

PLENOSOL

Indikationen: Arthrosis deformans, Periarthritis humeroscapularis, Spondylosis deformans, Morbus Bechterew.

CONVALYT

Indikationen: Dekompensationen des Kreislaufs mit Lungenstauungen, Altersherzschwäche, Mitralstenose, Coronarinsuffizienz, periphere Durchblutungsstörungen.

ECHINACIN

I. v.

Zur Steigerung der Abwehrleistung des Organismus gegen bakterielle Infektionen (auch bei sulfonamidresistenten Stämmen): akute und chronische gynakologische Erkrankungen (z. B. Adnexitis, Pelveoperitonitis, Abortus febrilis).

Dr. Madaus & Co.

K Ö L N A M R H E I N

Literatur und Ärztemuster bei der Generalvertretung für das Grossherzogtum Luxemburg:

INTEGRAL S. A. - 61, rue de Strasbourg, Luxembourg
Téléphone: 35-26

BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ
DES SCIENCES
MÉDICALES

DU

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG



Nouvelle Série: N° 7 Juillet 1952

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER · LUXEMBOURG

*Les articles originaux ainsi que les communications
de la Société des Sciences Médicales sont publiés
sous la responsabilité unique de leurs auteurs.*

La Rédaction.

Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg

Rédacteur: Dr. René Koltz, Junglinster

Chronique de l'Association: Dr. Pierre Felten, Luxembourg

Publicité: Dr. P. Goerens, 5, rue Jean Origer, Luxembourg

Numéro spécial publié à l'occasion du

50^e CONGRÈS
DES
MEDECINS ALIENISTES
ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE
FRANÇAISE

SOMMAIRE

E. Minkowsky	Tour d'Horizon en suivant le cheminement de la notion de schizophrénie	7
Paul Cossa	Classification Actuelle des Epilepsies	25
D. Philippides	A propos de l'artériographie cérébrale	31
D. Philippides B. Montrieul	Traitement chirurgical des lombo-sciatiques rebelles	39
Ernest Stumper	Quelques problèmes de Psychiatrie de 1852 à 1952	47
Éloi Welter	Au delà du Freudisme	71
Léon Mischo	Possibilités et limites de l'Electro-Encéphalographie	85
Ch. Reichel R. Noesen	La Pyrochoc- Thérapie	101
R. Noesen	L'Examen et le traitement du délinquant	107



Avant-Propos

Le "Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française" s'est constitué peu à peu, sous des appellations diverses, au cours de la dernière décade du 19^{me} siècle. Bientôt la force d'expansion spirituelle de cette conférence scientifique devint telle qu'en 1914 déjà, grâce aux efforts conjugués de plusieurs Français et Luxembourgeois que liait une fidèle amitié, notre pays aurait dû avoir l'honneur de l'héberger. La guerre de 1914 a retardé la session de Luxembourg qui n'eut lieu qu'en 1921. Une autre guerre, et voici le deuxième congrès dont notre pays peut s'enorgueillir aujourd'hui d'être le siège.

Il y a, croyons-nous, peu d'exemples de rencontres si solidement fondées à la fois sur les intérêts scientifiques et sur les affinités culturelles; de manifestations si dépourvues de considérations égoïstes, si uniquement préoccupées de joindre à l'échange des idées le charme des contacts personnels. Ce congrès qui attire chaque année de nombreux Français, Belges, Suisses, ainsi que des savants d'autres nations est devenu un centre tant de rayonnement que d'attraction. A la faveur des discussions engagées autour d'excellents rapports, de valeur souvent fondamentale, il permet pour ainsi dire de dresser un bilan annuel des idées fructueuses et des découvertes réalisées dans notre science.

Ainsi peut-on affirmer qu'aucune session de ce congrès n'est restée sans lendemain. C'est donc tout naturellement un sujet de fierté pour le minuscule groupe de neuropsychiatres que compte notre pays, que ce dernier ait été choisi comme lieu de réunion pour des colloques scientifiques d'une envergure pareille. Nous sommes reconnaissants aux organisateurs français d'avoir opté pour Luxembourg, mais nous osons solliciter leur indulgence et celle des autres membres du congrès devant les imperfections matérielles qui pourront, au cours de cette semaine, apparaître en raison de la condition modeste de notre pays si exigü.

Tour d'Horizon

en suivant le cheminement de la notion de schizophrénie

par E. Minkowsky (Paris)

En 1911 paraissait le *Traité de Bleuler: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Le terme de schizophrénie se retrouve d'ailleurs dans ses publications antérieures à partir de 1908. Le *Traité* fut suivi du *Manuel de Psychiatrie* qui connut de nombreuses éditions.

Curieuse destinée que celle de la schizophrénie! Elle connut de multiples critiques. On lui reprochait son étendue excessive, son manque de précision. En effet, à première vue, la schizophrénie ne connaissait point, d'après Bleuler lui-même, de signe pathognomonique d'ordre négatif permettant de l'exclure avec certitude; de ce fait elle semblait vouloir englober presque entièrement tout le chapitre des psychoses dites endogènes, de même qu'une bonne partie sinon la totalité des psycho-névroses. Les statistiques de certains établissements hospitaliers traduisaient nettement cette emprise. La notion de schizophrénie latente l'étendait en dehors des asiles et lui assignait ainsi un champ d'application qui paraissait réellement démesuré. En suivant cette ligne on risquait à peine de se tromper en posant le diagnostic de schizophrénie, même sans analyse approfondie préalable.

Les critiques paraissaient ainsi justifiées. Ceux pourtant qui les formulaient — et c'est là le point intéressant du débat — se servaient néanmoins du terme schizophrénie, tout en s'efforçant peut-être de lui donner une signification plus restreinte. Bleuler aimait avoir recours à un argument d'ordre empirique: en veut-on aux chevaux d'être plus nombreux que les éléphants? Cet argument n'atteint pourtant peut-être pas l'essentiel. «Être cheval» ou «être éléphant» ne donnent lieu à aucune contestation; partant de là nous pouvons en déterminer le nombre. Il en est de même pour les affections bien délimitées. Ce n'est point le cas pour les schizophrénies. Un facteur d'un tout autre ordre semble en constituer la portée. En effet, la notion de schizophrénie est si riche en données psychopathologiques que, qu'on

le veuille ou non, elle a servi et sert encore de pivot autour duquel s'effectue l'évolution de nos notions cliniques et psychopathologiques. L'extension qui lui est primitivement donnée rentre dans l'ombre en présence de cet état de choses. C'est la raison aussi probablement de ce que ceux qui croient formuler des critiques à son endroit, n'arrivent point à la mettre simplement de côté. Ils en restent tributaires. Ouvrant largement la porte à la recherche et à la réflexion, malléable et suggestive en même temps, la notion de schizophrénie s'impose d'elle même. C'est sur elle que se trouve centré le travail des continuateurs du maître, qui s'écartent d'ailleurs en partie, comme nous le verrons encore, de la position initiale de celui-ci. Mais nous n'y voyons qu'un avantage, la preuve certaine qu'il ne s'agit nullement d'une doctrine «close», mais d'une conception largement «ouverte» devant nous. La valeur d'une notion ne se mesure pas au nombre des élèves ou d'adeptes qu'elle recueille, mais à la façon dont elle vient ensemençer la terre de la recherche et permet à celle-ci d'avancer toujours.

Après avoir été assistant au Burghölzli en 1914-15, en France depuis 1915, une de mes toutes premières publications après la première guerre mondiale a été un mémoire publié dans l'Encéphale en 1921, sous le titre: «La Schizophrénie et la notion de maladie mentale (sa conception dans l'oeuvre de Bleuler)». En 1927 paraissait mon livre «La Schizophrénie. — Psychopathologie des schizophrènes et des schizoïdes». Pénétré des idées de Bergson, je les introduisais dans l'étude de ces malades. Je crois pourtant être resté fidèle à la pensée de mon maître. La recherche et la réflexion sont toujours en marche. En tous les cas, maintenant que je porte, avec l'âge, une page d'histoire vecue en moi, et que je me penche tout naturellement sur le passé, je crois pouvoir dire que sans Bleuler je n'aurais jamais pu être ce que grâce à lui je me suis efforcé de devenir. Et en le disant, j'évoque également le souvenir de ma femme, avec laquelle, étant partis tous les deux de la notion de schizophrénie, nous avons collaboré, en conjuguant nos efforts, une vie durant.

Mon livre sur la schizophrénie est épuisé depuis plusieurs années. Il est question maintenant d'une nouvelle édition. Un quart de siècle s'est écoulé depuis la première. Le cheminement de la pensée s'est poursuivi entre temps. Le projet de cette nouvelle édition m'a incité à repenser le problème. Je n'ai pas pu me résoudre à remanier le texte initial. Il ne me paraissait guère utile d'effacer le tableau tracé en 1927 pour l'adapter tout du long à la situation 1952. Ce tableau conserve peut-être encore sa valeur en tant qu'étape du moins, étape appelée, comme toute étape, à être dépassée avec le temps. Aussi me suis-je arrêté à l'idée d'ajouter au texte inchangé un chapitre nouveau. A ce chapitre je donnais le titre «Perspectives». Je voudrais en indiquer ici succinctement les grandes lignes.

1) **La Typologie constitutionnelle.** La schizophrénie se situait dans le sillage de l'oeuvre de Kraepelin. C'est dire qu'elle a été élaborée en confrontation constante avec la psychose maniaco-dépressive. Evolution par accès ou par phases d'une part, sans atteinte portée à la personne du malade entre les accès; processus évolutif d'autre part, tendant, virtuellement du moins le décours d'une schizophrénie étant extrêmement variable, à aboutir à des états terminaux spécifiques. Mais parallèlement, maintien d'un contact, bien que retréci et modifié, avec le monde extérieur, avec la réalité, avec l'ambiance, d'une part, et déficience fondamentale de ce contact d'autre part. Pour ne citer qu'un exemple: l'excité maniaque, comme le dit Bleuler, absorbe avidement les stimulations venant de l'extérieur — nous ajouterions: il les absorbe si avidement qu'il ne s'en pénètre plus du tout — de sorte que nous pouvons suivre ses réactions et ses associations, nous en amuser même, tandis que les propos incohérents d'un schizophrène excité dressent une barrière infranchissable, au premier abord du moins, entre lui et nous.

La confrontation de la psychose maniaco-dépressive et de la schizophrénie devait trouver par la suite son prolongement dans la typologie de Kretschmer. Bleuler y attacha d'emblée une grande importance. Lorsqu'en 1922 nous retournions pour la première fois après la guerre en Suisse, curieux de nous mettre au courant de ce qui entretemps a pu être publié à l'étranger, Bleuler nous disait: «Vous n'avez qu'un seul livre à lire, c'est celui de Kretschmer.» Ce prolongement vers le normal, en passant par les caractères anormaux, venait restreindre la portée de la schizophrénie latente et en même temps, en contenant un apport précieux pour notre activité aussi bien psychothérapique que médico-pédagogique, empiétait sur les conceptions issues non plus de l'évolution de la notion de démence précoce, mais du champ des psycho-névroses ou du moins dites telles (Charcot, Babinski, Janet, Freud), en y faisant valoir ses droits. Le débat d'ailleurs est loin d'être clos ni en ce qui concerne les rapports entre une poussée discrète de schizophrénie et la schizoïdie, ni en ce qui concerne le rôle — et à nos yeux il est très important — que celle-ci est appelée à jouer dans le domaine des psycho-névroses et des névroses, en premier lieu de la névrose obsessionnelle, ce rôle d'ailleurs allant selon nous bien au delà.

Ce qui nous importe ici avant tout, c'est de souligner que ce prolongement vers le normal faisait ressortir très clairement que l'opposition initiale de la psychose maniaco-dépressive et de la schizophrénie ne se bornait point à une simple confrontation sur le plan purement symptomatique, mais allait davantage en profondeur, touchait à des facteurs essentiels de nature structurale de la vie humaine. Ce point est ressorti encore plus nettement en relief à partir du moment où Bleuler remplaçait les

termes de cycloïdie et de cyclothymie de Kretschmer par celui de syntonie, en mettant ainsi l'accent non plus sur le facteur cyclique, mais sur la faculté de vibrer à l'unisson avec l'ambiance. En même temps, il élevait la schizoïdie et la syntonie au rang de deux principes vitaux, et nous y verrions volontiers une confirmation de ce qui vient d'être dit au sujet du caractère de l'opposition des deux psychoses. Le diagnostic par pénétration, visant en entier la façon d'être particulière du sujet examiné, devait venir dès lors prendre place à côté, pour ne pas dire primer, du diagnostic basé sur une simple énumération de symptômes. Cela montre également que le débat, tant en ce qui concerne la schizophrénie que la typologie, ne saurait se dérouler uniquement sur le plan statistique. C'est qu'il ne s'agit plus tant du nombre et de la fréquence que de la mise en relief de ce qu'il peut y avoir de vraiment «typique» dans un cas comme dans l'autre. Et la fréquence aussi bien des psychoses que des types associés, dont nous aurons encore à parler, ne fait que renforcer cette façon de voir. Quant à la faculté de porter un diagnostic par pénétration, elle est ce qu'il y a de plus clair peut-être dans la formation du psychiatre contemporain, formation qui ne s'acquiert qu'au cours d'un stage prolongé dans un hôpital psychiatrique grâce à cette clinique journalière et à ce contact au jour le jour avec les malades, qu'il comporte. C'est là l'unique porte d'entrée vers la psychiatrie.

Par la suite, une très profonde modification devait se produire dans le domaine que nous étudions ici. Cette modification repose en premier lieu sur l'oeuvre de F. Minkowska. Ayant pour point de départ de vastes recherches généalogiques, cette oeuvre a permis à l'auteur de revaloriser, si l'on peut dire, l'aspect mental des troubles de nature comitiale, trop négligés à cette époque au profit de ses manifestations neurologiques, d'en préciser les caractères essentiels, pour ce qui est avant tout du caractère cosmique du délire au cours des états crépusculaires, et de mettre en même temps en relief, en connexion avec ces caractères essentiels, une nouvelle constitution: la constitution épileptoïde ou glischroïde. Cette constitution est, à l'instar de celles de Kretschmer, bipolaire. Elle comporte un pôle adhésif et un pôle explosif. Là encore, pour employer le même terme, les manifestations de nature adhésive se trouvent revalorisées. On avait trop pris l'habitude de mettre au premier plan les explosions de colère, d'une extrême violence comme on le sait, ou les fugues. En réalité, le pôle adhésif, caractérisé par une affectivité visqueuse ou collante et venant rejoindre la brady-psychie, semble, du point de vue pathogénique, devoir être mis en avant. L'adhésivité excessive détermine une stase qui, elle même secondairement aux réactions explosives à caractère de véritables décharges libératrices. La connaissance de la structure des troubles mentaux de nature comitiale de même que de la constitution correspondante, s'est trouvée singulièrement

approfondie de cette manière. Ces troubles et cette constitution se trouvaient ainsi placés, en entité ou plus exactement en série équivalente, au même rang que la psychose maniaco-dépressive et la cycloïdie d'une part, la schizophrénie et la schizoïdie d'autre part.

Le cercle fermé, circonscrit par l'opposition à deux termes de la psychose maniaco-dépressive et de la schizophrénie qui pendant si longtemps a présidé d'une façon exclusive à l'élaboration de nos notions nosographiques et typologiques, s'est trouvé brusquement rompu de cette manière. C'est là dans l'évolution de nos idées un fait de première importance. La délimitation plus particulièrement de la série schizophrénie-schizoïdie ne reposait plus uniquement sur la confrontation avec la série psychose-cyclique-cycloïdie, mais devait également tenir compte de la nouvelle série, c'est-à-dire de la série épilepsie-épileptoïdie. Le schizophrène et le schizoïde pèchent non seulement par déficience des facteurs cycloïdes ou mieux syntones, mais encore par manque d'éléments, en ce que ceux-ci peuvent présenter de positif entre autres, de nature comitiale ou épileptoïde. En effet, c'est la confrontation avec cette nouvelle série qui devait répandre plus de clarté sur les manifestations et les mécanismes d'ordre schizophrénique.

C'est ainsi aussi que dans les travaux de F. Minkowska, au fur et à mesure qu'ils trouvaient leur prolongement vers le normal, sont venus s'opposer non plus la schizoïdie et la syntonie, mais le type rationnel et le type sensoriel. Il n'est guère possible d'indiquer ici en détail la voie suivie au cours de longues et patientes années de labeur. Rappelons seulement le rôle qu'a joué à ce point de vue le Rorschach, adapté par l'auteur aux problèmes cliniques ainsi qu'à ceux de la typologie constitutionnelle, et la méthode de l'interprétation des dessins d'enfants, de même que des toiles de grands peintres, de Van Gogh en premier lieu, de Seurat et Gauguin ensuite. Des renseignements démonstratifs et d'une richesse vraiment extraordinaire ont pu être mis à jour de cette manière, traversant comme d'un fil rouge la série épilepsie-épileptoïdie-type sensoriel d'une part, et la série schizophrénie-schizoïdie-type rationnel d'autre part.

Le type rationnel se complaît dans le rationnel et dans l'abstrait, dans l'immobile et dans le solide, dans ce qui est avant tout objet inanimé; il sépare et sait de ce fait tracer des limites, et aboutit ainsi (dans le Rorschach) à une précision de la forme, des objets avant tout; mais il sépare et découpe souvent plus qu'il ne faut; il disjoint ce qui de par sa nature devrait demeurer lié, morcelle et fragmente outre mesure; il passe ainsi à côté du vécu et du senti. Le sensoriel vit dans le concret, dans l'hyperconcret même, n'arrive plus à s'en détacher, à s'en distancer, là même où les circonstances l'exigent; il lie plus qu'il ne sépare, de sorte que les formes (Rorschach) en deviennent parfois con-

fuses: il voit le monde en mouvement, et ce mouvement ayant trait au dynamisme primitif de la vie, prime chez lui les objets, débordant largement le simple déplacement de ceux-ci dans l'espace: il voit et vit également le monde en images.

Ces images du sensoriel ont un caractère tout particulier. Elles constituent probablement une des acquisitions les plus importantes et les plus intéressantes de la psychologie contemporaine. Nous ne pouvons guère les concevoir comme une simple *reproduction* d'objets perçus, comme le veut la psychologie traditionnelle. Elles ne viennent point se mouler sur la forme immobile de ces objets aux limites tranchées. Elles sont primitives et en ce sens sont davantage une *production* qu'une reproduction. Vécues d'une façon immédiate, elles ne se réfèrent point à une perception qui les aurait précédées dans le temps. Et par ce caractère, elles se rattachent à ce qui de la même manière peut être vécu, c'est-à-dire au Tout auquel elles ressemblent. Elles débordent toujours le sens qu'un objet ou un ensemble d'objets peuvent avoir. Nous en trouvons une expression démonstrative dans le langage, dans sa portée métaphorique avant tout. Nous parlons couramment du sens imagé de certains vocables. Mais ce sens imagé, comme nous avons essayé de le montrer plus d'une fois, non seulement ne vient point s'opposer à ce que d'une manière plus ou moins arbitraire nous considérons comme sens propre, mais au contraire, fait un avec lui, en nous révélant la signification première, sur le plan vital, du phénomène que le vocable en question désigne d'une façon univoque. C'est dire aussi que tout phénomène débordant ce que nous considérons à tort comme son sens propre et est toujours pointé sur un tout, sur le tout de la vie et de l'existence humaine dans leur union intime. L'arbre a des racines, mais ces racines il les pousse profondément en terre et nous révèle ainsi ce que «être enraciné» peut en général vouloir dire dans la vie. Cet enracinement il le réalise seulement d'une façon privilégiée, mais non exclusive. C'est dans cette direction aussi que se meuvent les images des sensoriels. Nous ne saurions pourtant insister ici davantage sur ces questions, questions de psychologie générale que la psychopathologie une fois de plus est venue féconder.

Nous voyons sans peine maintenant jusqu'à quel point l'adjonction du type épileptoïde-sensoriel aux deux précédents a modifié, en l'élargissant singulièrement, le fondement même sur lequel repose la classification de la typologie constitutionnelle contemporaine, en connexion étroite — il est utile de le rappeler — avec l'analyse structurale des traits fondamentaux, sur le plan psychopathologique, de nos grandes entités nosographiques. L'opposition de la psychose maniaco-dépressive et de la schizophrénie, de même que celle par la suite de la schizoïdie et de la syntonie, avaient pour fondement le bon ou le mauvais contact affectif avec l'ambiance. Ce critère de l'affectivité, celle-ci d'ail-

leurs conservant toute sa valeur, se trouve largement dépassée. Il vient s'intégrer dans un cadre beaucoup plus étendu, ne constitue qu'un trait de tout un ensemble, et cet ensemble précise toute la «vision du monde» propre, dans ses particularités, à chaque type décrit. Et cette «vision» à son tour, — cela va de soi — déborde ce qu'est la vision sur le plan psychophysiologique, puisqu'il s'agit de toute la façon d'être de l'individu face au monde, de sa manière de le penser, de le sentir, de le «voir» et de réagir en sa présence. Mais nous touchons par là déjà au problème qui doit être examiné dans le paragraphe suivant.

2) **Psychopathologie.** Nous nous tournons maintenant vers l'aspect psychopathologique de la notion bleulérienne. Quatre facteurs essentiels dominant à ce point de vue sa façon de voir: le trouble des associations; l'apport de la psychopathologie affective, dû à l'influence exercée par les travaux de Freud, sous forme de complexes sous-jacents susceptibles de rendre accessibles à notre entendement les diverses manifestations symptomatiques, souvent entièrement incohérentes à première vue, et d'en déterminer le contenu affectif; la notion d'autisme; celle de Spaltung (fission, disjonction). Les deux premiers sont mis chez Bleuler nettement en avant, le premier en raison de la place primordiale attribuée à cette époque à l'associationnisme, l'autre en raison de l'attrait que ne pouvaient ne pas exercer sur un esprit ouvert, comme celui de Bleuler, les vues nouvelles qui émanaient des premières recherches de Freud. C'est ainsi que Bleuler considère un relâchement particulier ou une faiblesse d'intégration dans le domaine des associations comme manifestation première sur le plan mental du processus schizophrénique, tandis que l'autisme de même que la Spaltung ne sont conçus que comme symptômes secondaires, sorte de conséquence du trouble primitif. En même temps s'affirme l'influence exercée par le rôle des complexes de sorte que le même autisme est présenté comme une espèce de repliement du malade sur lui-même, ou plus exactement sur les complexes de sa vie intérieure, plus ou moins conscients et à lourde charge affective, repliement s'effectuant au détriment des interactions indispensables avec le monde extérieur. L'existence de ces complexes est souvent hypothétiquement admise là où les faits ne les révèlent point d'une façon directe. On aurait dit que les complexes, c'est-à-dire le contenu affectif, constituaient la seule porte d'entrée possible vers la compréhension des troubles mentaux. Il est indispensable de rappeler à ce point de vue que Bleuler, avec son sens clinique et critique, n'a jamais suivi jusqu'au bout Freud, depuis surtout que celui-ci élaborait au fur et à mesure sa doctrine d'ensemble en donnant, pour la vie affective et les complexes, la prédominance à la notion de libido et au pansexualisme. Bleuler formulait encore d'ailleurs d'autres réserves, ayant trait avant tout à l'interprétation sous cet angle des activités supérieures de l'homme. Il ne

faut pas non plus perdre de vue qu'aussi bien pour ce qui est du trouble des associations que du rôle éventuel des complexes Bleuler était entièrement opposé à toute conception strictement psychogénétique de la schizophrénie. Il ne s'agissait pour lui que de manifestations sur le plan mental d'un processus organique sous-jacent, indéterminé du reste encore. C'est cette position une fois exprimée, qu'il séparait les symptômes mentaux en primitifs et secondaires, le trouble des associations en constituant toujours le point de départ.

C'est à Bleuler pourtant que nous devons les notions d'autisme et de Spaltung qui constituent, à nos yeux, comme l'avenir devait du reste le montrer, une des acquisitions les plus importantes de la psychopathologie contemporaine, bien que Bleuler lui-même les ait rangées parmi les symptômes secondaires. C'est autour de ces deux notions que devait se faire l'évolution ultérieure de la psychopathologie des schizophrènes.

Cela se comprend. La recherche est toujours en marche et notre effort pour appréhender au mieux de nos moyens la personne humaine, déçu par des conceptions parcellaires et trop unilatérales, se rénove toujours. L'associationnisme de même que l'atomisme psychologique dont il a été l'une des expressions, est dépassé de nos jours. Ce n'est pas tant des «éléments» de la vie psychique que nous recherchons à l'instar de la physique ou de la chimie atomiques, que nous sommes guidés par le besoin de saisir sur le vif et dans son ensemble la personne humaine, qu'elle soit malade ou non. La psychopathologie tend à devenir de plus en plus «anthropologique». Là l'autisme devait faire valoir ses droits. C'est que de par sa nature, il dépasse et de beaucoup, aussi bien les mécanismes associationnistes que les trois fonctions considérées comme fondamentales de notre vie psychique (pensée, sentiments, volitions), puisqu'il est de nature à les conditionner toutes en leur imprégnant son cachet particulier. Il vise toute la façon d'être de l'individu. Cela trouve son expression entre autres en ce fait que nous pouvons parler d'un «monde autistique». Le tout est de savoir comment nous allons le concevoir et si nécessairement nous devons l'interpréter comme conséquence de complexes sous-jacents. De même qu'avec le temps l'associationnisme a été dépassé, de même le rôle des complexes devait l'être aussi, ou du moins l'influence des facteurs affectifs devrait être ramenée à ses justes proportions.

C'est ainsi que nous avons été amenés à mettre l'autisme au premier plan et à parler, sous l'influence des idées de Bergson qui ont été pour nous, à un moment donné de notre évolution personnelle, une véritable révélation, de perte de contact vital avec la réalité. La conséquence directe en a été la description du rationalisme et du géométrisme morbides, qui loin d'être une nouvelle variété clinique de la schizophrénie, constituent une façon d'être particulière qui peut fort bien se retrouver dans

toutes les formes cliniques de cette affection, tout en se manifestant d'une façon particulièrement nette et démonstrative dans certains cas privilégiés. Cette façon d'être est autistique par excellence et a à connaître, dans les interactions avec la vie ambiante, de difficultés, de heurts, et nous irions jusqu'à dire de conflits, ces conflits n'ayant plus rien de commun avec les conflits affectifs au sens courant du terme et provenant de l'incompatibilité de la structure de la vie mentale ainsi conditionnée avec celle de la vie, telle qu'elle se présente à nous d'une façon immédiate. Parallèlement se faisait la différenciation de l'autisme riche d'avec l'autisme pauvre, celui-là d'une richesse toute factice d'ailleurs, étant doublé d'une vie intérieure plus ou moins étendue comme le voulait la conception première, celui-ci nous le présentant à l'état nu si l'on peut dire, c'est-à-dire sous son aspect le plus simple et le plus pur, exempt de mécanismes secondaires de compensation, et susceptible néanmoins de déterminer toutes les réactions et tout le comportement du sujet en nous en fournissant en même temps la clé, dans une certaine mesure du moins. L'ancienne opposition de l'introversion et de l'extroversion se trouvait également reléguée ainsi à l'arrière-plan. La «forme» avec sa vie à elle s'affirmait de cette manière en psychopathologie et partant, en psychologie humaine, en limitant en même temps le rôle exclusif attribué abusivement aux contenus.

A ce propos, nous revenons encore une fois en arrière, à Bleuler lui-même et en partie également à ses prédécesseurs. L'opposition de la psychose maniaco-dépressive et de la schizophrénie a été, comme nous le savons, le pivot de l'élaboration de ces deux notions nosologiques de même que par la suite des types correspondants. Cette opposition débouchait vers la mise en relief du bon ou du mauvais contact affectif avec l'ambiance, avec le médecin, avec autrui. Ce contact présidait au diagnostic par pénétration. Mais ce contact est tout autre chose quant à sa nature que le fait d'être aux prises avec les facteurs conscients ou non de la vie instinctivo-affective, toujours au fond conflictuelle. Il se situe davantage sur le versant de la forme que sur celui des contenus. Il vise un trait «typique» à peine réductible à d'autres. Et si même ce contact peut varier en une certaine mesure en fonction des situations extérieures ou des états intérieurs, il n'en circonscrit pas moins le profil de la personne examinée.

Ainsi se fait sentir le besoin de différencier les phénomènes groupés sous le vocable générique «affectivité». Au début, à l'avènement de la psychologie affective par réaction contre le rationalisme et l'intellectualisme de la période précédente, on désignait un peu pêle-mêle de ce terme tout ce qui, dans notre vie, n'était pas pensée discursive ou fonction cognitive. Des phénomènes de nature distincte se sont trouvés mélangés ainsi.

Entre l'affectivité-contact et l'affectivité-conflit, telle que celle-ci se présente dans notre vie instinctivo-affective, une distinction radicale est à faire. Dans leurs origines, dans le rôle qu'elles sont appelées à jouer dans la vie humaine, dans les fondements sur lesquelles elles reposent, elles sont loin de se confondre, chacune d'elles affirmant sa nature propre et la place qui lui revient. L'une ressortit à la rencontre humaine, l'autre fait naître avant tout l'image d'une situation conflictuelle, de la lutte intérieure, dont, en présence de nos pulsions et des instances supérieures auxquelles elles viennent se heurter, nous avons à connaître. Il est utile d'ailleurs de remarquer à ce point de vue que chez l'homme seulement les forces contraires qui peuvent se trouver en présence s'élèvent au rang d'une véritable lutte intérieure.

D'autre part, il y a lieu de différencier l'émotivité d'avec l'affectivité, d'avec l'affectivité-contact en premier lieu. Elles ne sont point superposables. L'émotivité se situe davantage en surface et ne va pas nécessairement de pair avec une bonne affectivité. Celle-là peut pécher par excès (hyperémotivité), tandis que celle-ci donne sa propre mesure et ne connaît point de «hyper». Celle-là se répartit entre les divers types constitutionnels en épousant le caractère particulier (hyperesthésie des schizoïdes par exemple), tandis que celle-ci constitue le fondement de la distinction de la schizoïdie et de la syntonie. Aussi de ce point de vue paraît-il plus opportun de parler d'émotivité constitutionnelle et non de constitution émotive, l'émotivité ne pouvant pas circonscrire un «type» tel que nous l'entendons maintenant.

Attiré par la notion d'autisme, profondément pénétrée des idées de Bergson sur les données immédiates de la conscience et sur la durée vécue, je perdais de vue la Spaltung et ne la mentionnais même pas dans mon livre. Quant à Bleuler lui-même, après avoir présenté la Spaltung sur une des premières pages de son Traité comme mécanisme presque pathognomonique de la schizophrénie, il n'en fait, pour ainsi dire, pas état dans l'exposé des manifestations de cette affection, pour n'y revenir que dans le chapitre X intitulé: «Théorie». La Spaltung reste là encore subordonnée au relâchement de la charpente des associations et est, elle aussi, sous-tendue par l'idée de complexes. L'autisme est considéré comme une conséquence directe de la Spaltung.

Les récentes recherches ont remis à l'honneur la Spaltung, en la dégageant en même temps de la subordination et de l'orientation dont il vient d'être question et en la faisant ressortir dans sa spécificité première. Cela s'est fait en premier lieu grâce au test de Rorschach, modifié et adapté aux problèmes cliniques. En même temps intervenait un autre facteur très important. Nous le connaissons du reste déjà. Il s'agit de la confrontation de la série schizo-rationnelle avec la série épilepto-sensorielle. Cette confrontation devait se montrer particulièrement féconde:

l'opposition du bon et du mauvais contact venait s'insérer dans un cadre beaucoup plus large déterminant toute la «vision» du monde avec les variétés typiques qu'elle comporte. Pour ce qui est de la Spaltung plus particulièrement, un mécanisme équivalent venait se ranger à côté d'elle, à savoir celui du *lien*, mécanisme caractéristique de la série épilepto-sensorielle. Nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette acquisition. Si la Spaltung antérieurement n'a pas été utilisée comme elle aurait dû l'être, c'est parce qu'au fond elle restait suspendue pour ainsi dire en l'air: nous n'avions rien à lui opposer. Elle demeurait unique dans son genre, ne trouvant aucune notion équivalente qui lui aurait permis de ressortir davantage en relief. La psychose maniaco-dépressive, en raison de ses caractères particuliers, ne pouvait fournir la connaissance d'aucun mécanisme spécifique. La situation changeait radicalement d'aspect du fait de la mise en évidence du mécanisme du lien. Nous nous trouvions maintenant en présence d'un mécanisme de nature à exclure la Spaltung. Celle-ci gagnait ainsi en précision, pouvant être circonscrite du côté négatif. Toutes les recherches de F. Minkowska sur le Rorschach, de même qu'ensuite sur les dessins d'enfants, se trouvent en grande partie centrées sur la confrontation de ces deux mécanismes.

Les mécanismes de la Spaltung et du lien sont tout à fait spécifiques et doivent occuper de ce fait une place à part aussi bien en psychopathologie qu'en psychologie. Ils ne touchent que de très loin ou à vrai dire pas du tout aux activités banales de séparer et de lier ou d'unir, auxquelles nous pouvons être appelés à nous livrer en fonction des situations d'ordre pragmatique qui se présentent à nous. Contrairement à ces activités, ils mènent au morcellement, à la fragmentation excessives d'une part, à une fusion outrancière, à une confusion d'autre part. Ils sont pathologiques puisque nous les trouvons dans des tableaux cliniques avérés, mais sont en même temps psychologiques, ou plus exactement typologiques, puisqu'elles trouvent leur prolongement naturel dans les types constitutionnels, cela du fait que chaque type, dans sa limitation foncière par rapport à la vision totale du monde, comporte nécessairement à côté de ses ressources des faiblesses, des failles, des lacunes, indispensables au fond, faisant une contrepartie pour ainsi dire des ressources. Ils se situent — cela va de soi — du côté de la «forme» et non des contenus.

La Spaltung, puisque c'est elle que nous avons en vue ici avant tout, une fois donnée, peut jouer sur des complexes comme elle peut se manifester de mainte autre façon en dehors et indépendamment d'eux. En aucun cas nous ne saurions la considérer comme tributaire uniquement des complexes ni encore moins comme leur conséquence. Quant à l'autisme et la Spaltung, ils semblent se rejoindre, en exprimant sous des angles quelque peu

différents le même état de choses, sans qu'il soit nécessaire d'attribuer la priorité à l'un ou à l'autre.

3) Diagnostic différentiel. Analyse factorielle. Si nous jetons un coup d'oeil en arrière, nous sommes amenés à constater que dans l'évolution suivie par la notion de schizophrénie le point de vue psychopathologique a primé le point de vue nosographique à proprement parler, et c'est ce qui en constitue, à nos yeux, la principale valeur et rend compte en même temps de l'influence que la notion bleulérienne continue d'exercer sur la pensée psychiatrique contemporaine, quelles que soient les critiques et les réserves formulées à son égard sur le plan strictement clinique. Cet état de choses s'explique sans difficulté. Notre nosologie, là où l'étiologie demeure encore inconnue ou du moins non précisée d'une manière univoque, reste incertaine et imprécise. Les acquisitions psychopathologiques, elles, demeurent.

Cela ne peut ne pas retentir sur la clinique. Il suffit de rappeler la célèbre formule de Bleuler: dans chaque cas il s'agit de savoir non pas schizophrénie ou psychose maniaco-dépressive, mais dans quelle mesure psychose maniaco-dépressive et dans quelle mesure schizophrénie. Formule déroutante à première vue, allant à l'encontre de la position du problème du diagnostic différentiel en médecine générale! Par là s'affirme une fois de plus le fait que la psychiatrie, tout en étant une branche de la médecine, se signale par des particularités qui lui sont propres et qui lui font occuper à certains égards une place à part. La formule énoncée se montre, sur le plan empirique, non seulement viable mais encore féconde. Elle postule qu'une fois le diagnostic de schizophrénie posé, notre tâche est loin d'être terminée du moment qu'il s'agit de rechercher chez le malade ce qui n'est point de nature schizophrénique, recherche des plus importante, non seulement pour le diagnostic, mais encore pour le pronostic et la marche thérapeutique à suivre. Par là tombe aussi l'objection que la notion de schizophrénie, par l'extension qu'elle prend, risque de devenir un véritable oreiller de paresse, objection que nous indiquions dès le début de ce mémoire. Et si dans le dédale des symptômes variables à l'infini presque, on a l'impression de se perdre, une ligne de direction pour une analyse plus approfondie est donnée ainsi. Du reste, comme nous l'avons vu, le diagnostic par pénétration vient parer aussi à cet inconvénient.

