D' Henri FLOURNOY

Privat-docent à la Faculté de Médecine de Genève

L'enseignement psychiatrique d'Adolf Meyer

(Extrait des Archives de Psychologie, vol, XX, nº 78, Septembre 1926.)

-

GENÈVE LIBRAIRIE KUNDIG — 1926

L'ENSEIGNEMENT PSYCHIATRIQUE D'ADOLF MEYER

Par le Dr Henri Flournoy

Privat-docent à la Faculté de Médecine de Genève.

Le professeur Adolf Meyer exerce depuis bien des années une influence considérable dans les milieux scientifiques et médicaux américains. Titulaire d'une des chaires de psychiatrie les plus importantes des Etats-Unis — celle de l'Université Johns Hopkins, à Baltimore — et directeur d'une clinique admirablement aménagée pour l'étude des maladies mentales, il a fait paraître de nombreux articles sur les problèmes fondamentaux de la psychiatrie. J'ai déjà eu l'occasion de donner un aperçu de ses idées, en 1923, dans une brève communication à l'Association Française pour l'Avancement des Sciences; l'accueil favorable qu'a rencontré mon exposé m'a engagé à le reprendre avec plus de détails. Ce n'est pas une tâche facile, car les idées directrices de l'enseignement de Meyer, encore trop peu connues en Europe, n'ont jamais fait l'objet d'une publication synthétique; elles sont du reste très personnelles et se prêtent mal à un résumé.

Ce travail est divisé en quatre chapitres; mais malgré cette division un peu arbitraire, dont le seul but est de mettre plus de clarté dans l'exposé, il ne m'a pas été possible d'éviter des redites. D'autre part, j'ai forcément dû omettre de nombreux points de cette doctrine si féconde et instructive, mais parfois difficile à comprendre sans un examen approfondi.

¹ Quelques parties de cet article viennent de paraître dans des revues médicales: un fragment du chapitre III dans l'« Encéphale », le chapitre IV en partie dans les « Annales Médico-Psychologiques » et dans les « Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie ». Le chapitre I a paru, en anglais, dans le « British Journal of Medical Psychology ». Bien que les « Archives de Psychologie » ne publient, dans la règle, que de l'inédit, nous avons pensé qu'il valait la peine de reproduire ces fragments avec les autres parties de l'étude de M. Flournoy. Les pages qui suivent donnent ainsi un aperçu d'ensemble sur l'œuvre d'un savant américain qui est en même temps, par ses origines zurichoises, notre compatriote. Comme on pourra s'en rendre compte, M. Adolf Meyer est l'un des neuropsychiatres qui s'efforcent de faire à la psychologie la plus large part dans leur enseignement. (Note de lα Réd.)

Sommaire:

	Pages
I. Le point de vue biologique en psychologie et en psychiatrie.	
Le comportement. Les causes mentales. La symbolisation	82
Les activités. Les faits fonctionnels. L'introspection	87
11. Des classifications et des diagnostics en psychiatrie.	
Divergences de points de vue, d'après une étude comparative de Meyer sur différentes écoles psychiatriques (Ziehen,	
Kraepelin, Wernicke)	90
Coup d'œil sur quelques points de la doctrine de Meyer (cor- rélations; modes de réaction; symptômes et maladie;	
psycho-névroses et psychoses)	96
Valeur des étiquettes cliniques et des cadres nosologiques.	
Formes de transition. Groupements provisoires	101
III. L'interprétation dynamique de la démence précoce.	
Défaut de l'adaptation biologique. Absence de signes spécifi-	
quement démentiels	106
Comparaison avec la paralysie générale	110
Subterfuges de l'activité. Rupture de compensation	114
Notion du « constitutional make-up »	117
Conceptions dynamiques et organiques	122
IV. Applications pratiques.	
La Clinique Henry Phipps. Préjugés à déraciner	127
Coopération entre médecin et malade. Thérapeutique par le	
travail. Rôle du personnel subalterne	131
Questions psychothérapiques. Traitement des états paranoïaques.	135
Policliniques, service social, hygiène mentale. Conclusion	142
INDEX DES PUBLICATIONS DE MEYER	149

I

Le point de vue biologique en psychologie et en psychiatrie.

Le fonctionnement des diverses parties de l'organisme, et l'action réciproque qu'elles exercent les unes sur les autres, constituent un des principaux champs d'étude de la médecine. Mais on ne saurait séparer l'être vivant du monde où il vit, et par rapport auquel il forme un tout. Comment ce tout fonctionne-t-il dans le milieu ambiant, comment cette unité réagit-elle à son entourage composé d'autres unités — voilà des questions aussi importantes que celle du rôle joué par tel ou tel organe dans le corps; la médecine ne peut pas s'en désintéresser.

Littéralement, psychiatrie signifie le traitement de l'âme; que doit-on entendre par là? D'après certaines conceptions anciennes, florissantes surtout au moyen âge, l'âme devait être considérée comme une entité d'une nature spéciale, avec laquelle il fallait compter indépendamment du corps. L'avènement de la science positive changea le problème; les chercheurs, désireux de s'affranchir de toute superstition, enlevèrent à l'âme la part trop belle qu'on lui avait faite. Ce dépouillement alla si loin, que l'idéal fut désormais d'expliquer tout par la connaissance exclusive des propriétés du corps, sans même considérer ses fonctions. On en vint à parler d'une « psychologie » qui devrait éliminer non seulement la notion surannée de l'âme, mais encore celle des phénomènes de conscience. La dissection des cadavres, l'analyse des réactions chimiques, l'étude des réflexes dans des préparations animales étaient autant de domaines où l'investigation scientifique pouvait être poussée à l'infini.

Mais en réalité l'organisme humain ne se rencontre pas isolé; il fait partie d'un monde dans lequel il vit. Son étude ne peut pas se borner à en décomposer les éléments constitutifs, dans leur structure et dans leurs activités particulières ou associées. Il s'agit aussi d'examiner des groupes de faits plus larges, de voir comment cet organisme, considéré cette fois comme une unité intégrale, se comporte vis-à-vis de celles qui l'environnent. La psychologie est précisément la science à laquelle incombe l'étude de ce fonctionnement global, tandis que la psychiatrie, branche de la médecine, doit en connaître les désordres et les moyens d'y remédier. Les deux disciplines sont donc étroitement unies et ne peuvent se passer l'une de l'autre; quant à la psychopathologie, elle se confond en pratique avec la psychiatrie dont elle constitue la définition scientifique.

En d'autres termes, la psychologie se trouve être la science du comportement (behavior). Grâce à ce point de vue, les reproches de spéculation métaphysique et de subjectivisme, que l'on a toujours été tenté d'adresser à l'étude de l'âme ou des phénomènes de conscience, n'ont plus de raison d'être. Le « comportement » de l'individu est susceptible d'une investigation objective, aussi bien que le fonctionnement de n'importe quel organe ou système d'organes particuliers. En s'en tenant à cette conception moderne, Meyer évite de tomber dans l'une ou l'autre des deux attitudes extrêmes qu'il signale à maintes reprises. D'un côté, certains

investigateurs se sont laissé entraîner par le dogme que l'esprit pouvait être étudié en lui-même, au moyen de l'introspection seule, comme s'il s'agissait de quelque chose entièrement différent des autres faits de la nature. Les médecins, en revanche, ont parfois eu pour ambition d'exclure, comme superflu, tout ce que la psychologie traditionnelle avait accumulé, ou de le traduire en termes de physiologie cérébrale. A ce propos, Meyer rappelle l'anecdote d'un directeur d'asile qui était très fier d'avoir pu éliminer, dans ses statistiques, les «causes mentales et morales», satisfaisant ainsi son préjugé que «l'esprit ne peut pas tomber malade, mais seulement le corps.» (49, p. 10) 1.

Aujourd'hui, les causes mentales et morales sont admises, mais sous une forme plus juste; il ne s'agit pas d'idées ou de sentiments qui agissent par quelque mécanisme abstrait, mais bien de facteurs réels, dus aux situations concrètes dans lesquelles se trouve l'individu. Et lorsqu'on emploie le qualificatif « psychogénétique », il s'applique à ces réactions de la personnalité entière par rapport à son entourage. On ne saurait oublier, en médecine, que l'être humain est avant tout une créature à fonctions sociales; aussi est-il nécessaire, après avoir exploré l'état corporel d'un malade donné, d'aborder aussi les problèmes de sa vie qui ne s'expliquent qu'en termes d'activités et de relations humaines. Lorsqu'on étudie l'histoire d'une personne quelconque, sa biographie, on y trouve en effet des événements, des modes de réagir, des faits réels, qui ne se laisseraient pas mettre en lumière par des analyses de toxines, des recherches de foyers infectieux ou des hypothèses cérébrales. Comprises ainsi, les « causes mentales » existent; cela a toujours été le point de vue du sens commun, dont la psychologie et la psychiatrie n'ont aucun intérêt à se départir; elles le confirment au contraire dans la mesure où elles prennent, comme principal objet d'étude, la personnalité entière et son fonctionnement social.

