; mais les cinquième et sixième séances lui ont laissé des maux de tête, des sensations de craquements dans la tête, une amnésie assez persistante. Quelques mois plus tard, cette personne est reprise de scrupules au moment de la communion pascale. Elle éprouve quelques troubles cénesthésiques, qu'elle semble n'avoir pas connus dans son premier accès de dépression. Elle les interprète comme les manifestations surnaturelles d'une possession par le démon. Cette malade demande elle-même à être soignée, mais elle refuse de retourner dans l'établissement où elle a séjourné, parce qu'elle ne veut plus accepter l'électrochoc. Elle est parfaitement calme, lucide, confiante, docile, accessible à l'influence psychothérapique. Elle demeure deux ou trois semaines l'esprit tranquille. Puis des cauchemars et des sensations cénesthésiques pénibles et inquiétantes la réveillent dans la nuit, et la ramènent pour quelques heures à ses conceptions délirantes, conceptions qui paraissent plus voisines des hypothèses péjoratives qui obsèdent les psychasthéniques, que des certitudes qu'affirmerait une véritable délirante. Dois-je insister auprès de cette malade, pour qu'elle accepte une nouvelle expérience du traitement par l'électrochoc ?

Vous connaissez maintenant les doutes que j'ai conçus d'après l'observation des cas que je vous ai rapportés succinctement. Ces cas m'ont appris que l'électro-choc crée, chez le mélancolique et chez le maniaque, un état d'euphorie qui élimine pour un temps la douleur morale chez l'un, l'irritabilité chez l'autre, et qui précipite la guérison dans les cas favorables. Cette action du traitement serait bienfaisante toujours, si le procédé se montrait totalement inoffensif dans tous les cas. Mais il paraît nocif pour un certain nombre de malades. Pour d'autres malades, les résultats obtenus ne sont pas durables. Enfin, l'impatience des familles, qui vivent dans l'attente d'une guérison rapide de leur malade, rend, à

mon avis, l'emploi de la méthode de Cerletti inopportun dans tous les cas où le pronostic est manifestement favorable, et où le succès de l'électro-choc doit déterminer le retour prématuré du malade, guéri, à des conditions de vie malsaine pour son affectivité.

Toutes les publications que j'ai lues, favorables à cette thérapeutique, n'ont point aboli mes incertitudes. Je crois bien que la méthode de Cerletti gagne de nombreuses batailles sur le terrain de la mélancolie et sur celui de la manie ; je ne crois pas encore qu'il lui soit donné d'y gagner de grandes guerres ; et je ne puis négliger cette hypothèse, à savoir : que ses succès sont peut-être acquis, dans certains cas, au prix de pertes sévères dans des effectifs qui, depuis la naissance, ne se renouvellent pas.

Essai de réduction des myalgies de l'électro-choc par la vitamine C, par MM. G. DAUMÉZON, L. CASSAN et P. DELAMARRE.

Un des caractères qui ont le plus séduit les médecins lorsqu'ils pratiquèrent les premiers électro-chocs est l'absence de toute appréhension et l'acceptation de bonne grâce par les malades des séances de traitement. Aucune des récriminations habituellement enregistrées lors de la pratique de la convulsivothérapie par les injections cardiazoliques n'était reprise par les électro-choqués. Cependant, après les crises, les malades accusent quelques malaises d'ordre somatique : surtout une sensation d'endolorissement, de meurtrissure, de point de côté et une céphalée habituellement légère. Les premières manifestations ont plus d'importance que la seconde ; elles durent souvent tout le temps du traitement et persistent parfois quelques jours après la dernière séance. La céphalée ne dure que quelques heures après la crise et est facilement calmée par les médicaments habituels.

Ces courbatures présentent assez souvent un maximum paravertébral qui nous fit craindre, alors que nous n'avions pas encore une grande pratique de l'électro-choc, l'existence de lésions vertébrales. L'expérience nous apprend ultérieurement qu'il n'y avait pas de lésions vertébrales, même minimales, et que ces sensations paraissaient plutôt localisables aux masses musculaires. D'ailleurs, ces douleurs sont aussi présentes au niveau des grandes masses musculaires du quadriceps, des muscles abdominaux, du scapulum et du bras.

Il s'agit de douleurs peu intenses, plutôt de sensation de fatigue, d'endolorissement, que de douleur vraie. Les caractères de cette courbature, l'absence de contracture réflexe, l'évolution, nous permettent d'éliminer l'hypothèse de déchirures musculaires ou tendineuses. Il paraît beaucoup plus logique de rattacher ces manifestations de courbature à la fatigue créée par le travail musculaire intense et violent que réalise la crise de l'électro-choc. Rappelons ici que MM. Delmas-Marsalet, Servantié et Faure (*Presse médicale*, 30-12-1944) ont montré que cette crise représentait « le maximum de l'activité musculaire humaine ».

Cette « douleur » est sans grande importance du point de vue fonctionnel, mais prend chez certains malade à teinte hypochondriaque une valeur plus grande et parfois constitue un argument de protestation ou de récrimination contre l'électro-choc. C'est la raison pour laquelle nous avons essayé de faire disparaître cet inconvénient d'une méthode de traitement par ailleurs parfaitement indolore.

Nous avons eu l'idée, en lisant un jour les travaux de MM. Martin du Pan et Loufti sur le traitement de la fatigue et de la courbature par la vitamine C. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 août 1943), d'utiliser leurs données dans l'électro-choc. Ces auteurs ont montré que la vitamine C. intervient dans les mécanismes chimiques de la contraction musculaire. Elle joue notamment un rôle dans l'oxydation de l'acide lactique par son pouvoir oxydo-réducteur. Rappelons que la sensation de fatigue et de courbature est classiquement considérée comme l'expression d'une irritation des terminaisons nerveuses sensibles qui existent dans le muscle par l'acide lactique née pendant la contraction musculaire.

Or, il a été démontré par L. Charlet (*Contribution à l'étude de la lactacidémie*, Thèse de Toulouse, 1939), qu'après la crise par le cardiazol, le taux de l'acide lactique dans le sang veineux était huit à dix fois plus grand qu'avant et passait de seize à cent soixante milligrammes en moyenne. Il paraît permis de penser que ces mêmes variations doivent se voir, et peut-être mêmes sont-elles encore plus fortes, dans la thérapeutique par l'électro-choc qui réalise un travail musculaire encore plus violent. Nous nous proposons de vérifier ce point par des dosages lorsque nous aurons pu nous procurer le matériel nécessaire. MM. Montassut, Delaville et Mme Sauguet, dans leur 2^e note sur le syndrome biologique de l'électro-choc (*Annales médico-psychologiques*, mai 1943) ont d'ailleurs parlé d'hyperlactacidémie.

Nous avons expérimenté ce traitement vitaminique sur 14 malades. Ce chiffre est certes faible, mais nous avons choisi des malades présentant des courbatures suffisamment marquées pour que nos observations soient plus nettes et incontestables. Sur ces 14 malades, nous avons eu 12 résultats probants avec disparition quasi-complète ou complète des phénomènes combattus. Les deux échecs concernaient deux hypochondriaques qui ne furent d'ailleurs pas influencés dans un sens favorable par l'électro-choc. Indiquons que nous donnons l'acide ascorbique à la dose quotidienne de trente centigrammes répartis en six prises.

L'intérêt de cette médication nous paraît double : au point de vue somatique, les malades retirent un bénéfice certain de cette absence d'endolorissement ; c'est là un point évident sur lequel nous ne nous étendrons pas, mais c'est là aussi le moindre intérêt du traitement. L'avantage le plus important nous paraît être d'ordre psychothérapique : quelques malades améliorés mais conservant encore leur orientation pessimiste croient voir dans ces malaises physiques nouveaux un motif de découragement : « Vous voyez bien, Docteur, que mon état s'aggrave ; je me sens encore plus fatigué qu'avant... Je crois que je n'en sortirai jamais... » Il paraît donc y avoir intérêt à supprimer ce dernier motif de pessimisme. On peut donc considérer que cette médication joue un rôle quasi-euphorisant en supprimant les phénomènes de fatigue imputables à l'électro-choc, mais peut-être aussi agit-elle sur l'élément fatigue qui est un des symptômes des états dépressifs.

Un cas de mort après électro-choc, par M. Jean LABOUCARIÉ.

L'inocuité de l'électro-choc demeure admise par tous ceux qui l'appliquent. L'accident que nous publions mérite d'être connu pour savoir que cette inocuité n'est pas sans limite. Voici les faits :

OBSERVATION. — Il s'agit d'un garçon de 20 ans, sans antécédents pathologiques, de type plutôt athlétique, présentant depuis un mois un syndrome confusionnel non fébrile et dont les conditions d'apparition et certains éléments peuvent faire redouter une évolution schizo-phrénique. L'état physique est normal.

L'électrochoc est appliqué la première fois le 8 juin 1944 et jusqu'au 26 juin le malade subira onze chocs, tous dans des conditions iden-

tiques avec 70 volts 4/10^e de secondes (courant alternatif), aboutissant chaque fois à une crise convulsive tonico-clonique généralisée, d'intensité moyenne, sans apnée consécutive et réveil rapide sans incident. L'état psychique se modifie favorablement dès le 8^e choc (21 juin) et à partir du 10^e choc l'état confusionnel a disparu. Le 1^{er} juillet, un dernier électrochoc est décidé : il est appliqué avec les mêmes dosages et détermine une crise convulsive en tous points comparable aux précédentes, mais environ un quart d'heure après le malade est trouvé inanimé, d'une pâleur cireuse, en résolution musculaire, toutes tentatives thérapeutiques, lobéline, adrénaline intra-cardiaque, ayant été vaines.

Que s'est-il passé entre l'électro-choc et le moment où le malade a été trouvé mort ? Il est impossible de rien préciser. Faut-il admettre une syncope bulbaire ? Nous ne pouvons faire que des hypothèses. Nous voulons seulement retenir qu'un tel accident devait être sans doute évitable : tout permet de supposer en effet que si la surveillance du malade avait été continue, l'injection de lobéline immédiate eût été efficace.

Nous n'avons observé qu'une seule fois une menace d'accident analogue chez un mélancolique de 24 ans et ayant une grosse hypertrophie amygdalienne, qui présentait à chaque choc une phase d'apnée prolongée, avec cyanose, et qui ne cédait qu'à la lobéline, obligeant à l'arrêt du traitement.

Cet accident mortel s'inscrit dans notre statistique actuelle de 450 malades traités au cours de ces trois dernières années et où, par contre, nous n'avons observé aucune fracture et un seul abcès du poumon : complications trop souvent invoquées par ceux qui ne s'intéressent à l'électro-choc que pour en dénoncer les dangers.

A l'importance des résultats thérapeutiques que nous avons enregistrés et qui s'accordent avec les conclusions favorables de ceux qui appliquent la méthode de Cerletti, on ne saurait sérieusement opposer cet accident exceptionnel que nous avons tenu à publier pour mieux apprendre la vigilance que la généralisation de la méthode pourrait faire oublier.

DISCUSSION

M. RONDEPIERRE. — Sans méconnaître l'élévation des sentiments qui animent nos collègues dans leur position, je crois que cette position va à l'encontre de l'opinion générale. Toutefois, elle a l'avantage de nous inciter à améliorer encore une méthode qui, nous devons le reconnaître, est loin de la perfection.

Il est certain que nombre de médecins font parfois des chocs trop

nombreux et parfois dans des conditions dangereuses, avec le maximum de courant. Compte tenu de ces excès :

A) L'inocuité de la méthode nous paraît suffisamment démontrée. Je renverrai sur ce point : 1° aux expériences relatées dans notre ouvrage avec Lapipe ; 2° aux résultats des examens anatomo-pathologiques de M. Marchand ; 3° aux résultats des recherches électro-encéphalographiques que M. Delay a exposés ici même. Les tracés des malades ayant subi de nombreux électrochocs restent normaux ou ne sont que passagèrement troublés.

B) Les incidents sont rares ou minimes :

Des malades, dit-on, auraient été aggravés ; simples coïncidences.

Dans un cas de M. Collet, la tuberculose était, sans qu'on puisse le prouver, probablement en cause ; coïncidence également pour les cas d'épilepsie : c'est le cas de cette malade de M. Delay qui, en fait, avait une tumeur du cerveau ; cas également d'un autre de mes malades, faisant spontanément de l'épilepsie avant tout traitement.

Inversement, je pourrais verser au débat l'observation de deux schizophrènes de mon service qui, nullement améliorés par l'électrochoc, ont fait, longtemps après la dernière séance, une rémission spontanée, excellente et prolongée. En eût-il été ainsi si le cerveau avait été lésé ?

Coïncidence également dans les cas de troubles du caractère ou d'impulsivité signalés par M. Baruk. Nous connaissons —, et lui aussi d'ailleurs —, tel malade, fils de médecin, qui, impulsif, brutal et sournois, a été, après électrochoc, suivi d'insuline, assez amélioré pour vivre actuellement dans sa famille.

Quant aux incidents, je n'ai, sur des milliers d'électrochocs, observé que 3 fractures : les 2 humérus chez le même malade, le maxillaire inférieur chez un autre. Je n'ai vu qu'un abcès du poumon (il y a plusieurs années). Jamais d'autre accident. Pourtant, j'ai eu l'occasion de traiter d'anciens fracturés (même du rachis), des femmes enceintes, des cardiaques, des hypertendus, des tuberculeux.

Peut-on affirmer en revanche que lorsqu'un mélancolique guérit au bout de 2 à 3 ans, les soins y soient vraiment pour quelque chose ? En fait, des malades ont été guéris par l'électrochoc après échec de tout autre traitement, et même (pour certains), alors que nos contradicteurs avaient eux-même déconseillé le traitement.

Pour terminer, je rappellerai quelques faits de guérison vraiment extraordinaires : 1° mélancolie dite présénile, internée depuis 7 ans, guérison en juin 1941 par 3 électrochocs ; 2° psychose hallucinatoire chez une femme de 78 ans, guérison en 1943 par 3 électrochocs ; 3° schizophrénie évoluant depuis 9 ans avec syndrome érotomaniaque (certifié par le D^r Baruk en 1932), excellente rémission qui dure, guérison sociale ; 4° confusion mentale chez un colibacillaire dont le sérum de Vincent a guéri la colibacillose, mais non les troubles mentaux ; rémission de 8 jours seulement par l'insulinothérapie, guérison par électrochoc. Je pourrais citer des malades, maniaques ou mélanco-

liques, dont les internements duraient depuis des années, et chez lesquels 2 ou 3 électrochocs, pratiqués en temps voulu, font régulièrement avorter les accès. Faut-il citer enfin les cas d'action évidente du traitement dans l'encéphalite psychosique hyperazotémique ?

En fait, il y aura bientôt 20 ans que les thérapeutiques de choc ont fait leurs preuves et on peut prévoir que le jour n'est plus éloigné où le refus de les utiliser placera les psychiatres dans la situation morale des homéopathes qui ne font pas de sérum antidiphthérique dans le croup. Mais il n'est pas douteux, qu'avant cette date, ceux qui sont encore actuellement opposés à la méthode se seront rendus à l'évidence des faits.

M. Ach. DELMAS. — Après une période d'observation et d'étude attentive des statistiques publiées, j'ai, à mon tour, appliqué la méthode de Cerletti. Je dois dire que, dans une certaine mesure, j'ai été déçu de la différence entre mes propres résultats et les statistiques publiées. Il semble bien qu'il y ait une disproportion importante entre l'importance des résultats obtenus et le nombre de cas traités.

Il est, par contre, un point sur lequel je voudrais être éclairé. Pourquoi, de temps en temps, avons-nous des cas très heureux, alors que dans nombre de cas, on n'obtient rien ? D'autre part, il est curieux que les résultats favorables se répètent souvent chez les mêmes malades. Dans un de ces cas, quatre séances suffirent lors d'un premier accès, quatre séances encore lors d'un second. A côté de cela, dans d'autres cas, résultats négatifs, en apparence inexplicables. Dans l'ensemble, j'estime la proportion des échecs à deux sur trois ou trois sur quatre (qu'il s'agisse de manie ou de mélancolie).

Reste la question du nombre de crises. Je crois que, s'il doit y avoir un résultat, ce dernier est acquis en 4 à 6 séances. Dans les autres cas, il semble que la prolongation des séances n'amène aucun résultat. Je serais heureux d'avoir sur ce point l'avis de la Société.

Reste le nombre des séances que le malade peut tolérer sans risque. Jusqu'à présent, je n'avais pas sur ce point d'opinion personnelle, mais j'ai vu récemment une périodique, que je connaissais depuis 10 ans, qui avait eu divers accès, et qui, entre 1942 et 1944, avait subi 110 séances d'électrochoc en un peu plus d'un an. J'ai retrouvé cette femme il y a 3 jours, complètement modifiée : désorientée, paraissant dissociée, en grande partie amnésique, avec des éléments de confusion, donnant au total l'impression d'une schizophrène, et je me demande dans ce cas si le grand nombre des séances d'électrochoc subies par elle n'est pas, au moins en partie, responsable de son état.

Je crois donc qu'il faut beaucoup rabattre des espoirs excessifs qu'avaient fait naître les premières communications et qu'il est inutile (et peut-être dangereux) de multiplier chez un même sujet le nombre des électrochocs.

M. MINKOWSKI. — J'envisagerai successivement trois points de vue.

1° Pour ce qui est des indications de la méthode, il semble que nous soyons passés plus ou moins par une période intempestive, au cours de laquelle nous avons dû céder à la pression des familles, sans trop nous poser le problème de l'inocuité de la méthode. Mais nous en sommes actuellement au stade où nous devons nous poser la question, ce sera là le fond du débat en juillet 1946, lorsque la question de l'électrochoc sera reprise en Suisse, au Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

A ce titre, faut-il établir, comme l'a fait M. Baruk, un rapport de cause à effet entre l'électrochoc et les accidents nerveux qui nous ont été décrits ? Il semble que les cas rapportés ne soient pas tous d'égale valeur. En particulier, sur l'évolution démentielle d'une de ses malades, M. Baruk lui-même s'est gardé d'être affirmatif. De même, pour l'apparition d'accidents épileptiques, serait peut-être à considérer la durée de l'intervalle entre l'électrochoc et l'apparition des accidents.

Dans l'ensemble, c'est bien sous l'angle d'une proportion que le problème de l'électrochoc doit être envisagé. Il y a une balance à faire : d'un côté, les accidents, de l'autre, les résultats positifs. Souvent d'ailleurs les « accidents » ne sont que des incidents. Et même des lésions incidentes du système nerveux ne devraient pas nous faire oublier les résultats positifs. Tout compte fait, d'ailleurs, nous ne pourrions plus aujourd'hui renoncer à l'électrochoc et là au fond est l'essentiel.

M. GUIRAUD. — De toute évidence, les craintes qui viennent d'être formulées par les auteurs sont tout à fait exagérées. Les accidents de l'électro-choc s'observent dans une proportion rarissime. En fait, les auteurs qui sont venus exposer leurs craintes sont opposés par principe à toute thérapeutique un peu violente. Il est évident, certes, qu'on peut avoir des séries d'électrochoc sans résultat. Quant à parler d'épilepsie, comme on vient de le faire à propos d'une illusion de reconnaissance, je crois qu'il y a là une exagération manifeste.

La discussion sur l'électrochoc devrait être, en réalité, consacrée à l'exposé statistique précis et à la discussion de questions encore obscures, par exemple celle-ci : Quelles sont les indications véritables de l'électrochoc ? Si l'on écoutait les familles, il faudrait en faire à tous les malades. Ce n'est certainement pas le cas.

J'insisterai pour ma part sur deux notions : 1° on fait, comme vient de le suggérer M. Delmas, des séries beaucoup trop longues ; il est possible qu'on obtienne un résultat à la 12^e ou 14^e séance, en général, si le résultat doit être favorable, 5 ou 6 chocs électriques suffisent ; 2° d'autre part, je crois qu'il faut lutter contre le préjugé que constitue à mon sens la peur de l'absence et de l'infracrise ; dans bien des cas, au contraire, on peut s'en contenter. La crise convulsive n'est pas toujours nécessaire. L'absence ne déclenche pas nécessairement l'angoisse et je m'en contente souvent dans mon service.

Reste la question du moment. A ce point de vue, on se presse toujours trop. Il n'y a pas intérêt majeur à ce que la crise dure 15 jours au lieu de deux mois. Il faut n'essayer le traitement que dans des conditions d'état physique satisfaisantes, surtout en cas de mélancolie. Dans la confusion mentale, l'électrochoc n'agit pas si le sujet est en état de dénutrition et d'intoxication. C'est donc une question d'opportunité. Quand ces conditions sont remplies, il n'est pas nécessaire, pour avoir un résultat, de recourir à de longues séries d'électrochoc.

Un mot pour finir, des lésions expérimentales. J'ai eu l'occasion d'examiner le cerveau d'un chien et de deux lapins qui m'avaient été adressés par M. Rondepierre, et qui avaient reçu le maximum de la charge électrique, deux fois par jour pendant un mois. Les lésions étaient surtout à type hémorragique. Elles étaient d'ailleurs importantes à ce point de vue, mais les cellules nerveuses étaient en bon état, sans œdème. Seul un lapin présentait quelques lésions nerveuses.

M. SIVADON. — On a insisté sur la nocivité de la répétition des séances et des dosages trop élevés.

Dans le premier ordre d'idées, je puis rapporter un cas analogue à celui de M. Delmas. Le sujet avait reçu 80 injections de cardiazol et 40 électrochocs. Il présente actuellement une épilepsie spontanée. Je pense toutefois que des faits de cet ordre sont exceptionnels. L'opportunité du traitement semble être un des éléments essentiels de la réduction du nombre de séances.

J'insisterai surtout sur la nocivité des dosages élevés. Il faut parfois, en effet, des dosages importants pour avoir la crise. Or, cette dernière peut être obtenue à moindre frais si l'on prépare le sujet avec du sulfate de strychnine (cinq à dix milligrammes en injection) ; on peut ainsi réduire la dose nécessaire d'un tiers ou d'un cinquième en moyenne.

M. DONNADIEU. — Je puis citer un cas où un traitement par électrochoc a amélioré l'état général d'un sujet qui présentait des lésions tuberculeuses évolutives et qui s'est stabilisé par la suite.

M. PICARD. — De bonne foi, on ne peut nier que l'action de l'électrochoc soit statistiquement évidente. Restent les conséquences lointaines. Or, si ces dernières étaient si néfastes, cela se saurait. Certes, il faut savoir que la commotion électrique n'est pas dénuée de tout danger. Mais, il n'y a aucune comparaison avec l'électrochoc.

Pour ce qui est de la dose, je ne crois pas qu'on puisse se contenter des infracrises.

M. VILLEY-DESMESERETS. — On ne peut contester les magnifiques résultats obtenus avec les méthodes de choc. Toutefois, j'ai observé : 1° 2 cas de mort subite 24 heures après l'électrochoc ; 2° 2 cas d'épilepsie tardive, le premier apparu un an après une cure de cardiazol, l'autre se manifestant sous forme de vertiges et d'absences.

Ici encore, toutefois, des réserves seraient à faire ; les deux sujets présentaient, en effet, un caractère constitutionnel à type épileptoïde.

M. DAUMEZON. — L'application de l'électrochoc a, dès maintenant, diminué dans des proportions considérables la durée moyenne du séjour dans les services où il est appliqué. A Fleury-les-Aubrais, dans mon service de malades payants, la diminution, par rapport à 1938, est de 50 0/0. Dans l'Etablissement entier, l'emploi de cette méthode empêche un encombrement qui se produirait fatalement en présence de l'augmentation rapide, depuis un an, du nombre des entrées.

En regard de cet avantage indiscutable et qui prime de beaucoup les réserves exprimées, le nombre des accidents est infime : une fracture du col du fémur, un abcès du poumon sur plus de 600 malades traités.

Ceci dit, il importe de proclamer l'extrême variabilité de l'action de la méthode. A côté du nombre écrasant de succès, j'ai enregistré quelques aggravations : une présénile, très améliorée par le cardiazol, a été aggravée par l'électrochoc (passagèrement d'ailleurs). Tantôt le malade guérit, n'ayant présenté que des absences (7 cas de mélancolies préséniles chez des hommes). Tantôt l'amélioration obtenue avec des crises s'arrête si par une raison contingente (?) on n'obtient plus que des absences et j'ai à plusieurs reprises constaté le « décrochage » du tableau morbide dans la crise insulémique après quelques électrochocs associés à l'hypoglycémie... Sakel, Mayer et bien d'autres avaient d'ailleurs noté que les crises convulsives étaient au cours de la crise un élément de pronostic favorable.

Mêmes incertitudes quant aux indications. Si, en matière de schizophrénies, on peut à peu près remarquer l'absence d'efficacité dans l'hébéphrénie du type athymormie, dans les autres domaines la plus grande confusion règne. Pourquoi un tel délire chronique a-t-il guéri par exception au milieu de vingt insuccès ?

Plutôt que de faire porter notre effort sur les syndromes biologiques ou anatomo-pathologiques, dont nous savons que l'écart avec la clinique n'est pas comblé, il serait plus fructueux d'entreprendre une révision systématique d'un grand nombre d'observations cliniques de la même espèce nosographique, d'étudier avec attention le mécanisme clinique et psychopathologique de la guérison. Nous en tirerions le plus grand profit pour la précision des indications de la méthode. Et c'est seulement grâce à cette précision que seront évités les excès d'emploi que nous déplorons tous à juste titre, sans pouvoir, pour l'instant du moins, les limiter exactement.

En raison de l'heure tardive, la Société décide de reporter la suite de la discussion au début de la séance du 17 décembre 1945.

La séance est levée à 18 heures 30.

Les Secrétaires des séances :
Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 3 mai 1945

Présidence : M. FRANÇAIS, président

Après lecture d'une *notice nécrologique* sur SIR HENRY HEAD (1861-1940), par M. Jean LHERMITTE, eut lieu l'

EXPOSÉ DES TRAVAUX DU FONDS CHARCOT

Œdème cérébral et transsudats séreux, par M. J. GRUNER.

(Le texte en sera publié *in extenso* dans la *Revue neurologique*.)

COMMUNICATIONS

Deux observations de fausses hernies discales dues à des abcès froids. Technique suivie, par MM. Daniel FERREY (de Saint-Malo) et SAMBRON (de Rennes).

Dans les deux cas (homme de 40 ans, femme de 30 ans), apparence clinique et radiologique de hernie discale. Ouverts involontairement, les abcès furent ensuite aspirés, curettés, comblés et aussitôt obturés par un gros bouchon musculaire prélevé sur la région lombaire. Guérison dans les deux cas sans complication.

Les auteurs insistent sur le début brusque, inattendu, de ces abcès froids jusqu'alors latents chez des malades indemnes de toute tuberculose apparente et chez lesquels on n'a pu déceler aucune lésion osseuse. Ils insistent également sur le comblement de la cavité et l'obturation de l'orifice d'incision par un fragment de muscle : dans un cas analogue mais où les auteurs s'étaient contentés d'aspirer, de curetter, de mettre du septoplax, d'appliquer une mince lame musculaire et de fermer soigneusement la dure-mère (sans

comblent, obstruent et bouchent l'incision de l'abcès par un fragment musculaire), la mort survint par méningite tuberculeuse un mois après l'opération.

Sur un complexe clinique caractérisé par une atrophie musculaire myélopathique de type distal avec grosses déformations des pieds, arthropathies du coude et de la colonne vertébrale, nodosités calcaires sous-cutanées et artérite calcaire avec perturbation du métabolisme phosphocalcique, par MM. Th. ALAJOUANINE et G. BOUDIN.

Chez une femme de 70 ans, association d'une amyotrophie distale des quatre membres, de troubles trophiques à type d'arthropathies et de multiples nodosités calcaires sous-cutanées et vasculaires. Les auteurs attribuent à des lésions médullaires l'ensemble de ces faits dont l'association crée un type spécial mais dont l'étiologie reste imprécise.

Tumeur perlée de l'angle ponto-cérébelleux,
par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

Début des troubles en 1928 chez un homme de 30 ans par une paralysie faciale périphérique, laquelle est restée pendant dix ans la seule manifestation clinique. Aggravation en 1941 (troubles de l'équilibre et de la marche, céphalées intolérables, surdité gauche presque complète, nystagmus spontané, syndrome cérébelleux gauche, légère atteinte du trijumeau gauche). Ablation dans l'angle ponto-cérébelleux gauche d'une volumineuse tumeur d'aspect nacré (tumeur épidermoïde). Disparition des céphalées, des vertiges, du déséquilibre, du nystagmus, atténuation de la surdité, persistance de la paralysie faciale. Le malade a pu reprendre son activité.

Etude statistique sur le rôle de l'âge, du sexe et de la localisation dans la névralgie sciatique, par MM. H. ROGER et M. SCHACHTER.

De l'étude statistique de 300 cas de sciatique « essentielle », les auteurs concluent que :

- 1° la sciatique frappe de préférence les sujets dont l'âge oscille entre 20 et 60 ans (pourcentage global : 87,33 %) ;
- 2° la prépondérance du sexe masculin paraît évidente (59 %) ;
- 3° la localisation préférentielle gauche est évidente du point de vue clinique (59,33 %) et assurée du point de vue de l'analyse statistique.

Les névralgies méningées localisées. Leur individualité, leur traitement chirurgical, par MM. J. GUILLAUME et G. MAZARS.

De l'analyse de certaines algies paroxystiques, soit céphaliques, soit faciales (fronto-orbitaires), les auteurs concluent à l'intervention dans leur déterminisme de la sensibilité de la dure-mère. L'anesthésie de la dure-mère obtenue par neurotomie rétro-gassérienne du contingent ophtalmique de la racine du trijumeau et complétée par la section de l'artère méningée moyenne assure la disparition des douleurs. Les faits rapportés montrent qu'une intervention sans gravité permet d'obtenir la complète guérison de violents accès douloureux que rien d'autre n'arrive à soulager.

R. C.

Séance du 7 juin 1945

Présidence : M. FRANÇAIS, président

Un cas de section totale de la moelle, avec destruction complète sur une hauteur de 4 cm. Vérification opératoire. Etat des réflexes, par M. D. MAHOUDEAU.

Si les auteurs qui ont établi le bilan séméiologique des sections totales de la moelle sont d'accord sur de nombreux points, on note cependant certaines divergences, particulièrement en ce qui concerne l'état des réflexes cutanés et des réflexes dits de défense ou d'automatisme médullaire. M. D. Mahoudeau rapporte l'observation d'un sous-officier de 25 ans blessé mortellement par un volumineux éclat d'obus ayant pénétré dans le rachis au niveau de la septième vertèbre dorsale. L'examen montra l'abolition complète des réflexes tendineux des membres inférieurs, l'abolition des réflexes cutanés abdominaux, la conservation des réflexes crémastériens, aucune réponse des orteils à l'excitation plantaire, pas de réflexe de défense du type classique, mais déclenchement, à chaque incitation, d'une très nette contraction du tenseur du fascia lata de chaque côté.

Essais de sympathectomie par voie intra-artérielle, par M. Emile LAUWERS (de Courtrai).

Les interventions classiques dirigées contre les spasmes vasculaires portant sur le sympathique périphérique et sur les ganglions prévertébraux donnent parfois des résultats remarquables mais d'assez courte durée. Expliquant ces insuccès par la conservation du réseau intrapariétal en union avec les éléments cellulaires de la paroi, M. Lauwers a pensé que ces formations périphériques, inaccessibles chirurgicalement, pourraient (afin d'obtenir une paralysie plus complète et plus durable) être atteintes par l'introduction dans la lumière de l'artère de produits chimiques doués d'une certaine électivité pour le tissu nerveux, mais dépourvus de toxicité générale et incapables de déterminer des lésions profondes ni au niveau des vaisseaux, ni au niveau des tissus voisins. Il a choisi pour cela l'ammoniaque des laboratoires diluée de 100 fois son volume d'eau distillée et apporte le résultat de ses intéressantes expériences chez le chien. Pour éviter la douleur, il fait précéder l'injection de la solution d'ammoniaque d'une injection de novocaïne en solution aqueuse.

Il a pu ainsi traiter ensuite 30 sujets atteints de spasmes vasculaires périphériques avec des résultats intéressants et parfois complets (syndrome de Raynaud) et même, par voie intracarotidienne, 15 sujets dont 10 épileptiques avérés. M. Lauwers remplace alors la solution aqueuse de novocaïne par de la novocaïne en solution glucosée, l'injection de novocaïne en solution aqueuse provoquant une crise convulsive généralisée, immédiatement arrêtée d'ailleurs par l'injection consécutive d'ammoniaque.

Chorée chronique et paralysie hypertonique du regard,
par M. J. DEREUX (de Lille).

Les caractères particuliers du trouble oculaire observé chez deux choréiques, trouble disparaissant après injection de scopolamine, permettent de dire qu'il existe réellement une paralysie du regard par hypertonie ou, plutôt, une fixité du regard par hypertonie. D'où, conclut M. Dereux, l'existence de deux variétés de paralysie du regard : la paralysie vraie et la paralysie d'ordre hypertonique.

Paraplégie cypho-scoliotique. A propos d'un cas suivi d'autopsie,
par M. J. DEREUX (de Lille).

Dans un cas, chez une fillette de 13 ans, ayant à l'autopsie prélevé la colonne cervico-dorsale avec la moelle et ses enveloppes, M. Dereux a pu étudier le mécanisme de la paraplégie scoliotique. La cause des troubles paralytiques n'était pas, dans ce cas, l'étirement de la dure-mère, tendue par les racines rachidiennes, mais le resserrement du canal rachidien trop étroit : resserrement sous la dépendance d'un éperon osseux venant rétrécir le canal comprimant fortement la moelle et, accessoirement, sous la dépendance de la mobilité de la vertèbre cunéiforme.

Tubercule cérébral opéré ; survie de trois ans,
par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

A propos de cette observation chez une jeune fille de 17 ans, MM. Th. Alajouanine et R. Thurel insistent sur le fait que la nature tuberculeuse d'une néoformation peut être méconnue même au cours de l'intervention. D'autre part, ce fait montre qu'un tuberculome peut être enlevé sans que se produise ni dissémination bacillaire, ni récurrence sur place (ceci démontré par des pneumo-encéphalographies successives), mais que d'autres localisations du processus tuberculeux (chez cette malade, hydarthrose du genou, lésions pulmonaires, méningite tuberculeuse terminale) restent à redouter après la guérison locale.

Névralgie méningée paroxystique guérie chirurgicalement,
par MM. J. SIGWALD et J. GUILLAUME.

Nouvelle observation d'une femme de 54 ans atteinte d'une forme spéciale de névralgie méningée, paroxystique, par accès de forte intensité, immédiatement guérie par l'énerveration des méninges des régions fronto-pariétales obtenue par la section du rameau trigéminal de la méningée moyenne et des faisceaux ophtalmiques du trijumeau.

Acropathies ulcéro-mutilantes avec troubles syringomyéliques.
Discussion clinique et pathogénique, par M. J.-A. BARRÉ (de Strasbourg).

Faisant la synthèse de ses observations, M. J.-A. Barré distingue parmi les acropathies mutilantes accompagnées de troubles syringomyéliques plus ou moins étendus :

1° un groupe où l'affection est due à une altération congénitale (éventuellement familiale) des centres neuro-végétatifs supérieurs, c'est-à-dire du diencéphale ;

2° un groupe où l'affection, acquise, apparaît à la suite d'irritations profondes du système sympathico-vasculaire de la périphérie des membres (après gelure, par exemple) ; ces irritations provoquent par voie réflexe (en agissant spécialement sur la substance grise centro-médullaire, riche en éléments neuro-végétatifs) les troubles de la sensibilité à type syringomyélique et elles entretiennent les altérations profondes de la nutrition des os et des parties molles.

Certaines altérations acquises des centres neuro-végétatifs de la moelle semblent donc pouvoir réaliser exactement les mêmes troubles trophiques de la périphérie des membres que les altérations congénitales — encore hypothétiques — de la région du diencéphale.

L'encéphalographie dans les démences dégénératives (Encéphaloses),
par MM. Jean DELAY et P. DESCLAUX.

L'atrophie cérébrale qui est de règle dans les démences préséniles peut être mise en évidence du vivant du malade par l'encéphalographie gazeuse, technique qui permet également de déceler une atrophie de même type dans certains autres états démentiels de l'adulte et dans certains processus dégénératifs héréditaires tels que la chorée de Huntington.

Des images atrophiques analogues existent également au cours de certains délires chroniques paranoïdes à évolution démentielle. MM. Jean Delay et P. Desclaux décrivent dans ces différents cas les aspects particuliers des images atrophiques, insistant sur l'importance de ces faits qui semblent permettre de relier à des processus dégénératifs abiotrophiques certaines psychoses évoluant depuis longtemps.

L'encéphalographie dans les démences toxi-infectieuses (Encéphalites),
par MM. Jean DELAY et P. DESCLAUX.

Si dans les démences dégénératives, ou encéphaloses, l'encéphalographie gazeuse permet de fixer l'importance des lésions, d'en suivre le développement au cours de l'aggravation de la maladie, elle permet également, dans les démences toxi-infectieuses, de présumer des états anatomiques successifs de la maladie. Sa valeur pronostique est alors considérable, elle constitue aussi un critère de la valeur de la thérapeutique mise en action, permet de comparer l'efficacité de différents traitements.

VŒU

A l'unanimité, la Société émet un *vœu* appuyant une demande de création en Afrique française d'une singerie modèle.

R. C.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Psychiatrie morale expérimentale, individuelle et sociale. Haines et réactions de culpabilité, par H. BARUK, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton (1 vol. in-8°, 280 pages, Presses Universitaires de France, 1945).

Partant de ce principe, renouvelé d'Esquirol, qu'entre l'aliéné et l'homme normal, il existe bien souvent non une différence de nature, mais une différence de degré dans le fonctionnement des mécanismes de contention, de frein et d'expression de l'esprit, M. H. Baruk s'est attaché, dans des circonstances particulièrement difficiles, à mettre en lumière et à utiliser pour le bien de son service de psychiatrie ce facteur profond et caché, relatif au jugement du bien et du mal qui, à côté des mécanismes psychologiques, des instincts, des tendances caractérielles, est le facteur régulateur de la conduite. D'une puissance et d'une profondeur extraordinaires, ce facteur confère à la personnalité humaine son caractère spécifique, et suivant qu'il est suivi ou tourné, donne aux individus comme aux sociétés, soit la paix, soit la souffrance morale ou de terribles dérivations, origine des luttes et des secousses les plus violentes, individuelles et sociales. C'est l'étude de ces phénomènes qui est le but de la « psychiatrie morale », et ce très intéressant livre, plein d'aperçus originaux et de faits, vient ainsi compléter le précédent ouvrage de M. H. Baruk sur la « psychiatrie physiologique ».

Après avoir dégagé les principes du traitement moral dans un service d'aliénés et les principes qui doivent guider le psychiatre dans le gouvernement de son service, l'auteur donne, avec des exemples, les règles d'une thérapeutique morale individuelle, concurremment avec le traitement physiologique et médical. Il insiste à juste titre sur l'importance de l'action que doit, dans ce but, exercer le médecin sur les familles des malades et le personnel du service. Il s'attache à mettre en évidence chez divers types d'aliénés, sous le nom de personnalité profonde, et derrière les apparences, la « personne véritable, sentant, souffrant, jugeant et réagissant comme

nous, mais voilée, cachée, ne se manifestant qu'indirectement et mystérieusement » et les conclusions thérapeutiques qui en résultent.

Montrant que la conscience constitue l'esprit qui éclaire la vie psychologique, unifie la personnalité, qu'elle est le principe vital essentiel de la psychologie de l'homme et des sociétés humaines, il insiste sur l'intérêt non seulement pour le psychiatre mais pour le médecin en général de la physiopathologie de la conscience morale (anesthésie, hyperesthésie de la conscience morale, conflits moraux, conséquences organiques et moyens de soulagement de la douleur de la conscience morale, réactions).

Un important chapitre est consacré aux haines actives et passives et aux diverses modalités des délires de haine dont M. H. Baruk dégage les caractères psychologiques généraux et les données physiologiques. Qu'elles soient secondaires à une dépression morale, qu'elles soient une réaction de compensation orgueilleuse, une réaction de disculpation, ces haines sont une déviation pathologique de la vie morale ; elles peuvent être l'occasion de multiples erreurs de diagnostic. Si, chez des malades troublés, la personnalité profonde est cachée par l'incohérence des propos et des actes, il est d'autres sujets qui sous une présentation normale cachent des tares profondes des sentiments, du jugement, de la vie morale, tares qui ont été décrites sous les noms de « Folies lucides » et de « Folies morales », et qui relèvent de facteurs complexes, constitutionnels, organiques, endocriniens et sociaux.

Dans la formation d'une science synthétique de l'homme, le point de vue biologique et le problème sociologique ont pour l'hygiène physique de l'individu et l'organisation de la vie matérielle de la société une utilité incontestable ; c'est cependant le point de vue moral qui commande tous les autres. S'il existe un certain déterminisme des actions humaines, il existe aussi, au-dessus des substrats biologiques, un principe moral que l'on peut ou non violer, donc une part essentielle de liberté. Recherchant les raisons des échecs de moralisation et du retard de l'évolution morale de l'humanité par comparaison avec les immenses progrès accomplis dans le domaine de la technique, M. H. Baruk les trouve dans la résistance de certains instincts, l'horreur de l'effort, l'insuffisance des habitudes morales, la persistance dans la mentalité, le plus souvent sous forme de complexe inconscient, de la notion de « bouc émissaire », notion par laquelle il explique les persécutions du peuple juif. En résumé, l'évolution morale de l'humanité, incomplète, aboutit trop souvent à cette fausse morale injuste, inhumaine, qu'est la « morale de l'opinion » et que l'on doit combattre par un sentiment ardent d'équité.

Par la voie de la psychiatrie, M. H. Baruk aborde ainsi les plus hauts problèmes. Son but est, non de les envisager sous l'angle métaphysique, religieux, mais restant dans le domaine des faits, d'étudier par des méthodes scientifiques les effets du Principe moral dans la psychologie de l'individu et des sociétés, l'action de ce principe dans la pathogénie des sentiments, des actes, des conflits, des évolutions sociales. Loin de vouloir « opposer science et foi », il propose « une transformation des données religieuses en données scientifiques ».

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

L'Année psychologique (Quarante-et-unième et quarante-deuxième années 1940-1941), publiée par Henri PIÉRON, professeur au Collège de France, directeur de l'Institut de psychologie de l'Université de Paris (1 vol, in-8°, 686 pages, in « Bibliothèque de philosophie contemporaine », Presses Universitaires de France, Paris 1945).

Cette publication, toujours si attendue, interrompue sous l'occupation, présente aujourd'hui, réunies en un volume, les années 1940 et 1941. D'une étude de M. Henri PIÉRON sur *l'hétérogénéité normale des aptitudes*, se dégagent deux conclusions : d'une part, que la répartition des hétérogénéités individuelles d'aptitudes obéit à la loi générale de variation fortuite des fréquences, autour d'une valeur modale caractéristique d'un groupe donné d'individus examinés par un ensemble donné d'aptitudes ; d'autre part, que l'hétérogénéité moyenne est inversement proportionnelle au niveau global moyen correspondant à l'ensemble des aptitudes examinées. C'est une notion très encourageante que celle de l'hétérogénéité normale pour l'utilisation sociale des diversités humaines, et qui établit bien la valeur essentielle de l'établissement des profils psychologiques pour l'orientation professionnelle, mettant en défiance contre les hiérarchies globales masquant les hétérogénéités foncières.

L'analyse factorielle d'une série de tests verbaux, par R. BONNARDEL, les études de Y. LE GRAND sur *la notion de système récepteur indépendant*, de P. JAMPOLSKY sur *la collaboration de la vue et du sens statique dans les perceptions spatiales*, de René CHOCHOLLE sur *la variation des temps de réaction auditifs en fonction de l'intensité à diverses fréquences*, du professeur Henri PIÉRON sur *la loi d'Abney et la théorie de la vision chromatique*, une étude analytique de R. BONNARDEL d'*appréciations subjectives portées sur des traits de la personnalité humaine* (des études semblables pourraient permettre de dégager les traits de la personnalité pouvant « en fait » être distingués subjectivement et d'apprécier le degré de confiance à accorder au jugement porté sur ses semblables par un estimateur déterminé), l'exposé du professeur Henri PIÉRON de *quelques données sur la récupération post-adaptative de la sensibilité chromatique*, les recherches de Y. GALIFRET sur *la mesure du seuil de perception des profondeurs relatives*, figurent dans la première partie du volume que termine un *essai d'analyse factorielle des aptitudes* par G. BERNYER.

Comme dans les volumes précédents, après les mémoires originaux, vient une seconde partie intitulée « Notes et revues », et qui contient, de R. ZAZZO, une *note sur la méthode des jumeaux* pour servir de projet aux intéressantes recherches organisées conjointement par le Laboratoire de psycho-biologie de l'enfant, sous la direction du professeur Henri Wallon, du Collège de France, et par le D^r Turpin, dans son service de l'hôpital Hérold. L'exposé par P. RENNES d'*une méthode nouvelle d'olfactométrie*, et d'utiles propositions du professeur Henri PIÉRON pour mettre fin aux ambiguïtés et aux incertitudes de *la terminologie visuelle*, terminent la seconde partie.

Faites par les collaborateurs habituels de « L'Année psychologique », 1.027 analyses de livres ou d'articles de revues pouvant à des titres divers intéresser la psychologie normale, expérimentale, comparée, pathologique, la psychologie ethnique et sociale, la psycho-physiologie, la psychologie appli-

quée et la psychotechnique, la psycho-pédagogie, etc., complètent ce recueil de faits.

La chronique habituelle qui termine le volume est presque entièrement consacrée à une longue liste de décès survenus depuis la précédente publication jusqu'à la fin de l'année 1944.

Tous se réjouiront de la reprise de la si vivante et si utile publication dirigée par le professeur Henri Piéron, avec l'espoir que, malgré les difficultés persistantes de l'édition, les volumes suivants pourront bientôt venir compléter la collection.

René CHARPENTIER.

La psycho-physiologie humaine, par le Dr Jean DELAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, docteur ès-lettres (1 vol. in-16, 118 pages, in Collection « Que sais-je ? », dirigée par Paul ANGOUVENT, Presses Universitaires de France, Paris 1945).

En ce petit volume, M. Jean Delay a condensé avec son habituelle clarté les notions essentielles concernant la psycho-physiologie humaine, étude objective des rapports entre le corps et l'esprit, science des corrélations et des interactions somato-psychiques dont Cabanis a pu, à bon droit, être considéré comme le fondateur. Excluant toute hypothèse métaphysique, la psycho-physiologie n'est pas une philosophie. Il n'est pas de problème de psychologie qui ne puisse être abordé par les méthodes de la recherche psycho-physiologique (observation, comparaison, expérimentation).

M. Jean Delay expose le rôle respectif de l'écorce et de la base du cerveau dans la vie psychique, le rôle des hormones dans la vie instinctivo-affective. Il montre comment une fonction psychique ne saurait être localisée par rapport à un centre mais par rapport à un système, qu'une fonction n'est pas localisée dans un système (ce qu'on localise c'est le dispositif anatomique nécessaire à l'extériorisation de cette fonction) et que c'est seulement l'un de ses aspects les plus élémentaires mais non toute la fonction qui est localisée. Chaque fonction psychique peut être considérée sous l'angle d'une hiérarchie de structures.

Il présente ensuite les différents types psycho-physiologiques selon les diverses classifications et montre la complexité du travail d'équipe exigé pour l'édification d'une biotypologie, les variations héréditaires ou acquises des types, les mutations dans la constitution physico-chimique de l'œuf, les fluctuations sous l'influence du milieu. A côté des facteurs biologiques et des facteurs sociaux, il réserve la place des facteurs proprement psychologiques. Dans chaque fait psychique, une infrastructure physiologique se double d'une suprastructure psychologique dans laquelle les facteurs sociaux jouent un rôle essentiel mais non exclusif.

Dégageant de ces notions des applications pratiques, M. Jean Delay termine cet exposé en montrant l'importance de la psychotechnique ou psychologie appliquée et de la biotechnique qui est une psycho-physiologie appliquée. La sélection humaine, scolaire, la sélection et l'orientation professionnelles ont déjà donné des résultats très appréciables ; les techniques modernes d'éducation, les applications thérapeutiques, psychothérapeutiques ou physiothérapeutiques, résultant de la connaissance des interactions somato-psychiques, ont prouvé leur efficacité.

En un petit nombre de pages, ce livre met au point bien des questions,

D'une lecture facile, il est appelé à permettre à beaucoup l'approche de la psycho-physiologie, dans une vue d'ensemble de ses moyens, de ses résultats et de ses buts.

René CHARPENTIER.

Notre destinée et nos instincts, par Etienne de GREEFF (1 vol. in-12, 242 pages, in « Présences », librairie Plon, Paris 1945).

Achevé en 1939, le livre, qui vient de paraître, de l'éminent professeur de criminologie à l'Université de Louvain, critique serrée du monde actuel, est consacré à l'étude des forces instinctives et de leurs conséquences. C'est, écrit l'auteur, une longue méditation psychologique, presque clinique, amorcée par l'inquiétude et centrée sur la personne humaine. Dans une introduction, écrite au début de la guerre mondiale et qu'il intitule « L'Humanité aveugle », le professeur de Greeff déclare que l'« ennemi » c'est la vie sociale axée sur la synchronisation des tendances instinctives élémentaires, et que les divers fascismes ne seraient ni possibles, ni dangereux, s'ils ne correspondaient par de profondes affinités à certaines tendances élémentaires des hommes. C'est en nous qu'est l'ennemi. Il habite la partie la plus primitive et la plus sensible de notre être, notre moi profond, auquel on ne peut toucher sans éveiller une authentique souffrance.

L'instinct est au commencement de toute vie psychique. Les fondements de notre vie mentale reposent à même sur la vie instinctive. L'innéité est sa caractéristique essentielle, mais il ne se montre qu'à une date déterminée, il ne se fixe que s'il trouve l'occasion de s'exercer. M. Etienne de Greeff rappelle les théories de William James, Freud, Adler, Jones, Mac Dougall et donne une brève énumération des tendances instinctives. Il montre que c'est parce qu'il repose sur une force affective, sur un instinct, que le besoin de liberté reste, pendant toute la vie, une puissance dominante de l'esprit, une puissance avec laquelle doit compter la personnalité. Il établit que réactionnaire et révolutionnaire ne sont pas nécessairement deux types opposés, tous deux étant centrés sur la défense du moi au point de vue biologique. L'un défend une atmosphère dans laquelle sa personnalité se trouve à l'aise, l'autre attaque un état de choses qui lui paraît s'opposer à son épanouissement. Dans les deux cas, c'est de l'instinct de conservation et de défense qu'émane l'énergie nécessaire à la lutte.

Même des événements réconfortants constituant un certain triomphe de la charité, de la justice, de la liberté, de l'égalité, ne représentent souvent que le triomphe de sentiments élémentaires, instinctifs. L'échec social du christianisme signifie avant tout que l'homme ne pourra peut-être jamais se libérer de la toute-puissance de la vie instinctive. A part peut-être un meilleur équilibre des instincts, l'homme est resté semblable à lui-même. L'usage d'une certaine conception de la liberté mène à l'esclavage général. Si la liberté n'a pas servi les hommes, c'est que ce qu'ils appelaient liberté ne fut trop souvent qu'une forme de leur défense personnelle, un aspect de leur moi, une défense instinctive du moi, et que les instincts ne peuvent accéder à des valeurs supérieures qu'après une longue et laborieuse épuration. L'auteur montre la nécessité et les difficultés d'une hiérarchisation, d'une sublimation de l'instinct, l'intervention du « sens du nivellement » et la « fuite dans la médiocrité ». Si l'évolution du besoin de liberté est indissolublement liée à la valeur morale, l'évolution morale de l'individu est liée à son comportement vis-à-vis de sa propre liberté.

L'étude de la sympathie montre qu'on ne peut pas compter sur la réaction purement instinctive des hommes pour protéger la liberté, la vie, l'intégrité physique et morale de l'homme. Le christianisme, écrit M. Etienne de Greeff, apparaît comme la création type venant résoudre à la fois la question de la participation affective et de la défense d'autrui par l'importance extraordinaire qu'elle accorde à la valeur théorique de toute personnalité humaine. Mais, entre l'homme et la doctrine, il est nécessaire d'intercaler un mode de sentir, une sorte de pédagogie sociale qui prépare l'être humain à la mise en valeur du christianisme.

Dans le sens général de cette étude, l'auteur envisage ensuite la vie sexuelle au point de vue de l'enrichissement ou de l'appauvrissement de la personne humaine, puis la tendance à l'épargne concluant que la fin de la propriété signifie la fin de l'adaptation volontaire à la durée concrète ; « l'organisation de l'épargne est un de ces systèmes extérieurs à l'homme qui le forcent à un comportement meilleur que le comportement spontané, une organisation qui le force à agir en fonction d'un présent très étendu ».