La psychose maniaco-dépressive et la schizophrénie ne s'excluent point, aussi peu d'ailleurs que la schizoïdie et la syntonie. Antinomyques à première vue, elles peuvent fort bien coexister. Le problème des psychoses associées se trouve ainsi posé dans toute son étendue. Kretschmer dans le même sens a parlé pour les types décrits par lui «d'alliages». Ces psychoses — et c'est là l'origine de la formule de Bleuler — sont bien plus fréquentes que les cas «purs». Ces cas purs s'imposent seulement à nous

dans leur «pureté» primitive, ce qui veut dire de nouveau qu'il ne s'agit point là de la coexistence de symptômes constatés uniquement sur le plan empirique, mais que ces symptômes «se tiennent», nous donnent l'impression, à nous qui ne cherchons pas seulement à énumérer des symptômes isolés, mais à saisir sur le vif toute la façon d'être de notre malade, de former un ensemble lié «organiquement», d'être l'expression sur le plan symptomatique d'un seul et unique trouble générateur. Lorsqu'en présence d'un excité maniaque, il nous arrive de nous exclamer: Quel *beau* cas de manie!, nous avons traduit par cette exclamation l'état de choses que nous avons en vue. C'est une excitation maniaque et rien que ça. Aucun facteur hétérogène ne vient troubler la pureté du tableau clinique que nous avons devant nous.

La coexistence de deux affections choque à première vue. Elle peut se produire, mais en médecine générale n'est que l'exception et non la règle. En psychiatrie la situation semble devoir être renversée. Cette difficulté peut être levée facilement si nous abandonnons la notion de maladie mentale au sens strict du terme, notion qui reste sujette à caution. Nous pouvons sans inconvénient admettre qu'un facteur pathogène, connu ou inconnu, vient mettre en jeu sur le plan mental les divers facteurs préformés dans l'individu, tout en y ajoutant le cas échéant ceux qu'il prend à son compte en déterminant ainsi le processus morbide. Des études de cet ordre ont été faites par exemple dans le domaine de la paralysie générale. Toute personne humaine est fort complexe. Des facteurs hétérogènes d'apparence peuvent s'y rejoindre, de façon soit à s'atténuer réciproquement soit au contraire à s'aggraver en ajoutant leurs faiblesses les unes aux autres. Cette façon de voir n'a plus rien de choquant. C'est dans ce sens aussi que doit être interprétée le formule de Bleuler. La notion du bon ou du mauvais contact vers laquelle débouchaient les deux séries examinées nous éloigne du reste elle-même de la notion de maladie mentale pour nous rapprocher du comportement du sujet, pris dans son ensemble, à l'égard de l'ambiance. Le diagnostic différentiel au sens strict du terme cède ainsi le pas à l'*analyse factorielle*. Et c'est là de nouveau que la formation du psychiatre contemporain est appelée à faire ses preuves.

Cette analyse factorielle s'est sensiblement enrichie de nos jours. Le lecteur l'a deviné déjà. C'est la conséquence de la revalorisation de l'aspect mental de l'épilepsie, de la mise en évidence des caractères essentiels de nature structurale de ses troubles, de même que par la suite de toute la série épilepto-sensorielle. Rappelons également ce qui a été dit sur les mécanismes du lien et de la Spaltung et sur la façon dont ils peuvent être délimités l'un par rapport à l'autre. La série schizo-rationnelle se signale non seulement par une déficience de l'affectivité-contact (de la syntonie), mais encore de la sensorialité. Et comme nous l'avons

vu, cette sensorialité de même que la rationalité qui se trouve lui être opposée, dépassent sensiblement l'affectivité en mettant au premier plan la notion très large et très vivante de facteurs formels, de la «vision du monde».

Ce n'est guère la place d'examiner en détail dans ce «tour d'horizon» tout ce que la confrontation de la série schizoratiionnelle et de la série épilepto-sensorielle nous a donné au cours des dernières années. Ce sont des acquisitions dont toute la portée ne saurait encore être mesurée. Elles sont loin d'être uniquement théoriques; au contraire, elles touchent de près aussi bien à notre activité psychiatrique qu'à notre activité médico-pédagogique en ouvrant sur le plan pratique des perspectives nouvelles. Il y a lieu de mentionner encore une fois l'apport fourni dans ce domaine par le Rorschach et par les dessins d'enfants caractériels ou normaux.

Pour terminer indiquons encore que l'analyse factorielle nous libère d'un problème qui a suscité tant de controverses: maladie ou syndrome? Elle le laisse de côté. La notion de maladie mentale est, comme nous l'avons dit déjà, sujette à caution. Mais le syndrome est trop «faible», si l'on peut dire, pour pouvoir rendre compte du décours, de l'évolution des troubles mentaux, des dégradations progressives de la personne humaine qu'ils conditionnent, là avant tout où il s'agit de «processus» morbides.

4) La schizophrénie infantile. Nous venons de parler, à propos de la typologie constitutionnelle, d'enfants caractériels. Cela nous mène au problème de la schizophrénie infantile. Ce problème est à l'ordre du jour. La question est d'ailleurs encore plus complexe que chez l'adulte, puisque nous nous trouvons en présence de jeunes individus, en pleine évolution, passant par des phases critiques, avec les signes particuliers qui caractérisent ces phases et qui de ce fait sont souvent de nature passagère, l'évolution se chargeant elle-même d'en atténuer la portée. N'empêche que les acquisitions psychopathologiques récentes projettent une lumière sur ces relations complexes. Le comportement d'un enfant schizoïde et d'un enfant épileptoïde ne sera pas le même; les mesures médico-pédagogiques et le cas échéant, psychothérapeutiques ne le seront pas non plus.

L'évolution de la notion de démence précoce (ou schizophrénie) infantile a parcouru les mêmes étapes que la notion-mère. Tout au début il a été question uniquement de *dementia praecocissima* ou de *dementia infantilis*, «dementia» étant prise au sens strict du mot. De nos jours, on est d'accord pour se demander, comme nous le faisons également pour les malades qui ont servi à Morel pour introduire en psychiatrie le terme de démence précoce, si ces cas ne sont pas en réalité des encéphalopathies graves d'étiologie et de nature différentes de ceux que nous plaçons aujourd'hui dans la rubrique «démence précoce». La notion initiale de Morel s'est sensiblement élargie et modifiée.

sous l'impulsion de Kraepelin avant tout et de Bleuler ensuite, jusqu'à devenir méconnaissable. La spécificité des états terminaux a été l'un des facteurs essentiels sur lesquels est venue s'édifier cette démence précoce modifiée. Or, nous trouvons la même étape dans l'élaboration progressive de la notion de schizophrénie infantile. Ce n'est qu'une fois l'état terminal spécifique installé qu'il devient possible de passer en revue rétrospectivement les phases antérieures de l'affection pour les intégrer à cette notion et en établir ainsi, dans ses caractères principaux tout au moins, la symptomatologie. Cette symptomatologie, tout en restant superposable à celle de l'adulte, en différera en partie en fonction justement de l'âge des sujets. Ainsi les hallucinations, les idées délirantes et les états catatoniques sont rares. Le diagnostic différentiel offre maintes difficultés.

Mais l'impulsion ainsi donnée, il paraît difficile de s'accommoder de l'idée, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants, qu'il faut attendre que l'affection ait abouti à un état terminal pour pouvoir porter avec certitude le diagnostic. Nous voudrions le faire au cours des phases antérieures d'une manière approximative tout au moins. Aussi voyons-nous de nos jours la notion de schizophrénie infantile s'étendre, toute proportion gardée évidemment, vers la schizophrénie latente de Bleuler et la schizoïdie. Le Rorschach et l'interprétation des dessins d'enfants ont fourni et continuent de fournir là des données particulièrement démonstratives. Il ne faut pas d'ailleurs perdre de vue que dans ce domaine très délicat il ne s'agira pas tant, conformément à ce qui a été exposé plus haut, d'un diagnostic et d'un pronostic fermes, mais d'une analyse factorielle fondée sur la confrontation des facteurs essentiels de nos trois séries et sur l'interaction de ces divers facteurs. Dans les zones frontières plus particulièrement, abstraction faite des cas avérés de démence précoce infantile, dans tout le chapitre des enfants dits caractériels, une analyse de cet ordre, en nous permettant de dépasser la symptomatologie ou la caractérologie banales, fournit des renseignements pratiques de première importance.

Le débat est loin d'être clos. Compte tenu des particularités signalées tout à l'heure que présente l'enfant, une grande prudence est de mise. N'empêche qu'il y a des cas qui d'emblée sont troublants. Il se peut aussi que des atteintes schizophréniques puissent se produire tôt sans prendre par la suite une forme évolutive, mais en laissant néanmoins des séquelles plus ou moins prononcées de nature plus durable et spécifique. Un pas important sera fait, lorsque nous serons en possession de données précises sur le sort ultérieur des sujets que nous avons eu à observer et à «étiqueter» dans leur enfance. Des enquêtes de cet ordre sont en cours. Elles méritent d'être étendues.

Dès à présent toutefois un examen plus approfondi s'impose quant aux diagnostics courants en psychiatrie infantile, en pre-

mieur lieu ceux de débilité mentale et d'instabilité psychomotrice. Les tests de niveau ne doivent point reléguer à l'arrière-plan la clinique. Le niveau n'est qu'un des signes cliniques de la débilité mentale; il n'en fait point le tout. Un examen plus attentif montrera que parfois nous plaçons sous le signe de ce diagnostic des cas où il s'agit d'une atteinte d'un autre ordre. La présence d'un facteur de la série schizophréno-schizoïdique devra être discutée. Pour les mesures médico-pédagogiques à prendre, cette question sera particulièrement importante. Il en est de même de l'instabilité psychomotrice qui connaît des modes et des variétés, dont certains dans leur aspect clinique s'apparentent, par eux-mêmes et par le fond mental qui les sous-tend, à ce que nous a enseigné la clinique sur la schizophrénie, plus ou moins atténuée ou plus ou moins grave, de l'adulte. Ici comme ailleurs, les données nouvelles qui se sont précisées tout du long de l'évolution de la notion de schizophrénie se montrent fécondes. Elles font ressortir toute la portée de l'oeuvre de Bleuler.

Troubles Neuro-Moteurs

STRYCHNAL - B¹

AMPOULES 1 cc
 Strychnal: 20 mgr
 Vitamine B¹: 40 mgr
 Intramusculaire

COMPRIMÉS
 Strychnal: 10 mgr
 Vitamine B¹: 25 mgr
 Ne pas croquer

PARALYSIES
 PARESTHÉSIES

NÉVRITES
 POLYNÉVRITES

D'ORIGINE INFECTIEUSE OU TOXIQUE

LABORATOIRES LONGUET
 34, RUE SEDAINE, 34 - PARIS (XI^e)

Littérature et Échantillons:
 Établissements Marcel DU BLED. S.P.R.L.
 46-48 Av. Jean Jaurès - Bruxelles 3



SEDOL



AMPOULES

SUPPOSITOIRES



Tous les avantages de la
morphine sans ses
inconvenients



Ets A. de BOURNONVILLE & FILS - S.A. - Pharmaciens - Docteur en Sciences Chimiques
36-38, Rue aux Fleurs - Bruxelles - Tél. 17 89 00-17 53 54

Sucontral

peroral gegen Diabetes mellitus

Das neue peroral anzuwendende
Antidiabeticum aus hochwertigen
tropischen Pflanzenextrakten
von überzeugender Wirkung

»Leichtere Formen des Diabetes sowie der Alters-Diabetes bilden das Hauptindikationsgebiet der peroralen Diabetesbehandlung mit **SUCONTRAL**. Der Erfolg in diesen Gruppen ist Eindrucksvoll«

Oberarzt Dr. F. Vida, Karlsruhe

Auszug aus:

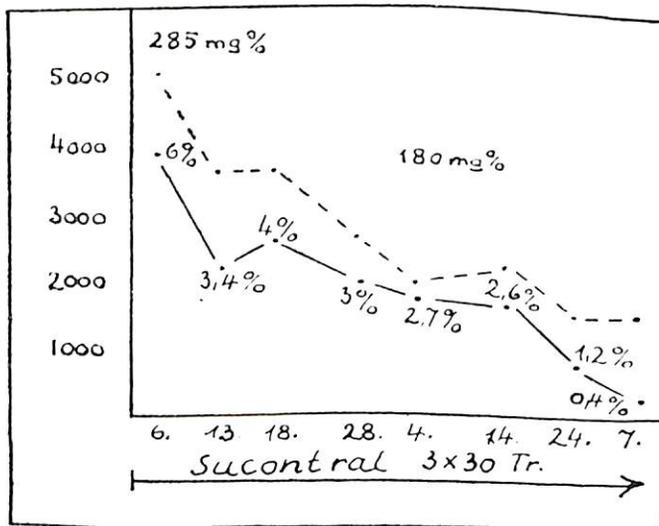
»Die Medizinische Welt«
(22. 12. 51.)

»Zusammenfassend kann demnach bestätigt werden, dass bei leichten u. auch bei mittleren Diabetesfällen das Produkt **SUCONTRAL** ein nützliches therapeutisches Mittel darstellt, welches wert ist in der allgemeinen Praxis Verwendung zu finden.«

»In einigen Fällen hat **SUCONTRAL** eine gleichwertige oder vielleicht bessere Wirkung gezeigt, als Insulin in mittleren Dosen.«

Aus einem Gutachten von Prof. Giuseppe Pellegrini, Pavia.

Fordern Sie
Informationsun-
terlagen von der
General-
Niederlage
für Luxemburg :
A P O T H E K E
Victor HOLPER
Diekirch
Tél.: 35-65



Herr S. W. 36 Jahre alt. Aus »Hippocrates«, Heft 6., 1951.

Classification Actuelle des Epilepsies

par Paul Cossa (Nice)

Vers 1900, les neurologistes classaient les épilepsies en deux groupes, épilepsie généralisée et épilepsie localisée ou jacksonienne, la première paraissant idiopathique et la seconde accidentelle. Certes, bien des objections pouvaient être faites à ce bipartisme strict: Certaines crises commencent par être localisées avant de se généraliser et d'entraîner la perte de conscience; à laquelle des deux variétés les rattacher? Où ranger d'autre part les formes mineures, par exemple les absences purement psychiques? Mais le problème retenait peu les chercheurs parce que, faute de procédés d'expérimentation adéquats, l'opinion générale restait attachée, pour toutes les formes de la maladie, à la vieille conception de Charcot: Rôle essentiel de l'écorce motrice et comparaison classique avec la bouteille de Leyde.

Entre 1920 et 1940, trois séries de faits sont venues compliquer la séduisante simplicité de ce schéma: D'un côté, les cliniciens ont vu que l'épilepsie pouvait survenir à la suite de maladies qui laissaient le cortex totalement indemne; de l'autre, les neuro-chirurgiens ont constaté que l'épilepsie localisée avait bien une origine corticale,¹⁾ mais que l'excitation de la base du cerveau, derrière le chiasma optique, pouvait provoquer une crise d'épilepsie généralisée où la perte de conscience précédait les convulsions (Cl. Vincent et ses collaborateurs). Enfin, les expérimentateurs ont réussi à reproduire des crises épileptiques (assez dissemblables les unes des autres à vrai dire) en portant des excitations, instrumentales ou pharmacodynamiques, tantôt sur la base du cerveau (animal décortiqué), tantôt même sur le tronc cérébral et la moelle. Si bien que, vers 1936, Clovis Vincent écrivait: «La convulsion peut être provoquée en excitant des points très divers de l'axe cérébro-spinal. Mais il faut opposer l'épilepsie jacksonienne à l'épilepsie-coma; la première est d'origine corticale, la seconde d'origine centrale.»

¹⁾ Laquelle, Penfield l'a montré, n'est pas en général au niveau d'une cicatrice visible, mais à côté.

Les premiers travaux électroencéphalographiques de Gibbs, Gibbs et Lennox ont permis une classification ¹⁾ des crises épileptiques basée sur la seule forme des anomalies du tracé enregistré au cours même de la crise. Mais très vite, on a compris qu'il n'était pas possible de baser une classification électroencéphalographique sur la seule forme des grapho-éléments; qu'il fallait faire intervenir la distribution géographique des anomalies; leur distribution chronologique (apparaissent-elles isolément d'un seul côté ou simultanément des deux côtés?); *l'état des tracés en dehors des crises*; l'influence de certains *moyens d'activation* (hyperpnée; cardiazol dilué; sommeil) et *l'influence enfin des diverses médications*. L'École de Montréal (Penfield et Jaspers) a pu ainsi classer les épilepsies suivant leur niveau d'origine.²⁾

Classification pathogénique :

Actuellement, à lire ou écouter les travaux récents: (Symposium de la ligue américaine contre l'épilepsie et Réunion de décembre 1950 de la Ligue française), l'opinion s'affirme qu'il n'est pas possible encore d'établir une classification pathogénique définitive des épilepsies. Il est possible seulement de dégager quelques grands types physiopathologiques: Mais le schéma proposé demeure susceptible de modifications, d'enrichissements, de complications.

Ce schéma peut être le suivant :

- 1 — Épilepsies télencéphaliques = Ce sont les épilepsies focalisées. Elles relèvent d'altérations des «couples» thalamo-corticaux, et très ordinairement des éléments corticaux de ces systèmes (donc de lésions acquises de l'écorce).
- 2 — Épilepsies méso-diencephaliques = Ce sont les épilepsies «généralisées», «idiopathiques»; «essentiels». D'origine vraisemblablement génotypique, elles relèvent d'un processus qui paraît se passer dans la substance réticulée du mésencéphale et du diencephale; elles comptent deux variétés *jusqu'ici* opposées cliniquement et électroencéphalographiquement: le petit mal et le grand mal.

¹⁾ Grand mal, petit mal, crise psychomotrice. On s'est aperçu depuis que les accidents de tracés considérés par Gibbs, Gibbs et Lennox comme pathognomoniques de cette dernière variété (ondes trapézoïdales en dents de scie) étaient dus en réalité à un incident technique (emploi d'une méthode unipolaire qui renversait le sens des accidents).

²⁾ Voici la classification donnée par Penfield au Congrès International de Neurologie (1949).

1. Crises cérébrales localisées = Cortex cérébral
2. Crises de niveau supérieur, ou épilepsie «essentielle», «idiopathique», «génétique» = Tronc cérébral supérieur
3. Crises myocloniques = Tronc cérébral inférieur et moelle
4. Crises cérébrales non localisées.

- 3 — Epilepsies rhinencéphaliques = les formes d'épilepsie isolées tout d'abord sous le nom d'épilepsie psychomotrice de petit mal variant, puis d'épilepsie temporale, puis d'épilepsie hippocampofalciforme, sont aujourd'hui considérées par certains auteurs comme dues à la mise en jeu de formation rhinencéphaliques; d'autres tendent à relier cette forme au même système réticulé que les formes précédentes.
- 4 — Epilepsies basses = La myoclonie isolée (qui accompagne parfois «l'absence» du petit mal) peut exister seule, isolée. Elle relève alors de lésions du tronc cérébral inférieur.

Les statistiques permettent de se faire une idée de la fréquence de ces différents types pathogéniques. En gros, les épilepsies méso-diencephaliques représentent 70 % des épilepsies (59 % pour le grand mal et 11 % pour le petit mal); l'épilepsie rhinencéphalique et les épilepsies focalisées se partagent 28 %. Le reste (1 à 2 %) va aux formes rares (telle l'épilepsie myoclonique pure laquelle, selon Gastaut et Natter, ne représente que 0,3 % des cas) et aux formes mal classées.

Corrélations anatomiques et étiologiques :

On oppose, depuis longtemps, l'épilepsie idiopathique aux épilepsies symptomatiques. La première, l'épilepsie idiopathique, vraisemblablement d'ordre constitutionnel, génétique, qui n'est pas liée à une lésion évidente des centres, groupe la totalité des épilepsies méso-diencephaliques et rhinencéphaliques:¹⁾ petit mal, grand mal et épilepsies rhinencéphaliques. Les autres, les épilepsies symptomatiques sont dues à des causes variées, qui vont des traumatismes de l'accouchement aux traumatismes crâniens de l'adulte, et des encéphalopathies de l'enfance à l'alcoolisme ou à la paralysie générale en passant par les phacomatoses et les tumeurs; elles relèvent de lésions diverses tantôt localisées et tantôt généralisées à un hémisphère, voire aux deux. Elles constituent la totalité des épilepsies télencéphaliques.

Corrélations cliniques :

Il s'en faut malheureusement que les correspondances cliniques soient aussi évidentes.

1° Les épilepsies télencéphaliques se traduisent, dans les cas simples, par des crises à expression focalisée: on peut en décrire une quinzaine de variétés, allant de la crise motrice partielle (jacksonienne) à la crise hallucinatoire et illusionnelle, et même à la crise viscérale. Mais les épilepsies télencéphaliques provoquent, au moins aussi souvent, des crises de grand mal que rien ne distingue des crises idiopathiques. Et la distinction est souvent

¹⁾ Peut-être en outre y a-t-il des épilepsies idiopathiques focalisées.

impossible entre certaines crises temporales, d'origine focalisée, et l'épilepsie rhinencéphalique.

2° Parmi les variétés d'épilepsie méso-diencephalique, l'on rencontre des cas traduits uniquement par les grandes crises généralisées; d'autres traduits uniquement par des absences, avec ou sans myoclonies. Mais on rencontre plus souvent des formes mixtes: Grand mal alternant avec des myoclonies isolées (alors se pose la question: est-ce une épilepsie méso-diencephalique ou une épilepsie basse induisant un grand mal? ou l'association des deux?); crises généralisées alternant avec des absences (est-ce un grand mal induisant un petit mal? ou un petit mal induisant un grand mal?); absences alternant avec des myoclonies (est-ce un petit mal vrai? ou l'association petit mal et épilepsie basse?); absences vraies alternant avec des crises psychomotrices (est-ce un petit mal ou une épilepsie rhinencéphalique?).

3° L'épilepsie rhinencéphalique, dans ses formes typiques, se traduit tantôt par des crises hallucinatoires et illusionnelles, tantôt par des états psychiques particuliers (sentiment du déjà vu) vision panoramique du passé vécu, état d'angoisse ou de félicité indicible, et tantôt par des crises psychomotrices simples ou complexes. Mais d'une part ces crises peuvent être entièrement réalisées par des lésions temporales (ou paratemporales) strictement focalisées, corticales. Et d'autre part, l'épilepsie rhinencéphalique peut provoquer des crises généralisées, en tous points semblables à celles du grand mal.

Corrélations électroencéphalographiques :

La clinique ne suffit donc pas, seule, à nous dire toujours à quelle variété pathogénique d'épilepsie nous avons affaire.

L'électroencéphalographie vient heureusement à notre secours.

Evidemment l'idéal serait que nous puissions à la fois voir et enregistrer une crise spontanée. Mais, hormis dans le cas de petit mal, c'est là une éventualité rare, si rare que compter sur elle serait se condamner à ne rien savoir.

Par contre, quatre fois sur dix, la prise correcte d'un tracé en dehors de toute crise suffit à nous renseigner: Montre-t-elle en bouffées irrégulières des altérations bien focalisées du tracé, ou, parmi des altérations diffuses, révèle-t-elle une zone du scalp ou des pointes rapides ou lentes peuvent être exactement focalisées par triangulation, c'est que nous avons affaire à une épilepsie télencéphalique, secondaire à des lésions limitées ou diffuses de l'écorce (et cela même si la crise a revêtu l'aspect clinique du grand mal). Voyons-nous au contraire apparaître, simultanément des deux côtés du crâne, des bouffées bilatérales synchrones symétriques de graphoéléments anormaux, c'est qu'il s'agit d'une épilepsie idiopathique, d'origine diencephalique; dans ce cas, c'est la forme et le rythme des graphoéléments qui vont préciser la variété: bouffées irrégulières de graphoéléments arythmiques

et divers = pointes, pointes lentes, pointes-ondes et polypointes dans le grand mal (dominance précentrale); bouffées de pointes-ondes rigoureusement rythmiques à 35 % c/s (dominance frontale) dans le petit mal. Constatons-nous enfin, dans une ou dans les deux régions temporales, la survenue de bouffées de grapho-éléments à fréquence lente (pointes lentes et pointes-ondes lentes à 2,5 c/s), et nous pouvons conclure à la vraisemblance d'une épilepsie rhinencéphalique (avec toutefois une hésitation pour l'hypothèse d'une épilepsie temporale focalisée).

Ces résultats (quatre déterminations sur dix) ne sauraient cependant suffire. On a donc cherché mieux. On a découvert des procédés d'activation, qui permettent, à la condition d'être exercés avec une rigoureuse critique, une approximation beaucoup plus grande des résultats. L'épreuve de l'hyperpnée; la stimulation lumineuse intermittente; la prise de tracés pendant le sommeil ou encore sous narcose; la stimulation photocardiazolique surtout (injection intraveineuse lente de cardiazol dilué à 5 % et excitation lumineuse intermittente simultanée) permettent d'obtenir la survenue des accidents de tracé caractéristiques de telle ou telle forme pathogénique. A la condition, répétons-le, d'être soumise au crible d'une stricte critique, la confrontation des données cliniques et de ces données électroencéphalographiques s'est avérée ainsi étrangement riche de possibilités. Elle permet en effet d'obtenir quatre vingt dix pour cent environ de résultats complets.¹⁾

Résultat singulièrement appréciable si l'on réfléchit que le grand mal, le petit mal, l'épilepsie rhinencéphalique et les épilepsies secondaires télencéphaliques ne se traitent déjà plus d'une façon univoque, et que cette différenciation de la thérapeutique tendra sans doute à s'accroître dans l'avenir.

Dès maintenant, on ne peut plus se passer de l'Electro-encéphalographie pour diagnostiquer et traiter correctement une épilepsie; pas plus que de la radiologie pour diagnostiquer et traiter une tuberculose pulmonaire.

¹⁾ L'E.E.G. permet aussi, dans une certaine mesure, d'évaluer la gravité du mal. Et surtout, elle est seule à permettre d'apprécier si le traitement est suffisant ou non.

Lithiases et insuffisances biliaires

RHÉOCHOL

ῥέω-χολή

Le cholagogue complet

Evacuant

Antispasmodique

Anti-lithiasique

1 à 3 cuillerées à café dans un verre d'eau tiède
le matin à jeun.

Contient
maintenant
de la vitamine B12
nouveau facteur lipotropique

Complexe lipotropique

Régénérateur du foie

MÉTHIOCHOL

Granulé : 1 cuillerée à soupe dans un demi-verre d'eau
à chacun des deux principaux repas.

Dragées : Avaler 3 dragées avec un peu d'eau à chacun
des trois principaux repas.

Manufacture de Produits pharmaceutiques
A. Christiaens S.A. - Bruxelles



A propos de l'artériographie cérébrale

par D. Philippides (Strasbourg)

Depuis sa création par Egas MONIZ en 1925 l'artériographie cérébrale conserva pendant longtemps des indications bien limitées.

Elle fut utilisée avant tout pour identifier les troubles vasculaires, et pour établir le diagnostic différentiel de certaines néoformations cérébrales. Parmi les moyens radiologiques contribuant au diagnostic de néoformations intra-crâniennes, l'encéphalographie et la ventriculographie qui fournissent des renseignements très précis et bien connus furent longtemps préférées.

A cette époque, faire d'emblée une artériographie lorsqu'on soupçonnait une tumeur cérébrale semblait superflu et compliqué par rapport aux autres méthodes, car il fallait une artériographie du côté supposé atteint et une artériographie du côté opposé pour pouvoir comparer. Ceci aidait à l'interprétation des artériogrammes à une époque où l'on ne possédait pas une grande expérience de la méthode.

L'artériographie ne fut pas adoptée systématiquement, surtout pour deux raisons:

1° l'injection de la substance de contraste nécessitait une petite intervention. L'injection dans l'artère était réalisée par dénudation de la carotide primitive ou de la carotide interne. Cette exposition de l'artère ne présente pas de difficultés techniques. Néanmoins, elle requiert une asepsie rigoureuse et une instrumentation spéciale. De ce fait, la méthode était réservée exclusivement aux services de neuro-chirurgie ou de chirurgie générale. En outre cette petite intervention laissait une cicatrice dans une région découverte du cou, ce qui la fit refuser par certains malades, femmes en particulier. Chez les malades comateux, l'artériographie par dénudation peut déclencher des troubles de la déglutition, et par suite entraîner une broncho-pneumonie. L'hématome ou la suppuration ne sont pas des complications exceptionnelles.

2° La seconde raison pour laquelle les indications de l'artériographie cérébrale sont restées limitées, tenait aux inconvé-

nients présentés par les moyens de contraste. Il n'en existait pas encore de satisfaisant, c'est-à-dire qui soit bien toléré par les vaisseaux et le cerveau, et d'élimination parfaite. Les premières solutions iodées utilisées par Egas MONIZ donnaient des réactions par irritation de l'endothélium vasculaire et du tissu cérébral lui-même.

Le thorotrast qui a succédé aux solutions iodées, est très bien toléré par les vaisseaux et le cerveau, mais il crée des thrombus dans les capillaires cérébraux et s'accumule dans les cellules ganglionnaires du cerveau. Injecté accidentellement à côté de l'artère le thorotrast reste fixé dans les tissus, où il provoque des réactions inflammatoires chroniques (thorotrastome). Par sa radioactivité le thorotrast inclus dans les tissus peut donner naissance à un sarcome. Un fait semblable vient d'être publié: le sarcome est apparu 15 ans après une injection para-artérielle au cou. Dans le tissu réticulaire et endothélial (foie, rate, en particulier) où il se fixe en grande partie, le thorotrast entraîne des réactions fibreuses. Pour toutes ces raisons, le thorotrast ne peut plus être utilisé. En 1940 nous avons essayé de le remplacer par une solution colloïdale iodée: le «vasosélectan». Mais nous avons dû l'abandonner, à cause de la forte irritation cérébrale que provoque son injection. Dans 25 % des cas, nous avons observé des crises d'épilepsie, accompagnées de perte de connaissance.

A la fin de la dernière guerre a débuté une nouvelle ère de l'artériographie avec l'apparition de solutions iodées inoffensives et le développement systématique de la technique percutanée.

On a d'abord employé des solutions iodées à concentration assez élevée, telles que le Diodrast à 70 %, l'Umbradil à 50 %. Ces solutions, mal supportées, ont été remplacées bientôt par des solutions plus faibles. Des travaux expérimentaux d'OLSSON et BROMAN, en Suède, ont montré que l'injection de solution iodée à concentration élevée provoque des troubles de la perméabilité des vaisseaux, avec exsudation réalisant un oedème. Ces perturbations cérébrales ont été retrouvées également à l'électroencéphalographie.

En utilisant une solution d'Umbradil à 50 %, nous avons observé chez un malade, qui présentait une parésie du côté gauche, des crises comitiales au cours de l'injection, avec perte de connaissance, suivie d'hémiplégie. Celle-ci n'a régressé que très lentement, laissant des séquelles importantes.

Pour l'artériographie percutanée, on ne devrait utiliser que des moyens de contraste qui, en cas d'injection péri-artérielle, se résorbent complètement.

Une substance de contraste parfaite doit posséder les propriétés suivantes: bonne tolérance par les vaisseaux et le cortex, élimination complète par l'organisme, ainsi que résorption complète en cas d'injection péri-artérielle, enfin absence de réaction inflammatoire importante.

Toutes ces conditions sont remplies par la Diodone à 35 % que nous utilisons actuellement.

Grâce à l'utilisation de ces solutions iodées, l'artériographie percutanée a pu être employée comme examen standard.

D'après notre expérience (nous avons pratiqué plus de 500 artériographies cérébrales à ce jour) l'injection d'une solution de Diodone à 35 % est tout à fait inoffensive; elle est faite en anesthésie locale, le malade ayant reçu pour toute prémédication une spasmalgine ou un pantopon. Il ressent seulement une certaine chaleur dans la tête du côté injecté. Nous n'avons pas observé une seule fois, de convulsions ou de perte de connaissance. La Diodone, en cas d'injection péri-artérielle, n'entraîne pas de réaction inflammatoire. Des contrôles radiographiques ont montré que la solution est complètement résorbée après deux ou trois heures.

Indépendamment de l'utilisation des solutions de contraste pratiquement inoffensives par voie percutanée le développement de l'électroencéphalographie — devenu examen systématique — a donné un essor considérable à l'artériographie.

L'E.E.G. lève l'incertitude du diagnostic neurologique de certaines tumeurs intra-crâniennes. Actuellement l'artériographie est subordonnée à la combinaison des données neurologiques et électroencéphalographiques. Nous employons cette méthode dans tous les cas où l'E.E.G. montre des perturbations électriques nettement unilatérales ou prédominant d'un côté. Pour cette raison, le nombre de ventriculographies faites dans un but diagnostique de tumeur a considérablement diminué depuis trois ans.

L'indication majeure de l'artériographie est constituée par les maladies vasculaires. Les modifications des artères et des veines du cerveau ne peuvent se voir réellement qu'à l'artériographie, modifications telles qu'un anévrisme de la carotide ou de ses branches, telles qu'un anévrisme artério-veineux congénital. L'artériographie permet de déterminer sa localisation exacte, son étendue et d'apprécier son opérabilité. En cas d'anévrisme artérioveineux les vaisseaux qui n'ont pas de rapport avec l'anévrisme sont mal remplis par la substance de contraste. C'est là une donnée intéressante de l'artériographie; par suite du court circuit, la circulation sanguine est très diminuée en dehors de l'anévrisme. (Fig. N° 1, 2, 3.)

Par son emploi systématique, on a appris qu'un nombre important d'hémiplégies est dû à une oblitération de la carotide interne ou de ses branches. (Fig. 4.)

Cet examen radiologique nous fournit également des renseignements très utiles sur les possibilités de développement d'une circulation collatérale. Grâce à l'artériographie, on a pu éclaircir l'étiologie des hémorragies méningées spontanées, qui à de rares exceptions près, sont dues à des anévrysmes intra-crâniens.

L'artériographie peut également, dans une certaine mesure, nous donner des indications sur la structure histologique des tumeurs du cerveau. La présence d'une vascularisation très augmentée au niveau de la tumeur permet une présomption diagnostique avant d'intervenir. En cas de glioblastome multiforme, on peut constater des dilatations anévrysmales et de petites fistules artério-veineuses. Ces constatations artériographiques ne peuvent être confondues avec celles des méningiomes, qui montrent plutôt dans l'aire de la tumeur une tache de contraste homogène, que l'on voit encore plus distinctement sur le phlébogramme. Seules les métastases tumorales peuvent présenter des artériogrammes semblables à ceux des glioblastomes. (Fig. 5, 6.)

La possibilité d'établir un diagnostic différentiel préopératoire présente une grande valeur en ce qui concerne les tumeurs de la région motrice, surtout à gauche. En cas d'image d'artériographie typique de glioblastome de cette région, l'abstention opératoire est préférable.

Les images radiographiques en cas d'hématome sous-dural sont également très évocatrices, sur le cliché de face, car le refoulement du cortex par l'hématome entraîne un déplacement des vaisseaux. Sur ce cliché, l'artère cérébrale moyenne et ses branches est anormalement éloignée de la voûte crânienne et l'artère cérébrale antérieure est repoussée vers le côté opposé. Image, que l'on rencontre seulement dans les cas d'hématomes sous-duraux, la confusion avec une autre néoformation n'étant pas possible.

En l'absence de déviation de l'artère cérébrale antérieure, on soupçonnera un hématome bilatéral. (Fig. 7.)

L'artériographie permet aussi de reconnaître un abcès cérébral qui se traduit par une zone avasculaire correspondant à sa cavité. Seul un kyste volumineux peut donner la même image.

Malgré l'introduction de l'artériographie en série, (face et profil) cet examen radiologique présente toujours un point faible. On pose le diagnostic de tumeur intra-crânienne, sur le déplacement des vaisseaux ou la présence d'une vascularisation pathologique au sein de la tumeur. Or, il y a des artériogrammes de tumeurs, surtout des gliomes, qui ne montrent aucune de ces modifications. En comparant les ventriculographies et les artériographies, on est souvent frappé par la différence entre le degré de déplacement du système ventriculaire et celui des vaisseaux cérébraux. Les vaisseaux ne subissent pas un déplacement en rapport avec celui de la masse cérébrales. Le déplacement des vaisseaux cérébraux est plus prononcé dans les tumeurs frontales et temporales; par contre, dans les tumeurs occipitales, le déplacement fait souvent défaut, ainsi que dans certaines tumeurs intraventriculaires.