Cette science du comportement est dynamique; au lieu de se préoccuper de phénomènes de conscience abstraits, ou d'états mentaux considérés en eux-mêmes, elle envisage surtout des réactions mentales, des activités de l'individu. Ce ne sont pas des énigmes théoriques qu'elle cherche à éclaircir, mais bien les situations concrètes qui surgissent dans la vie d'un être donné et la

¹ Le premier chiffre entre parenthèses renvoie à l'article correspondant de l'index; le second à la page. Les passages entre guillemets sont des citations traduites textuellement.

manière dont il y réagit; en un mot, ce sont des problèmes vitaux. C'est pourquoi la psychologie et la psychiatrie conçues ainsi méritent bien d'être appelées « biologiques ». Quelles sont leurs relations avec les autres sciences de la vie ?

A cet égard, Meyer établit une sorte de hiérarchie des faits de la nature. Tous peuvent être ramenés à des « éléments » relativement simples et relèvent alors de la physique et de la chimie. Mais la réduction à ces deux sciences élimine précisément cet autre fait capital, celui d'une intégration très complexe qui est le propre des êtres vivants 1. En chimie déjà, les propriétés d'un corps aussi clairement déterminé que l'eau doivent être étudiées en ellesmêmes, indépendamment de celles de l'oxygène et de l'hydrogène qui la composent. Or la combinaison des éléments, leur intégration réciproque, peut atteindre un tel niveau de complexité et d'unité, qu'ils réalisent ce que nous appelons des unités biologiques. Ce vaste groupe, caractérisé par l'ensemble des phénomènes vitaux (métabolisme, croissance, reproduction), comprend des types purement végétatifs et d'autres doués, grâce à une motilité plus ou moins grande, d'une vie de relation, d'un véritable comportement. Les individus de ce dernier type développent un système nerveux avec toute une organisation de processus réflexes; de plus, il peut se produire ici une différenciation nouvelle, consistant en une activité dite « consciente ». C'est là le degré supérieur de complexité, le niveau psychobiologique (51, p. 113).

Pour avoir une connaissance scientifique complète d'une unité aussi évoluée que la créature humaine, on ne peut pas se borner à additionner ce que l'on sait de chacun des systèmes qui la constituent. Ses réactions globales doivent aussi être explorées en ellesmêmes; elles conditionnent l'attitude de l'individu à l'égard de son milieu ambiant, et c'est bien en termes psychologiques que la science peut en rendre compte de la manière la plus intelligible. Mais pour Meyer — insistons encore sur ce point — la psychologie n'a pas à s'occuper de soi-disant faits de conscience isolés; ceux-ci n'acquièrent leur signification et leur valeur que par le rôle qu'ils jouent dans tout ce système associatif qui forme un individu, un sujet. Comment peut-on définir ce rôle des faits de conscience, quelle est leur importance biologique?

¹ Il faut bien distinguer entre l'intégration et la simple addition ou sommation des éléments. L'intégration consiste dans la formation d'unités nouvelles, dont il n'est pas possible de prévoir entièrement la nature et les réactions d'après les qualités des éléments constitutifs.

Pour répondre à cette question, Meyer recourt à la notion de la symbolisation (12, p. 178 et 51, p. 115). Les activités dites mentales se déroulent grâce à des « signes » ou « symboles » qui représentent — sous forme de perceptions, souvenirs, idées, images, projets, etc. — certains faits, et permettent une conduite mieux ajustée aux circonstances, plus perfectionnée que celle qui dépend de simples réflexes. Pouvant utiliser au moyen des symboles les données du passé comme celles du présent, projeter des buts dans l'avenir, mettre sur le même plan la fantaisie et la réalité, la créature douée d'une vie « consciente » dispose d'un merveilleux outil d'adaptation et d'économie; de même les symboles de l'algèbre et les logarithmes facilitent les opérations du mathématicien et lui ouvrent des possibilités nouvelles.

On voit que ce point de vue sur les phénomènes de conscience est éminemment fonctionnel: la vie mentale ne saurait être conçue indépendamment de l'organisme dans l'existence duquel elle remplit une fonction vitale, utile et nécessaire. C'est pourquoi Meyer préfère substituer au terme tout court de « psychologie » celui de « psychobiologie ». Il s'élève aussi sans cesse contre la tendance qui contribue à accentuer, au nom du principe mal compris du parallélisme, l'idée d'une scission absolue entre deux séries de faits, les uns physiques, les autres mentaux. Cette tendance en a provoqué à son tour une autre, tout aussi nuisible pour la science: celle de vouloir ramener l'ensemble des faits exclusivement à l'une de ces deux séries créées d'une manière arbitraire et de tomber ainsi dans un monisme idéaliste ou matérialiste qui ne répond plus à la complexité des phénomènes observés. Lorsqu'il s'agit de réactions d'ordre psychobiologique, il n'y a aucun intérêt à les réduire à une formule simplificatrice et unilatérale. Dans la nature, ces réactions sont entièrement « intégrées », bien que les théories concernant la base organique ou les conditions histologiques des faits de conscience soient absolument inadéquates (12, p. 179).

Abandonnant le contraste traditionnel entre le physique et le psychique, Meyer se borne donc à reconnaître des modes de réaction; ici aussi, on peut établir une sorte de hiérarchie selon leur degré de complexité — ces réactions pouvant se faire à l'un des trois niveaux dits végétatif, réflexe, ou psychobiologique, suivant qu'elles impliquent le fonctionnement des organes viscéraux, du système nerveux, ou de la personnalité entière formant un tout. D'autres aliénistes américains, comme Campbell, Kirby, adoptent la même

manière de voir, bien résumée dans cette phrase du Traité de Neurologie et de Psychiatrie de Jelliffe et White, citée par Meyer: «L'hormone est l'instrument type au niveau physico-chimique, le réflexe au niveau sensitivo-moteur, et finalement le symbole au niveau psychique. » (51, p. 115). La psychiatrie ayant pour but d'étudier les désordres du comportement de l'individu — les réactions défectueuses qui se produisent, selon l'expression consacrée, à son niveau de complexité supérieure ou d'intégration totale — repose avant tout sur la psychologie et ne peut s'en passer 1.

* *

La psychologie médicale préconisée par Meyer, et indispensable à la psychiatrie, diffère quelque peu de l'ancienne psychologie classique. Elle ne se base pas sur des considérations philosophiques, et ne se limite pas à une étude simplement descriptive des états de conscience ou des «facultés de l'âme » isolées arbitrairement. Elle ne se confine pas non plus dans d'ingénieux problèmes de laboratoire, susceptibles d'être résolus au moyen de quelque instrument de précision. Tout ceci est nécessaire mais insuffisant, car la vie mentale, en tant qu'objet d'investigation, ne doit pas être dépouillée de son rôle fonctionnel. Elle se présente toujours sous forme d'activités, de conduites, de réactions plus ou moins complexes qui ont une importance biologique, et qu'on ne peut apprécier en dehors des situations naturelles dans lesquelles elles se produisent. Ces réactions, conditionnées par les événements antérieurs et par le milieu ambiant, impriment à leur tour une certaine direction au cours ultérieur de l'existence. C'est pourquoi tout examen méthodique à cet égard doit accumuler des faits réels: établir dans quelles circonstances particulières le sujet s'est trouvé, analyser les influences qu'il a subies dès l'enfance et qui ont pu façonner son mode de réagir, préciser comment il a su faire face aux obstacles avec lesquels il a été aux prises. C'est une succession d'événements qu'il faut reconstituer dans leur réalité concrète, afin de connaître les ressources et les faiblesses de l'individu dont il s'agit, et d'être

¹ En pratique, Meyer recommande aux étudiants, dans son cours d'introduction à la psychobiologie, de commencer par étudier les réactions de leur propre personnalité et de celle de trois de leurs camarades présentant les contrastes les plus marqués — comme initiation à cette étude toute objective du comportement de l'individu et de ses variétés concrètes.

à même de rectifier, dans la mesure du possible, ses adaptations défectueuses.

Cette conception laisse peu de place à l'idée d'une «fatalité constitutionnelle». En reconnaissant l'importance des causes psychologiques définies comme elles l'ont été plus haut, elle se rapproche de l'opinion courante; elle implique en outre des possibilités de modification qui seraient souvent exclues a priori au nom du dogme de la constitution innée. « Il faut se rappeler, dit Meyer, que la psychopathologie commence à attribuer un rôle défini non seulement à la croissance, à la nutrition et aux maladies exogènes du cerveau, mais aussi à ces conditions cérébrales que nous ne connaissons que comme des états mentaux et des activités mentales, dans le sens d'une psychologie dynamique. Nous commençons à considérer comme matière digne d'être explorée par la science, ce que le sens commun nous a enseigné et ce que l'éducateur a mis en pratique depuis longtemps. Nous voulons connaître l'effet que certaines activités et réactions ont sur le cours ultérieur de la vie, et savoir si en modifiant des attitudes mentales et des habitudes, nous ne serions pas en mesure d'écarter des troubles pour l'avenir. » (15, p. 90-91.)

Cette psychologie toute pratique s'attache donc à des données concrètes tirées de la vie et de la conduite de l'individu; définie ainsi, c'est une science objective qui pénétrera plus facilement dans les milieux médicaux souvent sceptiques, où règne encore parfois, selon la savoureuse expression de l'éminent aliéniste de Baltimore, une véritable « psychophobie ». Mais il faut reconnaître que cette psychophobie est due en partie à certains défauts de la vieille psychologie traditionnelle; malgré ses progrès dans les recherches expérimentales, cette science a été compromise par ceux qui ont paru lui donner, comme domaine d'investigation, des états d'âme purement abstraits ou subjectifs, au lieu d'insister sur l'importance fonctionnelle de ces états et de maintenir ainsi le pont avec le reste de la biologie. Il en résulte que la psychologie s'est parfois acquis dans le monde médical une réputation d'inutilité, alors qu'elle devrait au contraire faire partie, depuis longtemps, du programme d'études des futurs praticiens.