En même temps qu'une certaine dévalorisation de la propriété, on peut constater une valorisation extraordinaire de certains aspects affectifs du moi, un besoin de justice que caractérise surtout son aspect négatif de lutte contre l'injustice. Si, sous ses diverses formes, la justice des hommes ne dépasse guère le niveau de la vengeance, on doit toutefois signaler l'évolution de la justice vers l'adoucissement des peines, le remplacement de la vengeance par des mesures de sûreté. A côté de la justice-vengeance, il est, depuis le commencement du monde, une justice-revendication, d'où procède le nivellement par le bas, manifestation de la tendance innée de l'homme à l'uniformisation, à l'égalisation. Tendance grégaire, adaptation à l'esclavage, médiocrité acquise forment l'essentiel d'un grand nombre de « moi ». D'ailleurs la masse des intellectuels ne se comporte pas autrement qu'une masse vulgaire et joue son rôle dissolvant de la personnalité humaine. L'existence périodique de paroxysmes passionnels rend possible cette automutilation progressive.

De ce qui précède, il résulte que, contrairement aux illusions collectives, la personne humaine ne peut pas se sauver par le seul équilibre de la vie instinctive. Le grand adversaire de l'homme instinctif, c'est le temps : il faut le vaincre ou s'y adapter. L'ayant vaincu mécaniquement, l'homme n'a trouvé aucun moyen de modifier sa vitesse de pensée, il adapte donc sa vie intellectuelle au rythme de la vie mécanique. La victoire sur le temps élimine ainsi tout vrai travail de l'esprit. Elle permet la participation totale au présent, mais amène la disparition de vertus fondamentales (fidélité, véracité, épargne, poursuite d'un idéal, etc.) et, peut-être, de façon « désormais irréversible ». Dans cet abandon, l'homme peut-il encore songer à l'avenir de la race, du pays, s'imposer le sacrifice d'une famille suffisamment nombreuse ? Ni l'instinct sexuel, ni la crainte de la mort, ni cette alerte organique qu'est la maladie, ni la peur de la maladie ne peuvent contribuer au sauvetage de la personnalité humaine. Les instincts ne défendent que leur rôle profond, non pas la vie comme telle, mais le fait de vivre, de réagir, de vibrer, de vaincre, de résister.

Les dernières pages du livre sont consacrées à montrer le mécanisme du conflit mondial alors à ses débuts, et à opposer à l'idéologie nazie le monde des valeurs chrétiennes, le monde du renoncement, de la pitié, du courage, de la défense du prochain et de l'amour d'autrui, monde qui

suppose la spiritualité de l'homme, sublimation de deux mille ans de christianisme. La personne humaine pourrait-elle survivre à la notion du destin spirituel de l'homme ?

René CHARPENTIER.

PŒCHOTECHNIQUE

Théorie de l'orientation professionnelle, par Pierre NAVILLE (1 vol. in-16, 290 pages, Gallimard édit., Paris 1945).

L'orientation professionnelle de la jeunesse peut-elle trouver dans la science des bases solides, et lesquelles ? Telle est la question à laquelle M. Pierre Naville apporte sa réponse. En s'intéressant à l'avenir professionnel de l'enfant, l'orientation professionnelle pose le problème de son rôle, de sa place, une fois à l'âge adulte dans la structure économique de la Société. En même temps que la question de l'avenir de l'enfant, elle pose donc la question de l'avenir de la Société. Pour M. Pierre Naville, l'orientation professionnelle est, en somme, l'intégration de la psychologie objective dans les cadres de la division du travail socialiste. On aperçoit que ce livre n'est pas un manuel technique, mais une critique et une discussion des fondements de l'orientation professionnelle dont l'auteur demande la prise en charge par l'Etat sous le contrôle des collectivités travailleuses.

Ce qui décide du choix d'un métier, écrit M. Pierre Naville, ce n'est pas le hasard mais la structure et le niveau technique de la société au sein de laquelle s'exerce l'activité des individus et des classes. D'où la conclusion que la substitution de bases vraiment nouvelles à la pratique actuelle de l'orientation professionnelle ne peut découler que d'une « pratique psychologique et psychométricienne liées au bouleversement des rapports actuels de production ». Elle doit être accompagnée, et même précédée, par la substitution du travail dirigé au marché libre du travail et par la mise au point et l'adaptation permanente de plans économiques.

M. Pierre Naville fait ensuite la critique des notions concernant l'échec et la réussite, la valeur des notes professionnelles, la réussite scolaire (H. Piéron, Laugier), le contrôle de l'orientation professionnelle. L'orientation de l'individu, conclut-il, ne sera réussie que lorsqu'elle sera contrôlée en fonction de critères impliquant la recherche de l'émancipation sociale et naturelle de l'homme. Examinant si la théorie actuelle de l'aptitude peut servir à ce but, il déclare illusoire et inféconde la notion même d'aptitude professionnelle décelable chez l'individu antérieurement à toute expérience professionnelle. Ce qu'il faut rechercher, ce sont les possibilités d'adaptation plus générales des individus et des groupes, et cette adaptabilité a un contenu social au moins aussi important que son contenu psychologique.

Renonçant donc à la notion classique de l'aptitude, l'auteur lui substitue un « behaviorisme de l'adaptation », l'aspect social et l'aspect biologique de l'adaptation primant l'adaptation psychologique et individuelle.

Ayant conclu que « ce n'est pas au laboratoire qu'on trouvera la solution aux problèmes du moment », que l'orientation professionnelle n'est pas une science mais « une technique sociale », M. Pierre Naville envisage cependant, dans une partie constructive, et par rapport à l'état actuel des choses, quelques-uns des problèmes qui se posent immédiatement (orienta-

tion et sélection, orientation continue, diagnostic d'adaptabilité, examen médical nécessitant une éducation spéciale, statistiques et connaissance des métiers, orientation scolaire et orientation professionnelle, rôle de la famille, collaboration des « usagers ». Le livre se termine par des suggestions pour l'administration de l'orientation professionnelle et par l'énoncé des premières réformes préconisées.

René CHARPENTIER.

Les facteurs profonds d'adaptation de l'homme à sa fonction, par M. DESOILLE, ingénieur, chef de service aux Compagnies réunies de gaz et d'électricité (12 pages, in « Etudes de psychologie appliquée. La sélection des cadres supérieurs », 18^e Cycle d'Etudes de la Cégos, 1945).

Les facteurs de non-adaptation de l'homme à sa fonction sont inconscients. Les troubles du caractère qui sont des éléments de non-adaptation sont des obstacles inconscients à l'investissement volontaire de l'énergie affective dans un acte conscient. Après avoir exposé les étapes du développement de l'individu sur le plan affectif, M. Desoille envisage trois aspects de l'adaptation de l'homme à sa fonction : le commandement, la discipline, le rythme. Pour chacun d'eux, il indique les qualités de caractère indispensables à une bonne adaptation à la fonction ainsi que les facteurs inconscients relevant de circonstances susceptibles de troubler l'évolution normale des sentiments. La correction de cette non-adaptation peut être faite dans une certaine mesure par la suggestion, par la psychanalyse et par la « méthode du rêve éveillé » qui, au lieu de l'attitude passive de la psychanalyse, exige du sujet une attitude active, méthode synthétique et non analytique comme l'est la psychanalyse.

En conclusion, dans l'industrie, la psychologie de l'inconscient peut permettre de perfectionner les tests et d'aider les intéressés en les éclairant sur leurs propres réactions inconscientes.

René CHARPENTIER.

La sélection des ingénieurs, par M. Guy PALMADE, du Bureau de psychologie industrielle de la Cégos (20 pages, in « Etudes de psychologie appliquée. La sélection des cadres supérieurs », 18^e Cycle d'Etudes de la Cégos, 1945).

M. Guy Palmade caractérise et différencie tout d'abord les fonctions que remplissent les ingénieurs. Le « cela doit être » impératif, la critique réalisante (examen des situations dans lesquelles il faudra réaliser) sont deux vecteurs psychologiques distincts, caractéristiques et, à un certain point de vue, antagonistes. Selon les divers postes, l'ingénieur peut avoir à résoudre surtout des problèmes scientifiques et techniques, des problèmes humains, des problèmes d'organisation ou des problèmes pratiques. Pour chacun de ces groupes, il faut établir des distinctions dans les types d'intelligence et les aptitudes rencontrés chez les ingénieurs. L'examen psychotechnique permettra de tenir compte de ces distinctions.

M. Guy Palmade expose ensuite l'ensemble des méthodes psychotechniques de sélection : méthodes morphologiques, méthodes des réussites, méthodes synthétiques des réussites, méthodes d'étude du comportement, méthode des traces, méthodes d'expression psychique, méthode des champs significatifs. Dans le cas des ingénieurs, pour pouvoir effectuer une sélection

tion, il faut connaître l'homme dans son entier, et M. Guy Palmade propose dans ce but une nouvelle méthode convergente. Il n'y a pas de critère purement objectif, et c'est par la cohérence des renseignements obtenus, par leur convergence, qu'on parviendra à une certitude suffisante.

La sélection des ingénieurs doit utiliser la totalité des méthodes énoncées ci-dessus. Mais, en pratique, il faut aussi tenir compte du temps, des crédits et du personnel dont on dispose pour ces examens.

René CHARPENTIER.

PSYCHANALYSE

L'œuvre paradoxale de Freud (Essai sur la théorie des névroses), par le Dr Madeleine Cavé (1 vol. in-8°, 110 pages, in « Bibliothèque de Philosophie contemporaine », Presses Universitaires de France, Paris 1945).

Psychanalyste et « persuadée de l'exactitude géniale des découvertes psychanalytiques », Mme le Dr Madeleine Cavé estime cependant que « les adversaires de la psychanalyse ont raison dans la résistance qu'ils lui opposent et que leur attitude est pleinement justifiée par le caractère absolument antiscientifique des livres de Freud ». Elle s'attache dans ce volume de critique à mettre en évidence l'antagonisme entre « cet ensemble de découvertes cliniques incontestables » et les « livres profondément antiscientifiques où la science se mêle à l'hypothèse et qui ne comportent aucune des preuves nécessaires pour déclencher l'adhésion des esprits scientifiques ». Elle constate « chez Freud l'extrême carence des qualités logiques », carence qu'elle présente comme « une des conditions de son génie », son intuition extrême étant la seule attitude intellectuellement féconde en présence des phénomènes psychiques. Rappelant et reprenant à son compte l'opinion de Claparède que « l'œuvre de Sigmund Freud constitue l'un des événements les plus importants qu'ait jamais eu à enregistrer l'histoire de l'esprit », elle rend les psychanalystes responsables de l'« atmosphère de particularisme et de réprobation intellectuelle » qui entoure la psychanalyse, « psychanalystes qui, n'ayant pas le génie de leur maître, se sont contentés de copier ses défauts ».

On lira avec intérêt ces pages dans lesquelles Mme Madeleine Cavé fait remarquer que les adversaires de la psychanalyse la jugent uniquement sur les livres de Freud ou de ses disciples, mais n'ont jamais essayé de l'appliquer eux-mêmes à l'exploration des névroses, n'ont jamais confronté eux-mêmes la doctrine avec les faits, tandis que les médecins psychanalystes qui acceptent intégralement la doctrine la jugent au contraire sur ses seuls résultats cliniques. Dans ses livres, par des « explications fantaisistes », Freud jette « lui-même la suspicion sur la réalité et l'objectivité de toutes ses découvertes ». Théorie biologique indéfendable, hypothèses phylogéniques déplacées, faits d'observation authentiques et théories scientifiques légitimes forment pour Freud et pour beaucoup de psychanalystes un bloc indissoluble. Mais, même « les constructions métaphysiques où se complait le génie sur son déclin ne peuvent porter une atteinte quelconque à la réalité objective des découvertes scientifiques qu'il a faites, ni les modifier en quoi que ce soit ». En s'ingéniant à les présenter sous la forme trompeuse d'un système *a priori*, Freud a trahi le caractère expérimental de ses

travaux et, ajoute Mme Madeleine Cavé, en lisant les livres de Freud sur la psychanalyse, « il est en vérité impossible d'y croire ».

Loin de voir, comme d'autres psychanalystes, dans le refoulement sexuel collectif la cause de l'opposition rencontrée par la doctrine de Freud, elle est d'avis qu'aucune opposition d'esprits impartiaux ne résiste au contact de l'expérience et en donne des exemples. Les découvertes de Freud n'expliquent pas tout le problème de la névrose, certes, mais n'est-ce pas le caractère habituel de toute découverte scientifique d'être incomplète ? A ce propos, l'auteur fait observer que les psychanalystes qui se refusent à conjuguer les efforts du traitement organique et du traitement psychanalytique interprètent abusivement la pensée de Freud, lequel conseilla formellement « dans les cas où la névrose puisait ses racines dans une maladie organique, envers quoi un traitement efficace était possible, d'employer indifféremment soit une thérapeutique psychique, soit une thérapeutique organique ». Il est juste d'ajouter que Freud a émis à d'autres moments des hypothèses en contradiction avec la théorie organo-psychique de la névrose. Génie paradoxal, c'est « de l'union de son insuffisance logique et de ses dons intuitifs qu'est sans doute résultée, pour lui, la possibilité de faire de merveilleuses découvertes dans le domaine de l'esprit ».

Trop court aperçu d'un très intéressant ouvrage de critique que tous voudront avoir lu et dont l'originalité, la sincérité, l'objectivité, la documentation n'ont pas fini d'éveiller les réflexions et les réactions des psychanalystes et des psychiatres.

René CHARPENTIER.

EMBRYOLOGIE

La formation du système nerveux, par Raoul-Michel MAY, maître de conférences adjoint d'anatomie et d'histologie comparées à la Faculté des sciences de l'Université de Paris (1 vol., 302 pages, 146 figures, in Collection « L'avenir de la Science », dirigée par Jean ROSTAND, Gallimard édit., Paris 1945).

L'embryologie permet, pour chaque espèce animale, de voir posés un à un les différents conducteurs et de comprendre l'organisation du système nerveux alors qu'il est encore rudimentaire, constitué par un nombre restreint de cellules et de fibres. A l'embryologie comparée du système nerveux, la neuroembryologie expérimentale, enrichie de techniques et de données nouvelles, est venue ajouter les riches résultats des méthodes d'expérimentation quantitative. Le plan expérimental est le carrefour où se rejoignent la physiologie, la chimie et la physique du système nerveux. Ce sont les résultats de ces diverses études qu'expose M. Raoul-Michel May en un livre clair, précis, abondamment illustré, où, tout en insistant sur le côté morphologique de la formation du système nerveux, il ne néglige ni l'aspect fonctionnel ni l'aspect physico-chimique de cette importante question.

Il y montre d'abord que la formation d'un système nerveux, la spécialisation n'aboutissent, en dépit de leurs incontestables avantages, qu'à la sommation et à l'exclusive organisation de caractères déjà présents dans la moindre parcelle de matière vivante. De l'étude du « mouvement sans nerfs », il passe à l'étude du réseau nerveux, de l'organisation de la chaîne ganglionnaire et du développement du névraxe des vertébrés. La genèse normale de la cellule nerveuse, sa genèse expérimentale, la formation des

faisceaux, conduisent à l'exposé de l'évolution du système nerveux dans les différentes classes de vertébrés. M. Raoul-Michel May montre comment, à partir du système nerveux peu organisé en centres et en faisceaux des vertébrés inférieurs, avec un vaste neuropile, a évolué le névraxe à très nombreux centres et faisceaux des Vertébrés supérieurs et de l'homme : mais le neuropile n'en demeure pas moins en quantité importante, et sa non-spécificité, sa plasticité, permettent l'addition des plus hautes fonctions psychiques.

Les facteurs formatifs du névraxe, les enseignements de la régénération nerveuse, faits d'une inestimable valeur pour la compréhension du développement nerveux, les premiers résultats des recherches encore peu nombreuses sur la physique et la chimie du système nerveux, les acquisitions de l'endocrinologie moderne qui montrent le système nerveux non plus isolé des humeurs, du milieu intérieur, et notamment des hormones, mais influencé par elles dans sa genèse, dans sa forme, dans son fonctionnement, contribuant même à leur élaboration par ses propres sécrétions, l'évolution des organes des sens et leurs facteurs formatifs, font l'objet des derniers chapitres.

Si l'anatomie et l'histologie comparées, l'embryologie normale semblent avoir désormais fourni tous les renseignements qu'elles peuvent donner, l'expérimentation, jusqu'ici surtout cantonnée à la microchirurgie, tend à s'orienter vers une analyse plus poussée (actions hormonales). La chimie et la physique de la neurogenèse ne sont qu'à leur début. Un jour viendra où la connaissance de la genèse du neurone et de son action permettra de mieux discerner le mécanisme encore si mystérieux de la croissance, de l'organisation et du fonctionnement de la cellule nerveuse.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Biologie des jumeaux. Polyembryonie et gémellité, par Maurice CAULLERY, professeur à la Sorbonne, membre de l'Institut (1 vol. in-16, 172 pages avec 27 figures et 4 planches, in Collection « La Science vivante » dirigée par René AUDUBERT, Presses Universitaires de France, 1945).

On trouvera dans ce nouveau livre du Professeur M. Caullery l'exposé et la solution des nombreux et importants problèmes biologiques posés par les jumeaux vrais, d'origine uniovulaire, dans le domaine de l'embryologie, dans celui de l'hérédité, dans tout ce qui se rattache à la constitution et au fonctionnement de l'individualité. Après avoir montré le dédoublement expérimental ou naturel de l'individu dans l'embryogénèse, l'auteur y étudie la gémellité chez l'homme et chez les mammifères domestiques. Contrairement à ce qui se passe dans la plupart des questions biologiques où la solution des problèmes posés à propos de l'espèce humaine se trouve le plus souvent dans l'étude de ces problèmes chez les animaux en général, c'est l'inverse qui se produit à propos de la gémellité. Nous sommes, en effet, beaucoup mieux documentés sur les jumeaux humains uniovulaires que sur ceux des autres mammifères. La formation de jumeaux uniovulaires se ramène, à l'origine, à une perturbation dans les débuts du développement de l'œuf entraînant un dédoublement des ébauches qui sont à la base de la différenciation de l'individu. La similitude des individus produits est

une vérification des conceptions actuelles sur l'hérédité et la morphogénèse.

L'étude de la gémellité tératologique explique la formation générale et les particularités des monstres doubles, qui ne sont que des jumeaux coalescents : la diversité des monstruosités réalisées est due à la variété des dispositions spatiales des ébauches qui y donnent lieu. Le professeur Maurice Caullery fait observer qu'on est en droit de s'étonner que les monstres doubles ne soient pas plus fréquents et que, dans la presque totalité des cas, les ébauches gémellaires aboutissent à la formation d'individus séparés et normaux.

Livre plein de faits dans lequel l'auteur, avec l'autorité scientifique que l'on sait, a mis au point de nombreux travaux récents relatifs à la gémellité. Cet ouvrage, qui se termine par une abondante bibliographie, devra être consulté non seulement avant tout travail concernant les jumeaux, mais à l'occasion des problèmes biologiques variés pour la solution desquels les jumeaux constituent un champ d'études de premier ordre. En s'appuyant sur l'ensemble des données de la biologie expérimentale (en ce qui concerne particulièrement l'hérédité), les jumeaux fournissent, en effet, à l'observateur et au médecin, une matière d'examen extrêmement féconde.

René CHARPENTIER.

ASSISTANCE

Le Centre médico-pédagogique de Montauban, par le Dr Raymond FAVAREL
(1 brochure in-8°, 56 pages, Imprimerie Forestié, Montauban 1945).

Annexé au service de neuro-psychiatrie de l'hôpital de Montauban, sous la direction du médecin-chef de ce service, également chargé des consultations d'hygiène mentale, ce Centre médico-pédagogique, installé dans un pavillon de l'ancien hôpital psychiatrique, a été ouvert le 1^{er} janvier 1944. Il reçoit les enfants de 6 à 14 ans et ne possède que 40 places d'internat, ce qui est un maximum pour le personnel restreint dont il dispose. Mixte au début, il ne reçoit plus que des enfants de sexe masculin.

En conclusion de cette expérience d'une année de fonctionnement du Centre, l'auteur insiste sur la nécessité d'une étroite collaboration du médecin et du pédagogue, sur la non moins évidente nécessité d'institutrices spécialisées et de surveillantes qui soient d'une moralité exemplaire. Il confirme la valeur des tests d'évaluation du niveau mental. L'indication de l'internat dans les nombreux cas où l'enfant doit être soustrait à de mauvaises influences, l'intérêt qu'il y a à grouper dans des classes un nombre limité d'enfants de même niveau mental, l'attention à apporter au choix des enfants pour séparer des arriérés éducatifs les instables et les pervers, la nécessité pour l'avenir des enfants d'une coordination étroite avec les organismes d'orientation professionnelle sont au nombre de ses conclusions. Peut-être est-il un peu timide dans sa proposition de développer le travail manuel « à côté » de l'enseignement scolaire ? Car on peut légitimement penser que, pour un grand nombre de ces enfants, le travail manuel devrait passer avant l'enseignement scolaire. Mais je m'associe complètement à lui quand, comme je l'ai demandé pour l'assistance psychiatrique en général, il fait observer que le cadre départemental étant insuffisant pour une assistance efficace aux enfants anormaux « un

plan régional s'impose ». On ne s'explique guère les résistances que rencontre un vœu si légitime. Le cadre départemental est beaucoup trop étroit pour permettre une spécialisation rationnelle des diverses tâches de l'assistance psychiatrique, spécialisation indispensable à la mise en œuvre d'une thérapeutique efficace et moderne des diverses catégories psychopathiques.

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

Le rêve éveillé en psychothérapie. Essai sur la fonction de régulation de l'inconscient collectif, par R. DESOILLE (1 vol. in-8°, 388 pages, in « Bibliothèque de philosophie contemporaine », Presses Universitaires de France, Paris 1945).

Adoptant les vues théoriques de la psychanalyse, l'auteur rappelle les notions de C.-G. Jung d'inconscient personnel, d'inconscient collectif et d'archétype, tout en précisant que la technique qu'il propose du rêve éveillé dirigé a été élaborée par lui avant qu'il ne connût les travaux de Jung. Cette technique consiste essentiellement à placer le sujet dans un état de relaxation musculaire aussi complet que possible, à le maintenir dans l'état psychique de la période de « préendormissement au cours de laquelle le jugement n'est pas encore complètement obnubilé, mais où la dissociation de l'imagination et de l'esprit critique est telle que celui-ci ne contrôlant pratiquement plus celle-là, elle peut jouer librement. On peut alors pénétrer dans l'inconscient collectif par la simple suggestion de monter ou de descendre....., l'image de l'ascension ou de la descente constitue un archétype extrêmement puissant ». Les visions du rêve éveillé correspondent aux « auto-perceptions symboliques de la libido » de Jung.

La plus grande partie du livre est consacrée à la relation des expériences, le récit des séances étant suivi d'analyses succinctes. Le choix des exemples a été guidé par le souci de l'auteur de préciser la technique, d'en indiquer les difficultés plutôt que d'en démontrer l'efficacité thérapeutique. Toutefois, sur 9 cas, M. R. Desoille enregistre cependant 4 guérisons et 2 améliorations notables. Ensuite, vient l'exposé des points de vue théoriques : structure de la psyché, classification des images, interprétation des symboles, mécanismes de la cure, technique de la suggestion dans le rêve éveillé et ses limites d'emploi, fonction de sublimation. Entre les deux pôles de la psyché, le *ça* (représentant psychique de l'élan vital non différencié dont l'énergie est à la disposition de l'instinct) et le *soi* (limite de sublimation que l'homme peut atteindre), le *moi* conscient peut se déplacer le long de chaînes d'images archétypiques par la suggestion d'ascension et de descente. Pour M. R. Desoille il y a là « un schéma complet de la psyché qui représente tout le possible de la psychologie humaine ». *Surmoi* de Freud, *animus*, *anima* et *persona* de Jung ne sont plus que des éléments des chaînes d'images archétypiques et à « tout le possible » correspond comme simple cas particulier « tout le vécu ».

Au cours de la cure, qui se fait en 4 étapes, la recherche des états euphoriques par l'ascension est une condition nécessaire de la sublimation ultérieure, malgré le caractère de régression affective de ces états. La conciliation des contraires sera obtenue par l'évolution dirigée des images.

L'apparition de l'émotion de valeur créatrice sert de point de départ à une reconstruction de la personnalité. La recherche des tendances profondes du sujet (et des formes d'activité qui conviennent à ces tendances au niveau du maximum de sublimation qu'il est capable de concevoir et d'intégrer dans le réel) aidera à parfaire la sublimation des tendances instinctives.

Le transfert, dans le rêve éveillé, n'a qu'un rôle de décharge affective globale qu'il suffit d'analyser rapidement. Le rêve éveillé doit toujours être dirigé, et c'est dès le début du traitement que doit être poursuivie la synthèse de la personnalité. M. R. Desoille s'attache à montrer les différences entre la technique psychanalytique habituelle et le rêve éveillé dirigé qui abrège la durée de la cure ou tout au moins diminue en les espaçant le nombre des séances nécessaires. En même temps qu'une psychosynthèse c'est, dans l'esprit de son auteur, une psychagogie, enseignement de l'art de vivre, accessible à tous les âges.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE LÉGALE

Psychiatrie médico-légale, par le professeur Henri CLAUDE, membre de l'Académie de médecine, 2^e édition entièrement révisée (1 vol., 334 pages. G. Doin et C^o édit., Paris 1944).

Dans cette deuxième édition, entièrement révisée et mise au point, le regretté professeur Henri Claude s'est proposé de mettre de nouveau à la disposition des étudiants en médecine, des médecins non spécialisés, et même de ceux qui, non médecins, participent à divers titres à l'administration de la justice, la substance de son enseignement de psychiatrie médico-légale à la Faculté de médecine de Paris. Le succès de la première édition, depuis longtemps épuisée, montre que l'auteur a atteint son but. Les spécialistes eux-mêmes, devant la difficulté de cas d'espèce comme il s'en présente si souvent en médecine légale, ceux en particulier qui sont depuis peu commis comme experts par les tribunaux, désireront souvent se reporter aux chapitres de ce livre où l'auteur a condensé les acquisitions d'une longue expérience. Ils n'y trouveront pas toujours la conclusion qu'ils cherchent et pour laquelle ils hésitent parce que les « faits n'impliquent pas, par eux-mêmes, de solutions uniformes », mais ils y trouveront toujours d'utiles conseils et des raisons de conclure « que leur science et leur conscience leur dicteront ».

La première partie, qui traite de l'exercice des droits civils et a été revue par M. R. Piédelièvre, professeur honoraire à la Faculté de Droit de Paris, expose de façon claire et précise les notions indispensables à tout médecin concernant l'interdiction, le mariage (opposition au mariage, nullité de mariage), le divorce et les testaments.

Dans la seconde partie, le professeur Henri Claude a réuni ce que tout médecin doit connaître sur la responsabilité pénale, l'expertise, la rédaction d'un rapport médico-légal, la valeur du témoignage, les applications pratiques de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, la notion de dégénérescence et ses rapports avec la criminalité, la délinquance de l'adulte et l'importante question si actuelle de la délinquance infantile, la simulation.

La troisième partie est consacrée à l'exposé des diverses formes de crimes

ou de délits, vols dans les grands magasins, fugues, crimes passionnels, crimes ou délits en rapport avec les perversions sexuelles.

C'est dans la quatrième partie du volume que sont étudiés les *caractères des réactions médico-légales dans les divers états mentaux*. L'auteur y passe successivement en revue les réactions médico-légales des déséquilibrés, fous moraux, pervers, celles aussi qui sont sous l'influence des diverses obsessions et impulsions, auxquelles il consacre un important chapitre, ou encore dans l'épilepsie, l'hystérie, les névroses. Puis, les réactions médico-légales des persécutés paranoïaques, revendicants, des érotomanes, des maniaques, des mélancoliques, des alcooliques, des toxicomanes, celles que l'on peut rencontrer au cours de la syphilis cérébrale, de la paralysie générale, de la démence précoce, de la démence sénile, de l'encéphalite épidémique.

Simple énumération qui suffit à montrer la densité de ce petit volume dont les 334 pages contiennent, clairement exposé, l'essentiel de ce que doit connaître tout médecin pour donner à ses malades et à leurs familles d'utiles conseils qui lui seront, un jour ou l'autre, demandés.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

ASSISTANCE

La protection de la santé publique en France. Orientation nouvelle et perspectives d'avenir, par A. CAVAILLON, secrétaire général et R.-H. HAZEMANN, directeur régional au ministère de la Santé publique (*Le Médecin français*, 10 nov. 1945).

De ce très important rapport sur la protection de la santé publique présenté par MM. A. Cavaillon et R.-H. Hazemann à la section d'hygiène et de médecine du « Congrès de la victoire » de l'Association française pour l'avancement des sciences, et dans lequel on trouvera l'exposé du plan de réorganisation de tout ce qui concerne la Santé publique, de refonte et de modernisation de l'assistance hospitalière, de préservation de l'enfance, de lutte contre les grands fléaux, tuberculose, maladies vénériennes, maladies épidémiques, le passage concernant « *la santé mentale et la psychosociologie* » doit être signalé en entier à nos lecteurs :

« La réforme de la loi de 1838 sur les aliénés ne pouvait opérer par voie « d'ordonnance, ce sera la tâche de la Constituante. L'organisation officielle « des services de santé mentale en sera une partie importante. Elle est à « décalquer en grande partie sur l'organisation des dispensaires d'hygiène « sociale et antituberculeuse, car la lutte contre les maladies mentales, où « la thérapeutique est devenue très active, est également basée sur le « dépistage et le traitement également précoces, ainsi que l'action du service social dans les familles. »

« Le problème est d'autant plus angoissant que la délinquance infantile

« a plus que quintuplé depuis la guerre. Le problème de l'enfance déficiente « doit être résolu d'accord avec les ministères de la Justice et de l'Éducation nationale. »

« L'alcoolisme pose de nombreux problèmes clairement définis par le « professeur Debré dans la clandestinité : problèmes économiques, problèmes médico-sociaux. Dans ce dernier domaine, un texte a déjà été élaboré. « Il prévoit l'action des médecins dans les dispensaires, les asiles de « buveurs, l'action médicale devant être prolongée dans les familles par « les assistantes sociales dépendant de ces organismes. Il va être soumis « également à la Constituante. »

L'intérêt ainsi porté par le ministère de la Santé publique aux divers problèmes de l'hygiène mentale, de la prophylaxie mentale et de l'assistance psychiatrique rassurera ceux qu'inquiète à bon droit l'état dans lequel une guerre impitoyable a laissé l'équipement de la France pour la prévention et le traitement des troubles psychiques. Il faut sans aucun doute préférer une réforme législative par les voies régulières à celle, peut-être moins durable, qu'aurait pu édicter une Ordonnance ultérieurement soumise à la ratification éventuelle du Parlement.

Mais est-on assuré que l'Assemblée Constituante, dont le mandat est limité dans le temps et qui, en plus de son rôle constituant, a devant elle une tâche immense, aura la possibilité d'aborder l'étude de ces problèmes ?

Ne serait-il pas préférable d'apporter, sans attendre, à l'assistance psychiatrique des réformes qui s'imposent et auxquelles, ainsi que je crois l'avoir montré, rien ne s'oppose dans la législation actuelle en dépit de ses insuffisances. Une nouvelle loi, qu'il faut souhaiter courte, claire et prochaine, mais qui peut tarder encore, viendrait ensuite se substituer aux dispositions aujourd'hui dépassées de la loi du 30 juin 1838. Un règlement administratif, plus aisément modifiable ultérieurement au gré des progrès de la psychiatrie, de l'amélioration aussi de la thérapeutique et des modes d'assistance, aurait la charge de préciser les détails d'application de la loi.

Car, ainsi que l'ont si justement signalé MM. A. Cavaillon et R.-H. Hazemann, le problème est « angoissant ». La tâche est urgente et les circonstances sont, malgré tout, favorables.

René CHARPENTIER.

Vers une assistance psychiatrique renouvelée, par G. DAUMÉZON et L. BONNAFÉ, médecins des hôpitaux psychiatriques (*Le médecin français*, 25 juillet 1945).

A la suite d'une décision prise lors des « Journées psychiatriques » organisées par l'« Union des médecins français », un projet de réforme de la loi du 30 juin 1838 a été adopté, sur la proposition de M. X. Abély, par les participants à cette réunion. Ce texte, consacré à l'hospitalisation des malades mentaux, « prévoit que le malade mental entre dans l'hôpital « spécialisé aussi simplement que dans un hôpital ordinaire. Le praticien « doit seulement fournir un billet d'admission sans indication de diagnostic « et une lettre cachetée adressée au médecin de l'hôpital relatant les « constatations médicales qu'il a pu faire. Le malade est alors placé, selon « son état, dans telle ou telle section de l'hôpital ; il y jouit, selon son état, « soit d'une liberté absolue, soit d'une liberté plus ou moins restreinte. « Au terme d'une période d'observation variable, le placement est, ou non, « maintenu dans une forme juridique elle-même variable. L'atteinte plus

« ou moins profonde du sujet fait instaurer une incapacité juridique plus
 « ou moins absolue. L'organisation de la gestion des biens va depuis la
 « simple possibilité de recours à un conseiller compétent, jusqu'au rem-
 « placement par un quasi-tuteur, en passant par l'administration provi-
 « soire. Les frais de traitement sont couverts pour les indigents selon les
 « règles de l'assistance médicale gratuite.

« Au terme de cette réforme préliminaire, l'internement disparaît avec
 « tous les préjugés défavorables qu'il impliquait. »

Ce projet a été présenté par ses auteurs au ministère de la Santé publique.

R. C.

Pour une véritable assistance aux malades mentaux, par G. HEUYER, médecin des hôpitaux de Paris (*Le Médecin français*, 25 oct. 1945).

M. G. Heuyer critique le projet ci-dessus, établi, écrit-il, « au sein d'une commission ministérielle constituée seulement par des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques ». Il maintient son point de vue exposé à nos lecteurs dans un mémoire publié par les *Annales médico-psychologiques* (mars 1945) et relève dans le projet de la commission trois principes qui lui paraissent des « erreurs fondamentales » : 1° que la psychiatrie et tout ce qui s'y rapporte, notamment les mesures administratives destinées à régler son administration, doit être autonome ; 2° que le malade mental doit être l'objet d'une mesure législative particulière ; 3° que toute l'organisation de l'assistance psychiatrique soit faite autour de l'hôpital psychiatrique pris comme centre.

L'avenir de la psychiatrie est très vaste, conclut M. G. Heuyer, en rappelant les multiples tâches qui, dans un avenir prochain, attendent les psychiatres et celles qui leur incombent dès maintenant. Une loi sur l'assistance aux malades mentaux doit être assez souple pour utiliser tous les médecins spécialistes de la psychiatrie.

R. C.

Pour une médecine psychiatrique au sein des hôpitaux, par M. LECONTE (*Archives de médecine sociale*, oct. 1945).

Critiquant l'organisation actuelle de l'assistance psychiatrique, M. M. Leconte rappelle la suppression regrettable des services de psychiatrie de Bicêtre et de la Salpêtrière d'où sortirent tant de travaux qui font honneur à la psychiatrie française. Il propose une nouvelle organisation, analogue à celle réalisée en Algérie d'après les directives du Professeur Ant. Porot et ayant pour base les trois éléments suivants : traitement hospitalier des malades mentaux aigus et des sujets conscients et consentants ; assistance des malades chroniques, infirmes mentaux ou aliénés ; organisation près de l'hôpital de la prophylaxie et de l'hygiène mentales.

R. C.

Le problème psychiatrique dans ses données pratiques générales. La contribution actuelle des assurances sociales, par Pierre DOUSSINET (*Archives de médecine sociale*, sept. 1945).

Après avoir montré l'étendue du champ d'action de la psychiatrie, l'auteur en expose les données sémiologiques, les moyens thérapeutiques, les

techniques d'assistance et propose un plan schématique d'organisation de la pratique psychiatrique. Mettant en valeur les efforts et les réalisations des services des Assurances sociales dans l'assistance aux psychopathes, la prophylaxie des maladies mentales, et la réadaptation de l'enfance anormale, il exprime le souhait de voir ces efforts s'accroître et se perfectionner encore. S'élevant contre l'opinion qui limite l'assistance psychiatrique au placement en milieu sanitaire ou hospitalier, il insiste sur les indications et les avantages de l'« assistance ambulatoire » chez l'enfant comme chez l'adulte.

R. C.

MÉDECINE SOCIALE

La formation du médecin, par Henri LAUGIER, professeur à la Sorbonne, directeur général des relations culturelles (*Le Médecin français*, 25 nov. 1945).

Dans une conférence très intéressante, faite en 1941 à la Société médicale de Montréal et, de nouveau, le 25 octobre 1945, à la Sorbonne, le professeur H. Laugier a dessiné l'avenir du médecin dans la vie de la Cité et les conclusions qu'on en peut tirer pour l'orientation de sa formation. Parmi les problèmes pour lesquels l'avis du médecin et des Sociétés médicales sera de plus en plus demandé et le plus souvent décisif, il indique les problèmes d'orientation et de sélection professionnelles, la prophylaxie criminelle, l'eugénique, la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, etc., etc., pour ne citer que ceux qui intéressent au premier chef les psychiatres. La formation des médecins devra donc les rendre aptes à ces tâches diverses, d'où la nécessité préalable d'une élimination, libérale mais catégorique, à l'entrée de la profession médicale comme à l'entrée de toutes les professions spécialisées. Un examen de sélection comportant de très nombreuses épreuves soigneusement choisies doit être dès maintenant mis à l'étude.

Parmi les enseignements qui devront être développés ou même instaurés, M. H. Laugier cite la psychologie (générale, expérimentale, collective, pathologique) et la psychotechnique, la biométrie différentielle (étude des tempéraments, des types humains, indices biométriques divers, notions de statistique, courbes, profils, coefficient de corrélation, etc.), tout ce qui concerne l'hygiène publique, la médecine sociale et en particulier la médecine du travail, etc. La nécessité de spécialisations toujours plus nombreuses et toujours plus étroites demande une nouvelle organisation des Facultés de médecine concentrant au début des études les notions générales sur la psychologie, la pathologie et la thérapeutique du corps et de l'esprit humains. Ce début des études médicales apparaîtrait alors comme un élément de la culture la plus humaine indispensable à l'exercice de certaines fonctions sociales, indispensable à tous ceux qui ont à manier des hommes ou des groupes humains (juges, avocats, chefs des grandes collectivités industrielles, grands administrateurs des services publics, gouverneurs généraux des colonies, etc.).

Le médecin, conclut M. H. Laugier, prendra dans la société future un rôle tous les jours plus étendu et plus autoritairement décisif, et il faut le préparer à ce rôle. Dans cette préparation, le professeur H. Laugier fait à juste titre jouer un rôle de premier plan à l'enseignement de la psychologie et de la psychiatrie.

René CHARPENTIER.

La médecine sociale. Bases et perspectives, par R.-H. HAZEMANN (*Archives de médecine sociale*, juin 1945).

Dans un important exposé dont la conclusion est qu'une saine politique des Assurances sociales coordonnée avec l'hygiène sociale et la médecine privée, donnera un meilleur rendement médico-social et contribuera puissamment à la rénovation souhaitée par tous, M. R.-H. Hazemann expose les conditions de l'exercice de la médecine individuelle et les nécessités d'une médecine sociale gratuite, son financement, son organisation (basée sur l'existence d'un Centre de santé unique permettant le travail en équipe, distinct de l'assistance hospitalière, mais si possible, pour des raisons d'économie, situé à côté d'un hôpital). Dans toute l'étendue du pays, le plus pauvre comme le plus riche doit pouvoir bénéficier de soins, à tort estimés comme un luxe, et des bienfaits de la médecine préventive.

Résumant la situation en France, à l'égard de maladies sociales comme l'alcoolisme, la tuberculose, les maladies mentales, M. R.-H. Hazemann montre que, pendant la guerre qui s'achève, si l'hygiène publique a remporté d'évidents succès (les maladies contagieuses banales sont, malgré les événements, restées au même taux qu'avant guerre), il n'en est pas de même de l'hygiène sociale, comme le prouve malheureusement l'augmentation de la délinquance infantile, des maladies vénériennes, de la tuberculose.

Et, dans un intéressant chapitre, où il regrette que l'orientation actuelle de la médecine, si nécessaire, puisse avoir cependant comme contre-partie la diminution de l'action psychologique personnelle du médecin, M. R.-H. Hazemann montre l'importance qu'est appelée à prendre une médecine mentale élargie « dans le réajustement individuel, professionnel et familial ». Devenue plus scientifique, plus objective, la médecine aura de plus en plus recours à des spécialistes non plus seulement de la « médecine mentale » mais de la « médecine psychologique ».

C'est là un nouvel avertissement, qu'on ne saurait négliger, du rôle qui attend les psychiatres, de la formation qui leur est nécessaire pour se préparer à assumer les tâches toujours plus nombreuses, toujours plus diverses, toujours plus intéressantes mais toujours plus délicates qui se présenteront à eux. Ces tâches n'exigeront pas seulement des connaissances mais la formation du caractère et la maturité de l'esprit. Elles devront être abordées avec d'autant plus de prudence que beaucoup des connaissances nécessaires, toujours à l'étude, manquent encore parfois de précision. Si légitimes que puissent être les tâtonnements du début, l'échec doit être à tout prix évité. Dans les pays où cette évolution est plus avancée qu'en France, l'expérience montre, en effet, que l'élargissement de son rôle expose le psychiatre aux critiques et aux réactions de l'opinion publique. Les résultats déjà obtenus en France en matière de prophylaxie mentale, de rééducation de l'enfance, d'orientation et de sélection professionnelles, etc., sont particulièrement encourageants.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 novembre 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 novembre 1945*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 17 décembre 1945*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 janvier 1946*, à 10 heures *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 28 janvier 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine.

Nécrologie

M. le D^r J.-B. BUVAT, ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, médecin-directeur de la Clinique neuro-psychiatrique de la Villa Montsouris, *membre titulaire de la Société médico-psychologique*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D^r STOERR est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique départemental de Lorquin (Moselle).

Directeurs administratifs :

M. GODEAU est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise ;

M. CHAIGNEAU est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Ravenel.

Ordre de la Santé publique

Sont nommés *Chevaliers de l'Ordre de la Santé publique* :

M. le D^r GOLSE, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Caen, médecin de l'hôpital complémentaire du Lycée Malherbe ;

M. le D^r ROUGEAN, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Saint-Lô, pour leur courageux dévouement pendant la bataille de Normandie.

Ajournement du Concours pour 4 places de médecin-chef dans les services de psychiatrie de l'Algérie

Le concours sur titres annoncé (voir *Annales médico-psychologiques*, octobre 1945, page 330) pour le recrutement de quatre médecins chefs de service de psychiatrie dans les hôpitaux civils d'Alger, Oran, Constantine et Blida est ajourné et aura lieu le 18 mars 1946.

La liste d'inscription des candidatures sera close le mardi 20 février 1946. Les dossiers devront parvenir avant cette date à la Direction de la Santé publique du Gouvernement général de l'Algérie.

Les opérations de tirage au sort des membres du jury auront lieu le lundi 25 février 1946.

Les candidats devront joindre à leurs dossiers l'engagement par écrit d'assurer leurs fonctions pendant au moins deux ans au cas où ils seraient nommés médecins-chefs d'un service de psychiatrie en Algérie.

Société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Le Bureau de la Société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine est ainsi constitué pour 1946 :

Président : D^r BESSIÈRE (Sainte-Anne).

Vice-Président : D^r GOURIOU (Villejuif).

Secrétaire : D^r SIVADON (Ville-Evrard).

Trésorière : Mlle le D^r CULLERRE (Perray-Vaucluse).

La Société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine commencera pendant le premier semestre de 1946 une série de conférences sur la *pathologie mentale* et les sciences et techniques qui s'y rattachent. Destinées particulièrement aux candidats ou futurs candidats au médecin des hôpitaux psychiatriques, ces conférences seront ouvertes à tous les médecins ou étudiants en médecine qui s'intéressent à la psychiatrie. Libres et gratuites, elles auront lieu chaque mardi à 17 heures dans l'amphithéâtre Magnan à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris, 14^e, à partir du 22 janvier 1946.

Le programme du premier semestre 1946 sera consacré à la *Séméiologie psychiatrique*. Quatre années sont prévues pour l'ensemble du programme.

Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine

A la suite de l'Assemblée générale du 9 juillet 1945, le Comité de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine est ainsi constitué :

Président : D^r H. BEAUDOUIN.
 Vice-Président : D^r BESSIÈRE.
 Secrétaire général : D^r SIVADON.
 Trésorier : D^r GABAND.
 Membres du Comité : D^r DUCHÈNE, D^r FOLLIN, Mlle PLATTARD, M. J.-L. BEAUDOUIN, M. DIGO.

Pour tous renseignements concernant l'Association, s'adresser au Secrétaire général, D^r SIVADON, 2, avenue Jean-Jaurès, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Société suisse de neurologie

La 58^e Réunion de la Société suisse de neurologie aura lieu à St-Gall les 1^{er} et 2 décembre 1945, sous la présidence du professeur M. MINKOWSKI (de Zurich).

Semaines internationales pour l'enfance victime de la guerre : S.E.P.E.G. (Zurich, 22 septembre 1945)

Venus de 26 pays, médecins, psychologues, juges de l'enfance, pédagogues, travailleurs sociaux, sociologues et représentants des pouvoirs publics ont participé à ces réunions dont le but fut d'étudier les moyens de sauver les enfants victimes de la guerre, l'assistance matérielle et sanitaire étant inséparable d'une assistance psychologique et spirituelle.

Cinq sections (1. Section sociale ; 2. Section médico-psychologique ; 3. Section de pédagogie de l'enfance déficiente ; 4. Section de protection et droits de l'enfant ; 5. Section de culture, instruction et loisirs) furent chargées d'étudier les différentes questions et d'émettre des vœux en conclusion de leurs travaux.

La section sociale a demandé la création d'un organisme permanent de protection sociale et d'éducation pour faciliter les échanges d'idées et d'expériences sur les besoins des enfants victimes de la guerre, la recherche de ces enfants, le regroupement familial, la protection des enfants et des adolescents abandonnés, apatrides, errants, sans état civil, l'intensification des secours et l'étude des moyens de les réaliser efficacement.

La section médico-psychologique a émis des vœux en faveur de l'enseignement de la pédo-psychiatrie et de la création de centres médico-psychopédagogiques à l'exemple de la Suède, de la protection et du contrôle de la profession de « psychologue », de l'utilisation dans un but de recherches scientifiques par une Commission internationale de psychiatrie infantile de toutes les constatations faites dans les divers pays, de l'observation des principes d'hygiène mentale par les Commissions régionales de contrôle des films (cela sous la direction de spécialistes qualifiés), etc.

La section de pédagogie de l'enfance déficiente (enfance abandonnée, dévoyée et en danger moral) s'est occupée du placement familial, de l'éducation des enfants pendant leur séjour dans des camps ou dans des internats, de l'institution et de l'extension du parrainage moral tel qu'il est pratiqué par l'Union internationale de secours aux enfants et de la formation des « psychologues ».

La section juridique a voté des résolutions nées du souci urgent de concourir à la réparation des torts matériels et moraux causés à l'enfant par la

guerre, insistant sur la nécessité de juges spécialisés pour juger les affaires de mineurs, d'un enseignement spécial dans les Facultés de droit des Universités, la nécessité d'audiences tenues à huis clos, de sections de police spécialisées, d'une observation médico-psychologique préalable au jugement, de mesures éducatives et non de peines.

La *section de culture, instruction et loisirs* a traité dans ses résolutions des problèmes et des buts de l'éducation, des mouvements de jeunesse, du choix et de l'éducation des éducateurs de tous les degrés, de l'importance du livre considéré comme un article de première nécessité et des moyens à employer par les Etats pour atteindre ce but.

Et l'on ne peut faire mieux que citer comme conclusion à ces travaux auxquels tous, et en particulier les psychiatres, devraient s'intéresser, cette phrase extraite des thèses émises par l'assemblée générale :

« L'éducation passe avant l'instruction, la conscience avant la science. »

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le problème de l'enfance délinquante

L'augmentation de la délinquance infantile s'observe également en Hollande où l'on estime nécessaire la surveillance d'au moins 35.000 enfants. Comme en France et dans tous les pays occupés par l'Allemagne, le travail forcé ou la déportation des pères, la misère, les difficultés de ravitaillement sont à l'origine de l'augmentation considérable du nombre des enfants délinquants.

La lutte contre l'alcoolisme en Suisse

A la suite d'un vœu de la *Société suisse de psychiatrie*, le Conseil fédéral, dans sa séance du 2 mars 1945, a décidé la création d'une *Commission fédérale contre l'alcoolisme*.

Cette décision exauce le vœu présenté par la Société suisse de psychiatrie, sur la proposition et après un rapport du Dr BENSOT, le 4 juin 1944. Le Dr Bersot avait exposé qu'en Suisse il y a trois fois plus d'alcooliques (40.000 à 60.000) ayant besoin de soins que d'aliénés. C'est afin de coordonner l'action des divers cantons que cette commission aurait pour tâches urgentes : *de soumettre au Conseil fédéral ou aux départements intéressés son préavis dans tous les cas concernant la lutte antialcoolique, de servir de lien entre les diverses institutions officielles et les organisations antialcooliques privées, de coordonner la thérapeutique et la surveillance des buveurs, de réaliser des accords intercantonaux pour la création d'asiles pour buveurs chroniques ou pour buveurs curables (prévus par le nouveau Code pénal suisse), d'organiser la formation d'un personnel spécialisé, d'élaborer le chapitre concernant l'alcoolisme à insérer dans un plan d'organisation sanitaire de la Suisse.*

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1946 (1^{er} trimestre) — Numéro d'ordre : 167

Cahors, Imp. A. COUÉSLANT (*personnel intéressé*). — 72.179. — 1946

C.O.A.L. 31.2330.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA PSYCHANALYSE CHIMIQUE

(Analyse psychique sous état hypnagogique provoqué)

PAR

P. COSSA, A. AGID et P. AUGUIN (de Nice)

Si la brièveté de la campagne de 1940 n'a pas permis aux psychiatres de l'armée française d'apporter une contribution importante au problème des névroses de guerre, dans la suite, l'importance de ces accidents a suscité, de la part du corps de santé anglo-saxon, une masse importante de travaux. Des procédés thérapeutiques nombreux ont été proposés et expérimentés avec une ampleur toute américaine. Nous les avons passés en revue dans un article récent (1) et dans la thèse de l'un de nous (2). De ces traitements, les uns ne sont que l'application, aux conditions de guerre, de techniques déjà connues : calmants et hypnotiques ; psychothérapie banale et psychothérapie d'inspiration psychanalytique ; narcose prolongée ; chocs insuliniques et chocs convulsivants. Deux autres ne concernent que la psychiatrie de guerre : psychothérapie de groupe et cette curieuse méthode, dite « déconditionnement », qui consiste à replacer le soldat malade dans les circonstances mêmes du combat, mais dans des conditions de sécu-

(1) Voir *Presse Médicale*.

(2) P. AUGUIN : *La Psychanalyse chimique*, thèse de Lyon, 1945.

rité absolue. Une seule, la psychanalyse chimique ou analyse sous état hypnagogique provoqué, ou abréaction, apporte une nouveauté susceptible d'une utilisation plus générale.

I. — Historique

L'idée de plonger le malade dans un demi-sommeil, de lever ainsi plus ou moins le contrôle de son psychisme supérieur, et de profiter de cet état pour pénétrer son psychisme n'est certes pas nouvelle. Après les essais sporadiques de Silberer et de Boris Sidis en 1909, de Rorschach en 1917, Mlle Pascal crée en 1923 le terme de psychanalyse pharmacodynamique. En 1921, Claude, Borel et Robin, puis Lépine essaient d'une légère narcose à l'éther pour « débloquer » les schizophrènes. En 1933-36, Baruk et ses élèves utilisent le scopochloralose chez les hystériques, à la fois pour faciliter la contre-suggestion des accidents pithiatiques et pour calmer leur éréthisme émotif. En 1937, Bychowski tente de pratiquer la psychanalyse freudienne sous état hypoglycémique. Les auteurs américains semblent s'être adressés d'abord au vieil hypnotisme (Kubie et Marjolin ; Gill et Brenman) en s'aidant au besoin de diverses drogues sédatives (Hadfield). Puis ils refirent une constatation capitale, antérieurement déjà faite par d'autres, notamment par Pierre Janet et par Breuer : l'hypnotisme agit thérapeutiquement beaucoup moins comme procédé de suggestion forcée qu'en permettant au malade de retrouver des souvenirs disparus dans l'inconscient. Logiquement, ils ont alors cherché à obtenir le même résultat par la rêverie hypnagogique seule (Kubie et Marjolin) ; ils y sont parvenus par diverses techniques : par la simple suggestion de relaxation totale (Jacobson), par l'audition de sons monotones et rythmés (Lovel et Morgan), par l'ingestion ou l'injection enfin d'hypnotiques à dose convenable. De nombreuses drogues ont été essayées. Les plus efficaces paraissent être le pentothal sodium (Wilde) et surtout l'amytal sodium (Kubie et Marjolin, Bleckwenn, Harris et Katz, Herman, Horsley, Lindeman, Lindeman et Malamud, Palmer, Sullivan). Nos propres essais (une vingtaine), datent du printemps et de l'été 1945. Nous avons connu le procédé par une conversation avec deux psychiatres de l'armée américaine : nous l'avons essayé non seulement dans les névroses émotionnelles, mais dans des états psychopathiques variés. Nous n'avons pu qu'ensuite nous procurer la monographie de L.-S. Kubie et nous n'avons connu qu'ensuite la première observation française de Sutter, si typique que nous la reproduisons plus bas (1).

