

# Evolution psychiatrique

**I** . Evolution psychiatrique. 1936.

**1/** Les contenus accessibles sur le site Gallica sont pour la plupart des reproductions numériques d'oeuvres tombées dans le domaine public provenant des collections de la BnF. Leur réutilisation s'inscrit dans le cadre de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 :

- La réutilisation non commerciale de ces contenus ou dans le cadre d'une publication académique ou scientifique est libre et gratuite dans le respect de la législation en vigueur et notamment du maintien de la mention de source des contenus telle que précisée ci-après : « Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France » ou « Source gallica.bnf.fr / BnF ».

- La réutilisation commerciale de ces contenus est payante et fait l'objet d'une licence. Est entendue par réutilisation commerciale la revente de contenus sous forme de produits élaborés ou de fourniture de service ou toute autre réutilisation des contenus générant directement des revenus : publication vendue (à l'exception des ouvrages académiques ou scientifiques), une exposition, une production audiovisuelle, un service ou un produit payant, un support à vocation promotionnelle etc.

[CLIQUER ICI POUR ACCÉDER AUX TARIFS ET À LA LICENCE](#)

**2/** Les contenus de Gallica sont la propriété de la BnF au sens de l'article L.2112-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

**3/** Quelques contenus sont soumis à un régime de réutilisation particulier. Il s'agit :

- des reproductions de documents protégés par un droit d'auteur appartenant à un tiers. Ces documents ne peuvent être réutilisés, sauf dans le cadre de la copie privée, sans l'autorisation préalable du titulaire des droits.

- des reproductions de documents conservés dans les bibliothèques ou autres institutions partenaires. Ceux-ci sont signalés par la mention Source gallica.BnF.fr / Bibliothèque municipale de ... (ou autre partenaire). L'utilisateur est invité à s'informer auprès de ces bibliothèques de leurs conditions de réutilisation.

**4/** Gallica constitue une base de données, dont la BnF est le producteur, protégée au sens des articles L341-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

**5/** Les présentes conditions d'utilisation des contenus de Gallica sont régies par la loi française. En cas de réutilisation prévue dans un autre pays, il appartient à chaque utilisateur de vérifier la conformité de son projet avec le droit de ce pays.

**6/** L'utilisateur s'engage à respecter les présentes conditions d'utilisation ainsi que la législation en vigueur, notamment en matière de propriété intellectuelle. En cas de non respect de ces dispositions, il est notamment passible d'une amende prévue par la loi du 17 juillet 1978.

**7/** Pour obtenir un document de Gallica en haute définition, contacter [utilisation.commerciale@bnf.fr](mailto:utilisation.commerciale@bnf.fr).



## Quelques aspects de la pensée paranoïde et catatonique

---

Je voudrais vous exposer (1) quelques réflexions que m'inspirent deux observations cliniques. Ces observations n'offrent rien d'exceptionnel quant à leur aspect clinique superficiel. L'intérêt qui m'a paru suffisant pour vous le faire partager réside, à mon avis, dans l'approfondissement analytique des troubles. Ces troubles étaient, dans un cas, caractéristiques d'un état de *démence paranoïde* dans le sens Kroepe-limen, et dans l'autre d'un état de *catatonie*.

### I. — OBSERVATION D'UN CAS DE DÉMENCE PARANOÏDE

Ce cas a fait l'objet de ma part d'un rapport médico-légal. C'est ce rapport que je reproduis ici *in extenso*. Il paraîtra certainement surprenant que dans un rapport destiné à des magistrats, j'aie cru devoir donner à ce document la forme d'une analyse approfondie des troubles. Je donne de ce souci de rigueur deux raisons : la première c'est que dans l'espèce il importait de montrer qu'un aliéné évadé de l'asile, pour si lucide qu'il parût, était un grand délirant ; la seconde c'est qu'en règle générale je ne suis pas convaincu que ce soit servir dignement la justice que de lui remettre, sous prétexte de son incompétence, des « devoirs d'écolier ». Un expert est appelé à donner un avis net et un avis motivé. Dans l'état actuel de la science psychiatrique l'expertise peut puiser des bases sérieuses dans l'analyse clinique : si elle le peut, elle le doit.

---

(1) Conférence faite au groupe de l'Evolution Psychiatrique, le 12 mai 1936.



*Rapport médico-légal concernant G... Roger,  
inculpé d'attentat aux mœurs sur une fillette de moins de 13 ans.*

§ I. EXPOSÉ DES FAITS

Le dimanche 2 février, vers 10 heures, le nommé G... Roger, 29 ans, évadé depuis la veille de l'Asile de X... dans lequel il était interné depuis le 27 septembre 1935, rencontra, à proximité du château de M... trois fillettes : X... Hélène, Gisèle B... et sa sœur, respectivement âgées de 9 ans, 7 ans et 10 ans. Il s'approcha d'elles, prit la plus jeune, Gisèle, dans ses bras et l'enleva jusqu'à un endroit tout proche. Il déculotta la petite fille, se déboutonna, se coucha sur elle et se masturba lui-même. Aux cris de ses compagnes, M. A..., jardinier, accourut et trouva G... auprès de la petite Gisèle. La gendarmerie prévenue se rendit sur les lieux et arrêta l'inculpé qui fut identifié comme étant l'individu échappé la veille de l'Asile de X...

L'examen pratiqué par le Docteur T... sur la personne de la petite B... a permis à l'expert de conclure : « Aucune trace de violence sur les organes génitaux, ni sur les autres parties du corps. Grandes et petites lèvres rouges par manque d'hygiène. L'hymen annulaire et crénelé est intact ».

C'est dans ces conditions que G... Roger a été inculpé d'attentat aux mœurs.

§ II. ANTÉCÉDENTS ET « CURRICULUM VITAE »

G... Roger est né le 7 novembre 1907, à N... On ne connaît dans ses antécédents héréditaires aucun cas pathologique intéressant. Il est le deuxième des enfants de M. G..., de N... Il a un frère aîné marié et deux frères plus jeunes. Tous ses frères, dont le dernier a 22 ans, sont normaux et n'ont jamais présenté de troubles mentaux.

Lui-même n'a jamais présenté de maladies importantes, ni dans son jeune âge, ni ultérieurement.

Il a été placé d'abord dans une école primaire, puis dans un établissement d'enseignement secondaire jusqu'à la classe de sixième seulement. Il n'a pas obtenu son certificat d'études et c'est en raison de ses aptitudes insuffisantes qu'il fut repris par ses parents.

Depuis lors il a vécu chez lui, aidant aux travaux de culture. Son existence familiale et rurale n'a été interrompue que par son service militaire, qu'il a fait dans un régiment d'artillerie à Vincennes, sans incidents.

Revenu dans sa famille, c'est là que les troubles mentaux ont progressivement apparu, jusqu'au moment où il dut être placé à l'Asile de V..., en 1933 et conduit en 1934 dans un service spécial de l'Hôpital de la Pitié, à Paris. En septembre dernier enfin, son père s'est vu dans l'obligation de demander son placement à l'Asile de X...



Il a été l'objet à ce moment-là d'un certificat du Docteur D..., de T..., qui, le 24 septembre 1935, a certifié son état d'aliénation mentale dans les termes suivants (Certificat d'internement) : « Etat très nerveux avec obses-  
« sion génitale continue. Il reproche à ses parents de ne pas lui donner  
« d'argent pour satisfaire ses appétits sexuels. Il est très affaibli, a beaucoup  
« maigri, se plaint de violentes céphalées. Il a une aversion très nette pour  
« ses parents à qui il réclame de l'argent que son père, à juste titre, ne veut  
« pas lui donner, ce qui motive des scènes fréquentes et violentes. L'état de  
« M. G... Roger, comporte des réactions incohérentes qui sont dangereuses  
« pour la sécurité de son entourage ou de nature à compromettre l'ordre  
« public. Ce malade a déjà été hospitalisé quatre mois en 1933 à l'Asile de  
« V... et à l'hôpital de la Pitié dans un service spécial pendant trois mois.  
« Il est dans un état qui nécessite son placement à l'Asile d'aliénés de X...  
« pour surveillance et traitement. »

A son arrivée à l'Asile le Médecin-Chef du service des hommes a rédigé le certificat suivant (Certificat des 24 heures) : « Parait atteint d'une  
« psychose discordante. Perturbations de la synthèse personnelle. Sentiment  
« de modification cénesthésique. Inquiétude. Perplexité. Craintes d'empoï-  
« sonnement. Influences nocives, etc... Demande de radiographie pour que  
« soit constaté le « crime » accompli par ses parents sur sa personne.  
« Ambivalence sexuelle. Préoccupations génitales avec revendications obsé-  
« dantes de coït. Apragmatisme dans le même domaine. Troubles du com-  
« portement. Impulsivité. Tendances aux réactions scandaleuses et aux  
« plaintes. Traité plusieurs fois depuis deux années à l'Asile de V... et à  
« l'hôpital de la Pitié. L'internement est justifié. A observer et à maintenir ».

Quinze jours après (certificat de quinzaine), le Médecin certifie : « Est  
« atteint de psychose discordante. Bizarreries. Rires immotivés. Désordre du  
« comportement. Evolution ultérieure probable vers une démence précoce  
« confirmée. A maintenir. »

A l'Asile il a été traité par la pyrethérapie soufrée et la chrysothérapie (sels d'or) du 26 octobre au 1<sup>er</sup> décembre. Après une légère amélioration, passagère, le malade s'est avéré profondément troublé dans sa pensée et son comportement. Placé comme pensionnaire de 3<sup>e</sup> classe, il vivait paisiblement au pensionnat de l'Asile. Le 1<sup>er</sup> février 1936, après 14 heures de l'après-midi, étant au jardin du pavillon, il trompa la surveillance de l'infirmier qui en avait la charge et s'évada.

Arrêté dans les conditions que nous avons relatées et qui motivèrent son inculpation d'attentat aux mœurs, G... Roger, évadé de l'Asile de X..., fit, le 6 février 1936, l'objet du certificat de situation suivant à M. le Procu-



reur de la République de C... : « Présente une psychose discordante sympto-  
 « matique de démence précoce, à thèmes d'hypochondrie surtout sexuelle.  
 « Incohérence de la pensée et du comportement. Craintes de persécution de  
 « la part de ses parents qu'il accuse d'un crime lent, commis sur sa per-  
 « sonne, et des médecins de l'Asile qu'il a intégrés dans son délire. Demandes  
 « incessantes de radiographie pour faire la « preuve ». Ambivalence shizo-  
 « phrénique. Impulsivité. Saugrenuité d'expressions. Tics. Stéréotypies. Ce  
 « malade, qui a déjà été interné à V... pour les mêmes troubles a été soigné  
 « à l'Asile par la pyrethérapie soufrée associée aux sels d'or. Une amélio-  
 « ration passagère ne s'est pas confirmée. Obsédé par les mêmes préoccu-  
 « pations tenaces d'ordre sexuel, avec revendications obsédantes de coït,  
 « s'est évadé de l'Asile le 1<sup>er</sup> février et a commis un attentat aux mœurs.  
 « Dans ces conditions, ce malade, qui n'a point cessé d'être légalement  
 « interné, doit être réintégré à l'Asile, fut-ce en dépôt provisoire, réserve  
 « faite de toutes décisions que le Parquet croira devoir prendre quant à la  
 « suite à donner à l'information actuellement ouverte. J'ai adressé ce même  
 « jour un certificat de situation à M. le Préfet aux fins de la transformation  
 « du placement volontaire en placement d'office. »

C'est dans ces conditions que G. Roger a été réintégré à l'Asile le 7 février. C'est là que nous avons pu longuement l'examiner.