Dès que les médecins se trouvent en face de réactions mentales anormales, ils ont tendance à abandonner l'attitude du sens commun, observe Meyer; ils pensent qu'il ne serait pas scientifique de voir simplement dans ces réactions des tentatives infructueuses, de la part du sujet, de s'adapter aux circonstances ambiantes. Et au lieu d'analyser sans préjugé tous les faits relatifs à l'incident en question, « ils passent tout à coup à une vue unilatérale des facteurs non-psychologiques de la situation, ils abandonnent le terrain de l'observation contrôlable, traduisent ce qu'ils voient en un jargon de mythologie cérébrale absolument invérifiable, et sont convaincus que c'est là la seule manière admissible et scientifique. » (12, p. 172). Or, dans la majorité des troubles mentaux, ce sont bien des faits fonctionnels que l'on constate directement; et plutôt que d'échafauder des hypothèses anatomiques et de se payer de mots avec ce que Meyer appelle des « tautologies neurologiques », il est préférable de rester sur le terrain des faits, tels qu'ils se présentent en réalité.

Une connaissance superficielle de la doctrine de Meyer pourrait faire croire qu'il sous-estime l'importance des facteurs somatiques. Il n'en est rien. Dans sa hiérarchie des niveaux de complexité d'un organisme, le degré supérieur, caractérisé par les symboles psychologiques, vient se superposer aux degrés inférieurs végétatifs et réflexes, mais il ne les élimine pas et ne peut exister sans eux. C'est pourquoi l'étude des conditions non-mentales d'une réaction psychobiologique est indispensable; Meyer tire, en pratique, le parti le plus abondant des méthodes d'investigation de la médecine générale et des données anatomiques, à l'étude desquelles il voue un soin méticuleux. Mais il ne faut jamais perdre de vue que ceci ne suffit pas à rendre compte d'un trouble mental: le degré supérieur de complexité, le seul où interviennent des phénomènes mentaux, est précisément celui qui permet la meilleure adaptation de l'individu aux circonstances dans lesquelles il se trouve. C'est là que réside la partie essentielle du problème, qui ne peut être déterminée qu'en termes psychologiques; car cette fonction d'adaptation ne dépend pas d'un organe particulier du corps, mais bien de l'intégration totale de la personnalité, et des influences au milieu desquelles elle s'est développée. Ceci revient à dire qu'aucun état normal ou morbide ne saurait être qualifié d'« inorganique », si l'on entend par là une condition sine materia inconcevable en biologie. Par contre les états mentaux sont tous «fonctionnels» par définition, en ce sens qu'ils se révèlent par tel ou tel désordre dans la fonction supérieure de l'individu, celle de son adaptation sociale - quelle que soit du reste la part des facteurs non-mentaux, végétatifs et réflexes, qui entrent aussi en ligne de compte.

Si la psychologie médicale de Meyer fait la place la plus large à l'anatomie et à la physiologie, elle ne se prive pas des renseignements fournis par l'introspection. Il s'agit de scruter les tendances intimes et les conflits affectifs, de déceler les chocs moraux d'après les données subjectives du malade. En utilisant cette dernière voie d'exploration, Meyer s'éloigne de la doctrine trop étroite des psychologues orthodoxes du comportement, des «behavioristes» stricts. Pour ceux-ci, en effet, il faudrait s'en tenir à la constatation seule des choses visibles du dehors, sans se préoccuper du contenu des états de conscience. Pour Meyer, il est vrai, ce contenu n'importe pas en lui-même, mais il représente avec une grande économie, grâce à son caractère symbolique signalé plus haut, des faits concrets; ainsi il aide l'être à s'adapter à la situation réelle, et joue un rôle biologique de premier ordre. La connaissance de ce contenu et de ses déviations est donc indispensable, mais elle est subordonnée — comme le sont d'autre part toutes les notions purement anatomiques ou physiologiques — à un problème de biologie générale.

A notre avis, ce point de vue largement compréhensif échappe aux critiques très fortes qui ont été formulées contre la psychologie étroite du comportement, en particulier par Mac Dougall, Roback, Claparède. L'attitude de Meyer n'exclut pas non plus le caractère intentionnel (purposive) des processus mentaux, caractère sur lequel les psychologues tendent à insister toujours davantage. 1

H

Des classifications et des diagnostics en psychiatrie.

On sait combien il est difficile d'établir une classification uniforme des maladies mentales. Il arrive que le diagnostic porté sur un même cas varie, suivant les psychiatres, d'une manière à laquelle on n'est pas accoutumé dans les autres branches de la médecine. Ces divergences s'expliquent par la diversité des points de vue auxquels on peut se placer lorsqu'on essaie de définir les psychoses. La difficulté en question apparaît avec clarté dans une étude fort intéressante parue en 1904 (8), où Meyer donne un aperçu des débuts de

¹ Voir à ce sujet les rapports et discussions, au dernier Congrès international de Psychologie (Oxford, 1923), de Myers, Piéron, Bovet, Janet, Claparède, Adler, Reymond, Adrian, Head, Sjöbring, etc.

la psychiatrie contemporaine. Je résumerai son article et en citerai plusieurs passages, ce qui permettra de mieux préciser ensuite le point de vue de Meyer lui-même.

Il rappelle qu'après la période principalement descriptive, inaugurée par Pinel et Esquirol, ce sont les problèmes de la dégénérescence et de l'hérédité qui reçoivent une impulsion formidable, sous l'influence de Morel et de Magnan. D'autre part, les auteurs anglais, comme Maudsley et Hughlings-Jackson, insistent sur le principe de l'évolution. Parmi les aliénistes allemands, il faut citer surtout Ziehen, Kræpelin et Wernicke; c'est à eux que Meyer consacre la plus grande partie de son étude.

« Ces hommes, dit-il, ont émancipé la psychiatrie de sa position particulière d'accessoire de la neurologie — science passée au premier plan lorsque les progrès techniques attiraient l'attention sur le domaine vierge des lésions de la moelle épinière et d'autres désordres nerveux. A cette époque il était possible que la chaire de psychiatrie fut dennée à un anatomiste, parce qu'il avait publié quelque étude de grande valeur sur le développement des faisceaux de la moelle et des pédoncules cérébraux; l'intérêt principal des aliénistes en charge de cliniques universitaires était dirigé en grande partie sur les maladies nerveuses. Kraepelin a été fidèle à la psychiatrie comme telle, et à son corrélatif immédiat, la psychologie expérimentale, sans éprouver le désir d'orner sa position avec les lauriers faciles à obtenir en neuro-histologie; sa foi a été amplement récompensée. Wernicke, d'autre part, est entré dans la psychiatrie du côté neurologique, mais aussi avec un grand crédit, grâce à son scrupuleux discernement en matière de symptomatologie. Ces hommes avaient été, l'un et l'autre, fortement inspirés par Kahlbaum; Wernicke l'avait été aussi par son prédécesseur Neumann. Ces deux auteurs, Kahlbaum et Neumann, trop appliqués pour leur époque, n'avaient pas pu arrêter la marée de la tradition et de la psychiatrie microscopique ou « spinale »; mais ils méritent d'être mentionnés, même avant Griesinger, parmi les classiques de la psychopathologie»

« Kraepelin, sous l'influence de Gudden et de Wundt, avança dans deux directions de travail très voisines: l'observation clinique et l'expérimentation. A un moment où d'autres pensaient pouvoir déceler la nature de la maladie par des coupes laborieuses et le microscope, Kraepelin se rendit compte que la grande nécessité était de trier soigneusement les symptômes morbides selon leur importance, pour déterminer la nature du trouble. Il réalisa aussi que la meilleure école pour l'observation clinique (observation continue, telle qu'elle peut seulement se faire dans un hôpital bien organisé ou « clinique ») était de produire l'anomalie artificiellement, d'expérimenter; c'est ainsi que nous pouvons déterminer avec exactitude la constitution de l'individu ainsi que son mode habituel de réagir et d'agir, et faire varier à volonté les conditions étiologiques, comme la quantité de poisons ou les influences diverses, telles que fatigue, sommeil, faim, etc. De 1880 à 1895, ce travail expérimental n'avait cependant guère apporté de modification profonde dans le cours

ordinaire de la psychiatrie. Le nouveau point de vue ne devait acquérir toute sa force que grâce à une réaction (contrast). Ziehen, ancien assistant, mais non adepte de Kahlbaum, un travailleur extrêmement systématique connu par de nombreuses contributions dans les domaines les plus hétérogènes (expériences sur l'épilepsie, études cliniques sur le pouls et les fonctions gastriques des aliénés, manuel de psychologie, etc.) — un auteur qui a parcouru aujourd'hui les champs entiers de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie cérébrales, de la psychiatrie, de la psychologie et même de l'épistémologie, et qui vient d'être appelé à la chaire de psychiatrie la plus en vue de l'Allemagne — Ziehen a été plus ou moins responsable de la réaction qui a donné à l'école de Kraepelin une importance particulière en psychiatrie. » (8, p. 221-22.)