L'image artériographique de la tumeur elle-même par suite de son hypervascularisation n'est pas aussi fréquente qu'on la

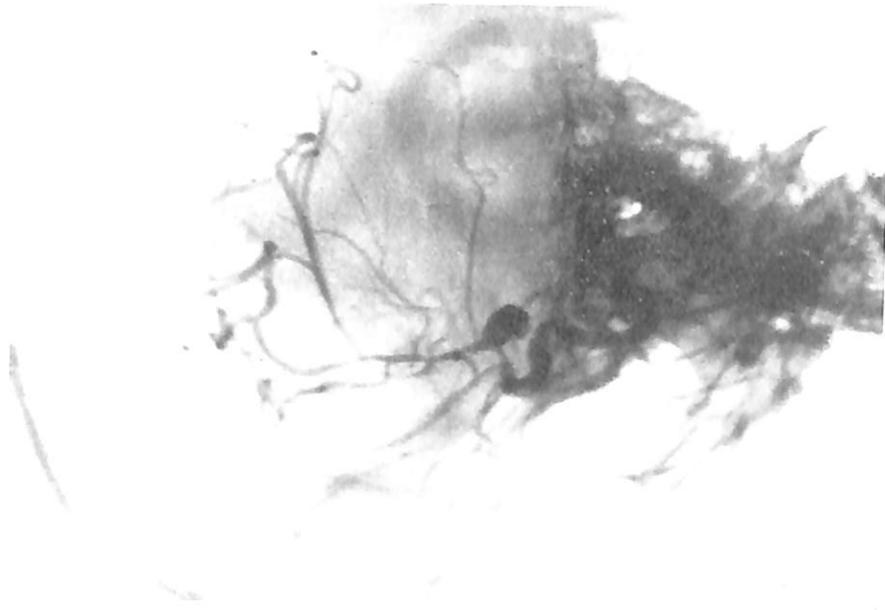


Fig. 2. Anévrysme sacculaire à la hauteur de la bifurcation de l'artère carotide interne.

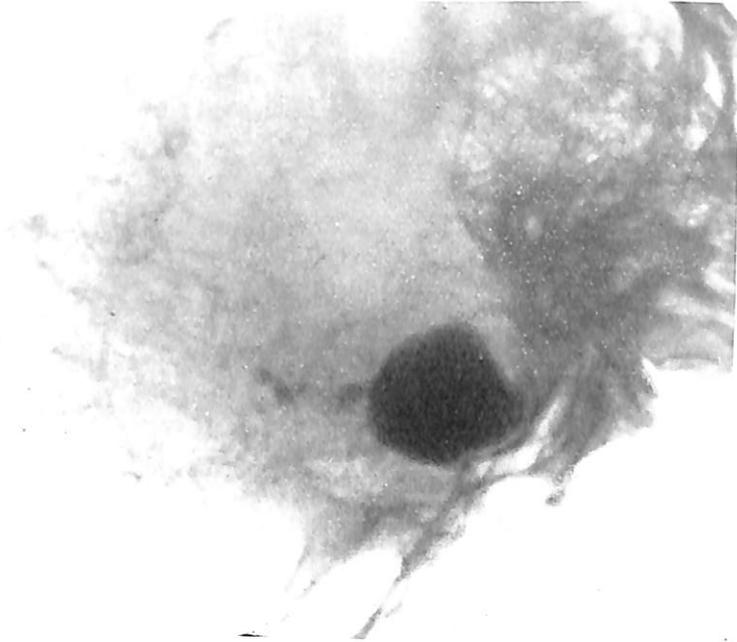


Fig. 1. Anévrysme de l'artère carotide interne, ayant provoqué la destruction de la selle turcique.

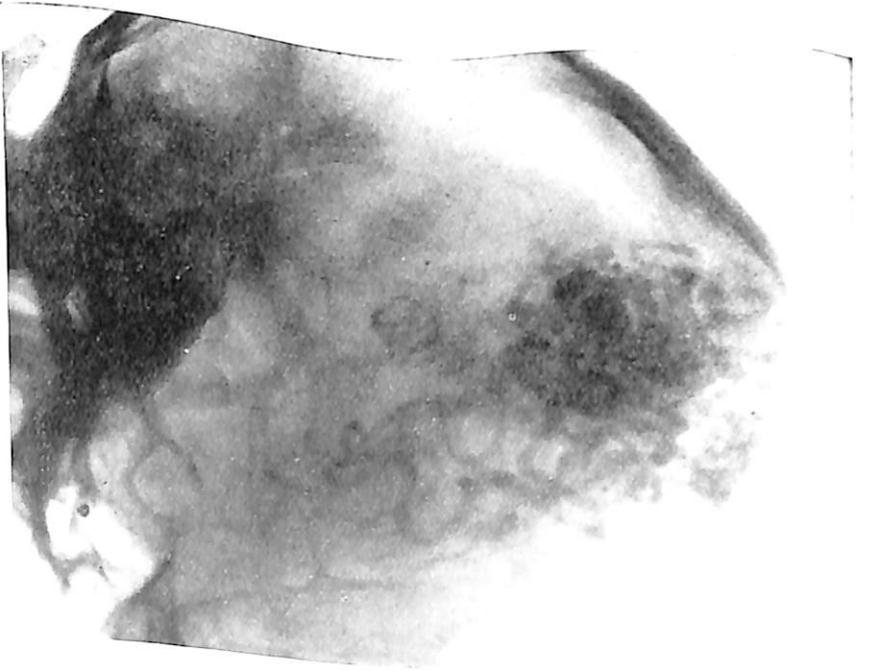


Fig. 3. Angiome de l'artère cérébrale moyenne.



Fig. 4. Thrombose de l'artère carotide interne à proximité de la bifurcation carotidienne.

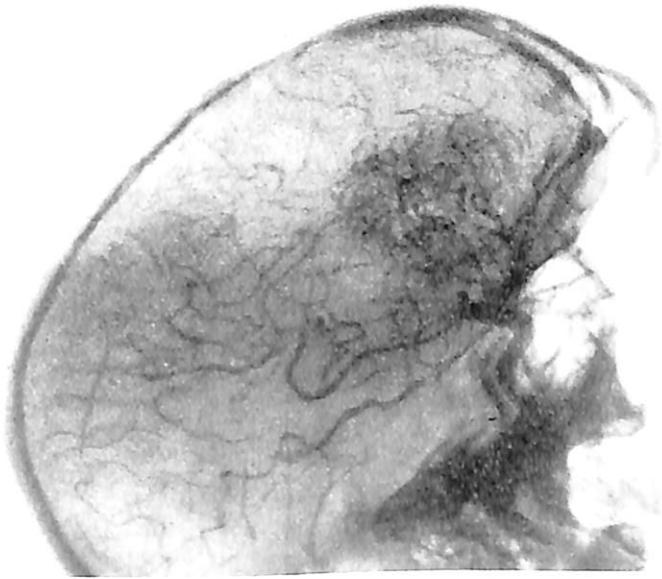


Fig. 5. Clivostome frontal.

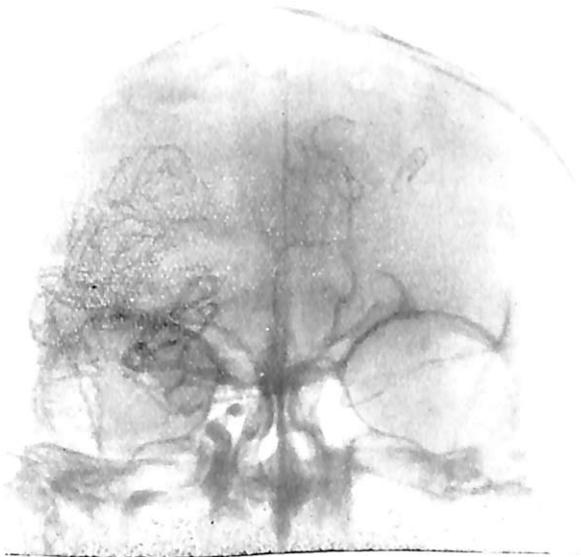


Fig. 7. Hématome sous-dural chronique.

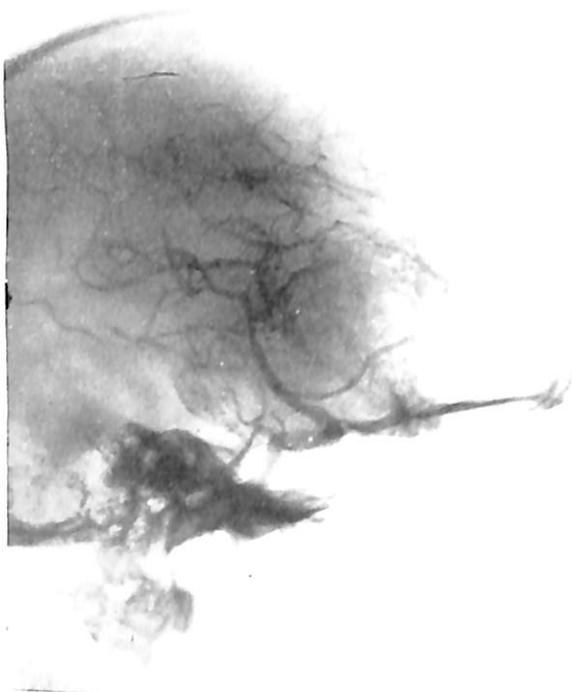


Fig. 6a

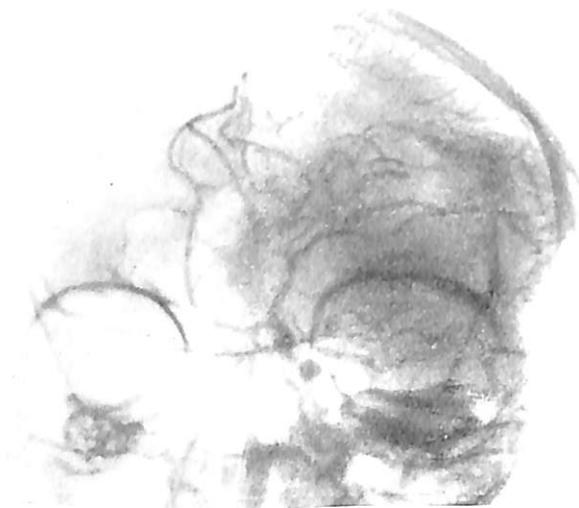


Fig. 6b. Fig. 6a et 6b: Méningiome de la petite aile du sphénoïde.

signalait lorsqu'on utilisait le thorotrast. L'image artériographique dépend évidemment de la structure angio-architectonique de la tumeur: c'est surtout le glioblastome multiforme qui donne des vascularisations tumorales visibles sur l'artériographie sous forme de nombreuses artéριοles grêles, filiformes, de vaisseaux fins, néoformés, disposés en pinceau; petits lacs sanguins, et fistules artério-veineuses sont parfois visibles du fait de l'injection, de la circulation de retour à la phase artérielle. Ces fistules ont été signalées par différents auteurs dans 40 à 60 % des cas (avec le thorotrast). En utilisant la Diodone à 35 %, nous avons constaté que les images de circulation pathologique (indépendamment du déplacement des vaisseaux par la tumeur), sont bien moins fréquentes (20 %). Ceci tient à la nature physico-chimique de ces substances de contraste. La viscosité plus grande du thorotrast ralentit sa circulation dans les vaisseaux.

Un autre facteur intervient: les examens histologiques ont montré qu'une partie du thorotrast restait fixée assez longtemps dans les cellules tumorales. On a également retrouvé des thrombus de thorotrast dans les vaisseaux de la tumeur.

Les indications de l'artériographie pour le diagnostic de localisation précise d'une néoformation intra-crânienne resteront, dans une certaine mesure, limitées du fait de l'interprétation difficile des clichés. L'artériographie peut être normale en cas de petite tumeur ou de gliome diffus, qui n'entraînent pas de déplacement des vaisseaux. Il existe, d'autre part, dans les conditions physiologiques normales, des variations du trajet des vaisseaux. C'est pour cette raison qu'on est obligé de compléter, lorsque l'artériographie est apparemment normale, par une encéphalographie ou une ventriculographie. Ce serait une faute d'éliminer une néoformation intracrânienne, en se basant exclusivement sur les résultats négatifs de l'artériographie. Nous avons observé plusieurs cas de tumeurs cérébrales avec une artériographie tout à fait normale. Seule l'image pathologique a de la valeur. Par contre, un résultat négatif doit être contrôlé par une encéphalographie gazeuse.

L'emploi de l'artériographie vertébrale, pour le diagnostic des tumeurs de la fosse postérieure est restreint, alors que la ventriculographie fournit des renseignements extrêmement précis. Par contre, pour le diagnostic de tumeur vasculaire et d'anévrisme de la fosse postérieure, l'artériographie vertébrale est indispensable. Ce sont les difficultés de la dénudation qui ont empêché l'utilisation courante de la méthode. Par l'introduction de la technique percutanée l'artériographie vertébrale est devenue d'utilisation plus fréquente. La ponction percutanée de l'artère vertébrale demeure cependant difficile en raison du calibre réduit de ce vaisseau. D'après notre expérience, encore limitée, l'injection percutanée de ce vaisseau n'est possible que dans 50 à 60% des cas. Avec une expérience plus grande, on peut espérer réussir

un nombre plus élevé de ponctions percutanées. En cas d'échec par voie percutanée, nous dénudons l'artère vertébrale à la nuque dans l'espace atloïdo-occipital.

Les considérations qui précèdent ne constituent qu'un aperçu fragmentaire sur l'immense domaine des indications diagnostiques que l'artériographie cérébrale est capable de fournir. De par sa simplicité et son innocuité, l'artériographie — par voie percutanée — doit devenir un examen radiologique de plus en plus fréquent.

La technique est relativement facile à acquérir, elle ne saurait être le privilège exclusif des spécialistes.

Toutefois — et nous attirons l'attention sur ce point essentiel — à notre sens, l'interprétation des clichés requiert une grande expérience. Or, le rendement maximum et la pleine valeur de l'artériographie ne s'obtiennent que dans les centres spécialisés où elle est pratiquée en grand et interprétée avec l'expérience nécessaire.

Travail de la Clinique Chirurgicale B. (Directeur: Professeur A. G. WEISS) de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

GLUTACID
SANDERS

Indiqué pour les Enfants
RETARDÉS, INATTENTIFS, SURMENÉS
ou
INCAPABLES DE SE CONCENTRER

Ac. Glutamique 100 g
Lécithine 0.75 g
2 à 3 cuil. à café par jour.

Anc. Maison Louis SANDERS s. a., - Bruxelles
47/51, rue Henri Wafelaerts — Tél. 37.12.35

*Bewährte
Benckiser-Präparate*

CITRETEN

D-CITRETEN

- wie Citretten - mit
Vitamin D₃

CALCIUM citricum BENCKISER

auch mit Vitamin C
und mit den
Vitaminen D₃ und A

CHOLIN-CITRAT BENCKISER

Tabletten von rein saurem
Geschmack für die perorale
Cholintherapie

Literatur und Muster auf Wunsch



SEIT 1823

Joh. A. Benckiser GMBH
CHEMISCHE FABRIK
Ludwigshafen am Rhein

Integral s.A. Luxembourg
Rue de Strasbourg 61 - Tél. 35-26

UXORYL

LABAZ

*Spécifique
de la
dysménorrhée*

2 à 3 comprimés
entre les repas

PARIS
BÂLE
LA HAYE



SOCIÉTÉ DES LABORATOIRES
168, Avenue Louise

LABAZ
BRUXELLES

TEL. 48 94 35 - 48 94 40

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES LOMBO-SCIATIQUES REBELLES

(d'après 300 cas opérés dont 234 hernies discales)

par D. Philippides et B. Montrieul (Strasbourg)

Grâce aux acquisitions cliniques et chirurgicales des 15 dernières années, le problème de la sciatique et de son traitement s'est complètement transformé.

Le terme de sciatique ou névralgie sciatique, est impropre. Ce n'est pas le nerf qui est malade mais l'une ou l'autre de ses racines (radiculite) et l'affection désignée autrefois par les termes de sciatique essentielle ou sciatique commune est en fait dans la grande majorité des cas une lombo-sciatique radiculaire d'origine mécanique (saillie du disque intervertébral: hernie discale, comprimant et irritant la racine correspondante).

Lorsque cette entité commença à s'imposer, le diagnostic de hernie discale reposait en grande partie sur la myélographie au lipiodol, à la suite des études de SICARD et FORESTIER.

Nous avons personnellement pratiqué la myélographie de principe pour étayer le diagnostic de H.D. jusqu'en 1946.

Depuis lors nous ne lui reconnaissons d'indication qu'en présence d'une sciatique à symptomatologie atypique avec l'arrière pensée d'une tumeur possible ou de toute autre cause plus rare.

Bien que nombre d'auteurs américains persistent à la considérer comme un moyen de diagnostic complémentaire systématique, nous nous abstenons de la myélographie, les substances de contraste jusqu'alors proposées présentant des inconvénients non négligeables; pas une seule de ces substances ne réunit les qualités requises: innocuité de l'injection, évacuation facile par aspiration ou élimination spontanée, enfin intensité de contraste suffisante.

Le lipiodol dont nous disposons donne de bonnes images, mais laissé dans le sac dural il provoque des «huilomes» et des arachnoïdites. Cela oblige à ouvrir la dure-mère en prolongeant une intervention dont la voie d'abord idéale est extra-durale et qui pour être efficace doit être minime.



Nous avons utilisé 3 fois le pantopaque (produit américain) qui est sans doute la meilleure substance mais son évacuation n'est certainement pas aussi facile qu'il est dit.

L'Umbradyl — solution iodée à 35 % — utilisée par SJÖQVIST (Stockholm) a le grand avantage de se résorber spontanément mais son injection très douloureuse ne peut se faire qu'avec une anesthésie intra-veineuse ou rachidienne.

En outre, la myélographie n'est pas un moyen diagnostique absolu. Sur une série de 24 elle nous donna 11 fois des images de H.D., confirmées par les constatations opératoires. Elle permit de déceler par ailleurs trois tumeurs dont l'une extra-durale et deux intra-durales. Mais il est arrivé d'obtenir une image typique de tumeur alors qu'à l'intervention on découvrit une H.D.

Si les H.D. bien saillantes apparaissent nettement sur les clichés, les petites hernies latérales qui ne déforment pas le sac dural passent souvent inaperçues, en particulier au niveau de L5-S1. Enfin nous avons abandonné la myélographie car, en principe, la symptomatologie et les caractères évolutifs permettent à eux seuls une présomption quasi absolue de sciatique par H.D. et de fixer son niveau. Et même en cas de localisation douteuse entre L4-L5 ou L5-S1 une exploration à minima des deux espaces est bénigne, comparativement aux séquelles douloureuses possibles de la myélographie. Les signes fournis par la radiographie simple ne sont pas pathognomoniques. Toutefois il convient d'en tenir compte systématiquement. Ils permettent d'éliminer des affections osseuses tel qu'un mal de Pott, une spondylarthrite ou encore un spondylolysthésis.

Le pincement de tout l'espace intervertébral au niveau de la hernie discale a une grande valeur mais il est inconstant comme les autres signes radiologiques propres à la hernie discale du reste. L'attitude antalgique peut se traduire par une scoliose concave du côté opposé à la douleur sciatique. Le baillement de l'interligne L4-L5 en regard de la racine atteinte est caractéristique. Il peut s'accompagner de signes d'arthrose aux points de contact des corps vertébraux. A L5-S1 la morphologie du disque est trop variable pour que l'on puisse en tirer quelque renseignement.

Au contraire d'un baillement, un pincement latéral peut exister en regard de l'émergence de la racine intéressée mais il n'est pas non plus significatif.

La sciatique par hernie discale commence toujours par des lombalgies, ces lombalgies s'associent à la douleur radiculaire ou constituant pendant longtemps toute la symptomatologie.

85 % de nos malades présentaient des lombalgies avant l'intervention.

La lombalgie survient fréquemment au cours d'un effort violent, en soulevant une charge ou à la suite d'efforts répétés

moins importants, le plus souvent en flexion. L'absence de cette notion ne permet pas pour autant de rejeter le diagnostic de H.D.

Alors que la lombalgie exprime la lésion discale elle-même, la douleur radriculaire traduit la souffrance de la racine comprimée presque toujours L5 ou S1 par le disque intervertébral luxé correspondant à L4-L5 ou L5-S1.

Dans notre série opératoire: hernie du disque L5-S1: 62 %,
hernie du disque L4-L5: 45 %.

L'examen clinique permet à lui seul très souvent d'identifier la racine atteinte, mettant en évidence le caractère radriculaire de la douleur et donnant le niveau du disque en cause — indication précieuse pour la conduite de l'intervention.

D'où l'intérêt majeur de l'étude de la topographie de la douleur spontanée:

— la douleur par compression de L5 débute à la face postérieure de la fesse, descend à la face postéro-externe de la cuisse jusqu'au creux poplité. De là elle contourne le genou vers l'extérieur, descendant sur la face externe de la jambe croisant en avant de la malléole externe la face dorsale du pied jusqu'au gros orteil.

En outre, les troubles sensitifs sont soit de l'hypoesthésie, soit de l'hyperesthésie douloureuse dans tout ou partie du dermatome précédemment décrit.

— L'atteinte de la racine S1 provoque une douleur débutant également à la face postérieure de la fesse mais qui descend verticalement à la face postérieure de la cuisse et de la jambe jusqu'au talon et parfois par la plante du pied jusqu'aux 2 ou 3 derniers orteils.

L'hypoesthésie cutanée si elle existe siège dans le même territoire; l'hyperesthésie douloureuse n'occupe souvent qu'une bande à la face postérieure du mollet.

La topographie de la douleur n'est pas toujours aussi nette ni aussi étendue.

Certaines fois, la douleur s'arrête au genou ou bien le trajet de la douleur est à cheval sur le territoire des 2 racines; en pareil cas d'autres signes d'atteinte radriculaire peuvent aider à établir la localisation. L'absence du réflexe achilléen plaide en faveur d'une atteinte de S1. Le réflexe achilléen peut être diminué en cas d'atteinte de L5, mais il n'est jamais aboli.

Une modification du réflexe achilléen allant de la diminution à l'abolition complète s'ajoutait à la symptomatologie dans 75 % de nos 234 hernies discales.

Certaines atteintes de L5 s'accompagnent d'une douleur dans le pli de l'aîne et à la partie interne du Triangle de Scarpa. Cette douleur, élément complémentaire appréciable, sera au contraire, si elle est isolée, difficilement distinguée d'une névralgie crurale.

— Parmi les recherches localisatrices il y a lieu d'attacher une grande valeur à la topographie de la douleur provoquée par l'épreuve de QUECKENSTÄEDT ou par la compression abdominale. Ce test malheureusement inconstant est positif dans les cas où la douleur est réveillée par la toux, l'éternuement ou la défécation.

— Une douleur bien localisée à la pression profonde des masses sacrolombaires para-épineuses est aussi un excellent signe surtout si elle entraîne une irradiation sciatique semblable aux crises spontanées. Cette douleur traduit la compression radiculaire sur la H.D. par l'intermédiaire du ligament jaune.

— Autre signe de valeur sensiblement égale: le Lasègue controlatéral, recherché du côté sain. Il provoque la douleur sciatique du côté malade et uniquement de ce côté.

— Enfin la sciatique paralysante est l'apanage de la H.D. Nous avons remarqué que fréquemment les douleurs s'atténuent jusqu'à disparaître au moment où débute la parésie des extenseurs, la compression discale ayant réalisé une section physiologique de la racine. La sciatique discale est en principe unilatérale mais elle peut devenir bilatérale.

La douleur entraîne souvent chez ces malades l'adoption d'attitudes antalgiques tendant à faire bailler l'espace intervertébral du côté fermé pour soulager la racine.

Indépendamment de son début par des lombalgies, la sciatique discale présente d'autres caractères évolutifs particuliers: elle s'atténue au repos et peut même présenter des rémissions importantes, à tel point que la guérison d'une sciatique ne constitue pas un argument contre le diagnostic de hernie discale, mais le plus souvent le malade n'est pas complètement délivré, durant ces accalmies; les traitements médicaux deviennent inefficaces, l'affection méritant bien à ce moment le terme de sciatique rebelle.

Pour la détermination du moment le plus favorable à l'intervention, les chirurgiens ne sont pas d'accord. Certains opèrent précocément si le repos absolu pendant 5 à 6 semaines conjugué au traitement médical n'a pas amené d'amélioration.

En principe nous attendons 3 à 6 mois. Nous avons consenti devant l'intensité des douleurs à des interventions plus précoces. Par contre il y a parmi nos cas des évolutions atteignant 20 ans.

L'apparition de troubles moteurs commande l'opération. L'accord est réalisé sur le fait de n'intervenir qu'en période douloureuse sinon la hernie peut ne pas apparaître.

La technique opératoire a considérablement évolué. L'ablation du disque s'est d'abord faite par laminectomie complète et abord intra-dural.

Ultérieurement DANDY, LOVE, SPURLING et BRADFORD ont préconisé une intervention moins mutilante. Ils abordèrent le disque par simple excision du ligament jaune en empiétant au besoin plus ou moins sur les lames vertébrales.

Nous avons suivi cette évolution et procédons de la manière suivante: en premier lieu, mise à nu de la racine soupçonnée atteinte par excision du ligament jaune. Si cette exploration s'avère négative, la voie d'accès est élargie par résection d'une lame. Si la révision de la racine demeure négative, nous explorons de la même façon les racines sus et sous-jacentes.

L'intervention est pratiquée de préférence en anesthésie locale, complétée par l'injection intraveineuse de quelques cc de Nesdonal au moment de l'ablation du disque. Ainsi le lever peut se faire au 3^e jour. Nous maintenons toutefois nos opérés alités durant 12 jours pour garantir l'intégrité de la statique vertébrale.

Les suites de ces interventions a minima sont particulièrement simples. Dans cette série de 300 sciatiques opérées nous n'avons pas de décès. Les seules complications d'ailleurs sans évolution conséquente ont été une phlébite, une réaction méningée passagère après laminectomie avec exploration intra-durale, et une suppuration amicrobienne. Il est intéressant pour ceux qui mettraient en doute l'existence de la sciatique discale de constater la progression d'année en année du pourcentage de H.D. découvertes par nos interventions:

le taux de 43 % de 1946 à 1948 est passé à
92 % pour l'année 1951.

Cela tient, pensons nous à deux raisons majeures: tout d'abord, la sélection clinique des cas est devenue très rigoureuse: ne sont opérés actuellement que des sciatiques radiculaires typiques c'est-à-dire à symptomatologie telle qu'elle a été schématisée précédemment. Ensuite et plus encore, l'évolution de notre technique opératoire a favorablement influencé nos explorations. Vraisemblablement nous n'avons pas pu toujours trouver la hernie par nos interventions transdurales, car la hernie se faisant le plus souvent latéralement est difficilement accessible par une exploration médiane, alors que la voie d'abord latérale interlaminaire élargie ou non constitue le meilleur accès. Ces 300 sciatiques ont été opérées de janvier 1946 au 1^{er} mai 1952. Globalement, 234 H.D. ont été découvertes et enlevées.

Ce chiffre comprend 42 disques qui faisaient simplement protrusion (protrusion bien suffisante à expliquer la souffrance radiculaire) et qui d'ailleurs étaient tous histologiquement atteints de dégénérescence myxoïde.

La H.D. fut bilatérale au même niveau dans trois cas et deux fois fut trouvée aux deux niveaux L5 et S1 du même côté.

H. D.		Interventions exploratives		
Ablation et radicotomie	Ablation simple	Simple	avec radicotomie	
de 1946 à 1951	83	13	14	38
1951	105	1	8	
1952 jusqu'à 1. 5. 52	32		2	1 (3 greffes)
	220	14	24	12

Hernies discales: 234

Radicotomies: 56

De cette série opératoire ont été éliminés quelques cas de sciatiques que l'intervention nous a révélé être dues à des affections diverses: une tumeur de la racine S1, un sarcome, un hématorne rachidien extra-dural, un ostéophyte, une arachnoïdite

Dans une analyse antérieure nous avons exposé les résultats de l'ablation de 65 hernies discales.

Sur 40 réponses utilisables il y avait 84 % de bons résultats (opérés débarrassés de leur sciatique, ayant repris leur travail dans un délai de 2 à 6 mois), 16 de ces opérés souffraient encore (soit de douleurs rappelant leur sciatique soit le plus souvent de lombalgies) et ne travaillaient plus ou avaient dû changer de métier.

Aux premiers temps de notre expérience de la chirurgie des hernies discales, troublés par la constatation de modifications de la racine (épaississement, congestion) prise dans le complexe disco-radiculaire, conseillés sur ce point par le Professeur BARRE, nous croyions bon dans ces cas, d'associer à l'ablation du disque, la section de la racine intéressée.

En outre à cette époque, si la hernie n'était pas trouvée, nous pratiquions une radicotomie de la racine présumée atteinte d'après la topographie douloureuse.

Ces pratiques antérieures nous confèrent une certaine expérience de la radicotomie, avec un délai d'observation allant de 2 à 5 ans.

Sur une série de 33 malades ayant subi des radicotomies il y eut: 8 résultats excellents, 17 bons, 3 mauvais, 5 opérés n'ayant pu être atteints. Les trois mauvais résultats concernent des malades dont la symptomatologie était atypique. Plusieurs racines étaient atteintes, la douleur sciatique était à type de brûlure (sympathalgies).

Ces radicotomies, lorsqu'elles n'ont porté que sur une seule racine, ont laissé des séquelles minimales; les opérés accusent des

paresthésies mais la plupart n'en sont pas gênés, à tel point qu'ils ont repris leur travail et se trouvent très satisfaits du résultat.

Nous ne pourrions conclure néanmoins, de ces résultats que la radicotomie seule puisse représenter le traitement idéal d'une sciatique même lorsqu'elle est due à une hernie discale.

Un dernier fait a retenu notre attention: étant intervenus sur la foi d'une symptomatologie typique nous avons pratiqué quelques interventions qui se sont révélées purement exploratrices: ni hernie, ni même protrusion minime; nous n'avons rien fait.

Sur cinq opérés dans ces conditions qu'il nous a été possible de suivre, l'un n'a pas eu de changement mais les quatre autres ont un très bon résultat, deux seulement accusent quelques lombalgies.

Est-ce là l'effet bienfaisant mais sans doute non définitif d'une simple libération, mobilisant la racine qui souffre?

L'arthrodèse par greffe de l'articulation sacro-lombaire est préconisée par certains auteurs comme intervention complémentaire afin de prévenir les lombalgies résiduelles qu'ils verraient assez fréquemment après ablation de H.D. Nous reconnaissons ne pas avoir l'expérience de cette méthode, à la lumière de nos résultats cet acte pratiqué d'emblée paraissant superflu, d'autant plus qu'il prolonge l'immobilisation post-opératoire.

Toutefois, la méthode se trouve justifiée par les lombalgies intenses qui après ablation simple de la hernie résistent aux moyens médicaux habituels.

Le traitement chirurgical seul, pensons-nous, ne permettra pas de guérir toutes les sciatiques rebelles, le problème est plus complexe.

La racine intéressée évolue également pour son propre compte et suivant la durée des phénomènes compressifs la racine présente des modifications histologiques parfois irréversibles.

On comprend de ce fait qu'il ne faille pas trop longtemps surseoir à l'intervention.

L'ablation de la H.D. ne supprime qu'un élément du processus dégénératif souvent étendu à plusieurs segments vertébraux. Néanmoins la qualité des résultats fournis par cette technique opératoire nous incite à persévérer pour l'instant dans cette attitude.

Travail de la Clinique Chirurgicale B. (Directeur: Professeur A. G. WEISS) de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

La Thérapeutique Nouvelle pour
le traitement des **ARTHROSES**
et autres maladies dégénératives:

GT-50 (GEWO)

a donné de remarquables résultats thérapeutiques dans toutes les expériences cliniques faites en Suisse et les autres pays.

Littérature: STUHLFAUTH, Münch. med. W'schrift 93, 2109 (1951)

Présentation: FORMULE **A**: Ampoules de 5 cc pour le traitement des malades des deux sexes.

FORMULE **B**: Ampoules de 5 cc pour le traitement des malades du sexe féminin.

Ed. GEISTLICH SOEHNE A. G. für Chem. Industrie
PHARMA-ABT. **WOLHUSEN / Schweiz**

REPRÉSENTANT GÉNÉRAL POUR LE GRAND-DUCHÉ:
PROPHAC

25, rue Baudouin - Luxembourg - Tél 30-73

Quelques problèmes de Psychiatrie de 1852 à 1952

par Ernest Stumper (Ettelbruck)

En 1852, c'est à dire en l'année qui vit naître le «délire de persécution» de Lasègue et les mémorables «Etudes cliniques» de Morel, Joseph Guislain, professeur à Gand, livra à la postérité ses «Leçons orales sur les Phrénopathies». Cet aliéniste, déjà connu par son «Traité sur l'aliénation mentale» paru en 1826—27, était à la fois imbu des doctrines du passé et tourné vers l'avenir. Ses «Leçons», imprégnées de moralisation à l'image des livres de Heinroth et d'Ideler, mais frappées aussi au coin du bon sens, comme ceux de Philippe Pinel et d'Esquirol, gardent le respect de l'exactitude dont avait fait preuve Bayle, et dans leur inventaire des causes, des principes et des règles cliniques il y a peu où le psychiâtre contemporain ne puisse trouver une anticipation ou un pressentiment de connaissances récentes.

I. — C'était un homme consciencieux, car il décrit parfois in extenso des méthodes qui ne lui inspirent aucun enthousiasme. C'est ainsi qu'il mentionne la méthode des douches «moralisatrices» de Leuret.

Leuret «place un malade dans un bain. Le tuyau d'une douche est suspendu au-dessus de la tête du patient. Après lui avoir fait donner des affusions d'eau froide, il lui dit: On vous retient ici parce que vous êtes malade d'esprit... Tout ce que vous dites, est chimérique. Je vous défends de parler de vos ennemis, de vos projets... Vous n'êtes pas un prophète... Cesserez-vous de parler de vos grandeurs? etc., etc., etc.

Si l'aliéné ne répond pas d'une façon convenable, on ouvre le robinet de la douche, et une colonne d'eau froide qu'il reçoit sur la tête lui dit qu'il doit parler autrement.»

Guislain ne peut cacher son scepticisme à l'égard de la méthode, car il ajoute qu'«il importe de se convaincre si le patient ne vous trompe pas, si la crainte de la douche ne lui fait pas cacher ses idées délirantes».

Les chapitres que le professeur gantois consacre à la thérapeutique sont d'ailleurs d'une richesse qui à première vue, peut nous étonner. Saignées, sétons, sangsues, moxas, vésicatoires,

mercuriaux, hypnotiques, moyens de coercition aussi variés qu'ingénieux et extraordinaires sont décrits avec un luxe de détails que tempère seulement la circonspection de l'auteur laquelle perce dans chaque paragraphe. Peut-être faut-il voir une conclusion générale, pudiquement voilée, il est vrai, dans le passage où il traite de la manie:

«Je ne crois pas me tromper en disant que sur 100 guérisons qui s'opèrent, il y en a 80 au moins qui, la nature et d'autres moyens aidants, se rattachent à l'influence de l'isolement ou pour parler plus simplement, à l'influence de la captivité, de l'emprisonnement.»

Et il ne manque pas de sincérité en insistant sur la «puissance prodigieuse de la frayeur, de l'hyposthénisation morale», citant à ce propos le fermier écossais dont parle Pinel qui «guérissait les maniaques en les attelant comme des bêtes de somme et les réduisait à l'obéissance par une volée de coups distribués au moindre signe d'indocilité».

Un psychiatre hollandais contemporain m'a dit qu'en son pays, on utilisait l'énergie déployée au cours de l'agitation catatonique, en attachant les malades à des brouettes lourdement chargées et qu'on avait obtenu grâce à cette méthode, des résultats considérables d'ordre économique et psychothérapique.