Ajoutons que ce même jour un certificat était délivré sur la demande  
 « de l'autorité militaire, concluant à son inaptitude complète et définitive à  
 tout service militaire.

### § III. EXAMEN DE L'INCULPÉ

*Présentation. Morphologie.* — G... est un garçon bien charpenté. Il est grand. Le crâne ne présente pas d'anomalies importantes. Sa stature est de type athlético-longiligne. Les os sont longs et d'épaisseur moyenne. Les mains et les pieds sont de dimension proportionnée à la taille. Les organes sexuels sont bien conformés. Il n'existe pas de malformations somatiques à noter. Les cheveux sont bruns, à implantation légèrement basse. Le teint est pâle. Les traits sont altérés, affaissés.

Sa mimique est lente et persévère dans ses expressions. Le sourire, peu marqué, flotte sur son visage, énigmatique, persistant, souvent saugrenu. Le masque est agité de tics fréquents. Des moues, des grimaces furtives, un certain maniérisme de la face s'associent à son parler doux, lent et parfois escamoté. Un léger bégaiement se remarque tout au long de sa conversation.

Il se prête facilement à l'examen. Il est poli. Son aisance paraît singulière et déconcertante. Il est bonhomme, souriant, volontiers familier. Son abord est facile en surface. Son adaptation à l'ambiance également paraît,



à une première approximation, correcte. On ne tarde pas cependant à le sentir lointain, distrait, évasif, malgré l'apparence. Fréquemment jovial, plaisantin, ironique, il ne s'est jamais révélé durant notre observation ni confus, ni désorienté. Il s'interpose cependant dans le contact entre lui et l'observateur comme une épaisseur de vague. Une certaine défense de sa part, une certaine méfiance et aussi une certaine contrainte le séparent de son interlocuteur.

*Exposé et analyse du délire.* — Dès que l'on s'entretient avec G... et pour peu que la conversation se prolonge, on ne tarde pas à être mis par le sujet lui-même sur la voie de ses troubles essentiels. Ce jeune homme délire, c'est-à-dire qu'il présente une série de récits, de faux souvenirs, de croyances et d'idées dont l'ensemble constitue une masse d'erreurs, d'illusions et d'hallucinations vécues par lui comme une réalité pourtant imaginaire. Il faut noter cependant que le malade ne s'enfonce pas dans son délire dès le début. Il montre une certaine prudence dans ses propos dès l'abord, ce qui pourrait induire en erreur des personnes non prévenues ou incompetentes. Si l'on oriente l'interrogatoire sur les thèmes que l'on sent privilégiés, peu à peu le délire se manifeste, s'étale et s'approfondit. Nous avons tenté de pénétrer dans ses arcanes en usant d'une méthode dont le seul secret consiste dans la patience et l'orientation de l'entretien vers des noyaux idéo-affectifs toujours plus profonds. Nous allons tenter de donner, en l'exposant, la physionomie de ce délire qui est stratifié en couches nombreuses, de plus en plus profondes, hermétiques et inconscientes. Laissons-le parler :

« Je me trouve bien. Mon état est satisfaisant. Je suis maintenant très  
« bien. Je veux téléphoner à mon père pour qu'il vienne me chercher, main-  
« tenant c'est le moment. Il faut que je parte, que je revienne chez moi.  
« Voilà, ce qu'il me faut maintenant, c'est travailler, oui travailler. Je suis  
« assez fort et je vais beaucoup mieux. La santé ça va. Oui cette déchirure  
« que j'avais au ventre, maintenant c'est guéri. Je puis aller à la selle régu-  
« lièrement. Oh ! ce n'était rien. Mon état est satisfaisant et je ne demande  
« qu'à travailler. C'est tout, le reste il faut l'oublier. On n'en parle plus.  
« L'essentiel c'est d'être bien. D'ailleurs je n'ai jamais été malade. Ça va très  
« bien. Je m'occupe surtout de moi-même et de retourner chez mes parents  
« pour travailler. Maintenant à cette saison ils ont besoin de moi. Ils ont  
« toujours été très gentils pour moi. Je les aime bien. On travaillait et on ne  
« s'occupait à rien d'autre. Mon état est très satisfaisant. Je serai content de  
« revoir ma famille, ma mère, mon père, mes frères et Christiane. Tous mes  
« proches parents. Je vois que ça m'est indispensable pour la nourriture  
« et le travail. C'est à cause du pain. Je n'en ai pas assez ici. Il est bon mais



« il est mesuré. On est bien nourri mais il n'y en a pas assez. Il me faut me  
« nourrir et travailler. Mon état est satisfaisant. *Ce qui manque ici c'est de*  
« *n'être pas là où on est né.* Voilà, le lieu de la naissance. Il faut que je  
« revienne avec mes parents, *au lieu* de la naissance. Quand on n'y est pas,  
« on est mal. Ici je suis mal. Il me faut mes parents. Il faut que j'y revienne.  
« Ici, comprenez-vous, c'est l'air qui est mauvais. Ça étouffe quand on n'est  
« pas au lieu de la naissance. Ce qu'il faut c'est travailler et me nourrir. La  
« radiographie n'est plus nécessaire, non tout ça est fini, il faut oublier,  
« puisque l'état est satisfaisant. L'air ici ça vous coupe les parties. Ça fait  
« comme un aimant. Vous savez, c'est une couche d'air de l'endroit où on  
« est né alors ça reste. C'est aimanté. Ça fait pression et ça attire. Tenez,  
« voyez, je mets ma main sur la cuisse, eh bien ! il y a une couche d'air,  
« voyez ça fait faire des mouvements, c'est élastique, ça fait comme un  
« aimant, surtout aux parties. Ça tire. J'attribue ça à l'endroit où je suis né.  
« Tous ceux qui voyagent, ça doit leur faire cet effet-là. Quand je touche  
« mon genou, tenez, je sens le vent que ça fait. Ça fait aimant sur les parties.  
« C'est de l'air où je suis né qui fait ça... Mais maintenant j'ai compris alors  
« c'est fini. C'est quand j'ai écrit le nom alors j'ai bien vu que ma petite  
« nièce Christiane ne comprenait pas. Quand on écrit le nom ça fait com-  
« prendre. Elle est trop petite pour lui faire comprendre, pour la faire parler.  
« C'est depuis qu'elle est née que ça a commencé tout ça. Comprenez-vous,  
« elle ne pouvait pas parler. Alors j'ai écrit son nom. Ce qu'il fallait c'est  
« entrer en communication en écrivant le nom et qu'elle comprenne. Il lui  
« faut un tuteur maintenant on se comprend. Ce sont des communications  
« que j'ai avec elle, des compréhensions comprenez-vous à travers la  
« distance. A sa naissance j'avais eu comme une lumière, un changement  
« de couleur. Mais ça le fait à tout le monde quand un enfant naît. Puis je  
« ne comprends rien. Il y avait manque de compréhension entre elle et mes  
« parents, mes proches, mon père, ma mère, mon frère et moi. Tout ça c'est  
« le même sang. Il y avait quelque chose. Oui c'est ça que je voulais dire.  
« C'est le crime que je suis victime. Oui donnez-moi que je lise ça. (On lui  
« donne à lire le texte suivant qu'il a écrit il y a quelques mois) : « Je suis  
« malade, très malade, presque mort, j'ai été honteusement emprisonné,  
« *scapé* par ma mère et mon père. Ils m'ont privé de femme depuis que je  
« suis en vie et du monde complètement puisqu'ils m'ont empêché, c'est-  
« à-dire se rendant parfaitement compte de leur crime en m'empêchant  
« d'aller avec aucune femme. J'ai jamais profité de la vie, j'ai été empoi-  
« sonné, je m'en rend parfaitement compte de cette façon par le *slape* et je  
« crois même aussi empoisonné par emprisonnement. J'ai été l'objet d'un  
« crime monstrueux. (Je crois même, barré ensuite). Ils m'ont aussi empoi-  
« sonné depuis quelques jours. Je demande la justice criminelle de la cour



« d'assises de C... qui jugera ; je demande un examen radioscopique à  
« l'hôpital de C... pour bien prouver la vérité. J'ai été l'objet d'un crime  
« monstrueux. » Oui ce crime, c'est après la naissance de la petite Christiane.  
« Il y avait comme une chose de crime, de tous ceux de la famille de ne pas  
« se comprendre. Tout était incompréhensible. On ne se comprenait pas.  
« C'est parce que la petite Christiane ne parlait pas, comprenez-vous. Alors  
« ce n'était pas comme il fallait. C'était très troublé et pénible. C'était  
« très troublé et pénible. C'était quelque chose de pas naturel. Ce que j'ai  
« écrit là je l'attribue à ce qu'il y avait le nom de la petite. Quand j'ai écrit  
« son nom, ces idées mauvaises ont disparu. Ce qu'il faut, c'est lui donner  
« de bonnes idées, des idées qu'elle comprenne et pas toutes ces mauvaises  
« idées qu'elle ne comprend pas ni moi non plus. Ces mauvaises idées que  
« la liaison n'était pas faite avec la petite Christiane. Elle n'avait pas encore  
« parlé. Elle nous avait entendu. Je l'avais entendu dire des mots qu'elle ne  
« comprenait pas. J'essayais de comprendre ce qu'elle disait. J'attribue ça  
« qu'elle ne parlait pas. Je ne pouvais plus travailler, comprenez-vous. Je  
« n'avais plus de force. Toutes ces idées mauvaises que j'écrivais, elle ne  
« les comprenait pas. Il ne faut pas que je cherche à comprendre. En gran-  
« dissant elle comprendra. J'ai été honteusement empoisonné, parce que je  
« ne pouvais pas travailler. J'attribue ça à ce qu'elle ne causait pas. Main-  
« tenant, depuis que j'ai écrit le nom, je comprends. Tenez je vais écrire  
« Christiane G... et Suzanne G... le nom de sa mère. Là, voyez-vous main-  
« tenant, quand on écrit on est en communication. Oui elle me parle. Elle  
« me dit qu'il faut comprendre, qu'il faut que je sois son tuteur pour la  
« liaison de la famille, qu'on se comprenne tous. Avant, comme elle ne  
« comprenait pas, j'avais le contre-coup qu'elle ne comprenait pas. Ce  
« n'était pas naturel. C'était comme un empoisonnement. Scapé. Je ne sais  
« pas. Elle me dit qu'elle ne comprend pas. Il faut oublier. Voilà. *Scapé*. Oui  
« *salopé*. Mais il faut oublier. Là elle me dit qu'elle ne comprend pas. J'attri-  
« bue ça que je ne la comprends pas. Ces idées, je veux les oublier. Elle  
« disait des mots qui n'avaient pas d'idées compréhensibles. Elle me dit  
« que maintenant elle comprend tout très bien. Alors ses paroles n'étaient  
« pas intensifiées. Alors ses paroles n'étaient pas intensifiées. Alors elle ne  
« comprenait pas bien, comprenez-vous. Ce qu'elle ne comprenait pas c'était  
« la naissance. A ma naissance moi non plus je ne parlais pas. Je ne com-  
« prenais pas. Peut-être mes parents m'ont *salopé* alors. C'est ça qu'elle ne  
« comprenait pas. Quand on s'éloigne de la mère, vous comprenez ? Il y a le  
« cordon qui fait la liaison. Quand le cordon est coupé alors c'est l'air qui  
« remplace. L'air d'où on est né donne la liaison. La parole se fait par  
« vous-même et votre mère. C'est un moyen de causer avec la mère, de rester  
« uni. Alors oui c'était la même chose, ma mère ne causait pas. Il faut que