(1) Depuis le dépôt de notre manuscrit, a paru également un article de M. J. Delay et de ses collaborateurs. *Ann. méd.-psych.*, juillet 1945.

La *technique* décrite par les auteurs américains est extrêmement simple. On prépare extemporanément une solution d'amytal sodium à 8 0/0 ou une solution de pentothal sodium à 2,5 0/0. On injecte cette solution par la voie veineuse, très doucement, au rythme de 1 cc. par minute. Pendant cette injection, on fait compter le sujet. Lorsque le patient commence à faire des erreurs de numération, qu'il ralentit son rythme et que sa voix devient pâteuse, on injecte encore un demi ou un centimètre cube, puis l'on s'arrête. Les auteurs américains ne dépassent pas 8 cc. de la solution d'amytal sodium ou 6 cc. de la solution de pentothal sodium. Comme antidote, en cas de sommeil trop rapide et profond, ils utilisent la niketamide ou acide pyridine-3-béta-carboxylique, qui n'est autre que la vitamine B 6, à la dose de 1,5 à 3 cc. d'une solution à 25 0/0 par voie veineuse. Sous l'état hypnagogique, tantôt le malade rêve spontanément, et le médecin se contente d'enregistrer ses paroles, en maintenant le contact par quelques mots très simples ; tantôt il ne parle pas spontanément et doit être interrogé. Tantôt une séance suffit, tantôt plusieurs sont nécessaires, échelonnées sur une quinzaine de jours. Dans ce cas, entre les séances, des conversations libres sur les thèmes mnésiques exhumés contribuent à progresser vers la totale liquidation de la névrose. Une psychothérapie d'inspiration analytique peut être également employée.

II. — Trois observations

A titre d'exemple, nous publions trois observations (1). Celle de Sutter, parce qu'elle est un excellent exemple de l'emploi de la méthode dans les névroses de guerre, et deux observations personnelles : l'une, concerne une névrose émotionnelle que l'analyse suffit à guérir ; dans l'autre, l'analyse n'a eu qu'une utilité sémiologique.

OBSERVATION I. — (SUTTER : *Revue du Corps de Santé militaire*, tome I, n° 2, 1945).

Br... René, 21 ans, 2^e classe, engagé volontaire. Parents alcooliques ; mère suicidée alors qu'il avait 4 ans. De 12 à 14 ans, il doit séjourner dans un préventorium ; puis il travaille comme ouvrier mécanicien. A 15 ans, il développe, à la suite d'un accident tragique auquel il a assisté, une psychose émotive grave, avec agitation choréiforme ; il doit cesser de travailler pendant six mois et changer de métier, vivre à la campagne. La guerre et l'occupation ruinent la situation de sa

(1) Sur vingt-deux cas observés par nous.

famille ; son père, agent de renseignements pour le compte de l'Angleterre, est emprisonné par les Allemands qui déclarent d'abord l'avoir fusillé, puis, deux ans plus tard, le relâchent contre une rançon correspondant à tout son avoir. De son côté, le malade est entré dans la Résistance dès 1942 ; en mars 1944, la Gestapo l'arrête, tente de le faire parler, puis le relâche ; peu après, il prend le maquis.

Un jour qu'il effectue une liaison, sa voiture est mitraillée par un avion et verse dans le fossé ; depuis lors, il se sent de nouveau nerveux, craint une reprise des troubles qu'il avait présentés à 15 ans ; il continue pourtant la lutte ; il fait la connaissance d'une « maquisarde » (Irène) pour qui il éprouve un ardent amour ; ils vont se liancer, mais Irène est blessée alors qu'elle se portait à son secours lors d'une action menée de concert avec les troupes américaines pendant la libération. Elle meurt trois jours plus tard après lui avoir fait jurer de rester fidèle à son souvenir.

Peu après, il bénéficie d'une permission et revoit ses parents : son père est ruiné ; sa marâtre, qu'il aime comme une mère, souffre de troubles nerveux depuis la fausse exécution de son mari.

Il rejoint l'armée, animé d'un grand désir de vengeance. Il participe à des combats violents ; l'un de ses meilleurs amis est tué et c'est lui qui lui ferme les yeux ; à peine revenu au repos, il est volontaire pour monter en renfort ; après une garde fatigante, il est pris d'un accès de somnambulisme : il croit revoir Irène et se lance à sa poursuite ; ses camarades le prennent pour un soldat ennemi et tirent sur lui ; il n'est pas touché mais tombe sans connaissance ; lorsqu'il revient à lui, il a perdu la mémoire et ne sait même plus parler. On l'hospitalise aussitôt et il est transféré au Centre de neuro-psychiatrie une semaine plus tard.

À son arrivée, il a retrouvé partiellement l'usage de la parole, mais son vocabulaire est très restreint, son élocution extrêmement pénible ; il ne connaît de son passé que ce qui lui a été raconté par des camarades venus le voir à l'hôpital ; il garde une attitude rigide, tremble constamment ; le moindre bruit, le moindre contact provoquent de brusques soubresauts ; il paraît effrayé, anxieux, avec, dans son comportement, de nombreux traits puérils. Pendant une quinzaine de jours on le soumet à un traitement sédatif, et l'on entreprend une patiente rééducation à laquelle il se soumet de bonne grâce : il réapprend lentement ses lettres, écrit à grand-peine quelques mots, signe de façon très différente de sa signature habituelle ; mais son comportement général demeure inchangé.

On fait alors une abréaction au pentothal : on obtient une bonne décharge affective ; le conflit apparaît qui oppose un moi d'enfant chétif et délicat à un sur-moi exigeant l'imitation des exploits patriotiques de son père, la fidélité à l'idéal du « maquis » et la vengeance de tous ses malheurs. Les souvenirs personnels réapparaissent rapidement — l'élocution devient plus facile, le tremblement disparaît. Quelques heures plus tard, on revoit le malade dont le compor-

tement est entièrement normal : tous les souvenirs anciens sont revenus et sont facilement évoqués, mais pas le souvenir d'Irène à qui il ne fait aucune allusion et dont alors nous ignorons nous-mêmes l'existence. Chose remarquable, les souvenirs des événements écoulés pendant toute la période troublée ont entièrement disparu.

Trois semaines plus tard, alors que l'état du malade demeure excellent, il aperçoit une jeune fille qui ressemble quelque peu à sa fiancée, et le souvenir d'Irène lui revient brusquement. Dès lors, ce souvenir l'obsède ; il s'accuse d'infidélité envers la morte, car, pour tenter d'atténuer son chagrin, on l'a fiancé, un peu malgré lui, à une amie d'Irène. Une grippe banale survenue à ce moment aggrave la situation : il présente une crise pithiatique au cours de laquelle il extériorise des idées de suicide ; le nervosisme réapparaît ; il sursaute au moindre contact.

On fait alors une deuxième abréaction qui permet d'extérioriser une importante charge anxieuse liée au souvenir d'Irène et de réintégrer dans la mémoire les souvenirs de la période demeurée amnésique. Tous les symptômes anormaux disparaissent instantanément. On continue la psychothérapie pendant les jours suivants : on substitue à l'idéal militaire inaccessible un idéal de travail simple et de vie familiale qui lui permettra d'être utile à son pays, d'aider ses parents qui ont besoin de lui, d'être fidèle au souvenir d'Irène en se montrant un homme digne d'elle.

Le malade quitte l'hôpital complètement guéri ; on demande pourtant sa réforme étant donné la fragilité affective dont ses deux épisodes psychopathiques sont la démonstration.

OBSERVATION 2 (*personnelle*). — Enfant X., 14 ans.

Conduit dans le service en juin 1945 parce que, depuis quelques semaines, il est inquiet, triste, insomniaque ; malgré sa foi religieuse, il a parlé de se tuer. A toutes les tentatives d'examen, il se borne à répondre qu'il est triste, qu'il est fatigué, qu'il a le cafard, avec beaucoup de politesse, de gentillesse, mais on n'obtient pas autre chose. Attitude un peu rêveuse, mais adaptée. On se demande s'il s'agit d'une crise mélancolique, anormale par l'âge du sujet — ou d'une dissociation à son extrême début. Electro-chocs. Après le deuxième, fugue nocturne. L'enfant arrive chez sa mère couvert de poussière, éreinté. Interrogé, il raconte avoir fait la route à genoux et avoir mangé des cailloux en chemin. On le ramène dans le service où on l'isole dans une chambre. Le lendemain matin, à la visite, on le trouve accroupi au milieu d'une flaque d'urine, des excréments répandus dans la pièce, le visage barbouillé par ceux-ci, mais de façon très symétriquement régulière. A notre arrivée, il se met à danser, gesticuler. Interpellé un peu vivement, il cesse brusquement et répond, avec gentillesse, que c'est fini, qu'il ne le fera plus.

Tout cela évoque beaucoup plus la mise en scène pithiatique (ou tout au moins névrosique) que des troubles schizophréniques du comportement.

Analyse après injection de 4 cc. d'amytal-sodium :

Après quelques paroles banales, destinées à mettre en confiance :

D. — Dis-moi pourquoi tu es parti de l'hôpital ?

R. — Parce que je voulais voir maman.

D. — Mais pourquoi as-tu mangé des cailloux ?

R. — Par humilité.

D. — Et pourquoi t'es-tu barbouillé de tes excréments ?

R. — Par humilité... Je crois beaucoup au Bon Dieu.

D. — Mais le Bon Dieu ne demande pas de faire des singeries pareilles.

R. — J'y vois double... Je ne peux pas parler.

D. — Explique-moi pourquoi tu as eu des idées pareilles.

Suit une période de résistance au cours de laquelle il ferme les yeux fortement et volontairement avec tremblement rapide des paupières... Sur mon insistance il finit par dire :

R. — Je ne le dirai pas...

Quelques minutes de silence.

Je reprends doucement ma question...

R. — Je vous le dirai seul. (Les deux assistants sortent).

Dès lors, sans autre intervention de ma part qu'un encouragement banal durant les silences qui séparent ses phrases...

R. — J'aime beaucoup ma maman... Ma maman c'est tout pour moi... Avec ma cousine on faisait tourner les tables... C'était ma tante et la grand'mère de ma cousine qui nous avaient appris... Ma cousine a demandé à la table si ma maman devait mourir... La table a répondu que oui... Alors, il m'a semblé, quelque chose m'a dit que si je m'humiliais bien, elle ne mourrait pas.

D. — Mais cette idée là, est-ce que tu l'as entendue en toi comme une parole prononcée, ou comme une idée ?

R. — Oh ! pas du tout comme une parole, comme une idée dans moi.

Suivent quelques phrases de psychothérapie simple. Thème : les tables tournantes sont une fumisterie ; sa mère n'est pas menacée ; il faut avoir confiance dans la bonté du Bon Dieu, et la prière fervente est beaucoup plus efficace que toutes les prétendues mortifications.

R. — Redites-moi tout ça quand je serai réveillé. Maintenant je ne me rappellerais pas.

Après cette analyse, l'enfant se comporte de façon tout à fait normale. Plus aucune bizarrerie, plus aucune tristesse, la joie de vivre d'un enfant de son âge. Trois semaines d'observation, au cours desquelles on se contente d'une très simple psychothérapie d'encouragement, confirment la disparition des troubles.

La mère, mise au courant de l'histoire, fait une enquête qui en établit la véracité. L'enfant est alors envoyé à la campagne, loin des spirites de la famille.

Indubitablement, dans ce cas, l'analyse a permis de connaître l'incident émotionnel qui était à l'origine des troubles psychiques.

Et tout de suite une question se pose : il semble, évidemment, que l'enfant n'ait jamais oublié ce qu'il a raconté au cours de l'analyse, que seule l'ait retenu la crainte d'avouer à sa mère des pratiques spirites (et peut-être ses initiatrices à ce jeu dangereux lui avaient-elles fait promettre le secret...). Seulement, tout comme guérit, dans une psychanalyse à la Freud, la mise à jour spontanée du complexe refoulé, ici, l'aveu a suffi à guérir. Peut-être, comme dans le cas classique de Dupré et Trepsat, ce qui était inapparent à la conscience du petit malade, était-ce, non le souvenir de l'incident d'origine, mais la relation entre cet incident et les troubles morbides.

OBSERVATION 3 (*personnelle*). — Mlle A., 19 ans, étudiante en chimie.

Malade vue pour la première fois en juin 1944, alors qu'elle avait 18 ans. Aménorrhée primitive. Depuis un an, restriction graduelle de l'alimentation : 43 kgs ; le diagnostic porté est celui d'anorexie mentale, et l'isolement est conseillé.

La famille n'accepte pas l'isolement, envoie la jeune malade à Paris comme étudiante ; la non alimentation croît et, en janvier, Mlle A. est ramenée dans sa famille pesant 39 kgs. Traitements hormonaux : folliculine et lutéine amènent les règles une fois ; essai de traitement par un gastro-entérologue : la malade prend 2 kgs et les reperd rapidement pour tomber à 39 kgs.

En juin 1945, la malade m'est reconduite et la famille accepte enfin l'isolement. Traitement classique de l'anorexie mentale. Reprise rapide du poids qui atteint 45 kgs en deux mois. Mais la malade demeure réticente, boudeuse et triste. Elle persiste à affirmer qu'elle ne mange que contrainte et forcée et que, sitôt libérée de la surveillance du service, elle cessera de manger. Mutisme absolu dès qu'on l'interroge sur les causes de cette résolution. Elle ne se confie à personne, ni au médecin, ni à sa famille (dont les visites ont été enfin autorisées), ni à la religieuse du service. Les règles ne se sont pas reproduites depuis que le traitement folliculine-lutéiné a été interrompu, et malgré une longue série d'antelobine.

On pense qu'il s'agit, non d'une anorexie mentale simple, mais d'une anorexie au cours d'une maladie mentale, et l'on fait — dans l'hypothèse d'un état mélancolique atypique — quelques électrochocs qui demeurent sans résultat.

On tente alors de rechercher la psychogénèse du syndrome par psychanalyse chimique.

Première analyse. — Tout de suite la malade répond aux questions posées avec abondance et simplicité. On a l'impression d'un déblocage subit. Long bavardage sans intérêt. Deux passages intéressants seulement au cours de la demi-heure de conversation.

D. — Avez-vous dans votre enfance connu une personne grosse ?

R. — Oui, mon professeur de dixième... Elle me dégoûtait.

D. — Pourquoi ?

R. — Elle était trop grosse, elle était méchante, elle me donnait de mauvaises notes... Je la détestais.

D. — Etait-elle comme ça avec tout le monde ?

R. — Surtout avec moi, elle m'en voulait parce que j'étais la nièce de la directrice...

Et plus tard :

D. — Vous n'avez presque jamais eu vos règles. Il faut manger normalement si vous voulez prendre les formes et les proportions d'une femme et avoir vos règles, vous marier et avoir des enfants.

R. — Je ne veux pas avoir d'enfants... (Un temps de silence). Je ne veux pas être une femme.

A la suite de cette première analyse, la malade apparaît transformée ; elle accepte aisément l'alimentation, sourit, bayarde avec deux autres petites malades du service et avec la religieuse.

Puis, de nouveau, mutisme, tristesse. Elle annonce qu'elle va se sauver, qu'elle est assez grosse comme ça. Elle finit par confier à la sœur du service qu'elle a eu un gros chagrin il y a deux ans, mais qu'elle ne le dira à personne.

Deuxième analyse. — On lui fait répéter ses souvenirs sur le professeur de 10^e et préciser qu'elle ne l'a jamais vue hors de la classe. Interrogée sur le chagrin d'il y a deux ans :

— J'ai dû aller soigner ma grand'mère et renoncer à faire mon baccalauréat math-élém, puis le baccalauréat philosophie-sciences, ça m'a retardée pour mes études de chimie.

Doucement on s'étonne qu'une déception aussi mince ait amené un si grand chagrin ; brusquement :

— La vie ne vaut pas d'être vécue... Il vaudrait mieux se tuer...

Paroles d'encouragement sur les joies de la vie : joies affectives, joies intellectuelles qu'elle paraît placer très haut (elle appartient à une famille d'universitaires et paraît avoir été imprégnée très tôt du préjugé de la prééminence de l'intellectuel). Puis, il est dommage que vous n'avez pas une foi religieuse où vous accrocher.

— J'espérais, puisque ma famille ne m'en a pas donné, la trouver dans mon année de philo. Je suis tombée sur un professeur sceptique qui a achevé de me dégoûter de tout.

Là-dessus, réaction de pleurs à gros sanglots, un gros chagrin d'enfant, pour la première fois depuis qu'elle est suivie.

A la suite de cette deuxième analyse, l'attitude reste ce qu'elle était avant : tristesse, bouderie, mutisme, acceptation de l'alimentation uniquement sous la contrainte.

Au total, l'analyse a rompu l'opposition opposée jusque là à toute tentative de pénétration psychologique. Elle a mis en évidence :

1^o le refus de devenir adulte, d'être une vraie femme, capable de maternité. C'est là l'élément le plus intéressant. Cette fixation à un stade infantile du développement se retrouve à la base de bien des névroses.

2^o Le souvenir d'une femme obèse, haïe dès l'enfance. Faut-il voir

dans ce souvenir l'origine d'une répulsion pour tout embonpoint ? Faut-il relier cette notion à la précédente ? Ce serait possible si, parmi les souvenirs exhumés par l'analyse, à l'obésité du professeur avait été attachée la révélation de ce qu'est une grossesse, ou la surprise choquante d'un geste d'ordre sexuel. On comprendra que nous n'ayons pas poussé plus loin nos investigations dans ce domaine. Nous nous sommes contentés de demander si Mlle A. avait vu son professeur en dehors de la classe. La réponse négative exclut vraisemblablement toute constatation de faits d'ordre sexuel.

3° L'inquiétude métaphysique, la nostalgie d'une foi religieuse, la déception de l'espoir assez enfantinement placé dans l'année de philosophie pour trouver cette foi expliquent la réaction dépressive mais n'expliquent pas le refus d'alimentation.

Au total, l'analyse a permis d'avancer de quelques pas dans la psychogénèse de la maladie. Elle a rompu les barrages conscients opposés par la jeune malade à tout essai de pénétration psychologique. Mais elle n'a rompu que ceux-là. Sur la motivation profonde du refus d'alimentation, elle ne nous a rien révélé de définitif.

Ultérieurement, la jeune malade, après cure classique, quitte le service avec un poids normal : 56 kgs. Dès sa sortie, elle recommence à ne pas manger et redevient comparable à ce qu'elle était avant l'hospitalisation, confirmant ainsi qu'il ne s'agit pas d'une banale anorexie mentale.

III. — Résultats personnels et Critique

La vingtaine d'analyses pratiquées par nous jusqu'ici nous permettent d'ébaucher, sur la méthode, un jugement provisoire.

I. MODIFICATIONS DE TECHNIQUE : L'ÉTAT HYPNAGOGIQUE PROVOQUÉ. — Nous avons injecté la drogue, lentement, suivant le rythme voulu de 1 cc. par seconde ; nous nous sommes arrêtés au moment où le sujet commence à ralentir sa numération, à sauter des chiffres, à faire des erreurs, au moment où sa voix devient pâteuse. Dans quel état est-il ?

Il semble que cet état ne soit pas tout à fait le même suivant la drogue employée. Avec l'amytal sodium (environ 4 cc. 1/2 de la solution à 8 0/0, donc 0 gr. 36 injectés en cinq minutes), l'état est véritablement hypnagogique (il l'est tellement que, si l'on injecte un demi-centimètre de plus, un sommeil profond survient, nous l'avons constaté deux fois) : le sujet a de la peine à garder les yeux ouverts, il bâille, se plaint d'avoir sommeil, d'y voir trouble, « que ça tourne ». Il répond aux questions posées lentement, à voix basse. Les questions doivent être souvent répétées. Si on cesse de lui en poser, il s'assoupit, et il faut des appels réitérés pour le

ramener à la conscience. Après la demi-heure d'analyses, il s'endort pour une heure ou deux, d'un sommeil nullement comateux mais paisible.

Avec le pentothal sodium, les doses indiquées par les auteurs américains sont nettement trop faibles (1) : 0 gr. 025 par minute en solution à 2,5 0/0, maximum 0 gr. 15 en six minutes. Avec ces doses, on n'obtient même pas de ralentissement dans la numération. Le sujet paraît peu différent de son état normal. Il ne s'endort pas après la demi-heure de conversation.

Il a fallu, pour obtenir un état hypnagogique, doubler la concentration, et injecter 0 gr. 05 par minute en solution à 5 0/0, avec un maximum de 0 gr. 30. Même avec ces doses, l'état hypnagogique ne paraît pas aussi profond que par l'amytal sodium. Le sujet bat à peine quelquefois des paupières. Il est spontanément plus loquace. On a l'impression très nette qu'il continue à se surveiller davantage, qu'il ouvre moins profondément son psychisme.

Quelle que soit la drogue employée, la tolérance paraît excellente : à aucun moment n'apparaissent ni troubles vasomoteurs, ni troubles respiratoires ; quand le malade s'endort après la séance, c'est d'un sommeil paisible, nullement anesthésique ni comateux ; le réveil est facile et ne laisse pas la moindre impression de malaise. En cas d'intolérance, point n'est besoin de vitamine B 6 : il suffit, pour réveiller un patient trop rapidement endormi, d'injecter, sous la peau, cinq milligrammes de sulfate de strychnine, de répéter la dose et de l'administrer, au besoin, par voie veineuse, si le réveil ne survient pas.

Comme la psychanalyse freudienne, encore qu'à un moindre degré, la psychanalyse chimique prétend être à la fois une méthode d'exploration psychique et une méthode de traitement. Nous allons l'envisager successivement sous ses deux aspects.

II. RÉSULTATS DE LA PSYCHANALYSE CHIMIQUE EN TANT QUE PROCÉDÉ D'EXPLORATION. — Suivant L.-S. Kubie, la psychanalyse chimique doit :

- 1° permettre au sujet d'exprimer des idées ou des souvenirs profondément cachés ou qu'il peut être empêché d'exprimer ;
- 2° permettre au sujet de prendre conscience de sentiments complètement enterrés, mais qui le gênent, et lui permettre de les exprimer ;

(1) Cette observation a été faite aussi par les chirurgiens français qui ont utilisé le pentothal comme anesthésique : certains forcent la concentration jusqu'à 10 %.

3° permettre au médecin de pénétrer dans la zone amnésique du processus psychologique en cours.

Voyons dans quelle mesure ces promesses ont été tenues chez nos malades.

1° *La méthode doit permettre au sujet d'exprimer des idées profondément cachées ou qu'il peut être empêché d'exprimer.* — Ce but a été atteint dans le cas de l'enfant X. Les pratiques spiritistes, la prédiction de la mort prochaine de sa mère n'étaient aucunement oubliées. Pourquoi l'enfant ne les racontait-il pas ? Peut-être ses initiatrices lui avaient-elles défendu d'en parler ; peut-être, très religieux, connaissait-il l'interdit porté sur ces pratiques par l'Église ; plus probablement, l'angoisse provoquée par la prédiction avait-elle été si intense qu'il se refusait inconsciemment à la revivre en évoquant ce souvenir. Quoi qu'il en soit, le déblocage a été ici complètement et facilement obtenu par l'analyse chimique.

Un autre cas (observation de Mlle D. dans la thèse de P. Auguin) où nous avons obtenu le récit de griefs, justifiés, vis-à-vis de la mère, peut être considéré comme un succès du même ordre. Le conflit familial était lucidement perçu et analysé par la malade. Son respect pour sa mère l'empêchait seul de découvrir le caractère de celle-ci en se confiant au médecin. Là aussi, la méthode a levé le barrage.

2° *La méthode doit permettre au sujet de prendre conscience de sentiments complètement enterrés et qui le gênent et lui permettent de les exprimer.* — L'observation III semble bien avoir mis en jeu, encore que modestement, des exhumations de ce genre : le refus d'être adulte, d'avoir des règles, d'avoir des enfants, la tendance à se fixer à un stade infantile de développement, tout cela n'était probablement pas conscient chez Mlle A. Il a fallu l'analyse chimique pour que la malade en prenne conscience et l'extériorise.

Chez la même malade, l'aveu de l'inquiétude religieuse n'a très probablement pas la même valeur. Il est probable que des conversations confiantes auraient amené la patiente à l'exprimer... Seulement, la malade se refusait à toute conversation confiante.

Quant au souvenir du professeur obèse, était-il oublié ? C'est douteux.

3° *La méthode doit permettre au médecin de pénétrer dans la zone amnésique du processus psychologique en cause.* — L'observation de Sutter, illustre magnifiquement cette possibilité. Son malade revivait le passé oublié jusqu'à l'extérioriser par ses gestes et ses attitudes. Il ne nous a pas été personnellement pos-

sible de la vérifier : parmi les malades étudiés, le seul à présenter un syndrome d'origine émotionnelle était l'enfant X. (1). Or, chez lui, il ne semble pas que l'incident d'origine ait été vraiment oublié (2).

A l'actif de la méthode telle que nous l'avons pratiquée, c'est-à-dire limitée à une et au plus deux séances d'analyse, nous pouvons donc inscrire :

1° qu'elle permet l'aveu de souvenirs ou de sentiments connus du malade, mais dont l'expression à l'état vigile est inhibée par des facteurs affectifs, ces facteurs affectifs pouvant être eux-mêmes conscients ou inconscients ;

2° qu'elle permet au malade de prendre conscience de certaines tendances jusque-là informulées explicitement, sinon totalement inconscientes, et de les exprimer.

Elle permet donc de pénétrer dans le psychisme du sujet un peu plus profondément que les conversations de la psychothérapie banale. Elle atteint au seuil de l'inconscient, au subconscient.

III. LIMITES DE LA PSYCHANALYSE CHIMIQUE EN TANT QUE PROCÉDÉ D'EXPLORATION. — Il s'en faut cependant que la méthode donne toujours un résultat complet :

1° Il y a des cas où la psychanalyse chimique ne lève aucun barrage. Nous l'avons utilisée chez deux démentes précoces catatoniques : le mutisme catatonique a persisté au cours de l'épreuve.

2° Par contre, lorsqu'un sujet dissimule, volontairement et dans un but utilitaire, un élément de son histoire au médecin, l'analyse sous état hypnagogique peut endormir sa vigilance et le faire avouer. Un jeune soldat, incorporé depuis un an, et qui demandait une pension pour épilepsie, nous a ainsi spontanément dit avoir des crises depuis sa quinzième année (3).

3° Il arrive que la psychanalyse chimique n'apprenne rien de plus que les conversations vigiles : cela s'est produit dans deux cas de dissociation psychique avec délire particulièrement pauvre ; et peut-être, dans ces cas, si l'analyse n'a rien révélé, c'est qu'il n'y avait rien à révéler. Mais, chez une jeune fille, Mlle P., obsédée par un thème à la fois sexuel et maternel (ma mère a fait une faus-

(1) Nous avons fait un essai dans un cas de névrose de guerre. Mais l'injection trop vite poussée amena un sommeil profond, inutilisable pour l'analyse.

(2) Depuis la rédaction de cet article, nous avons obtenu une remémoration parfaite dans un cas d'amnésie « hystérique ».

(3) Mais l'utilisation de ces méthodes pour des fins médico-légales ne nous paraît ni possible légalement, ni souhaitable socialement.

«-couche. Etait-elle volontaire ? Et, si oui, pourquoi ?), avec manifestations secondaires du plus pur style pithiatique, nous espérons obtenir quelques lumières sur les sources inconscientes de l'obsession. Deux analyses n'ont rien donné.

4° Mais, même quand la psychanalyse chimique ne révèle rien de plus que les interrogations de la pratique courante, elle a cependant un intérêt : elle permet d'aller vite. Nous avons observé une jeune femme atteinte de psychose paranoïde, qui, au cours de deux conversations, nous avait soigneusement dissimulé son délire : pour obtenir l'exposé du thème délirant, pour vaincre les répugnances de la malade à l'exposer, de longues séances de conversation vigile eussent été nécessaires. Une demi-heure a suffi avec la psychanalyse chimique. On gagne du temps, on gagne aussi la confiance du malade sans avoir à la forcer par une insistance toujours un peu déplaisante.

5° Dans les cas où la méthode réalise un vrai déblocage affectif, peut-on lui demander d'aller plus loin que le subconscient, d'exhumer des complexes profonds, d'éclairer complètement la psychogénèse d'une névrose de transfert ?

A en juger par ce que nous avons vu, nous n'avons pas cette impression. Nous venons de dire notre échec dans le cas de Mlle P. Dans celui de la troisième observation détaillée plus haut, en définitive, nous n'avons rien su de la raison pour laquelle la malade refusait de manger. Sans doute était-il tentant d'imaginer un petit roman psychogénétique : elle aurait surpris, de son professeur obèse, un geste sexuel quelconque ; l'horreur de cette initiation serait restée liée pour elle à la notion d'obésité, et la notion d'obésité à la notion de grossezza..., d'où son refus d'engraisser, pour ne pas ressembler au professeur obèse, pour ne pas être comme lui capable de sexualité répugnante et de grossezza consécutive... Mais notre analyse n'a rien révélé de tout cela. Il est vrai qu'elle fut prudente. Nous reviendrons sur ce point.

IV. LA PSYCHANALYSE CHIMIQUE EN TANT QUE MÉTHODE DE TRAITEMENT. — Suivant les auteurs américains, la méthode guérit souvent les psychoses émotionnelles de guerre. Elle y parvient « lorsqu'« que le matériel amnésique ramené à la conscience parvient à « coïncider exactement avec son contenu émotionnel normal, et « avec la conscience vigile normale du sujet » (L.-S. Kubie). Autrement dit, le malade guérit quand il a retrouvé ses souvenirs avec leur charge affective normale, et qu'il les a réintégrés à leur place chronologique, dans la ligne générale de son évolution psychologique.

Le malade de Sutter a guéri. Personnellement, nous avons vu

survenir une seule guérison, celle de l'enfant X. (Obs. I) ; le cas guéri est précisément le seul où la névrose ait eu une origine émotionnelle. Mlle A. n'a pas guéri (Obs. III), chez qui l'analyse n'avait exhumé que des bribes d'une psychogénèse possible ; pas davantage Mlle P., l'obsédée que nous avons citée en passant ; pas davantage Mlle D., bien qu'elle nous ait confié le conflit familial jusque-là soigneusement gardé pour elle. Et quant à nos démentes précoces, le mutisme catatonique de deux d'entre elles n'a pas plus cédé après l'analyse que pendant, le syndrome hébéphrénique de la troisième n'a pas davantage été influencé.

Il semble donc bien que, thérapeutiquement, la méthode agisse seulement là où tout le mal vient d'un traumatisme émotionnel récent : ainsi conçoit-on que les auteurs américains aient obtenu de bons résultats dans les névroses émotionnelles de guerre. L'observation de Sutter en est une illustration éclatante. Ainsi conçoit-on aussi qu'elle apparaisse comme un traitement possible de ces amnésies hystériques sur lesquelles insistait M. J. Delay dans son livre (1).

V. PEUT-ON OBTENIR MIEUX EN MULTIPLIANT LES ANALYSES ? —

Il est pratiquement exceptionnel qu'une seule séance de psychanalyse freudienne suffise à exhumer totalement un complexe pathogène, et chacun sait la longueur des cures du maître de Vienne ou de ses élèves. Avec l'analyse hypnagogique aussi, il était tentant de penser que la répétition des séances permettrait de pénétrer plus avant dans le psychisme du malade. Les auteurs américains n'y ont pas manqué, et L.-S. Kubie écrit que l'on parvient au résultat thérapeutique :

a) par la répétition des séances durant une quinzaine de jours en prenant pour point de départ, chaque fois, les éléments obtenus les fois précédentes ;

b) par des conversations libres sur ces éléments ;

c) et en familiarisant le malade, entre les séances, lorsqu'il est calme et paisible, avec les souvenirs traumatisants exhumés par l'analyse.

Imitant en cela les deux psychiatres de l'armée américaine par lesquels nous avons eu connaissance de la méthode, nous n'avons pas cru devoir jusqu'ici généraliser cette multiplication des séances, et cela pour des raisons que nous allons exposer. Nous n'y avons eu recours qu'une fois, chez Mlle A. (Obs. III) ; la seconde séance n'a rien appris de plus que la première ; la malade s'y est montrée plutôt plus réticente.

(1) Voir la note (2) de la page 476.

VI. INCONVÉNIENTS ET DANGERS PSYCHOLOGIQUES. — En effet, dans l'analyse sous état hypnagogique, le rôle du médecin est beaucoup plus actif que dans la psychanalyse freudienne. S'il est une condition essentielle à la loyauté et à l'inocuité d'une psychanalyse, c'est bien le silence de l'analyste : qu'il commette l'imprudence de faire part au malade des conclusions de son analyse, de l'interprétation par exemple que la « clé des songes freudienne » donne de ses rêves, et il risque : 1° de mettre dans le psychisme du sujet des thèmes qui n'y étaient pas ; 2° par la révélation prématurée de complexes authentiquement présents, mais encore ignorés, de provoquer des réactions graves, jusqu'au suicide. Le premier devoir de l'analyste est de se limiter au rôle de guide technique, de témoin ; de laisser le malade exhumer seul ses complexes, de tirer seul les conclusions.

Or, dans l'analyse sous état hypnagogique, le malade ne parle pas spontanément. Il faut en général l'interroger. Et ce sujet est certainement alors beaucoup plus suggestible qu'à l'état de veille. C'est dire la prudence que le médecin doit apporter à ses interrogations. Prenons le cas de Mlle A. (Obs. III). Nous avons dit le petit roman psychanalytique qu'il était tentant d'imaginer à son sujet. Mais ce roman, la moindre imprudence pouvait le suggérer à la malade, rien que par la forme des questions posées. Aussi était-il nécessaire de surveiller particulièrement celles-ci. Il ne fallait pas lui dire : « Avez-vous surpris votre professeur dans une attitude équivoque ? », ni « Avez-vous pensé qu'elle pouvait être enceinte ? »..., mais simplement : « Avez-vous vu ce professeur hors de la classe ? » et « Comment interprétiez-vous son obésité ? »

C'est parce qu'il lui est, à la longue, impossible de n'être qu'un témoin, que le médecin ne peut pas répéter les séances d'analyse sous état hypnagogique : à multiplier les questions sur le thème qu'il croit avoir découvert, il finirait fatalement par suggérer la réponse, à moins de répéter toujours la même chose, de piétiner sans résultat et d'indisposer ou d'inquiéter le malade.

A plus forte raison, paraît-il inopportun et dangereux d'utiliser l'état hypnagogique, comme le font certains auteurs américains, pour soumettre le sujet à une suggestion analogue à la suggestion hypnotique (1). C'est pour de bonnes raisons que peu de médecins pratiquent encore la suggestion hypnotique dans le pays de Charcot et de Bernheim. Les dangers en sont patents, et Baruk y insistait encore en 1938 : la suggestion thérapeutique

(1) Certains vont jusqu'à utiliser l'écriture et le dessin automatiques.

systématique n'est utile que dans les accidents pithiatiques à caractère neurologique ; elle demande — même là — une extrême prudence. « Elle peut être dangereuse et son extension mal contrôlée risquerait de créer des manifestations artificielles, d'aboutir à des transferts affectifs complexes, et même de favoriser certaines réactions délirantes dangereuses » (Baruk). Pour se ranger à cette conclusion, il suffit de se rappeler l'admirable culture du pithiatisme réalisée autrefois par l'école de Charcot et par celle de Bernheim.

Cela ne veut pas dire que toute psychothérapie doit être absente des séances d'analyse. Quand le sujet extériorise des souvenirs pénibles qui ont créé chez lui l'état d'angoisse, il faut le calmer, lui faire comprendre qu'il est désormais compris et psychologiquement aidé, que son anxiété est désormais sans objet puisqu'elle relève de circonstances désormais disparues. Sutter conseille même de « tenter d'apaiser les conflits qui se sont révélés en cours d'analyse, de lui en proposer des solutions acceptables, d'amorcer en un mot la psychothérapie qui doit se poursuivre ultérieurement au cours d'entrevues répétées ». Mais, avec quelle prudence doit être conduite cette psychothérapie, et combien il faut être sûr qu'un conflit existe, et que le malade en ait pris spontanément conscience, avant de tenter de le liquider.

VII. MODE D'ACTION. — Sans se dissimuler ce que de telles spéculations présentent d'hypothétique, on peut tenter de rechercher comment agit la psychanalyse chimique. Trois explications ont été proposées :

1° C'est l'état hypnagogique qui guérit. La narcose provoque une dissolution du psychisme, et la reconstruction écarte ou replace à leur rang les thèmes idéo-affectifs qui, « à la faveur de la maladie, s'étaient émancipés et constitués en éléments parasites » (Sutter). Cette « dissolution-reconstruction », par laquelle M. Delmas-Marsalet figure assez exactement l'action des thérapeutiques de choc, ne nous paraît pas devoir être invoquée ici, parce que la narcose n'est ni assez longue ni assez profonde et parce que les malades guérissent seulement lorsque l'analyse a ramené des souvenirs à leur conscience.

2° Nous l'avons dit plus haut, la méthode est née de la constatation que l'hypnose agissait davantage par la résurgence de faits oubliés, qu'en facilitant la suggestion systématique. M. Pierre Janet avait, voilà longtemps, fait cette constatation. Breuer aussi, en 1885, et l'on sait que son observation et ses conversations avec Freud sur ce point ont servi de point de départ à tous les travaux du maître de Vienne. Devons-nous conclure de ce fait que, comme

la psychanalyse freudienne, l'analyse hypnagogique aboutisse à la résurgence de complexes affectifs insuffisamment refoulés ? Et que cette mise à jour de conflits totalement inconscients guérisse parce que, dès lors, leur traduction symbolique par la maladie n'est plus nécessaire ? Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'aller aussi loin : la méthode ne guérit que les névroses émotionnelles récentes, et le mécanisme de celles-ci ne paraît ni aussi complexe ni aussi profond que celui des névroses de transfert.

3° Si l'on veut, en effet, comprendre comment agit la psychanalyse chimique, il faut considérer avant tout que c'est dans les seules névroses émotionnelles qu'elle acquiert toute son efficacité. Sutter le souligne lorsqu'il écrit : « Il s'agit également de faire extérioriser au patient une charge affective dont la stagnation entretenait l'état d'anxiété, de la lui rendre visible et de lui faire comprendre qu'elle est liée à une expérience révolue et n'est plus justifiée par les circonstances actuelles (abréaction proprement dite). » Comment y parvient-on ? Le problème, tout entier centré par l'anxiété du sujet, ne nous paraît pas comporter de solution univoque.

4° En effet, la résistance que le sujet oppose aux essais de pénétration psychologique ne provient pas d'une seule source. Elle relève de divers mécanismes, les uns conscients (crainte d'avouer sa peur, d'avouer une faiblesse, crainte de passer pour fou), les autres subconscients (refus de retrouver l'angoisse liée au traumatisme affectif d'origine en se remémorant celui-ci) (1). Or, la méthode agit autant sur le mécanisme conscient que sur l'inconscient : l'état hypnagogique supprime la résistance consciente en levant le contrôle du psychisme supérieur ; en même temps, le barbiturate calme l'angoisse, et, du même coup, il débloque les souvenirs dont l'angoisse empêchait l'évocation. Ainsi comprenons-nous que soit facilitée l'exploration psychologique. Ainsi comprenons-nous aussi que, par ce procédé, l'exploration puisse atteindre au seuil de l'inconscient, au subconscient, mais sans pénétrer plus avant.

Quant à l'effet thérapeutique, il résulte probablement d'un mécanisme analogue à celui qui efface un réflexe conditionnel. Soit un chien préparé pour le classique réflexe sono-salivaire. Il salive toutes les fois que le timbre retentit. Faisons retentir souvent le timbre sans plus jamais lui présenter de viande : la sécrétion salivaire devient de moins en moins abondante, jusqu'à ne plus se produire du tout. C'est l'inhibition par extinction.

Un mécanisme analogue intervient ici. L'angoisse éprouvée est

(1) C'est là, soulignons-le, le mécanisme des amnésies « hystériques ».

fortement liée aux circonstances du traumatisme émotionnel d'origine. Le sujet ne peut se remémorer ces circonstances parce que, à la moindre tentative, l'angoisse revient, insurmontable. Or, l'analyse chimique permet cette remémoration parce que, en même temps que le barbiturate apaise l'anxiété et supprime ses concomitants somatiques, il lève le contrôle du psychisme supérieur. Nous pouvons, grâce à elle, ramener le souvenir du traumatisme à la conscience du malade *sans que celui-ci éprouve en même temps l'angoisse inhibante*. Nous faisons, dès lors, comme dans l'extinction du réflexe conditionnel : *nous usons* la liaison conditionnelle établie entre le traumatisme et l'angoisse. *Ce n'est pas parce que le souvenir revient à la conscience claire que le malade guérit : c'est parce qu'il y revient sans angoisse.*

Il est probable que certaines névroses émotionnelles aient un mécanisme plus complexe. Nous voulons parler de celles, longuement décrites par les auteurs américains, où l'analyse provoque une rêvasserie plus ou moins fantastique, résultat du mélange de souvenirs anciens et de souvenirs du traumatisme émotionnel récent, les uns et les autres plus ou moins déformés ou symboliquement transposés. Selon Freud, le traumatisme agirait alors en rompant les mécanismes de protection qui assuraient jusque-là le refoulement de complexes affectifs anciens. Dans ces formes, d'ailleurs rares, de névroses émotionnelles, il paraît douteux que l'analyse chimique suffise à éclairer la psychogénèse, pas plus d'ailleurs qu'à guérir.

Ces considérations sur le mécanisme thérapeutique nous permettent maintenant de comprendre les limites de la psychanalyse chimique.

1° *Groupe des névroses.* — Elle va au fond des choses dans les névroses émotionnelles récentes de mécanisme simple ; elle peut dans ce cas guérir. Elle le peut également dans certains accidents de mécanisme très voisin, comme l'amnésie « hystérique ».

Par contre, elle ne suffit, ni comme méthode d'exploration, ni comme méthode thérapeutique, dans les névroses plus profondes et anciennes (névroses de transfert et formes complexes de névroses émotionnelles).

2° *Groupe des psychoses.* — Elle constitue un moyen rapide d'exploration mais non de traitement dans nombre d'autres psychoses. Elle demeure impuissante lorsque le déficit psychique est important ou bien lorsque le mutisme relève de mécanismes encore plus profondément instinctifs que ceux envisagés jusqu'ici (mutisme catatonique).

L'ŒIL ET LA VISION DANS LES CARNETS DE LEONARD DE VINCI

PAR

M. QUERCY



Le Manuscrit « de l'Œil », légué à François de Melzi en 1518, a obscurément erré pendant plus de deux siècles. Testateur, héritier, acheteurs, donateurs, personne ne le cite. Il apparaît un jour parmi les treize cahiers de Vinci de la Bibliothèque ambrosienne, à Milan. En 1796, sur l'ordre de Bonaparte, Tinet envoie le tout à l'Institut.

En 1890, Ravaisson Mollien nous a donné sa belle édition *fac simile* des manuscrits de Vinci conservés à Paris.

Le traité « de l'Œil », ou carnet « D », compte dix feuillets de 22 cm. sur 16, écrits *recto* et *verso*. Ni titre, ni préambule. « L'œil » ou « l'œil humain » en haut des pages. Écriture en miroir, assez soignée (fig. 1). Peu de ratures. Soixante dessins dans les marges. Paginé par Vinci. Le dernier mot, au bout du dernier feuillet, termine un chapitre. Ce dernier mot est-il la fin ? Le tout serait une mise au net très travaillée.

Il faut ajouter au carnet D de nombreuses notes sur la Vision, disséminées dans divers manuscrits. Ça et là, Léonard nous donne une multitude d'observations, d'expériences, d'affirmations, de problèmes, de théories partielles. Considérations générales, intentions d'aboutir à un ensemble, ordre, suite, effort de composition, parfaitement absents.

Je ne connais pas d'étude sur la théorie de la vision ainsi éparse dans les écrits de Vinci. Rien dans le vaste trésor de faits et d'idées qu'est le « Léonard de Vinci, ceux qu'il a lus, ceux qui l'ont lu » de Pierre Duhem.

J'ai utilisé : 1° d'après les *fac simile*, les manuscrits de l'Institut et de la Nationale, et une partie des « Anatomia » ;

ANN. MÉD.-PSYCH., 103^e ANNÉE, T. II. — Décembre 1945.

2° d'après la précieuse édition française de Louise Servicen (1942), le Codice Atlantico de Milan (1.700 dessins), les Quaderni d'Anatomia et Anatomia B de Windsor, le Trivulce, les Forster, le Leicester, l'Arundel, etc... Je n'ai rien demandé au *Traité de la Peinture*.

Photo 3, d'après l'éd. Servicen ; photos 1, 4 et suivantes, d'après l'éd. *fac simile* de Ravaisson Mollien ; photo 2, d'après Vésale.

Servicen donne à peu près la moitié du carnet D. Je n'ai pas vérifié l'importance de ce qu'elle a dû sacrifier des autres manus-

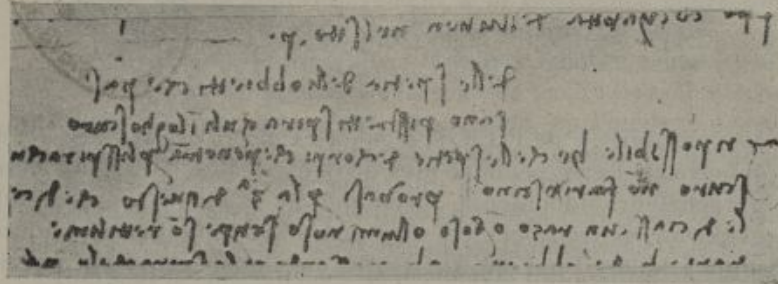


FIG. 1. — Fragment du 2^e texte de Vinci sur la Chambre noire (D, 10, r).
« Des espèces qui passent par d'étroits soupiraux dans un lieu obscur. Il est impossible que les espèces des corps qui pénétreront par les soupiraux dans un lieu obscur ne se renversent pas. On le prouve par la 3^e de ce théorème, qui dit... » (d'après le *fs* de Ravaisson Mollien). J'ai dû couper l'extrémité gauche des lignes.

crits de l'Institut. Connaissant par son édition les notes d'optique des manuscrits d'Angleterre et d'Italie, j'ignore les lacunes du présent essai.

J'exposerai d'abord les faits, groupés en quelques chapitres, et tels qu'un lecteur actuel peut les voir.

Anatomie de l'appareil visuel. — Comme ses grands devanciers, Vinci a géométrisé l'œil et les voies visuelles. Le maître anatomiste apparaît pourtant dans deux notes techniques :

1° Pour bien voir l'œil, il faut en faire une coupe. Comment ne rien déformer, déplacer, déchirer, ou, pour respecter la pensée plus sommaire de Vinci, comment ne pas perdre le Vitré ? En coupant l'œil après cuisson dans du blanc d'œuf (K). Cette recette, qui est peut-être de Vinci, qu'il a peut-être éprouvée, serait la première méthode histologique. Vésale, Varole n'en

disent rien ; et il n'en sera plus question. C'est pourtant en Italie que se feront les premiers essais de durcissement du cerveau par imprégnation d'huile.

2° Même lueur brillante et vaine à propos des ventricules cérébraux : « Perce deux événements dans les cornes des grands ventricules et insères-y au moyen d'une seringue de la cire fondue, en pratiquant un trou dans le ventricule de la mémoire ; remplis par ce trou les trois ventricules, puis, quand la cire s'est solidifiée, enlève le cerveau et tu verras exactement la forme des trois ventricules. Mais commence par introduire de minces tubes dans les événements afin que l'air des ventricules cède la place à la

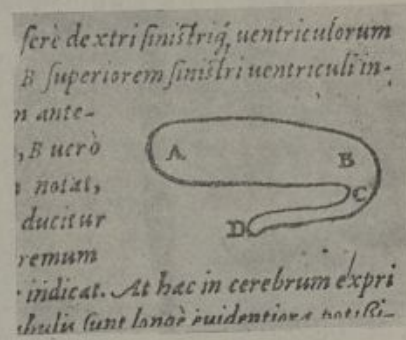


FIG. 2. — Ventricule latéral gauche. Schéma de Vésale

cire. Coulé en cire par le trou *m* au bas du crâne avant de le sciër. » (Quad. V 7 r). Je ne sais rien du dessin joint à ce texte. Il est obscur : « 2 trous latéraux et antérieurs », puis « 1 trou médian et moyen ». Le fait de trépaner par la base, latéralement semble-t-il, et l'expression « cornes des grands ventricules » indiquent cependant des connaissances anatomiques étendues, égales ou supérieures à celles dont fera preuve le grand Vésale. Vinci aurait donc découvert la forme réelle des ventricules et inventé « la ventriculographie ». Mais Vésale et Rolando paraissent ignorer cette technique, et Vésale a tracé le premier ventriculogramme inspiré du réel (fig. 2) ; mais Vinci lui-même donne des ventricules (fig. 3) l'image traditionnelle : trois sphères, les *Ventriculi rotundissimi* de Galien, en série sur une droite, la première pour « l'imprensiva », la deuxième pour le sens commun, la troisième pour la mémoire ; autour, une masse cérébrale homogène dont il ne dit rien ; enfin, huit enveloppes

qu'il énumère, en intervertissant dure-mère et pie-mère (1) (Quad. V 6 v).

Troisième recommandation technique : « Ecris les proportions entre le diamètre de toutes les lentilles de l'œil et la distance qui les sépare des lentilles du cristallin. » (CA).

Vinci n'a pas suivi ce bon conseil. Ses dessins de l'œil, schémas géométriques à la Roger Bacon, sont très libres, sans souci des dimensions, proportions et courbures réelles (fig. 14 à 18). Ses dé-

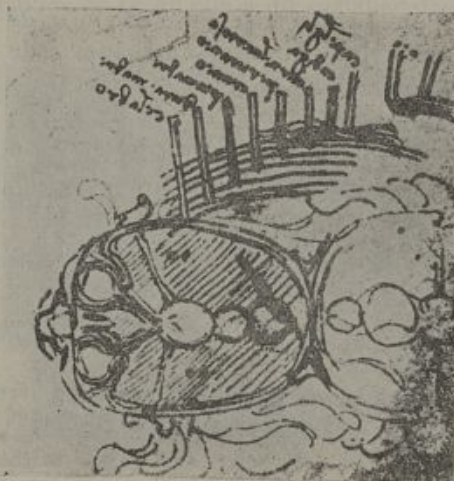


FIG. 3. — Coupe horizontale du crâne, du cerveau et des ventricules. Nerfs optiques et auditifs, terminés dans le ventricule antérieur. En haut, les enveloppes des ventricules : cheveux, peau..., pie-mère, dure-mère, cerveau.

tails écrits sont ceux que n'aurait pu ignorer un apprenti oculiste du XIII^e. L'œil qu'il imagine n'est plus un système de sphères *concentriques*, un microcosme ; mais les sphères dont il est encore fait sont toutes sur le même axe ; deux d'entre elles, globe et cristallin, ont le même centre. Le cristallin, *glacialis*, ou « vitré », est donc sphérique et central. Il n'approchera qu'avec Maurolycus, cinquante ans après Vinci, de sa forme définitive. Il en était moins éloigné sur de vieux dessins du XIII^e. « Placé au milieu de l'œil, au milieu de la sphère albugineuse », il flotte librement, sans attaches, en arrière et à distance de l'iris. Vinci

(1) Par inadvertance et non par ignorance. Il a de singulières remarques : les ventricules du cerveau et de la semence sont à égale distance des ventricules du cœur ; le ventricule médian est à deux doigts de la luette (B). Les quatre taches latérales de la fig. 3 seraient-elles les « événements » ?

distingue la sphère sclérotique de la sphère cornée, et il utilisera la forte courbure de celle-ci. Sphère cristalline et partie imaginaire de la sphère cornée se coupent, d'où un aspect lenticulaire, sans intérêt pour Vinci. Nous aurons à nous demander s'il n'a pas pensé à un mouvement du cristallin. Rien sur l'anatomie de l'Uvée ou de l'Iris. Le noir de l'un est utilisé, le coloris de l'autre n'est pas mentionné. Nous verrons le rôle immense attribué aux mouvements de l'iris. L'appareil ciliaire ne paraît pas soupçonné. Rien sur la rétine. Il sait que « l'albugineuse », notre vitré, est moins dense que le cristallin. Rien sur les muscles. Rien sur les nerfs moteurs, alors que nous le verrons s'intéresser à la « giration » des deux yeux, se demander quel nerf solidarise leurs mouvements, et répondre que c'est le chiasma. Une note sur les paupières des oiseaux.

Son nerf optique n'est plus un tube, mais il est toujours rectiligne et toujours dans l'axe de l'œil. C'est sur son extrémité oculaire que se forme l'image et qu'elle est sentie. Il se termine au fond de l'œil ou dans le cristallin. « Le nerf optique pénètre un peu dans la sphère cristalline. » On lisait, dans Bacon, *glacialis directe compositus super nervum opticum*. Par le nerf optique, quelque chose se déverse du cerveau dans l'œil.

Arrivé au chiasma, Vinci néglige moins que ne fera Descartes cet organe célèbre et chargé de fonctions. Il lui en donnera d'inattendues pour nous : assurer la synergie motrice des yeux, redresser l'image renversée dans la chambre noire de l'œil. Comme tout le monde, il termine le nerf optique dans la partie tout antérieure du ventricule antérieur. Encore quelques décades et Varole fera une bruyante révolution en portant la terminaison du nerf optique hors des ventricules et loin en arrière, vers le lobe occipital.