Meyer remarque ensuite que Ziehen fait reposer sa classification des maladies mentales sur les grandes divisions de la psychologie normale traditionnelle. C'est ainsi qu'il distingue des psychoses affectives (manie, mélancolie, neurasthénie), des psychoses intellectuelles (stupeur, paranoïa, obsessions), et des psychoses mixtes (stupeur post-maniaque et post-mélancolique, paranoïa hypocondriaque post-mélancolique, folie maniaque-mélancolique et catatonie, etc.). Ziehen oppose ces affections « sans déficit intellectuel » aux psychoses déficitaires, soit congénitales (idiotie, imbécilité, débilité), soit acquises (démence paralytique, démence sénile, démence consécutive aux lésions cérébrales en foyer, démence secondaire des psychoses fonctionnelles épileptiques et alcooliques).

Cette classification de Ziehen, destinée surtout à satisfaire un système psychologique, ne correspond pas à l'expérience clinique. D'une part elle néglige certaines unités morbides indiscutables; d'autre part elle réunit des états mentaux qui n'ont de commun que des ressemblances superficielles et temporaires. C'est contre ce défaut que Kræpelin met en garde. Il voit surtout la plus grande confusion dans le chapitre de la paranoïa, où l'on trouve côte à côte des états incurables d'idées de grandeur ou de persécution, et des psychoses d'épuisement aiguës et transitoires. Kræpelin reproche à Ziehen d'établir des groupes symptomatiques au lieu de chercher à isoler de véritables entités nosologiques; lui-même, sans se préoccuper de la psychologie traditionnelle, s'efforce de reconnaître la signification clinique des faits observés et d'évaluer l'importance qu'ils ont pour le cours entier de la vie du malade.

Mais, comme le fait observer Meyer, Kræpelin lui-même adoptait aussi, dans les premières éditions de son ouvrage, un groupement avant tout symptomatique et descriptif. Il parlait d'états de dépres-

sion (mélancolie), d'états oniriques (somnambulisme, stupeur, léthargie), d'états d'excitation (manie, délires), d'états périodiques, d'états neurasthéniques (doutes, phobies, impulsions), d'états démentiels, etc. C'est seulement dans sa 4^{me} édition (1893) qu'apparaît un nouveau chapitre sur les « processus de dégénérescence psychique », comprenant la démence précoce, la catatonie et la démence paranoïde. Enfin, la 5^{me} édition (1896) — celle que Kræpelin promit d'écrire afin d'étayer sa critique à l'adresse de Ziehen — présente de tels changements, qu'elle marque un tournant décisif dans l'histoire de la psychiatrie. Kræpelin abandonne ici, pour sa classification, les concepts psychologiques: les symptômes mentaux, dit Meyer, sont détrônés, à moins qu'ils ne soient caractéristiques de l'étiologie, de l'évolution et du pronostic. Dans cette 5^{me} édition, les psychoses sont réparties de la manière suivante:

- Groupe des troubles d'épuisement et d'origine infectieuse (délires post-fébriles et de collapsus; amentia).
- II. Groupe des intoxications (alcool, morphine, cocaïne).
- Troubles du métabolisme (myxœdème, démence précoce, paralysie générale).
- IV. Psychoses dues à des maladies cérébrales.
- V. Troubles de la période d'involution (mélancolie, démence sénile).
- VI. Troubles constitutionnels (folie maniaque-dépressive, paranoïa, troubles accompagnant les névroses, idiotie).

Les changements essentiels portent non seulement sur les principes cliniques (étiologie, évolution, pronostic) qui inspirent la nouvelle classification, mais sur l'importance psychiatrique particulière que Kræpelin attribue dès lors à trois maladies: la paralysie générale, la démence précoce et la folie maniaque-dépressive. Voici comment Meyer s'exprime à cet égard:

« La paralysie générale, qui était il y a une centaine d'années une simple « complication » des psychoses, reçoit maintenant le rang de paradigme des maladies mentales, comme en étant la forme la plus définie. Dans les statistiques de New-York, c'est la seule maladie de pronostic défini; elle se fait remarquer comme étant, en pratique, uniformément sans espoir quant à la guérison. Elle implique non seulement, d'une façon invariable, une démence progressive, mais aussi des désordres organiques tels qu'ils aboutissent en général à la mort en quelques années. Il est très probable qu'elle apparaît seulement sur le terrain d'une infection syphilitique préalable. Les symptômes mentaux sont classés comme fondamentaux dans la mesure où ils démontrent la détérioration caractéristique. En outre il y a de nombreux symptômes temporaires (« Zustandsbilder ») — tableaux cliniques d'un caractère plus

accidentel, relativement dépourvus d'importance pour le diagnostic et le pronostic — bien qu'ils puissent frapper l'entourage beaucoup plus que les symptômes fondamentaux, et même obscurcir le diagnostic en détournant l'attention du médecin. La paralysie générale est considérée comme une auto-intoxication, de même que les psychoses plus rares d'origine thyroïdienne, et que la démence précoce. Cette dernière maladie reçoit une telle extension qu'elle englobe tous ces cas de troubles mentaux qui mènent à une détérioration particulière appelée en général démence secondaire, et sont ainsi enlevés au concept de la dégénérescence pour passer à celui d'un « processus morbide » spécial. Une révolution plus complète de la tradition a rarement été tentée.

« La mélancolie est de nouveau entièrement divisée (voir la première édition), mais d'une manière différente. La mélancolie agitée, qui était alors classée avec la manie, est reconnue comme étant une maladie de la période d'involution, tandis que la mélancolie simple et la mélancolie récurrente, ainsi que les formes non détériorantes d'excitation, constituent une grande unité: la folie maniaque-dépressive.....

«.... Ces changements radicaux furent quelque peu atténués dans les éditions ultérieures, mais les lignes principales sont restées. Lorsqu'on lit les éditions successives, on ne peut s'empêcher de déplorer que Kraepelin n'ait jamais publié le matériel clinique sur lequel il base son livre; on pourrait ainsi comprendre de première main ce qui a provoqué les changements, et voir comment les observations du passé apparurent sous un nouveau jour. Kraepelin présente des tableaux composites, ce qui rend tout contrôle impossible. La réaction à l'égard de Ziehen me semble expliquer, en partie, cette soudaineté des changements entre les quatrième et cinquième éditions, qui soulève tant de questions. » (8, p. 226-227.)

Pour Meyer, le grand mérite de Kræpelin est d'avoir tenu compte de la manière dont se déroule le cours entier de l'existence, et d'avoir subordonné à ce problème essentiel toutes les considérations accessoires. Au lieu de faire porter le poids sur des distinctions purement formelles — comme celles qui apparaissent entre des états de dépression et d'excitation — il a cherché à considérer les événements de la vie du malade au point de vue de leur évolution et de leur issue; c'est ce qui lui a permis d'établir des entités morbides beaucoup plus satisfaisantes, telles la démence précoce et la folie maniaque-dépressive. En se basant en outre sur de nombreuses recherches expérimentales, Kræpelin a contribué à enrichir cette psychologie biologique dont la médecine a grand besoin.

On verra plus loin en quoi Meyer s'écarte résolument de Kræpelin; mais il convient d'abord de jeter un coup d'œil sur l'analyse qu'il donne de l'œuvre de Wernicke, un autre aliéniste dont l'attitude est aussi très différente de la sienne.

Wernicke se place à un point de vue moins expérimental que

Kræpelin. Par suite de son éducation neurologique, il se préoccupe surtout de rattacher les symptômes mentaux à des désordres dans le fonctionnement de certains organes définis. Il serait enclin à expliquer toutes les psychoses par des mécanismes analogues à ceux qui rendent compte de l'aphasie, et fait reposer la psychologie spéciale dont il se sert sur un ensemble d'hypothèses neurologiques. Les maladies mentales seraient toutes des troubles d'« identification », se produisant dans les sphères sensorielle, motrice ou intrapsychique. Influencé par l'enseignement de Meynert, Wernicke ne résiste pas non plus à la tentation d'assimiler les « concepts » et les « souvenirs » à des groupes cellulaires définis. Sa théorie de la « séjonction » est censée expliquer la majorité des états psychopathologiques en termes d'anatomie cérébrale 1.

Wernicke ne s'intéresse donc pas tant au cours et à l'issue des événements de la vie du malade, si importants soient-ils; ce sont plutôt des questions de détail qui absorbent son attention. La même remarque s'applique à ses analyses de cas particuliers; elles sont présentées avec un souci méticuleux du détail individuel, que l'on cherche en vain dans les tableaux cliniques composites et généraux donnés par Kræpelin. Dans la paralysie progressive, par exemple, il se base sur l'extrême variété des symptômes mentaux pour décrire avec grand soin un certain nombre de types distincts, que Kræpelin paraît confondre étant donné l'uniformité de leur pronostic. On peut reprocher à Wernicke cette ambition bien inutile, qui consiste à vouloir substituer aux faits d'observation psychologique des hypothèses de physiologie cérébrale. L'explication par des faits, quelle que soit leur nature, est toujours préférable à celle qui recourt à des suppositions. Néanmoins, la valeur proprement psychiatrique des travaux de Wernicke est considérable; Meyer les met en parallèle avec ceux de Kræpelin. A son avis, les résultats auxquels les deux auteurs ont abouti coïncident à plusieurs égards, bien que les méthodes suivies fussent tout à fait différentes.