« l'enregistrement se fasse, papa, maman. Il y a le poste émetteur et récep-  
« teur. Plus on s'éloigne de la maman et plus on parle. L'air correspond  
« avec votre mère et vous même. Je veux oublier ces idées. J'attribue ça que  
« je ne comprends pas. J'entends sans comprendre. Ces idées, je veux les  
« oublier. Je suis en communication avec Christiane. Elle me dit que la cause  
« c'est qu'elle ne causait pas. Je veux parler de la réflexion des sons. Elle se  
« fait par le chiffre *trois*. Elle se fait par les étoiles. Elle me dit que la  
« réflexion par les étoiles, elle ne la comprend pas. Elle vient de dire que  
« ses paroles n'étaient pas encore intensifiées, mais qu'elles s'intensifiaient  
« jusqu'aux étoiles. Je crois que les étoiles sont habitées. Je voudrais donner  
« l'impression que ses sons n'étaient pas intensifiés. Maintenant elle se fait  
« comprendre par son père. Les étoiles étant habitées, la réflexion de la  
« parole se fait au-dessus de la terre. Prenez une araignée, qui ne cause  
« pas. Essayez de la faire comprendre. Plutôt, tenez, un muet. Vous lui  
« causez, vous essayez d'avoir une communication d'idées. Il y a la pression  
« atmosphérique dans la parole. C'est la réflexion du sang sur le fer, le bois  
« ou quelque chose. Autrement les vibrations de nous-même ne donnent pas  
« la parole. Je fais allusion à un muet qui ne parle pas. Une petite fille, c'est  
« par la réflexion de la parole, mais elle a la réflexion du sang. Mes paroles,  
« je ne les comprenais pas. J'attribue ça à ce papier que j'ai écrit. En  
« écrivant je ne comprenais pas. On est forcé de rester avec son père et avec  
« sa mère, c'est votre soutien. J'attribue ça à la petite Christiane. Je ne  
« travaillais pas, je faiblissais. C'était à cause de Christiane. La réflexion  
« du son ne donne pas l'idée. C'est justement la parole, plus la réflexion de  
« la parole se propage autour de vous. La propagation du son se fait par la  
« parole. Elle s'interrompt dans la nature, le bois, le fer. Ce qui fait voir ça  
« c'est que la parole, la réflexion, se font aux endroits que je parle. Les vibra-  
« tions de l'oreille c'est en tout celles du bois et du fer. Ma nièce n'avait pas  
« encore parlé beaucoup. Ses parents, quand elle essayait de parler, ne com-  
« prenaient pas, n'avaient pas enregistré les sons en essayant de parler. On  
« ne se comprenait pas. Elle dit papa et maman et c'est pourquoi on se  
« comprend. La propagation du son, à mesure qu'elle cause, se fait, s'infiltré  
« dans la nature au fer, à l'acier, plutôt qu'au bois. Quand je suis né je ne  
« m'en rendais pas compte. A moins que l'on cause, alors les sons s'inscri-  
« vent dans la nature. Plus on a parlé, plus ça s'intensifie. La réflexion de  
« la parole sur les objets, le fer, l'acier, les maisons, plus l'enfant grandit  
« et plus c'est intensifié. Mais un muet qui ne cause pas, alors on ne com-  
« prend rien. C'était cet effet que j'ai ressenti étant de la même famille. Ici  
« c'est de l'air d'où je suis né qui fait ça. Là-bas, ce n'est pas la même chose.  
« C'est le nom ici. C'est quand je l'ai écrit que j'ai compris que c'était de sa  
« naissance que ça venait, chez moi je n'avais pas compris. Nous ne nous



« comprenons pas. Je cherchais à comprendre les causes et je ne comprenais  
« pas quand nous parlions avec mes parents. Mais quand j'ai écrit son nom  
« alors elle a compris. Mais il ne faut pas parler de ça. Il faut oublier les  
« mauvaises idées. Elle me dit qu'il ne faut pas y penser, qu'elle a  
« compris... »

Tel est, dans son ensemble, le délire que nous a exposé G... Tandis qu'au début des examens que nous avons pratiqués il se montre assez bien adapté et pertinent dans ses réponses, peu à peu la pensée délirante fuse de toute part, se livre et s'étale jusqu'au moment où, à la fin des interrogatoires, il nous a paru incohérent, très halluciné, au bord du langage néologique, hermétique et disloqué.

Avant de définir dans ses traits essentiels la structure de sa mentalité, nous pouvons fixer ici, dans la mesure du possible, les linéaments de ce délire, ses contenus et ses significations. Nous nous trouvons en effet en présence d'une masse d'idées, de croyances et d'hallucinations dont *l'analyse ne pourra qu'élucider la genèse de l'acte dont nous avons pour mission de déterminer la valeur pathologique.*

Pour approfondir la signification de délire il faut être pourvu d'une « clé ». Cette clé nous la trouvons dans *l'identification de sa propre pensée inconsciente à la pensée vague et non encore formulée de sa petite nièce*, dont il n'est pas sans intérêt de dire enfin qu'elle n'a que deux ans. Les preuves de cette identification abondent dans le récit du délire tel que nous l'avons retracé plus haut. Souvent on le surprend à employer indifféremment le pronom personnel « je » au lieu d'« elle ». Tout ce qu'il dit de l'incompréhension de cette petite Christiane, il le dit aussi de lui-même et le plus souvent presque en même temps. Cette identification procède d'ailleurs explicitement de cette assertion plus affective dans ses bases que rationnelle dans son expression, qu'elle est du même sang que lui, qu'elle appartient à la famille dont la « liaison » est indispensable. Tout le trouble de sa propre pensée, le sentiment de son infériorité psychique, de ses néologismes (scape, notamment) est attribué (comme il dit) à la petite nièce dont la naissance a obscurci, déclare-t-il, toute la compréhension nécessaire entre les membres de sa famille. Plongé dans d'épaisses ténèbres, incapable d'élucider les événements et de comprendre les situations, le langage et les personnes, environné d'un monde opaque et inquiétant, son esprit ou celui de sa petite nièce sent peser sur lui l'inconnu et le malaise. Les arcanes de sa propre pensée instinctive et obscure, il les ignore, les sent, éprouve le besoin de les éclairer. Rien de plus démonstratif à ce propos que les communications hallucinatoires qu'il a avec la petite Christiane qui joue très exactement aux yeux de l'observateur le rôle de son inconscient, lequel contient les velléités,



les désirs, les significations dont ces communications l'instruisent quand, croyant lui parler, il ne fait que s'interroger.

En deuxième lieu, la compréhension du délire suppose qu'est élucidée la signification du drame dont il se plaint comme un crime monstrueux de ses parents. *La « liaison » avec sa petite nièce est la forme consciente d'une liaison plus profonde, celle qui l'unit à ses parents.* Autrement dit encore, cet enchaînement nécessaire et pour lui souhaitable de son esprit et de celui de la petite Christiane symbolise une attraction plus profonde, fondamentale et détestable qui le tient uni à ses parents. Tout ce qu'il nous a dit du « crime monstrueux » dont il a été l'objet se borne à des sentiments d'horreur de se sentir comme pénétré de la vie de ses parents. Ce lien à la fois désiré et haï c'est la force qui le submerge, qui l'attire vers le lieu d'où on est né. C'est l'air qui remplace, qui a remplacé avec sa naissance le cordon ombilical qui le soudait à sa mère. Ce que la psychologie freudienne nous a appris des relations érotiques à l'un des parents, et ici à la mère (complexe d'Oedipe) nous paraît évident dans les déclarations délirantes de G... Il a fini, après bien des arguties, des résistances et des réticences, par nous dire que le crime de ses parents, qui l'avaient « *salopé* », était celui de sa naissance, cette chose que « la petite Christiane » ne comprend pas, mais qui est honteuse, dont il ne faut pas parler, qu'il faut oublier. Ainsi la pensée délirante nous est encore rendue plus claire. Ce qui le tourmente et le martyrise, c'est la honte qui s'attache dans son inconscient à ce lien désiré (en ce qui concerne la mère) et haï (en ce qui concerne le père (2)).

Enfin, une troisième explication ressort de l'analyse de son délire, elle concerne la *valeur symbolique du langage*. Le langage est un symbole du lien criminel, ou plus exactement un substitut du lien criminel. A la place du cordon qui relie à la mère, il y a d'abord l'air qui s'y substitue. Mais, dit-il aussi, la parole se fait par vous-même et votre mère, c'est un moyen de causer avec la mère, de rester uni. Le propre de cette substitution c'est

---

(2) Si nos interprétations consignées sous ce rapport déposé le 25 février 1936 paraissent arbitraires, abusives et invérifiables à quelque lecteur, nous le prions de lire la lettre suivante écrite spontanément par G... le 23 août 1936. Rien ne saurait mieux confirmer la justesse de notre analyse que ce document où éclatent l'attachement érotique à la mère et l'animosité contre le père :

Bonneval, le 23 août 1936.

« Chère maman Hélène G...

« J'espère que vous avez reçu la lettre que je vous ai envoyée; comme je te disais maman je m'ennuie beaucoup, il y a que des hommes où je suis ce n'est pas naturelle, il faudra que tu sois ici maman pour t'occuper de moi, que je fasse comme les autres font avec toi maman, tu sera ma maîtresse, puisqu'il ne veulent pas nous laisser sortir les hommes, et tu t'occupera, aussi des autres hommes qui sont ici pour les faire sortir aussi et tant occuper pour leur donner aussi leur liberté, leur faire donner ce qu'ils ont besoin et leur servir aussi de maîtresse puisqu'il en ont pas, les commander et me commander aussi,



qu'elle refoule le vrai sens du lien, qu'elle le rend anodin. Le langage apparaît alors comme un moyen de communication qui fait pénétrer les personnes les unes dans les autres, qui se propage même à tout le système de la nature mais qui, appliqué à la petite Christiane, apparaît comme révélateur et aussi apaisant en se substituant au lien réel, celui des « mauvaises idées » qu'il faut remplacer dans l'esprit de la petite Christiane par de bonnes idées, etc...

Nous voyons donc, on nous excusera d'y insister, mais *cela nous paraît indispensable à la compréhension profonde et vraie de l'attentat*, que le délire de G... laisse transparaître dans ses contenus et sa structure le rôle que ses conflits inconscients jouent dans son édification. Comme dans un rêve où transparaît la vie inconsciente, le délire dans ses aspects concrets représente de toute évidence dans le cas particulier une certaine conception des choses où les facteurs affectifs jouent seuls ou presque seuls le rôle que ne joue plus le système rationnel des valeurs de réalité. La pensée de G... a reflué vers ses sources instinctives les plus obscures et les moins logiques, c'est une pensée « autistique », c'est-à-dire que ses ressorts restent purement individuels et incommunicables autrement que par une analyse comme celle que nous venons de tenter.