Vinci ébauche enfin une anatomie comparée de l'œil et du cerveau ou, plus étroitement, de la pupille et du ventricule chez l'homme et chez les oiseaux nocturnes.

Nous le verrons construire un œil artificiel et regarder ce qui s'y passe. Il ne semble pas qu'il ait cherché à voir, au fond de l'œil réel, comme feront Scheiner et Descartes dans plus d'un siècle, l'image réelle des objets.

Lumière et vision. — Attentif d'abord à la Physique de la Matière et à la Dynamique, Vinci semble s'être peu mêlé aux disputes sur la Lumière. Witelo, qu'il cite, en avait fait un être spirituel, principe du mouvement, de la chaleur, de la vie, de la pensée : *Lux*, la lumière du soleil ou de la chandelle, *Lux* =

Virtus Cognoscitiva. Bacon voulait qu'elle ne fût ni *corpus*, ni *motus*, ni *fluxus*, ni comparable aux grossières ondes de l'eau ou au *tremor* du son. Sur sa vitesse, finie ou infinie, il concluait *magna dubitatio*. On n'avait pas décidé, à la fin du xv^e, si les couleurs sont des irréductibles, ou des degrés et des mélanges de lumières, s'il faut distinguer entre des couleurs réelles et des couleurs apparentes, s'il n'y a pas plus de secrets que n'en voyait Bacon dans l'arc-en-ciel ou sur le cou de la colombe.

Rien de Vinci sur tout cela, ou quelque passage déjà banal au xv^e : « Les mouvements de l'œil, des rayons solaires, de l'esprit sont les plus rapides. Le soleil, dès qu'il paraît à l'Orient, éclaire l'Occident. L'œil, dès qu'il s'ouvre, se remplit d'images auxquelles il sert d'aimant. L'esprit va d'Orient en Occident en un instant. » (CA).

Il sait avec ses maîtres que l'objet envoie une sphère de lumière indéfiniment croissante, une infinité de rayons droits divergents, de la chaleur, et aussi une infinité d'images de lui-même. « Les rayons solaires comprennent le rayonnement, la chaleur, l'image de la forme... L'atmosphère attire la lumière, la chaleur, la nature, la forme matérielle du soleil. » Ces images, que « toute masse projette, ont la capacité de diminuer à l'infini. En face de l'œil, elles convergent à sa surface... L'image de chaque point de l'objet existe en chaque point de l'atmosphère, et toutes les images des objets sont dans tous les points de cette atmosphère... Les images se trouvent parties et tout dans le tout et dans chaque partie » (CA). *Quælibet pars rei ad quamlibet pars spatii*, disait Bacon. Et Vinci : Soit un mur, en n'importe quel point de ce mur un trou d'aiguille, et une chambre noire derrière ce trou ; où que soit ce dernier, l'œil y verra tout le paysage. Il imagine, enfin, une infinité de pyramides de rayons ayant une base commune sur l'objet et autant de sommets qu'il y a de points sur la cornée ; et une autre foule de pyramides ayant leur base commune sur la cornée et un sommet sur chaque point de l'objet. Il travaille avec l'idée géométrique d'un objet dont chaque point émet sa sphère de rayons, mais il n'a pas tout à fait écarté le vieux mythe d'une projection d'images. Il voit dans ce qui jaillit de l'objet tantôt un immatériel (CA), tantôt des particules (D).

Le dogme de Newton — le blanc synthèse ou somme des couleurs — lui a été attribué. Il en est bien loin : Le blanc, couleur ou non, est fondamental, simple. Les autres couleurs essentielles, jaune, vert, rouge, bleu, ne sont pas toutes simples. Le jaune lui-même ne l'est pas toujours. Le bleu est du blanc + du

noir (1). Le composé typique est le vert, fait de jaune et de bleu ; et l'on dirait que le xv^e Italien a déjà douté de cette apparence tant Vinci affirme sa vérité. Il propose en effet de mêler ou de superposer non deux poudres, deux liquides ou deux verres jaune et bleu, mais deux lumières, deux rayons, deux immatériels. Il donne même deux montages de l'expérience : deux pinceaux lumineux colorés par réflexion sur deux taches jaune et bleue, et s'unissant sur du blanc en une résultante verte (figures dans diverses éditions du *Traité de la Peinture*).

La Peinture, dit-il souvent, est d'abord blanc et noir. La couleur, utile et agréable, est « un fard, un bavardage » dont on abuse aux dépens « de l'excellence des fortes ombres ». « C'est un accident », diront les cartésiens de l'Académie française de peinture, sous Lebrun. Vinci reconnaît des couples de couleurs « contraires » : le vert et rouge, le « désagréable » bleu et jaune, le beau rouge et bleu. On le voit, Vinci n'aurait pas eu la superstition des complémentaires. Bien entendu, il ne soupçonne pas que le mélange des « contraires » puisse donner du blanc.

Conduit au Contraste par les couples de couleurs, il n'enseigne que le rudiment : le noir et le blanc se renforcent, « la couleur est noble sur les confins de son contraire ». Le peintre fait du soleil à coup d'ombres fortes ; on agrandit les objets en les éclairant.

Et le blanc synthèse ? « Le blanc est le résultat d'autres couleurs » : « Le blanc est composé de toutes les couleurs », « dérivé » et, ailleurs, « cause » des couleurs. Voici ce que cela veut dire : « Le blanc est apte à recevoir toutes les couleurs. Les ombres d'un objet blanc en plein air sont azurées. Privées de la couleur du soleil, elles continuent de participer de la couleur de l'atmosphère ou du vert des champs. » (F). Le blanc, première couleur, est capable des autres : quand une surface blanche ou son ombre est éclairée par une source colorée, elle en acquiert la couleur (1).

Léonard, si adroit à déceler les sensations subjectives, les apparences nées de l'œil, ne soupçonne pas le rôle du sujet dans la création des *ombres bleues*. Il lui faut un bleu objectif, tombé du ciel sur l'ombre. La pensée ne l'effleure pas que si une ombre grise interrompt de son gris *pur* un champ de lumière solaire discrètement jaune, c'est le sujet qui crée le bleu dans l'ombre (2).

(1) On connaît la plaisanterie romantique sur le bleu, le vert et le violet de David : noir + blanc, noir + jaune, rouge + noir.

(2) Bel exemple dans le « Shanghai-Moscou » de Bourboulon (1860) : « La poussière jaune donnait à tout, paysage, habits, figures, un aspect de feu ».

Il a mieux connu la subjectivité du contraste successif, des métesthésies. Il sait que les images consécutives des objets clairs sont obscures, claires celles des objets sombres ; il a vu la métesthésie du soleil, claire dans le noir, obscure dans la lumière. Tout cela est bien élémentaire. Peut-être connaît-il une tentative de généralisation de l'effet métesthésique à tous les sens : « Le son qui semble demeurer dans la cloche réside non en elle, mais dans l'oreille de l'auditeur qui ne la perd que peu à peu, comme l'impression du soleil. Preuve du contraire : arrêter brusquement le son en touchant la cloche. Il n'arriverait pas, lorsque tu touches la cloche que, simultanément, l'oreille refuse le son. » (CA). Et pourtant le son demeure un moment dans l'oreille, sans quoi « elle ne percevrait pas l'harmonie de la première note avec la cinquième, qui la suit immédiatement » (CA).

Où persiste la métesthésie visuelle ? Parfois c'est dans le cristallin, parfois dans la pupille (K), jamais dans la rétine. « Les objets insensibles », qui ne gardent pas les impressions, sont les miroirs. Dès que l'objet en est éloigné, ils sont aussitôt complètement privés de cette impression (CA). « Le chasseur, lit-on dans le Bestiaire, emporte les petits du tigre après avoir disposé des miroirs à l'endroit d'où il les a enlevés... Le tigre trouve les miroirs et croit voir ses petits. » Il croit les voir parce qu'il s'y regarde, dit Vinci, chez qui on ne retrouverait donc pas la théorie de certaines persistances dans les miroirs.

La lumière ne l'émeut pas. Si la vue décide l'âme à « rester dans la prison du corps », si c'est par elle que l'on aime, que l'on sait, que l'on accède au beau et au vrai, c'est que Vue et Lumière sont les moyens d'atteindre les choses. Nous verrons, à propos de sa dioptrique de l'œil (p. 21), ce qu'il admire dans la lumière. Quand il paraît s'émouvoir devant elle-même, c'est par jeu, comme dans la fable du Papillon et de la Chandelle : le papillon « diapré » s'émerveille devant la flamme, y touche et se brûle. Dans Vinci, première manière, il comprend tout de suite, « sèche ses pleurs » et s'écrie « sale suif » !. Dans une deuxième rédaction, il souffre avec stupeur, et « la pensée ne l'effleure pas que d'une chose si belle puisse venir un mal » (CA). Ne faut-il voir là que de faciles variations littéraires, probablement banales en 1500 ?

de bengale bleu ». — Avec Otto de Guëricke (1672), les ombres sont bleues parce que mélanges de blanc et noir. L'explication subjective apparaît avec Rumford et Goëthe. Je ne sais s'ils ont vu que certains légers nuages de fumée, dans le bleu du ciel, sont jaunes. Vinci, qui a beaucoup étudié la couleur des fumées, n'a pas vu cette ombre jaune.

Le rayon visuel. — L'œil ne fait-il que recevoir et traduire un message de l'objet ? N'est-il pas, réciproquement, émissif ? Pour voir à distance, n'envoie-t-il pas à l'objet quelque antenne ? Ce quelque chose, cette lumière venue du dedans, cette très vieille chose, Vinci semble en défendre un reste contre les purs réceptivistes. Il est très sensible à l'identité géométrique entre rayon lumineux et rayon visuel : la région qu'un objet masque à l'œil est exactement celle où cet objet mettra son ombre si une lumière prend la place de l'œil (CA). « Je dis qu'au moyen des rayons visuels, la puissance de vision s'étend jusqu'aux objets. » (CA). « Les mathématiciens soutiennent que l'œil ne projette rien de soi » et, voyant tout le ciel, s'épuiserait s'il devait le remplir de rayons. Mais l'étoile polaire le fait bien, et sans rien perdre ; le musc envoie son odeur à des milliers de milles ; le son de la cloche se répand sans perte de bronze. Et puis, approuve-t-il, le serpent lamie aime le rossignol, le regard du loup rend rauque, celui de la fille amoureux ; un coup d'œil du basilic tue toute créature ; l'autruche couve ses œufs des yeux ; le poisson linno, de ses deux yeux, éclaire comme deux chandelles et tue (1). Les vitraux colorés colorent tout, indéfiniment... L'œil envoie son image à tous les objets. Il aime les images à travers tout l'espace... Les puissances invisibles vont de l'œil à l'objet. » (CA). Mais Vinci ne retient plus l'argument classique : l'éclat nocturne de l'œil du chat. Pour le voir, comme pour voir l'arc-en-ciel, il faut s'adosser à une lumière que réfléchira sur nous l'œil de la bête (H). De soi, l'œil est complètement obscur (C).

Vertu visuelle de la pupille. — La vertu la plus évidente de la « pupille convexe » est due à sa courbure ; « la nature fit la pupille convexe afin que les choses puissent imprimer avec de plus grands angles leurs ressemblances. On démontre pourquoi l'œil voit derrière lui les choses placées dans les angles latéraux. L'œil voit le mouvement de deux lumières au contact de la paroi où s'appuie sa nuque » (fig. 14).

Vertu essentielle de la cornée (2) : en chacun de ses points est une image de l'objet tout entier, et chaque point de l'objet donne une infinité d'images de lui-même sur la cornée tout entière. « On émet ici cette opinion : tout point de la pupille

(1) Certains de ces exemples du CA se retrouvent, avec d'autres, dans le *Bestiaire* ; mais, semble-t-il, comme allégories.

(2) La distinction entre pupille et « pupille convexe », c'est-à-dire cornée, ressort assez facilement du contexte.

voit tout l'objet, tout point de l'objet voit toute la pupille. La pupille a la vertu visuelle toute dans toute et toute en chaque partie. » Le perspectiviste a tort ; la vertu visuelle n'est pas en un seul point, sommet d'un cône unique, dont l'objet serait base. On peut voir l'objet avec n'importe quelle partie de la pupille ; il suffit de masquer le reste de celle-ci, ou de regarder par un petit trou plus petit qu'elle dans un papier placé tout contre l'œil.

Voici là-dessus, fig. 13, une expérience de Vinci que nous retrouverons : « Qu'un trou soit fait... dans un papier de la grandeur d'un grain de mil et que ce papier soit placé à un tiers de brasse de l'œil. Regarde à travers ce trou..., puis interpose une aiguille ou autre fétu entre la pupille de ton œil et ledit trou du papier, mais fais que l'aiguille soit voisine de ton œil, de façon qu'elle touche les pointes de tes paupières. Ensuite, mène l'aiguille en haut, en bas, à droite, à gauche, et tu verras manifestement, dans l'air qui est au delà du trou, l'image de cette aiguille faire tous les mouvements contraires aux tiens... La cause est que la vertu visuelle est répandue en toute la pupille ; et, en tout point de cette pupille, on reconnaît les simulacres des objets. L'intersection des lignes droites des espèces ou ombres de l'aiguille se fait en q , ainsi se change tout mouvement. Or, si la vertu visuelle, n'était pas en a , tu ne verrais pas l'image en c , et si elle n'était pas en p , tu ne la verrais pas en t (1). Nous retrouverons cette expérience.

Deuxième expérience : « La chose plus petite que la pupille ne masque pour l'œil aucun objet éloigné et, bien que dense, fait office de chose transparente. L'adversaire dit que la vertu visuelle est réduite à un point, d'où suit que tout objet placé devant la pupille, étant plus grand que ce point, il occupera la connaissance. A celui-là, on démontre l'expérience, puis on conclut à la nécessité de cette expérience. Qu'on place devant la pupille l'épaisseur d'une aiguille à coudre moyenne, qu'elle en soit aussi voisine qu'il se peut, on verra qu'elle n'empêche la connaissance d'aucun objet. Ce que je dis là est en tout confirmé par l'expérience, et la nécessité le fait... La toile de gros crins placée devant les yeux n'occupe aucun objet, et en occupe d'autant moins qu'elle est plus près de l'œil. Or, si la vertu visuelle était en un point, plus les crins se rapprocheraient, plus vaste serait l'espace qu'ils auraient à occuper. La vertu visuelle est donc infuse

(1) q = le trou de l'écran ; a = sur la cornée en haut ; c = sur l'objet en bas ; p = sur la cornée en bas ; t = sur l'objet en haut (fig. 13).

en toute la pupille. » (4 fig. dont le croquis du tissu, avec la bifurcation des rayons au contact des fils, dans leur cheminement vers l'œil). Vinci, derrière son voile de crins, n'a pu manquer de fixer tour à tour le tissu et, à travers le tissu, l'objet plus lointain. Il n'a pas noté ce travail visuel qui lui aurait peut-être fait deviner l'Accommodation. Nous la verrons lui échapper une autre fois.

Une conséquence de cette répartition de la vertu visuelle : « L'œil n'est capable de la terminaison d'aucun corps dont le champ est éloigné. » Soit un champ vertical, puis la pointe d'un objet proche, enfin la cornée. En tout point de la cornée, une image de la pointe. Toutes ces images se projettent et se disperseront dans le champ, au bout des droites allant de la cornée au champ, en passant par la pointe. « Elle va ainsi se semant sur le champ et n'est pas connue ; le sens infus dans toute la pupille, présentant au jugement une détermination confuse de la chose. » Il y a un remède, donné dès les premiers mots du manuscrit : « La nature n'a pas fait une uniforme puissance dans la vertu visuelle, mais elle donne à cette vertu une puissance d'autant plus grande qu'elle s'approche davantage du centre. Elle fit cela pour ne pas rompre la loi donnée à toutes les puissances, qui valent d'autant plus qu'elles s'approchent plus du centre... On le voit dans les bras de la balance, où le poids, en se rapprochant, diminue sa gravité... La chose est moins connue qui s'imprime à plus grande distance du milieu de la prunelle, où se termine l'extrémité de la ligne médiane qui va en ligne droite vers l'objet dont il y a connaissance certaine. Cette ligne est maîtresse, déterminant ce que les autres voient et ne connaissent pas... Les espèces venant par cette ligne centrale sont parfaitement vues. L'infinité des autres lignes adhérentes sont d'une force d'autant plus grande ou moindre qu'elles sont plus voisines ou éloignées de cette ligne. Dans les espaces latéraux, la pupille voit, mais n'en a pas la connaissance, le mouvement de deux lumières, sur la paroi où s'appuie sa nuque. Seule la ligne centrale détermine ce que les autres voient et ne connaissent pas. »

Si subtilement travaillé, le vieux *perpendicularis occultat obliquos* de Bacon attendra cinquante ans son premier débrouillage, par Maurolycus. Pour le moment, images et vision partout dans la pupille et sur la cornée ; mais vision confuse. Vision connaissante d'une seule image, d'un seul rayon, perpendiculaire à la cornée et confondu avec l'axe de l'œil.

Ce n'est pas la pupille qui voit. Il en serait ainsi si l'âme était

toute partout. Elle est concentrée dans le ventricule, et c'est là qu'est la vision. Dès lors, les objets tirent dans l'œil, « comme des archers dans l'âme d'une escopette », « L'humeur aqueuse chien de chasse », autour de l'obscurité pupillaire, dans la lumière de l'iris, « lève le gibier ». Celui-ci s'engage « dans la ligne du nerf transmetteur ». Plus loin, « l'humeur qui vient du ventricule antérieur dans l'œil voit beaucoup de choses sans les connaître ; mais qu'arrive le rayon central, et le sens s'empare des images » (CA).

Mouvements de la pupille et grandeur apparente des objets. — Une nouvelle vertu pupillaire va engendrer une étrange fantasmagorie subjective. L'objet qui s'éloigne est vu, comme la Perspective l'enseigne, de plus en plus petit ; les objets $c\partial$, ∂e (fig. 4)

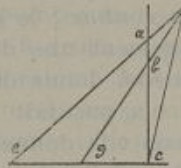


FIG. 4

sont égaux ; or, ce qui est donné à l'œil, placé en o , derrière une vitre, ce sont les grandeurs inégales ab , bc . Mais l'objet qui s'éloigne résiste à la perspective ; il diminue tard et peu ; entre la diminution mesurée par la Perspective et la diminution sentie par l'œil naïf, la différence est saisissante. Enfin, beaucoup d'objets *grandissent en s'éloignant*. Vinci accepte et renforce cette affirmation de ses anciens : « Si l'œil regarde une chandelle à 400 brasses, elle lui semblera accrue au centuple. » (C). « Plus un objet se rapproche de l'œil, plus grand est l'angle. L'image fait le contraire ; plus on la mesure près de l'œil, plus sa forme semble réduite. » (J). Quand on s'éloigne d'un couple de chandelles, on voit les flammes s'unir en un grand disque lumineux. Si le soleil paraît grandi au couchant, ce n'est pas une affaire de perspective aérienne, de brume, c'est parce que « tout corps lumineux paraît d'autant plus grand qu'il est plus loin ». Simultanément, Vinci sait très bien que les étoiles sont grandes comme la terre ; et il analyse la savante erreur d'Epicure : le Soleil petit comme il paraît l'être. Nous verrons plus loin (p. 27), à propos de l'image du soleil réfléchi vers notre œil par les astres, ce que finit par devenir la combinaison objet-distance-grandeur-lumière et pupille.

D'ordinaire, un objet paraît plus grand quand il est clair. Sur une barre de fer, un segment chauffé à blanc paraît de diamètre double ; l'objet d'éclat modéré placé entre l'œil et une lumière éblouissante diminue de moitié (CA). Par contre, « abaisse une chandelle au-dessus de toi, jusqu'à ce qu'elle frôle le rayon de l'étoile à l'œil, et tu verras celle-ci devenir imperceptible », ce qui signifie « très petite » (J).

Même relation subtile entre les clartés ou obscurités physiques données à l'œil et jugées par la conscience. « Quand l'œil se détourne d'un objet illuminé, tout semble obscur. Si l'œil qui a été dans un lieu obscur voit ensuite des objets d'un éclat modéré, ils lui sembleront d'un éclat extrême. Tout endroit concave paraît plus obscur si on le voit du dehors que si l'on est dedans. Plus le ciel est obscur, plus les étoiles semblent vives » et grandes. Si, un œil nu, l'autre armé d'une sarbacane, on regarde une étoile, elle est beaucoup plus grande pour l'œil armé du tube obscur.

Vinci va montrer que tout ce jeu psychique est causé et mesuré par un mouvement simple d'un organe géométrique, par les variations de diamètre de la pupille. Sur ce fait étrange et familier, presque rien avant Vinci. Aristote et Galien savent qu'on voit quelquefois mieux en fermant ou masquant les yeux à demi ; ils ont pourtant l'air de n'avoir jamais vu varier la pupille d'un chat, d'un enfant, ou la leur ; et les indications des Perspectivistes du Moyen Age sont très vagues. Voici la formule du traité de l'œil : « La pupille se change en autant de grandeurs que sont les différences de clarté. La nature fait réparation à la vertu visuelle, quand elle souffre d'une lumière excessive, en resserrant la pupille. Quelqu'un ferme une fenêtre selon la nécessité ; la nuit, il l'ouvre toute. La nature emploie une continuelle équation en égalisant continuellement à proportion des obscurités ou clartés. Tous les animaux de terre, d'air et d'eau font de même... La pupille, pour voir dans les ténèbres, se dilate et emploie toute sa force. Elle est meurtrie par la lumière subite, l'opposé des ténèbres... qui, cherchant à se maintenir, ne se laisseront pas déloger sans douleur. »

Pupille, éclairage et grandeur apparente. — « La chose paraîtra plus grande en lumière et grandeur qui sera vue par une plus grande pupille. Ceci peut s'expérimenter. Si tu fais une ouverture aussi petite qu'il peut en être une dans un papier et que tu te l'approches de l'œil autant qu'il se peut, et que par un trou tu regardes une étoile, il ne peut opérer qu'une petite partie de

la pupille, et elle voit l'étoile si petite que presque aucune autre chose ne puisse être plus petite. Si tu fais l'ouverture près du bord, tu pourras voir en même temps l'étoile avec l'autre œil et elle te paraîtra grande. » (1).

« Quand la lumière diminue, la pupille se dilate. Regarde avec les yeux une ligne blanche sur fond noir, et que l'un la regarde par la sarbacane et l'autre à travers l'air lumineux. » (2) (L.).

« Ces changements tiennent uniquement à la pupille » : l'étoile vue par un œil muni d'une sarbacane paraîtra plus grande que

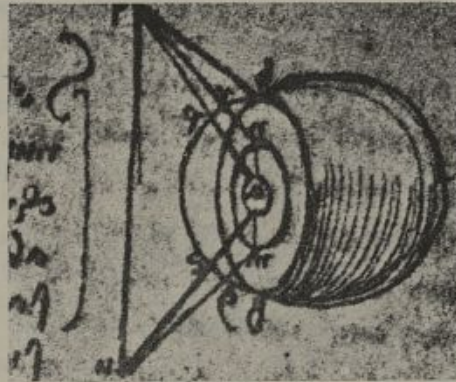


FIG. 5. — Œil, sa cornée et sa pupille, rétrécie (*a*) ou dilatée (*mn*)

vue par un œil nu, parce que la pupille, dans le tube obscur, se dilate. Vinci, qui observait les pupilles et connaissait la solidarité des yeux, a fait ses expériences d'inégalisation pupillaire sans découvrir que cette inégalité n'existe pas et que sa belle synthèse est impossible.

« Si la pupille croît ou diminue selon l'excès ou manque de l'éclat, il est nécessaire que chaque objet se montre plus ou moins grand. On le prouve : la pupille grande *mn* voit l'objet *qu* sur la convexité entre *rq*, puis soit *a* la pupille diminuée et se montrera diminué l'objet sur la convexité dans l'espace *tp* (fig. 5). Soit la pupille qui reçoit par pyramide la chose *g* et que cette pyramide mesure sa largeur sur la vergette *ab* dans la partie *o*. Ensuite croît la pupille de tout le diamètre *mf* ; alors, l'objet ne fera plus pyramide, mais ses espèces viendront par

(1) Exact.

(2) La note n'a pas été achevée. La ligne vue par l'œil à la sarbacane est, dans mon cas, plus lumineuse, plus blanche, plus nette, mais pas plus grosse.

lignes parallèles, et ainsi se trouvera accru le simulacre de l'objet selon l'accroissement de la pupille. » (fig. 6) (1).

« Les objets sont plus grands à minuit qu'à midi. Selon les variations du soleil, le même objet paraîtra de dimensions différentes, encore que souvent la comparaison ne permette pas de discerner ce changement », tant il nous est parfois difficile de connaître nos propres sensations.

Pupille et clarté apparente. — « Si l'œil qui sort d'un lieu obscur voit des objets d'éclat modéré, ils lui semblent brillants à l'extrême, parce que la pupille se dilate dans les lieux obscurs. Quand l'œil se détourne d'un objet illuminé, tout ce qu'il voit lui semble obscur : l'œil avait contracté sa pupille ; comme il lui faut du temps... Tout concave paraît plus obscur du dehors que si l'on est dedans ; à l'œil qui est dehors, la pupille diminue, et à celui qui est dans le lieu obscur, elle s'agrandit ; et à la prunelle moindre diminue la puissance. A la pupille faible, toute petite clarté paraît ténébreuse et, si elle croît en puissance, toute grande obscurité lui paraît éclairée. »

Pupille et distance. — Si riche sur l'équation grandeur-pupille, Vinci n'a pas vu la relation pupille-distance. La découverte que fera Scheiner dans cent ans — dilatation de la pupille quand l'objet s'éloigne — s'est pourtant offerte à Vinci : « Pourquoi, quand l'image diminue sur la prunelle lorsque la chandelle est éloignée, elle ne décroît pas pour le jugement ? » C'est parce que la pupille croît à mesure que l'objet s'éloigne. « Regarde sa pupille et fais-lui regarder la lumière que tu approcheras de lui peu à peu. Tu verras sa pupille se resserrer à mesure que la lumière approchera. » L'accommodation pupillaire à la distance est donc connue de Vinci ! Non ; ce n'est pas parce que l'objet se rapproche que la pupille diminue, c'est parce que l'objet plus proche est plus lumineux. « Quand on éloigne la chandelle, l'éclat de sa lumière s'atténuant, la pupille grandit, et provoque ainsi l'agrandissement de l'image. » (F). Si nous n'avions pas ce passage, nous devrions attribuer à Vinci la découverte de l'accommodation pupillaire à la distance.

(1) « La rectitude du concours des espèces se plie dans l'œil, et l'œil voit l'objet plus grand que ne le donne la perspective. L'œil reçoit les espèces *ab* en *op*, et le prospecteur les croyant droites trouve les choses produites par sa perspective plus petites que celles que juge l'œil. Mais si l'adversaire disait que *ab* paraît plus grand qu'il n'ait attendu que la chose qui vient par *aof*, *bpf* paraît en *cd* vu par *foe*, *fpd*, on démontrerait que c'est faux parce que si tu tirais une flèche tu croirais blesser en *c* et tu blesserais en *a* » (fig. 7).

« Le cristallin se condense à la rencontre des choses brillantes et se raréfie devant les choses obscures. » Entrevision de l'accommodation cristallinienne ? Non, car voici la suite : « et que ceci soit vrai se manifeste lorsque l'œil se ferme, parce que les espèces réservées des choses claires se voient obscures et les obscures se représentent claires. J'en parlerai ».

Pupille et cerveau des animaux nocturnes. — « Les animaux nocturnes voient plus de nuit, en grande partie parce qu'il y a une bien plus grande différence entre l'accroissement et la diminution de leur pupille, qu'il n'y en a pour les diurnes, car si la pupille de l'homme double, la pupille du Duc croît dix fois. Outre cela, le *ventricule impressiva* de l'homme est plus que dix fois tout l'œil, duquel la pupille est le millième ; et chez le Duc, la pupille est beaucoup plus grande que l'*impressiva*. Et cette *impressiva* de l'homme, par rapport à celle du Duc, est comme une grande salle ayant la lumière par un petit trou par rapport à une petite salle toute ouverte ; dans la grande, il fait nuit à midi et, dans la petite, il fait jour à minuit. » « Tu m'objecteras que l'oisillon verra fort peu et que, par la petitesse de sa pupille, le blanc lui paraîtra noir. Je te répondrai : Portons attention au cerveau. »

La vision avec les deux yeux. — Vinci, pour qui le relief « est l'âme de la peinture » et la Perspective une science ravissante, a certainement tenté de démêler la combinaison Profondeur, Plan, Relief, Objet peint, Vue d'un œil, Vue de deux yeux : Pour bien voir les profondeurs sur la toile, il faut fermer un œil ; au contraire, tel objet et son relief, vu d'un œil et de très près, devient un tableau plan. « Les choses distantes paraissent proches quand elles sont illuminées, alors que des choses proches semblent lointaines » ; quand on voit tomber, près de soi, les premiers rais de pluie, on croit les voir sur le fond des nuages, à une distance où l'on ne verrait pas une tour ; sur un fleuve, à égale distance des rives, on voit lointaine une rive plate, et proche une rive montagneuse. La cornée étant convexe, seuls les objets situés sur des courbes concentriques à la cornée garderont pour la vue leurs rapports réciproques ; les objets plus ou moins distants de ces courbes auront dans l'œil des rapports différents de leurs rapports réels (schéma). Nous trouverons enfin, p. 28, un bel exemple de non-perception de la troisième dimension, un cas de transformation visuelle d'une profondeur en longueur transversale. Mais ces notations sont occasionnelles ; aucun feuillet n'est consacré à la troisième dimension, aucun

aux deux yeux ; et, dans ce que j'ai vu des croquis de Vinci Perspectiviste, ne figure ni un schéma de convergence oculaire, ni un triangle œil droit-œil gauche-objet.

Vision double. — Il ne rappelle pas la vieille question : Pourquoi, voyant un objet avec deux yeux, ne le voit-on pas toujours double, mais habituellement simple et accidentellement double ? Il ne dit que le minimum d'un des plus célèbres *problemata* d'Aristote : Entre les deux yeux, une telle solidarité qu'un œil

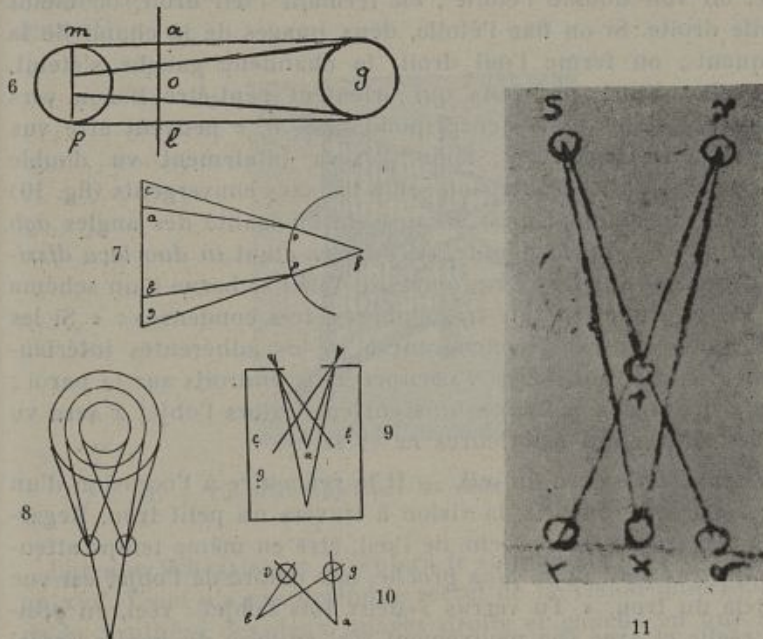


FIG. 6, 7, 8, 9, 10, 11

se mouvant, l'autre, même fermé, se meut identiquement et joue un rôle efficace ; soumission des deux yeux au principe « du même point, de la même ligne » ; le point unique vu double par les deux yeux dissemblablement disposés, les deux points vus en un seul par les yeux semblablement disposés. Pas de rappel du subtil et déjà complet résumé de Galien sur la diplopie, avec le curieux schéma que lui prêteront les grandes éditions italiennes : le cercle réel vu par les deux yeux (fig. 8) est le cercle moyen, vu du sommet sis à la jonction de leurs axes, au chiasma ; chaque œil déplace de son côté le cercle moyen ; les rayons visuels extrêmes de chaque œil sont tangents, en dehors au grand cercle extérieur, en dedans au petit cercle central.

Il connaissait la formule baconienne, si travaillée, de la diplopie : l'objet regardé *in fine certitudinis* et vu simple, est vu par les deux yeux selon leur axe, *in duò loca similis situs*, c'est-à-dire en des points correspondants des cristallins, des rétines ou du chiasma ; au delà de cet objet, diplopie directe ; en deçà, diplopie croisée. Expérience avec une planchette commodément installée sur la racine du nez et *tria pyramida de cera diverso modo colorata*. — Sous le ciel étoilé, on regarde une chandelle, on voit double l'étoile ; en fermant l'œil droit, on éteint l'étoile droite. Si on fixe l'étoile, deux images de la chandelle la flanquent ; on ferme l'œil droit, la chandelle gauche s'éteint. Rien, chez Vinci, des faits qui orientent peut-être Bacon vers l'horoptère et les points correspondants : *b*, *c* peuvent être vus simples si on regarde *a* ; mais δ sera fatalement vu double (fig. 9) ; c'est grâce à la vision selon les axes convergents (fig. 10) que *a* est vu simple ; c'est à cause de l'inégalité des angles *agb* et *a δ b* que *b* sera vu double, ses images étant *in duo loca dissimilis situs*. — Sur tant de promesses, Vinci se borne à un schéma (fig. 11) et à une formule très élaborés, très condensés : « Si les deux lignes centrales concourent à *x*, les adhérentes intérieures *sv* et *ry* verront l'objet *t* occuper deux endroits sur la paroi ; mais si les lignes centrales finissent en *t*, alors l'objet *x* sera vu par les adhérentes extérieures *rx* et *sx*. »

Vision double avec un œil. — Il la rencontre à l'occasion d'un de ses exercices favoris, la vision à travers un petit trou. Regarder à travers un trou proche de l'œil, être en même temps attentif à un très petit objet *plus proche*, une ombre de l'objet est vue au delà du trou. « Tu verras » deux fois l'objet : réel, en position réelle et avec son mouvement réel en-deçà du papier, irréel et inversé au delà du papier (K).

Conflit des deux yeux. — Il impose aux deux yeux des tâches différentes et leur demande ce qu'ils font, à eux deux, de deux images différentes : « Quelle part du champ voient les deux yeux qui le regardent par quelque soupirail (fig. 12) ? Le droit *a* voit le champ *cg* et voit le reste comme couvert par la paroi *sh*. L'œil *b* voit *fd* et le reste occupé par la paroi *it*. L'espace *cdé* n'est pas vu. Chaque œil voit par lui-même une partie du champ, l'autre œil la tient (cache) en portant dessus un côté de la paroi. On conclut qu'avec un œil, la chose paraît d'autant moins claire qu'avec deux ; l'œil fermé voit les ténèbres, l'autre la lumière, lumière qui se mêle aux ténèbres dans la vertu visuelle. Puis on comprend que l'œil droit, bien qu'il voie la chose gauche du côté

gauche, croie la voir avec l'œil gauche et que le sens ne s'aperçoive pas d'être trompé. » La remarque de Vinci (l'œil fermé qui mêlerait ses ténèbres à ce que voit l'œil ouvert) ne s'applique pas au cas du soupirail ; ici, pas d'œil fermé, les deux yeux regardent ; quand *b* voit la plage blanche *df*, c'est l'œil *a* ouvert qui obscurcit *df* en y projetant l'obscurité de la paroi *sh*. Si on ferme *a*, *df* s'éclaire ; l'obscurité de l'œil *a* fermé et l'écran obscur devant l'œil *a* ouvert n'ont pas le même rôle psychologique. Dans l'expérience de Vinci, c'est avec un œil qu'on voit plus qu'avec deux (1).

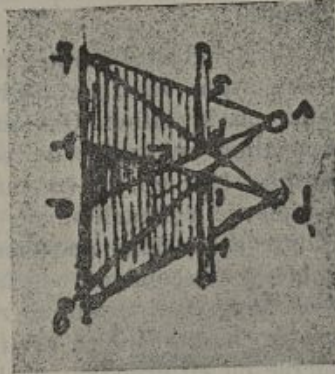


FIG. 12. — Vue d'un objet par les deux yeux à travers un trou

Lorsque Wheaststone inventera le stéréoscope, il ne devra rien au xvi^e. Vinci n'a pas deviné le secret de la Vision binoculaire et de la Synthèse des deux images droite et gauche en une seule. Il a cependant attaqué profondément, et sur un point important, une question de concours ou d'antagonisme des yeux devant deux images, dont il s'agit de ne faire qu'une. Quand Müller, Fechner, Hering, Helmholtz étudieront règles et paradoxes de la collaboration ou du conflit des deux yeux, ils ne pourront citer que des notes sans intérêt du traité de la peinture ; ils ne pouvaient savoir que trois siècles avant eux l'esprit de leurs recherches s'était un moment éveillé, très lucide.

Dioptrique oculaire. — Depuis bien longtemps, la « philosophie » avait convenu que la lumière se comporte dans l'œil comme dans le verre, et suit, dans le transparent vivant comme

(1) Paradoxe de Fechner.

dans le transparent brut, les mêmes *leges communes*. Mais lois communes, géométrie et physique rencontraient un obstacle redouté. Si, dans l'œil, la lumière suit ses lois physiques, elle y donnera une image renversée, et on verra le monde à l'envers. Or, jusqu'au milieu du xvi^e, chez Maurolycus par exemple, la nature a horreur (*abhorret*) de l'entrecroisement des rayons, et la forme lenticulaire du cristallin est une *incommoditas*. Vinci refuse l'image renversée ; il ignore tout accommodement psychologique avec elle ; il veut respecter à la fois la rectitude de l'image et l'absolutisme des lois physiques. Résultat : deux entrecroisements successifs des rayons dans l'œil, l'un renversant, l'autre redressant l'image.

La chambre noire. — Longtemps arrêtée à Porta (1558), son histoire commence bien avant Vinci ; et Duhem a bien montré le rôle de Bacon dans son invention. Quelque chose gênait les chercheurs : la propagation sphérique de la lumière. Vue de loin, observait Vinci, toute lumière, fût-ce « une étoile cornue », paraît ronde ; un couple de chandelles, de loin, est un feu arrondi ; que la lumière entre dans une chambre par un trou anguleux, et une lumière « secondaire » effacera vite tous les angles, tout sera rond. Malgré ce vigoureux *rotundatur*, l'observation des éclipses à la chambre noire avait fini par montrer, avec la forme échancrée ou en croissant de l'image, des détails intérieurs qui étaient l'image renversée, bientôt reconnue, des objets du dehors.

L'œil fait voir au prix d'au moins un entrecroisement de rayons ; c'est à ce propos que Vinci décrit la chambre noire. « Démontre que rien ne peut être vu que par une petite fissure à travers laquelle passe l'atmosphère chargée des images (CA). L'expérience, qui montre que les objets envoient leur ressemblance entrecoupée dans l'humeur albugineuse, montre ce qui se passe quand par quelque soupirail les espèces des objets éclairés pénètrent dans une habitation obscure. Tu recevras ces espèces sur du papier blanc et tu verras tous les sus dits objets sur ce papier avec leurs propres figures et couleurs ; mais ils seront sens dessus-dessous... Le papier veut être mince et vu par le revers. Le soupirail sera fait dans une plaque très mince de fer. Il est impossible que les espèces qui pénètrent par les soupiraux ne se renversent pas, par la 3^e du théorème qui dit : Les particules du rayon obscur ou lumineux sont toujours rectilignes. » (D). Suivent une description et un schéma élémentaires, sans aucun souvenir de la part de vérité du *rotundatur*,

L'essentiel ici, il l'a compris, est la paroi opaque, le trou à travers cette paroi, la lumière venue du dehors, et l'écran pour la recevoir. Si cette lumière est assez vive, point n'est besoin de chambre obscure ; une éclipse peut être observée avec le trou et l'écran mince, sans chambre, en plein air. Le secret, c'est ce qui se passe dans « le soupirail » ; là, est le « miracle » qui nous vaut, peut-être, une émotion de Vinci. « De même qu'en un point toutes les lignes passent sans empiéter, étant sans corps, ainsi peuvent passer les images des surfaces. Leurs rayons, après avoir traversé ce point, grandiront de nouveau (W). Les images de tout l'hémisphère passent en même temps par le point naturel où elles se confondent en s'entrepénétrant. En ce point, les images de la lune à l'orient et du soleil à l'occident se confondent. Merveilleuse nécessité. Loi suprême. En un si petit espace, les images de tout l'Univers. Phénomène unique. Aucune langue ne l'exposera. Point merveilleux. Miraculeuse nécessité qui contraint les effets à naître par la voie la plus courte. Les formes perdues, il les recrée en les dilatant. Voilà les miracles. Voilà qui guide le discours vers les choses divines. » (CA). C'est l'enthousiasme de Bacon pour la *scientia suavissima*, le souvenir de la question des « trois chandelles » d'Alhazen : Que deviennent avant, pendant et après le passage dans le petit trou les images de trois lumières séparées ? C'est le vieux problème de la scolastique : *de evacuatione confusionis*.

Pas plus de destruction des couleurs que des formes dans le foyer d'intersection. Un rayon jaune et un rayon bleu s'y confondent, mais les deux images résultantes, au fond de la chambre, ne seront pas vertes ; elles auront les couleurs natives ; et plus le trou sera petit, ponctuel, les rayons « entrelissés », la fusion parfaite, plus l'image sera près d'être identique à l'objet.

L'œil dans la chambre noire. — L'œil, mis à la place de l'écran, recevra-t-il, comme l'écran, une image renversée ? Oui, puisque c'est « nécessaire ». Non, puisque l'œil ne voit pas le paysage renversé. Oui, enfin, et le sujet peut le constater lui-même. Il suffit qu'il sache refaire la plus belle expérience de Vinci (fig. 13).

« Comment les espèces qui passent de quelque ouverture à l'œil s'impriment sens dessus dessous dans sa pupille et le sens les voit à l'endroit ? Ceci naît de ce que les espèces passent par le centre de la sphère cristalline, et, dans ce centre, se réunissent en un point, et puis divergent selon l'objet qui les a causées. On prouve qu'il en est ainsi. Je dis que la partie *t*, après une course droite passée par l'ouverture *q* au delà à la partie inférieure de la pupille ou de la sphère cristalline, de là dirige sa course au

centre de cette sphère, puis s'élève à la partie supérieure, et court au sens commun... Expérience d'où est née la certitude de cette nouvelle investigation : Si tu fais mouvoir le style bq (fig. 13) selon la ligne kh , de dessus au-dessous de la pupille, il paraîtra, en dehors de l'ouverture q , que le mouvement du style est en sens contraire de son véritable mouvement. La raison est que le style touchant la ligne ac , il touche la plus haute qu'il y ait en dedans de q et la plus basse qu'il y ait dehors. Le style qui touche la ligne ac se montre dans la position c et si tu descends avec lui à la ligne n , tu occupes y et ainsi de suite ». Dans nos actuels

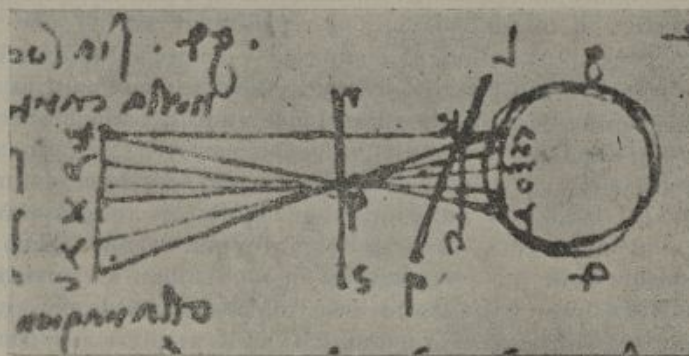


FIG. 13. — L'expérience sur la vision renversée. De droite à gauche : l'œil, un stylet descendant devant l'œil, un écran percé d'un trou, un objet

laboratoires, le sujet, derrière le trou, abaisse une épingle, tête en bas, entre œil et trou, tout contre l'œil, et doit voir, s'il sait voir, l'ombre de l'épingle monter, tête en haut, au delà du trou.

L'expérience de Vinci, peut-être entièrement originale, a dormi deux cent cinquante ans. Elle est, dans l'histoire de la physiologie des sensations, « l'expérience de Lecat », 1740.

L'image renversée, puis redressée dans l'œil. — Son expérience faite, Vinci demande : « Comment la pupille prend-elle les simulacres sans soupirail ? Les choses droites ne paraissent pas droites sans deux intersections. L'objet arrive en b , surface de l'œil (fig. 14), et se donne à la vertu visuelle par les deux intersections n et s , entrant d'abord de b en d et de d en f , et il passera en n , centre de la sphère cristalline avant de finir sa pyramide cdn , laquelle, dans sa percussio, se coupe en ef où s'engendre la pyramide efo , et ses côtés se coupent en o , et la droite f se fait gauche en q , la gauche e se fait droite en r . La

deuxième intersection se fait en *s*, la sphère vitrée jette sa pyramide *vqrs*, et *r* droite se fait gauche en *i*... et, par cette voie, l'œil, instrument, porte au front du nerf optique la chose droite droite... La sphère vitrée (le cristallin) est mise dans le milieu de l'œil pour redresser les espèces qui s'entrecoupent dans la pupille, afin que la droite redevienne droite dans l'intersection qui se fait au centre de la sphère vitrée. » Vinci donne treize

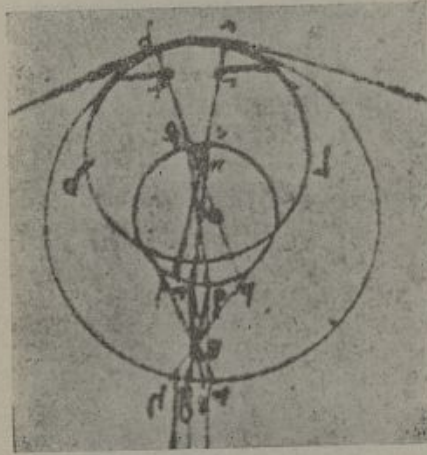


FIG. 14. — Schéma géométrique de l'œil. Trois sphères : au milieu, celle du cristallin ; en arrière, celle du vitré ; en avant, celle de la cornée. Image de l'œil analogue à celle qu'affectionnait Roger Bacon. Tout en haut, champ visuel : tout l'hémisphère, limité par deux rayons latéraux obliques presque tangents à la cornée. Une intersection dans le cristallin, avec deux foyers superposés, *n* par la réfraction cornéenne, *o* par la réfraction cristallinienne. Deuxième intersection dans le vitré. Image sur le nerf optique.

schémas de ses deux intersections et il propose de celles-ci les trois combinaisons possibles : chambre antérieure - cristallin, cristallin-chambre postérieure, chambre antérieure-chambre postérieure (fig. 14 à 18).

La géométrie de son erreur ne lui a pas laissé voir la vérité qui s'y dessinait vaguement. Jugeant deux entrecroisements nécessaires, il les rend réels en amenant sur l'œil des rayons déjà convergents — « les images convergent sur l'œil » — des rayons comme sortis de grosses lentilles pour hypermétrope, presque entrecroisés avant d'entrer dans l'œil. Il fait fonctionner celui-ci comme une chambre noire ; les rayons s'y croisent

dès le trou pupillaire, sans qu'il soit besoin de la réfraction cornéenne. Cela fait, le rôle de la sphère cristalline va de soi. Mais Vinci n'a pas le droit d'ignorer que les points de l'objet envoient à l'œil des rayons divergents. Il le sait, le voit et opère comme il convient ; mais, dans un cas seulement, quand il met devant l'œil un trou de chambre noire. Alors, les rayons vont à

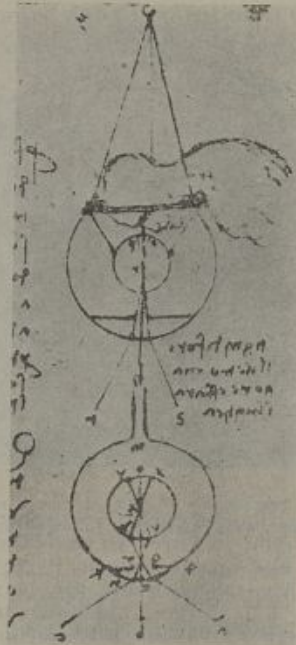


FIG. 15. — L'œil artificiel. Marche des rayons dans l'œil. Une intersection entre cornée et cristallin. Une intersection au centre du cristallin

l'œil en divergeant et il n'y a qu'un entrecroisement ; la construction de Kepler est presque faite, notre actuelle vérité presque saisie dès le xv^e, et l'ingénieuse erreur de Vinci près de manquer à l'histoire des efforts intellectuels.

L'œil artificiel. — a) « Romps une carafe, puis tu l'en feras un masque plein d'eau et tu verras que ce qui est promis est vrai... pourquoi la chose droite ne paraît pas gauche à l'œil. » b) « Pour expérimenter comment la vertu visuelle emploie l'instrument de l'œil, il sera fait une boule de verre de 5/8^e de brasses pour diamètre (fig. 15) ; ensuite qu'il en soit coupé ce qu'il faut

pour y mettre le visage ; puis on établira au fond un fond de boîte qui ait un trou à peu près quatre fois plus grand que la pupille. Outre cela, qu'on établisse une boule de verre mince de $1/6^e$ de brasse pour diamètre. Ceci fait, remplis le tout d'eau tiède. Mets le visage dans cette eau ; regarde dans la boule, observe, et tu verras cet instrument envoyer les espèces à l'œil comme l'œil les envoie à la vertu visuelle... Teins le grand verre

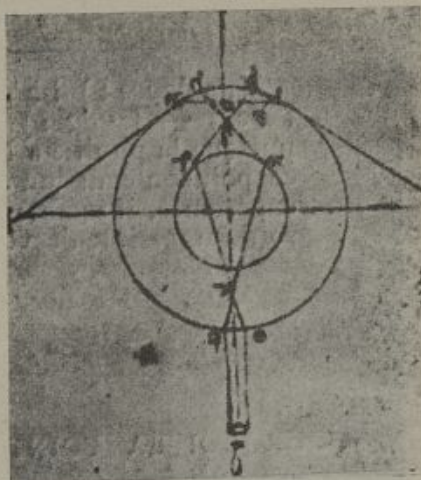


FIG. 16. — Marche des rayons dans l'œil. Champ très étendu, limité à droite et à gauche par deux rayons hyperlatéraux obliques de dehors en dedans et d'arrière en avant. Un axe transversal coupe l'œil. Deux intersections des rayons, devant et derrière le cristallin. Au fond de l'œil, contre l'extrémité du nerf optique, image du champ visuel.

et tu feras l'uvée. » Sur le croquis (fig. 15), un seul entrecroisement, dans la boule de verre-cristallin.

Vinci écarte en détails l'hypothèse d'un jeu de réflexions sur le cristallin et l'uvée (fig. 18).

Il est si certain de sa deuxième intersection qu'il fait la partie belle à « l'adversaire ». « Tu pourrais peut-être dire que si le premier angle avait une base plus étroite, il descendrait tant qu'il ne pourrait plus s'entrecouper. On répond que la nature a pris ses précautions. Dans la sphère vitrée, les rayons vont se resserrant... Ce rapprochement naît de ce qu'ils se rapprochent de leur perpendiculaire en passant du rare au dense. L'albugineuse étant plus rare que le cristallin, il devrait se rélargir ; mais il n'observe pas cette règle parce qu'il est contraint d'obéir

à la nature de la sphère vitrée, d'où il sort, plutôt qu'à la nature de la sphère albugineuse où il passe. » Vu cette extraordinaire défense de son optique géométrique, on se demande si Léonard n'a pas délibérément refusé la vérité, déjà découverte par « l'adversaire ».

Celui-ci a des faiblesses : « Ici, l'adversaire dit que la deuxième intersection est celle du nerf optique. » Faire redresser l'image par le chiasma était absurde, mais c'était l'acceptation de l'image

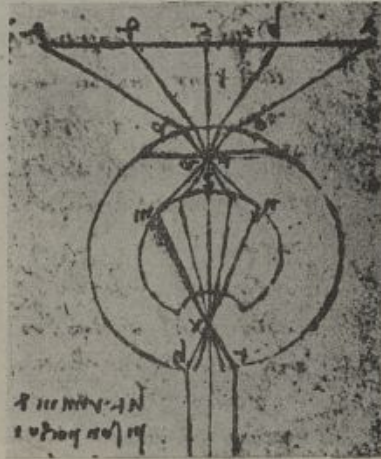


FIG. 17. — Marche des rayons. L'objet envoie à la cornée des rayons convergents. Cristallin à face postérieure concave, pour recevoir le nerf optique.

oculaire renversée, et le recours au cerveau pour assurer la vision droite.