Sommes-nous alors en droit de nous enorgueillir de nos chocs, de nos comas, de nos leucotomies, de notre industrie pharmaceutique? En y réfléchissant un peu, nous verrons que beaucoup de ces méthodes ne sont devenues populaires que grâce au cachet scientifique dont elles sont affublées. Ce sont des méthodes camouflées dont le XX^e siècle, si éclairé, si scientifique, si dégagé de toute superstition a bien voulu concéder l'exercice aux aliénistes qu'il y a 80 ans les autorités brimaient encore de toute manière. En 1873 le Préfet de la Seine interdit l'enseignement concret de la psychiâtrie. Même Magnan, interne de Bail-larger, lequel fut lui-même le continuateur d'Esquirol ne put reprendre ses leçons aux étudiants qu'en 1876. L'hostilité du grand public envers les aliénistes était très vive — ne l'est-elle plus de nos jours? — en 1870, année d'un projet de réforme de la loi sur les aliénés, projet élaboré par Gambetta et Maguin qui osaient écrire: «C'est la résistance acharnée de la médecine aliéniste qui a fait la loi, qui l'applique et qui en vit.» Reinach, en 1890, a peur que l'aliéniste, étant un spécialiste, ne voie des fous partout. Rien qu'à considérer l'histoire politique des 30 dernières années, on peut se demander ce que serait l'avis de Reinach en 1952. Car si l'aliéniste voit des fous partout, le «Peuple Souverain» n'en voit pas assez et suit aveuglément ceux qu'il a choisis comme chefs.

II. — Guislain distingue cinq grandes formes de phréno-pathies: la mélancolie, la manie, la folie, le délire et la démence. Il considère la *mélancolie* qu'il appelle aussi phrénalgie, comme une affection de la sensibilité morale, comme une exaltation des

sentiments de tristesse. L'hypocondrie, ou pathophobie, est une mélancolie. *La manie* est pour lui la maladie des passions; cette «hyperphrénie», ou exaltation passionnée du moral se présente comme raisonnée, astucieuse, malicieuse, ébrieuse, érotique, joyeuse, ambitieuse, religieuse, ambulatoire, agitante, insurrectionnelle, furieuse, homicide, suicide ou incendiaire. *La folie* comprend les perturbations pathologiques de la volonté; c'est une «paraphrénie», une anomalie de la volonté impulsive, caractérisée par l'impulsion insolite telle que nous la voyons chez les épilucieurs, les lacérateurs, les mutilateurs, les suicidés, les homicides, les muets, les jeûneurs, les barbouilleurs, les recéleurs, les orateurs, les déclamateurs, les monologues, les dialogueurs, les crieurs, les hurleurs et les gesticulateurs. *Le délire* est caractérisé par les idées morbides; c'est une «idéophrénie» qui se manifeste d'une part chez les accusateurs, les inspirés, les aliénés religieux, ambitieux, hypocondriaques et métamorphosés, et d'autre part chez les hallucinés qui sont des incendiaires, des meurtriers ou des assassins. *La démence*, c'est à dire l'obtusion et l'oblitération des actes phréniques, ou «aphrénie», comprend cinq types: la démence franche, la stupidité, la paralysie générale, l'imbécillité et l'idiotie.

Passons sur sa distinction des formes simples et composées: monomanies, monomélancolie, polyphrénopathies, polymanies, polydélires, polyfolies, monodémonomanies, etc. Il est permis de supposer qu'un grand nombre des folies spéciales énumérées plus haut, appartenaient aux groupes actuels de la démence précoce et peut-être des obsédés, des psychopathes antisociaux et des névroses graves.

D'après Ellenberger et Henri Ey, Guislain a entrevu la catatonie. Ce qu'il décrit en effet sous le nom d'extase ou d'hyperplexie, mélange de mélancolie, de manie et de démence aiguë, comporte certains symptômes comme l'aspect de statue, la tension musculaire accrue, le mutisme, l'immobilité, l'insensibilité, qui pouvaient bien être l'équivalent d'états catatoniques.

Quelle est l'évolution prise, depuis 1852, par la classification des maladies mentales?

Après avoir établi en 1863 le concept d'hébéphrénie, Kahlbaum décrivit en 1874 *la catatonie* qui se déroulait selon lui par les phases successives de la mélancolie, de la manie, de la *mélancolia attonita*, de la stupidité, de la confusion et de la démence. Cette multitude de phases différentes, que d'ailleurs Kraepelin accepte longtemps, a sans doute influencé l'attitude des aliénistes qui se refusaient à y voir une maladie unique.

L'hébéphrénie fut ensuite définie par Hecker (de 1871—1885) comme une affection débutant à l'époque de la puberté, se manifestant par des alternatives ou une succession d'accès de manie et de mélancolie, et marchant rapidement vers la démence. L'élément maniaque et dépressif que Hecker trouvait chez ses malades a longtemps heurté le sentiment des aliénistes. Les uns,

comme Kraft-Ebing, en 1890, loin d'y discerner une entité distincte, considèrent l'hébéphrénie comme une psychose des dégénérés. Ball l'admet simplement dans le cadre des maladies héréditaires. Kraepelin enfin lui concède une place dans sa démence précoce, tout en la différenciant de la démence avec simple affaiblissement de l'intelligence, démence dont il croit pouvoir la distinguer, grâce aux symptômes nerveux et au délire qui précèdent l'établissement de la démence chez l'hébéphrénique.

La grande personnalité de la psychiatrie allemande, avant Kahlbaum et Kraepelin a été sans doute Griesinger. C'est de lui que date le revirement décisif qui a aiguillé vers la science, l'hypothétique spéculation métaphysique allemande laquelle hésitait longtemps entre les conceptions des psychiques des Heinroth et Ideler et le somatisme de Friedreich. Comparée à la route suivie par les Allemands, celle de la psychiatrie française a été plus rectiligne, dès Pinel et Esquirol. Les Bayle, Calmeil, Falret, Baillarger, Foville, Morel, Lasèque poursuivaient, tout au long du siècle leurs pénétrantes recherches cliniques, sans s'encombrer outre-mesure des doctrines générales et trop abstraites ou trop métaphysiques. Kraepelin, qui se rend bien compte de cet état des choses, ne voit dans son pays qu'un seul précurseur extraordinaire, Jacobi, dans la façon d'observer, d'explorer et de circonscrire les faits de pathologie mentale. Il reconnaît que la paralysie générale, la folie circulaire, les psychoses associées aux maladies corporelles, l'hystérie, la paranoïa et les psychoses dégénératives ont d'abord été étudiées à fond par les Français, surtout par l'école parisienne laquelle disposait du trésor clinique d'une métropole, qu'elle a fouillé d'une façon consciencieuse et judicieuse en exposant ses résultats avec une souveraine clarté.

La confusion des classifications dont nous ne sommes pas encore sortis tout à fait à l'heure actuelle devient surtout visible lorsqu'un poursuit l'évolution des idées sur les syndromes désignés aujourd'hui le plus souvent sous les noms de *démence paranoïde* et de *paraphrénies*.

On verra facilement combien Kraepelin lui-même, dans son désir de synthèse, a tâtonné depuis 1880, quand on aura constaté qu'en 1893 il désigne la démence précoce, la catatonie et les démences paranoïdes comme des dégénérescences psychiques, alors que trois ans plus tard il fait de ces trois maladies des affections de la nutrition (du métabolisme) en leur adjoignant le myxoedème, le crétinisme et la paralysie générale, bien qu'il admît que cette dernière pouvait avoir des relations avec la syphilis. Les hésitations de Kraepelin apparaissent plus clairement encore si on poursuit l'étude de sa classification de 1893 laquelle distingue une manie et une mélancolie, un «Wahnsinn» hallucinatoire et dépressif, des folies périodiques délirantes, ou maniaques, ou circulaires, ou dépressives, une folie systématisée (Paranoïa) dépressive ou expansive; et lorsqu'on compare de

nouveau cette classification à celle de 1896 qui englobe la folie périodique (manie, mélancolie) et la paranoïa (délire hallucinatoire plus délire systématique) sous le nom des psychoses constitutionnelles, psychoses qu'il différencie des affections de la nutrition (démence précoce, etc.) énumérées plus haut. Le terme de «Wahnsinn» notamment est apte à induire en erreur, car il ne signifie probablement qu'un syndrome qui peut se trouver aussi bien chez le paranoïaque que chez le confus.

De la paranoïa il a fait finalement une simple entité constitutionnelle équivalant au développement d'un caractère inné, un produit de l'évolution de la structure congénitale du caractère.

La démence précoce est devenue chez Bleuler (1911) une entité géante qui comprend les quatre groupes majeurs de la classification générale de Kraepelin de 1893, ne laissant qu'un petit coin d'attente à la Paranoïa. En 1923 cependant, le manuel bien connu de Binswanger-Siemerling (et al.) réserve toujours à la paranoïa une place respectable. Binswanger déclare qu'il ne saurait reconnaître le droit réclamé par Kraepelin de faire une distinction entre la paranoïa chronique et la paraphrénie systématisée (de Kraepelin), entre la paraphrénie fantastique et la démence paranoïde. Siemerling enfin réunit sous le terme de paranoïa 1° la paranoïa chronique avec ou sans hallucinations; 2° le délire des revendicateurs; 3° les délires paranoïdes dus à des causes multiples, et 4° la folie induite. Il n'est pas difficile de voir que ces syndromes si divers sont revendiqués par Kraepelin et ses épigones pour la construction de l'entité appelée démence précoce.

La folie à double forme, de Baillarger, et la folie circulaire de J. P. Falret ont précédé de loin la *psychose maniaque-dépressive de Kraepelin*. En 1892 Kirchoff ne réunit pas encore la manie et la mélancolie; mais Kraepelin l'année suivante parle déjà de folies périodiques délirantes, maniaques, circulaires et dépressives. Rappelons aussi que, détail curieux, il admet en même temps l'existence d'une folie systématisée (Paranoïa) de forme dépressive ou expansive. Nous avons vu aussi que trois ans plus tard Kraepelin sépare enfin d'une façon nette la folie périodique (manie, mélancolie) et la paranoïa (qui comprend aussi bien selon lui le délire hallucinatoire que le délire systématique) en réunissant ces deux groupes sous le nom de psychoses constitutionnelles. On voit combien il est difficile de décrire séparément l'évolution de conceptions qui concernent même des groupes étendus, car à tout moment, il y a de nouveaux déplacements de groupes et de sous-groupes. Que Kraepelin lui-même ait attendu jusqu'en 1896 pour délimiter définitivement les psychoses affectives, cela est significatif; dès lors il n'est pas étonnant que certains syndromes soient restés pour ainsi dire interchangeables jusqu'à nos jours.

Déjà en 1893 Kraepelin relègue les folies des dégénérés dans la vague rubrique de la faiblesse intellectuelle innée qu'il consi-

dère comme une anomalie du développement psychique avoisinant la débilité mentale et l'idiotie. C'est à cette époque (de 1880 à 1890) que Magnan étudiait et décrivait les formes dégénératives des troubles mentaux en se basant surtout sur les théories de Morel. Il est probable que le cadre des psychoses dégénératives devint trop vaste pour conserver toute son utilité. Mais si on fait abstraction des points de vue nouveaux et des analyses subtiles contenues dans l'oeuvre de Bleuler et qui ont beaucoup contribué au progrès de la psychiâtrie, on est tenté d'approuver les paroles de Guiraud qui en 1938 affirme que la «Schizophrénie se superpose exactement à la dégénérescence mentale de l'époque de notre jeunesse»; ainsi que la phrase de J. Vié qui dit: «Il n'y a, croyons-nous, aucune hardiesse à dire qu'en tant entité morbide, la schizophrénie n'existe pas.»

Les psychoses dégénératives d'ailleurs, n'ont pas encore entièrement disparu même en Allemagne. P. Schroeder et Kleist conservent dans leurs systèmes ces psychoses atypiques, peu harmonieuses qui, selon eux, ne rentrent pas dans le schéma de la schizophrénie.

Plusieurs faits ont rendu difficile l'acceptation de la démence précoce kraepelinienne et de la schizophrénie:

- 1° l'énorme écart qui existe entre la démence précoce hébéphréno-catatonique caractérisée d'une part, et la bonne et très longue conservation de la personnalité chez les simples hallucinants, les interpréteurs et les reven-
cateurs;
- 2° l'absence de tout critère étiologique commun véritable;
- 3° la diversité des mécanismes pathogéniques qu'on peut observer;
- 4° l'absence fréquente du facteur endogène à base héréditaire, absence qu'on constate tantôt dans les catégories kraepelinienne et bleulérienne, tantôt dans les groupes du type paranoïde, du type hallucinatoire chronique, du délire d'interprétation ou de revendication;
- 5° les hésitations de Kraepelin lui-même, indécis jusqu'à la fin s'il fallait englober ou non ses paraphrénies dans son entité de la démence précoce;
- 6° les multiples péripéties qu'ont subi les concepts bleulériens de symptômes primaires et secondaires, de dissociation, etc.

En ce qui concerne en particulier l'origine endogène des psychoses Kraepelin s'est bien rendu compte de la valeur des théories de Morel. En 1918 il relève notamment que personne n'avait comparé la tare héréditaire des sains d'esprit et celle des malades mentaux. Tout au plus trouve-t-il une différence en ce qui concerne l'influence de maladies mentales ayant frappé les parents immédiats. Il en conclut qu'à côté des influences héréditaires néfastes et doit y en avoir de bienfaisantes, que le mélange

des influences héréditaires doit s'accompagner d'une dilution progressive des dispositions héréditaires morbides. C'est pour avoir oublié cette saine réflexion du maître que certains de ses élèves ont pu faire de l'hérédité psychique fatale un dogme scientifique dont s'autorisaient des brutes sadiques pour accomplir des massacres inutiles. Le revirement qui suivit ces égarements est pour beaucoup dans l'actuelle renaissance des théories psychogénétiques qui mettent à profit la désolante perspective de la génétique totalitaire et insistent sur l'influence du sort individuel, sur l'importance des traumatismes psychiques et des modifications acquises au cours de la vie. La péristase, en psychiatrie, est loin d'être négligeable. Un milieu anormal peut créer une teinte de dégénérescence. En niant toute psychose dégénérative proprement dite, on s'exposerait toutefois à méconnaître la structure très spéciale de beaucoup de cas, malgré l'autorité de Kraepelin qui, tout en admettant que Morel et Magnan ont éclairé les relations intimes de certaines formes de psychoses avec la prédisposition héréditaire, ne croyait pas que les psychoses des dégénérés pussent être opposées en principe à celles des individus indemnes de tare héréditaire. Toutefois l'impitoyable dilemme que pose l'endogénie certaine est loin d'avoir trouvé une réponse définitive.

La tentative unificatrice de Kraepelin se heurta longtemps à la résistance des psychiatres. En 1900 le grand Séglas trouvait exagéré «de ranger dans la démence précoce toutes les variétés plus ou moins systématiques et hallucinatoires de la paranoïa qui n'aboutissent parfois qu'au bout d'un temps très long à un certain degré d'affaiblissement intellectuel et qui comprennent pour Kraepelin jusqu'au délire chronique de Magnan». Meeus, en 1904, prétend que l'hébéphrénie et la catatonie ne sont que l'une la manifestation légère, l'autre la manifestation grave d'une même maladie qu'il propose de nommer démence hébéphréno-catatonique. Vers la même époque eut lieu une discussion au congrès de Pau, à laquelle prirent part Demy qui plaïda pour l'entité clinique de la démence précoce, Parant qui la nie et qui veut maintenir les démences vésaniques, Régis qui trouve que le «bloc de Kraepelin n'est pas homogène et est formé d'éléments mal cimentés entre eux», enfin Gilbert-Ballet, Dide et Dupré qui expriment des opinions conciliantes.

De nombreuses autres difficultés survinrent ensuite. Comment délimiter parfois une poussée aiguë de démence précoce d'une autre psychose aiguë? Par exemple de la confusion mentale (Chaslin 1895 Régis, Hesnard), à peu près identique à la psychose appelée Amentia par Meynert, psychose caractérisée par de la torpeur, de l'obtusité, de la lenteur et de l'insuffisance intellectuelles, par de la désorientation, de la stupeur, du délire onirique et des troubles de la mémoire. Ce syndrome appartenant au type des réactions exogéniques de Bonhoeffer a souvent induit en erreur Kraepelin, qui reconnaît qu'on peut hésiter

longtemps devant des cas rappelant la catatonie et même devant d'autres qui, en réalité sont des accès de folie maniaque dépressive. On ne s'étonnera donc pas de voir E. Hoche aller plus loin et déclarer, à un moment donné, qu'abstraction faite de la paralysie générale il n'y a pas d'entités nosologiques vraies et qu'on ne se trouve jamais qu'en présence de syndromes: la paralysie générale elle-même, dit-il, est susceptible de se manifester par toutes sortes de syndromes psychiques.

Vers 1920 Kraepelin semble admettre le bien-fondé de la doctrine des syndromes mentaux. Il parle de mécanisme préformés dans l'organisme qui donneraient à la psychose, quelle que soit sa position nosologique, une coloration spéciale, laquelle varierait précisément selon la structure constitutionnelle de l'individu malade. Birnbaum appela l'apport de la maladie elle-même élément pathogénétique, tandis qu'il désigna la configuration individuelle préexistante sous le nom d'élément pathoplastique. Quant à ce dernier il est facile de voir qu'il est l'expression des types constitutionnels, cyclothymique, schizoïde, émotif, paranoïaque etc. décrits par Dupré, R. Charpentier, Achille-Delmas, Bleuler et Kretschmer. Mais il y a plus. Les cadres de la génétique, de la «Empirische Erbforschung» allemande semblent s'effriter. Luxemburger, élève de Rudin écrit «qu'un schizophrène peut cacher des gènes maniaques-dépressifs ou épileptiques; que le même homme peut devenir d'abord épileptique, puis schizophrénique et finalement maniaque dépressif.» (cité par Jaspers). Retour inattendu à la dégénérescence de Morel et Magnan, puisque, d'après Dide et Guiraud, «la notion des constitutions psychopathiques est un perfectionnement clinique de la doctrine de la dégénérescence mentale» des grands psychiatres français. On pourrait ajouter que le perfectionnement porte aussi sur le domaine génétique, en révélant des affinités entre certaines maladies mentales et des souches à hérédité plus ou moins similaire. Tout en recourant jour par jour à l'usage des grandes notions kraepeliniennes et bleulériennes, il semble cependant de plus en plus qu'on reconnaisse une part de vérité à ce que Hoche nommait la «chasse d'un fantôme», c'est à dire la recherche de l'unité nosologique en médecine mentale. Simulacre de connaissance que de nombreux psychiatres français avaient d'ailleurs estimé à sa juste valeur, il y a longtemps déjà.

L'adoption du concept de la démence précoce a été retardée aussi par la résurrection périodique du problème des psychoses dégénératives si caractéristiques; par le fait incontestable des psychoses mixtes (Gaupp) à éléments schizophréniques et circulaires; par l'expérience clinique selon laquelle il est impossible de distinguer la première poussée d'une schizophrénie vraie d'une réaction schizophrénique ou schizophréniforme passagère; ensuite par ce qu'on pourrait appeler les excès synthétiques de la méthode de Kraepelin, excès qui ont été neutralisés peu à peu grâce aux travaux de Freud et de ses élèves, de Janet, de Kretschmer,

qui étudiaient davantage l'individu, la constitution particulière, l'unicité de chaque malade, la psychogénie et la structure intellectuelle, instinctive et affective.

La démence précoce, inexistante comme catégorie de syndromes du temps de Guislain, a été peu à peu échafaudée et souvent morcelée, recomposée. Quant au groupe satellite des paraphrénies notamment, Kraepelin le fit, dit M. Henri Ey, «sortir, rentrer, ressortir» du supergroupe de la démence précoce.

Cela n'a pas empêché la notion de schizophrénie de gagner du terrain. Vers 1911 déjà, date à laquelle parurent «Les Schizophrénies» de Bleuler, une évolution des idées convergente avait conduit Ph. Chaslin à l'édification d'une notion étonnamment analogue, celle des folies discordantes. Maints faits ont contribué à la diffusion de la conception bleulérienne. Dans une conférence faite récemment à Paris E. Minkowski, le plus éloquent disciple de Bleuler en France, les a énumérés: la ressemblance marquée des états terminaux; l'hérédité similaire; la différence d'évolution: le processus, c'est à dire l'évolution progressive, s'opposant nettement aux phases de la psychose maniaque dépressive; l'autisme, le mauvais contact avec l'ambiance; le diagnostic par pénétration résultant d'une étude plus approfondie de l'affectivité et en rapport avec cette étude l'appréciation plus adéquate des conditions et du contenu de la psychose; les notions fécondes de cycloïdie-cyclothymie ou syntonie opposées aux notions de schizothymie et de schizoïdie, notions qu'à la suite du savant Zûrichois le professeur Kretschmer a étudiées dans leurs rapports avec les structures pycnique, asthénique et dysplasique.

Aussi trouvons-nous à l'heure actuelle plusieurs classifications de la schizophrénie plus différenciées et plus complètes que celle de leur auteur; et je citerai à ce propos celle qui émane d'Henri Ey (1939).

M. Ey considère la schizophrénie (ou la démence précoce) comme une pluralité d'états, due à une pluralité d'étiologie ou mieux comme une série de niveaux différents de dissolution de l'activité psychique dont les caractères communs paraissent dépendre autant du processus lui-même (troubles négatifs) que des réactions psychiques à ce processus (troubles positifs). Ceux qu'il appelle négatifs, ce sont des troubles qui consistent en une abolition des fonctions psychiques: pensée relâchée, dissociation schizophrénique, affaiblissement intellectuel, démence. La pensée paralogique, l'activité autistique et les résidus de celle-ci constituent les troubles positifs. En se basant sur une étude statistique des malades d'un hôpital psychiatrique M. Ey arrive à distinguer sept groupes. Les trois premiers groupes sont des formes rapidement démentielles dont le premier est à prédominance de troubles du comportement et de démence simple; le deuxième à prédominance de catatonie, et le troisième à prédominance de délire. Ces trois groupes sont les formes hétéphré-

niques et correspondent à la démence précoce de Kraepelin. Le quatrième groupe est constitué par des délires incohérents à évolution démentielle après longue phase de dissociation, tandis que le cinquième comprend des délires à évolution schizophrénique sans affaiblissement démientiel; l'ensemble de ces deux groupes est caractérisé par la dissociation schizophrénique bleu-lérienne et correspond à peu près à la psychose hallucinatoire chronique des Français. Un sixième groupe comprend les paranoïdes, formes délirantes paranoïdes sans affaiblissement ni dissociation psychique qui équivalent au délire d'imagination des auteurs français. Au septième groupe prennent place les formes mineures, atypiques, à comportement sangrenu qu'H. Ey propose de nommer schizopraxies. Quant au délire d'interprétation de Sérieux et Capgras, il n'appartient pas à la démence précoce, du fait de sa structure très différente de celle des schizophrénies.

Le lecteur pourra se demander si une vue rétrospective si rapide sur les classifications psychiâtriques nées depuis un siècle est vraiment utile. G. de Clérambault auquel un romancier très connu avait demandé la permission d'assister à ses séances d'examen de l'Infirmier spéciale a conté que l'homme de lettres, d'un ton un peu déçu, résuma son impression en disant qu'il n'avait en somme entendu que des leçons de classification. On peut supposer que le célèbre romancier ignorait, ce qui est compréhensible, qu'en psychiâtrie, la classification équivaut au diagnostic.

III. — Les métamorphoses de la nosographie des psychoses sont dues à beaucoup de raisons, dont l'extrême complication de certains problèmes, par exemple la pathogénie de l'hallucination et du délire ainsi que de leurs rapports mutuels. Jetons d'abord un coup d'oeil sur l'évolution des théories sur l'hallucination.

Les solutions qui y ont été apportées depuis un siècle sont entachées d'a priori métaphysiques, et pour autant qu'elles ne le sont pas, et qu'elles restent dans le domaine empirique, incomplètes. Le silence observé par Guislain vers 1852 à l'égard de la nature de l'hallucination, dont il fait simplement un symptôme d'un groupe spécial de délire, ce silence est d'autant plus curieux qu'il avait dû lire Esquirol. Or ce grand ancêtre avait donné une définition, étonnante autant que précise du fait hallucinatoire en l'appelant «*la conviction intense d'une sensation actuellement perçue alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à la portée des sens*» (cité par H. Bouyer). Peut-être qu'à l'époque de Guislain, les deux théories, l'une psychique, l'autre sensorielle sur l'origine de l'hallucination n'avaient pas encore été formulées de façon univoque. Toujours est-il que quelque temps plus tard Baillarger rejette ces deux théories extrêmes. Il ne croit pas que l'hallucination soit due à l'irritation des organes des sens. Mais il n'admet pas non plus que «*la représentation mentale, même portée à son plus haut degré,*

puisse arriver jusqu'à la production de la sensation extérieure, si nette, si précise, qui constitue la véritable hallucination» (cité par Ritti).

A ces deux théories il oppose une théorie mixte. Un élément psychique crée l'image, un élément sensoriel se charge de le projeter au dehors, de l'extérioriser. La suspension des impressions externes, provoquée par exemple par l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil, favoriserait la production de l'hallucination. Le clairvoyant A. Binet combat, en 1884, la théorie psychique pure selon laquelle l'hallucination «consisterait simplement dans l'extériorisation d'idées vives». Il dit que si «l'image cérébrale, qui s'extériorise crée si parfaitement pour l'halluciné l'apparence d'un objet extérieur, c'est parce que cette image est associée à des impressions des sens qui lui communiquent leurs propriétés». Les conceptions de Tamburini, Tanzi et Lugaro ont longtemps alimenté les discussions sur l'hallucination; elles n'ont plus qu'un intérêt historique tout comme les idées d'Hippolyte Taine, alors que Kraepelin et son élève Lange n'admettaient pas qu'une seule théorie puisse expliquer la genèse de l'hallucination. Fidèles à la terminologie de W. Wundt, ils distinguaient des phantasmes et des hallucinations vraies, ces phantasmes étant ou bien des hallucinations de perception, ou bien des hallucinations de re-perception (c'est à dire d'imagination), les vraies hallucinations au contraire étant des hallucinations d'apperception. Ils reculaient donc le siège de la vraie hallucination vers la sphère psychique proprement dite, vers les centres, vers la personnalité idéo-affective du malade.

Insistant sur le fait que la puissance que les hallucinations exercent sur l'individu diminue en raison directe de leur caractère sensoriel, ils jugent peu probable l'hypothèse selon laquelle les hallucinations seraient la cause réelle des idées délirantes, des émotions pathologiques et des actes morbides.

Plus tard les opinions à ce sujet varient souvent. Dide prétend que les hallucinations ne sont pas la cause, mais bien le résultat du délire. Séglas plus prudent affirme «que les hallucinations rectifiées par la conscience du sujet doivent être nettement distinguées de celles qui sont incorporées et qui conditionnent le délire et l'autisme». Guiraud au contraire cite les cas de délire hallucinatoire, par exemple ceux consécutifs à l'encéphalite léthargique, qui prouveraient que des délires hallucinatoires peuvent provenir de lésions cérébrales d'ordre histologique. Nous verrons plus loin que les adeptes de la secondarité de l'hallucination invoqueront pour expliquer ces cas, la dissolution de Hughlings-Jackson, et que Raoul Mourgue ramène le phénomène hallucinatoire à une irruption de la sphère instinctivo-affective dans le domaine intellectuel, irruption grâce à laquelle la sphère de la causalité, du moi logique, de l'adaptation au monde réel, envahie par la causalité infralogique agglutinée, essentiellement thymique, permettrait l'issue «de significations délirantes, de

relations magiques» (Guiraud), dont l'un des produits serait précisément l'hallucination.

Le mémorable problème soulevé par Baillarger a rebondi à la suite d'une polémique engagée par Henri Claude et son élève Henri Ey contre la conception mécaniciste de G. de Clérambault. L'esthésie est pour de Clérambault l'essence de l'hallucination; cette esthésie est le résultat d'une irritation de l'écorce cérébrale. Se basant sur Moreau (de Tours), Séglas et Pierre Janet. M. Ey au contraire prétend que l'hallucination est «une erreur conditionnée par une chute du niveau psychique à déterminisme organique ou affectif qui lui confère une sensorialité plus ou moins nette. Elle est toujours pétrie de la pâte de la personnalité du sujet, fait de sa propre activité».

Quercy et M. Ey ont consacré des études approfondies à ce problème. Mais en rouvrant le débat, ils ont en même temps évoqué l'ensemble plus ou moins spéculatif, plus ou moins métaphysique des thèses qui concernant l'organicisme et la psychogénie, la localisation cérébrale des fonctions psychiques, l'étiologie et la pathogénie des troubles mentaux.

S'incorporant tout naturellement dans ce cadre général le problème de l'hallucination revient sur le tapis à tout moment, soit sous la forme de l'hallucination thématique proprement dite et de ses nombreuses variantes, soit sous l'aspect de l'hallucinoïse accompagnée de délire ou dépourvue de toute tentative même d'interprétation délirante, soit enfin comme hallucination élémentaire, neutre et presque neurologique qu'on a reproduite par voie expérimentale grâce à la mescaline. Toujours cependant le psychisme imprègne le phénomène hallucinatoire. M. Jean Lhermitte, dans son récent ouvrage sur les hallucinations, soumet à une analyse serrée la question de savoir jusqu'à quel point le *primum movens* du fait hallucinatoire est à chercher dans la lésion cérébrale ou dans une réaction globale idéative, affective et pulsionnelle de l'organisation psychique.

IV. — Les rapports entre l'activité cérébrale et le psychisme malade sont un des problèmes de l'étiologie psychiatrique laquelle se meut entre les deux pôles de l'organicisme et de la psychogénie. Un coup d'oeil historique nous montre le déclin rapide de la phrénologie après la mort de son fondateur. Il fallait les travaux de Broca, Hitzig, Munk d'abord, l'histologie moderne ensuite pour établir une clarté relative au moins dans le domaine des localisations cérébrales. Les images de Taine, dérivées des «idées» de Hume, et de Condillac, perdaient peu à peu leur éclat. Bergson s'attaqua au problème de la mémoire; avec lui les souvenirs, autrefois considérés comme des empreintes cellulaires éphémères, revendiquaient le droit à l'immortalité. A. Binet (1903) scrutait la pensée sans images dont l'étude fut poursuivie par l'école de Würzburg et simultanément par l'American Woodworth. Grâce à H. Berger qui découvrit les ondes cérébrales, mais resta longtemps seul, la psychophysiologie

cérébrale prit un nouvel essor. Depuis soixante ans, d'autre part, la sphère des phénomènes psychiques considérés jusque-là seulement du point de vue de la conscience, fut élargie et enrichie par l'étude de l'Inconscient. Inaugurées par P. Janet, Freud, Jung et Adler, les méthodes analytiques en psychologie ont abouti de nos jours aux tests de projection.

En homme scrupuleux Guislain, déçu par Gall, n'oublie rien quand il étudie l'origine des phrénopathies. Du côté physique il énumère à peu près toutes les maladies somatiques, et du côté psychologique à peu près toutes les conditions morales, familiales, sociales et économiques. Quelques idées originales méritent d'être relevées. Guislain trouve que ce sont plutôt les braves gens qui deviennent fous; il répète les mots de Ferrus qui dit: «que les malfaiteurs sont presque tous exempts de ces luttes morales, sourdes et dévorantes auxquelles trop souvent la raison des honnêtes gens succombe». Il n'adore pas les bienfaits de la civilisation, félicitant les «enfants de la nature» de les ignorer. On croirait entendre un disciple de J.-J. Rousseau: «Ce que l'on nomme les moeurs de l'Europe, l'état social, le progrès, présente des conditions que bien des hommes ne subissent qu'au détriment de leur santé morale.» Et le danger menace surtout les personnes bonnes, douces, attachées à leur famille, de conduite régulière, humbles, timides et dignes. Il accuse «la lettre imprimée qui verse dans le coeur le poison de l'envie et de la haine», l'instruction intellectuelle dans les masses «qui imprime à toutes les espèces de passions un surcroît de développement. Il insiste sur les causes morales qu'il trouve dans 66 % des cas, les chagrins familiaux, les craintes et les frayeurs, les remords, les scrupules, les péchés imaginaires, les passions amoureuses, les veilles. Après avoir énuméré les poisons, la misère, le marasme, les fréquentes sollicitations des émissions spermatiques, il insiste sur le danger des cigares qu'il croit capables à la dose de 10 à 15 par jour, de donner lieu à la paralysie générale laquelle selon lui peut provenir aussi de l'usage immodéré du café. Il relate soigneusement tout ce qu'on savait à son époque sur la valeur étiologique des maladies viscérales, infectieuses et autres dans le domaine de l'aliénation. Ce qui nous frappe c'est l'immense poids qu'il accorde aux causes morales. «L'interprétation des faits, dit-il, conduit à reconnaître que généralement dans les maladies mentales, une impression douloureuse a été portée sur le moral, et qu'un état d'impressionnabilité morbide, toute spéciale, doit être considérée comme un élément fondamental de ces affections.» Dans 9/10 des phrénopathies vraies et essentielles il trouve l'émotion douloureuse dans l'action du plus grand nombre des causes. «L'aliénation est une lésion du sentiment et non pas un trouble de la raison.»

Guislain avait lu Heinroth et Ideler. Il penche vers la psychogénie, sans avoir conservé toutefois la croyance à l'action psychogénique du péché telle que l'enseignaient les Allemands.

Il admet que «l'aliénation est le plus souvent une maladie fonctionnelle. Mais que cette dernière peut conduire dans tous les cas à une affection cérébrale». Il affirme que «l'élément anatomique, dans les maladies mentales, nous échappe». Cependant même en matière d'affections cérébrales courantes Guislain ne devait pas disposer de grandes ressources: il suffit pour s'en convaincre, de regarder les piètres dessins histologiques reproduits dans son ouvrage.

Quelle est la position de Guislain devant le problème des rapports du cerveau et de l'âme malade? Il ne semble pas s'en inquiéter outre mesure car il s'en tire par une boutade poétique: «S'élevant, dit-il, dans les régions éthérées de la science, nous ne touchons plus la terre.» Et il ajoute: «L'instrument cerveau a un clavier, mis en action régulière par l'intelligence; un facteur semble agiter les touches discordantes de l'instrument cérébral dans son état de désordre.» Phrase qui rappelle Platon et qui annonce Bergson.

Peut-être avait-il lu La Fontaine. A. Ritti relate que Démocrite fut accusé de folie par les Abdéritains parce que selon les expressions de La Fontaine, il

«cherchait dans l'homme et dans la bête

«Quel siège à la raison, soit le coeur, soit la tête.»

Si la psychiatrie côtoie sans cesse la métaphysique, il ne faut pas en conclure que son métier comme tel a besoin d'une théorie philosophique. Il peut se borner à constater, selon le cas, qu'il y a une étiologie organique, ou que la maladie mentale est due à des facteurs psychologiques.

Du temps de Guislain les psychiatres allemands ne se sont que peu préoccupés du dilemme «organicisme et psychogénie», et plus tard quand Freud inaugura sa méthode psychogénique il ne rencontra en Allemagne qu'hostilité ou indifférence.