*La structure de sa mentalité.* — Nous pouvons être plus bref sur l'ensemble des traits qui caractérisent l'activité psychique et la personnalité de G..., car la structure de sa mentalité psychopathique est absolument typique et parce que, aussi, elle intéresse moins directement la compréhension de la valeur de l'acte qui lui est reproché. G... est capable de réaction d'adaptation intelligente. Si son niveau mental n'a certainement jamais été élevé, *son intelligence* devait être suffisante. Il se montre à plusieurs reprises roué et habile. Il fait des réflexions pleines de bon sens et parfois même non dépourvues de finesse. Ses acquisitions scolaires sont moyennes. Il est au courant des événements de la vie sociale. Il est bien orienté. Ses capacités mnésiques et de critique sont bien conservées. C'est là un premier trait caractéristique que ce hiatus entre son délire absurde et ses capacités intel-

---

me faire avoir ce que j'ai besoin, me faire sortir ensuite avec toi, et commander les camarades qui sont ici, les faire comprendre ensuite en s'occupant d'eux de mes camarades, tu en dispose nous sommes en enferme ici, nous en savon pas la raison, viens donc ici au plus vite, papa en retrouvera bien une autre maitresse cousine matide puisqu'il a sa liberté, viens donc ici Helene t'ai mignonne, en attendant le plaisir que tu soit dans mon lit couche moi je t'embrasse de tout cœur.

Roger G...

« Voici mon adresse : Roger G... Asile de Bonneval, Eure-et-Loir.

Je ne peu plus pissé, bientôt pres a en pisser le sang, je ne peut allé aussi au cabinet par ce que j'ai pas de maitresse, les autres camarades qui sont la sont la même chose, il y en a un camarade qui perd ses boyaux en allant au cabinet.



lectuelles. Cela peut expliquer certaines réactions de ses comportements qui demeurent intelligentes malgré son activité délirante qui peut en commander d'autres absurdes.

Plus important est encore ce fait que la *pensée* du sujet présente des troubles dans l'utilisation de son matériel (souvenirs, capacités intellectuelles, langage), de telle sorte que cette utilisation reste constamment paradoxale. De là résultent les barrages, les inhibitions, les hésitations, les mélanges, les condensations idéiques, les observations qui perpétuellement émaillent l'exercice de sa pensée d'hésitations, de coq à l'âne, de persévérations, de redites, de phrases stéréotypées et d'attitudes ambivalentes. C'est l'ensemble de ces troubles qui constitue la fragmentation paradoxale et l'incohérence idéo-verbale connue en psychiatrie sous le nom de pensée schizophrénique. Il faut noter aussi une tendance au vocabulaire abstrait, vague, qui exprime sous la forme de notions générales l'imprécision générale de sa pensée, inefficace dans son rendement.

L'envahissement de son intelligence par les pulsions de sa *vie instinctive* est évident, comme nous l'avons vu à propos de son délire. Ses idées, ses conceptions, adhèrent toujours profondément à une vie affective qui est devenue la loi de ses jugements comme de ses croyances. D'où le caractère « primitif », rudimentaire, de sa mentalité qui reste soudée à ses complexes affectifs comme celle du rêve ou de l'enfant. Le caractère le plus remarquable de cette polarisation affective de sa pensée est sa pénétration par ses tendances sexuelles. A ce point de vue, ce sujet, qui se représente lui-même comme très désireux d'avoir des relations avec les femmes, en fait et en ayant, malgré ce qu'il dit, la possibilité de se satisfaire, n'a jamais, de son propre aveu, tenté d'assouvir son désir du coït, sauf une seule fois, le soir de son conseil de révision. Masturbateur dès l'âge de 14 ans, ses satisfactions libidineuses n'ont, pour ainsi dire, jamais dépassé les pratiques solitaires. Les raisons de cet « apragmatisme » sexuel dont il se plaint ne doivent pas être recherchées ailleurs qu'en lui-même. Tout se passe comme si ce garçon de 30 ans avait une horreur inhibitrice des relations sexuelles. Cela ne l'empêche pas de les demander, mais cela explique sa profonde angoisse, là encore déplacée et « camouflée ». Ce dont il souffre, c'est de ses complexes inconscients d'attachement incestueux, ce qu'il dit, et ce qu'il croit lui-même, c'est que *ses parents l'empêchent d'aller avec des femmes*, ce qui doit s'entendre dans un tout autre sens que celui qu'il avance.

Enfin nous devons mentionner chez G... un ensemble de signes connus en psychiatrie sous le nom de syndrome d'influence, hallucinations verbales, hallucinations psychiques, transmission de pensée, devinement de la pensée, etc... etc... En fait, tous ces signes sont inséparables de l'ensemble des troubles de l'activité psychique qui constituent son délire ; ce avec quoi il



converse c'est son propre inconscient. Le langage qu'il perçoit comme étranger à lui-même c'est celui de cette portion de lui-même qu'il ne connaît pas et d'où remontent des pulsions inexplicables pour lui et aussi ce délire qui le submerge. C'est dans ce sens qu'il faut dire que ses hallucinations lui énoncent des néologismes (les mots qu'il a écrits sans les comprendre) et l'informent de son délire. Par là nous touchons au caractère le plus profond de la maladie de sa personnalité. Il est pour ainsi dire *disloqué* parce que se délivre, grandit, devient insinuante, infiltrante et tyrannique toute la partie de lui-même sous-jacente à sa personnalité consciente. C'est la prolifération de cette activité instinctivo-primitive, à langage inconsistant (la petite Christiane !) à pensée mal élucidée, ou mieux c'est la régression de sa pensée vers une phase infantile de son développement qui caractérise sa maladie mentale. C'est la vague conscience de cette transformation qui par un phénomène connu sous le nom de *transitivisme* lui fait rapporter à la petite Christiane, devenue pièce maîtresse de sa propre pensée, tout le trouble qui le submerge, le « crime monstrueux » dont il est l'objet, fiction qu'il vit comme la réalité la plus tragique et la plus actuelle sous les mille péripéties qu'enfante son délire.

*Examen somatique, biologique et neurologique.* — G... Roger est de bonne santé physique habituelle. Pendant une certaine période cependant correspondant au début de l'évolution de ses troubles mentaux, il a maigri et a accusé des céphalées violentes.

Son teint est pâle. Il est plutôt maigre mais de constitution robuste.

Il n'existe pas de troubles digestifs ni hépatiques. L'examen cardiovasculaire ne révèle aucun signe important. Les bruits du cœur sont bien frappés et réguliers. Le rythme de ses pulsations est de 76 à la minute. La tension artérielle est de 14-8.

Les poumons sont sains. L'auscultation n'y révèle aucun symptôme d'imprégnation tuberculeuse.

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

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines. Son urée sanguine est normale.

Son *système nerveux* ne présente pas de troubles importants dans l'ordre de la motilité, du tonus et de la sensibilité élémentaires.

Le régime des réflexes est normal. Les pupilles sont régulières et réagissent normalement aux divers excitants. Il n'y a pas de tremblement. Il n'y a du reste aucun trouble psycho-moteur de la série catatonique en dehors des troubles de la mimique que nous avons signalés plus haut.

Le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire sont normaux.

Jamais il n'a présenté de crises convulsives.

Enfin l'examen de son liquide céphalo-rachidien a été entièrement



négatif. Sa tension est de 20. Le taux de l'albumine et la cytologie n'offrent pas d'anomalies. Toutes les réactions spécifiques y sont négatives comme dans le sang.

Les divers organes sensoriels ne présentent pas de troubles.

Les organes génitaux sont normalement conformés.

*Comportement à l'Asile.* — G... a des périodes de calme et de tranquillité au cours desquelles il présente des réactions presque correctes à l'ambiance, tout en restant loin et énigmatique.

Parfois cependant il a des crises d'agitation délirante et hallucinatoire. Il se croit persécuté. Il voit du drame partout. Il se plaint sans raisons. On a pu signaler ces jours derniers son impulsivité violente et son agressivité plus sournoise. Celle-ci s'est manifestée par l'affutement en biseau d'une cuillère du service qu'il travaillait dans les cabinets. C'est un sujet à réactions paradoxales, capable de discipline et d'aménité et en même temps impulsif et sournois. Signes dont la compréhension exacte échapperait à qui n'aurait pas la connaissance approfondie de son délire qui reste la clé de tout son comportement.

*Conclusion de l'examen.* — La question de la simulation de tels troubles est résolue en même temps que posée. G... est un malade présentant l'ensemble typique des troubles de la dissociation psychique dont nous avons analysé longuement la mentalité et précisé le diagnostic. G... Roger est atteint d'une affection mentale généralement désignée sous le nom de *forme paranoïde de la démence précoce*. Il présente tous les signes de la *désagrégation schizophrénique*.

#### § IV. — APPLICATION DES DONNÉES DE L'EXAMEN A LA DÉTERMINATION DE SA RESPONSABILITÉ PÉNALE EU ÉGARD A L'ACTE QUI LUI EST REPROCHÉ.

On connaît les faits. Quelles explications en a donné l'inculpé ? Il a déclaré au magistrat qui l'interrogeait que c'était « volontairement » qu'il avait commis son attentat. Voici les explications qu'il nous a fournies.

« Quand je suis parti, c'était pour revenir avec mes parents. C'est à cause de l'air qui étouffe quand on n'est pas à l'endroit où l'on est né. La couche d'air m'attirait. J'ai pensé qu'il fallait que je revienne là-bas. Je me suis évadé. Alors je me suis égaré. C'était la direction qui était perdue. Je ne savais plus revenir chez moi. Alors j'ai pensé qu'il fallait me faire mettre en prison. Je cherchais mon chemin. J'ai rencontré une jeune fille de 18 ans. Je lui ai demandé si elle voulait s'amuser un peu avec moi. J'aurais fait ce qu'elle aurait voulu. C'était pour s'amuser. Enfin, j'aurais fait comme tout le monde. Mais elle n'a pas voulu. Il vaut mieux, ensuite peut-être elle m'aurait fait payer les mois de nourrice. Ce que je voulais,



« comprenez-vous, c'était qu'elle me dise mon chemin. Oh ! j'aurais été très  
« gentil pour elle. J'aurais fait ce qu'elle aurait voulu. Je n'étais pas excité.  
« C'était pour faire comme tout le monde, comprenez-vous ? Alors je ne  
« savais plus où j'étais. J'ai pensé qu'il valait mieux aller un peu en prison.  
« Oui, j'aurais pu voler, oui, mais ça non. Je ne suis pas voleur. J'ai vu  
« les petites. J'ai dit à la plus petite : « Viens, mon petit mignon ». Je l'ai  
« prise dans mes bras et je l'ai mise par terre tout près. Je l'ai déculottée  
« mais pas pour lui faire du mal. Elle m'a dit qu'elle allait à l'église pour  
« faire sa prière au Bon Dieu. Elle était très gentille. Elle n'avait pas peur.  
« Je me suis déboutonné. Oui j'ai sorti... Ah ! Christiane me dit qu'il ne peut  
« pas dire des mots comme ça. J'attribue ça qu'il faut qu'elle comprenne,  
« qu'il faut que je sois son tuteur. Il faut oublier ça. Il ne faut dire que  
« des choses bonnes... Je me suis branlé, mais elle ne l'a pas vu. J'étais  
« à côté, puis je me suis mis dessus. Oh ! je n'ai pas voulu lui faire de mal.  
« Elle était très sage. Alors des hommes sont venus. Il y en avait un qui  
« était comme fou. Il y en avait d'autres qui étaient très gentils. Je ne  
« pensais pas dans mon idée que je reviendrais ici. Je pense que j'irais avec  
« mes parents. Il fallait que j'y aille, comprenez-vous... »

Ce que nous savons maintenant de son délire éclaire la signification de son acte et le rend avec évidence solidaire de sa pensée décomposée. Sans doute a-t-il déclaré et nous a-t-il affirmé qu'il s'agissait d'un acte réfléchi de sa part.