Vinci conduit et quitte l'image sur l'extrémité du nerf optique, et il place ce récepteur de la dernière image au fond de l'œil, ou au fond du cristallin. Partie voyante du fond de l'œil pour Vinci, l'extrémité du nerf optique ne deviendra qu'au XVIII^e sa partie aveugle. Au delà, dans l'opacité et les sinuosités du nerf, la lumière, disait Bacon, *derelinquit leges communes et gaudet privilegio animæ* : Quant au chiasma, Vinci connaît sa grande fonction passée : unir deux images en une pour éviter la vision double. N'est-ce pas Vinci qui invente, pour le célèbre organe, le rôle de redresseur d'images dont il vient de nous dire un mot ? Ailleurs, il en fait un nerf moteur de l'œil, le nerf chargé de solidariser les mouvements des yeux (p. 28).

Il a raconté l'histoire de l'image optique sans en donner une seule figure. Voici une des idées qu'il s'en fait : « Tiens ton œil aussi près que possible de la surface de la mer. Tu vois une image du soleil ; et, la mesurant, tu la trouves très petite. Si tu te retires à plusieurs milles, tu percevras un accroissement proportionnel de l'image (F)... Si tu avances de 25 brasses, tu verras l'image avancer d'autant. Maintenant, imagine de faire un cercle de 25 brasses de diamètre... sans doute tu verras un simulacre de

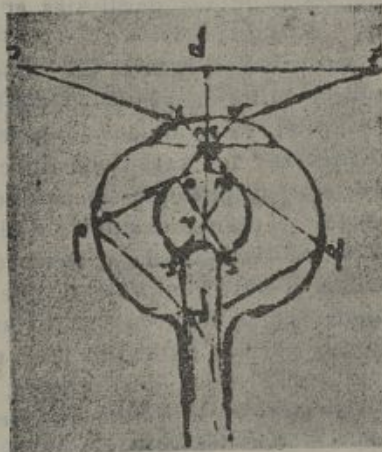


FIG. 18. — Marche des rayons dans l'œil. L'objet. Une intersection en avant du cristallin, une intersection dans le cristallin. Une réflexion sur le cristallin, une réflexion sur l'uvée. Le nerf optique se termine dans le cristallin. Les rayons réfractés atteignent l'extrémité du nerf optique. Les rayons réfléchis atteignent sa surface latérale.

25 brasses de diamètre ; or, tu dois comprendre que la pupille, si elle avait ce diamètre, verrait sans se mouvoir un simulacre de 78 brasses $\frac{4}{7}$ de tour ($25 \times 3,1429$). Le simulacre du soleil est unique dans l'eau. Si l'œil était grand comme la sphère de l'eau, il verrait le simulacre du soleil occuper une grande partie de l'Océan. C'est la petitesse de la pupille qui est cause que le soleil paraisse chose minime dans l'eau... Si, par la longue distance, la sphère de l'eau diminue jusqu'à l'apparence d'une étoile (qui a une surface d'eau et non de feu), le simulacre du soleil, vu par notre pupille, l'occupera toute. » Dans cette conclusion, confuse et synthétique, nous voyons Vinci affirmer que, même à la distance des étoiles, la grandeur de la pupille détermine la grandeur apparente des images.

Mouvements des yeux. Perception des mouvements. — Il y a toute une Cinématique de Vinci, et il appelle la Peinture : « Une philosophie, car elle traite du mouvement »... Sur les mouvements de l'œil, on n'a de lui qu'une interrogation : d'où l'harmonie motrice et la giration des yeux, et quel nerf, quand un œil se meut, entraîne l'autre ? Dans le C.A., il répond : « Scie une tête entre les sourcils. Ceci confirmera que la cause de la parité du mouvement des yeux est à l'intersection des nerfs optiques. » Rien de plus, malgré une science certaine de la motilité des globes, de ses anomalies, de ses paralysies et de leurs suites visuelles.

Nous avons vu sa grande théorie des mouvements de la pupille et son équation entre la grandeur réelle des objets, la grandeur de la pupille et la grandeur apparente des objets. Quelques mots obscurs sur les variations du cristallin.

Il connaît la théorie, et la pratique sensorielle de la relativité des mouvements, et les séculaires exemples d'illusions motrices. Voici un de ses faits : Si l'œil, dit-il, se meut tout en fixant un objet proche immobile, il aura l'impression que les objets lointains sont très rapides et se meuvent « suivant la ligne de l'œil ». L'étoile, « vue par les lignes de l'œil non centrales », paraîtra traverser le ciel. Si l'œil, dit-il encore, tourne, tout en ne cessant pas de fixer l'étoile, les objets proches « vus par des lignes non centrales » fuient en sens opposé (K). Bien entendu, c'est la tête qui tourne, l'œil restant rivé à l'objet. Il croit à la relativité du mouvement, au point de voir « l'objet immobile adopter le mouvement du mobile, et le mobile paraîtra fixe » (Tr).

Sur la vertu visuelle de la cornée : « Si l'œil est à mi-chemin de deux chevaux sur des pistes parallèles, il les verra courir l'un vers l'autre, parce que les images se déplacent vers le centre de la cornée » (K).

Dans sa note sur la vision périphérique, lorsque l'œil voit « derrière lui » un objet très latéral, il ne le voit, et « sans en avoir la connaissance », que si cet objet est en mouvement : perception du mouvement première et primitive.

Il imagine une curieuse théorie motrice de la perception à distance, de la presbytie et des lunettes. « Supposé que les yeux aient vieilli. Ils étaient habitués à voir aisément un objet en e en s'écartant considérablement de la ligne du nerf optique (fig. 19) ; la faculté de flexion s'étant affaiblie avec l'âge, celui-ci ne peut plus se tordre sans une grande douleur, en sorte qu'ils sont forcés d'éloigner l'objet en f et ainsi le voient-ils mieux, mais avec moins de détails. Grâce aux verres... la ligne de direction est

tordue de façon que, voyant l'objet en *e*, il paraît en *f*, et il le voit tout proche et en ses parties minimes. » (CA). Je ne connais pas le dessin qui illustre cette théorie de la fixation simultanée des extrémités de l'objet par les deux yeux *en divergence*. Si Léonard avait tenté et réussi des expériences de ce genre, il aurait inventé le stéréoscope (1).

Enfin, une observation de sensation subjective de mouvement : « L'eau, plus lente que l'homme, lui paraît plus rapide. Si tu la regardes, ton œil ne peut se fixer sur rien, son action est comme celle des choses que tu vois dans ton ombre en marchant. S'il essaie de distinguer la nature de l'ombre, les brins de paille ou autres choses qu'elle contient paraissent en mouvement rapide et semblent fuir hors de l'ombre plus vite qu'elle n'avance. »

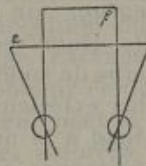


FIG. 19

Les rayons apparents issus des lumières. — « Il faut définir ce que sont ces rayons, s'ils ont leur origine dans l'œil ou s'ils naissent des corps. Concluant qu'ils naissent de l'œil, il faut dire comment. Ils ont leur origine dans le simulacre qui s'imprime dans le couvercle des yeux. » (l'angle palpébro-cornéen. « On le prouve d'abord par mode persuasif : L'œil très ouvert ne les montre pas. L'étoile vue par un petit trou est sans rayons. Quand l'œil est presque fermé, la lumière se mire dans ses lèvres et se réfléchit dans la pupille. Dans l'angle, entre le couvercle et la pupille, la surface de l'aquosité est concave. » (le ménisque palpébro-cornéen). « La preuve se manifeste : Si, l'œil fermé, on élève le visage, l'œil perdra les rayons inférieurs, car le simulacre ne s'imprime plus dans le couvercle inférieur... Si on abaisse le visage, le couvercle supérieur ne voit pas et n'est pas vu par le lumineux. » (D). « Si tu tiens ton doigt entre toi et le lumineux, au-dessous du corps lumineux, et que tu le lèves lentement, tu observeras que le corps perd ses rayons du haut. Si tu

(1) Sur le dessin peut-être stéréoscopique de « Chimenti, né en 1554, dessin découvert par Brown au Musée Wicar, à Lille », je ne connais que la discussion et la négation d'Helmholtz, *Optique physiologique*, p. 872.

fais le mouvement inverse, tu verras que les rayons du bas font défaut. » (F). Ce jeu subjectif est réel, mais pas très facile, et de nombreux sujets renoncent à le réussir, à prendre conscience de leurs propres sensations visuelles. Vinci lui consacre trois exposés détaillés, dont deux pages sur dix du traité de l'œil, avec huit figures. C'était peut-être un thème de disputes scolaires ; mais Vinci semble présenter comme neuve et sienne la thèse de l'inexistence physique de ces grands rayons de lumière, la théorie géométrique et organique de leur idéalité.

*
**

L'optique de Vinci n'est pas, comme veulent l'être celles de Kepler, de Descartes, du vieux Vitello, ou même de Galien, *un magnum opus, un Monumentum*, un bel organisme cohérent. Mais elle est moins étroite. Dans ses vingt pages de notes au petit bonheur, il jette ses coups de sonde sur un très large champ qui va de la physique la plus extérieure aux sensations les plus subjectives. Sa physique y tend à la mesure et au modèle mécanique, c'est-à-dire à la connaissance que quatre siècles jugeront indépassable. Sa psychologie cherche l'explication physiologique et, en même temps, la prise de conscience de l'état mental pur et dissimulé, de la sensation très libérée de l'objet.

En voici le résumé (1) : **Anatomie.** — Vu son œuvre d'Anatomie et ses brillantes notes de technique — fixation histologique

(1) Voici un essai de table du carnet de l'œil : 1 : Inégale répartition de la vertu visuelle dans la pupille, « Pourquoi la nature ne fit pas une *equalitudo* (sic) *nella potentia visiva nella virtus visiva* », Pourquoi la nature fit-elle la pupille convexe ? 2 fig. — 1 verso : Rayons apparents issus des lumières, 2 fig. — 2 : Les espèces des objets passent-elles dans l'œil ? Leur rectitude se plie. L'objet en paraît plus grand, 4 fig. — Verso : Vision par un trou. L'image renversée. Expérience, 4 fig. — 3 : Les deux intersections des rayons dans l'œil. Opinions. *Due interseccioni pernecessita*, 3 fig. — Verso : Expérience. Œil artificiel, 5 fig. — 4 : Mouvements de la pupille. Grandeur apparente des objets. Miroir, 3 fig. — Verso : Vertu visuelle et image en tout point de la pupille. Vision par un petit trou, 3 fig. — 5 : Mouvements de la pupille. Pupille et cerveau des animaux nocturnes. Grandeur apparente. — Verso : Pupille. — 6 : Unicité de l'image du soleil dans l'eau ; elle en occupe toute la surface ; cas de l'océan, de la surface d'une étoile. — Verso : Vertu visuelle et image en tout point de la pupille. Vision à travers une trame, 4 fig. — 7 : Pupille. Grandeur apparente, 2 fig. — Verso : Redressement de l'image. Les deux intersections, 5 fig. — 8 : *Id.* La chambre noire, 2 fig. — Verso : Vision périphérique, « derrière soi ». Diplopie, 4 fig. — 9 : Vision des deux yeux à travers un trou. Illusion, 5 fig. — Verso : Rayons apparents issus des lumières, 6 fig. — 10 : Doute sur les réflexions dans l'œil. Chambre noire, 4 fig. — Verso : Diffusion des images de l'objet. L'œil incapable de voir la terminaison d'un corps, 3 fig.

de l'œil, ventriculographie, mesure des constantes de l'œil — on s'explique mal sa description de l'appareil visuel, sommaire et scolaire : Sphères entrecoupées, cristallin sphérique, central et sans attaches, pas de ciliaire, pas de rétine, nerf optique allant du cristallin au pôle frontal du ventricule.

Lumière et couleur. — Aucun progrès sur le XIII^e, à moins qu'il n'ait tenté de montrer par l'expérience comment l'objet, tout en émettant ses rayons divergents, peut projeter en tout point de l'espace une infinité de petites images de lui-même, obtenues, chacune, par convergence. C'est pour élucider cela qu'il place une chambre noire derrière tout point quelconque d'un mur et qu'il y trouve l'image de tous les objets d'en face. Trop affranchi des couleurs, il les croit presque toutes composées, et il monte l'expérience cruciale qui établirait enfin, contre « l'adversaire », la composition du vert. Pas d'essai de composition du jaune, du rouge. Etranger à l'idée de composition du blanc, il ne tente pas d'obtenir ce dernier par des mélanges, mais il montre comment le blanc peut se colorer, d'où sa rencontre du contraste, et des ombres colorées. Ses couleurs « contraires » et ses couples de couleurs sont encore loin d'être nos Complémentaires. C'est, enfin, l'expérimentateur qui parle lorsqu'il ébauche un fragment de l'histoire des Métesthésies.

Au rayon lumineux venu de l'objet, il superpose encore un rayon visuel issu de l'œil. Sa science de l'arc-en-ciel, et de ce qui se passe quand on voit, la nuit, briller des yeux, lui fait écarter la preuve classique ; mais il reste étrangement fidèle à un lot de vieilles croyances..

L'expérimentateur reparait devant les grands rayons brillants qui semblent jaillir vers nous des sources lumineuses. Il s'élève ici à une théorie purement subjective, fondée sur de difficiles exercices de psychologie expérimentale.

Théorie de la cornée. — Notant un effet de sa courbure, l'agrandissement du champ visuel, il n'acquiert pas l'idée distincte de ce champ, mais il sait qu'à son extrême marge on ne voit d'abord que du mouvement pur.

Théorie de la pupille. Vertu visuelle. — Sur la pupille ou la cornée, comme sur toute surface, l'objet forme en tout point une image de lui-même, et la pupille voit toutes ces images. Deux expériences le prouvent : vision à travers un petit trou, vision à travers un tissu. Conséquence : vision confuse de l'objet. Si pourtant notre vision est habituellement nette, c'est parce que,

de toutes les images pupillaires, une seule est vivement consciente : celle qui suit l'axe de l'œil et arrive à ce qui sera la fovea, à ce qui est encore, pour cent ans, l'extrémité du nerf optique.

Le mouvement de la pupille. — Vinci approfondit la raison d'être de ce fait familier. Il y découvre une accommodation à la lumière, il en précise « l'équation », il en tire les conséquences psychologiques. Avec lui, la grandeur de la pupille est inversement proportionnelle à la clarté réelle des choses, la clarté et la grandeur apparentes des choses sont en raison directe de la grandeur de la pupille. Au passage du soleil à l'obscur, tout semblera donc ténébreux et il faudra s'adapter, car la pupille, rétrécie dans la lumière, ne se dilate que peu à peu dans l'ombre. Au sortir de l'obscur, la clarté modérée nous éblouit, nous y sommes trop sensibles, il faut rétrécir la pupille trop large. Quant à la grandeur apparente des objets, il sait ce qu'exige la Perspective, que les étoiles sont énormes et qu'Epicure s'est trompé. Il sait, bien entendu, que les objets paraissent plus grands si on les illumine et plus petits si on les obscurcit. Mais, surtout, il vérifie que l'objet qui s'éloigne se moque de la perspective, et même grandit ; que la chandelle est cent fois plus grande à quatre cents brasses qu'à quatre. Si le soleil est plus grand à l'horizon qu'au zénith, ce n'est pas pour les raisons classiques, c'est parce qu'il est plus loin. Et pourquoi l'objet lumineux plus éloigné paraît-il plus grand ? Parce que l'objet proche est vu avec une petite pupille, qui grandit quand l'objet s'éloigne. Et la pupille grandit devant l'objet qui fuit, parce que la clarté de l'objet diminue. Alors, quand les deux yeux regardent une étoile, l'œil droit, si on l'illumine, rétrécit sa pupille et voit l'étoile petite, pendant que l'œil gauche, si on l'obscurcit, dilate sa pupille et voit grande la même étoile.

Laissons les erreurs. Resté un bel effort expérimental pour lier des faits très divers dans la loi si simple qui lie clarté et grandeur apparentes à la grandeur pupillaire, et celle-ci à la clarté réelle, tout autre facteur étant exclu, le futur réflexe irien à la distance, par exemple. En route, Vinci n'oublie pas les objections expérimentales : l'objet paraît plus grand qu'il n'est et, pourtant, si l'archer vise son sommet apparent, trop haut, il atteint, beaucoup plus bas, son sommet réel. Vinci complète enfin sa théorie de la pupille par le beau cas des animaux nocturnes, et par l'admission d'une nouvelle variable dans son équation : le ventricule cérébral.

Sur la *troisième dimension* et notre vision *binoculaire*, peu de

notes, mais touchant l'essentiel : projection d'objets également ou inégalement distants de l'œil sur la surface oculaire ; déplacement sur la surface cornéenne, orientée droite-gauche, d'objets se déplaçant dans le sens arrière-avant ; apport des deux yeux à la conscience lorsqu'ils voient ensemble, en confondant leurs champs, deux objets différents ; vision avec les axes oculaires divergents. Dans ses notes éparses sur les mouvements de l'appareil visuel et sur la perception des mouvements extérieurs, mêmes clartés, même orientation vers les vrais problèmes, encore inaperçus.

Dioptrique oculaire. — Depuis Euclide, le mystère de la vision était un problème de géométrie ; et, depuis pas mal de siècles, on tenait compte de l'entrecroisement des rayons et du renversement de l'image dans l'œil ; mais c'était pour les nier tous les deux. Devant la merveille de la chambre noire, la philosophie optique avait admis que les rayons peuvent s'entrecroiser dans l'œil ; mais elle ne voulait pas d'image renversée. Que faire ? Confier le redressement de l'image à l'esprit ? Personne n'y pensait. Redressement par le cerveau ? On y pensait, car Vinci reproche à « l'adversaire » d'invoquer le chiasma. Dans cent ans, Descartes chargera la pinéale de cette opération. Vinci n'hésite pas ; les rayons s'entrecroisent, et, inévitablement, l'image se renverse ; puis, toujours dans l'œil, deuxième intersection, et nécessaire redressement. Dans la chambre noire, l'œil mis à la place de l'écran reçoit sûrement une image renversée ; il doit donc, pour voir l'objet droit, redresser l'image ; il le fait grâce à un entrecroisement qu'opère le cristallin. En l'absence de chambre noire, la pupille en fait l'office, les rayons s'entrecroisent sitôt la pupille franchie, et le providentiel cristallin assure la deuxième intersection et le redressement. Ici, une géométrie aventureuse décide, soutenue par l'ignorance des lois quantitatives des lentilles et par le concept des rayons venus de l'objet *en convergeant*. Deux expériences pourtant, les plus remarquables de Vinci : 1° la construction (faite ou proposée ?) de l'œil artificiel dans lequel il semble s'attendre à voir ses deux entrecroisements ; 2° l'expérience qui montre au sujet comment, recevant d'un objet droit une image renversée, il peut le voir droit, et comment, recevant de l'objet droit une image droite, il peut la voir renversée (fig. 13, p. 22).

*

**

« J'ai gaspillé mes heures », lit-on au bas d'une de ses pages de dessins. Ses contemporains savaient bien que c'est en négli-

geant l'Art. Pour lui, s'il a pensé que c'est en créant (ou en prenant) des notes scientifiques, il ne l'a pensé qu'un instant. Par son testament, le peintre de la Léda veut sauver ses carnets, son œuvre de science pure, abstraite et mécanique ; et il avait écrit de son Optique : « Quelle confiance faire aux anciens, qui ont méconnu tant de choses connaissables par l'expérience ! L'œil, qui offre la preuve si évidente de ses fonctions, a été défini par d'innombrables écrivains d'une certaine façon. Mais l'expérience me montre qu'il fonctionne de façon différente. » (CA).

Vinci n'est pas amateur, vulgarisateur, commentateur ; il n'est pas philosophe ; il est (qu'il construise le visage de la Joconde, une aile d'avion ou un œil), technicien, *sapiens, faber, et non loquax*. Est-il inventeur ? L'étude complète des carnets, et de la science du xv^e en Italie, dans l'Empire et ailleurs, montrerait les sources de Vinci, et s'il fallait avoir fait la Cène pour concevoir le traité de l'eau ou le traité de l'œil. Bilan et synthèse difficiles, car le divin Léonard est absent de ses textes, aussi absent que possible de ses schémas, et puisqu'on ne peut deviner ce qu'eût été l'œuvre imprimée de Vinci.

Il ne faut pas monstrueusement le grossir, par exemple le traiter de grand écrivain. Grand homme sans cela, il s'est dit « sans lettres » et n'a pas « gaspillé ses heures » à bien écrire. Très grand artiste après et parmi de très grands, il a trouvé, où il a excellé, des anciens de sa taille, des confrères, des « adversaires », des sciences florissantes. Nous ne savons quelle était la culture du puissant Mantegna, nous ignorons si Vinci connaissait mieux l'Anatomie que Masaccio, mieux la Perspective que Parolo Uccello, mieux l'œil et la vision que les oculistes de Milan. Il rejette l'argument d'autorité, « ils me blâment, moi, inventeur, parce que mes preuves contredisent leurs autorités » ; et, à propos de l'œil, « quelle confiance faire aux anciens » ? Soit, mais c'était l'habitude de ne pas citer les travaux d'autrui, c'était l'oubli de l'histoire, c'était l'art de donner à son propre travail l'air d'une gerbe créatrice.

Où qu'il ait pris son bien, il le travaille en expérimentateur. Maître d'une méthode réfléchie, certain que l'expérience est le tout de la recherche, son point de départ, son chemin, et aussi son but, sa fin, il l'enferme dans le monde sensoriel, loin des soi-disant « sciences verbales et mentales », pleines d'erreurs et de doutes sur Dieu, sur l'Ame... et il lui montre « le divin royaume de la Vue », le seul où l'on jouisse en paix de la vérité. Avec l'expérience, il y a les principes. Voici les deux que cite le traité de l'œil : tout se fait par la voie et dans le temps les plus courts

possibles ; toute puissance est d'autant plus grande qu'elle agit plus près de son centre, comme le montre, dit-il subtilement, le poids sur la balance, quand il pèse d'autant moins qu'il est plus près du centre. Il y a enfin les mathématiques ; et la grande science à substance visuelle, certaine et suavissime, dont on jouit paisiblement, est la géométrie. « Quand tu as démontré l'expérience, montre la nécessité de cette expérience... L'expérience confirme ceci et la nécessité le fait. » Et, enfin, « comprends la cause et tu n'auras que faire de l'expérience », ce qui peut vouloir dire : Aie des idées claires et distinctes, puis déduis *more geometrico*, et l'expérience te suivra. Cet oubli du conseil initial, « rien que l'expérience, de bout en bout », cet élan en avant de l'expérience, nous l'avons vu animer la théorie de la pupille et surtout la théorie du double entrecroisement. Belles trouvailles, belles idées, « beaux rêves d'idées claires (1) », avant ceux de Descartes. Ils nous ont montré quelle peine ont eu l'image et la science pour aller de la surface au fond de l'œil, de la cornée à la rétine, et comment la vérité s'est faite d'erreur en erreur, à coups de méprises géniales.

Dans sa physique optique, c'est-à-dire dans son histoire des sensations visuelles, le curieux ensemble expérimental que font ses techniques anatomiques, sa composition des couleurs, ses exercices sur la vision marginale, l'éclat nocturne de l'œil du félin, la vision à travers un trou, à travers un tissu... son utilisation de la chambre noire, son œil artificiel... laisse voir d'immenses lacunes : rien sur le prisme, presque rien sur les lentilles, aucun appel à l'oculistique médicale, malgré l'avis qu'observait si bien la neurologie scolastique, *unde poterunt ista probari per vulnera* (2), et malgré les connaissances dont témoigne par exemple sa note sur les mouvements involontaires des paralytiques.

Un de ses points de vue d'expérimentateur doit être mis en vedette. Petite épreuve de la cloche à propos des métesthésies auditives ; notes sur le jeu des clartés et des ombres apparentes et réelles, théorie du grandissement apparent de l'objet qui s'éloigne ; expérience sur les conflits des deux yeux ; recherche de ce qui arrive lorsque, regardant une étoile, on éclaire un œil, mais obscurcit l'autre ; exercices sur les rayons brillants et irréels qui vont des lumières à nous ; sa plus belle expérience, quand il regarde, à travers un petit trou, non ce qui est au delà,

(1) Hourticq dans le Vinci de son histoire de la Peinture.

(2) Guillaume de Conches, à propos des ventricules cérébraux.

mais ce qui est en deçà... autant d'essais sur les sensations illoires, les sensations subjectives, difficiles à détacher de l'objet qu'elles modifient pour nous, difficiles à faire passer de l'inconscient où elles agissent dans la conscience qui veut les observer. Avant lui, Antiquité et Moyen Age avaient travaillé et même un peu géométrisé les apparences et les illusions, les mouvements apparents, la diplopie, le problème de la lune à l'horizon... Vinci n'a pas découvert ce monde, mais il y a été maître. Peut-être a-t-il été le premier à faire de certaines illusions visuelles un chapitre essentiel de la psychologie expérimentale et de l'optique. Après lui, presque rien pendant deux cents ans, hors la grande expérience de Scheiner ; rien chez Descartes, une allusion de Mersenne à ces « gentilleses » ; puis, isolées, « l'expérience de Lecat », celle de Mariotte. Il faudra attendre Purkinje, Helmholtz, pour revoir les sensations subjectives à la base de l'optique physiologique.

Aux prises avec la lumière, l'œil et la vision ; avec son attirail d'anatomiste, la règle et le compas, les objets de la vie ordinaire, une feuille de papier percée d'un trou d'aiguille, un « sarbacane », un « fetu », des miroirs, des globes de verre, il a monté quelques expériences déjà compliquées — composition des couleurs, ventriculographie, œil artificiel, expérience de la vision renversée — et il a vu ou cru voir, sur la couleur, le contraste, l'appareil visuel, les fonctions de l'iris, du cristallin..., sur l'image de l'objet et le trajet des rayons dans l'œil, sur la perception de la clarté, de la grandeur... des faits et des lois qui atteignent la vérité ou sont une précieuse approximation du vrai.

Pour avoir une vision résumée de son œuvre, on peut en extraire et grouper :

1° La coupe du crâne et du cerveau (fig. 3), une de ses coupes de l'œil (fig. 18), son œil artificiel (fig. 15), le schéma de la grande expérience (fig. 13).

2° Quelques lignes de ses textes sur la vision à travers un trou (1), sur les rayons apparents, sur la perception de la grandeur, sur la loi de la pupille, sur la vision renversée.

3° Les manifestations de son adresse à saisir les sensations subjectives qui se mêlent aux objets.

Il a parcouru un plus vaste domaine (dans certaines directions) que ses prédécesseurs du Moyen Age et ses successeurs

(1) Je rappelle les trois cas : vision des objets situés au delà du trou, vision de l'ombre des objets situés en deçà, chambre noire.

de trois siècles. Il semble avoir beaucoup inventé et découvert (1), sauf nouvelles trouvailles dans les archives du Moyen Age. Si c'est bien par incompréhension que ses camarades lui reprochaient, comme nous disons, de « bricoler », son nom doit rester attaché à maint chapitre de l'histoire des sensations visuelles.

Il s'est beaucoup trompé (2), et il a passé à côté de maint trésor sans le voir (3). Mais ses erreurs sont peut-être de nécessaires étapes vers la vérité ; et les *terræ incognitæ* qu'il a laissées, cernées du dessin de ses marches d'approche, sont peut-être de nécessaires éléments de sa figure et de l'histoire de la pensée.

Devant ses dix ou douze tableaux, on discute inutilement sur la part de l'analyse calculatrice et de l'invention imprévisible, du génie de fulguration et du génie de patience. Devant la sphère cristalline, le miracle de la chambre noire, le cheminement de la lumière dans l'œil, il nous a montré un élan imaginaire sans relâche, pas toujours contrôlé, et quelquefois entravé par les efforts de réalisation du technicien.

Voulant comprendre et recréer le réel concret lui-même, en personne, avec la moindre interposition de mots et de généralités, il a ébauché, et en partie réussi, une convergence d'efforts et une vaste synthèse de résultats ; ils vont de la mécanique du solide aux sensations subjectives, par lesquelles l'esprit transforme la matière et la fait sienne.

Si on retirait à Descartes ou à Galilée le titre bizarre et vain de « père de la pensée moderne », on ne pourrait le donner à Vinci sans légitimer les revendications des moines savants du Moyen Age. En mettant l'expérience à la base, dans tout le cours, et au faite de la recherche, l'esprit géométrique partout et la métaphysique nulle part, il n'a pas fait une révolution et il n'a pas dû beaucoup étonner les Florentins, Machiavel ou même la cour de François I^{er} ; il a seulement contribué — et c'est beaucoup — à la prise de conscience de ce qu'il fallait faire une bonne fois.

(1) Ventriculographie, chambre noire, rayons lumineux subjectifs, contraste, loi de la pupille, histoire de l'image renversée...

(2) La composition du vert, les deux entrecroisements, forme et situation du cristallin, terminaison du nerf optique, formation de l'image de l'objet dans l'œil, loi des grandeurs apparentes...

(3) Appareil ciliaire, couleurs complémentaires, problème du blanc, image rétinienne renversée, accommodation à la distance, 3^e dimension...

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 17 Décembre 1945

ASSEMBLEE GENERALE

Présidence : M. G. DEMAY, vice-président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 12 novembre 1945 et le procès-verbal de la séance du lundi 26 novembre 1945 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance comprend :

une lettre du D^r RONDEPIERRE, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre du D^r VINCHON, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et de ne pouvoir prendre part à la discussion sur l'électro-choc : le D^r VINCHON a fait connaître, dans sa lettre, qu'à son avis « dans la mélancolie, cinq à six électro-chocs peuvent suffire ; dans la manie et dans la schizophrénie, douze et parfois vingt électro-chocs peuvent être nécessaires » ;

des lettres de MM. les D^{rs} CARRIER, COLOMB et GIRARD, remerciant la Société de les avoir élus membres correspondants nationaux ;

une lettre de condoléances, signée de MM. les D^{rs} François TOSQUELLES (résidant actuellement à l'hôpital psychiatrique de St-Alban), Jacques SAURET (résidant actuellement à l'hôpital psychiatrique

de St-Rémy) et Joseph SOLANES (résidant actuellement à l'hôpital psychiatrique de Rodez) à l'occasion de la mort du D^r DIDE ;

une lettre de Mme le D^r BUVAT, remerciant la Société des condoléances qui lui ont été exprimées à l'occasion de la mort du D^r BUVAT ;

une lettre du D^r MASQUIN, d'Avignon, et du professeur LAGACHE, de Strasbourg, posant leur candidature à la place déclarée vacante de membre titulaire non résidant : une commission, composée de MM. GUIRAUD, MARCHAND, MEURIOT et BROUSSEAU, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature. L'élection aura lieu à la séance ordinaire du lundi 28 janvier 1946.

Rapport du Secrétaire général

M. J. DUBLINEAU, *Secrétaire général*. — Mes chers collègues, au cours des seize séances de l'année, 89 communications, présentations ou rapports ont été entendus, auxquels il faut ajouter les communications de ce jour. En dépit des difficultés, les comptes rendus témoignent de la diversité de nos préoccupations. Encéphalographie gazeuse, questions morpho-biologiques, problèmes neuro-psychiatriques et sociaux ont alimenté nos ordres du jour. L'électro-choc reste d'actualité. Une séance spéciale a été consacrée en novembre à cette méthode, et la discussion reste ouverte.

Fidèle, d'autre part, à son souci traditionnel d'assistance, la Société a consacré en mars une autre séance à la discussion de la réforme de la loi de 1838 sur les aliénés. Des vœux généraux ont été formulés, qui ont recueilli l'adhésion des services compétents.

On doit noter d'ailleurs que l'autorité de notre Société n'a cessé de s'affirmer au cours de la présente année. Votre avis a été sollicité à plusieurs reprises par les pouvoirs publics. De votre côté, vous avez pris l'initiative d'un certain nombre de vœux qui prouvent votre souci de réserver aux problèmes sociaux la place qui leur revient. Le rôle croissant du psychiatre dans ce domaine amène notre Société, pleinement consciente de ce rôle, à préciser sur ces questions sa position doctrinale.

Plusieurs d'entre nous ont eu la bonne fortune de pouvoir aller étudier sur place certaines réalisations étrangères. Ainsi, ont pu être renoués des liens que la guerre avait presque entièrement interrompus.

Si ces constatations nous portent à l'optimisme pour la vitalité de notre Société, elles ne doivent pas nous faire oublier, au terme d'une année historique, que certains des nôtres ont payé de leur vie ou de l'exil notre joie de la paix retrouvée. Si notre collègue le D^r CRÉMIEUX a pu rentrer de Buchenwald, nous avons appris avec tristesse la fin du D^r DIDE, décédé en captivité. Enfin, chaque jour voit se réduire pour nous les chances de retrouver jamais notre malheureux maître, le professeur LÉVY-VALENSI.

D'autres pertes, plus près de nous, nous ont récemment endeuillés : MM. les D^{rs} CALMELS et DUPOUY, membres honoraires, puis, tout récemment, en quelques semaines : le D^r BUVAT, notre maître le professeur Henri CLAUDE ; enfin hier soir, notre prédécesseur et ami, le D^r VIÉ. Au début de l'année, nous avons déploré la perte de trois membres correspondants nationaux, nos collègues LAHY, MEDVEDEFF et TOYE.

Au cours de l'année, deux membres titulaires, MM. LEGRAND et DECHAUME, ont été élus, ainsi que neuf membres correspondants nationaux : MM. BACHET, P. BERNARD, CARRIER, CHARLIN, COLOMB, DESCLAUX, NAUDASCHER, NÉRON et Mlle J. MOREAU. Le *prix Belhomme* a été décerné à M. BOITELLE. Pour le *legs Christian*, aucun travail n'a été déposé.

En terminant, nous nous permettrons d'insister sur la nécessité, pour chacun de nous, d'une stricte discipline dans la limitation de nos communications et de nos textes. Les dépassements, même à titre onéreux, doivent rester exceptionnels ; le problème est non seulement un problème budgétaire, mais aussi un problème de papier. L'augmentation du prix des abonnements nous oblige à un alignement parallèle du montant des cotisations. Pour ces dernières, nous vous proposons le taux de 500 francs pour les membres titulaires, 480 francs pour les membres correspondants nationaux. La publication des « *Annales médico-psychologiques* » se heurte à des difficultés croissantes. Nous devons aider dans les limites de nos moyens les efforts de leur Rédacteur en Chef, le D^r René CHARPENTIER.

Vous allez avoir à renouveler votre bureau pour 1946. M. le D^r DEMAY, vice-président pour 1945, devient de droit président. Restent à élire le vice-président, le secrétaire général, le trésorier-archiviste, deux secrétaires de séances.

Les propositions contenues dans le rapport du Secrétaire général sont adoptées à l'unanimité des membres présents.

Rapport de la Commission des finances

M. BARBÉ, en l'absence de M. PACTET et de Mme THULLIER-LANDRY, donne lecture de ce rapport au nom de la *Commission des Finances* :

Exercice 1945

Avoir de la Société au 18 décembre 1944	16.004 74
Recettes de l'année 1945	106.883 30
Total	122.888 04
Dépenses de l'année 1945	105.480 »
Reste	17.408 04

L'avoir de la Société se décompose ainsi :

Fonds libres de la Société		5.447 74	
En dépôt au titre des prix :			
Prix Aubanel	8.691 60	}	11.960 30
Prix Belhomme	1.280 »		
Prix Moreau (de Tours)	430 »		
Prix Christian	1.211 70		
Total			17.408 04

Après avis de la commission des finances, la Société médico-psychologique, à l'unanimité des membres présents, approuve les comptes de 1945 et vote des félicitations au D^r Georges COLLET, *trésorier-archiviste*.

Élection du Bureau de la Société pour l'année 1946

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. Georges DEMAY, vice-président, devient de droit *président* pour l'année 1946.

Election du vice-président

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13
A obtenu :	
M. MINKOWSKI	23 voix.
Bulletin blanc ou nul	1 —

M. le D^r Eugène MINKOWSKI est élu *vice-président* de la Société pour 1946. Conformément à l'article 5 des Statuts, il sera de droit président en 1947.

Election du secrétaire général

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13
A obtenu :	
M. J. DUBLINEAU	20 voix.
Bulletins blancs ou nuls	4 —

M. le D^r J. DUBLINEAU est réélu *secrétaire général* de la Société médico-psychologique pour l'année 1946.

Election du trésorier-archiviste

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13

A obtenu :

M. G. COLLET	20 voix.
Bulletins blancs ou nuls	4 —

M. le D^r Georges COLLET est réélu *trésorier-archiviste* de la Société médico-psychologique pour l'année 1946.

Election de deux secrétaires des séances

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

MM. CARRETTE	21 voix.
MENUAU	16 —
Paul ABÉLY	4 —
Bulletins blancs ou nuls	3 —

MM. les D^{rs} Paul CARRETTE et Pierre MENUAU sont réélus *secrétaires des séances* de la Société médico-psychologique pour l'année 1946.

Bureau de la Société médico-psychologique pour 1946

Le Bureau de la Société est ainsi composé pour 1946 :

Président : M. le D^r G. DEMAY.

Vice-Président : M. le D^r E. MINKOWSKI.

Secrétaire général : M. le D^r J. DUBLINEAU.

Trésorier-archiviste : M. le D^r G. COLLET.

Secrétaires des séances : MM. les D^{rs} P. CARRETTE et P. MENUAU.

Conseil d'administration

Conformément à l'article 5 des Statuts, pendant l'année 1946, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. LHERMITTE et A. BAUDOUIN, le Bureau se constituera en *Conseil d'Administration*.

Commission des finances

La Commission des Finances est composée de M. le D^r PACTET et de Mme le D^r THUILLIER-LANDRY.

Prix de la Société médico-psychologique

La Société médico-psychologique aura à décerner en 1946 le *legs Christian*, le *prix Moreau de Tours* et le *prix Aubanel*. Les mémoires devront être adressés au Secrétaire général avant le 31 décembre 1945.

Sur la proposition du Conseil d'Administration, la Société propose de mettre au concours, pour la première fois, en 1947, le *prix Ritti*, de 1.000 fr. Les mémoires (sur un sujet libre de clinique ou de thérapeutique psychiatrique) devront être adressés au Secrétaire général avant le 31 décembre 1946.

En 1947, seront décernés au total le *legs Christian* et le *prix Ritti*. En 1948, seront décernés le *legs Christian*, le *prix Belhomme* et le *prix Moreau de Tours*.

Élection de 3 membres associés étrangers

Après lecture d'un rapport de M. DUBLINEAU, au nom d'une commission composée de MM. CARRETTE, René CHARPENTIER, MARCHAND, MENUAU et DUBLINEAU, rapporteur, il est procédé au vote.

Nombre de votants 24

Ont obtenu :

M. Mario FUENTES	24 voix
M. M.-Guévara OROPESA	24 —
M. F.-G. PINÉDA	24 —

MM. les D^{rs} Mario FUENTES, secrétaire de la Société de neurologie et psychiatrie de Mexico, professeur à la Faculté de médecine de Mexico, médecin de l'asile de Mexico ; Manuel-Guévara OROPESA, président de la Société de neurologie et psychiatrie de Mexico, professeur à la Faculté de médecine de Mexico, membre de l'Académie de médecine de Mexico ; Francisco-Gonzalez PINÉDA, membre de la Société de neurologie et psychiatrie de Mexico, professeur à la Faculté de médecine de Mexico, médecin de l'asile, sont élus *membres associés étrangers* de la Société médico-psychologique.

SEANCE ORDINAIRE

Présidence : M. G. DEMAY, vice-président

Présentation d'un ouvrage imprimé

M. DUBLINEAU, *secrétaire général*. — La Société a reçu un exemplaire de l'ouvrage de MM. Alb. CRÉMIEUX, M. SCHACHTE et Mlle G. COTTI : « L'enfant devenu délinquant ; étude médico-sociale et psychologique » (1). L'ouvrage comporte une série de documents sur la délinquance infantile dans la région marseillaise d'après 3.000 dossiers avec des considérations générales sur la prophylaxie et la rééducation. Une bibliographie complète l'ouvrage.

COMMUNICATIONS

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉLECTRO-CHOC

M. Jean DELAY. — Dans la question des accidents de l'électro-choc, il importe de distinguer les faux et les vrais accidents.

1° Les *faux* accidents de l'électro-choc sont ceux qui lui sont imputés par la seule vertu du vieil adage : *post hoc, ergo propter hoc*. A en croire les détracteurs de la méthode, tout accident général ou mental survenu chez un malade qui a été traité par l'électro-choc, devrait être mis sur le compte de cette convulsivothérapie. Bien des exemples montrent qu'il convient d'apporter en cette matière plus de critique et que si l'électro-choc peut constituer un facteur *occasionnel*, il n'est pas le facteur *déterminant* de certains accidents.

Une infirmière de l'Assistance publique a subi à l'hôpital Bichat un traitement par électro-choc pour un état dépressif. Quelques semaines plus tard, elle présente une crise *d'épilepsie* spontanée et derechef accuse le médecin de l'avoir rendue épileptique. La commission de contrôle de l'Assistance publique me demande de faire l'expertise de cette malade. Je constate une acalculie et une agnosie digitale, caractéristique d'après Gerstmann d'une lésion pariéto-occi-

(1) Comité de l'enfance déficiente, 1, rue Molière, Marseille, 1945.

pitale gauche. Je demande au professeur Petit-Dutailis, dans le service duquel la malade avait été infirmière, de pratiquer une ventriculographie ; celle-ci révèle une tumeur de la région pariéto-occipitale gauche. Après l'ablation de la tumeur, survient la guérison complète, disparition du syndrome de Gerstmann et des crises d'épilepsie qui étaient dues non à l'électro-choc, mais à la tumeur cérébrale (1).

Une jeune fille de 26 ans, après un état dépressif atypique traité en province par l'électro-choc, présente un *nystagmus* et des troubles de l'équilibre, mis par la famille sur le compte du traitement. L'examen montre des signes indubitables de sclérose en plaques. Or, deux épisodes antérieurs signaient le début de la sclérose en plaques plusieurs années avant l'électro-choc : d'une part une amaurose subite et transitoire survenue à 18 ans, d'autre part une poussée monobrachiale astéréognosique également passagère. *Nystagmus* et troubles de l'équilibre étaient dus à la sclérose en plaques et non à l'électro-choc. Il est possible que le cas de *nystagmus* du voile du palais attribué par M. Baruk à l'électro-choc représente également une coïncidence fortuite, surtout si l'on tient compte du fait que les myoclonies vélopalato-laryngées peuvent être une découverte d'examen systématique, comme nous l'avons vu avec P. Mollaret (2).

On a rapporté un cas de *diabète sucré* après électro-choc. L'examen ultérieur de ce malade, fait dans le service du P^r Harvier, montra qu'il s'agissait d'un diabète bronzé banal, avec cirrhose hypertrophique du foie, et mélanodermie, le troisième élément de la triade, le diabète sucré, étant apparu plus tard comme il advient souvent, et cette fois à l'occasion de l'électro-choc. Je n'ai jamais vu de diabète après électro-choc. Récemment, j'ai examiné un malade de 67 ans, atteint depuis trois ans de mélancolie d'involution d'apparence démentielle, chez lequel l'électro-choc avait été déconseillé, car il existait un diabète. Au dixième électro-choc, le malade a été complètement guéri de sa mélancolie d'involution sans que le diabète ait été modifié.

Je n'ai jamais vu de *mort* subite après électro-choc et puisque cette éventualité a été signalée ici-même, je rappellerai le cas suivant. Une femme atteinte de syndrome de Cotard avec poussées d'anxiété paroxystique fut internée à Sainte-Anne. L'électro-choc fut décidé, mais quelques minutes avant la première séance, elle mourut subitement. Nul doute que si l'issue fatale s'était produite après la séance, elle n'eût été mise sur le compte de l'électro-choc.

2° Les *vrais* accidents de l'électro-choc sont les fractures et luxa-

(1) J. DELAY, D. PETIT-DUTAILLIS, Ch. DURAND et Mlle JOUANNAIS. — Crises d'épilepsie spontanée après électro-choc. Découverte d'une tumeur cérébrale. Guérison post-opératoire. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 26 mai 1944.

(2) P. MOLLARET, J. DELAY, Yglesias y BETTANCOUR. — Sur un cas cliniquement pur de myoclonies synchrones et rythmées vélo-pharyngo-laryngées chez un adulte. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 2 juillet 1937.

tions, les abcès du poumon, les troubles de la mémoire. Nous n'avons pas manqué au devoir de les signaler (1) et de chercher à les éviter.

La possibilité de fractures et luxations rend nécessaire chez les sujets à squelette particulièrement fragile de remplacer l'électroconvulsion par l'électro-absence. Si celle-ci se révèle sans efficacité, ce qui est malheureusement fréquent, il peut être utile d'avoir recours à l'électro-choc sous évipan ou sous pentotal, le barbiturique freinant les convulsions et les limitant (2). C'est ainsi que chez un mélancolique chronique, qui, quelques années auparavant, avait eu une fracture vertébrale à la suite d'un seul électro-choc et dont le traitement avait été interrompu, nous avons obtenu un succès thérapeutique grâce à l'électro-choc sous pentotal. Le malade, industriel, considéré par son entourage comme un dément, a pu depuis lors reprendre la direction de ses affaires avec la plénitude de ses facultés.

L'apnée ne résiste pas à l'inhalation de CO², les abcès du poumon sont exceptionnels depuis qu'on observe certaines précautions d'hygiène buccale et dentaire, et certaines dispositions techniques. Le professeur Titeca de Bruxelles a rapporté à ce sujet une intéressante méthode de prévention qu'il a mise au point.

Les troubles de la mémoire sont extrêmement fréquents, mais habituellement très passagers. Il importe surtout d'en prévenir les conséquences en exigeant que le traitement par choc soit fait sous surveillance médicale continue et non de façon ambulatoire.

3° A côté de ces *bravis* accidents, qui sont immédiats, existe-t-il des accidents *tardifs*? A en croire M. Baruk, l'électro-choc engendrerait épilepsies, démences, encéphalites et l'électro-choc devrait être étudié moins au chapitre de la thérapeutique des maladies mentales qu'à celui de leur étiologie.

Personnellement, je n'ai jamais observé d'épilepsie spontanée après électro-choc : le seul cas est celui qui a été ci-dessus rappelé, l'épilepsie dépendait d'une tumeur cérébrale. C'est cependant dans la crainte de cette éventualité que j'ai préconisé un contrôle électro-encéphalographique de la thérapeutique par l'électro-choc (3), avec arrêt de la série au dixième si l'on constate de grandes ondes lentes. Je suis étonné des conclusions de M. Baruk qui semble considérer

(1) Les amnésies expérimentales après électro-choc. *Société de neurologie*, 7 janvier 1943. — Les accidents de l'électro-choc. *Presse médicale*, mai 1943. — Le traitement des apnées de l'électro-choc. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 2 juillet 1943. — Mémoire et attention des électrochoqués. *Société médico-psychologique*, 24 janvier 1944. — Electro-encéphalographie et électro-choc. *Société de biologie*, 13 mai 1944. — Les accidents pulmonaires de l'électro-choc. *Société médico-psychologique*, 26 février 1945.

(2) L'électro-choc sous narcose. *Société médico-psychologique*, 12 juillet 1943-27 novembre 1944 ; *Revue médicale française*, avril 1945.

(3) J. DELAY, P. NEVEU et M^{me} LERIQUE. — Le contrôle électro-encéphalographique de la thérapeutique par l'électro-choc. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 26 mai 1944.

l'épilepsie spontanée après électro-choc comme fréquente, il est vrai qu'il se base pour poser le diagnostic d'épilepsie sur la banale « impression du déjà vu » si fréquente chez les psychasthéniques, ou sur des « impulsions ». Il ne cite que deux cas de crise d'épilepsie généralisée. L'un concerne une chorée chronique (où l'association avec l'épilepsie, explicable par les lésions corticales et basilaires de cette affection, est bien connue), l'autre, une manie chronique, et l'on sait la fréquence d'un substratum cérébral lésionnel dans les manies chroniques.

Quant aux démences survenues chez des malades mentaux traités par électro-choc, il paraît bien tendancieux d'incriminer ici la thérapeutique, de même que dans les réactions encéphaliques, que M. Baruk signale chez des déportés traités par l'électro-choc, et dont nous avons vu malheureusement bien des exemples en l'absence de toute convulsivothérapie. De telles interprétations trouveront évidemment l'audience de revendicateurs toujours prêts à incriminer dans l'aggravation d'une maladie mentale les essais de traitement faits par le médecin, plutôt que l'évolution fatale de la maladie elle-même.

Les données « physiologiques et expérimentales » sur lesquelles se basent les auteurs, consistent à rappeler les dangers bien connus de « l'électrocution » et les lésions cérébrales constatées chez des animaux morts après des séries d'électro-chocs. Cerletti et Bini avaient précisément montré que ces lésions irréversibles dont ils ont détaillé les modalités sont évitées par une technique qui utilise une intensité et un temps de passage du courant juste nécessaire et suffisants pour provoquer la crise, et espace les électro-chocs (deux par semaine).

4° Après avoir condamné la méthode comme dangereuse, les auteurs cherchent à montrer qu'elle est *inefficace*. Il nous paraît inutile de répondre sur ce point. Partout, en France et à l'étranger, l'électro-choc est adopté et considéré comme une des plus remarquables méthodes de traitement de certaines maladies mentales. Certes, ce n'est pas une panacée et il convient de ne le pratiquer que dans les cas où il est indiqué : comme toute autre thérapeutique, celle-ci a des indications et des contre-indications (1). S'abstenir de l'électro-choc dans le traitement d'un accès mélancolique m'apparaît aussi singulier que d'utiliser cette thérapeutique dans le traitement d'une psychonévrose obsessionnelle. Il convient d'ailleurs de souligner l'importance de l'adjonction à l'électro-choc de la psychothérapie, et c'est peut-être en partie l'adjonction de ce traitement moral entre les séances utilisant tous les facteurs de confiance, si importants en médecine mentale, qui explique la différence des résultats obtenus.

(1) J. DELAY. — Les indications de l'électro-choc. *Bulletin d'informations médicales de la S.N.C.F.*, octobre 1944, n° 4.

L'association à d'autres méthodes de choc, non seulement l'insulinothérapie, mais la pyrétothérapie, permet également d'obtenir des succès que n'aurait pas obtenu le seul traitement par les électrochocs. Ceci dit, on ne saurait assez s'élever contre les abus de médecins inexpérimentés qui pratiquent l'électro-choc de façon systématique et inconsidérée, ce qui est le plus sûr moyen de discréditer la méthode.

M. H. BARUK. — J'ai écouté avec beaucoup d'attention l'argumentation de M. Delay et vais reprendre ses diverses critiques en suivant l'ordre qu'il a adopté. Sans doute, il existe toujours des coïncidences, de faux accidents, comme les cas d'épilepsie qu'il vient de rapporter apparus à la suite de l'électro-choc, mais en rapport avec une tumeur cérébrale, ou une sclérose en plaques. Mais même dans ces « faux accidents », il faut encore distinguer les cas dans lesquels l'électro-choc peut jouer le rôle de causes occasionnelles. Certains sujets, pour des raisons organiques ou fonctionnelles, sont plus ou moins, en instance d'épilepsie ou préparés à l'épilepsie sans en avoir de manifestations. Un traumatisme peut alors transformer cette prédisposition latente en épilepsie confirmée et il est possible que dans un certain nombre de cas l'électro-choc agisse de même.

En ce qui concerne le malade dont j'ai rapporté l'observation à la Société de neurologie et qui fut atteint aussitôt après le 7^e électro-choc d'un nystagmus de voile, il ne peut absolument pas s'agir chez ce malade d'une découverte d'examen. Le malade a parfaitement senti le début même de ses myoclonies et s'est trouvé immédiatement incommodé par le petit bruit laryngé spécial qui s'accompagnait du reste des mouvements du larynx qui ont immédiatement frappé son attention et celle de son entourage et l'ont amené aussitôt à consulter.

En ce qui concerne les « accidents vrais » que vient de citer M. Delay, je me bornerai à faire remarquer que les fractures de la colonne vertébrale sont probablement plus fréquentes qu'on ne le croit, car elles passent facilement inaperçues. Plusieurs fois très longtemps après le choc, mon attention a simplement été attirée par de vagues douleurs dans le dos signalées par le malade et une légère déformation avec saillie osseuse qui, la première fois, m'avait fait penser à un mal de Pott. Ce sont les chirurgiens, et notamment le D^r Lance, qui m'ont montré les caractères spécifiques des fractures de l'électro-choc avec leur siège d'élection et l'aspect spécial radiographique.

Reprenons surtout la question des accidents encéphaliques tardifs, notamment de l'épilepsie. J'ai fait remarquer dans ma communication que l'observation de quelques cas d'épilepsie tardive jointe aux données expérimentales et anatomiques relatives à l'œdème cérébral et aux atteintes vasculaires n'étaient pas sans inspirer quelques craintes sur la possibilité de ces complications tardives. On

sait en effet l'importance des cicatrices névrologiques ou vasculaires comme facteurs épileptogènes, même à longue échéance, comme le montre l'étude des traumatismes cérébraux infantiles. Sans doute, mes constatations jusqu'à présent se bornent à quelques cas : M. Delay met en doute la valeur de signes comme « l'impression du déjà vu » et rappelle que ce symptôme s'observe aussi dans la psychasthénie, comme M. Janet l'a montré. Sans doute, mais il n'a pas en pareil cas l'extrême brusquerie et l'extraordinaire brièveté qu'il revêt dans l'épilepsie. Tous les symptômes des auras épileptiques peuvent s'observer dans de multiples névroses et psychoses, mais ce qui donne la signature de la maladie comitiale, c'est le caractère instantané, brutal et fulgurant, si l'on peut dire. C'est ce caractère qu'il présentait chez ma malade. De même chez mon autre malade, auquel fait allusion M. Delay, les impulsions présentaient une soudaineté et une brièveté extraordinaire, et s'accompagnaient en même temps de brusques pertes de connaissance à type syncopal, qui constituaient une présomption importante en faveur de la nature comitiale du trouble. Chez une autre malade, l'épilepsie généralisée s'était déclanchée chez une personne préalablement asthmatique, mais on peut se demander en pareil cas si l'électro-choc n'a pas transformé le trouble de la crise d'asthme en épilepsie en agissant comme cause d'appel. En ce qui concerne les démences et l'aggravation des psychoses à la suite de l'électro-choc, M. Chatagnon a noté de son côté des transformations de psychoses dans le sens de l'aggravation.