L'analyse de l'œuvre de ces trois aliénistes allemands montre qu'ils ont chacun leur manière particulière d'aborder l'étude de la psychiatrie; ceci explique les grandes divergences qui se révèlent dans leur façon de classer les psychoses. On peut en effet établir des groupes en se basant sur le cours de l'évolution, sur l'étiologie,

¹ Meyer avait déjà exposé et discuté cette doctrine dans un précédent compte rendu. (« Psychological Review », 1895, II, p. 512).

sur l'anatomie pathologique, etc. Chaque système a ses avantages, et Meyer estime qu'il est indispensable de se placer à plusieurs points de vue si l'on veut rendre compte de toutes les données de l'observation. Aussi met-il en doute, comme Ziehen, la possibilité d'arriver à une classification uniforme; ce qui importe beaucoup plus que l'uniformité des cadres nosologiques, c'est de respecter les faits particulièrement hétérogènes qui se présentent au psychiatre, et de savoir adopter des points de vue divers suivant les cas.

A ce sujet, Meyer cite encore la curieuse controverse qui s'était élevée entre Ziehen et Nissl. Ce dernier auteur concluait qu'une des exigences des sciences médicales est de pouvoir grouper les faits d'après un criterium unique: pour lui, l'anatomie pathologique serait le seul criterium permettant une classification satisfaisante des maladies mentales. Et afin d'étayer cette thèse exclusiviste, Nissl ne craignait pas de prétendre que « dans presque toutes les psychoses fonctionnelles il est possible de démontrer des trouvailles anatomiques dans l'écorce cérébrale. Dès qu'on accepte de considérer tous les troubles mentaux comme étant l'expression clinique de processus morbides définis de l'écorce, on écarte l'obstacle qui rend aujourd'hui tout accord impossible entre les aliénistes. 1 » Meyer reprend cette affirmation dogmatique et y répond en des termes qui sont encore justes vingt ans après: « Lorsque nous regardons les faits, dit-il, il devient suffisamment clair que l'anatomie a fourni jusqu'ici trop peu de données décisives, et que les hypothèses les meilleures sont celles qui reposent sur des faits évidents et contrôlables, faciles à expérimenter et à vérifier; or cette vérification expérimentale donne des résultats plus abondants par la voie fonctionnelle que par l'anatomie pure, dans la plupart des maladies avec lesquelles nous avons affaire. A quoi sert un dogme anatomique?» (8, p. 237.)

Meyer termine l'article que je viens de résumer en faisant ressortir encore les mérites respectifs et très différents de Kræpelin et de Wernicke. Il insiste aussi sur les travaux de Pierre Janet, qui est arrivé à préciser, dans un domaine beaucoup plus accessible à la psychologie de l'hypnotisme, les caractères d'un groupe si important de névroses.

* *

Après cet aperçu historique, il est possible de mettre mieux en relief le point de vue de Meyer lui-même. Il fait observer que chaque auteur a une tendance à surestimer les principes qui lui servent

¹ NISSL, *Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen*. (« Centralbl. für Nervenheilk. und Psychiatrie », Neue Folge, 13, 1902, p. 2). Cité d'après Meyer.

de base dans ses recherches. Cela est inévitable; c'est d'ailleurs ce qui incite chacun à récolter le maximum de faits susceptibles de tomber sous ses moyens d'exploration et à les mettre en lumière. Mais personne ne doit s'attendre à pouvoir élaborer un système définitif qui embrasse tous les phénomènes observés.

Les faits que rencontre l'aliéniste sont d'une extrême diversité quant à leur nature; ils constituent un ensemble beaucoup plus disparate que ceux qui intéressent les autres branches de la médecine. Il est particulièrement difficile d'établir entre eux ces relations simples de cause à effet, qui donnent par exemple à l'étude de la chirurgie un degré de précision inconnu en psychiatrie. Le psychiatre est obligé dans la majorité des cas de tenir compte d'une situation très embrouillée, pleine d'éléments hétéroclites, dont il est malaisé d'évaluer avec exactitude l'importance réciproque, surtout en ce qui concerne les facteurs psychologiques. Meyer estime qu'il est du reste nécessaire d'abandonner l'idée d'une cause définie entraînant toujours un effet précis. Nous devons chercher à déterminer l'ensemble des conditions dans lesquelles les phénomènes se produisent — et les circonstances où ils varient — sans vouloir attribuer une valeur causale à un élément unique. Meyer remarque que la portée toute relative d'un facteur isolé, et la nécessité d'envisager les corrélations générales, sont des notions admises de plus en plus dans les sciences: par Mach et Kirchhoff en physique, Roux en morphologie, Verworn en physiologie (27, p. 318). A plus forte raison doit-il en être ainsi, lorsqu'il s'agit de phénomènes aussi complexes que ceux qui entrent en considération dans les psychoses. Vis-à-vis des troubles mentaux il faut prendre la même attitude qu'en face d'une expérience quelconque produite spontanément par la nature: déterminer les conditions multiples dans lesquelles elle a lieu et, si elle ne peut être répétée expérimentalement, établir ses relations avec des états qu'il est possible d'observer ou de créer à volonté. Parmi ceux-ci, signalons le sommeil et les états analogues, les états de dissociation hypnotique, de fatigue, d'intoxication; et du côté essentiellement psychologique, les états de préoccupation, de conflits, de désirs, de satisfaction symbolique, de refoulement. Tous ces états fonctionnels, qui jouent un rôle dans l'adaptation biologique de l'individu normal, entrent également en ligne de compte dans les réactions morbides.

Il va sans dire que cette détermination dynamique et fonctionnelle ne doit, en aucun cas, faire négliger la connaissance des faits organiques impliqués dans les phénomènes observés. Mais si l'étude organique est commune à toutes les branches de la médecine, y compris la psychiatrie — c'est à cette dernière branche seule qu'incombe tout spécialement l'investigation psychologique. C'est dans la mesure où Meyer insiste sur ce côté de la question, qu'il se montre véritablement psychiatre. On comprend aussi pourquoi, à son avis, les expressions « psychopathologie » et « psychiatrie » deviennent synonymes.

Néanmoins, l'aliéniste est obligé de reconnaître que les manifestations morbides se ramènent parfois à des faits organiques connuset constatables. Ou bien, à défaut de faits, ce sont des hypothèses conçues en termes anatomiques qui sont les plus satisfaisantes et les plus simples. Pour ces cas (comme dans la paralysie générale), l'analyse et l'interprétation psychologiques paraissent être superflues et même inadéquates. Aussi faut-il éviter toute attitude dogmatique et s'abstenir d'exclusivisme. C'est pourquoi Meyer — dont la psychiatrie repose forcément sur la psychologie telle que j'ai essayé de la définir dans le premier chapitre — insiste sans cesse sur l'obligation, pour l'aliéniste, d'avoir une large culture médicale lui permettant d'adopter des points de vue divers suivant les cas. Il fait toujours ressortir la nécessité d'une étroite coopération avec la neurologie et la médecine générale; mais il se garde de tomber dans l'erreur qui consiste à oublier la base psychologique fondamentale propre à la psychiatrie, et à confondre cette branche avec des branches voisines.

Une des conséquences de cette dernière erreur, c'est de donner à la paralysie générale une place prépondérante dans la classification des psychoses. Cette affection, malgré son importance médicale si grande, a un intérêt secondaire au point de vue de la psycho-pathologie; l'investigation des facteurs mentaux y joue en outre un rôle très minime, pour ne pas dire nul. Il n'y a donc aucune raison, à moins de se placer à un point de vue unilatéral et de chercher à satisfaire avant tout le « penser anatomique », de prendre la paralysie générale comme prototype des maladies mentales.

Mais il convient de rappeler encore — afin de rester sur le terrain strictement psychiatrique et d'éviter toute confusion — ce que l'on doit entendre par faits psychologiques, ces faits dont l'étude constitue la tâche essentielle du psychiatre. Meyer ne réserve pas cette dénomination à des phénomènes de conscience subjectifs et acces-

sibles à l'introspection seule, mais à une catégorie particulière de modes de réaction. Cette catégorie comprend toutes les réactions globales par lesquelles l'individu, considéré comme une unité, répond aux sollicitations diverses de son entourage. La manière dont ces réactions s'adaptent plus ou moins bien au milieu dans lequel l'être doit vivre, réalise donc une véritable expérience d'adaptation biologique. Il s'agit, pour Meyer, d'une « psychologie appliquée » qui doit examiner, dans chaque cas particulier, la longue série des faits concrets, des modes de réaction, qui se sont succédé au cours de l'existence (life-record). Cette connaissance approfondie permet de résumer le type spécial du malade étudié; elle donne les indications voulues pour modifier, si possible, sa façon ultérieure de réagir.