Du côté français cependant surgirent plusieurs personnalités qui ont largement imprégné de leurs idées toute la science psychologique contemporaine. Après Th. Ribot ce sont Bergson, A. Binet et P. Janet, dont l'influence, plus tardive, ne cesse de croître. Il est inutile de répéter que A. Binet est le vrai fondateur de la méthode des tests destinés à l'exploration et à l'évaluation de l'intelligence. Par sa critique des schémas anciens Bergson a donné une impulsion considérable aux recherches sur les localisations cérébrales et sur les rapports du cerveau et de l'esprit. On doit au regretté Quercy une étude sagace des vues bergsoniennes. Les souvenirs, d'après Bergson, sont inconscients et indestructibles. Ils agissent sur le cerveau, en des points précis qui sont des centres imaginatifs. Réveillant ceux-ci les souvenirs créent dans la sphère perceptive proprement dite du cerveau des mécanismes moteurs. De cette mise en action des centres imaginatifs et perceptifs résulte le souvenir conscient. «L'état cérébral exprime ce qu'il y a d'action naissante dans l'état

psychique.» Lorsque le cerveau est malade, la conscience ne parvient plus à percer la matière. L'amnésie provient de l'inertie des centres que le souvenir est impuissant à réveiller. «Matière et Mémoire» aussi bien que les autres livres de Bergson continuent à agir comme des ferments dans notre Science. La «Neurobiologie de l'hallucination» de R. Mourgue a été préfacée par le philosophe Bergson. Les remarquables ouvrages du professeur Delay sur la mémoire s'inspirent de principes bergsoniens. Dans son livre fondamental sur la Schizophrénie, Eugène Minkowski écrit: «Sur bien des points je m'écarte de Bleuler, et plus particulièrement, sous l'influence de Bergson, je vois le trouble initial de la schizophrénie non pas dans un relâchement des associations, mais dans la perte de contact vital avec la réalité; c'est de cette perte de contact que j'essaie de déduire les symptômes cardinaux et les manifestations les plus caractéristiques de la schizophrénie.» Quercy montre d'ailleurs que sur plusieurs points le philosophe est assez conservateur. La critique bergsonienne a eu le mérite de créer une effervescence utile des esprits. Le seul livre capital qui ait paru en Allemagne après ceux de Kraepelin et de Bleuler est la «Psychopathologie générale» de K. Jaspers, phénoménologue existentialiste auquel on doit des idées nouvelles de grande envergure. Le décours d'une psychose apparaît sous la forme d'une crise, d'une phase ou d'une période; ou bien la psychose se présente sous l'aspect chronique d'un «processus» (schizophrénie); ou bien il s'agit de l'évolution d'une personnalité morbide. Certains phénomènes psychopathologiques peuvent être compris par la raison humaine, et revécus par nous grâce à leur similitude avec des phénomènes de la conscience normale; d'autres qui sont incompréhensibles peuvent être étudiés, «expliqués», quand on leur trouve des causes. Le phénomène accessible seulement par la voie de la causalité est incompréhensible, mais il nous apparaît comme déterminé, comme fatal, comme nécessaire. L'interrogation causale n'a pas de limites, tandis que la compréhension se heurte partout à des obstacles. Or, «tout barrage qui s'oppose à la compréhension est un nouveau stimulant pour la recherche causale».

K. Jaspers, par sa différenciation de ce qu'il appelle les «rapports de causalité et les rapports compréhensibles» a circonscrit nettement une sorte de phénomènes mentaux qui, étant hermétiques pour notre logique, ne peuvent être interprétés comme une exagération ou une diminution quantitative de faits psychologiques normaux. L'Allemand Gruhle y voit la traduction psychique de la lésion ou du trouble organique caractérisés. Un Français G.-G. de Clérambault a cherché une voie d'entrée vers la zone interdite à notre entendement, en isolant ce qu'il a appelé le syndrome d'automatisme mental. A première vue la doctrine de Clérambault est un mécanisme qui voit la cause des troubles psychiques dans des perturbations histophysiologiques du

cerveau. Au fait primordial qui est l'automatisme mental fait suite la construction intellectuelle secondaire. «Le délire n'est qu'une superstructure.» L'automatisme qui comprend les intuitions, la pensée devancée, l'écho de la pensée, les non-sens et une foule d'autres symptômes décrits par de Clérambault, est l'automatisme initial; les hallucinations proprement dites, tardives, sont «objectivées, individualisées et thématiques», mais elles ne sont pas idéogènes. Au contraire elles sont une réaction secondaire qui fait entrer les données du délire dans la conscience. L'A. M. établit dans le moi une scission. «Le mode d'interprétation de cette scission est laissé aux aptitudes imaginatives ou interprétatives du sujet» et dépend «d'idées préexistantes tenant à l'époque au milieu, à la culture.» Pour que le malade devienne un persécuté, il faut qu'il soit soutenu «par une méfiance pré-établie, par un caractère paranoïaque». Sous influence des émotions survient souvent une pullulation des hallucinations auditives, mais l'idéation parasitaire du délire évolue mécaniquement, opérant dans l'Inconscient normal une «Sélection arbitraire, déformante et hypertrophiante». «La personnalité consciente n'intervient que secondairement dans les délires.» Une personnalité seconde est constituée; «elle commence à l'écho de la pensée et aux non-sens; elle s'achève par des hallucinations organisées». Grâce à elle il y a des «réverbérations» du subconscient dans la conscience; elle est hostile, mégalomane, hypersexuelle.

«Toute psychose hallucinatoire est une sorte de délire à Deux où les psychismes sont unis dans un même cerveau et où le psychisme le plus fruste domine l'autre, parce qu'il est plus inventif et plus tenace.»

Dès à présent il importe de relever plusieurs points:

1° L'influence des émotions n'est pas négligée par de Clérambault.

2° De plus «le caractère tend à passer, au moins par ses éléments moins élevés, dans la personnalité seconde constituée par le délire».

3° Les deux personnalités se trouvent dans une «indépendance relative».

4° Il y a des réverbérations du subconscient dans la conscience; ce sont des «constructions imaginatives du type des Rêves».

5° «Secundus» est plus fruste que «Primus».

Tout cela n'est pas tellement éloigné des concepts de la psychanalyse, c'est à dire, de la psychogénie. En fait, la psychanalyse est-elle bien une théorie psychogénétique pure? ou n'est-elle pas plutôt un dynamisme qui, tout en combinant les mécanismes intellectuels, affectifs et pulsionnels, attribue cependant

au jeu des forces pulsionnelles intimement liées à l'organique une importance primordiale dans la genèse des névroses et des psychoses?

Pour G. de Clérambault, «le noyau est d'ordre *histologique*; l'idéation est d'ordre psychologique, sans plus.» La Lésion, chez de Clérambault, est cérébrale, médicale; tandis que la psychanalyse parle de trouble pulsionnel acquis et de régression. Le contenu du délire n'est, d'après G. de Clérambault, que du remplissage; pour le psychanalyste il est l'expression d'un trouble instinctivo-affectif, sa traduction en langage conscient; à l'instant de la réverbération inverse postulée par de Clérambault, il s'irradie à son tour vers le subconscient. «Le délire proprement dit n'est que la réaction obligatoire d'un intellect raisonnant et *souvent intact* aux phénomènes qui sortent de son subconscient.» Le travail interprétatif, selon de Clérambault, est le résultat «d'un travail conscient, et en lui-même non morbide, ou à peine morbide, sur une *matière qui est imposée par l'Inconscient.*» Matière imposée par l'Inconscient, mais imposée à la suite de quel processus? Lésion histologique, répond G. de Clérambault. Troubles pulsionnels, affirme Freud. Les élèves de Hughlings-Jackson s'en tiennent au principe énoncé par le neurologue anglais: «Je soutiens que la maladie ne produit que des symptômes mentaux négatifs répondant à la dissolution et que tous les symptômes mentaux positifs complexes (illusions, hallucinations, délire et conduite extravagante) sont le résultat de l'activité d'éléments nerveux non affectés par le processus pathologique, qu'ils se manifestent pendant l'activité du niveau inférieur de l'évolution qui persiste.» L'hallucination, par exemple, selon Hughlings-Jackson, «est une perception se produisant à un niveau inférieur» (Mourgue). Des concordances inattendues apparaissent si on compare les différentes théories. Si R. Mourgue attribue l'hallucination à «l'envahissement de la sphère de la causalité» par celle de l'instinct; si M. Ey, à sa suite y voit un «véritable rejeton du monde de l'instinct», on n'est pas loin de «la matière qui est imposée par l'Inconscient» dont parle de Clérambault, ayant en vue il est vrai, le délire, produit du travail conscient qui s'exerce sur l'apport de l'Inconscient. G. de Clérambault semble pourtant rester irréductible quant à la définition de l'hallucination. Certes il la distingue du petit automatisme. Il voit une transition dans «la tendance à la verbalisation qui va progressant... indifférenciée au début, la pensée devient graduellement auditive ou verbo-motrice». Jamais cependant il n'abandonne l'opinion que les hallucinations proviennent de lésions de certains centres. Fait d'autant plus curieux que sa théorie coïncide en d'autres points avec celle de Hughlings-Jackson. Les symptômes positifs de celui-ci, par exemple, sont «le résultat de l'activité d'éléments nerveux intacts». Comparons à cette phrase de Jackson celle de G. de Clérambault: «Le délire met en jeu les facultés affectives et idéatives inaltérées.»

M. Henri Ey qui a vivement combattu le «mécanisme» de G. de Clérambault, a édifié dans ses excellents ouvrages une conception organo-dynamiste. Ce dynamisme se trouve, d'après lui, admirablement définie par P. Janet: «La vie psychique se déroule comme une série d'opérations de basse et de haute tension.» Malgré son originalité, M. Ey est d'une part tributaire de P. Janet dont l'importance s'accroît tous les jours, d'autre part de Hughlings-Jackson dont il adopte le principe de dissolution et la distinction des troubles positifs et négatifs résumée dans la phrase de Jackson citée plus haut.

M. Ey répudie «de la façon la plus formelle, au point de vue doctrinal, la psychogenèse pure des troubles mentaux». «Dire que les psychoses dépendent des troubles cérébraux n'équivaut pas à confondre Neurologie et Psychiâtrie.» Il admet, à la suite de Janet, «une hiérarchie des fonctions psychiques et leur dissolution, avec libération des forces inférieures». Comme P. Janet il croit «que les psychonévroses et les psychoses sont l'effet d'un déficit énergétique... et qu'il est permis d'étendre le «Janétisme» jusqu'au Freudisme, sans tomber dans les erreurs et les excès de celui-ci». Il considère que le Rêve est «le fait primordial de psychopathologie, ...et que le sommeil est le type de la dissolution psychiâtrique globale la plus authentique». Il explique les difficultés de l'organicisme par ce qu'il appelle «l'écart organo-clinique», c'est à dire «la marge d'indétermination qui s'interpose entre l'action directe et déficitaire des processus somatiques et leur expression clinique». Pour H. Ey les troubles du comportement sont l'expression de la dissolution des conduites sociales, les troubles maniaques et dépressifs, celle de l'équilibre thymique, instinctif et affectif; quant aux troubles oniroïdes et hallucinatoires, au délire d'influence et de dépersonnalisation ils proviennent de la dissolution de l'organisation perceptive, tandis que les troubles confuso-oniriques sont dus à la dissolution des fonctions intellectuelles fondamentales.»

Ce serait en somme par une chute à un niveau inférieur de l'âme, épuisée à force de lutter contre les assauts impitoyables et prolongés du monde extérieur, que surviendrait la maladie psychosomatique, génératrice elle-même de la psychose. Le dialogue de l'organisme et de l'ambiance finirait par l'exhaustion du premier succombant au «stress» (Selye) lequel d'abord était la réaction de défense indispensable à l'être vivant. En ce sens les maladies de l'adaptation, telles le rhumatisme, certaines maladies cardiovasculaires, et la vieillesse, seraient la suite de l'adaptation même ou, selon L. Langeron, de l'inadaptation ou de l'hyperadaptation. L'idée que l'organisme est responsable de sa maladie, idée remontant à Hippocrate, a certainement alimenté autrefois l'opposition aux idées pastoriennes. Il faut cependant faire une distinction, car si une tumeur maligne annihile définitivement le syndrome d'adaptation, tel n'est pas le cas pour d'autres maladies où la défense de l'organisme équivaut aux

symptômes de la maladie, on pourrait dire à la maladie même (Starobinski). Pour un disciple de Jackson les symptômes positifs constituent la défense du psychisme; et le psychisme étant le premier à subir les attaques de l'ambiance, on peut bien considérer un grand nombre de maladies comme des maladies de l'adaptation, par conséquent comme des maladies de la civilisation (Starobinski). Dans cet ordre d'idées on a le droit de parler de presciences guislainiennes en dépit de l'hiatus apparent qui existe entre les affirmations du psychiatre belge et l'indigence scientifique des preuves dont il fait état pour étayer ses théories.

Dans un grand ouvrage sur la psychiâtrie générale qui est une vraie somme de cette science, M. P. Guiraud vient de soumettre l'ensemble des problèmes psychopathologiques à une étude consciencieuse, joignant à des exposés clairs et complets des remarques critiques qui sont l'expression d'une longue expérience et d'une profonde érudition. Se basant sur le fait vital, Guiraud rejette le monisme mécaniciste, pour la raison «qu'il n'y a pas que la physico-chimie». Pour lui «le somatique et le psychique sont des aspects différents d'une même réalité». Telle est la phrase qui résume ce qu'il appelle sa conception laquelle est un «monisme à double aspect». A son avis, cette théorie permet de supprimer les discussions sur l'origine organique ou psychogène des maladies mentales; de se livrer à l'étude vraiment objective neuro-psychiâtrique des malades; de négliger la controverse sur la localisation du psychique, la psychologie pure et le behaviourisme, et d'étudier la double face de chaque symptôme.

Le livre de M. Guiraud fourmillant d'exposés judicieux éclaire beaucoup de points obscurs. C'est ainsi qu'il dit que «si on considère la lésion (Clérambault) simplement comme une activité *anormale* d'ordre neurophysiologique l'opposition apparente entre l'organique et le physiologique est largement atténuée». Voici une remarque importante: «Les chocs émotifs, les frustrations, les conflits... s'inscrivent parfois définitivement dans le système nerveux, en altérant le fonctionnement tout aussi bien que des toxiques ou des irritations mécaniques...» «Ces causes nocives sont désignées par des termes d'ordre psychologique mais elles ne diffèrent pas essentiellement des causes dites organiques. L'ancienne opposition entre l'organique et le psychogène est périmée.»

Ce jugement de P. Guirand résume tout un chapitre de la médecine psychosomatique. Or comme il est impossible de nier que la doctrine psychosomatique touche de près au problème qui nous occupe, ces recherches qui ont envahi comme un raz de marée la médecine surtout américaine, méritent d'être effleurées, ne fût-ce que pour montrer une singulière concordance de la direction qui s'est imposée d'une part aux études anatomophysiologiques, et d'autre part aux investigations psychologiques. Il y a en effet, à la fois un renouveau de l'exploration de l'Inconscient — versant psychique — et des centres sous-corticaux.

archaïques, paléocéphaliques, intimement fusionnés au système neurovégétatif et hormonal. La médecine psychomatique amorcée par Cannon et esquissée dès 1935 dans l'ouvrage de Flanders Dunbar «Emotions and bodily changes» a révélé des faits importants. Le système neuro-végétatif dans ses rapports avec l'hypothalamus semble être la pièce centrale d'un appareil de défense biologique. L'hypothalamus comprend une zone antérieure, vagale, adynamique, atonique qui déclenche les réactions d'inhibition, et une zone postérieure sympathique d'où part la réaction de la fuite, de l'agression, de la tempête motrice. (Sutermeister) L'hypothalamus est l'appareil afférent, moteur; tandis que le thalamus, fonctionnant à la façon d'un rhéostat, est chargé de l'intégration de la résonance affective des signaux extéroceptifs et intéroceptifs. Au moyen de la leucotomie on délivre le cortex des influences thalamiques; la douleur protopathique plus aiguë que la perception épicroitique est éliminée, de même que les phénomènes hallucinatoires et délirant perdent leur caractère térébrant. La torture morale cesse, puisque la résonance affective est amortie. Voici d'autres interprétations nouvelles. M. Bleuler admet que les dépressions constituent un mécanisme protecteur de nature biologique qui utiliserait l'économie réalisée dans la vagotonie, laquelle serait aussi à l'origine de l'hibernation. Si on pense que la vie moderne accumule les barrages affectifs qui peuvent, par excitation sympathique continuelle, aboutir à une nervosité générale et au Basedow des grandes villes (Donnison, Sutermeister), sans parler des troubles cardiovasculaires de toute espèce, il faut reconnaître, encore une fois, que Guislain faisait preuve de perspicacité lorsqu'il condamna si sévèrement les méfaits de la civilisation. Aux termes de ce rapide aperçu il est superflu de rappeler l'endogénie, c'est à dire la fragilité et l'immaturité du terrain héréditaire, dont l'importance est si surabondamment prouvée surtout en psychiatrie. En jugeant équitablement la valeur de cette condition première, ne pourrait-on pas envisager la psychose comme une espèce de maladie de l'adaptation? A ne considérer que le rôle psychologique, chez combien de nos malades ne constatons-nous pas que la désadaptation familiale et sociale est un facteur pathogénique essentiel! La discussion sur l'agent étiologique immédiat, pour passionnante qu'elle soit ne nous dispensera donc pas de rechercher toutes les conditions possibles et de réunir en un faisceau convergent, selon le cas, la lésion organique, le trouble physiologique l'anomalie pulsionnelle, le déséquilibre affectif résultant des tribulations sociales, la dissolution des structures supérieures et le réveil des activités inférieures du psychisme.

V. — En comparant les «Phrénopathies» de Guislain à la *situation actuelle* de notre science, on constatera que les problèmes discutés plus haut — et c'est pour cette raison que je les ai exposés — attendent toujours leur solution définitive. Mais il n'est pas douteux que nous comptons depuis 1852 un certain

nombre de découvertes et de réalisations. Le domaine biologique et médical a vu l'étude histologique approfondie du système nerveux, qui depuis Berger est accessible à l'exploration électrique, après avoir déjà subi avec succès l'investigation radiologique. Widal, Sicard et Ravaut ont fondé le cytodiagnostics, le tréponème a été découvert par Schaudinn et Hoffmann et identifié comme l'agent causal de la paralysie générale; enfin la sérologie a vu le jour. La thérapeutique mentale s'est enrichie de quelques bons médicaments, de l'insulinothérapie, des chocs, de la malariathérapie et du traitement par le travail. La psychanalyse même a abordé la lutte contre la psychose dont d'autre part la neurochirurgie cherche à adoucir les misères.

Le versant psychologique du problème mental, d'autre part, n'a pas été négligé au cours des 100 dernières années. On ne peut nier que l'analyse psychologique des Janet, Freud, C. G. Jung ait renoué notre façon d'envisager l'âme malade. A la suite de Sigaud et d'autres typologistes, Kretschmer a apporté des clartés sur les relations entre la structure physique et le caractère. A. Binet et Th. Simon ont créé l'instrument des tests quantitatifs pour l'examen de l'intelligence; cette branche a subi un essor rapide et prodigieux en même temps que surgirent les tests de projection qui fouillant l'inconscient, permettent de mieux comprendre l'affectivité et les instincts.

Si Guislain revenait parmi nous, il serait sans doute ébloui par toutes ces lumières nouvelles; moins désenchanté en tout cas qu'en voyant la situation morale de l'humanité; peu étonné certainement, car comme nous avons vu plus haut, il ne vantait nullement les bienfaits de la civilisation. Les méthodes d'éducation en particulier lui paraissaient pernicieuses au plus haut degré.

«Le faciès de l'enfance, dit-il, se perd dans les pays civilisés. Les jeunes filles chantent des romances. Les garçons fument des cigares. On ne parle plus aux enfants le langage de leur âge. On s'empresse de satisfaire leurs volontés. On les comble d'éloges. On flatte partout leur amour-propre. Quelle différence entre une jeune paysanne de douze ans et une demoiselle de même âge appartenant à nos villes!»

Pourrions-nous en toute sincérité rassurer le professeur gantois en lui affirmant que ce dernier refuge campagnard de l'innocence enfantine est toujours inviolé? Est-elle enfin toujours valable, son opinion sur «le mendiant de race» réfractaire d'après lui aux phrénopathies? «Des mendiants; s'écrie-t-il, je n'en reçois guère dans ces établissements. Pourquoi? C'est que le mendiant n'a nul souci, nulle inquiétude; il vit au jour le jour; il ne désire pas sortir de sa position. Les violentes passions sont loin de le tourmenter. Il ne connaît pas l'extrême tendresse. Il est à l'abri de l'influence de tout luxe. Il n'est ni dévot ni libertin. Il ne lit pas, il n'écrit pas. Son intérieur domestique ne saurait souffrir

des oscillations commerciales. Les catastrophes industrielles n'arrivent pas jusqu'à lui. Les affaires publiques ne sauraient le préoccuper. L'indifférence, l'insouciance, une absence de crainte et de frayeur, tels sont les éléments dominants de sa constitution morale.»

SANDORM

SANDERS

SOPORIFIQUE - SOMNIFÈRE
à action fidèle

Aethylcyclohexenylmalonylur. 200 mg - Acid.
nicotinic. 8 mg - Nicotinamid. 8 mg - Theophyl.
aethyl. diamin. 10 mg - Calc. lact. 100 mg - Amyl.
Talc. q. s. pro tablet. compres. una.

**Adultes : 1 compr. le soir, une
demi-heure avant
le coucher.**

Anc. Maison Louis SANDERS, s. a., - Bruxelles
47/51, rue Henri Wafelaerts — Tél. 37.12.35



CONVALYT

a) Traitement des troubles de la circulation

CONVALYT

(Convallaria - Plasmolyt
2000 FD cm³)

1. Effet systolique élevé
2. Adhérence minime
3. Grande rapidité de fixation
4. Temps d'élimination court
5. Faible tendance à l'accumulation

— — —

b) Pour la thérapie du cœur et de la circulation
avec la Convallaria

CONVALYT

la préparation de plantes fraîches,
exactement dosable, standardisée,
d'une bonne capacité d'absorption.

LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Dr. Madaus & Co.

COLOGNE

Représentant général pour le Grand-Duché de Luxembourg :

INTEGRAL S. A. - 61, rue de Strasbourg, Luxembourg

Téléphone 35-26

ANTIDIARRHÉIQUE NATUREL

Poudre de fruits riches en pectine,
additionnée de sucre nutritif Alete, 1 % de la solution

DIAREX

Indications:

Dyspepsie aiguë et chronique.

Dystrophie et décomposition avec selles liquides.

Intoxications
(alimentaires et infectieuses).

Entérite, Colite et Dysenterie

Maladie de Herter
(insuffisances digestives graves et chroniques des enfants).

Société Laitière des Alpes Bernoises
Stalden I. E. Suisse

Au Grand-Duché de Luxembourg

Comptoir Pharmaceutique
Luxembourgeois S. A.

23, rue Mercier - LUXEMBOURG

Au delà du Freudisme

par Eloi Welter (Luxembourg)

Depuis un certain nombre d'années, on parle de plus en plus, dans les milieux médicaux, du rôle tout à fait spécial que doit jouer le médecin dans ses fonctions de guérisseur.

Dans l'exercice de sa profession, l'ingénieur, l'avocat, le professeur est avant tout un savant ou un technicien. Mais le médecin en face de son malade est d'abord un homme qui parle à un autre homme, un «moi» qui s'adresse à un «toi» pour entrer avec lui dans une communication vivante et directe. Sa science et son art, certes indispensables, ne jouent ici que le rôle de moyen et non de fin: ils sont au service d'une prise de contact d'homme à homme d'un caractère «sui generis» qui n'est même pas comparable à celui du prêtre avec son pénitent. Car dans la confession, le premier n'est que le représentant de son Eglise ou du Christ et le pénitent lui doit un respect qui maintient une distance évidente. Mais dans le traitement médical pur c. à d. le traitement psycho-somatique (qui devrait être aussi celui du chirurgien et, en général, de tout praticien), il se crée une atmosphère émotionnelle dans laquelle deux destinées se confrontent en une intimité qui re nue les couches les plus profondes de la personnalité humaine.

Les résultats thérapeutiques heureux de ces traitements de contact tel qu'il se réalise dans les séances psychothérapeutiques classiques furent d'abord expliqués par FREUD — le créateur bien connu de la psychoanalyse — par l'effet de la libération, dans le champ de la conscience claire, de contenus ou de tendances instinctuelles refoulées dans l'inconscient. Mais plus tard le maître viennois se vit obligé de reviser ses opinions et d'admettre que ce n'était pas l'éclaircissement analytique du contenu inconscient (caché derrière la face symptomatique) des psychonévroses qui provoquait la guérison, mais le «transfert» c. à d. le rapport concret et vivant du médecin avec son malade.

Cette explication a conquis petit à petit un nombre d'adeptes toujours croissant de sorte qu'aujourd'hui le mystère du contact médical est devenu un des problèmes les plus importants de la pratique psychothérapeutique.

Pour se convaincre de l'absolue réalité de ce pouvoir guérisseur on n'a qu'à se rappeler les observations cliniques célèbres de René SPITZ, communiquées dans une conférence faite le

3 juillet 1948 à la Société française de Psychologie sur «La perte de la mère par le nourrisson», dont nous faisons suivre le résumé. Des observateurs américains ont réuni 366 histoires cliniques de nourrissons, «dont 256 furent observés pendant des périodes allant de plus de 6 mois à 1½ an». Ces observations eurent lieu sur 3 continents différents et dans 3 civilisations complètement différentes. Ajoutons que les sujets appartenaient à 3 races différentes: blanche, nègre et indienne.

Au point de vue alimentaire et hygiénique ces enfants vivaient dans des conditions scientifiques idéales, de sorte que seule la perte de la mère comme réalité affective et objet libidinal pouvait entrer en ligne de compte comme facteur pathogénétique.

Un premier fait résulte de l'observation de ces enfants: la connaissance émotive précède la cognition diacritique de deux mois ou plus. Dans le 4^e mois l'enfant pleure quand l'adulte le quitte, alors que ce n'est que deux mois plus tard (à 6 mois) qu'il pleurera quand on lui enlève son hochet. A 8 mois l'enfant pleure à l'approche de personnes étrangères (l'angoisse de 8 mois). A la fin de la première année, cette attitude disparaîtra pour réapparaître vers la 2^e année. Ce n'est qu'à l'âge de 18 mois que l'enfant réussit à atteindre le stade où il se rend compte des relations spatio-temporales entre les objets (âge où il commence à former des phrases). Les enfants observés après la séparation d'avec leur mère (ou de son substitut) présentèrent les caractéristiques suivantes:

«Séparation durant 1 mois: l'enfant a une attitude exigeante avec des tendances pleurnichantes.»

Après une séparation de 2 mois apparaît un refus de contact «L'enfant fait un geste de retrait et manifeste de l'anxiété à l'approche de personnes adultes; il est impossible de calmer ses glapissements. En même temps se manifestent des désordres de nutrition avec perte, souvent, de poids et arrêt du quotient de développement.»

Pendant le 3^e mois l'enfant présente une position pathogno-mique: «couché à plat ventre pendant la plus grande partie de la journée, il se désintéresse de son entourage et refuse de réagir à tout essai de prise de contact.» Si alors on ne prend pas des mesures contre la dépression progressive, l'enfant court le risque de lésions psychiques irréparables. Ces enfants sont plus exposés aux infections et on remarque une tendance aux accidents, éraflures, contusions, bosses, petites blessures etc.

Pendant le 4^e mois de la séparation tout empire: l'expression se fige, la mimique est rigide, le regard immobile et lointain. Il paraît dans un état stuporeux.

D'après l'opinion personnelle de l'auteur, les séparations ayant lieu pendant la deuxième moitié de la 1^{re} année et qui dépassent 5 mois ont tendance à causer des dégâts irréversibles — et même la mort! Les séparations de 3 mois présentent des analogies avec les états mélancoliques chez les adultes.

Quand on rend leur mère à ces enfants, la transformation est étonnante: parfois, en l'espace de 12 heures, on ne les reconnaît plus.

SPITZ résume ces observations en ces termes: Nous avons acquis la conviction que le pivot du développement pendant la première année est fourni par les rapports affectifs avec la mère. Nous avons trouvé que la privation affective est aussi dangereuse pour le nourrisson que la privation alimentaire. L'évangile le disait bien, il y a deux mille ans: «L'homme ne vit pas de pain seulement.»

Ces observations de SPITZ ont une portée énorme. Elles fournissent la base solide de la réalité des influences profondes du psychisme sur l'organisation physique. Le concept ancien de la suggestion doit être approfondi et révisé. Le contact de la mère avec son enfant (ou, par analogie, celui du médecin avec son malade) est autre chose qu'une relation verbale: il déclenche des pouvoirs vitaux créateurs qui jaillissent sous l'influence magique de la mise en communication d'une personne avec une autre.

Tous les spécialistes de la psychothérapie s'accordent aujourd'hui à admettre que les guérisons étonnantes obtenues dans l'intimité des séances de consultation sont dues à l'action mystérieuse du contact.

Il serait difficile d'exagérer l'influence de ce facteur inter-humain qui est sans doute le fait capital de la vie humaine.

C'est, en effet, le contact mystérieux de l'enfant avec sa mère — comme nous venons de le voir — qui fait naître dans l'âme de l'enfant les premiers mouvements instinctifs et affectifs et c'est dans le contact avec le milieu familial qu'éclot la première notion de sa «moi — conscience» en dépendance avec celle de ses semblables. La fusion du psychique et du somatique est encore complète ici, car l'enfant reste longtemps plongé dans un «adualisme» qui l'identifie avec son milieu cosmique et social. — Est-ce que plus tard, dans notre structuration psychologique adulte, nous ne sommes pas autant le produit passif de l'action de nos semblables sur nous que de celle de nous-même sur eux?

Faut-il rappeler ici quelques généralités? Dans nos conduites sociales il y a autant de contacts nombreux que variés. Les rapports concrets entre le commerçant et son client sont de toute autre nature que ceux de l'associé avec son confrère ou du politicien avec les membres de son parti. La relation psychologique du professeur avec son élève, de l'orateur avec son public, du juge avec son délinquant ne peut pas être comparée à celle qu'un religieux entretient avec son maître spirituel!

Toutes ces «intercommunications» sont évidemment intéressantes et nécessiteraient des études plus amples; mais comme il s'agit uniquement, dans ces lignes d'attirer l'attention sur le principe essentiel qui explique les effets multiples de l'intervention thérapeutique par le contact *sui generis* «médecin-malade», il importe avant tout d'insister sur les deux relations les plus

importantes de toute notre vie: celle de l'enfant avec sa mère et celle du mari avec sa femme. Comme on le sait, nous devons à la psychoanalyse les observations et les études les plus profondes sur l'importance du triangle familial: Père — mère — enfant. Pour FREUD les psychonévroses prennent naissance par les refoulements manqués de l'instinct libidineux et sexuel de l'enfant dirigé d'une manière congénitale perverse sur la mère ou le père.

Le «complexe d'Oedipe» constitue la manifestation la plus évidente de cette situation.

Or, en rappelant le célèbre drame de SOPHOCLE, il est aisé de voir que Oedipe ne devient nullement parricide en cédant au désir incestueux de posséder sa mère, mais plutôt en succombant à son instinct de puissance, qui veut prendre la place de son père et devenir ainsi roi de sa ville natale. De même, la lutte qui éclate plus tard entre les fils d'Oedipe est un drame familial profondément humain: il s'agit, en effet, d'un cas spécial des relations des fils avec leur père, dont ils jalourent la situation et la fortune. L'aveuglement du père est dans la circonstance un fait habituel et de même les sentiments de culpabilité des parents. Evidemment le motif incestueux pourrait jouer d'une manière inconsciente; car comment peut-on expliquer la grande impression que le drame de SOPHOCLE a fait sur ses contemporains, si ces derniers avaient été offusqués en voyant résulter une vie familiale heureuse de l'union du fils avec sa mère (Oedipe et sa mère)? En étudiant les mythologies et légendes anciennes, on est étonné de retrouver très souvent ce caractère incestueux de leurs héros ou de leurs héroïnes. Mais dans des recherches très approfondies, JUNG a démontré que cette sexualité n'est que de surface et que derrière elle se cache un symbolisme très profond. Le motif de la «Vierge-Mère» ou de la «Mère» symbolise plutôt la psychogénèse, c. à d. la conquête de la «moi-conscience» individuelle qui se dégage de son milieu cosmique et de sa suprême identité avec la première «Mère des hommes».

Quant à la signification du comportement enfantin, voici ce qu'en pense une excellente psychanalyste, Karen Horney (voir article du Dr A. Hesnard dans «PSYCHE»)... «en dehors du cas spécial d'une stimulation sexuelle de l'enfant par la tendresse trop démonstrative des parents, c'est la dépendance forcée de l'enfant à l'égard des parents qui fait naître, avec l'angoisse, le conflit typique non incestueux de la révolte hostile contre le parent aimé, dès qu'il se sent abandonné par lui dans la frustration, l'insécurité et la dévalorisation.»

Hesnard résume avec beaucoup d'intelligence sa manière de voir dans les conclusions de son article cité plus haut: ...«envisagé dans la perspective historique individuelle», «le Complexe d'Oedipe est le complexe des complexes» qui ne peut en aucun

cas être considéré comme une simple combinaison de forces psychiques.

«Mais il est bien plutôt le drame intime et prolongé aux cent actes divers de tout être humain luttant, dans l'apprentissage de la vie, à la fois pour son adaptation morale à sa condition sexuée, et pour son autonomie de personne concrète. Qu'on le dénomme d'un terme ou d'un autre, il est le drame de l'accomplissement, par l'individu, de son être profond, qui est sexué à l'origine et le demeure jusque dans l'acquisition de sa valeur morale et sociale.»

Il n'y a donc pas de doute possible: la personnalité de l'enfant n'est pas le résultat du jeu des puissances sexuelles; une autre causalité commande une synthèse d'un ordre supérieur.

Déjà, dans un livre antérieur, paru en 1949, Hesnard avait insisté sur le caractère éthique des états psychotiques et psychonévrotiques. Le fait moral «existe à l'aube même de la vie mentale, avant la conscience de soi et l'éveil de ce qu'on a décrit en parlant de «l'intelligence» de l'enfant.

Il est dans ce qu'il y a de plus secrètement personnel, de plus profondément enfoui dans chaque individu, — nous dirons: dans son comportement intime, dans celui de la pensée, claire ou confuse, celui de tous les mouvements intérieurs, depuis l'affectivité la plus nuancée jusqu'aux poussées de désir les plus incomprises du sujet qu'elles sollicitent. «Le fait capital, caractéristique de l'espèce humaine consiste en ce que la conduite morale fait partie intégrante de toute conduite humaine.» Or, qu'est ce que cela signifie? Cela signifie que la réalité humaine est avant tout une inter-communication, le rapport d'un «moi» à un «toi». Elle est la synthèse dans la conjonction c. à d. dans la dépendance, ou mieux, dans l'identification. La loi morale exprime l'exigence d'une vie personnelle saine en vue d'une fusion de plus en plus intime des hommes. Durant notre vie nous ne pouvons jamais avoir un contact direct avec nous-mêmes dans notre être singulier et unique, car c'est à travers l'image que la société nous offre, jointe à celle que nous nous forgeons en réaction avec la première, que nous nous découvrons nous-mêmes.

La prise de conscience n'est donc que très relativement un fait primitif, original et parfait; elle consiste avant tout en un processus continu et progressif qui tend toujours à se corriger et à se parfaire. Hanté par la vision lointaine d'un état paradisiaque de contact et de communion absolue, l'homme ressent la saisie de son «moi» comme une espèce d'échéance qui ne peut se constituer que dans une opposition avec son entourage ou dans une identification indigente c. à d. dans la séparation et l'isolement. Cette dévalorisation doit fatalement s'interpréter comme une faute, une culpabilité qui, en obsédant le psychisme de l'enfant et du névrosé, lui donne sa structuration spéciale.

Il est évident que le problème du contact doit prendre à l'âge

de la puberté, au moment où l'amour ou le mariage fait son entrée dans la vie, une importance tout à fait unique.

C'est alors que, pris par une espèce de délire, notre « moi » est envahi par une exigence d'absolu et de communion mystique qui s'exprime dans des promesses éternelles et dans des chants poétiques enivrants.

Le pouvoir créateur de la pensée infantine reprend ses droits et les amoureux projettent l'un dans l'autre les rêves les plus hardis de « l'anima et de l'animus » (JUNG) qui transfigurent les réalités. Le souvenir de l'amour maternel et paradisiaque obsède et enivre les pauvres amoureux qui succombent fatalement à l'illusion de reprendre pied, enfin par une communion définitive et absolue, dans un monde transcendantal. Mais n'oublions pas que tout le monde n'a pas la même possibilité d'entrer en contact. La faculté d'accomplir le don de soi, de s'engager en toute confiance et de se sentir en sécurité absolue avec son partenaire, n'est pas donnée à tout le monde. Les pulsions inhibées provoquent par contre des réactions psycho-somatiques de nature malade dans la mesure où leur violence est exaspérante. La poussée amoureuse réprimée doit donner l'angoisse, parce que le sujet est incapable de réaliser dans son imagination ou dans sa conduite l'être qu'il veut être et qu'il n'est pas. L'existentialisme a raison d'insister sur l'importance métaphysique de l'angoisse, qui trahit précisément la discordance de notre « être » que nous sommes et que nous ne sommes pas. De la même manière s'explique aussi la peur du mariage de certains asthéniques: elle est une forme de la peur de soi-même. L'amour peut menacer notre liberté personnelle et nous faire perdre notre autonomie: ces conflits ont évidemment des répercussions graves sur notre système neuro-végétatif et ils sont souvent la cause de dépressions et d'insomnies.