Quelle valeur peut avoir une telle déclaration, quand ses explications intègrent l'attentat dans un système de motifs nettement délirants ? Un acte volontaire normal n'est pas seulement un acte lucide et conscient, c'est encore un acte qui procède d'une motivation rationnelle et adaptée à la réalité. Quand G... nous déclare qu'il est parti pour revenir chez lui, qu'il était attiré par la force maléfique de l'air du lieu d'où on est né, qu'il fallait qu'il soit mis un peu en prison pour revenir auprès de ses parents, il est bien évident que sa fugue et son attentat présentés par lui comme des actes raisonnables subordonnés à une fin intelligente, ne peuvent être envisagés que dans la perspective même de son délire. C'est de lui que l'attentat procède, c'est lui qui l'investit de sa profonde signification pathologique.

Revenons à son délire, G... vit dans un drame intérieur qu'il projette sur l'ambiance soit de la famille, soit de l'Asile. Un crime monstrueux le menace et l'environne. Il se sent en continuité néfaste avec le milieu social. Les choses et les gens prennent pour lui des significations persécutrices, hostiles, dramatiques. Il se sent attiré vers les siens par un lien dont nous avons analysé la nature. Sa petite nièce représente la masse trouble et inconsistante de son inconscient qui contient véritablement le drame faus-



sement objectivé par lui dans le monde extérieur. Il part attiré par le lieu d'où l'on est né, c'est l'air qui l'attire, cet air qui a remplacé le cordon ombilical de sa naissance. Autant dire qu'il veut revenir vers ses parents, vers le sein de sa mère. L'image de sa petite nièce, si intimement mêlée à sa vie sexuelle inassouvie et troublée par le drame de sa naissance « salopée » par ses parents, l'image de sa petite nièce investie de sa signification incestueuse, se projette sur celle de la petite fille, la plus jeune qu'il choisit. Il se livre alors sur elle à un acte érotique dans son intention mais non consommé intégralement et pour ainsi dire furtif, en raison de l'inhibition qui pèse toujours sur ses tendances sexuelles.

Nous pouvons donc conclure en toute certitude que l'attentat aux mœurs dont il est inculpé est la conséquence directe du délire de G... qu'il était en état de démence selon l'article 64 du Code Pénal au moment où il l'a accompli.

Il nous reste à insister sur les tendances impulsives de ce malade, qui en font un individu particulièrement dangereux. G... plongé dans une sorte de cauchemar constant, dont la pensée a perdu sa structure rationnelle de contrôle, peut au hasard de ses divagations délirantes fixer sur telle ou telle personne de son entourage son agressivité toujours latente. Nous devons signaler ici *comme conséquences pratiques de l'analyse que nous avons faite de son délire* que sa petite nièce Christiane et son père pourraient être les victimes les plus probables des fantasmes délirants de G... Dans ces conditions, étant donné que déjà à deux reprises ce malade a été retiré des services où il avait été placé à la demande de sa famille, il est nécessaire qu'il soit maintenu dans un asile d'aliénés et que son placement volontaire soit transformé en placement d'office.

#### § V. — CONCLUSIONS

1° G... Roger, inculpé d'attentat aux mœurs, était en état de démence dans le sens de l'article 64 du Code Pénal au moment des faits qui lui sont reprochés. Sa responsabilité est nulle à leur égard.

2° G... Roger, actuellement interné justement à l'Asile de X... doit être maintenu dans un asile d'aliénés. Il y a lieu de transformer son placement volontaire en placement d'office.

*Commentaires sur cette observation.* — Je tiens à souligner l'effort que j'ai tenté et dans l'examen et dans l'exposé pour conserver et restituer dans son jaillissement spontané, dans son aspect le plus vivant et concret, le délire de G... Pour cela je n'ai pas usé d'un « interrogatoire », j'ai essayé de pénétrer avec lui dans son autisme. Cela a duré plusieurs jours.



Un premier point, qui me paraît important, c'est que dans un tel délire quand on l'approfondit, quand on le « vit » avec le malade, les limites casuistiques, scolastiques et logomochiques entre la « forme » et le « contenu » tombent. Que l'on prenne l'exemple du « barrage » ou de l'« activité hallucinatoire », il nous paraît évident que la forme même de ces symptômes (le fait pour la pensée de s'arrêter et le fait pour la pensée d'être éprouvée extérieure) sont inséparables des contenus inconscients de cette pensée écartée (il faut l'oublier) ou de cette pensée méconnue (la petite Christiane me dit telle ou telle chose). Le point d'application du processus organique qui intervient *certainement* quelque part dans le déterminisme de la psychose n'est pas dans la « forme » du symptôme, elle est dans la *régression* de la pensée qui, en refluant vers un niveau inférieur, prend les caractères concrets de ce niveau où la forme et le contenu ne peuvent être isolés qu'artificiallement.

Pour en référer à un autre ordre de préoccupations qui m'est cher, je tiens à souligner un deuxième point. C'est l'*absence dans ce cas de développement caractérologique de la psychose*. Tous les renseignements que j'ai pu obtenir sur la vie de G... m'ont confirmé dans cette opinion que c'est après son régiment, et notamment à la naissance de sa petite nièce, que les troubles ont commencé. Son père a alors remarqué « une transformation de son caractère ». Quelques troubles somatiques se sont manifestés à ce moment là. Pour ma part je crois que la maladie, dont la désagrégation schizophrénique est l'expression, s'est installée à ce moment là et a opéré un bouleversement que l'on ne saurait sans naïveté rapporter à la structure affective que la maladie a libérée, comme à sa cause. Si cette structure affective est la cause d'un grand nombre de symptômes, autrement dit si sa personnalité plus ou moins déformée pèse dans le déterminisme du tableau clinique, il n'en reste pas moins que cette personnalité, présentée comme une constitution pathologique, ne me paraît pas être la cause de la maladie. En fait, ce malade n'était pas un « schizoïde » avant de devenir un schizophrène. L'aurait-il été même que je ne comprends pas comment on aurait pu voir dans ce prélude de la maladie la cause de la maladie.



## II. — OBSERVATION D'UN CAS DE CATATONIE

M<sup>lle</sup> T... Henriette est actuellement âgée de 28 ans. Pas d'antécédents héréditaires connus.

La première enfance et son premier développement somatique n'ont été marqués par aucun épisode pathologique. La puberté a eu lieu à 11 ans, sans incident. Son *caractère* a été dès le début de son existence très « contra-riant ». Dès les premières années conflit aigu avec le père. Toute son enfance, dit celui-ci, a été « une rébellion » contre lui. A l'âge de 10 ans, *grippe espagnole* très grave (1918), ayant même menacé son existence. Pas très intelligente, elle manifeste peu de dispositions dans ses études. Par contre, elle était « folle » de sports. C'était vers l'âge de 14 ou 15 ans une « inadaptée » une « sauvage ». Elle fut opérée de l'appendicite vers l'âge de 15 ou 16 ans. A cet âge là ses parents ne soupçonnaient rien du développement possible de troubles mentaux. Vers cet âge on signale une « déception amoureuse » sans confidences aux parents.

A ce moment elle maigrit. On porte le diagnostic de tuberculose, controuvé ensuite par des spécialistes éminents.

Elle fut conduite à la campagne pour s'y reposer. C'est là qu'on découvre « ses anomalies nerveuses ». Elle croyait avoir toutes les maladies dont elle entendait parler. Elle était de plus en plus bizarre. A partir de cet âge jusqu'en 1931 elle a fait de fréquents séjours dans diverses maisons de santé. En 1931 tentative de suicide. Dans la suite plusieurs fugues « pour se sauver » disait-elle. En 1933 deuxième tentative de suicide, plaie en seton par balle de revolver.

A partir d'octobre 1934 « chute verticale », disent les parents, elle est devenue de plus en plus difficile, opposante, violente et inadaptée.

Elle est entrée dans mon service avec le certificat suivant d'un médecin très compétent « psychose hébéphrénique en évolution depuis plusieurs années. Désaffectivité familiale progressive avec quelques idées de persécution à l'égard de ses parents. Indifférence générale. Inertie complète. Syndrôme de négativisme. Opposition à l'examen et aux soins. Mutisme. Attitudes catatoniques. Maniérisme. Grimaces. Gâtisme et refus d'aliments fréquents. Phases anxieuses antécédentes avec tentatives de suicide par précipitation dans la Seine et ensuite par revolver ». Mon collègue fit, pendant mon congé, le certificat de 24 heures : « Hébéphréno-catatonie. Inertie complète combinée à la stupeur et au négativisme. Mutisme total. Conservation catatonique indéfinie des attitudes. Signe de l'oreiller psychique. Inexpressivité mimique absolue. Effacement des plis du visage. Léger strabisme convergent.



Dès son entrée elle demande à écrire à sa mère, ne trace que quelques mots d'une écriture tremblée, précipitée et inachevée. Elle ne parlait que pour demander à manger. Les jours suivants n'a pas voulu s'alimenter, s'opposait à la nourriture en mordant et crachant. D'un jour à l'autre son négativisme se modifiait, un jour elle mangeait sans la sonde, un autre jour elle se la laissait passer avec complaisance.

Quelques jours après son arrivée nous l'avons examinée longuement. Le mutisme était absolu. Le visage inerte, contracté, figé. Les attitudes étaient massives, d'une seule pièce et de longue durée. La mise en train motrice lente et difficile. Les postures prises entraînaient une contracture active avec tremblement d'amplitude moyenne et de fréquence rapide au niveau des segments immobilisés. Les attitudes favorites étaient les mains fléchies, les bras en abduction, la tête légèrement inclinée et fléchie, les membres inférieurs en flexion. La marche était spasmodique, raide, sans balancement automatique des bras. Le tronc paraissait soudé. Elle obéissait aux ordres d'abord assez rapidement, puis elle restait fixée dans les attitudes commandées. Sur l'ordre de s'asseoir en voyant le médecin prendre un marteau à réflexes, elle se jeta avec précipitation à genoux sur le fauteuil dans l'attitude d'examen des réflexes achilléens. Sur l'ordre de se lever elle ne bougeait pas, se contractait davantage, tremblait, puis deux ou trois minutes après elle se levait d'un bond et s'immobilisait brusquement au milieu de la pièce. Quelques minutes après elle se précipitait vers la porte, s'arrêtait, et, dans un autre temps, d'un seul coup, revenait dans l'infirmierie. Les attitudes cataleptiques étaient maintenues très longtemps. Nous avons noté dans la recherche de la catalepsie l'anticipation de la contracture de fixation au cours des mouvements d'extension ou de flexion de l'avant bras. Au cours de la recherche des phénomènes de la roue dentée il se produisait des points de palier dans la contraction et la décontraction, rappelant la sensation de roue dentée. Le tremblement était spontané mais surtout marqué au cours des attitudes cataleptiques. L'ensemble des phénomènes de contracture se manifestait davantage dans les attitudes spontanées que dans les attitudes passivement imposées. L'hypertonie et le tremblement prédominaient à gauche.