J'arrive maintenant à la question de la psychothérapie. Jamais je n'ai opposé la thérapeutique biologique à la thérapeutique morale. Je suis un des plus chauds partisans des recherches biologiques en psychiatrie et toute mon activité scientifique depuis plus de vingt ans a été consacrée inlassablement à la recherche de données biologiques, physiologiques, et même à la création d'une véritable psychiatrie expérimentale chez l'animal, ainsi qu'à des études sur les toxi-infections, les toxines, les hormones, les modifications de la circulation cérébrale, etc... Si j'attache également une grande importance à la psychothérapie, c'est toujours en cooptant intimement le traitement moral avec le traitement physique fondé sur *la connaissance de l'étiologie*.

Mais il y a une différence entre les données biologiques résultant d'une analyse intime de la psychose dans ses causes et ses mécanismes et génératrice par là même d'un *traitement adapté* et des essais de thérapeutiques univoques, aveugles, empruntant un appareil extérieur biologique sans reposer sur la véritable connaissance des causes et de la genèse des symptômes, essais thérapeutiques aveugles qui nous ramènent trop souvent à l'agitation thérapeutique des temps antérieurs à Pinel et à Esquirol, à la saignée systématique ou aux ébranlements physiques ou médicamenteux visant à secouer le malade n'importe comment.

Mes études sur les psychoses colibacillaires montrent au contraire qu'il est possible d'harmoniser les données biologiques et psychologiques dans une synthèse pathogénique aboutissant à une thérapeutique rationnelle. La toxine colibacillaire, dont nous avons mis en évidence chez l'animal l'action somnolente et catatonigène, détermine chez l'homme de l'onirisme, sur lequel se construit un délire avec les stratifications de la personnalité antérieure, délire qui explique ensuite les attitudes extraordinaires du malade, comme nous en avons donné des exemples dans notre ouvrage de « Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale ». Le traitement étiologique (antiseptiques, sérothérapie, etc...) permet de désintoxiquer le malade en neutralisant la toxine (comme le montrent des expériences sur l'animal). Au cours de cette désintoxication, on voit peu à peu le délire s'ébranler, mais il faut alors aider le malade par une psychothérapie bien adaptée à liquider les fragments persistants des idées délirantes. Les mêmes considérations peuvent s'appliquer aux autres variétés de thérapeutiques étiologiques que nous avons étudiées, psychoses biliaires, psychoses hyperfolliculiniques, etc...

Cette psychothérapie se développant et complétant le traitement biologique et étiologique est tout à fait différente de la psychothérapie d'effraction qui se déclenche sur les ruines de la personnalité effondrée sous l'effet des chocs. Dans ce dernier cas, on ne bâtit que sur la destruction et on fait une construction artificielle imposée du dehors ou insinuée de façon souterraine à la faveur de l'effondrement. Dans le premier cas, au contraire, il s'agit d'une psychothérapie suivant les contours d'une personnalité respectée qu'elle ne vise qu'à aider, à libérer, en ne brisant rien, et en épousant l'intimité, comme du cheminement de l'esprit, comme l'intimité des perturbations humorales. Car la vraie thérapeutique doit connaître et comprendre la nature et suivre ses voies. C'est là la vraie *méthode scientifique*, toute différente des méthodes aveugles qui frappent sans comprendre.

Ces dernières méthodes ne représentent nullement la vraie action thérapeutique et nous ne saurions admettre que l'on représente comme de l'abstention, la thérapeutique étiologique et rationnelle qui agit suivant la nature et qui justement représente la véritable action réfléchie et efficace.

Il reste que cette action réfléchie demande de grandes connaissances et nécessite des progrès physiologiques, biologiques, psychologiques. Loin d'immobiliser la psychiatrie dans une stéréotypie thérapeutique, les excès mêmes des chocs doivent susciter de nouvelles recherches permettant de les dépasser et de les remplacer. L'ère des thérapeutiques de choc, malgré certains effets néfastes, aura eu le mérite d'attirer l'attention sur la réversibilité de bien des syndromes mentaux, réversibilité sur laquelle nous avons déjà maintes fois insisté.

Cette réversibilité parfois paradoxale est due à notre avis aux modi-

fications de la circulation cérébrale, qui joue un rôle énorme sur l'état du psychisme. Cette circulation doit être étudiée scientifiquement par des recherches physiologiques et expérimentales, étude que nous poursuivons, dans le but de trouver des moyens d'agir sur ces perturbations circulatoires, d'une façon moins dangereuse et plus efficace que les chocs aux moyens de substances médicamenteuses ou hormonales. Nous exposerons dans la prochaine séance quelques-uns de nos résultats thérapeutiques dans ce domaine.

Enfin, en terminant, il nous reste à souligner que partisans ou adversaires de l'électro-choc sont unanimes à reconnaître que cette méthode a donné lieu à des abus et à des excès regrettables, soit dans l'extension intempestive de la méthode, soit dans des multiplications abusives du nombre des chocs, qui, comme M. Delay vient d'y insister, doivent être surveillés par le contrôle de l'électro-encéphalographie afin de saisir la menace d'ondes à caractère épileptique.

M. CHATAGNON. — Les arguments que M. le professeur J. Delay verse aux débats sont d'un intérêt majeur ; ils posent en effet la question de la difficulté du diagnostic des syndromes neuro-psychiatriques, difficulté liée en partie à leur latence souvent très grande et en partie à leur longue évolution silencieuse ou avec un minimum de symptômes. L'électro-choc, s'il est alors pratiqué, peut n'être en réalité dans ces cas qu'un agent favorisant ou déclenchant un tableau clinique latent. Mais semblable éventualité n'est qu'une des phases de la réalité ; l'électro-choc peut fort bien, nous semble-t-il, agir comme cause déterminante directe. Cette première question nous conduit naturellement à une seconde : quelle est l'indication précise de l'action du courant électrique sur les centres nerveux ? Aux deux indications principales proposées par Cerletti, la psychose maniaco-dépressive et la schizophrénie, certains auteurs français ont ajouté la presque totalité des syndromes mentaux. Est-ce que vraiment, ce que nous savons de l'électro-choc, nous autorise à cela ? Notre point de vue est le suivant : l'utilisation du courant électrique sur l'encéphale, dans les conditions précisées, ne peut avoir qu'une action diffuse, avec maximum d'effet sur certaines zones, pour des raisons d'ordre physique (d'après les lois d'action sur des éléments de conductibilité différente) et non pour des raisons d'ordre physiologique. Le courant électrique a une action indéniable sur les tissus nerveux ; il agit par stimulation, en bouleversant temporairement le métabolisme cellulaire, et par cela même il peut avoir une action heureuse ou malheureuse sur les fonctions de ces éléments. Action heureuse, si la stimulation électrique est réalisée dans des conditions telles qu'elle n'entraîne aucune action nocive sur le tissu nerveux, la restauration rapide et complète pouvant avoir lieu (réversibilité possible). Action malheureuse, si la stimulation s'accompagne de lyse tissulaire partielle ou totale. Ainsi, aboutissons-nous à la conclusion que point n'est besoin de répéter cette stimulation électrique. Si elle doit être efficace, elle le sera dès

les premier ou deuxième électro-choc. Poursuivre la répétition des électro-chocs nous semble être inutile et dangereux. Le danger ne réside pas uniquement dans les accidents mortels — tels que ceux que la probité scientifique de MM. Villey-Desmeserets et Laboucarie a rapportés — ou dans les accidents graves sur lesquels M. Delay a le premier insisté (fractures vertébrales et autres, abcès du poumon, etc...), mais bien plutôt dans l'action lytique du courant électrique sur un tissu dont la régénération est impossible et dont les suppléances sont très réduites. Ce que nous soutenons est si vrai qu'il n'est que d'observer ce que deviennent les « électrochoqués » en série, pour constater les transmutations rapides des syndromes cliniques primitifs en formes, où les symptômes démentiels et de la série schizophrénique s'intriquent curieusement et typiquement.

L'électrisation de l'encéphale reste certainement un merveilleux élément d'exploration physiologique de la fonction nerveuse, si elle ne peut guérir ni la mélancolie, ni la schizophrénie, et pour cause. Elle peut, dans certains cas très précis, avoir une action de stimulation heureuse — mais hélas temporaire — sur telle manifestation psychopathique ; nous la croyons en effet capable d'effacer temporairement un état anxieux mélancolique ou de réduire, momentanément, un mutisme mélancolique, mais l'effet doit être obtenu dès le premier ou le deuxième électro-choc. Si la stimulation n'est pas efficiente, la répétition des électro-chocs risque alors d'entraîner fatalement des lésions de degrés variables mais cicatricielles et partant définitives du neurone. Et, à ce point de vue, la riche et fine expérience clinique de M. Delmas a rapporté des faits cliniques comparables aux nôtres.

Dans cette discussion, d'ordre scientifique, nous n'avons fait appel qu'à des arguments de bon sens, et nous n'avons qu'un seul but : la recherche impartiale de la vérité.

M. G. COLLET. — Je vous ai exposé mes doutes : 1° sur l'innocuité du traitement par l'électro-choc ; 2° sur l'utilité de ce traitement dans les cas de dépression morale constitutionnelle ; 3° sur l'opportunité de ce traitement dans certains cas de mélancolie et de manie, lorsque le retour prématuré du malade, guéri ou convalescent, dans un milieu familial ou social défavorable, en est la conséquence. Les psychiatres qui pratiquent l'électro-choc savent qu'il faut prévoir des luxations du maxillaire inférieur, des fractures, l'aspiration de fragments d'émail et de tartre dentaire dans les voies aériennes et des gangrènes pulmonaires, et ils proposent des moyens de parer à ces dangers. Il me semble qu'ils doivent également se préoccuper de l'état moral des malades rendus à leur famille. On ne trouve guère de renseignements, dans leurs publications, sur les conseils qu'ils donnent à cet égard.

Aux doutes dont je vous ai fait part dans la dernière séance s'en ajoute un nouveau, à la suite de la dernière séance de la Société de neurologie. Cette séance a débuté par une discussion sur l'électro-choc. M. Baruk soutenait son opinion : que l'électro-choc, surtout s'il

est répété, peut déterminer des lésions durables de l'encéphale. A cela, les neurologistes qui ont adopté cette méthode thérapeutique répondent : Sans doute, des courants, beaucoup plus intenses et beaucoup plus prolongés que ceux que nous utilisons, ont produit des lésions chez des animaux en expérience. Mais les courants que l'on emploie dans l'électro-choc sont bien trop faibles, et passent dans le crâne un temps bien trop court, pour créer des lésions irréversibles dans l'encéphale.

Or, dans le cours de cette même séance, par une coïncidence assez plaisante, M. van Gehuchten communiquait l'observation d'une malade étudiée cliniquement et anatomiquement par un de ses élèves. Et cette observation fournissait un argument contre l'optimisme de nos confrères. Une jeune femme, employée dans une ferme, reçoit un coup de pied d'une vache sur la région du pli du coude gauche. Cette contusion, en apparence légère, sans lésion osseuse ni articulaire, ne motive pas d'examen médical ni de traitement. La blessée semble guérie. A la suite de ce traumatisme, en apparence bénin, inoffensif, se développe une parésie avec atrophie musculaire du membre supérieur gauche, puis du membre inférieur gauche, puis des membres du côté droit. La malade meurt. L'examen histologique montre des altérations considérables des cornes antérieures de la moelle. M. Van Gehuchten rapproche ce cas de ceux dont M. Barré a rapporté l'histoire, en 1942, 1943, 1944 à la Société de neurologie. M. Barré considère ces lésions des centres nerveux qui surviennent tardivement à la suite d'un traumatisme minime, dont les conséquences immédiates n'ont donné aucune inquiétude, comme le résultat de ce traumatisme, nonobstant les apparences qui contredisent cette hypothèse. Il désigne ces effets pathologiques du traumatisme sous cette dénomination : troubles spino-cérébraux de nature réflexe et d'origine périphérique ; ou sous celle-ci : syndrome extensif sensitivo-moteur, périphéro-central, réflexe post-traumatique. Et il admet qu'un réflexe vaso-constricteur durable déterminé dans les centres nerveux par le traumatisme périphérique, est la cause première de ces lésions.

La communication de M. van Gehuchten n'a pas été discutée. M. Barré, qui était présent, en a, je crois, approuvé les conclusions.

Voici donc que, dans une même séance de la Société de neurologie, les neurologistes qui pratiquent l'électro-choc s'élèvent contre l'idée qu'un traumatisme électrique de l'encéphale, susceptible de déterminer une crise convulsive violente, peut créer des lésions immédiates qui évolueront vers un état permanent ; et ces mêmes médecins paraissent admettre qu'un traumatisme mécanique, en apparence bénin, peut cependant créer des lésions tardives et permanentes.

Cette contradiction manifeste m'amène à ce nouveau doute : ceux de mes confrères qui nient que l'électro-choc puisse créer des lésions durables, et qui n'hésitent pas à en répéter les applications, ont-ils examiné la question avec une rigueur suffisante ? Raisonnent-ils sur leurs

observations, et sur celles des autres, suivant les règles d'une logique assez stricte ?

M. X. ABÉLY. — Je n'ai pas une pratique suffisante de l'électro-choc pour apporter une opinion personnelle qualifiée sur l'ensemble de cette thérapeutique. Mais j'envisagerai la question sous un angle particulier qui m'est familier. Comme médecin du service de l'Admission, je reçois de nombreux malades ayant été traités sans succès par des médecins de clientèle, dans des maisons de santé ou dans des services ouverts ou fermés. Chez les uns le traitement n'a donné aucun résultat, chez les autres des récurrences sont survenues après une rémission plus ou moins prolongée. Je crois qu'il est intéressant de faire connaître, bien que sous cette forme négative, les données de mon expérience. Je ne rapporterai, très succinctement, que les grands symptômes dans lesquels j'ai observé ces échecs.

Les mélancoliques jeunes ou préséniles fournissent un faible contingent, bien qu'appréciable. Encore faudrait-il préciser la catégorie en cause. Je vois notamment des syndromes dans lesquels on pouvait noter des idées hypocondriaques. Bien entendu reparaissent ces préséniles, dont la mélancolie était le prélude d'un affaiblissement psychique.

Les états d'excitation psychique de types divers qui reprennent leur marche après une heureuse accalmie sont très fréquents. L'électro-choc, comme l'ont signalé MM. J. Delay et J. Maillard, ne paraît pas modifier l'évolution totale de l'accès maniaque typique. Je crains même qu'il n'ait pas une influence favorable sur cette évolution, qu'il paraît parfois prolonger.

Si ce traitement peut guérir les accès de la psychose intermittente, il n'a pas d'action sur la réapparition de nouveaux accès, que ceux-ci soient de forme mélancolique ou maniaque.

Le nombre de schizophrènes qui me viennent après la thérapeutique de choc est de beaucoup le plus considérable. Sans doute utilise-t-on souvent cette méthode au simple titre de pierre de touche, dans de multiples psychoses atypiques de pronostic inquiétant. Mais je vois de plus une part importante de tels malades, chez qui la symptomatologie initiale ne laissait pas soupçonner une terminaison aussi funeste. Je me demande si l'électro-choc ne peut pas imprimer une évolution fâcheuse à certaines psychopathies. En dehors de M. Chagnon, je n'ai pas entendu cependant de présentateurs souligner ce danger, dont la possibilité me paraît devoir être signalée.

J'ajouterai que je n'ai observé aucun internement pour épilepsie psychique ou convulsive consécutive à l'électro-choc.

Cette méthode thérapeutique reste encore trop empirique. Je ne fais pas seulement allusion aux médecins incompetents qui l'appliquent sans discernement. Les psychiatres eux-mêmes, malgré le nombre considérable d'expériences déjà faites, ne semblent pas avoir

acquis des notions précises sur les indications de ce traitement. Chaque application devrait être précédée d'un diagnostic plus poussé et suivie d'une observation plus prolongée.

Je me garderai bien de tirer de ce bref aperçu des conclusions quant à la valeur générale de l'électro-choc. Mes considérations peuvent paraître péjoratives. Mais il ne faut pas oublier qu'elles ne portent que sur les échecs. Il faudrait leur opposer, dans une statistique complète, les innombrables succès obtenus. Je n'ai aucune donnée pour établir ce bilan, que nous devrions tous nous attacher à réaliser.

Excitation maniaque et tuberculose atypique, par M. Maurice HYVERT.

Le rôle fonctionnel de la thérapeutique convulsivante s'est lentement dégagé de l'expérience acquise dans l'emploi du cardiazol et de l'électro-choc. Cependant, l'application d'un traitement étiologique se heurte souvent à notre ignorance.

La grande fréquence des antécédents bacillaires, l'existence de psychoses subfébriles, les réactions positives au test tuberculinique, l'accélération de la vitesse de sédimentation, l'action particulièrement favorable d'une chrysothérapie patiente nous enseignent qu'on peut essayer de rattacher un nombre important de psychoses primitives très diverses à un état infectieux torpide, lié à l'action du virus tuberculeux, filtrant ou non, bien toléré par l'organisme, mais provoquant des réactions importantes du système nerveux central chez des sujets vraisemblablement prédisposés.

Jusqu'ici, aucun état maniaque ne paraissait justiciable d'une telle interprétation. Voici des observations qui tendent à nous indiquer le contraire :

OBSERVATION I. — B... Carmen, 50 ans, présente un premier accès d'excitation maniaque à 44 ans (1938), qui disparaît en quelques semaines. L'année suivante a lieu un nouvel accès, qui s'améliore dans les mêmes conditions. A 46 ans (1940), un troisième accès semble devoir évoluer comme les précédents, mais plus lentement. Ce n'est qu'au bout de six mois que la guérison paraît acquise, quand survient une rechute (2 février 1941). Deux injections de cardiazol amènent un peu de calme et 4 crises supplémentaires ne peuvent faire disparaître une excitation résiduelle. Au bout d'un mois, survient un nouvel accès, qui cède à 3 crises cardiazoliques. Après trois semaines de calme, une rechute se produit et elle est jugulée de la même manière.

Cette évolution se poursuit pendant deux ans. Les accès se produi-

sent à un rythme variable : tantôt véritables rechutes que la thérapeutique convulsivante ne calme que pour un jour ou deux, tantôt accès très courts qui cèdent à une ou deux crises convulsives. Dans les périodes de calme, la malade n'est pas normale ; elle est, soit hypomaniaque, soit déprimée, avec un peu d'anxiété et quelques idées délirantes mélancoliques. Il s'agit d'une folie circulaire, dont l'évolution vers la chronicité paraît inévitable.

Au début, la thérapeutique convulsivante est pratiquée par le cardiazol seul (14 crises), puis par le cardiazol précédé de chloralose (32 crises). A partir du mois de mai 1942, on emploie l'électro-choc (56 crises), tout d'abord sous forme de séries avec des résultats médiocres, puis sous forme d'applications isolées, qui semblent plus actives sans pouvoir empêcher les rechutes, qui se produisent environ tous les quinze jours.

En même temps, divers traitements de fond sont pratiqués : modificateurs neuro-végétatifs, psychobiasés de soufre et d'or, acétate de testostérone. Aucun n'a paru donner le moindre résultat.

Au début de janvier 1945, c'est-à-dire plus de deux ans et demi après le début de l'accès actuel, un facteur jusque-là méconnu vient donner une nouvelle orientation à la thérapeutique. Une sédimentation pratiquée dans un but de documentation donne le chiffre inattendu et élevé de 50 0/0, chiffre que rien de somatique ne peut expliquer. On examine alors avec un intérêt nouveau la courbe thermique inscrite depuis le début et dont le dérèglement avait paru sans intérêt. La courbe est très irrégulière, avec de temps en temps de petites poussées à 37°8, 38°, tout à fait indépendantes de l'agitation et même plus fréquentes pendant les périodes de dépression.

On décide alors d'appliquer une chrysothérapie persévérante. La malade reçoit 10 centigrammes de myochrysiné en solution huileuse par semaine. Le premier mois se produit une réaction focale sous forme d'une recrudescence de l'agitation (5 électro-chocs). Le mois suivant, on assiste à la disparition de l'excitation et de la dépression intercalaires et la malade reprend pour la première fois un comportement absolument normal. Cependant, on observe encore trois petits accès d'excitation (mars et avril), jugulés par un ou deux électro-chocs ; c'est la fin de l'état maniaque qui ne s'est plus manifesté depuis cette époque.

La sortie a lieu au mois de juin 1943, c'est-à-dire trois ans après l'entrée. Pendant les mois qui suivent, à cinq reprises, de petits états dépressifs disparaissent avec chacun un électro-choc. Par la suite, la guérison s'est installée et confirmée, mais la chrysothérapie a été poursuivie sans interruption pendant plus de deux ans.

En résumé, il s'agit d'une manie aiguë ayant tendance à évoluer vers la chronicité, sous l'aspect d'une folie à double forme. La thérapeutique convulsivante, malgré la réalisation de 102 crises convulsives, ne donne que des atténuations transitoires. Seule la chrysothé-

rapie, suggérée par un certain dérèglement thermique, provoque une amélioration persistante, donnant l'impression d'une guérison. La malade a reçu en deux ans plus de 10 grammes de myochryisine.

A cette observation si impressionnante, on peut en joindre d'autres, non exactement superposables, mais justiciables de la même interprétation. Voici le résumé de deux d'entre elles, dont l'une présente une valeur presque expérimentale.

OBSERVATION II. — D... Rachel, 27 ans, présente pour la première fois, le 30 mars 1943, un accès maniaque typique avec excitation intellectuelle, logorrhée, réaction de jeu, euphorie, rires, agitation par intervalles. La température est subfébrile et la vitesse de sédimentation donne le chiffre de 25 0/0. Aussi la malade est-elle immédiatement mise à la chrysothérapie sous forme de myochryisine en solution huileuse (0 gr. 10), une injection par semaine. Il n'est pas fait d'électro-chocs dans un but thérapeutique mais, pour calmer l'agitation, une crise convulsive est pratiquée de temps en temps. Le premier mois, par suite de la réaction focale, il est nécessaire de pratiquer 7 électro-chocs, mais le mois suivant il n'en faut plus que 4 et seulement 3 le troisième mois. Quatre mois après le début, il n'y a plus d'agitation et il se manifeste une amélioration progressive du comportement, tandis que la température revient à la normale et que la vitesse de sédimentation tombe au chiffre de 12 0/0. Les mois suivants, l'amélioration se confirme, mais les sels d'or sont continués sans interruption pendant un an et demi. La malade mène actuellement une existence normale et n'a jamais manifesté la moindre tendance à la rechute.

Dans cette observation, il n'y a eu aucune hésitation au point de vue thérapeutique. Dès le début, l'état subfébrile et l'accélération de la vitesse de sédimentation ont imposé la chrysothérapie. Celle-ci, après avoir provoqué les réactions habituelles, a entraîné une amélioration progressive, qui s'est ensuite confirmée et maintenue.

OBSERVATION III. — M... Rolande, 18 ans, présente pour la première fois, le 9 mars 1942, un syndrome d'excitation maniaque typique accompagné d'un dérèglement thermique nettement plus accentué que ne le laisse prévoir l'agitation. Un test tuberculinique fortement positif provoque, après l'injection d'un milligramme de tuberculine de l'Institut Pasteur, une telle agitation qu'une injection de cardiazol, précédée de 0 gr. 40 de chloralose, est pratiquée. Dès le lendemain, une amélioration considérable est notée. Elle est mise sur le compte du cardiazol et c'est à tort, ainsi que nous l'indique l'évolution ultérieure. En effet, au bout d'une quinzaine de jours, une nouvelle excitation apparaît et en un mois l'agitation devient aussi forte qu'à la période initiale. On emploie alors l'électro-choc et la malade reçoit quatre applications, qui ne font que provoquer une recrudescence de l'agitation.

On recherche alors le facteur qui a pu au début provoquer la modification de l'état morbide, et c'est à la tuberculine qu'on s'arrête. La malade reçoit tous les quatre jours une injection de 1/10^e de milligramme de tuberculine. Dès la troisième injection, sans autre électrochoc, une amélioration notable se manifeste. Elle se poursuit progressivement et, au bout d'une quinzaine de jours, la malade est revenue à son état normal. Elle sort après quelques semaines, apparemment guérie. Le traitement, délicat à appliquer, n'est pas continué au dehors.

Au bout d'un mois, une rechute se déclare et, dès son arrivée dans le service, la malade reçoit à nouveau 1/10^e de milligramme de tuberculine tous les quatre jours. Comme la première fois, à la troisième injection, une amélioration se dessine et se poursuit régulièrement. Le traitement est continué au même rythme, mais en augmentant progressivement la dose de 50 0/0 à chaque injection, tout en surveillant les diverses réactions. La malade sort deux mois et demi après sa réintégration. Comme elle n'habite qu'à quelques kilomètres, elle vient chaque semaine recevoir son injection de tuberculine, traitement qui est poursuivi pendant dix mois, sans qu'on dépasse le centigramme. Elle a considérablement engraisé et travaille régulièrement sans fatigue.

Récemment, Rolande a présenté un petit état dépressif avec anxiété et altération de l'état général. Dès les premiers symptômes, elle est venue prendre un avis et un traitement tuberculinique ambulatoire lui a été appliqué. Ses réactions sont plus fortes et elle ne reçoit qu'1/100^e de milligramme par semaine au début. Au bout d'un mois, tous les symptômes ont disparu et la malade a repris son travail. Le traitement lui est actuellement poursuivi.

Dans ces trois observations, on retrouve donc le syndrome qui a été observé au cours des psychoses subfébriles et qui permet d'émettre l'hypothèse que celles-ci peuvent être rattachées au groupe des paratuberculoses (Pagès) ou tuberculoses atypiques (Jacquelin).

Si le syndrome mental est très différent suivant les malades, le syndrome somatique présente une unité qu'on ne peut manquer de trouver impressionnante. Partout, l'on observe l'altération de l'état général, le dérèglement thermique, l'accélération de la vitesse de sédimentation, les réactions vives au test tuberculinique, l'amélioration par la chrysothérapie et la tuberculinothérapie, thérapeutiques très discutées dans la tuberculose confirmée, mais particulièrement actives dans les tuberculoses atypiques.

Il s'agit d'un état infectieux bénin, bien toléré par l'organisme et qui ne provoque généralement pas au début des lésions évo-

lutives décelables. Son action s'apparente à des réactions d'intolérance en rapport avec les susceptibilités héréditaires du sujet.

Il s'est produit un véritable équilibre biologique, une symbiose, entre un virus atténué et un organisme adapté à ses toxines. Cependant, un organe, ou une fonction, réagit par des troubles plus ou moins importants et durables, parmi lesquels certains troubles psychiques.

Cet équilibre est rompu par le traitement. Le plus souvent, cette rupture est favorable au malade, mais il arrive parfois qu'elle lui soit nuisible. On assiste à une évolution beaucoup plus aiguë de l'infection tuberculeuse, qui s'accompagne alors de lésions pulmonaires ou autres, pas toujours bénignes et quelquefois mortelles. Cela se produit exceptionnellement au cours de la chrysothérapie et de la tuberculinothérapie prudentes et le plus souvent au début du traitement. Il semble que ce soit plus fréquent après la thérapeutique convulsivante qui paraît jouer un rôle important dans cette rupture d'équilibre biologique.

Le plus souvent, une amélioration somatique se produit. Elle n'est pas toujours immédiatement suivie de l'amélioration psychique, c'est-à-dire fonctionnelle. Un phénomène de persistance mentale morbide intervient souvent et il disparaît en général par la thérapeutique convulsivante et une rééducation pragmatique appropriée.

Il est bien certain que lorsqu'il existe des troubles fonctionnels anciens et des lésions irréversibles, l'amélioration est imparfaite. D'où l'intérêt d'une thérapeutique précoce libérée de toute préoccupation nosographique.

L'on conçoit aussi que dans de tels syndromes les recherches étiologiques effectuées après la confirmation du diagnostic par une longue observation soient vouées à l'insuccès. A cette époque, le trouble somatique a depuis longtemps disparu et le trouble fonctionnel évolue pour son propre compte. C'est sans doute ce qui permet de comprendre la discordance des résultats des recherches faites sur l'origine tuberculeuse de la démence précoce.

Sous la poussée des faits, on est tenté d'admettre que les psychoses liées à une tuberculose atypique sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne pourrait le croire au premier abord et plus de 70 % des psychoses cryptogénétiques semblent s'y rattacher. Nous venons de voir qu'il ne faut pas en excepter certains syndromes d'excitation maniaque. La tuberculose paraît ainsi devoir être considérée comme un facteur de première importance dans la genèse des troubles mentaux.

DISCUSSION

M. H. BARUK. — On ne saurait trop souligner l'intérêt des faits rapportés par M. Hyvert. C'est en effet dans les formes larvées et diffuses de tuberculose qu'on observe le plus souvent des troubles mentaux, plus que dans les formes fixées, tel le cas de ce malade dont nous avons rapporté l'histoire, qui a présenté un tableau de démence précoce grave après une typho-bacillose et qui a complètement guéri mentalement après une coxalgie. Il y a là des faits à rapprocher de la notion d'infiltration tuberculeuse telle qu'elle ressort de l'ouvrage de Burnand.

A côté de ces aspects, il faut citer aussi parfois un autre mécanisme : celui de dérèglements végétatifs et endocrino-végétatifs à la suite d'atteintes parfois même minimes des séreuses, notamment de la plèvre. Que ces troubles soient d'ordre toxique ou réflexe, on peut noter, après la touche séreuse, des tachycardies, palpations, troubles vaso-moteurs céphaliques, adiposité, etc..., en même temps que des troubles nerveux ou mentaux.

Il faut aussi mentionner l'association fréquente tuberculino-colibacillaire. M. Bordet a montré l'exaltation de virulence du colibacille chez les animaux tuberculeux. Nous avons montré de même qu'une dose de toxine colibacillaire inoffensive pour un cobaye sain tue le cobaye tuberculeux. M. J.-A. Weil a insisté en clinique générale sur l'importance de l'association de ces deux infections, importance qui doit retenir l'attention des psychiatres.

Enfin, au point de vue thérapeutique, à côté des sels d'or, il faut mentionner l'intérêt de la vitamine PP et aussi de l'uuroformine, comme l'avaient souligné les études expérimentales de Toye. On ne saurait aussi trop insister, comme M. Hyvert, sur l'importance parfois de sorties précoces et sur la notion de prolongation de la psychose par la claustration.

M. PUECH. — Je suis frappé de l'importance du terrain tuberculeux dans un certain nombre d'affections. En principe, on n'est guère tenté d'intervenir chirurgicalement chez les tuberculeux, car on risque de trouver des éléments dépassant les possibilités opératoires. Toutefois l'intervention, quand elle est pratiquée, montre parfois des œdèmes cérébraux considérables. La trépano-ponction peut être indiquée. En tous cas, ces œdèmes sont une indication, dans certains cas, du sulfate de magnésie intraveineux.

M. DUBLINEAU. — J'ai, ici même, signalé, d'après une étude statistique sur les antécédents des sujets en fonction de leur type morphologique, que le terrain tuberculeux s'observait surtout chez les cyclothymiques pycniques. Ces derniers révélaient des tuberculoses, surtout dans leurs antécédents, alors que les sujets de type athlétique présentaient des lignées peu atteintes au point de vue somato-morbide. Par contre, les sujets de type asthénique présentaient à la fois une

tuberculose personnelle et de la tuberculose dans leurs antécédents héréditaires et collatéraux.

M. CHATAGNON. — Les maniaques meurent moins souvent de tuberculose que les mélancoliques.

M. JEAN DELAY. — L'action des sels d'or, de toutes façons, ne peut être retenue que comme une action de choc, et non comme une action spécifique.

M. HYVERT. — J'insiste sur la notion de tuberculose atypique. Il s'agit, en fait, de sujets à *terrain* tuberculeux, mais chez lesquels la tuberculose n'évolue pas.

**De la paralysie générale suraiguë, par MM. L. MARCHAND,
J. DE AJURIAGUERRA et P. THILLAYE DU BOULLAY.**

A côté de la paralysie générale chronique observée chez les sujets traités par la malariathérapie et le stovarsol, de la paralysie générale subaiguë et de la paralysie générale aiguë qui évolue en l'espace de plusieurs mois, on peut isoler une forme rare suraiguë, qu'on peut appeler aussi galopante ou fulgurante.

Elle se caractérise par son évolution rapide et fatale, la mort survenant en l'espace de quelques jours, après l'apparition des symptômes cliniques nécessitant l'internement. Nous éliminons de ce cadre les cas dans lesquels l'évolution rapide de la maladie est due à une complication intercurrente toxique ou infectieuse, à des accidents épileptiformes ou apoplectiformes.

C'est d'après l'étude anatomo-clinique de six cas, que nous insistons sur certains caractères, cliniques, étiologiques et pathogéniques de cette forme peu étudiée.

La maladie est survenue aux alentours de la quarantaine. Dans nos observations où la syphilis est connue, le laps de temps entre l'accident syphilitique initial et le début de l'affection varie de 12 à 18 ans. Aucun traitement n'avait été pratiqué chez quatre de nos sujets. Dans un cas, le malade avait suivi un traitement continu et régulier. A noter les excès éthyliques dans les antécédents de deux sujets.

La phase prodromique est d'ordinaire courte et peu caractéristique : asthénie avec fatigabilité et diminution de l'activité professionnelle, dépression légère, troubles caractériels, préoccupations hypocondriaques. Tous nos sujets ont pu encore exercer leur profession quelques jours avant leur hospitalisation.

La phase aiguë débute le plus souvent par une vive anxiété, un état confusionnel associé à une excitation excito-motrice violente qui entraîne des réactions clastiques et nécessite d'emblée l'internement. Les idées délirantes sont mobiles et variées, on peut constater des idées mégalomaniaques de richesse ou de grandeur, des idées de persécution et d'empoisonnement. Les hallucinations sont polymorphes, auditives, visuelles, parfois zoopsiques en dehors de tout antécédent d'alcoolisme. A l'excitation, succède parfois un état stuporeux avec mutisme et refus d'aliments. Ces divers aspects cliniques sont très variables, de sorte que le tableau psychique peut se transformer d'un moment à l'autre.

Les troubles neurologiques sont ceux de la paralysie générale classique. Il en est de même des réactions sérologiques et liquidiennes. Dans un cas, nous avons noté une leucocytose rachidienne de 120 éléments.

La fièvre débute en même temps que la phase aiguë et on la constate dès l'arrivée du malade à l'hôpital psychiatrique. La courbe est irrégulière, oscillant entre 37°5 et 39°5. L'hyperthermie se maintient généralement jusqu'à la mort ; elle est rarement remplacée par une hypothermie.

L'hyperazotémie n'est pas constante. Quand elle fait partie du syndrome, elle augmente progressivement jusqu'à l'issue fatale, mais n'atteint pas les taux élevés de l'encéphalite psychosique aiguë. Le taux le plus haut constaté a été de 1 gr. 43.

L'évolution se fait vers un épuisement physique. L'amaigrissement est considérable, l'excitation psychique diminue, le malade est somnolent et meurt dans un coma de courte durée. La durée de la maladie a oscillé dans nos cas (laps de temps entre le début de l'épisode aigu et la mort) entre 7 et 12 jours. Les thérapeutiques actuelles se sont montrées inefficaces en raison de la rapidité de l'évolution.

Le diagnostic se pose avec les différents types de confusion mentale exo- ou endogène, en particulier avec le delirium tremens et avec l'encéphalite psychosique aiguë azotémique. Les examens sérologiques et liquidiens permettent seuls parfois de poser un diagnostic certain. Cette forme se différencie de la méningite syphilitique aiguë par l'absence du syndrome méningé.

L'examen anatomique a été effectué dans les six cas. Fait important, nous avons noté l'intégrité des organes autres que le cerveau, sauf dans deux cas dans lesquels il existait une aorte athéromateuse.

L'examen macroscopique du cerveau diffère par certains points

de celui des formes lentes de la paralysie générale. On note comme dans la paralysie générale ordinaire un aspect laiteux des méninges au niveau de la région fronto-pariétale, souvent une adhérence des lobes frontaux entre eux et de la meninge au cortex. Par contre, l'atrophie cérébrale est peu marquée ou nulle ; les granulations du plancher du quatrième ventricule sont inconstantes ; les ventricules latéraux ne sont pas dilatés.

Cinq cas ont fait l'objet d'un examen microscopique. La pie-mère est épaissie, l'inflammation méningée est intense, infiltrante, prenant par places l'aspect d'un véritable tissu gommeux.

Cette infiltration est surtout marquée au niveau des lobes frontaux, de la base du cerveau et dans la région bulbaire. Elle est moins accusée au niveau de la pie-mère cérébelleuse.

Dans le cerveau, l'infiltration lymphoplasmocytaire périvasculaire est diffuse ; les vaisseaux, aussi bien les artérioles, les veinules que les capillaires, sont le siège d'une endopérivasculite intense. Les réactions névrogliques et microgliales sont extrêmement marquées au niveau du cortex, des corps striés, de l'infundibulum ; elle est plus discrète dans le thalamus, les pédoncules et le cervelet.

La névroglie est considérablement hypertrophiée, en particulier au niveau de la couche moléculaire corticale. Les microglyocytes sont monstrueux, gonflés de varicosités et de vacuoles.

Les lésions des cellules sont diffuses et intéressent même des régions cérébrales dans lesquelles la périvasculite est peu marquée. Elles s'étendent dans certains cas jusqu'aux cellules radiculaires de la moelle. Elles sont moins accusées au niveau des noyaux des nerfs crâniens et des cellules du locus niger. Leur aspect est celui d'un processus dégénératif aigu : chromatolyse, excentricité du noyau, non colorabilité des prolongements, lyse cellulaire et souvent satellitose abondante.

L'examen microscopique des organes n'a pas décelé de lésions importantes, ni dans le foie, ni dans les reins.

Il s'agit donc d'une méningo-encéphalite suraiguë, plus intense que dans la paralysie générale classique. Les lésions cytologiques diffuses ressemblent à celles que l'on note dans les processus aigus toxiques et infectieux. On peut admettre que, dans ces cas, au processus infectieux tréponémique s'adjoint un facteur de toxémie syphilitique suraiguë, sans qu'il soit nécessaire d'émettre l'hypothèse de l'association d'un virus neurotrope.

L'aspect des lésions laisse supposer que, bien avant le déclenchement de la phase aiguë, les malades devaient présenter déjà

depuis un certain temps certains symptômes indiquant l'atteinte cérébrale, fait qui s'observe couramment chez la plupart des paralytiques généraux au moment de leur hospitalisation.

Syndrome de Gélineau post-encéphalitique avec hallucinose.
Electro-encéphalogramme, par MM. A. CHARLIN, Y. PÉCHER
et A. PASSOUANT.

L'origine encéphalitique de nombreuses narcolepsies-cataplexies est connue depuis longtemps. M. Lhermitte a soutenu qu'un tel syndrome avait une base organique et qu'un examen neurologique attentif mettait souvent en évidence l'origine encéphalitique de syndromes de Gélineau paraissant purs. Les phénomènes hallucinosiques, ainsi que la cataplexie d'endormissement et de réveil qui les accompagnent, ont été également très étudiés par les auteurs allemands et par M. Lhermitte. Enfin, les relations entre les narcolepsies et cataplexies et l'épilepsie ont été l'objet de nombreux travaux, en particulier de MM. Marchand et Aju-riaguerra. Cependant, nous tenons à revenir sur ces diverses données avec cette observation qui soulève plusieurs problèmes :

OBSERVATION. — B..., 44 ans, gendarme. Présenta en 1930 un épisode méningo-encéphalitique au Val-de-Grâce. Sorti de l'hôpital, il se plaint d'hypersomnie et de diplopie passagère ; depuis, est apparu le syndrome suivant :

1° Des crises de narcolepsie. Brusquement, il s'endort dans n'importe quelle position. Pendant la garde, il se sent envahir brusquement par le sommeil et est l'objet de plusieurs punitions. Ces crises narcoleptiques, survenant plusieurs fois par jour, sont favorisées par l'immobilité prolongée, un travail monotone ; elles le prennent à n'importe quel moment, assis, en marchant, à bicyclette. Parfois il peut, en s'agitant, empêcher la crise ; d'autres fois, la narcolepsie est irrésistible ; il est brusquement réveillé par une chute de sa bicyclette ou s'il marche sur une route il se réveille dans le fossé, car il garde dans son sommeil un certain automatisme de marche. Dès qu'on le touche, il se réveille.

2° Des crises cataplectiques qui surviennent n'importe quand ; lorsqu'il est étendu sur le dos et qu'il sent venir sa crise, il parvient parfois avec peine à se mettre sur le côté et la crise avorte. Mais les émotions ont un facteur déclanchant très important ; le rire provoque chaque fois une chute à terre et lors de libations avec ses camarades, ceux-ci s'amusaient à les provoquer. Brusquement, le sujet se sent fléchir sur ses jambes, tombe sans perte de connaissance et se

relève presque aussitôt. Toute surprise, comme la rencontre inattendue d'un ami, une nouvelle, peuvent les provoquer. S'il se trouve à bicyclette et qu'il croise une auto, il a peur de s'effondrer, de même lorsqu'il passe sur un pont, mais irrésistiblement la crise se déclenche. Ce gendarme est très gêné dans son service ; un jour, entendant crier « au voleur » et voulant aller aider une femme à qui on volait son sac, s'est brusquement effondré. Pendant sa crise, le sujet ne peut parler, mais a parfaitement conscience de ce qui se passe ; la durée est de quelques secondes.

3° Cataplexie d'endormissement avec hallucinose. Ces phénomènes ont existé de 1930 à 1939 et ont disparu. Au moment où il s'endormait, le sujet avait brusquement l'impression de ne pouvoir plus bouger ; une angoisse très pénible s'emparait de lui avec sensation de gêne précordiale intense et de mort imminente. Il voyait rôder des animaux autour de lui : serpents, éléphants, singes ; il entendait chuchoter des voix qu'il reconnaissait. Elles l'insultaient, se moquaient de lui ; il voyait venir ces gens sur lui avec des cigarettes, il sentait qu'on le brûlait, il avait alors envie de crier mais restait inerte ; cependant, parfois, après des efforts pénibles, il arrivait à pousser un cri et se réveillait soulagé. Il reconnaissait le caractère pathologique de ses troubles et sortait de l'état d'étrangeté et de bizarrerie du monde extérieur où il se trouvait.

Examen neurologique. — Faciès figé, déficit de convergence, hyperexcitabilité mécanique des muscles, plus marquée à droite, signe du jambier antérieur manifeste. Examen neurologique par ailleurs négatif en dehors des séquelles d'une ancienne sciatique gauche. Petit syndrome adipeux, seins augmentés de volume, surtout à droite. Chute des poils. Tension artérielle : 14-8. Bordet-Wassermann : négatif. Urée : 0,34. Glycémie : 1 gr. 12. Cholestérol : 1,90. Chl. globulaire : 1,98. Chl. plasmatique : 3,12. Protéïdes totaux : 91 grammes. Sérumbalbumine : 57 grammes. Sérumbglobuline : 34 grammes. Formule sanguine et numération : normales. Métabolisme basal : + 4 0/0.

Ponction lombaire, fond d'œil et champ visuel : normaux.

Radiographie du crâne normale. Selle turcique petite avec pont inter-clénoïdien et apophyses clinoides massives.

Electro-encéphalogramme (Dr Fischgold) : On n'enregistre pas de crise de narcolepsie véritable mais des états d'endormissement passagers. Le rythme α , par ailleurs très régulier, continu et ample, diminue son voltage et prend l'aspect en *fuseau* quelques secondes ; sur les régions antérieures et postérieures, on constate la disparition de α et des *ondes lentes*.

L'histoire de ce gendarme est, par son côté anecdotique, peu banale ; nous la rapprochons de cette observation de M. Lhermitte où un chasseur s'effondrait chaque fois qu'il tirait sur un lapin. Les ennuis d'ordre disciplinaire de ce sujet rappellent les

observations de M. Fribourg-Blanc, qui mit en évidence l'intérêt médico-légal des séquelles de l'encéphalite.

Nous ne saurions reprendre ici l'étude des rapports entre l'épilepsie et la narcolepsie-cataplexie après les travaux documentés de MM. Marchand et J. de Ajuriaguerra (1). Nombreuses sont les observations où l'on a noté la coexistence de ces phénomènes et de nombreux auteurs estiment que ces faits plaident en faveur de la parenté avec la comitialité. MM. Marchand et J. de Ajuriaguerra ne partagent pas cette opinion. Cependant, alors que le rôle du diencéphale est mis en évidence dans le mécanisme de la crise épileptique on doit noter que le syndrome de Gélineau est également en rapport avec une atteinte du diencéphale. Les progrès de l'électro-biogénèse, et Fessard le signalait récemment, semblent démontrer que lorsqu'on enregistre un électro-encéphalogramme il ne s'agit pas d'un phénomène purement de surface mais qui se passe plus profondément. Janzen signalait que les modifications encéphalographiques de la crise d'épilepsie faisaient défaut au cours de la crise narcoleptique. Dans notre cas, la constatation d'ondes lentes groupées ne plaide-t-elle pas chez ce sujet qui n'a jamais présenté de crises comitiales, en faveur d'une parenté entre l'épilepsie et les symptômes du syndrome de Gélineau ? Il est vrai qu'on a constaté des ondes lentes chez l'individu normal.

Nous voudrions maintenant revenir sur le syndrome de Münzer-Rosenthal dont la cataplexie, les phénomènes hallucinatoires et l'anxiété forment l'armature, et que M. Lhermitte a analysé dans un mémoire (*Ann. méd. psycho.*, 1938). Pour Rosenthal l'état de dissolution des fonctions psychiques qui engendre les phénomènes hallucinatoires de la cataplexie serait consécutif à l'anxiété si pénible des patients qui interdit toute concentration de pensée. M. Lhermitte estime que l'état de transe cataplectique n'est pas aussi profond que le soutiennent les Allemands et que l'anxiété n'est pas la raison majeure des phantasmes hallucinatoires. Il se demande au contraire si ce n'est pas l'anéantissement de tout l'être physique, incapable de réagir devant les troubles psycho-sensoriels tout en gardant un esprit lucide qui provoque une vive anxiété. Dans notre observation, le malade est formel, l'ensemble des troubles commence par une angoisse très pénible, et il est certain que, comme Rosenthal, on pourrait se demander si cette anxiété n'est pas l'élément dominant. En réalité, sur les

(1) L'épilepsie cataplectique. *Annales médico-psychologiques*, mai 1940. — L'épilepsie narcoleptique. *Paris médical*, septembre 1941.

nombreux cas que nous avons examinés, il nous a paru qu'une telle éventualité était peu commune et, ainsi que l'écrit M. Lhermitte, certains cataplectiques hallucinés ne sont pas angoissés. Cependant, nous ne pensons pas que l'anxiété soit secondaire à l'état de cataplexie et aux phantasmes hallucinatoires. L'anxiété du cataplectique est un phénomène concomitant et indépendant. Nous voudrions pour preuve rapporter ici l'analyse du trouble chez un confrère qui a pu s'analyser avant et après avoir eu connaissance de ces problèmes.

Atteint en 1928 d'un épisode grippal avec diplopie, ce médecin est venu nous confier qu'il présentait des crises de narcolepsie et une cataplexie d'endormissement très pénible. Après une journée chargée, alors qu'il commence à jouir d'un sommeil réparateur, il a l'impression de ne plus pouvoir bouger et se sent menacé. « J'ai souvent l'impression que quelqu'un ouvre la porte de mon appartement, j'entends craquer le parquet sous ses pieds, il ouvre la porte de ma chambre et je sens comme un souffle frais ; je distingue vaguement une ombre dans la nuit, j'ai alors comme la sensation qu'il va m'étrangler. Je voudrais remuer, me lever, allumer l'électricité, mais je ne puis ; aucun son ne veut sortir de ma gorge. D'autres fois, j'ai l'impression que des formes blanches s'agitent autour de moi, chuchotent et me menacent. Pendant ce temps je suis oppressé, j'ai une angoisse précordiale pénible, les hallucinations disparaissent cependant que persistent mon angoisse et mon anxiété... J'ai l'impression que si je m'endors plus profondément je ne me réveillerai plus. Parfois, les hallucinations réapparaissent, d'autres fois j'arrive à me réveiller complètement et les troubles cessent, mais la sensation d'angoisse dure encore... ; au début, j'étais très impressionné, puis je m'y suis habitué, surtout depuis que vous m'avez mis au courant. Je sais très bien que tout se terminera heureusement. Je connais le déroulement de la crise, je sais que ces hallucinations sont pathologiques mais mon angoisse persiste. Au début j'étais très inquiet, et certainement cela ajoutait à mon angoisse, mais maintenant elle persiste malgré tout. En ce qui concerne les hallucinations, je ne puis pas dire que par moments très brefs je n'y crois pas, mais cela est très court ; il y a dans toutes ces crises comme des moments « de haute et basse tension » (*sic*).

Dans sa cataplexie d'endormissement, ce médecin reste parfaitement lucide, jusqu'au point d'analyser ses phénomènes d'hallucinoïse. Les trois éléments du syndrome de Müntzer-Rosenthal paraissent entièrement distincts et indépendants. Il nous semble donc que cette anxiété n'est ni la cause, ni la conséquence des phénomènes psycho-sensoriels. Nous la considérerions volontiers comme une « anxiété striée ».

Les troubles mentaux dans l'hypotension intra-cranienne,
par MM. R. BESSIÈRE, P. PUECH et J. MORICE.

L'hypotension intra-cranienne, quelle qu'en soit la cause, se manifeste cliniquement par un triple syndrome : psychique, neurologique, et anatomique de trépano-ponction.

C'est le premier que nous nous proposons d'étudier dans ce travail. Nous avons, en effet, été frappés par la fréquence des troubles psychiques au cours de l'hypotension intra-cranienne. Il faut reconnaître d'ailleurs que ces troubles existent très rarement à l'état isolé et qu'il y a fréquemment une intrication des syndromes neurologiques et psychiques.

Notre travail repose sur 34 observations d'hypotension. Nous ne saurions trop insister sur le fait qu'il s'agit d'hypotension intra-cranienne anatomiquement vérifiée. Chaque fois, la trépano-ponction a mis en évidence un collapsus ventriculaire indiscutable et a ainsi permis d'une part de confirmer le diagnostic déjà soupçonné par la clinique et, d'autre part, de rétablir une pression ventriculaire normale.

Sur 34 malades observés, 22 présentaient des troubles mentaux. Nous allons essayer de mettre en évidence ces troubles mentaux, leur évolution, et les caractères qui permettent de les rattacher au syndrome d'hypotension intra-cranienne.

Schématiquement, l'hypotension intra-cranienne évolue en trois périodes qui peuvent d'ailleurs, suivant les cas, être plus ou moins longues, leur durée étant en rapport avec la variété clinique d'hypotension. C'est, en effet, au cours des hypotensions en apparence primitives que l'évolution en trois phases est la plus caractéristique.

I. — Au cours de la première période ou PÉRIODE PRODROMIQUE, apparaissent les symptômes suivants :

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, nous nous trouvons en présence d'un malade qui vient consulter pour *des troubles du caractère et de l'état thymique*. Le malade devient irritable ou au contraire indifférent ; parfois, il devient expansif, avec agitation hypomaniaque, parfois, au contraire, triste et déprimé. L'observation en est un exemple :

OBSERVATION I. — All... Simone, 21 ans, chute de bicyclette, fracture du rocher droit, quinze jours de coma. Puis céphalées temporales et aux changements de position impression de déplacement dans la tête. Sept mois après l'accident, absences de plus en plus fréquentes.

Troubles visuels et du langage et surtout *changement du caractère*. Elle devient irritable, son humeur est variable. Troubles progressifs de la mémoire. Tout récemment, nausées au cours des crises de céphalées.

Examen neurologique : paralysie faciale droite périphérique. Fond d'œil normal. O.R.L. : hypoexcitabilité vestibulaire droite. E.E.G. : souffrance cérébrale généralisée. Intervention : hypotension, rétablissement d'une pression normale. *Guérison*.

Tantôt, au contraire, c'est une perte progressive de la mémoire, entraînant un état de *confusion mentale légère* qui sera le signe d'alarme. En voici un exemple :

OBSERVATION II. — Sti... Aurélie, 39 ans, troubles de la mémoire de fixation et dévocation, désorientation temporo-spatiale progressive, puis *confusion mentale*, quelques idées délirantes très floues. Apparition de crises bravais-jacksoniennes gauches. Examen neurologique : signe de Babinski à gauche. Intervention : hypotension, rétablissement d'une pression normale. *Guérison*.