Dans le mariage, la persistance de l'image parentale peut empêcher le contact des conjoints et créer ainsi les symptômes classiques de « l'ejaculatio praecox » ou du vaginisme. Inutile d'ajouter que c'est encore la vision inconsciente d'un contact total qui se refuse qui déchire le sujet et l'expose ainsi aux troubles pathologiques, (spasmes, hémorragies, tachycardies, obsessions etc.)

D'un autre côté, la possibilité de rapports physiques sexuels n'est pas toujours un signe d'harmonie réelle.

Un Don Juan peut malgré ses multiples aventures, rester un malheureux, et dans le mariage même les conjoints peuvent se rencontrer régulièrement dans les rapports sexuels sans qu'il y ait cette étincelle d'amour qui permet une fusion profonde.

Habituellement, l'âge de la ménopause, d'après les avis des gynécologues, signifie le terme ultime de la vie sexuelle de la femme. Mais des faits bien observés prouvent le contraire. Si les conjoints possèdent les possibilités d'un contact vrai, les relations sexuelles complètes persistent jusqu'à un âge indéterminé. Les

dépansions psycho-nerveuses tellement fréquentes à l'âge critique et qu'on a trop l'habitude de mettre sur le compte d'un déséquilibre hormonal, sont très souvent dues à la défaillance de l'un ou l'autre des partenaires, désabusé ou trompé dans ses espoirs les plus délicats.

Le mariage fait remonter à la surface de notre psychisme les courants les plus profonds de notre être, puisqu'il promet sous le charme de l'amour l'instauration définitive d'un monde transcendantal où les aspirations de la première vie familiale trouvent une réalisation parfaite.

C'est à la lumière de cette situation contradictoire de nos tendances les plus naturelles que doivent être interprétés les états psychotiques et psycho-somatiques en général.

Pour éclaircir encore davantage ce point de vue, nous allons essayer d'analyser — très sommairement — l'exemple du schizophrène et celui du mélancolique.

Le *schizophrène* a la mauvaise réputation d'être un malade dont la caractéristique consisterait dans son manque de contact avec son entourage. Il est vrai que sa conduite le pousse à un isolement de plus en plus sévère; les réalités objectives perdent petit à petit leur valeur et son «moi» autiste se substitue à son moi normal. De cette façon, le schizophrène est victime de son moi égotiste, qui fonctionne pour ainsi dire sans le moindre frein régulateur objectif (moral ou logique). C'est pourquoi son attitude est celle d'un homme sans contact: le monde réel ayant perdu pour lui toute valeur objective ou ayant plutôt gagné uniquement une valeur symbolique en relation avec les idées délirantes subjectives. L'«Ego» du schizophrène est entré, comme le montre bien le test de Szondi, dans le stade le plus ancestral, où il ne se distingue plus de son entourage et du monde. Sa solitude est donc d'une nature spéciale, puisqu'elle est la conséquence naturelle d'un instinct du moi retourné vers son stade original indifférencié d'union cosmique irréalisable. Ce malade n'est pas dépourvu de contact au sens étroit du mot, puisque son affectivité persiste tant qu'il reste capable d'une structuration cohérente. Il est moins victime de son «moi» que victime de son «Ur-Ich» c. à d. du Moi primordial et préhumain.

Toute autre est la situation du *mélancolique*, qui est avant tout un obsédé d'un contact chimérique d'un genre opposé. Le dépressif mélancolique ne montre aucune désagrégation mentale, mais, au contraire, une concentration douloureuse sur un but qui, perpétuellement, lui échappe: un contact vrai. Dans ses précipitations vers les personnes de son entourage, il cherche avec angoisse une sympathie, une sécurité dont il nourrit l'idée vivante dans son coeur, mais dont il reste incapable de trouver un substitut extérieur. Voilà la raison de ses gémissements, de ses pleurs et de ses idées de suicide.

Dans l'*hypomanie* Szondi a admirablement mis à nu le fond de la mentalité du malade.

L'Idéal, l'Imago sont complètement détruits. Chez le mélancolique vrai, ces étoiles le guidaient encore dans ses recherches infructueuses vers un contact réel.

Mais chez l'*Hypomaniaque* apparaît la «Des-Imagination» (Szondi), le malade a perdu le modèle qui l'éclairait dans ses recherches vers un nouvel objet. C'est donc le stade de l'agitation fébrile et désordonnée sans la possibilité d'une direction. «L'Imago» du malade s'est écroulée, parce qu'il a perdu l'énergie de la maintenir vivante dans son âme. De ce désespoir naît sa révolte et son agressivité.

Après ces quelques réflexions trop brèves sur certains états pathologiques nous allons essayer de pénétrer un peu plus avant dans le problème général du contact.

Nous avons déjà fait, en haut, une brève allusion à la genèse du «moi», qui, pendant les premières années de la vie, se dégage lentement de sa matière adualiste cosmique et métaphysique. La tendance ou pulsion profonde qui le pousse à se réaliser signifie, par rapport à la matrice «Uroborique», une séparation relative, une libération, une autonomie, un égotisme.

Ce dégagement ancestral hors de la mère comporte un volte-face des instincts qui, de l'intérieur, se tournent vers l'extérieur, vers l'objectif et, consécutivement, provoquent une recherche de soi-même à travers ses substituts indigents, les objets! Le souvenir d'une vie préconsciente en dehors de l'espace et du temps hante pourtant ce moi naissant qui projette son infini transcendantal dans les objets concrets. De là, le pouvoir fascinateur de la «Maya», des apparences fugitives qui colorent tous les événements terrestres d'une mystérieuse lueur. Cette diplopie, en vertu de laquelle toute la vie nous apparaît à la fois comme une réalité apaisante et solide et en même temps comme une vanité et une illusion, prend naissance par cet écartèlement de notre être profond, qui reste enraciné dans l'au-delà, tout en étant voué au concret matériel. Cette situation équivoque provoque dans chaque homme un sentiment de culpabilité: A côté d'un moi qui n'est pas ce qu'il est, c. à d. qui se sait ancré dans un monde hyper-égotiste, il ressent en lui le «moi haïssable» de Pascal: le moi autoritaire, vaniteux et passionnel. Dans son déchirement intérieur il vit son moi comme une solitude et une malédiction. Et voilà précisément la mentalité du mélancolique: il est devenu incapable de reprendre contact et est rejeté dans l'enclos de soi-même. Suspendu comme au dessus d'un abîme qui le menace d'une chute éternelle, il passe à travers les trances d'une vie infernale.

Le récit de la création d'Adam et d'Eve dans l'Ancien Testament nous fait assister d'une manière symbolique — selon les habitudes des peuples orientaux — à la naissance de l'homme, ce limon animé d'un souffle divin — ce Fils du Très Haut.

Comme on le sait, l'homme n'est pas constitué comme un être en soi, mais comme une relation, une dépendance qui n'a la

vie que pour autant que cette réalité relative devient consciente, c. à d. efficiente. Comme le dit SARTRE avec raison: «Il est un être qui n'est pas ce qu'il est et ce qu'il est, il ne l'est pas.» Il est donc tendance vers un être c. à d. vers une fusion et un contact total dont la réalisation doit apparaître comme une absurdité. «L'homme est une passion inutile.»

Dans le Nouveau Testament, le nouvel Adam doit renverser cette situation en redressant l'instinctivité de l'homme. La recherche de sa patrie prénatale doit redevenir pour «l'enfant de Dieu» une route praticable. Ce volte-face dans l'attitude de l'homme nouveau est décrite dans les célèbres récits de la tentation du Christ où l'orgueil, la vanité et l'inflation du moi terrestre sont vaincus d'une manière définitive.

Du point de vue psychologique — qui ne doit pas être confondu avec le point de vue théologique — l'histoire religieuse de l'humanité n'est que la projection, dans la suite des événements historiques, des aspirations éternelles de notre être spirituel qui, progressivement, s'incarne dans certaines personnalités d'une sainteté exceptionnelle, représentatives de l'Archétype de la Divinité (JUNG).

Tout comme chez l'enfant en face de ses parents, la conduite des peuples anciens en face de Dieu était d'abord celle de la dépendance avec ses caractéristiques classiques: réactions de peur, de frustration affective, de jalousie, d'agressivité, de sexualité etc. etc. C'était le régime religieux du peuple d'Israël pendant les temps de «l'Alliance» comme aussi celui des peuples païens.

Mais avec l'apparition du christianisme la conduite de dépendance évoluait brusquement vers celle de l'Identité. Le Christ affirme sans la moindre hésitation que: «Le Père et moi nous ne sommes qu'un.» Et il promet à tous ceux qui ont foi en lui la même métamorphose céleste, autrement dit, par l'action du Sauveur tous les hommes doivent redevenir des «Enfants de Dieu» et former une unité mystique avec le Christ et son Père éternel! De cette manière le besoin humain de contact retrouve sa satisfaction totale.

En Orient (c. à d. avant tout chez les Hindous) la même aspiration a réalisé un contact d'un genre un peu autre. L'identification a pris dès les temps les plus reculés une voie plus idéale et plus abstraite. L'expérience de l'extase avait fait miroiter devant le regard intérieur du mystique hindou la vision d'un être général et total caché sous l'apparence des choses terrestres. C'est sur cet être que l'extatique solitaire hindou fonce de toutes ses forces par le moyen d'exercices de concentration tenaces et héroïques. En face de cet être abstrait et exsangue, la réalité cosmique avec les êtres humains singuliers ne pouvait plus apparaître que comme une vaste illusion, un vaste mensonge, une «Maya» perfide et dangereuse. Le monde des formes et de la matière devait donc être rejeté de la conscience par une représ-

sion violente et une scotomisation totale de tous les mouvements de la vie charnelle. Il est évident qu'une attitude mentale pareille devait être à tout jamais incapable de s'intéresser à la structure du monde et de créer les sciences naturelles modernes qui sont notre orgueil occidental.

Le Christianisme avait pris dès son origine une attitude contraire. Le monde objectif avec ses êtres animés multiples et variés constituait la matrice d'où un Homme-Dieu devait prendre naissance. Ce monde était gros d'un Dieu qui se cachait dans ses flancs! Et quand le Christ apparut, cette terre grossière subissait dans l'organisme de son Sauveur une transsubstantialisation qui la rendait apte à devenir une et identique à la Divinité même.

Le monde des formes matérielles avait donc son importance! Il apparaissait comme un poids à soulever, un mystère à creuser, une destinée à réaliser! Du coup, la souffrance avait son rôle à accomplir et la culpabilité sa fonction à jouer. C'est dans la douleur et le sacrifice que la personnalité avait à germer et les énergies matérielles cosmiques devaient prêter leur collaboration à ce travail de maturation. Ici aucune rêverie stérile ou sentimentale ne pouvait être tolérée. Mais une étude approfondie de l'obstacle matériel dressé devant la route ascendante de l'homme était devenue la tâche urgente. Et c'est ainsi que le Christianisme fit naître un nouvel homme, d'une dimension planétaire, cosmique et métaphysique. Cet homme, le Zarathustra Nietschéen l'avait pressenti, quand il avait choisi comme compagnons et collaborateurs les trois animaux symboliques: le lion, le serpent et l'aigle. En effet, le surhomme, l'homme créateur, qui devait prendre la place de l'ancien homme créé, doit être fort et courageux comme un lion; rusé et alerte comme un serpent; fier et décidé comme un aigle, lancé dans son vol, vers les hauteurs sublimes du soleil. Une attitude pareille aurait été impossible à l'homme, si la conviction de son importance humano-divine avec la foi dans sa destinée supraterrrestre n'avait pas été infusée lentement dans son organisation durant les siècles par le Christianisme, annonciateur de la victoire future et définitive de la vie sur la mort.

Après cette petite digression, nous allons pouvoir revenir au problème des psycho-névroses et psychoses dont l'aspect métaphysique et moral ne devrait jamais être négligé dans le traitement médical.

Le besoin de contact est le besoin vital par excellence, avons-nous dit. Il est impossible de comprendre le style et l'aspect des entités pathologiques sans se rendre un compte exact du caractère à la foi pneumatique et noétique de l'intelligence humaine et du caractère relatif et absolu de ses passions et de ses rêves.

Quand JANET parle des psycho-névroses il insiste avec son génie habituel sur le symptôme le plus fondamental de ces états; le sentiment *d'incomplétude* qui a une importance presque pathognomique. Comment est-il possible d'expliquer ce sentiment

étrange et pénible, sans le mettre en relation avec un instinct inassouvi de plénitude et de totalité? Prenons p. ex. l'état d'hypomanie légère: tant que l'agitation ne tranche pas sur un fond de calme et de cohérence, elle est ressentie comme une libération heureuse due à une santé parfaite. C'est pourquoi l'hyperkinésie infantine avec sa turbulence et son désordre est souvent interprétée comme un signe de saine vitalité. Ce même état est revécu à quelques années de distance à l'âge de la puberté, quand il se détache sur un fond de stabilité soustendu par une maturité psychique suffisante, comme une souffrance. De même l'exigence spirituelle d'une pensée claire et cohérente provoque dans les états psychoasthéniques des malaises qui n'existent pas dans des états de délire, malgré l'absence certaine de logique et de mesure. D'où vient d'autre part cette tendance des états de dépression, de délire porté vers les idées démesurées et absolues si, inconsciemment, ces malades n'étaient travaillés par un besoin de surcompenser leur sentiment d'incomplétude? Il n'y aurait certainement aucun sentiment de culpabilité si la conscience — même infantine — n'était jugée par la présence invisible et insaisissable d'une perfection qui veut se réaliser dans un contact total et dont les règles morales de la conduite ne font que montrer la voie. Dans ce sens, SARTRE dans son «Être et le Néant», parle d'une compréhension préontologique de l'être de Dieu, «valeur et but suprême de la transcendance qui représente la limite permanente à partir de laquelle l'homme se fait annoncer ce qu'il est.»

Tout comme il existe d'après Hesnard, chez les psychonévrotiques, «une lutte contre un formidable et incessant réquisitoire contre lequel il se défend par toutes sortes de moyens», il existe aussi une poussée préontologique qui imprime à nos états pathologiques un sens, une direction spéciale que la Clinique aurait tort de méconnaître.

Ce n'est d'ailleurs que de cette façon que peuvent s'expliquer les guérisons parfois si étonnantes obtenues par un contact vrai entre le malade et son médecin ou même entre les hommes unis dans une même aspiration. Le dynamisme tout-puissant caché derrière la symptomatologie pathologique monte des profondeurs psychosomatiques de l'être humain, rattaché durant toute son existence par un cordon ténu à sa «Mère» transcendente, qui attend avec impatience la rentrée de son «fils prodigue».

On pourrait objecter le caractère plutôt poétique et non philosophique ou scientifique de ces conceptions. C'est pourquoi une dernière confrontation de ces deux fonctions psychiques: notre intelligence philosophico-scientifique d'une part et notre intelligence du «coeur» d'autre part est nécessaire. Dans la moindre sympathie d'une mère pour son fils et d'un mari pour sa femme, il y a un problème intellectuel que le coeur ne connaît pas, et il y a en même temps une donnée, une expérience que l'intelligence est incapable de comprendre. Car dans l'expérience

affective notre psychologie individuelle se dépasse elle-même: elle quitte son centre normal, le moi personnel, pour s'étendre vers l'extérieur, vers l'Autre et se faire ainsi une nouvelle existence qui gravite autour du centre personnel de l'Autre. Que Mais tout d'abord que la partie psychologique (intellectuelle, signifie ce simple fait, dont l'importance est pourtant inestimable? affective etc.) qui, normalement, se trouve au service de notre propre être, notre moi, peut parfaitement se détacher et se chercher une autre existence! Et ensuite que notre «moi» habituel est victime d'une illusion, lorsqu'il se croit vraiment engagé d'une manière définitive dans le composé biologique de notre être psycho-somatique et que, par conséquent, nous sommes autant nous-mêmes quand nous épousons, dans une identification mystérieuse, l'existence de l'Autre que quand nous persistons dans notre égotisme. Ces difficultés contradictoires proviennent de la constitution entièrement différente de notre être instinctivo-affectif et de notre constitution intellectuelle. La première est essentiellement vie cosmique, elle nous rattache à nos encêtres, à l'humanité et à l'univers, avec lequel elle forme un «connubium»: la seconde se trouve au service de notre «moi» comme individualité subjective engagée dans la société des hommes qui forment avec nous la vie sociale et collective et auquel elle oppose le monde matériel comme son domaine objectif à explorer. De ce dualisme du subjectif et de l'objectif naît une tension qui n'est autre que le dynamisme caché de notre vie terrestre et qui, certainement, se serait déjà dissoute, si cette bipolarité ne créait pas toujours et toujours une féconde opposition.

Ces affirmations nécessitent quelques réflexions supplémentaires.

Tout comme notre organisation physique, notre structuration psychique est liée à certaines conditions qu'on pourrait appeler constitutives. Notre organisme corporel ne pourrait pas se maintenir en vie, si ses différents organes et systèmes ne formaient pas une unité dans le dépendance, la collaboration et même parfois l'opposition.

De même notre organisme psychologique n'est viable que grâce à la présence, dans notre vie consciente, de certains éléments instinctifs ou affectifs s'opposant à certaines idées ou concepts, mais maintenus dans une synthèse fructifiante par un centre régulateur de nature méta-psychologique. Derrière les apparentes oppositions de nos idées ou de nos points de vue il existe un monde de notions générales implicites dans nos conduites et états de conscience qu'il est utile de mettre à nu. Depuis les premières expériences de notre vie nous sommes en possession d'une intuition générale de la nature des objets *matériels*. Notre expérience sensible se développe dans le courant de notre existence conformément aux cadres de nos catégories spatio-temporelles préconscientes. Les sciences naturelles — qui ne sont qu'une prolongation de notre bon sens pratique — sont le produit

magnifique de ce genre de connaissances qui sont discursives, et opèrent en substituant à la réalité concrète des signes plus ou moins abstraits dont le type idéal est constitué par les sciences mathématiques.

De même nous possédons, en vue de nos relations sociales (parentales, familiales etc.), une intuition de ce qu'on peut appeler le monde de *la Personne humaine*. Cette préconnaissance du monde de sujets n'est nullement puisée dans le monde objectif de nos expériences sensibles mais elle est une donnée spontanée de la conscience de notre moi, qui en naissant, nous fait don de certaines idées générales sur l'autonomie et la valeur de la personne humaine sur laquelle se fondent nos sentiments de responsabilité. C'est de la même source que naît notre idée de l'unité transcendante de toute la création et de sa vie invisible cachée derrière les apparences multiples et fuyantes.

Le sens de la mystique du don de soi et l'espoir de la réalisation future d'une communion totale de tous les êtres ont la même source.

Aucun concept scientifique ou philosophique n'est capable de traduire cet univers de la Personne humaine. Seuls les poètes dans des chants immortels et les religieux dans des allégories ou mythes ont essayé, non de donner à ces vérités une expression intellectuelle adéquate, mais de nous mettre *en contact* avec cette réalité transcendante. Ces créations sont donc de l'ordre du *vécu* et non de l'ordre du *signifié*. Aussi ont-elles une valeur d'incantations et de rites magiques.

C'est de cet ordre qu'est le contact du médecin avec son malade. La science médicale comme telle ne peut aborder le problème que de son côté phénoménologique extérieur. — Car la Personne humaine a sa racine dans le monde du transcendantal!

Il est évident que le point de vue sous lequel les états pathologiques divers sont considérés dans ces lignes ne rend pas superflus les autres points de vue. Toute maladie est une réaction extrêmement compliquée qui se déroule sur tous les plans de l'être humain, de sorte qu'à côté de l'aspect physio-pathologique il existe un aspect psycho-physiologique en dépendance avec sa signification métaphysique. L'homme est une unité hiérarchisée.

Il est évident encore que ces différents modes de réaction n'ont pas entre eux une relation causale: ce qui signifie que ce n'est p. ex. nullement le trouble organique qui cause le désordre psychique ou vice versa! Les deux aspects symptomatiques ont la même importance et l'état maladif peut s'extérioriser tantôt sur le plan psychologique et tantôt sur le plan physio-anatomique. L'une des réactions peut d'ailleurs se substituer à l'autre dans le courant du développement de la même maladie.

Nous pouvons donc conclure qu'une thérapeutique qui n'est pas une thérapeutique de l'homme total, c. à d. qui n'est pas anthropologique, n'est que symptomatique et non causale.

Antitussol	Sirop pectoral pour enfants à base d'Ipeca cp. Baume de Tolu et Aconit.
Bromothym	Sirop pectoral à base de Bromures, Codéine et Extrait de Thym.
Codobrom	Sirop pectoral à base de Codéine, Bromoform et Aconit.
Creosulf	Sirop pectoral à base de Sulfogaiacolate de K, Creosote et Lactophosphates.
Ephedion	Sirop pectoral à base d'Ephedrine.
Rheumacalm	Antirhumatismal externe très efficace.
Scabiola	Scabiés Affections de la peau, boutons, eczémas démangeaisons.
Sapoformyl	Antiseptique, désinfectant à base de formol, très efficace non irritant. Lavages, désinfections de linge etc.

Produits du

COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS

SOCIÉTÉ ANONYME
LUXEMBOURG
23, rue Mercier

Possibilités et limites de l'Electro-Encéphalographie

Ses indications pratiques

par Léon Mischo (Ettelbruck)

L'électroencéphalographie est relativement jeune; ses tracés aux ondulations capricieuses recèlent bien des mystères et récemment encore on les a qualifiés d'hiéroglyphes. Mais tout en posant aux chercheurs des problèmes nombreux et difficiles elle fournit dès maintenant des résultats empiriques d'une incontestable valeur.

Son histoire est simple. Devenue possible le jour où l'invention des lampes électroniques permettait d'amplifier suffisamment les ondes de quelques millièmes de volts qui se propagent du cerveau au scalp, elle est née, comme bien des découvertes, du concours heureux de quelques circonstances fortuites. Hans Berger, psychiatre allemand, peu au courant des sciences physiques, comme la plupart de ses collègues, eut la bonne fortune de marier sa fille à un ingénieur de la maison Siemens. Le gendre construisit pour son beau-père le premier électroencéphalographe à une plume, ce qui permit à Berger de découvrir les ondes de repos du cerveau, ces étonnantes oscillations d'une fréquence de 8 à 14 par seconde qu'il baptisa les ondes alpha... Il fit encore bien d'autres constatations fondamentales, mais rencontra le scepticisme et l'indifférence de ses compatriotes médecins. Au début de la deuxième guerre mondiale, Hans Berger, qui avait eu au moins la satisfaction de trouver en France et dans les pays anglo-saxons l'attention et l'estime mérités, se suicida...

La jeune électroencéphalographie eut la chance, comme s'exprime le professeur Adrian, d'être pendant la guerre développée scientifiquement dans le silence de quelques laboratoires, ce qui lui évita de pousser trop vite et de tomber en discrédit par la faute d'enthousiastes trop pressés de tirer des conclusions hasardeuses.

Actuellement, des centaines de laboratoires d'électroencéphalographie existent de par le monde, des articles paraissent sur ce sujet à la cadence de plus d'un par jour, on publie une

revue spécialisée, on tient des congrès internationaux, tout en somme indique la vigueur et le progrès.

Grey Walter de Bristol juge ainsi les possibilités actuelles de l'EEG: «La routine et l'emploi relativement inintelligent des meilleures techniques modernes peuvent apporter au clinicien une aide appréciable. Muni seulement du rudiment de physique et de physiologie que l'on apprend au collège, un opérateur peut localiser 80 % des lésions intracrâniennes... et dans 10 % des cas, peut fournir des données d'une valeur incomparable. La place de l'EEG dans la médecine est maintenant suffisamment établie pour être permanente.

Mais il continue: «Il y a déjà des gens qui classent l'EEG avec l'électrocardiographie et la radiographie, espérant des résultats aussi concis et aussi décisifs que si elle s'appliquait au coeur et au squelette, au lieu de s'appliquer au système le plus complexe et le plus majestueux de l'univers.»

L'EEG ne fournit jamais un diagnostic, mais seulement un signe, un élément qui doit être confronté avec les résultats de la clinique et des autres méthodes d'investigation, notamment l'artériographie carotidienne et l'encéphalographie gazeuse. On a comparé la découverte d'ondes anormales dans l'EEG avec celle d'un signe de Babinski positif; dans certaines circonstances les deux peuvent être présents sans lésion structurale du système nerveux central, mais en l'absence de ces circonstances les deux révèlent clairement l'existence d'une lésion dans des régions bien précises. À eux seuls ils ne peuvent pas renseigner sur la nature de cette lésion, mais comme éléments d'un examen complet ils peuvent être précieux. (Adrian)

L'appareillage EEG est coûteux et compliqué, c'est même le plus compliqué utilisé en médecine, mais la mise au point est suffisante pour permettre un travail régulier, avec un minimum de pannes. Il comporte essentiellement une série de chaînes d'amplification à quatre étages; les lampes sont montées en push pull, ce qui élimine les parasites extérieurs et dispense de placer le sujet dans une cage de Faraday, comme cela se faisait au début. L'enregistrement photographique, théoriquement idéal, est trop coûteux même pour les Américains, la plume à encre et la pointe chauffée se disputent la faveur. La tendance actuelle est de faire le plus grand nombre possible d'inscriptions simultanées (on en est déjà venu à 30!) ce qui permet de saisir au même moment l'activité électrique du cerveau en des points multiples et de faire de bonnes localisations. La prise d'un tracé demande bien deux heures (compte-rendu compris), si l'on veut s'assurer du bon contact des électrodes, recourir aux montages multiples bipolaires et monopolaires, utiliser les diverses méthodes d'activation tels que l'hyperpnée, la stimulation lumineuse intermittente par le stroboscope, le penthotal respectivement le cardiazol. Souvent un seul examen ne suffit pas.

Le grand écueil à éviter sont les artéfacts, qui provoquent surtout chez le débutant de grossières erreurs: les lampes défectueuses, les papillotements palpébraux, les myogrammes, la sueur qui perle, les électrodes lentes, qui touchent le support etc. provoquant des ondes dysrythmiques et survoltées, des paroxysmes trompeurs. Que de belles découvertes qui finissent dans le panier à papier ou devraient y finir!

L'activité électrique normale du cerveau est essentiellement changeante avec l'âge, suivant l'état de veille ou de sommeil, elle est modifiée par divers facteurs biologiques tels que l'alcalose provoquée par l'hyperpnée, l'hypoglycémie, les effets de beaucoup de médicaments. Tous ces détails doivent être connus pour permettre l'interprétation convenable d'un tracé donné. Ainsi des ondes lentes, hautement pathologiques chez un adulte réveillé, sont normales chez le jeune enfant et chez l'adulte somnolent ou endormi.

L'électroencéphalographie de l'homme normal nous a surtout appris que le cerveau est constamment en état de fonctionnement, même au repos complet, les yeux clos. C'est même dans cette condition que l'on observe le bel alpha bien régulier et bien modulé d'origine occipitale, qui disparaît dès qu'on ouvre les yeux (on appelle cette disparition la réaction d'arrêt). L'origine et la signification du rythme alpha est douteuse, l'hypothèse actuellement la plus admise suppose que le cerveau a des analogies avec les appareils de télévision. Dans ces appareils, grâce au procédé d'exploration (scanning), les signaux provenant de différents points de l'espace sont transformés en signaux successifs dans le temps, qui peuvent de nouveau servir à reconstituer sur le récepteur l'image spatiale. Ce système du scanning permettrait au cerveau de transporter les données visuelles d'un endroit à l'autre et au repos, lorsqu'il n'a rien à transporter, il se mettrait à osciller régulièrement, engendrant les ondes alpha.

Chaque cerveau adulte a son rythme alpha personnel et immuable qui pourrait servir de moyen d'identification aussi bien que les empreintes digitales, mais malheureusement il ne nous fournit aucune indication sur les facultés intellectuelles et les dispositions mentales de son propriétaire. Un imbécile et même parfois un dément possède un parfait alpha, seul l'examen aux tests et la détermination du quotient intellectuel peut nous renseigner. Le professeur Adrian a bien amusé le monde scientifique en présentant deux tracés identiques, l'un provenant d'un insecte et l'autre de son cerveau, lauréat du prix Nobel. De même 75 criminels homicides avaient un EEG superposable à celui de leurs juges.

Il y a pire: 15 % des adultes d'apparence normale, choisis au hasard dans la population, ont un tracé pathologique. Ont-ils une dysrythmie héréditaire dont ils s'accoutument apparem-

ment très bien, ou sont-ils des malades en puissance, nous l'ignorons. En tout cas ce fait peut donner lieu à bien des erreurs.

La société anglaise d'électroencéphalographie a établi une dizaine de critères d'anormalité du tracé EEG qui ne sont pas universellement admis. Sont pathologiques les rythmes lents: (appelés thêta, s'ils sont de fréquence comprise entre 7 et 4, delta, s'ils sont de fréquence 3.5 à $\frac{1}{2}$), les dysrythmies nées de la combinaison d'ondes lentes et rapides, les pointes ou spikes, isolées ou groupées. On étudie dans chaque tracé la fréquence, l'amplitude, la réaction d'arrêt, la modulation, la symétrie, on décrit les anomalies avec leur localisation généralisée ou focale, leur apparition dans le temps: perturbations permanentes ou paroxystiques; les rythmes peuvent être synchrones ou asynchrones, l'opposition de phase est toujours recherchée à cause de sa valeur localisatrice. Aucune de ces anomalies n'est pathognomonique d'une lésion donnée, à part peut-être les pointes-ondes (spikes and waves) spécifiques du petit mal épileptique.

A l'heure actuelle le tracé EEG n'a de valeur pratique pour nous que lorsqu'il est grossièrement perturbé, un tracé normal pouvant très bien coexister avec une affection organique du cerveau.

Les applications pratiques actuelles sont par ordre d'importance:

Les néoformations intracrâniennes (space taking lesions) ce qui comprend les tumeurs, abcès et hématomes.

Les crises nerveuses, dont il permet le diagnostic, le pronostic, oriente la thérapeutique médicamenteuse et neuro-chirurgicale.

Les commotions et contusions cérébrales qu'il aide à objectiver et dont il permet de suivre l'évolution et de déceler les complications (associé à la clinique et à l'encéphalographie gazeuse).

Les lésions vasculaires du cerveau.

Les encéphalites et méningo-encéphalites.

Les intoxications exogènes et endogènes (endocriniennes).

A la psychiatrie il fournit des renseignements supplémentaires, mais il n'a pas pour le moment une importance bien grande dans ce domaine, parce que la plupart des psychoses, à l'exception de la catatonie, ne modifient pas le tracé et parce que les malades mentaux sont très difficiles à examiner, ne restent pas tranquilles et ne suivent pas les instructions de l'opérateur.

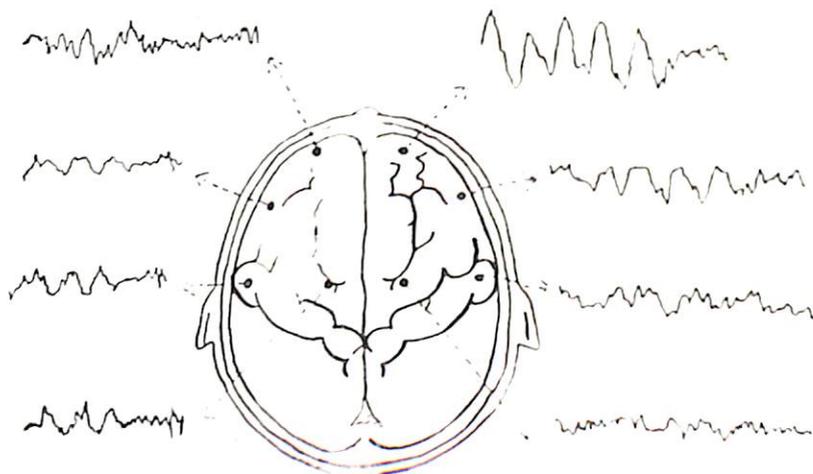
Au risque de répéter seulement bien mal ce que d'autres ont exposé ailleurs avec une plus grande compétence, je m'aventure cependant à passer en revue ces applications pratiques en les illustrant de quelques observations personnelles.

1) Les néoformations intracrâniennes (au sens large du mot) sont à mettre au premier plan, à cause des sanctions neuro-chirurgicales que leur diagnostic entraîne. Elles constituent aussi le meilleur test de la valeur de l'EEG, car toute erreur est immédiatement révélée par le contrôle opératoire. Leur fréquence est souvent sous-estimée, les seules tumeurs cérébrales comptent pour 2 % dans la statistique de mortalité générale. Par malheur la majorité sont des gliomes dont la survie postopératoire est si courte qu'on se demande parfois, en assistant le cœur serré à leur lente agonie, s'il n'aurait pas mieux valu s'abstenir. Mais même pour les tumeurs bénignes (méningiomes, neurinomes) l'apparition des signes cliniques de certitude est souvent si tardive que les opérés restent des épaves aveugles, aphasiques ou paralysés. Nous en avons suffisamment d'exemples parmi nous, qui ont été soignés pendant des mois, voire des années, pour des céphalées rebelles inexplicables ou des crises comitiales tardives et chez lesquels l'examen clinique, le fond d'oeil et même la ponction lombaire, toujours dangereuse dans ces cas, étaient négatifs. On n'a plus le droit aujourd'hui d'attendre l'apparition souvent trop tardive d'une stase ou une poussée brutale d'œdème cérébral. Tous ces cas à étiologie douteuse doivent être électroencéphalographiés au plus tôt, en complétant au besoin par une artériographie carotidienne, inoffensive et non choquante alors qu'autrefois on n'avait que la ressource de la ventriculographie, réservée au neuro-chirurgien.

Le diagnostic EEG des tumeurs cérébrales comporte un très haut pourcentage de localisations exactes (comme le prouve par exemple la statistique de la Pitié, publiée au congrès international de neurologie de Paris en 1949, par le Dr Fischgold). Mais ces beaux résultats ont été précédés de cruelles erreurs. En effet, la tumeur cérébrale n'a pas de tracé spécifique (on peut la confondre avec une lésion vasculaire) et les erreurs de localisation sont particulièrement faciles, car les ondes pathologiques enregistrées ne proviennent pas de la tumeur, mais des tissus sains comprimés. La tumeur elle-même est révélée après trépanation à l'aide de la corticographie qui décèle une zone de silence électrique, mais sur le crâne intact cette zone est cachée par la propagation des ondes de voisinage. Par surcroît seules les tumeurs des hémisphères sont localisables à l'EEG, tandis que celles de la fosse postérieure, très fréquentes, ne modifient pas l'EEG ou bien donnent des signes diffus, en cas d'hydrocéphalie interne. Parmi les tumeurs des hémisphères, les tumeurs frontales donnent le plus haut pourcentage de localisations exactes, ce qui est une chance, car elles sont fréquentes et souvent cliniquement muettes au début; les tumeurs pariéto-temporo-occipitales donnent souvent des perturbations à distance trompeuses, par exemple des ondes lentes monomorphes frontales, mais on a dans la plupart de ces cas un tableau clinique assez riche et localisateur. Ces réserves faites, on peut dire que les tumeurs

se révèlent très souvent par des ondes delta polymorphes assez diffuses, mais avec foyer d'altération maxima, comme dans l'exemple suivant.