Beaucoup d'états pathologiques — ceux-là, précisément, que le vrai psychiatre doit revendiquer à bon droit - ne deviennent intelligibles qu'à la lumière de cette psychologie dynamique et évolutive. Sur ce point, Meyer met en garde contre une idée erronée et très répandue, d'après laquelle les faits psychologiques ne devraient être considérés que comme des « manifestations» trahissant quelque processus morbide invisible et plus fondamental. « Kræpelin, dit-il, peut bien être compté parmi ceux qui, malgré leur intérêt pour les méthodes expérimentales, étudient chez leurs malades les faits psychologiques comme s'ils étaient de simples symptômes de maladies plus ou moins hypothétiques cachées derrière eux. » (26, p. 912.) Or, c'est accentuer inutilement une distinction déjà superficielle, que de séparer les symptômes et la maladie; en réalité tout état morbide comprend un ensemble de faits coordonnés, dont les uns ont reçu le nom de symptômes dans le langage médical courant parce qu'ils sont plus faciles à déceler que les autres. Mais ces « symptômes » font eux-mêmes partie intégrante du processus morbide, aussi bien que le reste. La tâche de l'investigateur est d'amener au jour la plus grande quantité possible de données et de les trier ensuite selon leur importance; mais cela n'a aucun sens de subordonner des faits fonctionnels, objectifs et constatables - comme le sont les réactions psychologiques dans les psychoses — à des données hypothétiques et mystérieuses dont on « suppose » l'existence derrière eux et qui constitueraient la maladie (14, p. 250). L'interprétation du tableau clinique par des faits, quels qu'ils soient, prime celle que l'on base sur des hypothèses; ces dernières n'ont de valeur que dans la mesure où elles provoquent la découverte de faits nouveaux, dont on pourra alors juger l'importance par rapport aux faits déjà connus.

« N'est-ce pas une inutile tautologie, fait observer Meyer, de dire qu'un individu est anormal parce qu'il a une maladie du cerveau, si personne ne peut démontrer cette maladie autrement que par les ajustements erronés et morbides des activités mentales de cet individu et les dangers qu'ils impliquent; ceci d'autant plus que nous avons, dans le traitement, à modifier la fonction, c'est-à-dire les activités mentales et les faits et gestes du malade, tandis que nous n'avons que peu de moyens d'atteindre directement les cellules nerveuses? La psychiatrie moderne parle beaucoup moins de changements mystérieux dans le cerveau, même lorsqu'elle sait qu'ils existent, à moins que l'on puisse y faire quelque chose. C'est en mettant l'accent sur ce qui doit être fait, que nous trouvons un terrain sûr. » (17, p. 6-7.) Et ailleurs: « Nous avons appris que lorsqu'un malade présente un type défini de délire, d'obsession, de dépression ou de nervosité, nous pouvons tirer des conclusions pratiques et établir un plan de traitement — sans essayer de traduire ces faits simples et instructifs en des termes obscurs de spéculations cérébrales que personne ne peut contrôler, et dont la plupart sont ou bien inexactes ou si mal prouvées, qu'on ferait mieux de les exprimer avec plus de modestie. Nous sommes beaucoup plus disposés aujourd'hui à admettre notre ignorance sur certaines choses, parce que nous savons mieux, en revanche, nous tirer d'affaire avec celles que nous connaissons. Dispensons-nous donc de traduire de simples faits en un langage de cellules et de centres cérébraux hypothétiques, à moins que nous ne puissions démontrer ces derniers, ou faire avancer réellement notre travail par ces hypothèses. Consacrons plutôt notre temps à une meilleure analyse fonctionnelle des faits, et épargnons ainsi à notre auditeur une mystification superflue et préjudiciable. » (17, p. 5.)

Selon Meyer, l'école française de Ribot, Binet et Janet, tout en restant fidèle aux classifications descriptives, a manifesté de fortes tendances biologiques et fonctionnelles et s'est débarrassée de ces « tautologies neurologiques ». Ensuite s'est produit le mouvement freudien, sérieusement renforcé par l'école de Zurich.

Il y a lieu de préciser ici l'opinion de Meyer sur la distinction traditionnelle entre psychonévroses et psychoses. Il estime que cette distinction ne répond à rien de fondamental et doit s'atténuer de plus en plus. D'autres aliénistes tendent aussi à fusionner les deux grands groupes de troubles mentaux; mais ils opèrent, pour ainsi dire, en sens inverse. Ils diminuent l'importance des psychonévroses en les submergeant dans des catégories de psychoses proprement dites, plus faciles à délimiter et à classer; les premières seraient en quelque sorte réduites au rang de formes frustes — pour ne pas dire de « maladies d'asile » avortées! Meyer ne l'entend pas

ainsi. A son avis, les psychonévroses font incontestablement partie du domaine de la psychiatrie. Mais elles présentent, aux yeux du psychiatre, assez de traits caractéristiques pour mériter une place à elles; ce sont elles, justement, qui fournissent un champ d'application immense aux analyses d'ordre fonctionnel et dynamique. La fusion des psychonévroses et des psychoses devrait avoir pour premier résultat de faire pénétrer autant que possible, dans notre connaissance des maladies mentales en général, cet esprit d'investigation psychologique qui s'est montré d'abord si nécessaire à l'étude des psychonévroses et y a fait réaliser tant de progrès.

Il est vrai que toute investigation psychologique prend du temps. Débrouiller les facteurs qui jouent un rôle dans des situations souvent très complexes, reconstituer la série des réactions mentales par lesquelles le malade a répondu aux circonstances ambiantes — voilà une tâche qui varie beaucoup suivant chaque cas particulier et que l'on voudrait pouvoir simplifier. Ce point nous amène à la question, si débattue, de la valeur et de l'utilité des diagnostics précoces et collectifs en psychiatrie.

* *

On pense souvent que le problème du diagnostic consiste à choisir, dans quelque classification préétablie, l'étiquette clinique qu'il convient d'épingler sur un cas donné. Compris ainsi, le diagnostic ne présente qu'un intérêt tout à fait accessoire selon Meyer; ce qui lui importe avant tout, en présence de tel ou tel malade, c'est d'établir d'une manière aussi directe et aussi concrète que possible, les facteurs organiques, fonctionnels, psychologiques qui entrent en ligne de compte, afin de pouvoir baser ainsi sur des données positives et individuelles sa façon de juger et d'intervenir. On a trop tendance, pense-t-il, à s'attacher à des questions théoriques de nomenclature et à se préoccuper du « cadre nosologique » dans lequel est censé rentrer le malade.

Meyer déplore qu'on cherche à introduire en psychiatrie ces entités morbides fixées d'une manière excessive, à un moment où la médecine générale commence à abandonner les classifications trop schématiques. Elle vise à l'étude directe des faits (fonctionnement du cœur, par exemple) tels qu'ils se présentent d'une manière variable et concrète chez « l'individu malade » — plutôt qu'à l'étude d'une prétendue entité pathologique dont la marche serait déter-

minée d'avance (ancienne endocardite) et qu'on appelle « la maladie ». Il devrait en être de même en psychiatrie. C'est pourquoi Meyer, après avoir fait ressortir encore la nécessité d'étudier les cas au point de vue individuel et dynamique, s'exprime ainsi à l'égard de l'une des distinctions nosologiques les plus radicales de la doctrine de Kræpelin: « Depuis longtemps je ne me suis pas intéressé autant à la question de savoir si le malade est un cas de démence précoce ou de folie maniaque-dépressive, qu'aux questions suivantes: Quelle combinaison de faits et de facteurs le sujet présente-t-il? Quels sont les groupes de réactions et les conditions qui entrent en jeu? Sur quelles données dois-je tabler et quelles sont les forces disponibles? Quel genre de tendances manifestent les réactions du malade et quel est le pronostic individuel? » (53, p. 358). Ce sont là des questions toutes pratiques.

La pratique a en effet montré à Meyer une quantité notable de cas auxquels on avait appliqué dès le début le diagnostic de psychose maniaque-dépressive: ils ont évolué vers un état chronique. Inversement, parmi les nombreux malades appelés déments précoces, une forte proportion s'est remise et n'a jamais donné les signes de détérioration indiscutable venant justifier après coup ce dernier diagnostic. L'expérience inflige trop souvent des démentis de ce genre, même aux aliénistes les plus notoires et les plus avertis. Pour expliquer ce fait on serait tenté d'invoquer la thèse si simple des « erreurs de diagnostic », que le spécialiste le plus compétent peut commettre; on pourrait incriminer aussi l'insuffisance des moyens d'investigation dont il dispose. Mais les concepts de la folie maniaque-dépressive et de la démence précoce, si généralement admis, n'ont-ils pas subi de grandes fluctuations de la part de Kræpelin lui-même? Ne faut-il pas admettre des formes de transition? (53, p. 357.)

Quoi qu'il en soit, cet état de choses donne raison à ceux qui éprouvent quelque méfiance à l'égard des diagnostics les plus classiques de la psychiatrie ou ne veulent leur attribuer qu'une valeur relative. En outre, l'explication si commode par les « erreurs » ou par l'imperfection des procédés d'exploration ne paraît pas suffisante. Il y a lieu en tout cas de soupçonner autre chose: c'est que l'état morbide lui-même ne possède effectivement, dès le début des manifestations visibles, aucun caractère spécifique de nature à diriger son cours et à dicter sa terminaison; ce n'est qu'au fur et à mesure de l'évolution individuelle que se présenteront les éven-

tualités diverses. Rien ne prouve qu'il n'en soit pas ainsi. On comprend dès lors pourquoi les diagnostics différentiels précoces sont si souvent infirmés dans la suite. Vouloir les poser à tout prix, c'est répondre à une énigme dont on n'a pas les éléments — c'est se prêter à un jeu de devinette.

Il faut surtout renoncer à l'idée que l'état de chaque malade correspond à une maladie (one person one disease, 45, p. 862). En fait, il s'agit presque toujours, et à un très haut degré, d'un enchevêtrement de conditions multiples propres à l'individu donné. Si l'aliéniste se laisse séduire par le charme simplificateur des cadres bien précis, il finit par négliger l'analyse des facteurs personnels et se livre à un travail artificiel de nomenclature. En résumé, Meyer est prêt à admettre les diagnostics de la psychiatrie traditionnelle comme des groupes provisoires très approximatifs; mais il leur dénie, du moins à la plupart d'entre eux, la valeur d'entités morbides nettement définies 1.