Plus rarement, on note, dès ce stade, une certaine somnolence pouvant aller jusqu'à des accès de *narcolepsie* :

OBSERVATION III. — Rév... M., 46 ans, somnolence dans le travail depuis 6 ans, puis *accès narcoleptiques* durant un jour ou deux et se produisant une ou deux fois par mois. Obtusion intellectuelle avec bradypsychie. Troubles de la mémoire portant sur les faits anciens. Polyurie. Examen neurologique : réflexes tendineux vifs. Signe de Babinski bilatéral. Fond d'œil normal. Intervention : hypotension, rétablissement d'une pression normale intra-ventriculaire. *Guérison*.

Nous voyons donc la variété des troubles qui constituent le syndrome psychique à cette période prodromique. Mais quel est donc le caractère spécial qui va permettre de rattacher ces symptômes à l'hypotension ? C'est, avant tout, leur *aspect fugace et transitoire. Ils prédominent aux heures éloignées des repas, sont calmés par l'alimentation et la boisson*. L'observation qui suit en est une illustration typique :

OBSERVATION IV. — Lou..., 46 ans, le matin anormalement euphorique, s'endort, puis réveil spontané deux heures après. A présenté 6 accès analogues. Brusquement, un matin, coma avec hémiplégié droite et quelques éléments aphasiques.

Fond d'œil : légère dilatation veineuse avec papilles à bords estompés. Intervention : hypotension, remise en tension normale des ventricules (on injecte 40 cc. de sérum). *Guérison*.

II. — Succédant progressivement à cette période prodromique, que l'on arrive toujours à mettre en évidence, s'installe la

PÉRIODE D'ÉTAT. A ce stade, les troubles mentaux sont nettement caractérisés et l'on peut alors vraiment parler de la forme psychiatrique de l'hypotension intra-cranienne.

Tantôt, il s'agira d'un *état maniaque* succédant à un *état confusionnel*. L'observation suivante en est un exemple :

OBSERVATION V. — Gir... Daniel, 7 ans 1/2. Après une exposition prolongée au soleil, céphalées, somnolence, avec périodes d'agitation. Puis crises d'épilepsie. Ponction lombaire normale. Les jours suivants: Kernig, quelques convulsions. Ponction lombaire, blocage.

On pense à une hémorragie méningée, avec hypertension intracranienne, et l'on fait une ponction ventriculaire.

Ponction ventriculaire : hypotension, rétablissement d'une pression normale, disparition du coma et du Kernig.

Quatre jours après, état d'excitation psycho-motrice avec troubles de l'attention, grossièretés, association de mots par assonance, fuite des idées. Un mois après, signes généraux de déshydratation intense, et persistance des signes psychiques.

Ponction ventriculaire. Hypotension et dilatation ventriculaire. Remise en tension normale des ventricules. *Disparition des troubles mentaux.*

Neuf mois après, crises d'épilepsie, on décide d'ouvrir la lame sus-optique en raison de la dilatation ventriculaire, mais à l'intervention grosse méningite séreuse, on fait une décompressive.

Les troubles mentaux ont disparu, seuls persistent quelques légers troubles du caractère.

Tantôt, au contraire, nous serons en présence d'un malade qui présentera un état de *dépression mélancolique* (Puech, Bessière, Micoud et Brisson) (juillet 1942) :

OBSERVATION VI. — M..., 47 ans, interné pour accès mélancolique avec idées de suicide et d'indignité. Episode analogue 10 ans auparavant. Aggravation rapide des troubles. Asthénie. Ponction lombaire normale, qui provoque des crises dramatiques d'épilepsie B.J. gauche avec hémiparésie. *Etat d'anxiété très prononcé.* Ponction ventriculaire : hypotension avec légère dilatation ventriculaire. Rétablissement d'une pression normale. *Guérison.*

Parfois, comme dans l'observation de MM. J. Delay, P. Puech et J. Maillard, il s'agit d'*accès de confusion mentale à répétition*, où en dernier lieu une ventriculographie montra une forte hypotension et où la remise en tension normale amena la guérison de l'accès.

Dans d'autres cas, ce sont *des troubles de la parole du type aphasique* qui attireront notre attention :

OBSERVATION VII. — Avr... Marie, 61 ans. Depuis 6 ans, céphalées et troubles du caractère évoluant progressivement, puis *perte de l'usage et du sens des mots*. Tentative de suicide. Affaiblissement mental avec aphasie nominale, surdité verbale, apraxie. Examen neurologique négatif. Fond d'œil normal. Ventriculographie : hypotension ventriculaire avec dilatation des ventricules.

Après l'intervention, les troubles mentaux régressent partiellement et principalement les phénomènes aphasiques.

III. — Si on laisse l'évolution se poursuivre, si on ne rétablit pas dès cette période une pression intra-ventriculaire normale, le malade sombre progressivement dans un coma de plus en plus profond, qui constitue la phase terminale :

OBSERVATION VIII. — Gir... Alain, 12 ans, crises nerveuses avec pleurs ; crises depuis un an, agitation motrice, défaut d'attention, pertes de la mémoire, instabilité psycho-motrice. Brusquement crises comitiales et coma avec Babinski bilatéral. Ponction ventriculaire : hypotension, remise en tension normale. *Guérison*.

Dans les observations des malades que nous venons de présenter, l'hypotension intra-cranienne, qu'elle soit primitive ou secondaire, semble être *la cause déterminante des troubles mentaux*. Le simple rétablissement d'une pression normale intra-ventriculaire a provoqué une guérison complète.

Dans d'autres cas, au contraire, il semble qu'une partie seulement des troubles mentaux soit imputable à l'hypotension. Il s'agit alors d'hypotension associée à des lésions diverses : hémorragies, ramollissement, atrophie, scléroses cérébrales dont certains s'accompagnent souvent de dilatation ventriculaire, et il est permis de penser que dans ces cas l'hypotension est secondaire à la lésion cérébrale. Ceci explique que dans quelques cas, dont les observations suivantes sont une illustration typique, une partie seulement des troubles mentaux ait cédé à la thérapeutique habituelle.

OBSERVATION IX. — Dol... Jeanne, 53 ans, affaiblissement intellectuel global progressif depuis 2 ans. Troubles mnésiques portant sur les faits anciens et récents, désorientation temporo-spatiale. Troubles de l'attention, aphasie, pas d'alexie ni d'apraxie. Parfois, euphorie. Parfois, au contraire, légèrement triste.

Intervention : hypotension ventriculaire avec légère dilatation ventriculaire globale. Remise en tension normale. *Pas d'amélioration*. Encéphalographie gazeuse. Légères zones d'atrophie cérébrale. Un mois après, état mental inchangé.

OBSERVATION X. — P... Georges, 48 ans, traumatisme crânien, céphalées, puis torpeur, avec amnésie des faits récents, confusion mentale. Intervention : ventriculographie, ventricules en place.

Trépanation sous-temporale droite, grosse méningite séreuse. Amélioration de l'état psychique, mais bientôt reprise de l'état confusionnel avec onirisme auditif et visuel, agitation. Ponction ventriculaire, hypotension intra-ventriculaire et remise en tension. *Nouvelle amélioration mais qui n'est que transitoire.* Par la suite, *il persiste une psychose paranoïde.*

Nous voyons donc l'importance de l'hypotension intra-cranienne en psychiatrie, tant dans sa forme où le traitement permet une guérison complète, que dans la forme, associée à des lésions destructives du système nerveux, où elle apparaît comme une complication pouvant entraîner la mort. Ces faits font ressortir la nécessité d'une thérapeutique énergique et précoce : la remise en tension normale des ventricules, par injection directe d'air, après trépano-ponction. Une telle thérapeutique replace le cerveau dans des conditions de fonctionnement physiologique. On peut se demander si le rétablissement d'une pression normale n'agit pas d'une façon un peu comparable à celle de l'électrochoc sur les centres neuro-végétatifs du diencephale.

BIBLIOGRAPHIE

- P. PUECH, BESSIÈRE, MICOUD et BRISSON. — Mélancolie anxieuse et hypotension ventriculaire. Traitement neuro-chirurgical. Guérison. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1942.
- P. PUECH, PERRIN, KÆCHLIN. — L'hypotension intra-cranienne. *Presse médicale*, août 1942.
- P. PUECH, PERRIN, LERIQUE, KÆCHLIN. — L'hypotension intra-cranienne non traumatique. *Paris médical*, sept. 1942.
- P. PUECH, LHERMITTE, J.-F. BUVAT, LERIQUE, PERRIN. — Un cas d'hypotension intra-cranienne non traumatique avec constatation anatomique. *Revue neurologique*, nov. 1942.
- J. MORICE. — L'hypotension intra-cranienne. *Thèse Paris*, 1944, Doin, éditeur.
- R. BESSIÈRE et P. SCHERRER. — Traumatisme crânien ; méningite séreuse avec collapsus ventriculaire ; améliorations transitoires de l'état confusionnel après insufflations ventriculaires ; syndrome paranoïde résiduel. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1944.
- THIÉBAULT. — La grande hydrocéphalie latente de l'adulte. *Presse médicale*, janvier 1945.
- J. DELAY, P. PUECH et J. MAILLARD. — Confusion mentale périodique. Résultats de l'électrochoc et de l'insufflation ventriculaire. *Annales médico-psychologiques*, juin 1945.

L'évolution du behaviorisme et la notion de structure en psychiatrie, par MM. Lucien BONNAFÉ, André CHAURAND, Francis TosQUELLES et André CLÉMENT (de St-Alban).

Les discussions de notre groupe sur la notion de structure ont toujours été dominées par une préoccupation qui nous est commune avec bien des psychiatres, la crainte de se laisser entraîner par des notions métaphysiques ou de glisser dans la voie du « psychologisme pur ». Mais nous avons été soucieux d'éviter un biologisme étroit assez habituel et la contamination par une métaphysique inconsciente qui nous paraît le pire écueil, celui qui consiste à « philosopher sans le savoir ».

La stérilité du biologisme strict et de la métaphysique plus ou moins consciente qu'il implique, celle des notions abstraites de la psychologie classique devaient diriger l'attention des psychiatres sur des réactions parallèles observables chez les psychologues. Nous avons en vue ici la psychologie expérimentale et d'une façon plus précise le behaviorisme, d'une transcendance doctrinale beaucoup plus évoluée.

Il est entendu que l'objet permanent de notre étude est le malade concret, que nous aspirons à une connaissance globale de cet objet, que l'emploi des notions structurales répond à cette nécessité, que ces tendances comportent un danger d'intoxication par des notions ontologiques ou simplement « pré-fabriquées ».

L'étude des conduites, du comportement humain, aspect positif du behaviorisme, et son aspect négatif, la critique antimentaliste, apportent indiscutablement des apaisements à ces soucis.

Ce n'est pas dans l'étape de la psychologie physiologique, qui n'a fait, comme dit Kantor, que « créer une physiologie dans laquelle il est impossible aux physiologistes de se reconnaître » et qui est aujourd'hui une cause irrémédiablement perdue, que nous trouverons matière à une utile discussion. Par contre, l'évolution du behaviorisme est d'un autre intérêt.

La conception primaire du couple « stimulus-réponse » s'enrichit progressivement vers une psychologie de la totalité. L'exil de la gestalt-théorie en Amérique contribue à cette évolution sans l'expliquer exclusivement.

Watson, dans son œuvre primitive, promettait une étude de l'organisme comme un tout (« as a whole »), en vue de se différencier de la physiologie. Il parlait d'une « organisation » imposée par le milieu à la « structure » (celle-ci vue au sens anatomique), mais dans cette organisation, dans ces « réactions

globales de l'organisme », nous ne retrouvons que des chaînes de réflexes. L'habitude est le processus de cette organisation, son mécanisme est une adaptation due uniquement au hasard, gouvernée par les lois de récurrence et de fréquence. Ces conceptions ont fait classer définitivement ce behaviorisme comme atomiste, le couple stimulus-réponse n'apparaît que comme une traduction de l'associationisme et le « as a whole » watsonien comme une « précaution oratoire » (Politzer). Tilquin a bien mis en évidence la discordance entre la méthode behavioriste et le contenu de sa psychologie. On ne parle que des « fonctions de l'âme » sous un autre nom, on « behaviorise la psychologie de la conscience », « Watson-révolutionnaire rédige les manifestes, Watson-conservateur cherche à les réaliser ».

A ce stade, la normalité, l'adaptabilité sont définies par le bon conditionnement, et, puisque le conditionnement est un produit du hasard, l'inadaptation de la folie devrait être imputable à un mauvais hasard.

Où l'on dépiste clairement les inconvénients du verbalisme de la totalité, c'est dans la conception des rapports entre les organisations viscérales, manuelles et laryngées. Watson n'invoque ni une addition de structures différentes et autonomes, ni une influence d'une structure sur l'autre, ni une totalité au-dessus des autres organisations. Il présente les rapports entre ces diverses structures comme une identité. Il s'agirait de trois aspects d'une même organisation « constituant le courant de notre activité, c'est-à-dire notre personnalité » (Tilquin).

Nous voyons ici apparaître une façon de voir parallèle à la manière dont nous avons parlé précédemment d'« aspects structuraux ». Mais en réalité, il ne s'agit pas de rendre justice à l'analyse abstraite et aussi à la totalité, d'analyser les fonctions et ensuite d'affirmer l'ensemble. La totalité, donnée initialement comme objet de notre connaissance, doit rester une notion présente à tout moment de l'étude, fond nécessaire à toutes nos considérations. Faute de quoi, nous perdons de vue le concret, le drame humain.

Politzer nous indique clairement que l'ambition de prendre conscience de la totalité n'apporte pas d'entraves à l'analyse élémentaire (1).

« Ce n'est pas de l'analyse élémentaire même que vient la fausseté de la psychologie des éléments, mais de ce sur quoi porte l'analyse élémentaire. Ce qui est faux n'est pas l'affirmation selon laquelle la psy-

(1) Psychologie mythologique et psychologie scientifique. *Revue de psychologie concrète*, n° 1, février 1929.

chologie doit décomposer le fait psychologique en ses éléments, mais la thèse d'après laquelle la vie psychologique à décomposer est celle que décrit la métapsychologie. La psychologie concrète emploie, elle aussi l'analyse élémentaire. Seulement, son analyse part du drame et cherche à dégager des éléments homogènes du drame ; elle ne décompose les segments dramatiques qu'en d'autres segments dramatiques qui sont plus profonds et plus fondamentaux que les premiers mais qui impliquent encore la totalité de l'individu considéré dans sa vie singulière... Ce qui importe (est) que tous les faits, toutes les constatations, même les plus particulières, impliquent déjà la totalité de l'homme et que l'élément le plus primitif de la psychologie en soit déjà inséparable et représente par conséquent un segment du drame. »

L'évolution du béhaviorisme est très démonstrative du progrès vers une discipline tenant compte au maximum de la totalité humaine dans le monde.

Après la période d'extrémisme physiologique qui dépassa Watson lui-même, nous voyons apparaître avec Weiss un béhaviorisme bio-social et même cosmogonique, science de l'homme total qui cherche à définir le statut de l'individu dans l'organisation sociale dont il est membre.

Tolman va immédiatement plus loin : l'organisme est « intégré », il y a plus, le milieu et l'organisme réalisent un « inter-béhavior », la psychologie a pour objet les interactions de l'organisme et du milieu, l'objet ne devient stimulus que par sa signification personnelle, les actes en lesquels la vie psychique est décomposable sont segments du comportement dans l'unité indestructible de l'être et du milieu. La signification des gestes humains ne réside pas dans des capacités physiologiques mais dans l'histoire réactionnelle de l'individu, dans sa manière d'interaction vis-à-vis des choses et des autres individus.

Avec l'étape opérationnaliste (Bridgman, Tolman, Kantor, Stevens, etc...), les objets ne sont plus définis en termes de leurs propriétés. Ce que nous mettons en relief ne dépend pas uniquement de la nature de l'objet mais aussi de l'expérience qui le dégage, l'objet doit être défini en termes d'expérience. Sur l'intégration homme-milieu jouent l'intervention du chercheur, la préparation et les conditions de l'expérience. Un reflet de ce point de vue peut être trouvé dans une communication présentée récemment à la société par l'un de nous avec Fouquet (1). Nous rappelons qu'il s'agissait de souligner le rôle sur nos conceptions doctrinales psychiatriques de la structure de l'assistance, des conditions de notre connaissance.

(1) Note sur la solidarité des problèmes doctrinaux et d'assistance en psychiatrie, par L. BONNAFÉ et FOUQUET, *Soc. méd.-psych.*, 27 novembre 1944.

L'histoire du béhaviorisme, en outre de cette évolution vers une conception plus satisfaisante de la totalité humaine dans le milieu et du progrès méthodologique que nous avons souligné en dernier lieu, témoigne d'un dépassement de l'anti-mentalisme radical de Watson.

La négation de la vie intérieure, même dans des conceptions structurales ou molaires, interdisait, transposée en clinique psychiatrique, l'accès au fait psychologique vu « du dedans », tel qu'il est vécu par le sujet. Il semble que les thèses béhavioristes les plus récentes permettent de considérer avec le plus de fruit cet aspect de la réalité. A notre connaissance pourtant il ne paraît pas avoir été tenté de grands efforts en ce sens et le problème reste pratiquement ouvert.

Le béhaviorisme, soucieux de ne s'attacher qu'à ce qui peut être l'objet d'étude scientifique, considère *a priori* cet aspect subjectif, cette version intime du fait psychologique, comme ouverte à toutes les descriptions incontrôlables, comme une mythologie. Il n'en est pas moins vrai que ce vécu est un aspect de l'homme, qui joue un rôle dans la détermination de sa conduite, et nous, psychiatres, ne pourrions engager le contact inter-humain qui fonde la clinique que sur la base du mythe, de l'expression par le malade de sa vie intérieure.

Nous retrouvons ici le double point de vue exposé antérieurement (structure et sens de l'événement morbide) : point de vue du malade et point de vue du socius. Nous nous trouvons aujourd'hui au moment de critiquer l'irréductibilité des deux aspects.

La valeur de l'apport béhavioriste et sa relative insuffisance nous paraissent sensibles par un simple exposé schématique de la réalité concrète qui s'offre à nous dans notre activité professionnelle. Soulignons ici que ces considérations nous paraissent avoir une valeur pragmatique considérable, elles permettent en effet une mise en cause approfondie des considérations mêmes de la situation du malade mental dans la société, du comportement de celle-ci envers lui (l'internement), de la situation respective du malade et du médecin avec toute la texture de l'organisation thérapeutique.

Nous comptons reprendre ultérieurement cette analyse de la situation : l'être étranger au monde par sa conduite « aliénée », exprimant une mythologie personnelle faite de la libération de tout ce que la vie sociale enfouit, la famille, les proches, le milieu social ambiant, adoptant une conduite primitive, en présence d'un « tabou », les délégués de la société jouant chacun dans le drame un rôle spécifique, le médecin, le maire, l'administration

préfectorale, les conduites rituelles, l'intervention des pouvoirs publics selon des formes dont l'aspect impersonnel et bureaucratique donne le sens, puis après ce prélude, l'acte thérapeutique, le début de la phase essentielle du drame où nous intervenons comme spécialistes qualifiés par la société, le fait concret du malade devant le psychiatre.

C'est alors que se pose avec toute son originalité le fait psychopathologique et que devient évident l'intérêt de considérer les diverses interactions, malade, milieu, psychiatre, organisation d'assistance, autorité sociale, etc... Rien dans l'évolution du « cas » ne peut être considéré indépendamment de ce mouvement de structures et de conduites, en particulier les nouvelles conditions d'existence imposées au malade par le psychiatre, forme sociale privilégiée, qui vont agir, ou mieux « interagir » dans la détermination de la conduite du malade.

Ce « vécu » du malade peut d'abord être défini comme image de sa conception du monde, interprétation mythique de l'interaction individu-société, forme déterminée en outre par l'attitude qu'il prend devant son propre vécu.

La situation malade-psychiatre conditionne la compréhension de ce vécu et son développement.

Ainsi, les événements, les conflits, les réactions, les perturbations organiques, etc... apparaissent comme des éléments dont nous ne pourrions prendre conscience indépendamment de toute la vie concrète du malade, y compris notre propre interaction, avec le rôle, souligné par l'opérationnalisme, de la méthode et des conditions de l'analyse. Aucun aspect structural ne peut être saisi par des propriétés « en soi ».

Cette démarche nous conduit, outre la compréhension, à un jugement efficace sur la plasticité possible de chaque aspect structural. Il ne s'agit pas seulement de remettre en état un équilibre humoral perturbé, ni d'apprendre à la famille à jouer ou déjouer les illusions du malade, ni de convaincre celui-ci de ses « erreurs » ou de la nécessité de cacher son délire, même pas de créer de nouveaux conditionnements par une thérapeutique active (H. Simon). Il s'agit d'intégrer nos conduites thérapeutiques les plus diverses dans la constellation spécifique qui définit l'objet concret de notre activité : *le malade devant le psychiatre*, élément central du moment thérapeutique dans l'événement social qu'est la maladie mentale.

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire des séances :
Pierre MENUAU.

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 5 juillet 1945

Présidence : M. FRANÇAIS, président

EXPOSÉ DES TRAVAUX DU FONDS BABINSKI

Sur le syndrome pyramidal déficitaire ; sa fréquence et son importance pratique ; le rôle transformateur de sa mise en évidence dans divers types nosographiques, par M. A. CHARBONNEL (de Nantes).

Après le rappel des manœuvres à employer pour objectiver ce syndrome, M. A. Charbonnel montre, à l'aide de nombreuses observations personnelles, sa très grande fréquence en clinique courante et son intérêt pratique, tant au point de vue *diagnostique* (dans des processus histologiquement très variés et aux différents étages du névraxe et plus particulièrement dans les tumeurs hémisphériques, les hématomes sous-duraux traumatiques et les tumeurs de la moelle), que *thérapeutique* (il permet souvent une intervention précoce dans les cas précédents) et *médico-légal* (en apportant une confirmation objective aux troubles fonctionnels de nombre de traumatisés du crâne et de la moelle).

L'auteur envisage ensuite comment, en prouvant l'origine centrale du déficit moteur, ce syndrome a modifié la conception d'une série d'états : 1° le syndrome physiopathique de Babinski-Froement ; 2° les troubles moteurs centraux affectant les deux membres d'un côté après traumatisme d'un seul membre (Barré) ; 3° la forme polio-pyramidale de la maladie de Heine-Medin ; 4° certains cas considérés classiquement comme des polynévrites pseudo-tabétiques ; 5° le syndrome thalamique ; 6° l'épilepsie où sa présence confirme la nature comitiale des crises et doit faire rechercher la lésion causale qui est souvent une tumeur.

Dans une dernière partie, l'auteur étudie le tonus dans le syndrome pyramidal déficitaire, l'importance comparée des différents signes déficitaires entre eux et avec quelques autres tests d'atteinte pyramidale fruste, et enfin la valeur que garde le syndrome s'il est bien analysé, quand on le trouve associé à d'autres syndromes neurologiques, en particulier à des troubles moteurs périphériques ou à des signes cérébelleux.

COMMUNICATIONS

Troubles de l'élévation des globes oculaires dans un cas de chorée de Huntington, par MM. ANDRÉ-THOMAS, X. ABÉLY, J. de AJURIAGUERRA et M^l^{le} LEULIER.

Présentation d'une malade atteinte de chorée chronique, incapable d'effectuer les mouvements d'élévation des yeux. L'analyse de ce trouble montre qu'il ne dépend pas de modifications permanentes du tonus : il faut faire intervenir des anomalies psychiques, en particulier une sorte de négativisme, de renoncement à exécuter les mouvements prescrits, que l'on objective plus facilement au niveau des membres.

Dystonie de fonction très localisée chez un joueur de guitare,
par M. ANDRÉ-THOMAS.

Observation d'un joueur de guitare qui présente une dystonie de fonction uniquement professionnelle. A certains moments il se produit une crispation de l'auriculaire droit lorsqu'il va appliquer ce doigt sur la corde. Le spasme passé, il est capable d'exécuter facilement des trilles. L'examen ne montre qu'une hyperextensibilité de l'auriculaire dans tous les sens. Dans la pathogénie de ce trouble, à côté du facteur mécanique, il faut faire intervenir un facteur psycho-émotif qui joue, comme dans toutes les dystonies professionnelles, un rôle important.

Le contrôle électro-encéphalographique de l'électro-choc,
par MM. L. CORNIL, H. GASTAUT et H. OLLIVIER.

Du point de vue organique aussi bien que fonctionnel, les perturbations bio-électriques dues à l'électro-choc d'application usuelle sont essentiellement réversibles, et ce d'autant plus rapidement que le nombre des électro-chocs a été moins grand et leur espacement plus considérable.

Paralysie complexe des mouvements associés et ptosis évoluant progressivement depuis 30 ans sans autres signes neurologiques, par MM. L. ROUQUÈS, J. VOISIN et J. PAUTRAT.

Présentation d'une femme de 76 ans chez laquelle évolue très progressivement depuis 30 ans un syndrome caractérisé par un ptosis bilatéral, la perte totale des mouvements d'élévation, des mouvements de latéralité vers la droite et de convergence, la diminution des autres mouvements. Les mouvements automatico-réflexes n'existent que dans la limite des mouvements volontairement possibles. Les réflexes pupillaires sont normaux, l'examen neurologique négatif. L'étude clinique et pharmacologique permet d'éliminer l'intervention des facteurs spasmodique et myasthénique.

Rétrécissement extrinsèque du trou de Monro,
par MM. Clovis VINCENT et Gérard GUIOT.

Les auteurs rappellent les signes cliniques et ventriculographiques des obstructions du trou de Monro. Ils insistent sur l'importance des insufflations unilatérales qui permettent de constater l'aspect caractéristique (corne frontale dilatée et médiane) et de reconnaître le côté où se trouve l'obstacle. Ils présentent un malade de 14 ans, opéré depuis un an pour une obstruction non tumorale du trou de Monro gauche (l'intervention a

consisté à faire par une excision limitée une encoche dans le pilier antérieur gauche du trigone) ; les signes d'hypertension intracrânienne ont rapidement disparu et le sujet se comporte normalement. Cette intervention, qui n'est pas grave, a été faite par eux dans plusieurs cas.

Abcès du cerveau et hernies cérébrales infectées traitées par la pénicilline, par MM. M. DAVID, H. HECAEN et TALAIRACH.

Présentation de deux opérés. Les auteurs montrent que par les injections locales de pénicilline associées soit à la pénicillinothérapie générale, soit à défaut de celle-ci à la sulfamidothérapie générale, l'évolution des hernies cérébrales infectées et des abcès du cerveau a été profondément modifiée. On arrive à guérir des sujets dont la mort était autrefois fatale et on peut parfois se contenter d'interventions moins étendues.

Fibrillations musculaires au cours de syndromes neurologiques divers, par M. R. TARGOWLA, M^{lle} A. FEDER et M. J. GRUNER.

Les auteurs présentent trois malades atteints de fibrillations musculaires apparues respectivement 15 ans après une poliomyélite, 12 ans après une sciatique à répétition et au décours d'une radiculo-myélite. Ces fibrillations musculaires débordent le territoire antérieurement lésé, se généralisent malgré la régression des autres troubles et ne semblent liées ni à l'amyotrophie, ni à l'atteinte du neurone moteur.

Traitement de l'œdème cérébral traumatique, par MM. J. LE BEAU et G. GUIOT.

Dans les traumatismes fermés, MM. Le Beau et G. Guiot utilisent les injections intraveineuses à très hautes doses de sulfate de magnésie hypertonique (20 cm³ de solution à 15 pour 100 toutes les deux heures). S'ils n'obtiennent pas ainsi d'amélioration, ils font un grand volet décompressif. Dans les traumatismes ouverts, ils préconisent l'intervention directe sur le foyer de contusion pour enlever les esquilles intracérébrales et exciser les zones hémorragiques.

Tremblement des extrémités observé chez les prisonniers rapatriés, par M. Pierre BÉHAGUE.

M. Pierre Béhague attire l'attention sur un tremblement atypique sans signe de lésion organique du système nerveux observé chez des prisonniers rapatriés.

La gingivite hyperplasique post-diphényl-hydantoïnique, par MM. H. ROGER et J. BOUDOURESQUES (de Marseille).

Pour éviter cette complication, qui a été rapportée à une avitaminose C (?), l'administration du médicament doit être interrompue un jour sur cinq.

Relations entre l'épilepsie et le « Status dysraphicus », par MM. BARRAQUER-FERRÉ et BARRAQUER-BORDAS (de Barcelone).

Valeur séméiologique de l'aréflexie plantaire constitutionnelle, par MM. BARRAQUER-FERRÉ et BARRAQUER-BORDAS (de Barcelone).

Séance du 8 novembre 1945

Présidence : M. FRANÇAIS, président

Nécrologie

M. FRANÇAIS, *président*, prononce l'éloge de M. DIDE, mort dans un camp de déportés.

Troubles nerveux, réflexes névralgiques, convulsifs et paralytiques, par MM. F. THIÉBAUT, G. GUIOT et M^{me} BAYEN.

Les auteurs rapportent deux cas de douleurs extensives consécutives à une irritation périphérique. Chez l'un des malades, les douleurs ont résisté à tous les traitements ; chez l'autre, elles ont cédé à une seule infiltration locale de novocaïne. Ils rapportent également une observation d'hémiplégie survenue sept jours après l'ablation du ganglion étoilé et des ganglions sus- et sous-jacents et discutent le rôle du sympathique dans l'apparition de l'hémiplégie.

Mécanisme du retentissement radicaire de la hernie discale, par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

MM. Th. Alajouanine et R. Thurel montrent qu'une hernie discale peut comprimer l'ensemble des racines motrices et sensitives de la queue de cheval : la sciatique, monoradiculaire et uniquement sensitive, relève de l'irritation de la racine tendue sur la hernie qui la refoule ; la sciatique paralytante serait due à l'étranglement de la racine œdématisée dans sa gaine dure-mérienne.

Lombo-sciatique par hernie discale et grossesse, par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

La compression par la tête de l'enfant ne peut être rendue responsable que des sciaticques tronculaires, portant sur l'ensemble du territoire nerveux et plus paralysantes que douloureuses. Lorsqu'il s'agit d'une lombo-sciatique L5 ou S1, il faut penser à la hernie discale : les auteurs en rapportent deux cas vérifiés. Dans l'un, la sciatique s'était installée au 6^e mois de la grossesse et avait pris fin avec elle ; dans l'autre, la sciatique était survenue au cours d'un accouchement laborieux.

Maladie de Werdnig-Hoffmann et myotonie d'Oppenheim,
par MM. ANDRÉ-THOMAS, J. DE AJURIAGUERRA et LEROY.

A propos de trois observations, les auteurs discutent les rapports des deux maladies. Il est souvent très difficile de classer un malade dans l'un ou l'autre de ces cadres, qui sont trop schématiques. Chez les enfants, il existe des atrophies spinales à évolution progressive, aboutissant parfois à une mort rapide et dans d'autres cas, compatibles avec une longue survie. Il y a, d'autre part, des atonies durables qui peuvent s'améliorer pour tout ce qui n'est pas l'atonie proprement dite. Il y a des cas congénitaux et d'autres à début plus tardif. Il est des formes dont le substratum est spinal et d'autres formes dont le substratum est musculaire.

Intoxication aiguë par le bromure de méthyle ; valeur des symptômes lenticulaires, par MM. N. PÉRON et DUBOIS.

MM. N. Péron et Dubois rapportent un cas aigu d'intoxication par le bromure de méthyle chez un sujet manipulant un produit insecticide. Le tableau fut celui d'une grande agitation psycho-motrice avec délire, troubles pyramidaux et cérébelleux. Des troubles marqués de la mimique et de la parole de type wilsonien permettent d'affirmer une atteinte lenticulaire. Malgré sa gravité, le syndrome a guéri sans séquelles apparentes.

Régression d'un syndrome aphaso-agnoso-apraxique d'origine oxycarbonee ; apraxie constructive ; apraxie de l'habillage, par MM. H. HÉCAEN et J. DE AJURIAGUERRA.

Observation d'un malade chez lequel le syndrome apraxique résiduel était très proche de la planotopokinésie de Pierre Marie. L'étude de ce cas et de quelques autres relevés dans la littérature permet de poser la question de savoir si de tels troubles distincts des troubles de la gnose spatiale vraie ne doivent pas être rattachés au groupe des perturbations de la somatognose ?

Pupille tonique, dans le tabes et la paralysie générale,
par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

Deux observations de pupille tonique chez un tabétique et chez un paralytique général. Les auteurs estiment que l'origine syphilitique de ce syndrome ne doit pas être éliminée sans raisons valables et ne considèrent pas comme telles la négativité des réactions humorales et le caractère non évolutif des troubles nerveux.

Section totale de la moelle vérifiée chirurgicalement et anatomiquement,
par MM. J. LHERMITTE, H. HÉCAEN et J. DE AJURIAGUERRA.

Observation qui confirme que le syndrome de la section totale de la moelle dorsale est soumis à des variations importantes et que la restauration d'une certaine activité automatico-réflexe ne peut être tenue pour le témoignage d'une section incomplète ou d'une section tardivement complétée.

Réparation des brèches osseuses par plaque de tantale,
par M. J. LE BEAU.

M. J. Le Beau présente plusieurs malades dont la brèche crânienne a été comblée par une plaque de tantale. Cette prothèse est facile à poser et, d'après l'expérience des auteurs américains, qui porte sur trois années, semble particulièrement bien tolérée.

Myoclonies vélo-palato-laryngées consécutives à l'électro-choc,
par MM. H. BARUK, BORESTEIN et M^{lle} OWSIANIK.

Les auteurs rapportent le cas d'un jeune homme traité par l'électro-choc pour un simple surmenage : après la 7^e séance, il a présenté un syndrome non régressif de myoclonies rythmées traduisant une lésion de la calotte protubérantielle. Les auteurs soulignent les dangers de cette méthode, qu'ils estiment susceptible de suites éloignées fâcheuses.

La Société de neurologie décide de discuter la question de la nocivité ou de l'innocuité de l'électro-choc au cours de la prochaine séance.

Remarques sur l'électro-choc, par M. Pierre BÉHAGUE.

M. P. Béhague remarque que la crise seule agit et non l'équivalent. Toutefois, par des séries d'infra-crisés réalisées à l'aide d'électrodes spéciales, il espère obtenir des résultats comparables à ceux que donne la méthode de Sakel. Plus la rapidité de répétition des accès est grande, moindre est le nombre de crises nécessaires pour obtenir l'action thérapeutique.

Sur le traitement de l'épilepsie, par M. Pierre BÉHAGUE.

M. P. Béhague préconise l'association de 2 mg. de sulfate de benzédrine à 3 cg. de barbiturique et à 10 cg. de di-phényl-hydantoïate de soude. On peut réduire les prises médicamenteuses à 3 par jour : au réveil, avant le déjeuner et au coucher, le di-phényl-hydantoïate ainsi associé étant bien toléré, même non mélangé aux aliments.

Traitement du tabes par la pénicilline,
par MM. Diego FURTADO, RODRIGUES et MACHADO.

Ce sont surtout les sujets ayant un syndrome ataxique et des réactions liquidiennes intenses qui bénéficient du traitement : les crises gastriques et les douleurs fulgurantes sont améliorées ; l'atrophie optique n'est pas influencée. La pénicilline est administrée par voie intramusculaire et intrarachidienne, celle-ci ne provoquant que des réactions passagères.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 1^{er} décembre 1945

Présidence : M. van HIRTUM, président

Démence pellagreuse, par MM. ROUVROY et ANSLOT.

Relation du cas d'une femme de 62 ans, atteinte d'un syndrome démentiel avec euphorie naïve d'allure paralytique, associé à des lésions cutanées : aspect atrophique de la peau, lésions érythémateuses sur fond de pigmentation brunâtre, aspect scrotal de la langue. Il existait en outre une anémie hyperchrome, une ataxie des membres inférieurs et des troubles de la sensibilité générale, une grande sensibilité aux épreuves de l'insuline et de l'adrénaline. Le traitement anti-pellagreu améliora l'état somatique, mais la malade mourut accidentellement. Le cerveau était exempt de lésions vasculaires ou séniles. Un examen histologique est en cours et sera communiqué ultérieurement.

A propos de trois langues artificielles, d'origine ludique, chez une paraphrénique hypomaniaque, par M. J. BOBON.

Les pseudo-langues *xylofoque* et *zépate* sont simples et n'offrent guère d'intérêt ; il suffit d'ajouter à chaque mot français la lettre *x* ou *z* et de sonoriser ces dernières lors de la prononciation.

Par contre, la pseudo-langue *ciapulos*, d'origine graphique, apparemment incompréhensible, mérite de retenir l'attention. Le rapporteur s'est livré à son propos à une étude linguistique et psychologique approfondie, après en avoir établi un glossaire de 1.500 mots. Il s'est également livré à des enquêtes et épreuves dans diverses écoles secondaires pour jeunes filles de la ville de Liège, au sujet des argots scolaires et des langues dites secrètes. Il souligne l'importance de l'activité ludique, dans le domaine verbal notamment, chez l'adulte civilisé libéré, ou en voie de libération, de certaines contraintes sociales.

Il conclut que : 1° la pseudo-langue *ciapulos* se ramène à du français, torturé de multiples manières, par les artifices les plus variés, en premier lieu par l'anagramme ; 2° elle est fabriquée intentionnellement, à partir de la langue française écrite, sous l'influence partiellement, sinon totalement, inconsciente du latin liturgique, peut-être aussi avec quelques apports inconscients de l'espagnol ; 3° elle témoigne essentiellement, et exclusivement, d'une activité de jeu ; 4° dans sa forme, elle se rapproche des langues argotiques étudiées par les linguistes ; 5° dans son fond, elle se rap-

proche pour autant des argots scolaires actuels, y compris des langues dites secrètes parmi ceux-ci ; 6° la psychologie classique des langues argotiques en général, qui méconnaît l'importance du facteur ludique à l'origine de ces dernières, paraît sujette à révision, de ce point de vue ; 7° la langue *crapulos*, de même que les langues xyloufoque et zébate, ne témoignent pas, par elles-mêmes, d'une régression à un stade infantile de la personnalité.

Magie verbale, avec interdiction de vocabulaire, et mentalité dite primitive, chez un paraphrénique, par M. J. BOBON.

Un malade écrit et parle « *la langue des M* », qui est « bonne » à ses yeux, en opposition avec la langue française courante, qui est « mauvaise ». Cette pseudo-langue, fondée également sur la graphie et la phonie françaises, consiste essentiellement en interdictions de vocabulaire *d'origine magique* avec création de néologismes et de néographismes vrais ou par déformation et substitution de mots.

Se basant sur une information assez large d'ordre linguistique et ethnographique, le rapporteur conclut : 1° nombre de ces interdictions de vocabulaire d'origine magique sont analogues à celles que l'on rencontre assez fréquemment au cours de l'évolution de nos langues ; 2° cette magie verbale traduit une activité mystique ; 3° il existe une analogie remarquable entre la croyance magique de ce malade au pouvoir de certains mots et la même croyance des peuples dits primitifs, des peuples civilisés antiques et, à très faible degré semble-t-il, des peuples civilisés contemporains ; 4° il paraît sans doute prématuré d'admettre, à propos d'un cas semblable — d'ailleurs tout à fait exceptionnel — une véritable régression à un stade « primitif » de la personnalité humaine, en donnant son plein sens au terme « primitif » ; mais il semble à tout le moins permis de parler de *régression à un stade dépassé de notre propre évolution* ; 5° jusqu'à plus ample informé, la conception d'une mentalité mystique-prélogique essentiellement différente de la nôtre ne doit pas être retenue : il est douteux que pareille mentalité existe en fait chez le « primitif » ; chez le malade mental proche du « primitif », elle n'existe qu'aux yeux du psychiatre prévenu.

Variations du choix objectal chez les intersexuels, par M. HENUSSE.

Durant la troisième décennie de leur vie, le choix objectal des intersexuels se fixe fréquemment sur un partenaire doté de caractères invertis, francs et corrélatifs aux leurs ; c'est-à-dire que l'hypoviril choisit une partenaire viriloïde et vice-versa. Au versant déclinant de la trentaine, le plus souvent vers l'âge de trente-trois ans, on constate couramment une reprise de l'individu, au point de vue du comportement psycho-sexuel, par son sexe anatomique. A ce stade critique, l'hypoviril choisit de préférence une partenaire du type « hyperféminin », cependant que la femme viriloïde est séduite, ou du moins fortement tentée, par le type « hyperviril ». Une analyse poussée de ce second type objectal révèle que ces types « hyperféminin » et « hyperviril » constituent en réalité des faux-semblants et que ces objets nouveaux ne sont pas moins affectés d'intersexualité que les précédents. La seule différence est qu'il s'agit ici d'intersexuels masqués et chez qui la prétention virile et la prétention féminine, étalées et triomphantes sur le plan manifeste, dissimulent plus ou moins efficacement une

insuffisance psycho-sexuelle profonde. Ces essais de « rétablissement » effectués par les intersexuels peu après la trentaine échouent en règle générale. Leur intérêt s'augmente de ce qu'ils s'accompagnent fréquemment de syndromes névropathiques ou psychopathiques plus ou moins sérieux et durables.

J. LEY.

Séance du 22 décembre 1945

Présidence : M. van HIRTUM, président

Polynévrite avec alopecie et confusion mentale hallucinatoire,
par MM. H. BAONVILLE, L. ECTORS et J. TITECA.

Les auteurs rapportent les observations de deux malades présentant : a) un début par des paresthésies dans les membres, de la constipation opiniâtre, des douleurs abdominales et une hyperthermie modérée; b) une polynévrite simple, à prédominance motrice, atteignant surtout les membres inférieurs; c) des troubles mentaux d'allure confusionnelle avec agitation psycho-motrice intermittente, hallucinations visuelles, délire à caractère professionnel et fabulation; d) une alopecie survenant vers le 15^e jour.

Dans le premier cas, on trouve un liquide céphalo-rachidien de type inflammatoire (avec 9 éléments et 0 gr. 85 d'albumine); dans le second, le liquide céphalo-rachidien est tout à fait normal. La dissociation albumino-cytologique, retrouvée dans beaucoup de cas similaires, n'est donc pas un élément fondamental du syndrome. En ce qui concerne l'étiologie, l'alcoolisme et une avitaminose peuvent être écartés. L'intoxication au thallium, que certains auteurs ont prétendu être toujours en cause, n'intervient certainement pas non plus. Mais bien qu'on ne puisse préciser le facteur causal, tout indique qu'il s'agit d'une intoxication exogène.

Electro-choc subliminaire et syncope cardiaque, par M. J. HEERNE.

Le choc peut être divisé en trois périodes: une secousse primitive avec perte de connaissance, une période de latence et une crise épileptiforme. Dans le choc subliminaire, la crise est supprimée. Certains auteurs ont affirmé que le choc subliminaire ne donne guère de résultats thérapeutiques et qu'il présente des inconvénients: céphalées plus intenses, accidents respiratoires et cardiaques plus fréquents.

L'auteur cite des cas dans lesquels le choc subliminaire a été suivi de guérison clinique. Il a constaté que la tension artérielle est légèrement augmentée tandis qu'elle est diminuée après le choc complet. Les accidents: apnée prolongée, syncope respiratoire, syncope cardiaque, peuvent se produire mais ne paraissent pas plus fréquents. Il peut y avoir reprise de la syncope respiratoire après la syncope cardiaque. Ces accidents paraissent imprévisibles: l'âge du malade, le nombre de chocs bien supportés anté-

rieurement, le dosage du courant, n'interviennent pas. Les phénomènes pupillaires observés pendant la crise peuvent réapparaître quand le malade refait des mouvements convulsifs. L'action sur le système nerveux paraît avoir un caractère cyclique.

L'assistance familiale et la guerre, par M. RADEMACKERS.

Etude statistique de l'influence de la guerre sur la population des colonies, en particulier celle de Gheel. Le nombre des malades placés dans les familles a diminué de 32 à 40 0/0 en raison des diverses difficultés nées de la guerre. L'auteur cite des chiffres relativement à l'état sanitaire, la fréquence de la tuberculose, le nombre des décès, et retrace l'histoire de la colonie sous l'occupation.

J. LEY.

Société belge de neurologie

Séance du 1^{er} décembre 1945

Présidence **M. CHRISTOPHE**, président

Poliomyélite antérieure subaiguë après traumatisme,
par M. A. DERBYMAEKER.

Observation anatomo-clinique du cas d'une femme de 51 ans qui, à la suite d'une simple contusion du coude gauche, vit se développer en quelques semaines une paralysie totale du membre; en l'espace de trois mois, la paralysie flasque s'étendit aux membres inférieurs, puis au membre supérieur droit. Il y avait aréflexie tendineuse complète, atrophie des petits muscles des mains, pas de fibrillations, aucun trouble de la sensibilité. Le liquide céphalo-rachidien prélevé sept mois après le début, alors que le tableau clinique était stationnaire depuis trois mois, fut trouvé normal, mais le lendemain de la ponction la malade présenta une crise de dyspnée et mourut. L'autopsie générale montra une énorme hémorragie intra-pancréatique et des infarctus dans l'intestin grêle et les poumons.

Au niveau du névraxe: atrophie des neurones de la corne antérieure avec surcharge lipo-pigmentaire; sclérose rétractile avec hyperchromie du protoplasme dans la corne postérieure, réduction du nombre des neurones; atteinte plus discrète de la colonne intermedio-latérale, vaso-dilatation générale de la moelle avec hémorragies disséminées.

Vu la rapidité de l'évolution, l'auteur ne croit pas à une forme pseudo-névritique de sclérose latérale amyotrophique. L'auteur rappelle les cas

décrits par M. J.-A. Barré sous le nom de troubles périphéro-centraux réflexes post-traumatiques, et pense que des troubles vaso-moteurs partant du foyer traumatisé sont à l'origine des lésions observées. Il attire l'attention sur l'importance médico-légale de telles observations.

A propos des méningiomes de la troisième frontale,
par MM. J. HEERNU, L. ECTORS et R. VIKÆR.

Les auteurs se basant sur 19 observations extraites de la littérature et sur 4 cas personnels, estiment que le tableau clinique du méningiome de la troisième frontale peut être élevé au rang de syndrome. Celui-ci est caractérisé par des troubles mentaux, un syndrome pyramidal homolatéral à la lésion avec hypertension intra-cranienne et signes radiologiques pathognomoniques.

Le syndrome pyramidal homolatéral est dû au refoulement du tronc cérébral contre l'arête libre de la tente du cervelet du côté opposé. Les lésions tumorales extra-cérébrales de la troisième frontale (tumeur, hématome) peuvent seules déterminer une hémiplégié homolatérale, cette circonvolution se projetant exactement sur l'orifice de la faux du cerveau et la pression appliquée à ce niveau permettant par conséquent un déplacement latéral maximum.

J. LEY.

**Groupement belge d'Etudes
oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales**

Séance du 22 décembre 1945

Présidence : M. le Professeur COPPEZ, président

Myorhythmies bilatérales du voile (nystagmus du voile) chez une enfant de 8 ans, sans autres signes neurologiques, par MM. J. LEY et M. VAN EYCK.

Présentation d'une fillette de 8 ans sans antécédents pathologiques importants, atteinte depuis plusieurs mois de battements rythmiques à cadence régulière (120 à la minute) de tout le palais mou et du voile du palais, bilatéralement. Ce phénomène, improprement appelé « nystagmus du voile », détermine dans la gorge un bruit audible, même pendant le sommeil de l'enfant, et ne s'accompagne d'aucun autre signe pathologique en dehors d'une très légère anémie.

Valeur séméiologique des examens de circulation rétinienne,
par M. FRITZ.

Divers éléments doivent être interprétés les uns par rapport aux autres : minima et maxima rétinienne, pression différentielle, diamètre et tonus de l'artère, appréciation du débit, pression capillaire, calibre des capillaires, pression veineuse, importance des apports de sang au niveau de la veine rétinienne.

L'hypertension intra-cranienne peut être due à un obstacle à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, ou à une production excessive de liquide. Il y aura, selon les cas, papille de stase précoce ou tardive, œdème rétinien épargnant le secteur temporal, dilatation et atonie des veines. Les phénomènes pathologiques peuvent être masqués par une dilatation concomitante des artérioles.

La manœuvre de Quekenstedt n'altère pas la pression artérielle rétinienne, pas plus qu'une soustraction de 5 cc. de liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire. Dans ce dernier cas, la minima rétinienne ne commence à baisser que dix minutes après la ponction ; cette baisse atteint son maximum en une heure, et peut durer plusieurs jours. Elle résulte de phénomènes vaso-moteurs actifs, comme l'indique l'indice de souplesse de l'artère rétinienne.

L'auteur décrit les diverses phases de la répercussion rétinienne d'une hypertension intra-cranienne et explique l'inconstance de l'hypertension solitaire de l'artère rétinienne et de la papille de stase.

Syndrome chiasmatique post-traumatique, par M. P. DANIS.

Observation d'un homme de 37 ans qui présenta, à la suite d'un traumatisme cranien grave, des signes discrets de paralysie faciale droite et huit semaines après l'accident une hémianopsie bi-temporale. La radiographie montre deux traits de fracture se réunissant au plafond de l'orbite. L'étude des cas publiés dans la littérature montre qu'il s'agit d'un syndrome oculaire rare après traumatisme cranien, et résultant d'une section sagittale du chiasma par écartement des troncs optiques dans le sens transversal.

La question de l'intervention peut se poser en cas d'arachnoïdite post-traumatique.

A propos de la pupillotonie. Enquêtes généalogiques, par M^{me} ANDRÉ.

À côté de la pupillotonie idiopathique, il existe des pupillotonies acquises de causes variées. Le syndrome d'Adie constitue-t-il une maladie autonome ou une maladie hérédo-dégénérative ? L'enquête a porté sur les familles de 6 sujets atteints de pupillotonie typique. Le premier était un syndrome d'Adie pur. 63 collatéraux ont été examinés. Ils ne présentaient pas de troubles pupillaires, mais 11 sujets avaient un réflexe lent à l'accommodation. Aucun ne présentait de troubles des réflexes tendineux ni de troubles neurologiques quelconques, mais il existait dans ces familles une fréquence remarquable de troubles neuro-anaphylactiques (plus de 20 0/0 des cas).

En dehors de cette constatation, l'enquête fut négative, à part un rapport possible avec l'infection zostérienne : deux sujets ont présenté un zona et, dans leurs familles, d'autres ont été atteints de pupillotonie après zona ophtalmique.

J. LEV.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Sur les variations du poids chez les malades mentaux (Über Gewichtsschwankungen bei Geisteskranken), par Carl Henry ALSTRÖM (1 vol. in-8° 131 pages, supplément XXVI des *Acta psychiatrica et neurologica*, Ejnar Munksgaard, Copenhague, 1943).

L'auteur rappelle les recherches de Kraepelin, de Ziehen, de M. Reichardt, puis les travaux relatifs au métabolisme de l'eau chez les malades mentaux, qui tendent à attribuer aux variations du poids une origine diencéphalique.

Les recherches personnelles d'Alström ont porté sur 1.666 malades de l'hôpital psychiatrique de Beckomberga. Quelle est la valeur des variations constatées ? Ont-elles leur homologue dans une population normale ? Pour répondre à ces questions, il a fallu établir une série de contrôle formée de sujets normaux, territoriaux et infirmiers. Le rapport entre la taille et le poids a été établi suivant la méthode de Rohrer, dont l'indice rapporte le poids en grammes à la troisième puissance de la taille en centimètres, $100 \frac{P}{L^3}$. La valeur moyenne, dans la série normale envisagée, va de 1,20

à 1,50.

Dans la série normale, les poids sont beaucoup plus stables que chez les malades mentaux, dont les variations se classent en deux catégories : grandes variations (10 à 12 kg.), s'établissant lentement (en 12 mois...); variations plus limitées (5-6 kg.) mais rapides (quelques mois). On les observe surtout chez les dégénérés, les artério-scléreux, les paralytiques généraux, mais avec une fréquence et une ampleur particulière chez les schizophrènes; parmi ces derniers, les catatoniques donnent les variations les plus importantes. Alström discute l'influence de deux facteurs : le refus d'alimentation, dont le rôle, sensible chez la femme, lui paraît insignifiant chez l'homme; et la tuberculose pulmonaire, radiologiquement vérifiée, dont le rôle lui semble très discutable; les variations sont aussi nettes et amples chez des non-tuberculeux que chez les tuberculeux. Il conclut que le facteur essentiel des variations de poids chez les catatoniques réside dans la catatonie elle-même; et que dans l'ensemble, les variations de poids notées dans les psychoses traduisent la lésion ou le trouble cérébral.

J. VIÉ.

PSYCHOTECHNIQUE

Etudes sur les tests collectifs d'intelligence, par Roger PIRET, docteur en philosophie et lettres et en sciences pédagogiques, diplômé de l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, Préface de J.-M. LAHY (1 vol. in-8°, 296 pages, Masson & C^o, Paris et H. Vaillant-Carmane, Liège, éditeurs, 1944).

Les tests mis au point par le regretté J.-M. Lahy ont été pris par M. Roger Piret comme cadre de cette étude. Ils consistent à présenter au sujet que l'on veut examiner des questions qui, pour être résolues, font appel uniquement au raisonnement logique. Le sujet doit répondre à ces questions dans des conditions expérimentales précises, rigoureusement établies et qui, rigoureusement observées, font du test *l'instrument de mesure de l'intelligence logique*. Epreuve d'une extrême délicatesse assurément, aussi M. J.-M. Lahy insiste-t-il dans la préface sur la nécessité de se servir d'un test avec le même sérieux et la même compétence que l'on appliquerait à l'utilisation d'un instrument de mesures physiques. Ce que ce test veut mesurer, c'est l'aptitude à raisonner juste.