Observation I (tracé 273). — Un agriculteur de 35 ans, non taré, consulte pour des céphalées survenues depuis deux mois



Observation I. — Neurospongiome frontal droit intraventriculaire. — Delta polymorphe à maximum frontal droit (montage monopolaire) — Extirpation totale par voie transfrontale.

sans cause apparente. Le siège est bifrontal sans aucune prédominance de côté, avec des irradiations postérieures. C'est une douleur paroxystique, survenant de façon irrégulière, avec des rémissions durant parfois une semaine. Le paroxysme ne dure que quelques minutes, mais immobilise le malade. Il ne vomit pas et continue à travailler. L'examen neurologique est négatif, à part un pouls un peu lent à 60. Le fond d'oeil est normal. Le malade a le nez bouché, une radiographie montre des sinus frontaux volumineux, un peu voilés et on envisage le diagnostic de sinusite posé déjà quelques jours plus tôt par un oto-rhino. Mais le malade présente à ce moment une crise douloureuse et donne à cette occasion une réponse confuse. Un tracé EEG est pris qui montre du delta polymorphe survolté dans la partie antérieure de l'hémisphère droit avec altération maxima et opposition de phase sur la région frontale. Le malade est adressé au Dr Philippides, suspect de tumeur frontale droite. — L'artériographie est normale, mais la ventriculographie montre une tumeur intraventriculaire qui a pu être extirpée en totalité par voie transfrontale.

C'était une variété rare, un neurospongiome.

Dans ce cas l'électroencéphalographie a permis un diagnostic précoce et fourni une localisation que rien d'autre ne permettait de faire avant la ventriculographie préopératoire.

Observation II (tracé (262)). — Une malade de 58 ans nous est amenée parce qu'elle «perd la mémoire et souvent ne trouve pas bien les mots». Sa mère est morte à 65 ans après une série d'ictus hémiplésiques, mais elle-même a une tension artérielle de 13/8. L'interrogatoire apprend encore qu'elle a une otorrhée chronique gauche, datant de l'enfance et qui a fait des poussées douloureuses au cours des trois derniers hivers. Elle accuse, sur demande, des céphalées diffuses, prédominant sur le vertex, assez rebelles depuis trois mois, mais sans vomissements.

L'examen ne révèle au point de vue neurologique qu'une petite pulsion gauche des bras tendus, sans nystagmus et sans signe de Romberg. La marche est normale. Le fond d'oeil est normal, la tension artérielle rétinienne également. Elle entend mal à gauche et a effectivement un tympan perforé avec écoulement. Mais le gros signe est le trouble de la parole qui apparaît nettement comme une aphasia débutante: elle trouve mal les mots, quand on lui montre des images, elle recourt aux périphrases. «c'est une chose pour faire ceci ou cela», pour un parapluie elle dit ciseaux etc.

Le tracé EEG montre des ondes lentes généralisées intéressant les régions frontales et pariéto-temporales, mais les altérations du type delta polymorphe prédominent le plus souvent sur les régions temporales gauches (électrode temporale antérieure, moyenne et mastoïdienne gauches), pourtant parfois le voltage est plus élevé à droite.

Nous avons conclu: forte suspicion de complication intracrânienne de son otorrhée chronique gauche. Cholestéatome probable. L'otologiste, auquel la malade a été adressée de suite a trouvé, à l'intervention, un cholestéatome avec perforation vers la dure-mère, mais laissant apparemment intacte cette barrière. L'intervention a été suivie d'une disparition complète des troubles.

Dans ce cas l'EEG a fourni un argument de poids, mais la clinique seule avait déjà fait soupçonner le diagnostic. Mais voici un cas qui m'a été rapporté par l'électroencéphaliste de la Pitié, quand je lui ai demandé des exemples où l'EEG seul avait permis de sauver une vie humaine: un malade amené de banlieue dans un état désespéré, coma complet, sans renseignements, sans aucun signe clinique de localisation est soumis à l'examen EEG en désespoir de cause. On trouve des altérations graves: diffuses, mais une petite prédominance frontale droite. Sur cette seule indication le malade est trépané, on tombe sur un abcès, dont l'ablation a été suivie de guérison:

II. La deuxième indication majeure de l'EEG est le vaste domaine des «crises nerveuses». La comitialité pose un problème médico-social d'une portée considérable: quand on se rapporte aux statistiques étrangères on est amené à calculer pour notre pays de 300.000 habitants un chiffre approximatif de 1000

épileptiques! L'apparition d'une comitialité est souvent un désastre pour la famille et pour le malade: non seulement il sera obligé de recourir à un droguage indéfini cher, abrutissant et plus ou moins toxique, mais toute sa vie est transformée; ses perspectives d'avenir sont sombres, la majorité des professions à la première crise publique, la plupart des patrons le renverront désastreux. Il vit dans un danger mortel permanent, souvent la répétition des crises amène une détérioration psychique pré-maturée profonde, parfois des troubles caractériels graves ou des états crépusculaires avec agressivité feront de lui un danger public, nécessitant l'internement. On comprend donc que les familles et les intéressés eux-mêmes soit prêts à tout tenter pour obtenir la guérison. Dans les pays anglo-saxons et plus récemment dans les pays latins des ligues antituberculeuses et des ligues antiépileptiques analogues cherchent à combattre dans la mesure du possible ce fléau par une entr'aide matérielle et par des mesures thérapeutiques.

L'EEG a apporté des lumières nouvelles (confer l'article du Docteur Cossa dans ce même numéro, qui expose la dernière mise au point de la classification des épilepsies) et a surtout permis de reprendre avec une plus grande efficacité le problème du traitement chirurgical de la comitialité, grâce à l'exploration EEG pré- et peropératoire du cerveau.

Les Docteurs Penfield et Jaspers de Montreal ont exposé au congrès international de Paris de 1949 le résultat de sept années de chirurgie de l'épilepsie et ont précisé les indications opératoires. Il est déjà significatif de voir l'électroencéphalographe Jaspers associé intime du neuro-chirurgien Penfield. Leurs travaux ont élargi considérablement nos connaissances sur la physiologie du cerveau et sur le mécanisme des crises comitiales.

Deux types d'épilepsie sont d'abord à différencier nettement: l'épilepsie essentielle qu'on appelle maintenant diencephalique et l'épilepsie symptomatique, devenue l'épilepsie corticale. Seule la deuxième est du domaine de la neuro-chirurgie.

L'épilepsie diencephalique a pour caractéristiques cliniques la perte de connaissance *sans aura*, suivie ou non de mouvements (automatisme, chute, convulsion), mais ces mouvements sont toujours *symétriques*, identiques dans les deux côtés du corps et *non accompagnés de rotation*. Leur caractéristique EEG est toute précise: le petit mal produit les fameuses pointes-ondes d'une fréquence de 3 par seconde, synchrones dans les deux hémisphères, le tracé de droite étant l'image dans un miroir du tracé de gauche. Le grand mal par contre est identique dans l'épilepsie diencephalique et dans l'épilepsie d'origine hémisphérique, les deux accès se distinguent seulement par leur mode de début; on en a conclu que la crise corticale se propage secondairement au thalamus.

La crise corticale est indentifiée par son mode de début, ou aura et l'altération focale du tracé EEG. L'aura peut être motrice (jacksonienne, adversive) sensitive, sensorielle, végétative (abdominale ou précordiale) psychique (hallucinations ou illusions), aphasique et oriente ainsi d'emblée vers une zone précise (par exemple les auras auditives, olfactives, vestibulaires, psychiques et les crises psychomotrices révèlent la très fréquente épilepsie temporale).

Toutes ces épilepsies corticales produisent des décharges de pointes (spikes) sur le tracé EEG ou des pointes élargies (charpes) si elles naissent dans le fond d'une fissure. Parfois un foyer temporal profond produit des anomalies bitemporales du tracé, pouvant induire en erreur.

Les indications opératoires de Penfield sont très prudentes. Il demande un essai médicamenteux sérieux préalable, élimine tous les foyers trop étendus ou situés dans une zone fonctionnellement importante (centre moteur ou centre du langage). Puis, il procède à 1) une étude soignée du mode de début de la crise, de l'aura, 2) une localisation EEG du foyer épileptogène, 3) une recherche de la cause par tous les moyens disponibles, notamment une bonne encéphalographie gazeuse, car il faut s'attendre à une atrophie cérébrale plus ou moins importante à proximité d'une zone de décharges corticales déjà anciennes. Lorsqu'il n'existe pas de lésion objective locale le pronostic opératoire est mauvais.

Durant l'intervention le chirurgien cherche à reproduire l'aura du malade par stimulation électrique du foyer, l'électrocorticographe sert à localiser la zone et vérifie à la fin la disparition des ondes pathologiques.

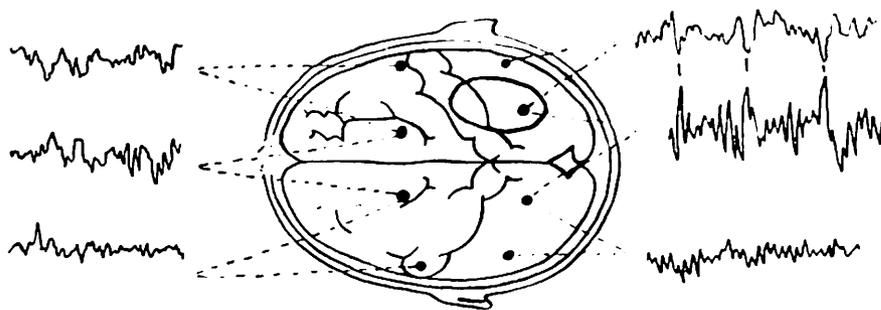
Sous réserve de démentis ultérieurs Penfield donne les résultats suivants: sur 220 cas d'épilepsie corticale il intervint 76 fois, excisa le foyer dans 59 cas. 15 malades sont restés sans crise, tous les autres ont eu une ou plusieurs crises depuis. 7 % de guérisons provisoires, ce n'est pas brillant. On ne s'étonnera pas si parmi les 13 cas d'épilepsie focale observés chez nous, nous ne puissions faire état que d'un beau succès:

Observation 3 (tracé 212). — Un garçon de 10 ans est amené parce qu'il présente des crises bravais jacksoniennes, qui, depuis un mois, à la suite d'une course en traîneau, se reproduisent plusieurs fois par jours! Elles débutent dans le membre supérieur et irradient au membre inférieur, respectant la face et ne troublant pas la conscience. L'enfant se plaint d'une douleur modérée intermittente dans le front, ne vomit pas. Fond d'oeil et examen neurologique sont négatifs, à part un pouls ralenti aux alentours de 60,64.

Mais chez cet enfant existe une trépanation pariétale dr. ancienne de 3 cm de diamètre et la mère raconte l'histoire curieuse suivante: A 2 ans, son jeune frère l'a frappé à la tête

avec un jouet métallique. Une petite plaie a été suturée et tout parut rentré dans l'ordre lorsqu'un mois plus tard l'enfant fit une crise tonico-clonique et resta sans connaissance durant une heure. Encore plus tard apparut lentement une hémiparésie gauche avec bradycardie à 50. Le D^r B., constatant à la ponction lombaire une hypertension considérable du liquide céphalo-rachidien, trépana à droite et vit se produire un prolapsus formidable, irréductible. Il abandonna la partie, mais le prolapsus se réduisit spontanément et, progressivement, la parésie disparut et l'enfant resta 8 ans absolument bien portant jusqu'au jour de la course en traîneau qui déclencha les crises jacksoniennes relatées plus haut.

L'EEG montra une dysrythmie à prédominance postérieure droite. De nombreuses pointes se produisirent également avec opposition de phase sur les régions occipitale et pariétale droites. Le foyer épileptogène se situait au niveau et en arrière de la trépanation. Le D^r Philippides, par l'artériographie, décéla un déplacement vers la gauche des artères cérébrales antérieure et moyenne et à la radiographie une zone calcifiée se superposant au foyer EEG. Il enleva un hématoème calcifié intracérébral de la grosseur d'une mandarine. L'enfant reste guéri à ce jour.



Observation 3. — Epilepsie jacksonienne tardive par hématoème calcifié intracérébral vieux de 9 ans. — Dysrythmie généralisée avec foyer de pointes en opposition de phase sur l'hématoème. — Guérison opératoire.

Tous les neuro-chirurgiens ne sont pas enthousiastes des opérations sur les comitiaux. A la Pitié on a vu après ablation d'un foyer épileptogène en apparaître un nouveau en un autre point du cortex.

Mais l'EEG, même en dehors de ses applications neuro-chirurgicales, joue un grand rôle dans le domaine de l'épilepsie. Elle fournit des indications thérapeutiques, (le tridione est spécifique du petit mal, la phénylacétylurée de l'épilepsie temporaire), contrôle l'efficacité de la médication, permet des pronos-

stics (suivant que le tracé intercrise est normal ou altéré) et en médecine légale aide à différencier les crises organiques des crises psychogènes. Ces dernières ne fournissent que des myogrammes sans pointes et sans ondes lentes. Dorénavant, il n'est plus nécessaire de recourir à l'hospitalisation et à faire observer les malades par du personnel spécialisé pour démasquer les imposteurs et objectiver la vraie épilepsie: même en dehors de tout accès, dans ce que nous appelons l'intercrise, le tracé épileptique est altéré dans un très grand nombre de cas. Il existe ou bien des pointes ou bien on voit apparaître des paroxysmes électriques d'ondes lentes survoltées appelés «crises infracliniques», parce que le sujet reste pleinement conscient et n'a aucun mouvement anormal: Si le tracé de repos est normal on peut l'activer par l'hyperpnée, la stimulation lumineuse intermittente au stroboscope, le penthotal. L'épitést, qui est une stimulation photocardiazolique paraît moins fidèle et surtout ne semble pas assez spécifique. Si un premier examen reste négatif, il faut revoir le malade après arrêt de la médication, ou mieux encore aussitôt après une crise.

On peut dire que l'EEG est l'examen complémentaire indispensable de tout comitial, comme le transit s'impose chez tout ulcéreux.

Le troisième domaine important de l'EEG est le traumatisme crânien. Sur nos quelques 15.000 accidents annuels (en majorité industriels) plusieurs centaines sont des commotions cérébrales et nos tribunaux consacrent, paraît-il, les deux tiers de leur temps à juger des accidents de roulage. Les sommes en jeu sont considérables et l'expert, chargé d'une lourde responsabilité, est heureux, dans les cas sérieux, de trouver dans l'EEG le document rigoureusement objectif d'un enregistrement physique. Malheureusement, ce serait d'ailleurs trop beau, il n'y a pas de parallélisme rigoureux entre la gravité clinique et le degré d'altération du tracé.

Voici une statistique danoise faite sur des sujets sains et sur des commotionnés anciens ne présentant que le «syndrome subjectif des traumatisés crâniens». Les «normaux» avaient 12 % de tracés pathologiques et les commotionnés 38 %, donc trois fois plus. Les altérations observées sont, à côté de rythmes rapides, des dysrythmies légères ou moyennes, généralisées, plus rarement focalisées.

L'expérimentation sur l'animal a montré que les perturbations sont pratiquement constantes dans le traumatisme récent, mais disparaissent au bout d'un mois, pour reparaitre plus tard dans un certain nombre de cas, parmi lesquels on observe alors les épilepsies posttraumatiques. L'EEG est donc susceptible, en révélant des pointes ou des paroxysmes, d'avertir le médecin, avant l'apparition de crises cliniques et de permettre une médication anticonvulsive préventive.

Si le tracé altéré a une grande valeur, le tracé normal, par

contre, ne permet pas de conclusion négative quant à l'existence de séquelles et l'examen complet garde toute sa valeur: l'existence et la durée du coma initial, la durée de l'amnésie post-traumatique, une anamnèse et une enquête serrées, le vestibule instrumental (si souvent perturbé), le contrôle, par la prise de la tension artérielle rétinienne, de l'état circulatoire cérébral, la mesure de la détérioration psychique par le test de Wechsler Bellevue. L'encéphalographie gazeuse, employée de plus en plus, révèle dans un grand nombre de cas des dilatations ventriculaires, symétriques ou localisées, révélatrices d'atrophies cérébrales. Mais elle est douloureuse et on hésite à y recourir surtout devant les tendances quérulatrices de beaucoup d'accidentés. Le médecin traitant est ici bien mieux placé psychologiquement que l'expert. La concordance entre l'encéphalographie gazeuse et électrique est loin d'être constante, mais il semble que la coexistence d'une atrophie cérébrale et d'un tracé altéré révèle un cas évolutif d'un mauvais pronostic.

L'épilepsie n'est pas la seule complication tardive où triomphe l'EEG; les hématomes, notamment les hématomes sous-duraux relativement fréquents sont également beaucoup plus faciles à déceler et à localiser par l'enregistrement électrique. Voici un exemple typique:

Observation 4, tracé 201. — Un homme de 52 ans, pléthorique d'un poids de 100 kilos, mais non taré, à tension artérielle normale, nous est adressé pour une parésie droite discrète, apparue progressivement depuis 4 jours. Il traîne un peu le pied et a du mal à écrire. Il nous apprend qu'il y a six semaines, il est tombé de trois m de haut sur son séant, sans perte de connaissance et a été à même de se lever immédiatement et de continuer son occupation. Depuis 2 semaines (donc un mois après la chute), il ressent des céphalées gauches rebelles et progressives, mais sans vomir et sans autre trouble. Les douleurs sont d'ailleurs intermittentes et il les a négligées jusqu'à l'apparition des troubles parétiques. Ces troubles intéressent les deux membres droits, mais respectent la face et n'altèrent pas la parole. L'examen neurologique montre qu'il s'agit d'un syndrome déficitaire pur, sans signe de Babinski, avec diminution des réflexes tendineux du côté parésié, sans spasticité, sans troubles sensitifs. Le fond d'oeil est normal, mais la pression artérielle (pression artérielle minima) est un peu élevée: 60 gr d'eau pour une minima humérale de 10. Il existe encore un syndrome de Claude Bernard Horner droit.

Le tracé EEG montre des altérations au niveau des électrodes frontales, pariétales et temporales gauches, alors que l'occiput gauche et l'hémisphère droit présentent une activité alpha normale. Les altérations sont des trains d'ondes delta survoltées séparés par des ondes plus rapides, l'ensemble rappelant le tracé caractéristique de l'endormissement. Le maximum est sur le vertex et la région pariétale g, alors que sur la tempe le voltage est

assez bas, plus bas qu'à droite. On note également quelques pointes dans la zone altérée.

Le diagnostic d'hématome a été confirmé d'abord par une artériographie montrant un déplacement des artères cérébrales vers la droite, puis par une trépano-ponction qui a permis de retirer 170 gr de sang. Les troubles parétiques ont instantanément disparu. Le blessé, revu deux mois après l'intervention, était libre de tout trouble subjectif, prêt à reprendre le travail, mais les réflexes du côté droit étaient encore plus faibles, manquaient même en partie. La Parni était de 58 gr, à peine changée. Le tracé EEG de contrôle était au repos complètement normal, mais l'hyperpnée faisait encore reparaitre la dysrythmie de la moitié antérieure de l'hémisphère cérébral gauche qui existait en permanence avant l'opération. Les pointes avaient disparu.

Cette observation prouve que même en l'absence de commotion, des complications traumatiques intracrâniennes sont possibles. — La clinique seule avait déjà fait suspecter un hématome, mais l'EEG a fourni la quasi-certitude et la localisation précise. En effet, l'hémi-parésie droite aurait pu être trompeuse, car les statistiques des hématomes sous-duraux opérés montrent que l'hémiplégie est plus souvent homolatérale que controlatérale et n'a donc aucune valeur localisatrice. Par contre l'EEG dans ces cas est pratiquement toujours positif et sa valeur localisatrice est absolue. L'absence d'altérations par contre exclut l'hypothèse d'hématome et évite des interventions inutiles. La diminution du voltage au niveau du centre de l'hématome, observée dans notre cas, est aussi de constatation fréquente.

A côté de ces trois domaines principaux, l'EEG trouve encore des applications intéressantes dans les lésions vasculaires du cerveau, les encéphalites et encéphalo-myélites, les intoxications, voire dans certaines endocrinopathies.

Les ramollissements et hémorragies cérébraux posent parfois un diagnostic différentiel difficile. Les lésions vasculaires aiguës donnent un foyer d'ondes lentes qui a une extraordinaire similitude avec les tracés des tumeurs. En dehors de la symptomatologie clinique la lésion vasculaire peut être différenciée du néoplasme par sa meilleure focalisation: la latéralisation est mieux définie et le côté sain peut montrer un rythme alpha normal, alors que dans les tumeurs on a une activité lente généralisée avec foyer d'altération maxima.

L'évolution du tracé permet de différencier la lésion corticale de la lésion sous-corticale, surtout capsulaire: la régularisation du tracé se fait en quelques semaines dans les lésions profondes, tandis que dans les lésions superficielles l'altération persiste très longtemps.

Chez les sujets jeunes le tracé se régularise particulièrement vite, le pronostic est mauvais s'il reste altéré. Les hémorragies sous-arachnoïdiennes donnent des bouffées généralisées d'ondes

thêta. (6 à 8 cycles/seconde). Le pronostic est mauvais, si la fréquence baisse et l'EEG est utile pour fixer le pronostic et la durée de l'hospitalisation.

Observation 5. — Illustrant l'importance de l'EEG pour le diagnostic étiologique de certains ictus.

Une malade de 46 ans a été prise, 15 jours avant l'examen EEG, d'un malaise subit au cours d'une promenade: sa vue s'est troublée, elle est devenue vertigineuse et ébrieuse. Rentrée chez elle, elle était un peu agitée et présentait quelques troubles de la parole. Les jours suivants elle était somnolente, se plaignait de céphalées modérées, assez banales pour elle. Un examen oculaire révéla une hémianopsie en quadrant inférieur droit: un fond d'oeil normal et une Parmi abaissée firent dire: petite lésion vasculaire. L'examen neurologique, en dehors d'un nystagmus spontané droit avec composante rotatoire antihoraire, une marche un peu titubante, sans latéropulsion constante, était négatif. Aucun déficit moteur, aucun trouble réflexe ou sensitif, mais une certaine bradypsychie avec un peu de difficulté pour se concentrer et trouver les mots. Pas de troubles auditifs, mais elle a eu au début des bourdonnements très forts dans la tête.

Le tracé EEG montre sur la région sylvienne et la moitié antérieure du lobe temporal gauche des ondes lentes sous forme de delta polymorphe survolté. Les mêmes altérations existent, atténuées, sur le lobe frontal, alors que les régions pariétale, mastoïdienne et occipitale sont très peu altérées. L'hémisphère droit est le siège d'une activité alpha normale.

Le tracé EEG révèle et localise donc une très grosse lésion. L'absence de toute espèce de tare circulatoire rend douteuse l'hypothèse d'une lésion vasculaire et rend très probable l'existence d'une tumeur.

Effectivement, le neuro-chirurgien par l'artériographie préalable, décèle le refoulement vers le haut de l'arrière sylvienne et l'intervention conduit à l'extirpation, malheureusement incomplète, d'un glioblastome temporal gauche.

Les encéphalites et méningo-encéphalites altèrent également le tracé EEG de façon diffuse et les tracés en série permettent d'en suivre l'évolution. Ceci est particulièrement important dans les méningites tuberculeuses qui sont devenues, grâce à la streptomycine, des syndromes chroniques atténués. Les centres de traitement de la méningite tbc. insistent sur la valeur pronostique et sur les indications thérapeutiques fournies par l'EEG, surtout chez l'enfant. Chez lui un tracé normal que même l'activation par l'hyperpnée n'arrive plus à altérer est pris comme test de guérison.

Le tracé peut aussi présenter des altérations focales en rapport avec des méningo-corticalités et surtout il existe un tracé de «souffrance basale» sur lequel pourraient s'appuyer des indications de drainage neuro-chirurgical. C'est une dysrythmie lente sinusoïdale, bilatérale, synchrones dans les dérivations

fronto-centrales, contrastant avec les dysrythmies polymorphes des autres stades de la méningo-encéphalite tbc. Cette image EEG va de paire avec une aggravation clinique, un blocage ventriculaire avec hydrocéphalie et un blocage des lacs de la base.

Dans toutes les encéphalites l'évolution du tracé de repos et du tracé activé permet de se faire une idée de l'aptitude épileptogène de l'affection.

Les *intoxications* altèrent aussi le tracé et souvent d'une manière assez caractéristique pour le toxique en cause. Ainsi les barbituriques accélèrent le rythme.

Au congrès de 1949, des auteurs lillois ont rapporté comment ils ont pu redresser le diagnostic de troubles névropathiques porté contre 5 mineurs, victimes d'un coup de grisou. Ils avaient été assez loin du centre de l'explosion et n'avaient pas été soumis à l'oxygénation immédiate. Ils se plaignaient de palpitations, céphalées, insomnie, angoisses, bouffées de chaleur, sudation exagérée, asthénie, anorexie et vomissements. Cliniquement, ils avaient de petits signes orientant vers une souffrance du diencéphale: hypoglycémie, polyglobulie, éosinophilie, tachycardie, augmentation modérée de la tension artérielle, et une augmentation de l'albuminorachie. Or, tous présentaient des ondes lentes permanentes ou en bouffées, de localisations diverses et on a admis chez eux une intoxication oxycarbonée.

Dans certaines *endocrinopathies*, notamment les myxoedèmes et les hyperthyroïdies on a décrit (un auteur sud-américain notamment) des altérations de l'EEG qui permettraient de différencier les vrais et les faux hyperthyroïdiens et de suivre l'évolution du traitement. Pour le moment, la mesure du métabolisme basal paraît plus sûre, plus simple et moins coûteuse.

En conclusion, on peut dire que l'EEG fournit souvent des renseignements complémentaires de valeur et quelquefois des renseignements absolument décisifs: par exemple, dans certaines «épilepsies tumorales» assez fréquentes, où seule existe une altération focale de l'EEG, alors que l'examen clinique, le fond d'œil, l'artériographie et la ventriculographie sont négatifs. De l'avis de Fischgold une trépanation exploratrice avec biopsie est indiquée dans ces cas. (Voir numéro de Noël de la Presse médicale.) Dans la plupart des cas l'interprétation de l'EEG doit être très prudente et une confrontation constante avec les données cliniques et les autres procédés de laboratoire est indispensable.

Mais c'est un procédé précis, inoffensif et absolument objectif, auquel il faut recourir dans tous les syndromes neurologiques ambigus: céphalées graves progressives, crises nerveuses, surtout si elles sont d'apparition tardive, ictus d'étiologie douteuse et il faut y recourir précocement, sans perdre du temps avec un traitement symptomatique, pour ne pas laisser passer le moment favorable à une intervention efficace.

Linacidine

Acides gras essentiels non saturés

Indications

Eczema

Furonculose

Ulcère torpide

Croûte de lait

Capsules - Onguent - Liquide

Integral S. A.

61, Rue de Strasbourg - Luxembourg

Tél. 35-26

La Pyrochoc-Thérapie

par CH. REICHEL, Verviers et R. NOESEN, Luxembourg

Jusqu'à présent nous ne disposions pas — surtout au cabinet de consultation — d'une thérapeutique facile et énergique pour guérir rapidement les cas ambulatoires. Or, ce sont surtout des «névropathes» qui sollicitent nos soins. A défaut d'une thérapeutique rationnelle ou causale les médecins, praticiens ou spécialistes ont de préférence eu recours à des injections soi-disant calmantes. Le calcium et le magnésium occupaient parmi celles-ci les premières places. Or, chacun de nous et indépendamment l'un de l'autre, nous nous sommes posés la question, si ce n'est pas plutôt la sensation de chaleur qui exerce l'effet thérapeutique que l'action neuro-sédative spécifique des substances chimiques précitées. Alors que l'un utilisait de telles injections pour provoquer une détente dans l'intervalle des narco-analyses chez des personnes qui restaient crispées * l'autre allait résolument à la recherche d'un produit beaucoup plus efficace pour provoquer cette détente et permettre immédiatement une modification de l'état de réceptivité du sujet. Il en est résulté la pyrochoc-thérapie à l'aide de CH 36 intraveineux du Dr Reichel.**

La pyrochoc-thérapie utilise comme produit de base le sulfate de magnésium associé à d'autres produits bien connus, d'une part le glucose et l'insuline, de l'autre plusieurs vitamines du groupe B. L'action de ce produit ne résulte cependant pas uniquement de l'action combinée de ses composants mais essentiellement de l'effet de choc impressionnant par la sensation de chaleur due à l'injection rapide du sulfate de magnésium. Chose curieuse cette substance est bien connue en neuro-psychiatrie, mais on ne l'a utilisée qu'avec une certaine appréhension, en tout cas avec circonspection. Le professeur Simonart en donne plutôt une opinion défavorable dans ses *Eléments de Pharmacodynamie et de Thérapeutique*. D'après lui le sulfate de magnésium,

* Communication annoncée: Narcoanalyse méthode d'initiation. Narcodétente et concentration contemplative par R. Noesen.

** Nous remercions la Firme Will, qui a bien voulu nous aider dans la fabrication de notre dernière formule, spécialisée sous le nom CH. 36 Intra-veineux.

à la concentration de 10 cgr. par litre de sang est susceptible de provoquer une narcose comparable à celle du chloroforme. Il pourrait même en résulter une paralysie respiratoire et l'antidote immédiatement efficace serait le calcium. (Comment comprendre alors l'effet thérapeutique d'une certaine spécialité constituée par les deux produits?) Jusqu'à présent il était de règle d'injecter lentement aussi bien le calcium que le magnésium ou l'association des deux.

Or, dans la pyrochoc-thérapie le CH 36 du D^r Reichel est injecté rapidement, voire brusquement. Nous n'avons jamais observé de phénomènes secondaires, de complications ou de signes alarmants, malgré la dose (2 à 2,5 gr de sulfate de magnésium) et la vitesse d'injection. Celle-ci se fait comme l'injection du cardiazol. L'effet de choc n'est évidemment pas pareil. N'empêche que l'injection s'accompagne ou est suivie de phénomènes vasomoteurs intenses par vasodilatation. Celle-ci se traduit dans le territoire périphérique par une coloration cutanée marquée, comparable à un érythème pudique mais réalisant rarement un aspect congestionné. Le phénomène dominant au point de vue subjectif est cependant la sensation d'échauffement considérable, voire de chaleur cuisante intense qui se propage à travers tout le corps, aux organes internes aussi bien qu'aux parties distales.

Les malades en sont fortement impressionnés, mais bénéficient d'un assoupissement immédiat de brève durée. Ils se relèvent quelques minutes après dans un état plus détendu, plus calme.

Les indications de la pyrochoc-thérapie sont en premier lieu tous les troubles neuro-végétatifs, notamment le tremblement (même sénile chez les patients frisant les 75 ans), ainsi que le cortège des symptômes y associés à savoir l'insomnie, les palpitations cardiaques, les états d'angoisse. Les troubles psychiques corrélatifs se trouvent influencés conjointement notamment l'énervement, les soucis et tracas, voire les idées obsédantes, bref les états neurasthéniques ou dépressifs d'origine névrosée. Même les dépressions d'allure hypocondriaque en bénéficient largement.

Une dizaine d'injections (dont une tous les jours au début) suffit en général pour amener la guérison — nous insistons sur le terme de guérison. — Un recul de deux ans a permis de dire avec toute franchise, que le résultat de la pyrochoc-thérapie est réellement surprenant; sur 500 malades traités, il y a eu environ 90 % de réussite. Le résultat est d'autant plus impressionnant qu'en présence de ces malades le médecin était en général assez désarmé, à moins de recourir aux grands moyens thérapeutiques cure d'insuline, électrochoc, narco- ou psychanalyse. Certains cas qui ont résisté à cette thérapeutique ont par contre bénéficié de la pyrochoc-thérapie. Dans des cas aigus le résultat est souvent spectaculaire dès la première injection.

La pyrochoc-thérapie nous semble être le traitement psychosomatique par excellence. L'action pharmacodynamique à elle seule est insuffisante pour expliquer l'effet. La documentation sur les effets du sulfate de magnésium est d'ailleurs à notre connaissance très sommaire et précaire. Il faudra distinguer à notre avis l'action physiologique et l'action psychique, les deux étant d'ailleurs inséparables.

Nous nous proposons de faire préciser l'action vasomotrice, humorale, tissulaire ou métabolique et neuro-sédative. En outre faudra-t-il distinguer entre l'action centrale et périphérique d'une part, corticale et diencéphalique de l'autre. Nous avons la nette impression que le pyrochoc amène des modifications d'origine centrale dans le système neuro-végétatif. Il provoque une dé- et reconnexion («innere Umschaltung»). Reste à savoir, si elle est due à un effet physiologique, c.-à-d. physico-chimique ou à l'ébranlement psychique.

L'effet psychique est indéniable. Aussi bien notre méthode narcoanalytique, que celle de l'auto-détente concentrative («Autogenes Training» de J. H. Schultz) attache une importance capitale à la détente accompagnée de résolution musculaire, de vaso-dilatation périphérique et de sensation de chaleur. Or, celles-ci sont au premier plan dans le pyrochoc. Elles réalisent les conditions primordiales pour toute psycho-thérapie efficace. Cette constatation nous a d'ailleurs conduit à rechercher dans la production de chaleur l'agent thérapeutique principal.

Un autre fait est indubitable: le sujet subit un vrai choc psychique. La sensation de chaleur intense l'impressionne au plus haut degré et fait appel aux instincts vitaux primaires. Il s'agit d'une sensation élémentaire jusque-là inconnue. Le malade se sent littéralement dévoré de feu. Oserions-nous émettre l'hypothèse que la représentation archétypologique (C. G. Jung) joue un rôle, produit en quelque sorte un effet cathartique, une purification au moins aussi efficace que le calme reposant de la pénombre bien connu de la psychanalyse.

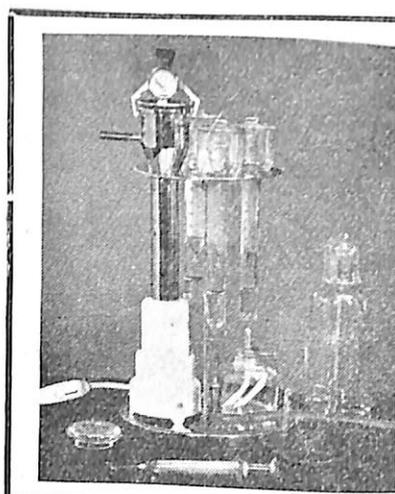
Ajoutons-y qu'au moment du pyrochoc on s'inspire avantageusement des principes de l'hypnose ou de la suggestion, notamment de l'attention ponctiforme en obligeant le regard du malade à converger pour se fixer sur un miroir. Celui-ci permet en outre au sujet de se rendre compte de son teint ravivé, ce qui ne manque pas de le rassurer. Chez des personnes trop impressionnables ou pusillanimes on arrive à couper court à tout mouvement de révolte ou de défense contre l'emprise de la chaleur en posant la main sur leur front. Le malade, le premier moment d'appréhension et de désarroi passé, ne demande qu'à s'accrocher aux paroles rassurantes du médecin. Le contact affectif en est facilité. La sensibilité du malade est à vif, l'emprise sur le psychisme est de ce fait beaucoup plus immédiate et directe que d'habitude. Les minutes suivantes le malade reste un peu grisé et

éprouve le besoin de se reposer pour profiter de la détente. Quoiqu'il puisse immédiatement reprendre ses occupations, il reste quelque temps sous cet effet bienfaisant du pyrochoc. Parallèlement à la détente physique il y a une certaine relaxation du cours des idées qui peut perdre son caractère obsédant.

Il est utile pour le médecin traitant de ne pas perdre de vue cette conception unitaire, psycho-somatique de la pyrochoc-thérapie. Il est indispensable de rechercher cet effet de choc impressionnant et d'en tirer le maximum au point de vue psychothérapique. Certes, la technique à elle seule de l'injection intraveineuse peut produire ses effets tout comme l'application d'un électrochoc ou une cure d'insuline, mais là aussi on insiste à ne pas négliger la psycho-thérapie au moment de la dissolution du psychisme.

D'ailleurs l'application de toutes ces méthodes exige une certaine préparation du malade. Elle est essentielle pour le pyrochoc. Avant et au moment de commencer l'injection le malade doit être éclairé sur ce qu'il va ressentir. Il faut qu'il en ait une représentation nette et qu'il s'attende à la réaction escomptée par le médecin. Sinon il risque de déclencher une réaction sympathique de défense qui va à l'encontre de la vasodilatation et partant de la détente. L'action ou la réaction est sous la dépendance de l'attitude psychique, l'injection seule ne réussit pas nécessairement à vaincre les résistances. D'où aussi la nécessité d'une injection poussée rapidement.

Le CH 36 du Dr Reichel est donc un outil thérapeutique délicat quoique facile aux mains d'un médecin qui sait le manier avec doigté et en connaissance de cause.