Une quinzaine de jours après nous avons noté « Négativisme actif. Attitudes en hyperflexion. Position de défense. Facies tragique, fermé. Mutisme invincible. Résistance à l'examen. Dès qu'on lui annonce que celui-ci est terminé, elle sort en courant, s'écroule dans le couloir, revient dans sa salle, s'y maintient sur la pointe des pieds, marche à cloche-pieds, enfin s'enfouit sous ses couvertures. Tout examen approfondi est impossible ».



Les jours suivants (octobre, novembre) elle resta inactive, muette, opposante, prenant des attitudes excentriques. Appuyée par exemple sur le coude elle restait les jambes en l'air pendant plusieurs heures. Elle fut soumise à ce moment à un traitement par des injections sous cutanées de *chlorhydrate de cocaïne* (à des doses allant jusqu'à sept centigrammes). Nous n'avons observé au cours de ce traitement aucune amélioration, ni aucune action intéressante sur la catatonie en dehors de réactions neuro-végétatives hypersympathicotoniques et une tendance à la syncope dans les doses élevées, qui a commandé l'interruption du traitement. La *scopolamine* n'a pas eu d'effet plus marqué ni plus heureux. Au cours du mois de décembre elle a été réglée, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs mois. Elle n'a plus eu ses règles depuis lors.

Le poids s'abaisse rapidement et passe depuis octobre jusqu'en avril de 42 kilogs à 35 kgs 700.

Les troubles de la série catatonique deviennent progressivement très marqués. La malade prenait un aspect cachectique. Inconscience apparente complète. Refus d'aliments. Catalepsie. Grimaces. Mutisme. Impulsions. Durant les visites de ses parents indifférence totale.

Le 10 avril 1936 brusque *rémission* des troubles. Amenée au bain a parlé, a mangé, n'est plus contracturée. Son abord est facile. Elle est contente. Elle va bien manger pour engraisser.

Le 12 avril elle écrit un billet à sa famille : « Très pressée de rentrer chez nous, bien que soignée parfaitement par les Sœurs. Je vous envoie mes plus affectueux baisers. »

Les jours suivants elle fait sa toilette toute seule, est gaie, reçoit sa famille avec joie. Tout le temps que ses parents étaient auprès d'elle, elle n'a pas quitté sa mère des yeux.

Voici ce qu'elle nous dit de la période de catatonie qu'elle vient de traverser :

« Je me sens mieux... Mon cerveau est mieux. Je rêvais quand j'étais malade. Je rêvais de l'Armée du Salut. Il me semblait que vous étiez un faux Docteur. Maintenant c'est mieux. Mais ça revient quand je m'endors, ça me fait comme quand j'étais malade mais alors je *rêvais éveillée*. Je voyais beaucoup d'images de personnes que je ne connaissais pas, que je me figurais connaître. Toutes les personnes de la salle avaient des expressions de personnes de ma famille... Je me rappelle tout ça... Mais quand j'y pense ça a tendance à revenir. Ça me fait peur surtout le soir... Je croyais que ma grand-mère, qui est morte, était vivante. Il me semblait qu'elle était ressuscitée. Quand j'avais le goût du chocolat, je croyais que je ne devais pas en manger, parce que je croyais que c'était l'odeur du chocolat que j'avais mangé chez



elle... J'étais sûre que c'était vrai. C'était un mélange de choses de rêve et des choses que je me rappelais. Je croyais que ma voisine était ma grand'mère et qu'on lui faisait du mal en mangeant. Quand on me lavait les dents je pensais que c'était ma grand'mère à cause d'une amie. Il me semblait que ce n'était pas mes dents. J'avais peur qu'on me lave dans la baignoire, il me semblait qu'on allait m'étouffer... Je ne parlais pas parce que j'avais peur aussi qu'on me donne un bain. J'avais peur aussi qu'on me mette sur une balance... Je me rappelle très bien que plusieurs médecins m'ont examiné et que j'avais très peur de bouger. Il me semblait que s'ils me touchaient je faisais un péché mortel. J'avais très peur. Je me raidissais. Ce qui me faisait peur, c'était la balance et le bain. Je pensais que maman ne voulait pas que je me pèse et que ma sœur ne le savait pas. Je vivais dans la terreur. Je ne me rendais pas compte du temps. Je pensais qu'on était à la Noël. Je n'ai jamais eu l'impression d'entendre des voix. Ah ! oui, pourtant, il me semblait que j'entendais ma famille dans la salle, j'ai eu l'impression de transmissions de pensées toutes les fois que je rêvais d'eux. Ça me disait qu'il fallait essayer de rentrer.

Je me tenais en équilibre sur le bout des pieds... Oui, c'était parce que j'avais un oncle qui avait un ami qui s'appelait Talon, alors je pensais qu'il ne fallait pas que je marche sur les talons... Je ne sais pas pourquoi, c'était par respect peut-être pour le nom. J'avais peur que ça le réveille. Ah ! oui, c'est ça... Je crois qu'il est mort alors j'avais peur que ça le ressuscite. Je ne me sentais pas raide ni gênée dans mes mouvements.

J'ai l'impression de ne pas avoir assez dormi. Tout me fatigue... J'étais tout le temps dans une rêverie éveillée qui ne me reposait pas, comme un demi-sommeil. Tout l'hiver je n'ai pas dormi. Actuellement j'ai peu d'idées. Quand j'étais si troublée j'en avais beaucoup. Maintenant j'ai l'impression d'être apaisée. J'avais très faim et si je ne mangeais pas c'est qu'il me semblait que c'était un péché, qu'il allait arriver des malheurs. »

A ce moment cependant des troubles moteurs persistaient ainsi qu'une attitude d'ensemble bizarre, maniérée, lointaine. Voici ce que nous avons noté : Parle volontiers. Mange énormément. Assez bonne adaptation à l'ambiance. Inactivité foncière. Velleités puis refus d'action. Reste couchée ; trouve mille prétextes pour ne pas lire, ne pas faire de tricot. Langage bref. Longues pauses. Barrages. Coq à l'âne. Retours de thèmes paradoxaux. Propos vagues, lointains. Débit brusque, précipité. Bégalement. Blephorospasme. Mimique atone et rigide. Démarche sautillante « d'oiseau ».

*Attitudes cataleptiques.* — Fixation des postures spontanées et provoquées. Interrogée sur ce point déclare que c'est par un acte de volonté qu'elle maintenait ses attitudes. Minutieusement observée, elle paraît être absente de ces phénomènes cataleptiques. Sa distraction est manifeste. Elle paraît



distraite et pour ainsi dire « agnosique » à l'égard des mouvements passifs qui lui sont imposés. A l'épreuve de la « roue dentée » elle continue indéfiniment le rythme flexion-extension, comme si elle « ne s'en apercevait pas ». Les mouvements sont pauvres mais assez vifs. Le comportement, les gestes, les attitudes sont stéréotypés.

La musculature est atrophiée dans son ensemble.

Les réflexes cutanés sont normaux.

Hyporeflexie tendineuse.

Tremblement des extrémités et notamment des mains avec ébauche d'« émiettement ».

Pas de troubles de la sensibilité.

Equilibre correct. Marche sautillante, bizarre.

Postures privilégiées. Pas d'exagération du tonus de posture.

Pas de troubles de la convergence.

Pas de troubles de la roue dentée.

Depuis qu'elle s'alimente elle a repris en deux semaines plus de cinq kilos.

Le 26 avril elle écrit une lettre qui traduit le retour des troubles par son incohérence terminale. Voici cette lettre qu'elle écrit à un ami de sa famille :

« Cher Monsieur,

« Je vous envoie de mes nouvelles de cette maison... Je suis ici depuis  
« septembre dernier. Je suis restée tout l'hiver à *réver éveillée* de toutes les  
« personnes de ma famille mortes et vivantes en me figurant que c'était vrai  
« et aussi que je ne devais pas manger jusqu'au jour où j'ai rêvé que je  
« tombais d'un grand mur sans être perdue et où l'on m'a persuadé qu'il  
« fallait manger. J'ai perdu 50 livres en 18 mois. J'en ai déjà repris 11 et le  
« moral est excellent, mes parents sont fous de joie et c'est pour jusqu'à mon  
« dernier jour que j'ai pris la résolution de mettre tous mes efforts à garder  
« ma santé, premièrement c'est le plus grand service que l'on peut rendre  
« à l'humanité, la chose la plus importante du monde. Je suis bien contente  
« de pouvoir me soigner puisque je reste ici jusqu'en septembre et même  
« après ce n'est que dans le ménage avec maman que je m'occuperai. Nous  
« sommes une famille très nombreuse. C'est tout aussi utile qu'autre chose  
« de ne rien faire, je veux dire vivre sans travailler pour moi, ce ne doit pas  
« être cela, perdre l'unique talent que l'on a reçu, mais plutôt un *état*  
« *d'esprit à regarder la vie* et il est toujours possible d'en espérer un  
« deuxième dans l'autre vie, quand bien même il ne soit pas du tout question  
« de ce cas dans l'évangile. Car si on le désire sérieusement on ne peut  
« manquer, à mon avis de s'endormir en bon état d'esprit et de se réveiller



« de même pour la venue du Seigneur et il me semble que qui aura gardé  
« sa santé (*même par intérêt*) en tâchant de gagner deux talents, ne pourra  
« pas dire une semblable parole. La chose qui me tourmente encore c'est  
« la robe blanche (l'habit de noce) exigée par le maître de maison mais  
« peut-être à mon avis que cela est la même chose (?) et qu'une fois les  
« portes fermées il n'y aura plus à trembler qu'on vous mette dehors,  
« d'ailleurs ce doit être en cela que consiste l'habit de noce. Bien des choses  
« je vous prie à chère Madame B..., et recevez je vous prie l'expression de  
« mes sentiments très respectueux et reconnaissants. L'apocalypse place  
« dans le livre peut être un mystère de vie, un nombre tout à fait limité de  
« personnes mais il ne doit pas falloir se laisser impressionner par cela  
« qui est. »

Peu à peu les infiltrations autistiques reprennent le dessus, l'opposition se fait plus violente, la parole plus rare, les attitudes plus négativistes et la malade chavire de nouveau dans l'état catatonique.

#### *Commentaires sur l'observation de M<sup>lle</sup> T. Henriette*

Contrairement au cas précédent, nous avons ici une progression pour ainsi dire continue entre l'organisation caractérielle de la personnalité (constitution schizoïde) et la psychose. Il est même intéressant de remarquer qu'en n'envisageant que ces deux observations certes point exceptionnelles, le cas de démence paranoïde n'avait pas manifesté d'antécédents schizoïdes alors que le cas d'hebephreno-catatonie évoluait depuis longtemps, sinon depuis toujours, dans la forme de dispositions de caractère et d'anomalies de comportement.