Sans négliger les données statistiques, M. Roger Piret s'est particulièrement attaché à l'analyse psychologique de questions nombreuses des tests collectifs verbaux. Il a pensé que les problèmes de la psychologie générale pouvaient être renouvelés par les apports de la psychologie appliquée. Envisageant d'abord le problème de l'intelligence, au moins dans son état actuel, et passant en revue diverses méthodes d'investigation, il étudie successivement les « mots en trop », les « mots semblables », les séries numériques, les syllogismes, les proverbes, les interprétations de textes, la langue étrangère, les arbres généalogiques, le rôle des facteurs « extra-intellectuels » dans les tests collectifs d'intelligence.

Il termine cette patiente étude en présentant dans un chapitre de conclusions générales la synthèse des résultats acquis, résultats dont M. Lahy s'est plu à souligner l'importance. Relevant les imperfections du test et son insuffisance pour la mesure des hauts degrés d'intelligence, M. Roger Piret en souligne cependant l'intérêt. C'est à l'analyse de la marche de l'esprit dans le raisonnement qu'il s'est surtout attaché. Il a recueilli ainsi des faits psychologiques immédiatement utilisables par la psychologie générale et par la psychologie appliquée tout en contribuant au perfectionnement du test par la diminution de l'influence du hasard. C'est dire l'intérêt de ce livre et des solutions que propose l'auteur.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

L'hypertonie de décérébration chez l'homme. Contribution physiopathologique et anatomique à propos d'un cas permanent pendant dix-sept ans, par Pierre MOLLARET et Ivan BERTRAND, Préface du professeur G. GUILLAIN (1 vol. in-8°, 156 pages, 23 fig., Masson & C^o édit., Paris 1945).

A propos d'un malade de la Clinique neurologique de la Salpêtrière, malade qui présentait pendant dix-sept ans la symptomatologie de la rigidité de décé-

rébration et qui mourut vingt ans après le début de l'affection, MM. Pierre Mollaret et Ivan Bertrand, reprennent l'étude complète, physio-pathologique, anatomo-pathologique et clinique de l'hypertonie dite de décérébration (bien que cette rigidité ait pu être réalisée par des sections partielles, donc sans décérébration absolue). L'étude anatomique de ce remarquable cas n'a sans doute révélé qu'un minimum de lésions mais, ainsi que le souligne dans la préface le professeur Georges Guillaïn, ces données sont d'une incontestable valeur. Les lésions maxima sont situées au niveau du locus niger et des formations interpédunculaires telles que la commissure de Forel ; le noyau rouge présente une atteinte modérée, le noyau dentelé du cervelet une atteinte plus accentuée. L'essentiel des conditions requises par les physiologistes est anatomiquement réalisé : le système dont le déficit donne naissance à l'hypertonie de décérébration étant lésé dans ses constituants essentiels tandis qu'apparaît, au contraire, respecté, le système d'entretien de cette hypertonie, tant dans ses centres bulbaires que dans ses voies descendantes médullaires. En terminant par une importante bibliographie l'étude critique accompagnant l'exposé de ce document unique, les auteurs estiment devoir réserver entièrement le rôle physiologique du locus niger et celui des altérations histologiques de cette ultime « terra ignota » du mésencéphale.

René CHARPENTIER.

Recherches cliniques et biogénétiques sur les ataxies héréditaires (Klinische und erbbiologische Untersuchungen über die Heredo-ataxien), par Torsten SJÖGREN (1 vol. in-8°, 200 pages, supplément XXVII des *Acta psychiatrica et neurologica*, Ejnar Munksgaard, Copenhague, 1943).

Importante contribution personnelle au problème de l'hérédité de tout ce groupe d'affections que centrent les deux types bien définis de l'ataxie héréditaire de Friedreich et de l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie.

L'auteur, déjà connu pour ses travaux sur l'hérédité de l'idiotie amaurotique et de la chorée de Huntington, a pu, dans les diverses cliniques universitaires suédoises, réunir un matériel de 188 cas d'hérédo-ataxies, appartenant à 118 familles, et les soumettre à des recherches méthodiques ; 3.111 personnes ont été l'objet de l'enquête généalogique. Ces cas sont distribués en cinq groupes : les deux plus importants répondent au type Friedreich (84 cas) et au type P. Marie (64 cas). Le groupe IV (11 cas) se rapproche de la dystasie aréflexique héréditaire de Roussy et Mlle Lévy.

Les conditions de ses recherches ont permis à l'auteur de préciser certaines données évolutives, en particulier l'existence fréquente d'une *démence progressive*, notée à l'aide de tests dans 58 0/0 des cas : diminution de l'attention, ralentissement des associations, affaiblissement du jugement, de la critique, de la faculté de synthèse ; indifférence affective avec pleurnicherie, apathie, irritabilité. Parfois la fixité de la mimique, le rire et le pleurer spasmodique indiquent une atteinte extrapyramidale ; dans 13 0/0 des cas, coexistence d'oligophrénie. L'atrophie musculaire est fréquente et marquée dans les stades avancés, surtout dans la forme de Friedreich. L'âge moyen de l'atteinte morbide se situe autour de 13 ans pour l'ataxie de Friedreich, de 34 ans pour celle de Pierre Marie.

L'analyse statistique de l'hérédité montre que la forme de Friedreich répond très vraisemblablement à une transmission monohybride récessive ;

la forme de Pierre Marie à une transmission monohybride dominante : il s'agit donc de deux biotypes différents. Les groupes intermédiaires II et IV relèveraient d'allèles multiples. L'étude de la répartition géographique des cas, qu'illustrent d'intéressantes cartes, précise le groupement en foyers des ancêtres vraisemblablement hétérozygotes.

J. Vité.

ANATOMIE

Voies et Centres nerveux. Introduction anatomo-physiologique à la neurologie, par J. DELMAS, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier et A. DELMAS, ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier (1 vol. in-8°, 164 pages, 92 figures. Masson et C^{ie} édit., Paris 1946).

L'ouvrage de MM. J. et A. Delmas est destiné par ses auteurs à tous ceux qui, sans notions préalables, désirent aborder l'étude des centres nerveux et des fonctions du système nerveux. Il leur facilitera sans conteste l'intelligence des mécanismes nerveux mais, dépassant largement ce but, sera consulté par beaucoup d'autres lecteurs. Des exposés morphologiques, réduits à l'essentiel, figurent sous forme de rappel en tête de chaque chapitre, rien n'étant exposé dans ce livre qui ne soit en rapport avec un phénomène physiologique ou un syndrome pathologique. La concision, la clarté, l'unité, la progressivité méthodique des exposés facilitent l'étude de la systématisation en montrant les solides bases anatomiques sur lesquelles repose l'ascension progressive, phylogénétique et ontogénique du système nerveux.

Des notions générales sur les neurones et les articulations interneuronales précèdent la première partie consacrée à l'étude de la moelle : moelle segmentaire (schéma du réflexe élémentaire), moelle intersegmentaire (voies d'association, centres médullaires pluri-segmentaires), moelle envisagée comme lieu de transit des voies médullo-encéphaliques et des voies encéphalo-médullaires. L'étude de l'encéphale suit dans une deuxième partie consacrée au tronc cérébral et au cervelet et dans la troisième partie réservée au cerveau proprement dit (paléencéphale, néencéphale, fibres d'association intrahémisphériques et commissures interhémisphériques). L'ouvrage se termine par une vue d'ensemble de la systématisation du système nerveux central et de l'organisation générale très simple dissimulée sous la très grande complexité des structures nerveuses. Ainsi est bien mise en lumière l'unité du système nerveux central et l'interdépendance de ses deux grands mécanismes cérébro-spinal et végétatif.

René CHARPENTIER.

Sur la région épiphysaire : le sac dorsal, le canal de Bichat, par le D^r Gérard SITTLER, ancien interne de l'hôpital psychiatrique de Bordeaux (1 brochure in-8°, 78 pages, 14 figures. Imprimerie E. Drouillard, Bordeaux Thèse 1944).

Sous l'inspiration et sous la direction du D^r Quercy, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bordeaux, M. Gérard Sittler s'est proposé dans ce travail de corriger des inexactitudes dans les descriptions de la région

épiphysaire et d'apporter des précisions à nos connaissances sur la morphologie de cette région. Rappelant d'abord les notions anatomiques établies, il consacre aux travaux antérieurs sur la phylogénèse du sac dorsal et sur le sac dorsal chez l'homme adulte un intéressant chapitre historique et critique relevant dans les différents textes les erreurs, les insuffisances, les confusions.

C'est dans le chapitre IV que l'on trouvera l'exposé de recherches personnelles dont les résultats ont déjà été exposés dans la *Revue neurologique* (1944, n° 1-2) par MM. Querey, de Lachaud et Sittler. Des évaginations du toit du diencéphale (paraphyse, velum, sac dorsal, œil pariétal, épiphyse), il en est deux, épiphyse et sac dorsal, évaginations postérieures de la base du toit diencéphalique, qui sont constantes chez l'homme adulte. Le sac dorsal est une expansion de la base de la membrane tectoriaire du III^e ventricule dans la région épiphysaire entre la glande pinéale et le bourrelet du corps calleux s'engageant dans la paroi antérieure du canal de Bichat. Ce n'est pas un simple recessus, mais un organe cérébral, diverticule sus-pinéal du III^e ventricule, toujours présent, ayant une individualité propre, et M. Sittler en décrit l'anatomie, l'image radiologique, la vascularisation, l'histologie. Le tissu nerveux y est représenté par la paroi propre, purement épendymaire, ou épendymaire et névroglie, mince couche nerveuse rappelant la paroi cérébrale, doublée par la pie-mère et par l'arachnoïde (conjonctif), tuniques accessoires dans lesquelles se trouvent les vaisseaux et notamment l'amorce des plexus choroïdes. S'agit-il d'une formation vestigiale ? Est-ce une formation choroïdienne avortée ou en régression ? M. Sittler rappelle qu'au xvr^e siècle, Sylvius pensait avoir trouvé, en dehors de l'aqueduc qui porte son nom, une formation adjointe à la pinéale.

En résumé, le III^e ventricule possède à la partie postérieure de sa base, au-dessus de la pinéale, enfouie dans le confluent supérieur, une évagination ampullaire ou tubuliforme, selon les cas, qui, se dégageant de la face supérieure de l'épiphyse, se perd dans la paroi antérieure du canal de Bichat après avoir franchi la boutonnière des veines de Galien. Si ce sac dorsal ne fait pas communiquer la cavité du III^e ventricule avec l'espace sous-arachnoïdien, il établit tout au moins entre eux une liaison.

Quatorze figures très démonstratives, dont deux entièrement inédites, illustrent l'exposé de ces intéressantes recherches. Pour M. Sittler, le sac dorsal aurait probablement un rôle fonctionnel propre, plus ou moins important, dans la circulation cérébrale.

René CHARPENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

Neuro-chirurgie d'urgence. Indications et technique, par M.-R. KLEIN et F. THIEBAUT. Préface du Professeur Clovis VINCENT, 2^{me} édition, revue et augmentée (1 vol., 84 pages. Masson et C^e édit., Paris 1945).

MM. M.-R. Klein et F. Thiébaud exposent dans la première partie de ce livre les notions pratiques qui, en neuro-chirurgie d'urgence, à l'égard des traumatismes crâniens d'abord, puis dans d'autres cas d'urgence (au cours de l'évolution des tumeurs cérébrales et des encéphalites), permettent d'établir le

pronostic vital, de poser les indications opératoires, de déterminer la nature et le moment de l'intervention. Ils montrent que ce n'est pas l'existence d'une fracture du crâne ou de lésions en foyer qui commande le pronostic vital, mais les troubles de certaines fonctions du tronc cérébral quand ces troubles atteignent un certain degré d'intensité, troubles de la respiration, de la circulation, de la nutrition, de la température, de la conscience dont il faut déceler l'existence et surveiller l'aggravation.

La deuxième partie est consacrée à l'exposé de la technique opératoire générale (trous de trépanation explorateurs, ponction ventriculaire, volet décompressif) et de la technique opératoire spéciale (traitement des traumatismes crâniens fermés avec ou sans fracture, traitement des traumatismes crâniens avec plaie, traitement des fractures avec ouverture des cavités aériennes, sinus et cellules ethmoïdales, traitement des complications infectieuses). En terminant, les auteurs insistent sur l'importance des soins médicaux pour les traumatisés du crâne et sur l'attention qu'il faut apporter aux soins et aux précautions post-opératoires.

Dans une préface où il dit tout le bien que l'on doit penser de ce petit livre, le professeur Clovis Vincent ajoute qu'il « reproduit fidèlement les méthodes » de son Service. Comme la première édition, vite épuisée, cette deuxième édition, revue et augmentée, aura le succès mérité par la clarté de l'exposé, la précision des notions cliniques et opératoires, la netteté des 21 figures qui en facilitent la lecture et l'application.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Psychisme et diencéphale, par J. LHERMITTE (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 18 avril 1944).

Depuis 1918, date à laquelle le professeur Henri Claude et M. J. Lhermitte ont décrit les troubles psychiques afférents au syndrome lié aux tumeurs limitées du 3^e ventricule, M. J. Lhermitte a apporté de nombreuses contributions à l'étude de ce problème, basées sur des observations cliniques et anatomiques précises.

Il réunit ici quatre observations personnelles témoignant qu'une lésion exactement limitée au méso-diencéphale (hypothalamus médian) se traduit par des troubles particuliers de la sphère mentale lesquels, associés aux modifications neurologiques et organo-viscérales, permettent de fonder un diagnostic de localisation. Ces troubles de l'esprit consistent essentiellement dans des altérations de la mémoire d'évocation et surtout de fixation, en des modifications de la critique et des perceptions qu'accompagnent des hallucinations sensorielles presque exclusivement visuelles, dans une confabulation de compensation, dans un changement du ton affectif qui

devient euphorique ou indifférent, enfin dans une réduction de la tension psychologique (Janet) ou, si l'on préfère, un affaiblissement de l'énergie psychique. Syndrome psychique à propos duquel l'on évoque tout naturellement le complexe si particulier décrit par S. Korsakoff dans la cérébro-pathie toxémique et auquel s'ajoutent des sortes de trances somnambuliques ou vigilambuliques, des épisodes oniriques ou oniroïdes, qui sont la marque d'un dérangement du « dispositif régulateur de la veille et du sommeil » (Lhermitte et Tournay). Ce syndrome psychique peut apparaître dissocié lorsque les modifications organiques frappent une région plus limitée de l'hypothalamus et surtout quand est atteinte la partie caudale de celui-ci et son prolongement dans la calotte pédonculaire (hallucinoïde d'origine pédonculaire de J. Lhermitte).

A ces deux manifestations, syndrome korsakowien et hallucinoïde dite pédonculaire, s'ajoutent, dominant parfois la scène, des changements profonds de la sphère affective, des perturbations de l'humeur, du caractère, des tendances et des instincts. Mais M. Lhermitte, rappelant que l'hypothalamus ne résume pas l'ensemble des fonctions organo-végétatives centrales (lesquelles s'étagent tout le long du tronc cérébral et trouvent même dans le cortex une représentation non négligeable) conclut que la donnée positive la plus certaine tient dans l'influence majeure exercée par le mésodiencephale sur les fonctions de conscience et la fonction hypnique qui en dépend largement, tout en se gardant de considérer l'hypothalamus comme un organe qui serait le centre de la conscience.

Ainsi se trouve mis en valeur le rôle de la dysrégulation hypnique dans le déterminisme des états confuso-oniriques ainsi que dans la genèse des hallucinoses isolées.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Adler et la psychologie individuelle en regard de la psychanalyse (Adler und die Individualpsychologie im Hinblick auf die Psychoanalyse), par M^{lle} le D^r Orhel MEIER, de Lausanne (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, nov. 1943, p. 481-490).

Alfred Adler (1870-1937), appartient au cercle de savants qui se groupait autour de Freud, mais la psychanalyse ne le satisfaisait pas. Il voulait, par la voie rationnelle, amener l'homme à mettre en pratique le précepte : « Aime ton prochain comme toi-même. » La psychologie individuelle rejette le fatalisme de l'hérédité. L'individu constitue un tout indivisible qui réagit à l'ambiance, pour équilibrer ses sentiments d'infériorité, selon des modalités personnelles, « un style de vie » qui lui est propre. Le noyau de la personnalité se forme par l'expérience de l'enfant, au cours des cinq premières années. L'homme sain possède un sentiment de la collectivité bien développé. La psychologie individuelle s'oppose à la psychanalyse par son finalisme ; par sa théorie de l'égalité des sexes (la femme étant la partenaire de l'homme et non plus seulement l'objet de la sexualité), par sa compatibilité avec la civilisation, par la possibilité de s'élever par l'éducation à une coopération interhumaine. Mais le trait dominant de la doctrine est l'optimisme qui, lui aussi, s'oppose au pessimisme freudien. Le malade, du petit nerveux au

criminel, est un homme découragé, dont les tentatives d'hypercompensation représentent des échecs au besoin instinctif de complétude. Le thérapeute doit lui rendre confiance, lui restituer son autonomie et sa capacité sociale.

J. Vié.

Les années de développement et leurs troubles (Die Entwicklungsjahre und ihre Störungen), par le Prof. Hans BINDER, de Rhéinau (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène*, Hygiène mentale, février 1943, p. 49-71).

Les années de développement, de 14 à 21 ans, se divisent en deux phases que séparent des différences psychologiques profondes, la puberté et l'adolescence. Avec Charlotte Bühler, on peut opposer la puberté, phase de négation, de crise, et l'adolescence, phase d'affirmation, de reconstruction, dont sort l'homme mûr.

La puberté se marque par de grandes modifications physiques. Mentalement, il y a rupture de l'équilibre harmonieux que l'enfance avait établi entre le Monde et le Moi. La découverte du Moi intérieur fait apparaître l'introversion avec un sentiment de nostalgie et de solitude. Le sexuel proprement dit se sépare de l'érotique. Et ce sont la vanité, la coquetterie, l'opposition aux parents, l'instinct agressif, l'instinct migrateur. L'intelligence se met à distinguer le concret et l'abstrait, mais les premières envolées de l'imagination, des sentiments religieux, éthiques, esthétiques, sont encore frappées d'incertitude et de stérilité.

Chez l'adolescent s'élabore une orientation nouvelle du Moi par rapport au Monde, grâce à l'expérience de la nature, aux acquisitions de la culture, à la mise en œuvre de valeurs qui dépassent l'individu. L'amitié apparaît. L'amour juvénile, le flirt, encore dépourvu de stabilité, réalise une convergence nouvelle du sexuel et de l'érotique.

En matière psychiatrique, il ne faut pas trop restreindre les limites du normal. La crise pubérale a des aspects d'opposition, de menace, de rêverie, qui n'ont pas de signification morbide. Binder étudie : les décalages des processus de développement dans le temps, la neurasthénie pubérale, les troubles de la menstruation, les constitutions psychopathiques, les comportements antisociaux, les déviations sexuelles, les manifestations d'opposition, le suicide, la nostalgie, enfin l'apparition des psychoses chroniques. Le domaine pathologique est bien plus riche pour la puberté que pour l'adolescence.

J. Vié.

L'enfant dans la série de ses frères et sœurs (Das Kind in der Geschwisterreihe), du groupe de travail du Dr H. MENG, de Bâle (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène*, Hygiène mentale, nov. 1943, p. 490-994).

Parmi les facteurs qui, dans l'enfance, modèlent la destinée de l'homme, M. Meng étudie ici l'un des facteurs de la constellation familiale, qui a rarement attiré l'attention des psychologues : la place de l'enfant dans la série des frères et sœurs. L'aîné a été plus ou moins longtemps l'enfant unique, objet de toute la sollicitude et de tous les soins du cercle familial. La perte de cette situation privilégiée peut faire apparaître de l'angoisse, du ressentiment, de la jalousie, un complexe d'infériorité. Le dernier-né est séparé des autres enfants par un décalage d'âge et de taille qui lui paraît ne jamais devoir se combler. Il souffre de les voir associés à la vie, aux précoc-

cupations et aux distractions des grandes personnes, d'où parfois du découragement et, par compensation, des prétentions hors de rapport avec leurs possibilités. M. Meng indique les directives psychothérapeutiques qui répondent à ces deux cas.

J. Vié.

Sur le problème des différences entre les capacités de travail des hommes et des femmes (Zur Problem der Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Arbeitskräften), par le Dr Franziska BAUMGARTNER-TRAMER, de Berne (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, nov. 1943, p. 494-505).

Dans un article consacré à ce sujet, le Dr A. Ackermann généralisant des constatations faites dans un milieu limité, avait exposé ses vues nettement défavorables au travail féminin. Mme Baumgartner reprend et discute son argumentation point par point : la femme serait-elle beaucoup moins attachée à sa profession que l'homme ? ne mettrait-elle pas un point d'honneur à faire un travail de niveau élevé ? serait-elle incapable d'arriver aux grades supérieurs ? aurait-elle plus de difficulté que l'homme à s'intégrer, à obéir, à effectuer un travail d'équipe ? Son intelligence est-elle autre que l'intelligence de l'homme : les recherches de O. Lipmann, sur ce dernier point, n'ont pu retenir aucune différence comme caractère sexuel secondaire. Et Mme Baumgartner dénonce avant tout l'insuffisance de l'éducation professionnelle donnée aux femmes.

J. Vié.

Considérations générales sur le problème des réfugiés (Allgemeine Bauerkungen zum Flüchtlingsproblem), par W. von GONZEABACH (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, nov. 1943, p. 505-512).

Cette étude, qui traduit l'expérience du contact personnel avec de nombreux émigrants de milieux intellectuels, poursuivi pendant des années, met en lumière, sous la plume du professeur de Gonzeabach, la générosité de ce « droit d'asile » qui, pour la Suisse, est un véritable « axiome », un principe capital dans la conception de la vie.

Il y a une mentalité spécifique du réfugié, homme brutalement arraché à sa vie normale, à ses liens sociaux, déraciné de sa terre, coupé de tout but ; elle est faite d'amertume, de douleur, de révolte, d'un réveil des instincts, d'une libération des contingences dans une atmosphère d'aventure, et aussi de repli sur la vie intérieure. Les réfugiés ont subi des persécutions multiples, puis les innombrables contraintes officielles des pays belligérants. Ils se sentent partout isolés, étrangers et dégradés. Ce complexe d'infériorité, une tendance systématique à la revendication forment la base d'une véritable psychose des réfugiés. Leurs réactions portent, à des degrés divers, un cachet pathologique, émotivité, grande labilité affective, baisse du sentiment de responsabilité, perte de la volonté et du goût du travail.

Mais ce sont des malades curables, qu'il faut d'abord faire échapper à l'oisiveté, intéresser à un travail productif. Le réfugié devient un « émigré », qui entre en relations normales avec ses hôtes et se refait un foyer. Cette œuvre de reconstruction des personnalités et des familles, nous voyons la Suisse s'y attacher, au cours des événements contemporains, avec tout son dévouement traditionnel.

J. Vié.

Choix de la profession et vocation à la campagne (Berufswahl und Begabung auf dem Lande), par E. MÖSCHLIN (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, nov. 1943, p. 512-517).

Intéressante étude de psychologie populaire d'après les résultats de questionnaires et d'après la connaissance directe de trois générations dans un bourg de campagne.

La génération de 1875 ne se posait aucun problème : la tradition paysanne se continuait, les femmes travaillaient à la maison ; quelques artisans indispensables et de rares vocations intellectuelles.

La génération de l'auteur a subi une transformation complète, un vrai bouleversement : désertion de la campagne, triomphe de l'ouvrier ; c'est l'âge d'or fabuleux des fabriques, l'appât du gain rapide, l'abandon par les femmes des travaux d'intérieur, la multiplicité des vocations intellectuelles et commerciales.

La génération née depuis 1925 vit sous le signe du chômage, de la course au travail, de l'orientation professionnelle. Et voici que, timidement, des fils d'ouvriers, se souvenant des origines paysannes, reviennent au travail de la terre.

J. V.

La position de l'individu dans la société (Die Stellung des Individuums in der Gesellschaft), par W. SCHMID (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, février 1943, p. 71-85).

Le problème des rapports de l'individu avec la société se pose de nos jours avec plus d'acuité que jamais. Il est complexe : il a des bases naturelles, mais si la civilisation, création de l'homme, est soumise à certaines nécessités de la nature, son sens profond n'en est pas moins d'élever l'homme au-dessus de la nature elle-même. Et dans les sociétés humaines, les individus conservent leur autonomie, l'intégralité de leurs fonctions physiologiques ; on ne saurait donc les comparer, ni à des organismes pluricellulaires, ni aux colonies animales, non plus qu'aux communautés des insectes. La liberté individuelle reste la condition nécessaire du développement de l'homme. L'auteur voit dans la famille le point de départ de tous les groupements humains. L'état construit suivant les nécessités de la nature, assure à l'individu une sphère dans laquelle celui-ci conserve sa souveraineté, il est fait pour l'homme, et non contre lui. Le « fédéralisme libéral » de la Suisse répond à ces desiderata. Au point de vue économique, Schmid regrette que le mauvais usage de la liberté, l'incompréhension et l'égoïsme aient éloigné du libéralisme. La connaissance des lois de la nature demeure le plus sûr rempart contre les idéologies déchainées sur nous.

J. VIÉ.

Astrologie et étude des faits (Astrologie und Tatsachenforschung), par P. S. BENDIX (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, avril-mai 1943, p. 218-231).

Le point de vue de l'astrologie semble paradoxal à beaucoup de nos contemporains. Il apporte une conception propre de la conscience et du « fait », il permet une prise de contact intérieure avec les faits et les

êtres et donne à l'homme de nouveaux moyens de se connaître. L'astrologie réalise, selon l'auteur, une expérience intérieure, qui fait sentir l'impossibilité de séparer l'être et le devenir de la personnalité. Elle révèle l'unité qui existe entre la voûte céleste et le fond de l'âme humaine, tandis que, pour l'Européen moderne, il s'agit là de deux séries de faits complètement distincts, n'ayant entre eux aucun rapport.

J. V.

ANATOMIE

Sur la région épiphysaire. I. Le sac dorsal. II. Le canal de Bichat,
par QUERCY, LACHAUD et SITTLER (*Revue neurologique*, 1944, n°s 1-2).

Dans cette intéressante contribution à l'anatomie de la région épiphysaire, les auteurs apportent des précisions nouvelles. Ils montrent que le sac dorsal, dit recessus de Reichert, est une formation isolable, disséquable. Ils en décrivent l'anatomie, les rapports, les vaisseaux, la structure, distinguant dans ses formes complètes l'ouverture ventriculaire située au-dessus des commissures, un segment sus-pinéal, un segment interveineux, un segment sus-veineux et l'extrémité postérieure qui se perd dans la fente de Bichat où elle est portée par la paroi antérieure, préveineuse, du canal de Bichat. Malgré la finesse de sa paroi, le sac dorsal se gonfle de lipiodol permettant l'examen radiologique. L'examen histologique (épithélium épendymaire, couche collagène très vasculaire, couche sous-méningée, névroglie) montre également que tant en raison de sa forme que de sa structure, de ses relations avec l'appareil choroïdien, de ses rapports anatomiques, cet organe établit un lien entre le ventricule central et les espaces arachnoïdiens supérieurs.

Les auteurs donnent également une description du canal de Bichat, de son extrémité postérieure, de ses parois latérales, postéro-inférieure et antéro-supérieure, de son extrémité antérieure, et précisent la disposition des artères de la région. 8 figures permettent de suivre les étapes des examens, des recherches et des fines dissections qui ont permis d'arriver à ces conclusions.

René CHARPENTIER.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Congrès national d'hygiène sociale de la Nouvelle-Orléans (Landes-Wohlfartskongress in New Orleans), par Walter A. KRAFT, de Chicago (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène. Hygiène mentale*, fév. 1943, p. 85-90).

Ce congrès s'est réuni en mai 1942, sous la présidence de Shelly M. Harrison, directeur de la Russel Sage Foundation de New-York, qui, dans son allocution inaugurale, a tracé les devoirs de l'assistance en fonction de la guerre. La plupart des communications ont eu trait au travail social en guerre, devoirs de l'assistance dans l'industrie de guerre, auprès des familles des soldats et marins, développement de l'assistance pour les enfants et les jeunes, problèmes relatifs aux étrangers : internements, évacuations, etc.

J. V.

Problèmes de prophylaxie mentale dans le Code pénal fédéral (Problem der psychischen Prophylaxe im Eidg. Strafgesetzbuch), par Hans W. MAIER, de Zurich (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, avril-mai 1943, p. 154-163).

Le nouveau Code pénal suisse marque un progrès considérable dans la lutte contre le crime. Deux notions capitales y sont introduites : tout d'abord, la faute n'est plus mesurée par les conséquences, souvent contingentes, de l'acte, mais d'après l'état mental de son auteur. De plus, on y fait une place importante à l'amélioration et à la récupération sociale du criminel. M. H. W. Maier étudie quelques problèmes pratiques soulevés par l'application des dispositions nouvelles.

Celles-ci exigent des magistrats, pour l'appréciation de la mentalité des sujets, des connaissances étendues de psychologie, tant normale que pathologique. Si dans les Facultés de droit, des cours et conférences donnent sur ces matières une instruction préparatoire, il n'en est plus de même pour les juges suisses de première instance, fonctionnaires élus n'ayant pas de formation juridique universitaire. Il importerait d'instituer pour eux des cours obligatoires. Il y aurait lieu de donner aussi une formation psychologique élémentaire aux fonctionnaires subalternes de la police, auxiliaires indispensables de la prophylaxie du crime.

Les experts n'ont plus à redouter de conclure à la responsabilité atténuée, puisque le magistrat dispose de toute une gamme de mesures qui s'appliquent aux divers cas en assurant une protection sociale efficace.

M. H. W. Maier s'élève avec vigueur contre l'obligation, pour les asiles, de recevoir les déséquilibrés, psychopathes légers mais parfois très dangereux. Faut-il créer, dans les asiles, des annexes pour criminels ? L'auteur n'en est pas partisan. Les déséquilibrés et débiles criminels ne doivent rester à l'hôpital psychiatrique que le temps de l'expertise ; de l'hôpital relèvent les malades mentaux criminels et les criminels atteints secondairement de psychoses, et devenant souvent, de ce fait, beaucoup moins dangereux.

Signalons encore les remarques sur la valeur éducative de la peine dans les prisons (presque tout est à faire en ce sens) ; sur la collaboration des psychiatres aux établissements de séquestration (Verwahrungsanstalten) ; sur les mesures relatives aux buveurs et aux toxicomanes ; sur la mise en surveillance ; enfin sur la protection des mineurs, dont l'organisation sera rendue plus aisée par le vaste essor que connaît depuis vingt ans la psychiatrie infantile.

J. VIÉ.

ASSISTANCE

Economie humaine vue de l'hôpital (Menschenökonomie vom Krankenhaus aus), par E. ZIETZSCHMANN (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, février 1943, p. 90-94).

L'auteur, architecte diplômé, rapporte les idées de l'ingénieur H. J. Cederström, de Stockholm. Les sujets que rendent inaptes au travail moderne l'âge, les séquelles de maladies, les infirmités congénitales représentent une masse toujours croissante aux besoins de laquelle les budgets d'assistance

ne parviendront plus à subvenir. Pourtant, presque tous ces invalides, ces infirmes conservent une certaine capacité de travail que la société se doit de mettre en valeur. Il faut aider ces sujets à s'aider eux-mêmes. Cederström conçoit des colonies sociales, « pensions de travail, décentralisées, dans lesquelles les intéressés, maintenus au contact de leur ancien milieu, organisent leur travail, en accord avec les groupements professionnels des métiers, sous la direction d'un bureau de clearing ». De petits essais, en Suède, montrent l'intérêt de combiner agriculture, horticulture avec des ateliers annexes.

J. V.

Sur le problème du traitement et de l'assistance aux psychopathes criminels (Zur Problem der Behandlung und Versorgung Krimineller Psychopathen), par A. KIELHOLZ, de Königsfelden (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, avr.-mai 1943, p. 174-186).

D'après son expérience à l'asile de Königsfelden, l'auteur admet que l'on peut, sans grand inconvénient, avoir 10 0/0 de psychopathes criminels dispersés dans la population d'un service, mais il ne faut pas songer à aller au delà. Par ailleurs, il n'est partisan ni des asiles spéciaux pour criminels, ni des services de criminels annexés aux asiles. Par contre, il note les bons résultats des annexes psychiatriques des prisons, dont le personnel doit recevoir une formation spéciale.

Les criminels doivent être reçus à l'asile pour observation et pour expertise ; ils doivent y être internés dans la mesure où ils sont atteints de psychoses, qui les rendent irresponsables, aussi longtemps qu'ils sont dangereux pour la société, et dans la mesure où ils peuvent bénéficier d'un traitement spécialisé. Mais la rééducation par le travail et la formation scolaire peuvent être aussi bien données dans le cadre d'un établissement pénitencier. Les vieux criminels d'habitude ne sont que peu sensibles à la psychothérapie. Et ce qui paraît vraiment intéressant, c'est de multiplier les stations d'observation pour enfants et jeunes délinquants.

J. VIÉ.

PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE

Esquisse de la biologie du délinquant, par le Professeur W. BOVEN, de Lausanne (*Bull. de la Société Suisse pour l'étude des questions pénales et pénitentiaires*, 1944).

Rien n'est moins univoque et homogène que la criminalité. Remonter du crime à la « tare » n'est pas résoudre le problème mais seulement le reculer. Il n'est pas une mais des dispositions au crime servies par des conditions et des circonstances fâcheuses (misère, maladies, mauvais exemples...) : hérédité ou atavisme d'une part, milieu ou ambiance de l'autre.

L'*anthropologie criminelle* est la somme de nos connaissances sur l'aspect physique du délinquant ou du criminel. La *psychologie criminelle* étudie leur esprit, leur caractère. Si tout essai de répondre par l'examen du corps aux questions posées par l'esprit du crime est infructueux, l'*anthropologie criminelle* conserve sa valeur en se cantonnant dans l'histoire naturelle

d'un corps d'homme avec tout ce que l'observation peut en tirer, touchant sa genèse physique.

La *biologie criminelle* s'intéresse à l'ascendance et à la descendance, d'une manière générale à l'histoire naturelle du développement des criminels. Mais, le génotype étant taré, le phénotype peut rester sain. On ne trouve pas notablement plus de cas de maladies mentales dans les familles de criminels que dans les familles d'honnêtes gens. En revanche, la débilite mentale, les diverses variétés d'oligophrénie, l'acoolisme, le déséquilibre psychopathique sont fréquents chez les criminels. Les criminels dits graves sont aussi manifestement plus tarés que les criminels d'occasion. La plupart des récidivistes sont des individus mal adaptés et d'un niveau mental inférieur à la moyenne.

Enfin la *sociologie criminelle* éclaire les rapports du délit et du délinquant avec la société, les influences subies, la dépendance du crime vis-à-vis des grands phénomènes sociaux. Si l'hérédité, autant dire le passé, joue dans la genèse du crime un certain rôle, le présent (c'est-à-dire l'acquis, l'éducation, les influences, les fréquentations, les exemples, etc.) joue, en effet, un rôle plus considérable encore. L'étude des jumeaux, de leur concordance et de leur discordance, montre que la loi de l'hérédité (qui se manifeste toutefois pour les jumeaux univitellins dans plus de 60 % des cas) n'est pas inexorable.

Un criminel est le produit de l'hérédité et du milieu sans qu'il soit possible d'assigner à chacun de ces deux facteurs une valeur constante. Il faut donc porter d'abord tous les efforts de prophylaxie et de thérapeutique sur les conditions et les circonstances, sans négliger ensuite la prophylaxie génétique. Le milieu peut ou non faire éclore les tares de l'hérédité.

La distinction entre criminels graves ou récidivistes et criminels bénins ou d'occasion est trop rigide : seule l'analyse psychologique permet une appréciation. Statistique, ascendance, anthropologie ne peuvent qu'apporter des indices. C'est la nature et le degré du déséquilibre ou du déficit de l'esprit, du caractère, qui expliquent l'opposition à la vie sociale, la profondeur de la déchéance de l'individu. A quoi servirait cependant de corriger l'« hérédité criminogène », même à coups de lois de stérilisation, si le milieu conservait toutes les causes d'éclosion de la criminalité ? Le professeur W. Boven a nettement posé ainsi les deux conditions d'une prophylaxie criminelle efficace.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

L'Assemblée générale et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 17 décembre 1945*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 janvier 1946*, à 10 heures *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 28 janvier 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 février 1946*, à 10 heures *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 25 février 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 mars 1946*, à 10 heures *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 mars de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 mars 1946*, à 15 heures 30 *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

Légion d'honneur

Est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur* à titre étranger :

M. le D^r O.-L. FOREL, privat-docent à l'Université de Genève, médecin-directeur des Cliniques de Prangins, à Nyon (Suisse), *membre associé étranger de la Société médico-psychologique*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES**Nominations**

M. le D^r BELFIS est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Lizier (Ariège) ;

M. le D^r ADNÈS est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe) ;

Mme le D^r ANDRÉ est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

M. le D^r CARRIAT est nommé médecin-chef au Centre d'hygiène mentale de Marseille (Bouches-du-Rhône) ;

Mlle le D^r JOUANNAIS est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure) ;

M. le D^r VALLADE est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique Saint-Pons, à Nice (Alpes-Maritimes).

Concours pour la nomination aux postes vacants de médecin chef des hôpitaux psychiatriques

Ce concours s'est ouvert au ministère de la Population le jeudi 20 décembre 1945. Il réunissait en une seule série d'épreuves, d'une part le concours normal de 1945 et d'autre part le concours spécial prévu pour les bénéficiaires de points supplémentaires du fait de la guerre et de l'occupation.

COMPOSITION DU JURY

Président : M. le D^r OLIEU, Inspecteur général de la Santé et de l'Assistance.

Membres : M. le Professeur DECHAUME, MM. les Docteurs CHANÈS, SIVADON, DADAY, TARBOURIECH, P. ROYER, MARTIMOR et CARRIAT, M. le D^r P. ABÉLY, Conseiller technique, Mlle CHERECHEWSKI, Chef du 2^e Bureau de la Direction du personnel.

Mlle KAHN, sous-chef de bureau, assurait les fonctions de secrétaire administratif du concours.

QUESTIONS DONNÉES AU CONCOURS

- 1) ADMINISTRATION : *Capacité civile des psychopathes internés ou non*.
Questions restées dans l'urne : Travail et distractions des malades dans l'Hôpital psychiatrique. — Relations des malades internés avec l'extérieur.
- 2) ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE : *Plexus choroïdes et liquide céphalo-rachidien*.
Questions restées dans l'urne : Lobe occipital. — Couche optique.

3) PATHOLOGIE INTERNE ET HYGIÈNE : *Diagnostic et pathogénie des œdèmes.*

Questions restées dans l'urne : Hygiène des eaux d'alimentation. — Evacuation des matières usées.

4) PATHOLOGIE MENTALE : *Le vol pathologique.*

Questions restées dans l'urne : Psychose de Korsakoff et diagnostic différentiel. — Troubles mentaux de l'encéphalite épidémique (aiguë et chronique).

A la suite de ce concours, ont été désignés pour remplir les fonctions de *médecin-chef des hôpitaux psychiatriques* :

1° M. DUCHÈNE, 2° M. FOLLIN, 3° M. CÉNAC-THALY, 4° M. MAILLARD, 5° M. DESCLAUX, 6° *ex æquo*, M. DURAND et M. GALLAVARDIN, 8° *ex æquo*, M. JACQUEL et Mme JACQUEL, 10° *ex æquo*, M. BRUÈRE et M. SUTTEL, 12° M. SAUGUET, 13° M. COLOMB, 14° M. CASSAN, 15° M. HAMÉL, 16° *ex æquo*, Mlle OWSIANIK et M. SOMMER, 18° M. VALDENNAIRE, 19° M. TALAYRACH, 20° *ex æquo*, M. FOUKS et Mme RAIMBOURG, 22° Mlle MICUCCI, 23° *ex æquo*, M. BACHET, M. CHABE et M. MARTIN, 26° Mlle BUISSON, 27° *ex æquo*, M. DOUSSOT et Mlle GANIDEL.

Concours pour l'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Trois concours vont avoir lieu à Paris pour la nomination d'*internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'Infirmier spécial près la Préfecture de Police et de l'Hôpital Henri-Rousselle*. Ils s'ouvriront : 1° le 15 mars 1946 pour le concours de remplacement ; 2° le 1^{er} avril 1946 pour le concours de liquidation et le concours normal de 1945.

Inscriptions et renseignements à la Préfecture de la Seine, 2, rue Lobau, Service des Etablissements départementaux d'assistance, du 15 janvier au 15 février pour le concours de remplacement et du 1^{er} février au 1^{er} mars pour les deux autres concours.

SOCIÉTÉS

Société française de psychologie

Le Bureau de la Société française de psychologie pour 1946 est ainsi constitué :

Président-fondateur : M. Pierre JANET.

Président : M. COUSSINET.

Vice-Président : M. I. MEYERSON.

Secrétaire général : M. R. BAYER.

Trésorier : M. BINOIS.

Conseil : MM. GUILLAUME, PIÉRON, WALLON.

Les séances de la Société française de psychologie auront lieu en 1946 aux dates suivantes : 5 janvier, 2 février, 2 mars, 6 avril, 4 mai, 1^{er} juin, 6 juillet, 9 novembre, 7 décembre, à la Sorbonne.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Révision projetée en Suisse de la législation sur les stupéfiants

Dans un article du Dr P. VOLLENWEIDER (Direction du Service fédéral de l'hygiène publique, à Berne) sur les tâches qui attendent le Service fédéral de l'hygiène publique (*Médecine et Hygiène*, 1^{er} janvier 1946), nous trouvons les renseignements suivants :

La loi fédérale sur les stupéfiants de 1924 s'appuie sur les articles constitutionnels 69 et 31 d (restrictions apportées à la liberté de commerce et d'industrie pour des raisons de police sanitaire aux fins de lutter contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'homme et des animaux). Cette loi fédérale est fondée sur la convention internationale de l'opium de 1912.

Sous le régime de la loi sur les stupéfiants de 1924 et de son ordonnance concernant le commerce des stupéfiants, le trafic des stupéfiants s'est exercé en Suisse normalement et n'a provoqué aucun désarroi. En 1930, 1931, 1932 et 1941, d'autres stupéfiants que ceux visés par la loi, ou des préparations en contenant, ont été placés par des arrêtés du Conseil fédéral sous ses dispositions. En outre, plusieurs projets de loi et d'ordonnance ont été établis. Mais il n'a pas été possible de mener à terme cette œuvre du fait de l'apparition répétée de nouvelles conventions internationales.

Le Service fédéral de l'hygiène publique travaille de nouveau à cette révision. La nouvelle législation sur la matière devra contenir d'importantes dispositions absolument nouvelles touchant notamment à l'aggravation des peines infligées aux délinquants, à l'uniformisation des mesures prises par les autorités cantonales contre le personnel médical et à l'institution d'un contrôle plus sévère du trafic des stupéfiants, exercé par une police dite des stupéfiants instruite spécialement à cette fin.

ASSISTANCE

La formation du personnel infirmier des hôpitaux psychiatriques en Suisse

La Clinique psychiatrique de Bel-Air, à Genève, a ouvert un centre de préparation à la carrière d'infirmier ou d'infirmière pour malades nerveux et malades mentaux.

Après trois ans de formation pratique et de cours théoriques, les candidats seront présentés à l'examen. Ceux qui auront obtenu le diplôme professionnel, délivré en Suisse par la Société suisse de psychiatrie, pourront se faire inscrire sur la liste des candidats aux postes d'infirmier ou d'infirmière éventuellement vacants à la Clinique psychiatrique de Bel-Air.

Pour être inscrit comme élève à ces cours, il faut être majeur, âgé de moins de 26 ans, être de nationalité suisse, avoir une bonne santé, « posséder toutes les qualités nécessaires à un futur infirmier », en particulier « du jugement, de la décision, de la précision et un sens aigu de la responsabilité ».

Dans chaque canton suisse, sous la surveillance de la *Société suisse de psychiatrie*, le recrutement et la formation du personnel infirmier de tous les établissements psychiatriques sont effectués avec le même soin.

THERAPEUTIQUE

Le caoutchouc synthétique détruit la pénicilline

Des insuccès, souvent incompréhensibles, de la pénicilline administrée goutte à goutte seraient dus au contact du médicament avec le tube en caoutchouc, particulièrement lorsque ces tubes ont été plusieurs fois stérilisés. M. St. COWAN ayant le premier signalé ce fait (*Lancet*, février 1945), M. F.-A.-R. STAMMERS a conclu de ses propres expériences que si le contact avec du caoutchouc synthétique rend la pénicilline inactive, cela en moins de deux heures, il n'en est pas de même avec le caoutchouc naturel (*Brit. Med. Journ.*, septembre 1945).

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

Faculté de médecine. Chaire de médecine légale

M. le D^r Marc-Henri THÉLIN, docteur en médecine et docteur en droit, privat-docent à la Faculté de médecine, est nommé *professeur de médecine légale* à la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne.

NÉCROLOGIE

Jacques Vié (1900-1945)

Jacques Vié est mort. La psychiatrie française a perdu en lui l'un de ses meilleurs artisans, les *Annales médico-psychologiques* perdent un de leurs collaborateurs les plus fidèles et les plus appréciés. Sa santé nous inspirait depuis si longtemps des inquiétudes que nous nous laissions aller à l'espoir que nos craintes ne se réaliseraient pas. La lucidité patiente, le courage avec lesquels il luttait contre la maladie, secondé par une compagne non moins courageuse et qui prolongea sa vie, la douceur avec laquelle il supportait le mal, son activité scientifique persistante donnaient à son entourage et à ses amis des illusions que tous finissaient par partager. Sa brusque disparition, si souvent redoutée, surprit à l'égal d'une nouvelle inattendue. Ecrites avec une profonde émotion, ces lignes n'ont pas pour but de rendre à sa mémoire l'hommage mérité que le peu de place dont je dispose ferait bien insuffisant, mais de rappeler en quelques mots ce que fut pour nos *Annales* le collaborateur et l'ami qui n'est plus.

Né à Moulins (Allier) le 14 mai 1900, Jacques Vié, après avoir acquis dans l'externat des hôpitaux de Paris la formation médicale indispensable à tout psychiatre, fut, au concours de 1927, nommé le premier à l'in-

ternat des hôpitaux psychiatriques de la Seine. Dès 1930, se classant second au concours, il était nommé médecin des hôpitaux psychiatriques. Après quelques années pendant lesquelles il s'affirma en qualité de médecin-directeur de la Colonie familiale du département de la Seine, à Ainay-le-Château (Allier), il fut nommé en 1936 médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine. Désigné comme chef d'un important service de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, c'est là que la mort vint nous l'enlever. Deux fois lauréat de l'Académie de médecine, il avait obtenu en 1940 le prix Baillarger et, en 1945, tout récemment, le prix Dragovitch.

C'est en 1941 que la confiance de ses collègues l'appela au secrétariat général de la Société médico-psychologique. Depuis plusieurs mois déjà, les circonstances l'avaient amené à exercer ces fonctions, dans lesquelles tous avaient pu apprécier son aménité, sa finesse, la méthode aussi, la ponctualité, la conscience scrupuleuse avec lesquelles il accomplissait toutes les tâches qu'on lui confiait. Aussi fut-il, dans une période difficile, un secrétaire général unanimement apprécié. Sans doute permettra-t-on au Rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques* de rappeler qu'il eut en Jacques Vié, secrétaire général de la Société médico-psychologique, le collaborateur le plus dévoué.

Transférées dès l'invasion en zone sud pour échapper à toute ingérence, les *Annales médico-psychologiques* avaient résolu d'ignorer toute entrave et de continuer à paraître. Aux yeux de beaucoup, c'était irréalisable. Pourtant, ce fut. Clandestinement, en dépit des interdictions, tantôt par une voie, tantôt par une autre, grâce aux concours les plus divers, les comptes rendus des séances que la Société médico-psychologique continuait, elle aussi, à tenir régulièrement à Paris, en dépit des événements, franchirent le cordon de surveillance des lignes de démarcation. Tous réussirent à passer et tous furent publiés. Puis, à leur tour, clandestinement aussi, les numéros successifs des *Annales* réussirent à pénétrer en zone nord et à parvenir aux membres de la Société, abonnés aux *Annales*. Quand l'occupation, quand deux occupations successives, s'étendirent à la zone sud du territoire métropolitain, les *Annales* continuèrent d'ailleurs à paraître comme auparavant. Jacques Vié accepta de se prêter à ce jeu, qui n'était pas sans risques. Il contribua, pour sa part, non seulement, et cela résultait de ses fonctions, à la rédaction des comptes rendus des séances de la Société, mais aussi, parce qu'il fallait sans cesse varier les moyens, il collabora à faciliter le passage de manuscrits souvent volumineux de zone nord en zone sud. A ce moment (qui l'aurait oublié !) seules étaient autorisées, et encore pas dès le début, des cartes postales familiales de texte imprimé. Pour réaliser ce projet, et le réaliser de façon durable, il fallut obtenir bien des concours. Des collègues, des parents, des amis aussi, étrangers à la médecine, contribuèrent au succès. Entre la Société et les *Annales*, éloignées, séparées, mais pour continuer à vivre étroitement associées, Jacques Vié servit de lien. A lui, aux siens, à tous ceux qui m'aidèrent à réaliser un projet que beaucoup jugeaient insensé, notre reconnaissance devait être exprimée.

Tel était l'homme que nous pleurons, et son dévouement. Son œuvre scientifique, diverse, déjà considérable et trop tôt interrompue, promettait beaucoup. Peu de jours avant sa mort, dans son cabinet de travail, il me montrait les dossiers de ses travaux en cours, me parlait de ses projets. En médecine, Jacques Vié s'intéressait à tout. A l'histoire de la médecine, il a consacré une dizaine de mémoires, concernant pour la plupart l'histoire de la

psychiatrie au xvii^e et au xviii^e siècles (Willis, Etmuller et Isbrand de Diemerbroeck, idées psychiatriques de St-Vincent-de-Paule, aliénés et correctionnaires à Saint-Lazare, projets de réforme des maisons de correction de Paris, psychopathologie de Martin Luther, etc.). La liste de ses publications comprend des articles sur la chirurgie infantile, la médecine générale (et en particulier la tuberculose pulmonaire des malades mentaux), la neurologie (réflexe tonodynamique, athétose double, neuro-syphilis, etc.). Il n'est guère de symptôme ou de syndrome psychiatrique qui n'ait été l'objet de ses études ou de ses observations : obsessions, impulsions, hallucinations, cénestopathies, délires, états démentiels, hystérie, épilepsie, encéphalite psychique, constitutions et caractères, etc. Il convient toutefois de signaler particulièrement ses études sur les comportements fondamentaux dans les états démentiels et délirants, sur les fondements biologiques de la compréhension mutuelle, sur l'illusion des sosies, sur les méconnaissances systématiques. Beaucoup de ces travaux ont paru dans les *Annales médico-psychologiques*. D'autres encore ont trait à la thérapeutique psychiatrique, qu'il s'agisse des conditions d'hospitalisation des malades mentaux, de la thérapeutique par le travail ou de traitements modernes tels que ceux par l'hydantoïne, le stovarsol, ou par les choes : vaccins, insuline, cardiazol, électro-choc.

La compétence particulière acquise pendant les années de direction de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château s'exprime dans une dizaine de publications. Jacques Vié fut de ceux qui comprirent les premiers l'importance, dans l'évolution actuelle, du rôle social de la psychiatrie. En font preuve ses communications sur le seuil de résistance psychique et les difficultés de la vie (1937), sur les troubles psychopathiques en rapport avec les événements, sur « chômage et psychopathie ». Je lui avais demandé d'exposer ses vues à nos lecteurs et tous se rappellent le remarquable mémoire « Vers une psychiatrie sociale », qui est comme la conclusion du numéro du Centenaire des *Annales médico-psychologiques* (1943).

Nos lecteurs regretteront aussi de ne plus trouver sous sa signature les analyses de travaux français ou étrangers dont ils appréciaient les qualités. Ce que les *Annales* demandent à leurs collaborateurs, c'est de résumer brièvement mais avec clarté, avec précision, et fidèlement, les idées parfois moins nettement exprimées par l'auteur d'un livre ou d'un mémoire. Jacques Vié y excellait parce qu'il ne considérait pas comme une besogne subalterne ce travail d'érudition, de clarification, de recherche de l'idée maîtresse qui habitue l'esprit à la concision et à la poursuite de l'essentiel. C'est lui encore qui, membre du Comité de rédaction, établissait, en ces dernières années, avec le soin que l'on sait, les tables semestrielles des *Annales*.

Ces travaux et bien d'autres, les nombreuses thèses de doctorat aussi qu'il inspira à ses élèves, disent assez quelle perte vient de faire en Jacques Vié la psychiatrie française. Dans cette Maison qu'il aimait et où il était aimé, son souvenir sera pieusement conservé.

René CHARPENTIER.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
 Dépôt légal : 1946 (1^{er} trimestre) — Numéro d'ordre : 167
 Cahors, Imp. A. COUSSLANT (*personnel intéressé*). — 72.382. — 1946
 C. O. A. L. 31.2330.