TUOCITO

Apparatur zur Dampfdruck-
und Kochsterilisierung von
Spritzen und Instrumenten



Preise und Prospekte

bei Alleinvertreter

ED. NICOLAY,
Ettelbrück — Telefon 21-79

MONDORF-LES-BAINS

Grand-Duché de Luxembourg

SOIGNE, SOULAGE ET GUÉRIT PAR:

Ses eaux thermales réputées

Foie - Intestin - Nutrition - Foie Colonial

Ses enveloppements Ur Ra Fer

Rhumatismes - Goutte - Sciatiques - Lumbagos - Torticolis

Ses inhalations spécifiques

Sinusites - Rhumes - Gorge

offre:

Ses concentrés de Mondorf-État

Ampoules buvables avec comprimés
pour avant ou après-cure à domicile

est avec

Son Parc, son Casino, ses Hôtels, ses Distractions

un Centre Touristique de premier ordre

Renseignements:

Etablissement Thermal - Tél. 59 . Syndicat d'Initiative

Les „Enveloppements UrRaFer“

Suite aux recherches scientifiques de ces dernières années, l'Établissement Thermal de Mondorf-État présente un nouveau traitement par „Enveloppement UrRaFer“ constitué au moyen des boues naturelles ferrugineuses, radio - et uranifères, que l'eau thermale tient en solution mais qui précipitent après quelques heures d'oxydation par l'air.

Cet „Enveloppement UrRaFer“ s'est révélé efficace pour les traitements des rhumatismes, des lumbagos, des sciatiques, des suites douloureuses d'efforts. Il complète la gamme des cures qu'offre Mondorf-État et débarrassera de nombreux clients des douleurs persistantes si déprimantes.

FERRUM

„HAUSMANN“

Permet d'administrer, en
cijnctions intraveineuses,
des quantités massives de
fer, qui sont bien tolérées



Posologie normale:

- 1^{er} jour: 50 mgr. de Fe
- 2^e jour: 100 mgr. de Fe
- 3^e jour et jours
suivants 200 mgr. de Fe

HAUSMANN A.-G., ST. GALLEN

L'Examen et le traitement du délinquant *)

par R. NOESEN, Luxembourg

L'inculpé — tout comme le témoin — est présumé être sain d'esprit c'est-à-dire normal et partant responsable. Il arrive de voir refuser un examen médical proposé par la défense pour la simple raison que le prévenu «paraît» normal. Or nous savons que personne ne sait mieux dissimuler à son entourage son délire de persécution, de revendication ou autre qu'un paranoïaque pourtant enclin aux atrocités les plus inattendues.

Quels sont alors les critères pour juger nécessaire de soumettre un prévenu à un examen d'expertise?

En bonne logique nous devrions partir de l'axiome inverse de celui précité: tout délinquant est sensé être anormal. En effet le délit est par essence un acte asocial. Or par définition même un être normal vit en harmonie avec lui-même et la société. (Où est-il cet être théorique?!) Lors du délit l'être humain commet un acte asocial, voire antisocial et ne saurait être considéré comme normal au moment même. Il s'ensuit que chaque inculpé devrait être examiné — en principe. En pratique c'est irréalisable, du moins dans l'état actuel des choses. Dans un avenir rapproché les progrès de l'éducation moderne, l'introduction de la fiche scolaire dans nos écoles, l'application de la médico-pédagogie, l'extension de l'orientation professionnelle nous fourniront les renseignements suffisants qui faciliteront l'examen du prévenu ou le rendront même superflu.

Le dilemme persiste: nous ne disposons pas de critère pour dire si un examen est indiqué.

Il serait en tout cas utopique de le réserver aux récidivistes ou aux cas graves, c'est-à-dire les criminels proprement dits.

Le but de l'examen médico-psychologique et social est en effet de pouvoir appliquer un traitement en vue de réadapter le sujet et de l'intégrer à nouveau dans la société.

*) Réflexions inspirées par le cycle d'études de l'O.N.U. «L'examen médico-psychologique et social du délinquant». Bruxelles, décembre 1951.

Les cas au pronostic le plus favorable sont précisément les délits légers ou mineurs. Une erreur de diagnostic chez ces sujets-sur le traitement et la rééducation ensuite. Il s'agit avant tout de ne pas nous aliéner la confiance du malade. En imposant une mesure déplacée ou trop sévère nous risquons alors de faire d'un délinquant occasionnel un délinquant professionnel ou un criminel. Ce danger existe p. ex. dans le cas de vol chez un jeune sujet. Il se peut qu'il s'agisse d'un dérivatif à un besoin sexuel, donc d'un trouble qui requiert davantage un traitement médical qu'une sanction.

Pratiquer l'examen seulement chez un délinquant avéré, ayant une personnalité foncièrement altérée, rend illusoire le but de l'examen médical et du traitement qui aspirent au rétablissement de l'état normal.

Pour appliquer un traitement il faut un diagnostic, notamment un diagnostic de personnalité. Il ne suffit pas de se prononcer sur l'état mental de l'inculpé, de dire s'il est atteint d'aliénation mentale pour savoir s'il doit être transféré dans un établissement psychiatrique. Il s'agit d'abord d'éclaircir toute la criminogénèse. Pourquoi le prévenu a-t-il commis son délit, c'est-à-dire posé un acte asocial? Quelles sont ses dispositions, quels sont les facteurs qui l'ont poussé à agir?

Du moment que nous parlons de dispositions nous arrivons à soulever la question de la liberté de l'individu de déterminer ses actes, c'est-à-dire son libre arbitre. Le délit ou le crime peut être déterminé soit par les dispositions pulsionnelles elles-mêmes soit par la manière de réagir de l'individu sous l'influence de son milieu et de l'ambiance. La première victime est donc en quelque sorte le criminel lui-même, ce qui justifie l'exclamation du meurtrier au moment de son arrestation (dans «Obsessions»): «It was not I, it was It» (that killed). Ce n'est pas Moi qui ai tué, c'est cet Inconnu en moi qui l'a fait. Son «Moi» (Ich) est la victime de son «Ça» (Es).

L'École positiviste voyant dans le criminel la résultante de sa constitution et de son milieu tendait simplement à éliminer, voire à exterminer le criminel-né, à interner le criminel-aliéné, à infliger une peine d'intimidation au criminel occasionnel. L'École de la défense sociale par contre se penche déjà sur cet être humain en souffrance qu'est le criminel, considéré comme un malade pulsionnel (Triebkranker). L'École positiviste avait en vue la protection de la société, la Défense Sociale a en vue la réadaptation, le reclassement social. D'après elle le délinquant a droit à un traitement. L'application de mesures sociales n'est que l'obligation de la Société humaine de faire bénéficier chaque individu d'un traitement approprié que requiert son état.

L'École positiviste (1880—1920) aussi bien que celle de la Défense sociale (1920—1940) renoncent à la conception de la

responsabilité morale, telle que les classiques l'ont admise. La peine pénale n'est plus proportionnée à l'acte. On n'inflige plus une peine, mais on applique une mesure de sauvegarde. Par la suite une conception encore plus humanitaire juge la personnalité qui a commis l'acte. «Nicht die Tat, den Täter sieh dir an.» *) («C'est l'auteur et non pas l'acte qu'il faut passer au crible de notre attention»). C'est le proverbe qu'on donne à expliquer au cours du test de Binet-Bobertag. Si cet adage nous sert pour juger l'intelligence ou la débilité d'un enfant, à plus forte raison devons-nous demander aux adultes et aux juges de comprendre cette vérité. Or le Droit Pénal classique semble l'avoir ignorée.

C'est donc au nom d'une idéologie humanitaire que nous demandons à examiner l'inculpé. Il faut arriver à le comprendre, à saisir le jeu des mobiles qui ont conduit à l'acte et à en tirer les conséquences thérapeutiques. Celles-ci s'efforcent de prévenir la récédive et d'assurer au prévenu dorénavant un comportement social dans le groupe humain auquel il appartient ou dans lequel il doit vivre.

La bête qui a tué ne se distingue en rien de celle qui ne l'a pas encore fait. L'être humain qui a des instincts agressifs n'est pas plus criminel que celui qui nourrit des idées de suicide (l'agressivité retournée contre soi-même)! Souvent rien ne décèle une inflexion dans la courbe de l'évolution de l'être humain qui a commis un meurtre. Cet acte découle quasi naturellement de son passé psychophysio- ou psychopathologique. Pourquoi alors juger cet acte qui n'est qu'un maillon dans un enchaînement d'événements vécus, de traumatismes subis et de réactions conditionnées?!

La mission de l'expert-psychiatre est donc de rassembler toutes les données médicales, biologiques, psychologiques et sociales susceptibles d'élucider la genèse du crime.

Il ne pourra pas à lui seul accomplir cette tâche. Il faut pour cela une équipe de travail (qui remplacera avantageusement la commission des trois médecins experts).

C'est en premier lieu l'assistante sociale des institutions pénales qui coopère à l'étude sociale et plus tard au traitement rééducatif du délinquant. Du fait qu'elle connaît le milieu d'où sort le délinquant et qu'elle prendra contact avec les personnes de l'entourage de celui-ci elle pourra faire des propositions concrètes concernant les mesures sociales à prendre. Actuellement celles-ci se trouvent trop souvent sur le papier et ne peuvent être exécutées faute des possibilités examinées.

D'où l'importance de l'étude sociologique proprement dite! Elle dépasse le cas individuel pour embrasser la vie sociale de la communauté à laquelle appartient le délinquant. La criminalité est ici envisagée non plus comme une manifestation d'un individu, mais comme un phénomène de masse ou de groupe.

*) Conférence faite à l'Université française de Mayence.

D'un côté la sociologie étudie les cadres géographiques, économiques et sociaux des communautés humaines et fournit les données statistiques intéressantes la démographie, de l'autre elle fait sienne les acquisitions récentes de la psychologie sociale et montre l'individu aux prises avec les situations et milieux sociaux.

Ici se place également l'importance de la constellation familiale particulière, les relations qui lient ou opposent les membres les uns aux autres. La position de l'enfant dans cette configuration, la dissociation éventuelle du milieu familial détermine pour une large part la nature et le degré de la socialisation de la personnalité. L'esprit oppositionnel voire antisocial du délinquant est souvent le résultat d'un conflit «père—fils».

Il en ressort l'importance du développement psychopathologique de l'individu et la nécessité de son analyse. Ceci débordé le domaine de l'assistante sociale. Il s'agit non plus de faire l'étude du comportement, mais de pousser en profondeur du psychisme. Nous arriverons ainsi à saisir les mécanismes qui dictent le comportement asocial, la constitution, le caractère, la structure et le dynamisme de la personnalité.

L'usage de tests reconnus est préconisé. Leur emploi nécessite une formation particulière et une longue pratique. Il est désirable qu'une personne qualifiée et continuellement en contact avec les délinquants se consacre à cet examen psychologique minutieux. Nul n'est plus apte que le (la) psychologue. Sa mission est d'aider le psychiatre dans l'établissement du diagnostic et de collaborer dans certains cas à la psychothérapie. Le psychologue doit être à même de faire un choix judicieux des tests adaptés aux nécessités de chaque cas individuel pour aboutir rapidement à une connaissance approfondie du psychisme du délinquant. A ce dessein il ne suffit pas d'appliquer les tests d'intelligence en vue de préciser l'âge mental ou les capacités intellectuelles du sujet. Parfois il faut recourir aux tests d'efficiéce qui ont leur champ d'application surtout en orientation professionnelle. Les tests de personnalité enfin sont les seuls qui permettent vraiment de déceler les tendances profondes du sujet, d'explorer son inconscient et d'atteindre ainsi toute sa personne.

Le psychologue procède au dépouillement des données fournies par les tests et soumettra les résultats obtenus au psychiatre.

Afin de coordonner et d'unifier les investigations par tests il est nécessaire de se mettre d'accord sur l'emploi de quelques tests bien éprouvés en psychiatrie clinique, tels le psychodiagnostic de Rorschach, le test d'aperception thématique de Murray (T.A.T.), le test des pulsions de Szondi et le Scéno-test (réalisation symbolique dans le jeu).

Il est évident que le psychiatre aura reçu lui-même une formation psychologique approfondie et sera rompu aux méthodes des tests de façon à pouvoir lui-même les appliquer et les inter-

prêter. Mais comme il ne dispose souvent pas du temps nécessaire pour faire tout ce travail laborieux il laisse ce soin généralement au psychologue.

Il appartient cependant au psychiatre de dégager les conclusions principales des tests, de faire le diagnostic de la personnalité et de proposer le traitement et les méthodes rééducatives à appliquer. En effet il a en tant que médecin la responsabilité du diagnostic et de la thérapie.

La mission du psychiatre consiste donc à coordonner les efforts des différents spécialistes qui s'occupent de la délinquance, de rassembler toutes les données et d'en faire la synthèse. C'est encore au psychiatre qu'incombe la tâche de rédiger le rapport définitif destiné au juge, ceci en accord avec ses collaborateurs.

Cette équipe de travail sera parfaite si elle peut s'assurer la collaboration effective d'un criminologue. Il sera particulièrement qualifié pour faire le joint grâce à ses connaissances de la législation pénale, de la biocriminologie, de l'anthropologie et de la typologie psychiatrique.

Pour mener à bien sa tâche il faut encore que cette équipe puisse compter sur l'esprit de coopération de tous ceux dont la mission ou la fonction est d'être en rapport ou en contact avec le délinquant. S'il s'agit d'un détenu ce rôle revient au personnel de l'établissement, au directeur, au médecin de la prison, aux gardiens et infirmiers. Ainsi il est très intéressant que ceux-ci notent le comportement et les réactions du délinquant, p. ex. son emploi des loisirs, son attitude envers les co-détenus. L'observation durant sa détention ne doit pas se limiter aux instants où les experts viennent voir le détenu. Tout doit déjà être orienté vers le diagnostic et le traitement qui en découlera. Il ne faudra pas non plus s'aliéner l'esprit de collaboration du détenu lui-même, notamment par des méthodes vexatoires, humiliantes ou voulant de suite lui infliger de « correction » inadéquates.

Il faudra donc dans ce domaine réviser nos idées et changer d'attitude.

Nous n'ignorons pas les problèmes qui se posent, les difficultés d'application des vues exposées.

Nous avons délibérément négligé de parler de peine et de responsabilité. Nous avons laissé en suspens la question si l'examen doit être pratiqué avant ou après le jugement et la sentence. Pour bien faire il faudrait, au stade d'évolution où nous sommes, scinder le procès en deux. Ceci reviendrait à établir d'abord la matérialité des faits, à juger si l'inculpé est coupable, ensuite à procéder à son observation et examen pour dégager sa responsabilité. Finalement la sentence sera prononcée en gardant bien en vue le traitement et la réadaptation de la personnalité du délinquant.

La difficulté majeure résulte du fait que l'application de cet Humanisme moderne se heurte à la Déclaration des Droits de l'Homme. La publicité des débats, le droit de la défense de prendre connaissance du dossier, la divulgation du contenu de celui-ci par la presse portent atteinte au secret professionnel du médecin, étale aux yeux de tout le monde les résultats de l'analyse détaillée de la personnalité du délinquant et viole son intimité. La révélation brutale au délinquant de certaines données au cours du procès anticipe au traitement psychothérapeutique et risque de compromettre celui-ci.

Afin de concilier tous ces points de vue il faudrait réformer de fond en comble notre système pénal et pénitentiaire. Nous n'en demandons pas autant puisque cela n'entre pas dans nos attributions, mais qu'il nous soit permis d'exprimer humblement le voeu que les réformes envisagées veuillent bien tenir compte des vues médicales exposées.

Que la Justice «règne» mais non pas dans un esprit doctrinal et dictatorial mais qu'elle s'imprègne d'un sentiment humanitaire et démocratique. Nous suivrons alors une évolution qui s'accomplit dans tous les domaines, notamment les sciences et qui a été amorcée au tournant du siècle.

VESPERONE

U. C. B. 5033

ACIDE ALLYL - BROMALLYL - BARBITURIQUE

Sédo-hypnotique original U.C.B.

SOMMEIL NORMAL
REVEIL LUCIDE
PAS D'ACCOUTUMANCE

PRESENTATION:

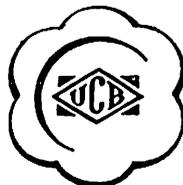
Boîte de 10 Comprimés à 0,10 g

Boîte de 6 suppositoires à 200 mg (adultes)

Boîte de 6 suppositoires à 50 mg (enfants)

Echantillon sur demande

Union Chimique Belge
S. A.
Division Pharmaceutique



68, rue Berkendael
BRUXELLES
Téléphone: 43.01.17

TRIPTYQUE

BI-HORMONAL "ROLLAND"

PROSTERGON

Propionate de Testostérone (20 mgr. 20 U.C.)
Progesterone (10 mgr. 10 U.I.)



HYPERFOLLICULINIE . TROUBLES PRÉMENSTRUELS . FIBROMYOMES



SYNERGON

Progesterone (10 mgr. 10. U.I.)
Folliculine (1 mgr. 10.000 U.I.)



AMÉNORRHÉES (MÉTHODE DE ZONDEK) . AVORTEMENTS RÉPÉTÉS



HORMOSTERGON

Propionate de Testostérone . (25 mgr. 25 U.C.)
Folliculine (1 mgr. 10.000 U.I.)



MÉNOPAUSE . FRIGIDITÉ . ANDROPAUSE



Ampoules injectables de 1 cc. Suppositoires même dosage.

Laboratoires ALBERT ROLLAND, 4, rue Platon - Paris

Concession Générale en Belgique :

Ets. GEORGES KOTTENHOFF
54, rue des Alliés Forest-Bruxelles



Sédatif d'éclat jouissant d'une action heureuse et complète. Produit moderne et rationnel dans le traitement des syndromes névropathiques.

P a s s i f l o r e
B r o m u r e s
Phényléthylmalonylurée
Eupeptiques digestifs

Produit présenté d'après un critérium médical Aucune allusion à l'emploi de bromures. Aucune expression non convenable aux profanes.

I N S O M N I E S
I N Q U I E T U D E
A N X I E T É
I R R I T A B I L I T É
É M O T I V I T É
S P A S M E S, C H O R É E
T R O U B L E S N E R V E U X
D E L A M E N O P A U S E, e t c.

SEDORINA OMIKRON

Parfaite réalisation de la synergie médicamenteuse la plus complète et rationnelle. Action certaine. Maximum de tolérance.

Littérature et échantillons

Société Belge OMIGKRON-GALIARDI, Agent dépositaire
9 rue de la Grosse-Tour -  Téléphone 12.82.43 - **BRUXELLES**

LAIT ALBUMINEUX

EN POUDRE

fabriqué par le procédé
de la Société Laitière des Alpes Bernoises
à Stalden, Emmental.

Marque »Ursa« non écrémé

Aliment curatif des diarrhées infantiles et des nourrissons

Indications: Les mêmes que pour le
lait albumineux frais :

**Dyspepsie aiguë, subaiguë et chro-
nique.** Dystrophie avec selles liquides.
Intoxication, passé le premier stade de
toxicité. Entérite et colite. Insuffisances
digestives infantiles graves (maladie de Herter).

Marque »Ursa 2« 2/3 écrémé

Indications:

**Combiné au lait maternel dans l'al-
laitement mixte**, en particulier pour
prématurés et enfants qui, quoique nourris
au sein, sont dyspeptiques ou enclins
à la diarrhée. Spasmes pyloriques. Eczéma,
croûte de lait.

SOCIÉTÉ LAITIÈRE DES ALPES BERNOISES

STALDEN EMMENTAL, SUISSE

Au Grand-Duché de Luxembourg :

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois

S. A.

23, Rue Mercier - LUXEMBOURG

Echantillons médicaux et littérature détaillée à disposition.

ROTER

R

R

R

R

R

R

R

R

R

ROTER

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

ROTER

ROTERCHOLON

*la nouvelle préparation combinée pour
le traitement des affections biliaires.*

Supprime la stase.

Combat l'infection.

Règle la défaecation.

Agit lénitivement.

Pas de symptômes nuisibles.

• • • • •

Posologie: 3 fois 1 ou 2 dragées par jour

Présentation: Tubes de 60 dragées: Bfrs. 40.-

" " 150 " " 92.50

Boîtes cliniques de 500 " " 270.-

CONCESSIONNAIRE EXCLUSIF POUR LA BELGIQUE ET LE
GRAND DUCHÉ DE LUXEMBOURG:

PHARMACEUTISCHE FABRIEK EN GROOTHANDEL HACO,
LANAEKEN, LIMBOURG.

SUB-AGENT POUR LE GRAND DUCHÉ DE LUXEMBOURG:

INTEGRAL S.A., 61 RUE DE STRASBOURG, LUXEMBOURG (G.D.)



ROTER

R

R

R

R

R

R

R

R

R

ROTER

De retour

après une longue absence . . .

DR. BUER'S

REINLECITHIN

Purécithine Buer

Documentation et échantillons
sur demande aux

LABORATOIRES

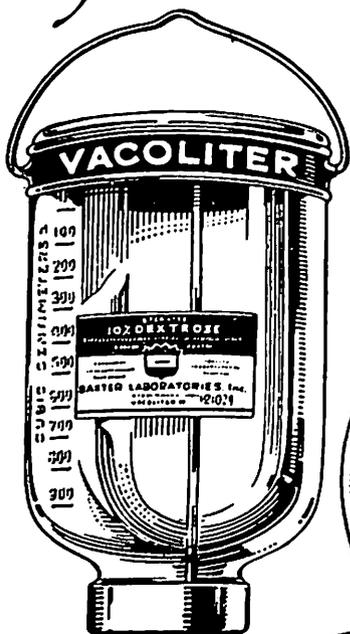
PROPHARMA

LUXEMBOURG

Laboratoires, Magasins et Bureaux à
ERPELDANGE / ETTTELBRUCK

Téléphones: 02/24-19

Un Grand Progrès



**DANS
L'INTRAVEINOTHÉRAPIE**

PURETÉ GARANTIE

*Conservation sous
vide en verre
neutre*

pH CONSTANT

**AUCUNE
RÉACTION
FÉBRILE**

Baxter

**Solutions intraveineuses
Transfusions en cycle fermé**

SANS PYROGÈNES

Demandez littérature concernant les Vacoliters, les Transfuso-Vacs et les trousses, ainsi que la technique de nettoyage et de stérilisation de ces dernières, en écrivant à :

Produits pharmaceutiques A. Christiaens S. A.

Département **BAXTER**

60 rue de l'Etuve - Bruxelles

Téléphone 4 31,73,84

Sanalepsi Russi

Sédatif antispasmodique sans effets secondaires.

Neodigestase

(anciennement DIGESTASE RUSSI)
Ferments peptiques en solution glycinée.

Heparenzyme Russi

Lipase hépatique en solution glycinée.

Gader

Nouveau!

Utilisation thérapeutique de la carboxy-méthylcellulose: Contre l'hyperacidité et l'ulcère gastro-duodéal.

Quidinal

Association quinine-barbiturique-sédatif cardiaque.

Manganocholine

Acétylcholine-retard, active per os.

Dermavipp

Pommade à la vitamine PP non grasse.



REPRÉSENTANT GÉNÉRAL POUR LE GR.-D. DE LUXEMBOURG

PROPHAC

25, rue Beaudouin

LUXEMBOURG

Téléphone: 30-73

Trois
facteurs.
essentiels
de l'érythropoïèse

en une solution de goût agréable

RUBRATON

VITAMINE B 12

FER

ACIDE FOLIQUE

SQUIBB

Anémies micro et macrocytaire
sauf l'anémie pernicieuse

Déficiences de l'état général

RUBRATON : marque déposée
de E. R. SQUIBB & SONS, New York

PARIS
BÂLE
LA HAYE



SOCIÉTÉ DES LABORATOIRES
168, Avenue Louise

LABAZ
BRUXELLES

TEL 48 94 35 - 48 94 40

PHENYRIT

Phenyl . Acetyl . Uree

Nouvel Antiepileptique de Synthèse

Actif dans les trois formes de l'épilepsie agissant dans
50 % des cas rebelles à tout autre traitement.

INDICATIONS :

forme psychomotrice de l'épilepsie

toutes les épilepsies, quelle qu'en soit la forme clinique, ou l'examen E. E. G. a mis en évidence un foyer électrique d'anomalies dans le lobe temporal.

toutes les épilepsies, quelle qu'en soit la forme clinique, qui ont résisté aux diverses médications.

les formes comitiales associées, particulièrement les cas de grand mal et petit mal associés.

le caractère épileptique

l'apathie et l'indifférence produite par le phénobarbital.

les troubles caractériels de l'enfance associés à un E. E. G. pathologique.

Sans action sympathicomimétique

ADRENOXYL *Labaz*

MONOSEMICARBAZONE DE L'ADRENOCHROME

Deux propriétés principales

ANTIHÉMORRAGIQUE

par réduction du temps de saignement,
par augmentation de la résistance vasculaire.

Sans action sur la coagulation

DYNAMO-MUSCULAIRE

en favorisant le métabolisme des glucides
dans le muscle.

AMPOULES - COMPRIMÉS



SOCIÉTÉ DES LABORATOIRES
168, Avenue Louise

LABAZ
BRUXELLES



POUR LES

Affections Gastro-Intestinales
les 3 Produits-Cilag

BILAMIDE-CILAG

Chimiothérapeutique au champ étendu
Hépatotrope - Bactéricide - Spasmolythique

Hépto-Cholépathies . Gastroduodénite . Entérite
Colite . Fistules à infection mixte

GUANICIL

Préparation sulfamidique spécifique à action antidiarrhée

Dysentérie bacillaire . Diarrhées estivales
Entérocholites . Traitement pré- et postopératoire

CARBO-GUANICIL

(anc. Charbon-Cilag)

Produit combiné contre diarrhées d'origine
toxico-infectieuse . Adsorbant - Astringent

Diarrhées de toute genèse
Intoxications alimentaires . Dyspepsies . Météorisme

CILAG SOCIÉTÉ ANONYME SCHAFFHOUSE-SUISSE

Représentant Général pour le Grand-Duché

PROPHAC

25, RUE BAUDOIN - LUXEMBOURG - TÉL. 30-73

DISPERSA

Pommades ophtalmiques en tubes

Les pommades ophtalmiques DISPERSA se sont révélées des plus efficaces grâce à leur excipient approprié n'irritant absolument pas et grâce à la répartition extraordinairement fine des médicaments incorporés. En outre compléter l'assortiment au fur et à mesure, d'après les dernières expériences scientifiques, est l'objet d'une attention toute particulière.

Dernières spécialités:

Cortisone

Cortisone 2 mg/g ($\frac{1}{5}$ %)

Cortisone 5 mg/g ($\frac{1}{2}$ %)

Cortisone 10 mg/g (1 %)

Chrysomycine

Auréomycine Lederle 1 mg/g

Pénicilline

Contenant de la Pénicilline résistante à la chaleur.

Concentrations:

1000 U/g. 2500 U/g.

5000 U/g. 10'000 U/g

Pénicilline composée

Strepto-Pénicilline

Streptomycine 10'000 U/g

Pénicilline 2'000 U/g

Sulfa-Pénicilline

Sulfanilamide 5 %

Pénicilline 2500 U/g

Fabricant: Laboratoire DISPERSA,
DR. E. BAESCHLIN, WINTERTHOUR/SUISSE

Représentation générale pour le Grand-Duché de Luxembourg

Prophac, rue Baudouin 25, Luxembourg, Tél. 30-73

Traitement local du rhumatisme et autres maladies semblables avec

Transvasin

Soulagement rapide des douleurs.

Thérapeutique à l'acide salicylique ménageant le cœur et l'estomac. Important dilatateur des vaisseaux - Meilleure circulation sanguine.

Indications: Rhumatismes musculaires (myalgies, lumbago, etc.). Névralgies, névrites (sciatique), maladies rhumatismales des articulations, torticolis, inflammations des glandes pituitaires, inflammations d'origine nerveuse.

Dans les expériences cliniques on a obtenu de remarquables résultats thérapeutiques avec Transvasin.

Le nouvel antimycotique

UNDEX

à été éprouvé avec succès dans les traitements de

- Mycoses des pieds
- Mycoses des mains
- Intertrigo
- Trichophytie
- Eczéma marginatum, etc.

possède une importante efficacité fongicide, calme dans tous les cas inflammatoires, sèche, rafraîchit et désodorise.

Documentation et échantillons à disposition.

Pommade: Tubes de 25 gr. - Poudre: Boîtes à saupoudrer de 30 gr.

HAMOL S. A. Zurich, Département pharmaceutique.

Représentant Général pour le Grand-Duché de Luxembourg:

PROPHAC, rue Baudouin, 25 - Tél. 30-73

Ein Herz in Sicherheit!



Kombetin
Myokombin
Strophoral
Verodigen



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim

Generalvertretung für das Großherzogtum Luxemburg
PROPHAC - Baudouinstraße 25 - Luxemburg - Tel. 30-73

LOTTERIE NATIONALE



*L'œuvre sociale
par excellence*

Gros Lot 500000 Frs.

PÉNICILLINES-RETARD SQUIBB

*"Lorsqu'une pénicillinémie
particulièrement élevée est désirée
dès la première heure..."*



CRYSTICILLINE FORTE
SQUIBB

PÉNICILLINE G PROCAÏNE
+ PÉNICILLINE G POTASSIQUE
avec diluant

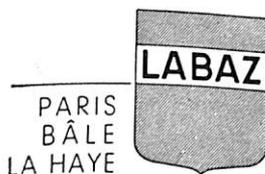
*"La forme idéale pour
le traitement à domicile..."*



CRYSTICILLINE - S
SQUIBB

SUSPENSION AQUEUSE DE
PÉNICILLINE G PROCAÏNE
PRÊTE À L'INJECTION
Livrée avec seringue en
matière plastique

CRYSTICILLINE : marque déposée
par E. R. SQUIBB & SONS, N.Y.



SOCIÉTÉ DES LABORATOIRES
168, Avenue Louise

LABAZ
BRUXELLES

TEL 48 94 35 - 48 94 40

C. H. - 36

D^r Reichel

INJECTIONS INTRAVEINEUSES

COMPLEXE VITAMINO - B - MAGNÉSIEEN

POUR LA RÉALISATION DE LA

PYROCHOC - THERAPIE

CURE DE 10 AMP. A 10 CC.

5 ampoules par boîte

I N D I C A T I O N S :

NEVROSES, psychonévroses - Cyclothymie - Etats asthéniques et dépressifs - Tous les troubles neuro-végétatifs, vago- ou sympathicotoniques - Insomnies rebelles - Névralgies, Névrites, Polynévrites - Séquelles de congestion ou d'hémorragie cérébrales. - Tous les tremblements, etc.

FORMULE C. H. - 36 — Vitamin. B1 25 mg. - Vitamin. B2 2 mg. - Vitamin. B6 5 mg. - Acid. Nicotinic. 32 mg. - Insulin. 2 U. I. - Glucos. 4 g. - Chlorbutol. 50 mg. - Magnes. Sulfuric. 2,5 g. - Aqua bi-dist. ad. 10 cm³.

S. A. L. F. WILL & C^o

(Belgique) N. V.

BRUXELLES - 48, BOULEVARD LEOPOLD II

Gesäuerte
Vollmilch
für den
Säugling
Alete milch

Alete milch, die gesäuerte Vollmilch in trockener Form mit allen Zusätzen, ist leicht und ohne Dosierungsfehler zu bereiten.

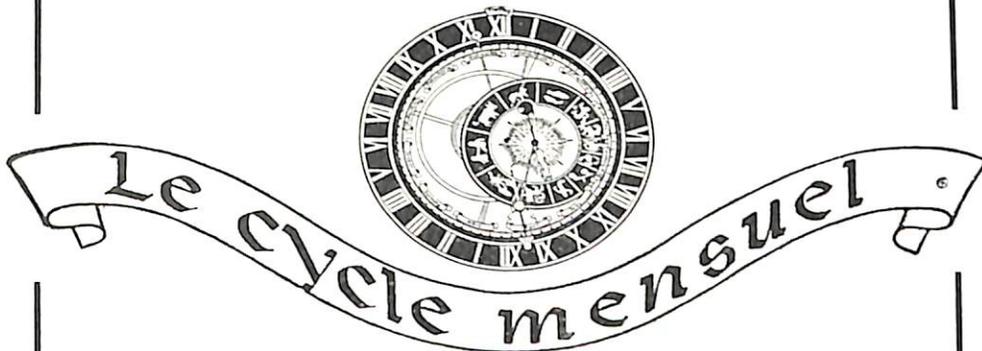
Dauernahrung für den gesunden Säugling.
Ferner um dyspeptische Zustände zu vermeiden und zum Aufbau nach solchen.

Heilnahrung in der Rekonvaleszenz.
Bei Dystrophien. In allen Fällen, in denen in geringem Nahrungsvolumen ein höherer Nährwert zugeführt werden soll, wie bei habituellem Erbrechen, Pylorospasmus, Keuchhusten.



BERNERALPEN MILCHGESELLSCHAFT
Abteilung ALETE

BERN. Bollwerk 15



LE DISMÉNOL

(Acide Parasulfamidobenzoïque + Diméthylaminophénazone) fait disparaître sûrement et rapidement les douleurs des menstrues. Par les résultats obtenus dans la pratique, on a la confirmation des recherches pharmacologiques.

CE SERAIT DONC AUSSI DANS VOTRE INTÉRÊT D'ESSAYER LE DISMÉNOL.



Représentant Général pour le Grand-Duché de Luxembourg:

PROPHAC

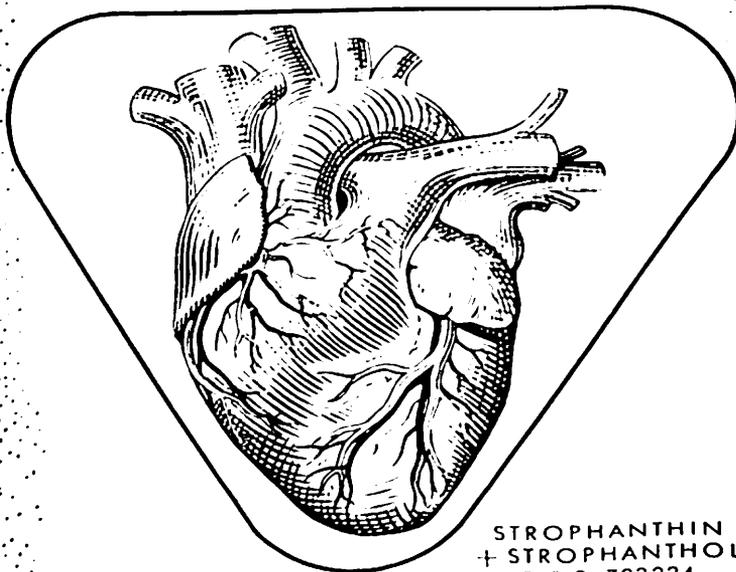
25. rue Baudouin

LUXEMBOURG

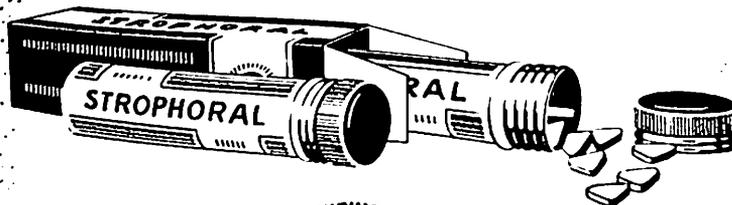
Téléphone 30-73

STROPHORAL

(STROPHANTHIN ORAL)



STROPHANTHIN
+ STROPHANTHOL
D. R. P. 723224



C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim

Generalvertretung für das Großherzogtum Luxemburg
PROPHAC - Baudouinstraße 25 - Luxemburg - Tel. 30-73



PLENOSOL

Indications : En cas d'arthrose déformante des injections intra-cutanées de PLENOSOL éliminent les troubles de l'irrigation sanguine et les douleurs, normalisent la tonicité musculaire et rétablissent ainsi dans une large mesure, la mobilité.

Le **PLENOSOL**, médicament de l'arthrite déformante, est applicable également pour
la périarthrite scapulo-humérale,
la spondylose déformante,
la maladie de Bechterew.

Autres indications: Névrites et névralgies du plexus brachial et du nerf trijumeau, sciatalgies.

LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Dr. Madaus & Co.

COLOGNE

Représentant général pour le Grand-Duché de Luxembourg :

INTEGRAL S. A. - 61, rue de Strasbourg, Luxembourg

Téléphone 35-26