De récentes controverses entre divers psychiatres me paraissent justifier le point de vue de Meyer. Les uns s'en tiennent à un nombre très restreint de diagnostics; mais ces derniers englobent alors un champ si étendu et si variable de données hétérogènes, qu'ils en perdent toute signification pratique. D'autre part, certains aliénistes s'évertuent à multiplier et à préciser les divisions nosologiques afin qu'elles répondent mieux à la diversité des cas observés. Pour ces derniers auteurs, il semble que l'idéal serait de pouvoir cataloguer chaque malade sous une étiquette bien nette; mais l'accord n'arrive pas à se faire sur cette « psychiatrie de casiers ».

C'est pour mieux faire comprendre l'attitude réservée de Meyer, que je viens d'accentuer le contraste entre ces deux tendances; mais il faut reconnaître que si les partisans les plus convaincus de diagnostics collectifs et de cadres nosologiques, larges ou étroits, ne négligent pas forcément les facteurs strictement personnels, Meyer ne conteste pas non plus les avantages pratiques d'une bonne classification. Dans les asiles, entre autres, il est indispensable de pouvoir grouper les cas, quand ce ne serait que pour dresser des statistiques. Mais rappelons que la psychiatrie ne se borne nullement aux maladies d'asile; elle s'applique au domaine, beaucoup

¹ Et la paralysie générale, ne remplit-elle pas toutes les conditions voulues pour constituer une unité clinique bien nette dont le diagnostic précoce peut être établi, parfois avec une certitude absolue, dès le premier examen ? Sans doute, mais il s'agit d'une affection qui appartient à la neurologie autant qu'à la psychiatrie; il n'y a aucune raison, comme on l'a vu plus haut, de la prendre pour paradigme dans l'étude des psychoses.

plus étendu, de tous les troubles qui peuvent surgir dans le comportement de l'individu et se traduire par quelque défaut de son adaptation sociale. C'est surtout dans l'étude de ces désordres psychologiques, infiniment complexes et délicats, qu'il est préférable de ne pas se laisser dominer d'emblée par la hantise du diagnostic — quitte à classer le cas plus tard, s'il s'y prête, dans quelque catégorie préétablie. Pour les malades d'asile, la question est différente; car, au moment de leur admission, leur état morbide est en général assez avancé, en sorte que le médecin pose en réalité un diagnostic tardif; ainsi les très fortes objections relatives aux diagnostics précoces n'entrent plus en ligne de compte.

Dans plusieurs articles déjà anciens (9, p. 15; 15, p. 91; 16, p. 104; 17, p. 14), Meyer avait publié la classification suivante adoptée alors dans les établissements de l'Etat de New-York:

GROUPE I.

Troubles qui peuvent être définis le plus clairement en termes de pathologie cérébrale.

- a) Psychoses liées à des affections distinctes du système nerveux: 1. Tumeurs cérébrales; 2. Psychoses traumatiques (dues à des lésions cérébrales, comme l'épilepsie traumatique); 3. Lésions en foyer (aphasie, hémiplégie, etc.); 4. Lésions diffuses (artériosclérose); 5. Syphilis cérébrale; 6. Affections portant sur divers segments du système nerveux (sclérose en plaques, chorées, polynévrites); 7. Psychoses séniles; 8. Paralysie générale. (Les Nos 7 et 8 sont des formes de maladies cérébrales particulièrement importantes; elles s'accompagnent de troubles mentaux d'un type assez net pour qu'on leur applique souvent le qualificatif tout court de « maladies mentales ».)
- b) Psychoses d'intoxication: 1. Psychoses alcooliques (ivresse pathologique, delirium tremens, Korsakoff, hallucinose, paranoïa alcoolique; ces deux dernières révèlent souvent des psychoses distinctes, déclenchées par l'alcool); 2. Psychoses dues à d'autres substances toxiques, « drug psychoses » (morphinisme, cocaïnisme, ergotisme, pellagre, etc.).
- c) Auto-intoxications et états toxi-infectieux: 1. Troubles d'origine thyroïdienne (crétinisme, myxœdème, Basedow); 2. Urémie, éclampsie, diabète, troubles d'origine gastro-intestinale; 3. Délires fébriles et post-fébriles; 4. Délires d'épuisement et états confusionnels voisins (ne doivent être admis que s'il y a une étiologie définie, et en l'absence des signes nets d'un état constitutionnel plus fondamental).

GROUPE II.

Troubles spécifiques de l'adaptation mentale (« Specific perversions of mental adjustments »). Ces troubles se définissent le plus clairement en termes de réactions mentales. De causes complexes, ils se présentent sous l'apparence

de certaines « entités » caractérisées par leur symptomatologie, leur évolution et leur issue.

- 1. Etats délirants et confusionnels non différenciés (voisins des délires fébriles et d'épuisement, mais sans facteurs étiologiques nets; souvent récidivants et bénins).
- 2. Etats maniaques-dépressifs (de type circulaire ou alterne, ou sous forme d'attaques rares et isolées, sans tendance à la détérioration). 2 a. Etats voisins (allied).
- 3. Dépressions n'appartenant pas au type maniaque-dépressif (essentielles, symptomatiques, hallucinatoires, anxieuses).
- 4. Détérioration essentielle ou démence précoce (simple, hébéphrénique, catatonique, paranoïde). 4 a. Etats voisins (allied).
 - 5. Etats paranoïaques.

GROUPE III.

Troubles connus sous le nom de névroses. Ils se définissent le mieux en termes mentaux, et sont parfois appelés plus justement psychonévroses ou psychoses mineures (Dana).

- 1. Psychasthéniques (mécanismes de substitution, rumination, etc.).
- 2. Hystériques (conversion, submersion, rétrécissement du champ de conscience, etc.).
- 3. Neurasthéniques (états de fatigabilité et d'irritabilité; ne sont souvent que des épisodes d'autres affections).
 - 4. Epileptiques et épileptoïdes.
- 5. Etats divers d'infériorité et d'anomalies constitutionnelles (« abnormal make-up »).
- 6. Idiotie et imbécillité. (N. B. Un imbécile peut se comporter d'une manière sûre et satisfaisante, s'il se trouve dans un milieu qui ne réclame pas des efforts d'adaptation trop difficiles dépassant le niveau de ses capacités. Il s'agit d'un état résiduel stable, bien différent des troubles évolutifs qui figurent dans les groupes I et II. Toutefois on peut faire rentrer certains cas d'idiotie et de psychoses épileptiques dans la catégorie organique, si on a des preuves suffisantes d'une lésion cérébrale bien définie.)

De ces trois grands groupes, c'est le second qui est le plus vaste et le plus intéressant pour l'aliéniste. Il constitue avec le troisième, celui des psychoses mineures, le champ de la psychiatrie proprement dite. Meyer insistait sur le caractère de groupement provisoire, toujours sujet à révision, qu'il convient d'attacher à cette classification aussi bien qu'à n'importe laquelle. En outre, il ne faut pas s'obstiner à cataloguer chaque malade sous l'une des rubriques à l'exclusion des autres. Il y a toutes les formes de transition, toutes les combinaisons possibles et « états voisins » (allied conditions). C'est toujours l'énoncé des faits concrets et individuels, relatifs à un malade donné, qui peut avoir une véritable valeur diagnostique

et pronostique, et non l'étiquette sommaire et collective qu'on lui applique.1

III

L'interprétation dynamique de la démence précoce.

C'est en 1906 que Meyer donna, à la British Medical Association, un exposé de ses idées sur la démence précoce; ils les a développées ensuite dans diverses publications (11, 15, 20, 21, 41, 53). En somme il reprenait, en les appliquant cette fois à certains groupes particuliers de réactions mentales, des notions qu'il avait déjà mises en lumière en 1903, dans un important article sur la constitution nerveuse (6).

Se plaçant au point de vue de l'adaptation biologique, Meyer remarque que chaque individu dispose, pour s'adapter aux circonstances dans lesquelles il se trouve, d'un nombre restreint de modes de réaction (reaction types). La réaction la plus adéquate consiste à savoir « s'ajuster » d'une manière plus ou moins satisfaisante à la situation donnée (final adjustment). Dans certains cas l'individu réagit par un acte de perplexité, d'indécision; d'autres fois ses réponses aux sollicitations ambiantes sont déplacées. Ou bien il arrive que son mode de réaction ne soit qu'une tentative de se dérober devant les obstacles au lieu d'y faire face, d'esquiver les difficultés et leurs conséquences par des voies détournées. « L'oubli complet ou incomplet est le remède employé le plus

¹ Actuellement Meyer répartit les faits psychopathologiques en divers groupes suivant les «types de réactions » (réaction types, sets of facts) présentés par les malades. Plusieurs de ces groupes se délimitent d'une manière assez nette et correspondent aux « entités morbides » ces groupes se delimitent d'une manière assez nette et correspondent aux « entites morbides » traditionnelles. Meyer propose une terminologie qui s'inspire de la psychologie moderne, dynamique et énergétique: le mot grec ergasia (dérivé de ergazomai, travailler, agir) est le meilleur terme pour l'anglais behavior, performance, comportement, action.