Un point doit retenir notre attention, ce sont *les relations de la catatonie avec le syndrome parkinsonnien encéphalitique* dans ce cas. Il est certain qu'en 1918 cette jeune fille a présenté une grippe espagnole très grave et que l'on ne peut ni écarter définitivement, ni établir sans réserves le rôle qu'une telle infection peut avoir joué dans le développement de sa psychose. En ce qui concerne la possibilité d'intégrer le syndrome psycho-moteur catatonique tel que nous venons de l'exposer dans le cadre d'un syndrome parkinsonnien, cela ne nous paraît pas possible. Cliniquement parlant, M<sup>lle</sup> T... n'est pas une parkinsonnienne, mais il n'en reste pas moins que nous observons au sein des troubles catatoniques des signes qui ont pu, au début de notre observation, nous



orienter vers le diagnostic de contracture extrapyramidale. La rigidité du masque, l'aspect soudé, le défaut de balancement automatique des bras pendant la marche, l'exagération des réflexes de posture, le tremblement, la prédominance, inconstante d'ailleurs, des troubles sur un côté du corps, rendraient bien subtiles toutes distinctions que l'on pourrait tenter pour séparer radicalement les troubles connus sous le nom de rigidité extrapyramidale et les troubles catatoniques.

En fait, il existe chez cette catatonie des symptômes qui se retrouvent dans le syndrome parkinsonien, mais ils sont liés à des troubles d'un niveau plus élevé qui suppose l'intégration de ces troubles du tonus, du mouvement, des expressions émotionnelles des automatismes psycho-moteurs à des troubles des fonctions psychiques. Je dis d'ailleurs intégration et non pas subordination. L'intérêt de notre observation est de montrer précisément combien les troubles du comportement, du mouvement, du tonus, des attitudes, des instincts qui constituent la catatonie sont tous solidaires d'une régression de l'activité psychique et de la personnalité au point que l'on peut parler d'une *pensée catatonique*. Elle se caractérise dans le cas particulier : 1° par des traits de la pensée *magique*, rappelant celle de certains obsédés (présages, rites, liaisons occultes, participation, etc.) ; 2° par sa *structure onirique*, rendue plus évidente encore par les états oniroïdes subsistant après la rémission aux périodes hypnagogiques ; 3° par sa forte charge émotionnelle et notamment d'anxiété. Ce sont tous ces caractères qui définissent la pensée autistique de notre catatonie. Cela restera le mérite de Bleuler d'avoir montré la part psychique considérable de la décomposition autistique de la pensée dans le syndrome catatonique. Rappelons les excellents travaux récents que Ellenberger (3) et Baruk (4) ont consacré à ce sujet. On trouvera notamment que les observations rapportées par Baruk des cas qui se rapprochent beaucoup du nôtre. Il est bien évident que les contenus anxieux de la catatonie ne peuvent pas faire oublier que c'est

---

(3) Ellenberger, *Essai sur le syndrome psychologique de la catatonie*, Thèse, Paris, 1933.

(4) Baruk, *L'état mental au cours de l'accès catatonique*. *Annales Médico-psychologiques*. Mars 1934. Pages 317 à 346.



à partir de la mélancolie attonita que Kahlbaum isola sa « Katatonische Spannungs irresein ».

Nous devons encore souligner l'intérêt théorique et peut-être pratique qu'il y a à cesser de considérer les catatoniques comme des morceaux de bois ou des blocs de glace. A ce point de vue un rapprochement intéressant est l'analogie entre ces états et les *manifestations hystériques*. A l'hystérie (5) quand on connaît toutes les cristallisations inconscientes, les contenus scéniques, les constructions oniriques ou oniroïdes qui constituent la part psychique de la catatonie, à l'hystérie on pense tout le temps en présence de ces malades, et combien de fois avons-nous regardé Henriette T... en nous rappelant les descriptions classiques de Briquet, de Charcot ou de Janet ! On ne peut pas s'étonner qu'il n'y ait plus d'hystériques si nous les appelons d'autres noms !

Ce qui nous a paru fondamental dans la pensée catatonique telle qu'elle s'est révélée chez notre malade, c'est le vertige catastrophique et anxieux aboutissant à un vaste et profond *reflexe de raidissement*, c'est là qu'est, à notre sens, la valeur biologique de la catatonie dont on ne soulignera jamais assez qu'elle est surtout négativiste.

Cela ne veut pas dire encore une fois, et pour répéter à propos de la catatonie ce que j'ai déjà dit pour la première observation, cela ne veut pas dire que parce que le raidissement anxieux, onirique, négativiste est au centre de la catatonie, le syndrome catatonique ne doit se concevoir que comme dû à l'émotion qu'il exprimerait. Non. Le syndrome catatonique, plein de réactions psychiques, n'est pas réductible à une réaction psychique, il est réalisé par une dissolution des fonctions neuro-psychiques sous l'influence d'une maladie qui évolue et peut admettre, comme dans notre cas, des rémissions.

### III. — AUTISME ET DISSOLUTION DES FONCTIONS

Les deux cas que je viens de rapporter paraissent bien montrer l'étroite parenté qui, au-delà de la diversité des tableaux cliniques, unit

---

(5) Nous disons hystérie et non pithiatisme car nous avons en vue ici les états de structure psychoplastique qui définissent l'hystérie (cf. notre étude *Gazette des Hôpitaux*, mai 1935) et non ces fameux mécanismes « pithiatiques » qui ne sont que des mots.



la pensée de notre dément paranoïde et celle de notre catatonique. Cela ne peut guère surprendre ceux pour qui le domaine entier de la psychiatrie est une vaste dégradation admettant des degrés plutôt qu'une mosaïque composée de morceaux. C'est le propre d'une psychiatrie résolument dynamique telle qu'en les empruntant à Jackson nous en avons esquissé, Rouart et moi, les principes, de se représenter les tableaux cliniques psychopathiques comme des niveaux structuraux de dissolution des fonctions psychiques et nerveuses (cf. *Encéphale*, 1936).

Comment concevoir dans une telle perspective ces deux aspects de la pensée et du comportement autistiques que l'on nomme la démence paranoïde et la catatonie ?

La désagrégation schizophrénique caractéristique de la *démence paranoïde*, telle que Bleuler l'a longuement décrite et telle qu'elle résulte dans le cas particulier de l'analyse que nous avons faite, se définit en faits négatifs et en faits positifs. Les traits négatifs du tableau clinique sont tous ces troubles dont le caractère négatif est assez fréquemment méconnu ou plus exactement remplacé par des hypothèses pathogéniques superflues. Ce quelque chose en moins qu'ont de tels malades, c'est une altération, un amoindrissement de leur cohésion psychique, qui se traduit par un relâchement de l'armature logique de la pensée et par un affaiblissement de leur personnalité. C'est cela qui est perdu chez eux sous l'influence de la maladie. Ce sont ces troubles qui sont constitutifs de ce que l'on appelle le flou de leur pensée, les sentiments d'influence et de duplication hallucinatoire, l'incohérence, la dépersonnalisation, etc. L'aspect positif du niveau est caractérisé par la structure de leur vie psychique active, restante : l'organisation basale de la pensée affective, instinctive, magique et syncrétique qui, toujours prenante chez chacun de nous, n'est réprimée qu'au prix de l'effort de la conscience vigilante et rationnelle. C'est cette activité psychique inférieure mais libérée qui crée les fantasmes, les thèmes, les constructions autistiques caractéristiques de la pensée paranoïde. On le voit, dans une telle conception des choses *l'autisme, c'est-à-dire le trouble schizophrénique de la pensée* n'est pas donné comme le but atteint d'une finalité interne par laquelle le sujet chercherait à s'intérioriser, mais bien plutôt comme l'effet d'un trouble qui a infligé aux fonctions d'adaptation au réel, de



répression du rêve, de « mise au point » rationnelle, une dissolution libératrice des instances du rêve que contient toute pensée vigile.

C'est bien quelque chose d'un peu analogue que nous avons rencontré chez la deuxième malade catatonique qui racontait que sa catatonie était un rêve éveillé. Si nous touchons ici au problème de la catatonie, ce ne sera qu'avec précautions et réserves, car nul sujet peut-être n'exige autant d'être traité avec une extrême méfiance de l'explication simpliste. C'est certainement un des mérites de Claude et Baruk d'avoir mis l'accent sur le côté psycho-moteur de la catatonie, c'est-à-dire sur la part psychique du syndrome catatonique.

L'exemple que j'ai relaté devant vous dans ses développements principaux fait bien comprendre que les troubles moteurs de la catatonie sont quelque chose de très complexe. Il y a une intrication véritablement profonde des attitudes, du rythme, du tonus, de la vie végétative et des troubles psychiques, cela est une seule et même chose et cette réflexion générale si banale n'aurait aucun intérêt si cela ne nous mettait dans l'obligation de traiter l'état catatonique comme quelque chose de différent d'un syndrome neurologique. Mais il y a lieu de se prémunir encore contre une autre erreur, celle qui consisterait, en se référant à une vieille dichotomie scolastique ou plus exactement cartésienne, à concevoir la volonté comme une force agissant sur l'organisme et extrinsèque à cet organisme. Dans une opposition si radicale on en vient nécessairement, pour expliquer les cas où il paraît y avoir une participation active de l'individu sans qu'il s'agisse d'actes proprement volontaires, c'est-à-dire normaux, à une notion aussi confuse dans son sens que contradictoire dans ses termes, celle d'un automatisme de la volonté, ou une mobilisation des centres de la volonté ! Pour échapper à une telle conception il faut se représenter la volonté, l'activité volontaire (6) comme le maximum d'activité engageant les forces neuro-psychiques de la personnalité, et se représenter cette activité volontaire comme un épanouissement hiérarchisé d'une activité étagée en une infinité de degrés et de fonctions. Alors on comprend que la catatonie est un trouble

---

(6) C'est le sens de nos premières études sur la notion d'automatisme. Cf. notre volume *Hallucination et Délire*, Alcan, 1934.



psycho-moteur ou mieux un comportement et non pas un simple trouble moteur : c'est un comportement inférieur et pathologique par rapport à l'activité volontaire. Autrement dit encore, la catatonie représente un certain niveau de dissolution des fonctions psycho-motrices où la part psychique est énorme *mais en aucune façon génératrice de l'ensemble*. Telle est, à notre sens, la position théorique empiriquement établie qui doit orienter les études expérimentales physiologiques et psychologiques sur la catatonie.

Comme nous l'avons fait plus haut pour la désagrégation schizophrénique de la démence paranoïde, nous pouvons, brièvement, indiquer ici comment, dans un schéma dynamique de la psychiatrie sur le modèle jacksonnien, on peut considérer le double aspect négatif et positif de la catatonie. Les symptômes négatifs de la catatonie sont les troubles de la conscience et des capacités psychiques qui sont beaucoup plus marqués dans le deuxième cas que dans le premier. Il s'agit là d'un trouble qui n'est ni la stupeur véritable, ni le sommeil (je rappelle que M<sup>lle</sup> T... ne dormait pas et se plaignait de ne pas dormir) mais qui est bien voisin de l'*hypnose*, avec ce qu'elle comporte d'organisation « nucléaire » de l'activité psychique polarisée par certaines cristallisations psycho-motrices. Les symptômes positifs sont : 1° le rêve autistique révélabile seulement après coup avec sa forme hallucinatoire, ses thèmes anxieux et la pensée paranoïde moins nette mais analogue à celle du malade G. ; 2° tous les signes classiques de la catatonie traduisent la régression de l'activité psycho-motrice à une phase de comportement instinctif très automatique dont la signification biologique essentielle en paraît être le raidissement défensif.

Vous voudrez bien excuser les quelques considérations générales auxquelles je n'ai pas pu m'empêcher d'accéder en partant des faits concrets. J'ai souvent répété ici que je ne croyais pas qu'il fût possible de faire de la bonne théorie sans de la bonne clinique approfondie, ni de faire de la bonne clinique sans l'éclairer par de la bonne théorie : c'est une illustration de ce point de vue que j'ai tentée devant vous, sans y réussir autant que je l'aurais désiré.

Henri Ey.



## Discussion

---

M. PICHON. — En ce qui concerne le second cas l'élément proprement neurologique apparaît plus plausible que dans le premier, mais il y a lieu en effet de faire les plus expresses réserves sur l'analogie du tableau clinique qui vient de nous être décrit et le syndrome parkinsonien. Il est certain que la catatonie a des contenus psychiques beaucoup plus riches qu'il n'a paru et qu'il ne paraît encore à certains observateurs. Ce qui est curieux dans ce cas, c'est la parenté de cette pensée catatonique et de la pensée obsessionnelle, où les relations magiques, les rites et les présages inhibent continuellement l'action. Nous avons, au début des études de *l'Evolution Psychiatrique*, essayé d'étudier les mécanismes psychologiques de ces états sous le nom de schizonoïa. On nous a reproché de vouloir tout faire entrer dans cette schizonoïa, mais l'étude d'un tel mécanisme psychopathologique général ne peut être assimilée à la constitution d'une entité clinique. En ce qui concerne le premier malade, je ne suis pas très sûr qu'il n'y ait pas eu chez lui une organisation caractérisée pathologique. Tout paraît indiquer en effet, comme l'analyse le montre clairement, qu'il s'agit d'une personnalité profondément troublée dans l'organisation de sa vie instinctive, aussi je serais porté à croire qu'avant l'éclosion de la psychose, malgré les déclarations du père, toujours sujettes à caution, il existait déjà des troubles du caractère. Quant à l'éclosion des troubles psychotiques, je ne pense pas, contrairement à ce qui nous a été dit, que la naissance de « la petite Christiane » ait pris la valeur symbolique de gros plan, parce que le trouble était déjà installé. Je penserai plus volontiers que cette naissance a été effectivement le « trauma » déclanchant de la psychose.

M. MINKOWSKI. — Voilà une soirée de *l'Evolution Psychiatrique* passée sous le signe de la clinique, de la psychologie et même de la médecine légale. Ce dernier point de vue ne pouvait pas ne pas être abordé



à propos de la pensée schizophrénique qui se révèle à l'analyse dans ses ressorts agressifs et dangereux. C'est là qu'est l'intérêt pratique, trop souvent méconnu, des analyses psychologiques. La vie catatonique existe sous une forme intérieure et active. Il est certain que les malades de ce genre intègrent beaucoup d'éléments de l'ambiance et du présent dont ils sont détachés, mais qui peuvent revenir sous forme de souvenirs. J'ai vu une catatonique au comble de l'indifférence apparente prendre en grippe un médecin, ce qu'elle explique plus tard en disant qu'il avait fait devant elle une remarque particulièrement pénible. — Pour nous placer toujours au point de vue pratique, cela doit commander une attention toute spéciale de la part du personnel. — Comment de tels catatoniques sortent-ils de cet état ? Je crois que personne ne peut nous donner une réponse valable à cette question. Parfois ils présentent, comme un malade que je suis, des oscillations entre une attitude sociale correcte et des accès catatoniques. Toutes les notions étiologiques auxquelles nous nous référons volontiers me paraissent faibles. Quant à la notion de « trauma affectif » dont parlait tout à l'heure Pichon, elle me paraît souvent abusive. Comment des complexes affectifs peuvent altérer la *structure* de la vie mentale ? J'avoue ne pas le comprendre et à ce point de vue je crois que Ey a raison. Il a été question, dans la première observation, du « retour au lieu de la naissance », au « sein de la mère ». Je ne sais pas s'il faut vraiment envisager ces mouvements comme mûs par une finalité affective. J'ai parlé des sentiments d'ampleur et de rétrécissement de la vie comme des données structurales qui pourraient peut-être se trouver aussi bien que des complexes affectifs à la base de la symbolique délirante. Le fait de départager ces deux directions, comme cela a été tenté à la fin de la conférence, me paraît de la première importance. Je dois naturellement faire aussi des réserves au sujet de la constitution schizoïde du premier malade.

M. BOREL. — J'ai été frappé depuis longtemps de cette fausse apparence des catatoniques. Je pourrais en rapporter de nombreuses observations. Voici ceux qui me viennent à la mémoire et qui sont particulièrement pittoresques. Un dément précoce (ancien polytechnicien classique) interné à la clinique du Professeur Claude et qui était en état de



catatonie typique. Cet état dura plusieurs années et un jour qu'il se trouvait chez lui sous la garde d'un infirmier, il eut une érection, une éjaculation et il se « réveilla ». Lui qui n'ouvrait jamais les yeux, il se leva, visita l'appartement, déclara que c'était bien installé, qu'on avait bien choisi, puis au bout d'une heure il se recoucha en disant : « Maintenant je vais me rendormir ». Dans la Clinique de M. Claude également, je me rappelle que nous avions une catatonique typique qui servait aux démonstrations aux élèves. Un jour qu'on disait devant elle qu'elle avait des chances de mourir dans cet état, je la vis pleurer. Je m'en occupai. J'entrai en confiance et en confidences. Je sus qu'elle était tombée dans cet état quelques jours après un échec matrimonial. Durant son accès catatonique elle murmurait : « On aurait dû me marier ! » Au bout de six mois elle me servit d'infirmière dans le service. Elle sortit, mais ne resta que six jours chez elle, car quarante huit heures après sa sortie elle entra de nouveau dans la catatonie. Elle mourut deux mois après.

M. BIZE. — Il faut bien en effet quitter le plan du neurologique pour étudier ces états de catatonie. Il faut savoir gré à Baruk d'avoir montré le côté psycho-moteur de ces troubles qui sont différents du syndrome de Parkinson. Récemment j'ai vu un état catatonique survenu chez une malade à morphologie pyknique. Elle a eu le certificat d'études et a toujours présenté une mentalité mystique un peu médiévale. Elle s'est mariée avec un jeune homme ayant les mêmes idées qu'elle. Il n'y eut pas entre eux de relations sexuelles : ce fut un mariage blanc. Peu après, cette jeune femme présenta des modifications importantes du caractère et enfin un syndrome catatonique complet avec ambivalence, théâtralisme. De plus, elle était dans cet état gâteuse, constipée et aménorrhéique. En parlant avec elle un peu brusquement de son conflit conjugal elle pleura et se réveilla. Elle déclara alors qu'elle se rappelait de tout. Pendant sa catatonie je lui ai interdit de faire ses besoins sous elle et elle m'obéit. Il s'agit dans ce cas d'un traumatisme affectif très net, ayant entraîné une sorte de réaction psychique de blocage, ce qui explique que des réactions électriques de la raideur permettent de l'apparenter aux réactions volontaires. Ce traumatisme peut produire des effets organiques comme on put le voir par exemple dans un cas d'eczéma surve-



nant après un gros choc émotif. Peut-être s'agit-il d'une encéphalopathie lésionnelle d'origine psychique, et peut-être aussi faut-il chercher dans les désensibilisants les agents thérapeutiques.

M. CODET. — Les deux malades me paraissent assez différents. La catatonique me paraît intéressante à un double point de vue : par son état mental de déprimée anxieuse et par son aspect hystérique que le conférencier a souligné. Ce dernier point soulève un problème du plus grand intérêt.

M. PICARD. — En effet et il est parfois bien difficile, en dépit des recherches expérimentales qui tendaient récemment à limiter les manifestations catatoniques à des influences physio-pathologiques ou toxiques, d'expliquer de la sorte le déterminisme d'apparition ou de disparition des accès catatoniques. Une jeune fille, qu'il m'a été donné d'observer pendant plusieurs années et qui, après une phase d'agitation était tombée peu à peu dans un état catatonique typique avec stupeur apparente, conservation indéfinie des attitudes les plus difficiles et les plus discordantes, mutisme et refus d'aliments, état qui dura plus de six mois, en sortit brusquement à l'occasion d'une rachicentèse malgré la faible soustraction d'un liquide de formule et de tension normales. Il est certain que cet acte opératoire n'avait pu, dans ces conditions, tirer sa valeur curative que de l'incitation douloureuse, véritable équivalent d'un « torpillage » survenu au moment propice. La malade ne fournit d'ailleurs que peu d'explications sur le contenu psychologique de cette torpeur semi-consciente, sortit de l'Asile deux mois après pour être finalement réinternée près d'une année plus tard et se fixer dans un nouvel état hébéphréno-catatonique. Il demeure toujours du plus haut intérêt clinique — voire parfois médico-légal comme le premier cas qui nous a été exposé, lequel n'a pas été sans me créer personnellement quelques soucis — d'explorer plus avant, comme l'a fait le conférencier, les contenus de conscience qu'ils recèlent. La valeur symbolique des thèmes s'y révèle si flagrante, au moins chez les sujets qui n'ont pas encore sombré dans la dislocation la plus complète, que l'on peut s'étonner à bon droit que la découverte psychanalytique ait originellement procédé de l'étude des névroses de préférence à celle de ces types de psychoses. Est-



ce à dire qu'il faille attribuer dans ces cas aux traumatismes psychiques une valeur pathogénique univoque ? Les complexes, lorsqu'ils peuvent être mis en valeur, n'épuisent pas sans doute les explications nécessaires, mais ils sont, semble-t-il, indispensables à l'efflorescence des troubles, lesquels constituent dès lors une véritable symbiose organo-psychique.

M. Henri Ey. — Je regrette que la discussion, par manque de temps, n'ait pas pu s'établir sur l'analyse freudienne du premier malade. Je ne puis pas croire que le trauma affectif à lui seul ait déterminé tout le tableau clinique, comme le suggérait M. Pichon. Je suis, à ce point de vue, tout à fait d'accord avec M. Minkowski et ma façon de voir dans le symbole en psycho-pathologie un mode de pensée décomposée, rejoint assez facilement, je crois, sa propre conception d'une structure mentale beaucoup plus vaste que les phénomènes de refoulement et de substitution. Je ne puis que me réjouir des faits rapportés ensuite par Borel, Bize et Picard, puisqu'ils illustrent et complètent ce que j'ai dit de la catatonie. Quant à ce que vient de dire M. Picard, c'est exactement le point de vue qui, à mon sens, devrait rallier notre unanimité. Il me paraît évident en effet que l'on ne peut faire l'*histoire naturelle* d'une psychose sans comprendre l'étroite et fondamentale intrication des facteurs somatiques et psychiques qui s'intègrent dans les fonctions de la vie de relation dont nous étudions, en tant que psychiatres, les dissolutions.

---