1. « Anergastic » set of facts. Réactions indiquant un état déficitaire organique, acquis et démentiel (P. G., démence sénile, etc.).

2. « Dysergastic ». Etats délirants-hallucinatoires dus à des troubles toxi-infectieux ou métaboliques. Non destructifs et remédiables par opposition au groupe 1.

Les deux groupes suivants — pour lesquels on ne peut pas se baser utilement sur les notions de lésion cérébrale ou de troubles toxi-infectieux ou métaboliques — comprennent soit des réactions de nature régressive et archaïque (3), soit des phénomènes d'exagération

notions de lésion cérébrale ou de troubles toxi-infectieux ou métaboliques — comprennent soit des réactions de nature régressive et archaïque (3), soit des phénomènes d'exagération ou de diminution des réactions affectives normales (4).

3. « Parergastic ». Réactions archaïques de projection, référence, influence, de « pensée forcée », catalepsie, hallucinations, etc. Elles sont ou bien diffuses et intéressent l'activité générale (schizophrénie), ou bien circonscrites et systématisées (paranoïa).

4. « Thymergastic ». Troubles affectifs par simple exagération ou diminution (excitation-dépression), sans caractères archaïques.

5. « Merergastic ». Troubles partiels de l'activité — psychoses mineures ou psychonévroses — intelligibles au point de vue psychogénétique (réactions de type neurasthénique, hypocondriaque, anxieux, obsessif, hystérique, épileptoide).

6. « Oligergastic ». Insuffisances de développement: idiotie, imbécillité, débilité. Ce dernier groupe est, à certains égards, très voisin du premier.

souvent contre l'effet des échecs; et de même que l'inattention et la distraction atténuent les inconvénients du surmenage, de même la tendance à trouver des fautes chez les autres, à se plonger dans des pensées imaginaires, dans des prières, ou à recourir à d'autres expédients, est utilisée pour surmonter une déception, en général avec succès. » (11, p. 757.)

Mais certaines réactions, très diverses selon les individus (crises nerveuses, attaques hystériques, refoulements, hésitations multiples, etc.) risquent de dépasser le but, elles deviennnent incontrôlables et nuisibles en elles-mêmes. «Ce qui d'abord est un remède aux situations difficiles peut compromettre le processus vital curatif, tout comme la fièvre, agent de défense, peut devenir un danger encore plus redoutable que sa source. Dans les cas qui tendent à aboutir à la détérioration, il se présente certains types de réaction si fréquents, qu'ils constituent presque des unités pathognomoniques empiriques. » (11, p. 758.) Parmi ces types, Meyer cite les réactions hypocondriaques, les idées de référence, de suspicion, de possession, les vains rabâchages, les épisodes anxieux et hallucinatoires sans motif plausible, entraînant souvent des excentricités de conduite etc. A l'égard du milieu ambiant, le malade, au lieu de réagir d'une manière active et efficace, prend une attitude fuvante (shirking management) qui témoigne d'une distraction et d'un éparpillement dans la sphère des instincts et des habitudes. Des modes de réaction analogues se trouvent dans la psychasthénie, l'hystérie; dans l'extase religieuse sous une forme légère, mais quand même avec des résultats souvent plus désavantageux que favorables au point de vue biologique.

C'est sans doute dans les cas typiques de démence précoce que les réactions, malgré leur justification psychologique primitive, dépassent le but d'une manière franchement nuisible. « Nous trouvons ainsi que le négativisme ne peut plus être considéré comme une indifférence salutaire et un procédé de ménagement personnel, mais bien comme un facteur incontrôlable, irraisonné et inhibiteur. Nous estimons que les actes stéréotypés ne sont pas de simples réactions substitutives et automatiques dues à des causes suffisantes, comme il peut s'en produire chez tout le monde — mais sont pour ainsi dire des réactions de point mort, persistant dans une ornière de moindre résistance. » (11, p. 758.)

On voit déjà que les idées de Meyer sur la démence précoce diffèrent sensiblement de la doctrine admise en général. Kraepelin

a montré qu'il existe, chez un grand nombre de malades finissant par tomber dans la démence, certains symptômes caractéristiques que l'on peut déceler dès le début des troubles. Cette découverte lui a permis de substituer à l'expression de « démence terminale », employée jusqu'alors pour désigner un stade ultime auquel peuvent aboutir diverses psychoses, celle de « démence précoce ». Mais il ne s'agit pas d'un simple changement de mots. Avec l'introduction du nouveau terme, c'est en réalité une nouvelle maladie qui est apparue dans le vocabulaire psychiatrique. Car la notion de démence précoce implique, comme cela ressort de la doctrine de Kraepelin, qu'il s'agit d'une entité morbide spécifique, à évolution démentielle dès le début. Meyer, au contraire, estime qu'aucune preuve n'a été donnée en faveur de cette thèse. Pour lui, il s'agit d'un groupe de cas hétérogènes qu'il vaut mieux présenter d'une manière synthétique et évolutive, car la démence finale n'est qu'une issue éventuelle; mais il est vrai que chez certains malades cette terminaison est à redouter plus que chez d'autres. « Chaque aliéniste, dit Meyer, sait qu'il rencontre des cas dont le pronostic est pauvre dès le début; ces cas, dans une très large mesure, sont ceux marqués par les signes du processus de détérioration de Kraepelin. En quelques mots ces signes seraient, d'après les diagnostics différentiels de Kraepelin, l'apparition du négativisme, du maniérisme, de la stéréotypie, et principalement les troubles de la volonté.» (11, p. 757.) Cette citation montre que Meyer rend pleine justice aux découvertes du grand aliéniste allemand, bien qu'à son avis ce soient surtout les symptômes de dissociation psychique qui doivent faire craindre le plus la possibilité d'une démence finale. Mais pour Meyer aucun des symptômes en question n'est vraiment pathognomonique; aucun ne constitue un de ces stigmates (earmarks) qui permette de diagnostiquer avec certitude une prétendue entité spécifiquement démentielle.

« Je n'ai pas tardé à me rendre compte que même des cas clairement circulaires et périodiques ne donnaient, en aucune façon, un tableau uniforme ou un pronostic uniformément favorable. Il y a toujours un certain nombre de cas maniaques-dépressifs qui deviennent chroniques et montrent même, de plus en plus, un déficit constitutionnel; d'autres présentent, au cours des années, un déclin réel qui ne peut pas être distingué de celui des états schizophréniques plus nets. Pareillement il existe un bon nombre de cas, avec des manifestations évidentes du type qui donne en général le pronostic défavorable appartenant au processus classique de la démence précoce, qui vont bien. Dans plusieurs familles certains malades ont eu des attaques maniaques-

dépressives curables; chez d'autres (malades de la même famille) l'état est devenu chronique avec un tableau défini de démence précoce, ce qui suggérait nettement l'existence de formes de transition. Une revue de ces cas, à la lumière de leur issue ultime, a fait reconnaître qu'il eut été possible parfois, grâce à une plus grande circonspection et à une meilleure observation du détail, de prévoir ce qui a fini par se produire; mais je me suis décidément toujours senti opposé à la fréquente habitude de jeter les cas d'un casier dans l'autre, suivant que leur issue semblait favorable ou non, et de négliger ainsi les faits qui peuvent être constatés d'une manière effective. Il y a toujours eu des cas où le doute était justifié; assez souvent le diagnostic formel paraissait arbitraire ou artificiel, et risquait de détourner l'attention des tâches plus importantes concernant le traitement et la compréhension du cas. » (53, p. 357.)

Les réserves générales faites par Meyer au sujet des diagnostics en psychiatrie s'appliquent donc particulièrement à la démence précoce. Les symptômes initiaux, pathognomoniques de cette prétendue entité, sont infidèles; sa terminaison démentielle n'est pas plus sûre. C'est cet état de choses qui explique les incroyables fluctuations que le pourcentage des malades peut subir dans les statistiques, suivant la mode de l'époque. Meyer fait observer qu'à la clinique même de Heidelberg le diagnostic de démence précoce, qui était appliqué au 5 pour cent du total des admissions en 1892, avait passé au 51 pour cent en 1901, pour retomber en 1907 au 18 pour cent! (41, p. 1).

C'est que « les troubles mentaux, continue Meyer, ne peuvent pas être étudiés utilement si l'on accorde trop d'importance à une classification pronostique basée sur l'issue des troubles. Il vaudrait mieux ne pas considérer que l'évolution et l'issue soient fixées fatalement dans aucun des types morbides, à moins que nous ne puissions saisir la nature du « processus » et le mesurer, dans chaque cas, avec une évidence suffisante pour nous tenir à l'abri de l'erreur. Si les données concernant le pronostic sont distinctives et décisives, on sera heureux de les utiliser; si elles sont vagues et incertaines, chacun devrait le savoir. Dans beaucoup de cas l'existence de la détérioration est indubitable; dans d'autres elle est incertaine — et les principes selon lesquels elle se produit sont, eux aussi, incertains et pas nécessairement uniformes. » (53, p. 357-358.)

En somme, la notion de démence précoce ne peut désigner qu'une tendance vers la détérioration, une perspective à connaître et à redouter, mais qui n'est forcément ni imminente ni fatale. Au lieu de se contenter de définir le processus morbide par un simple risque final, il convient plutôt de rechercher les facteurs dynamiques et modifiables qui entrent en jeu chez le malade en

question, et qui permettent d'établir plus ou moins - comme s'il s'agissait d'une expérience — le bilan des chances dans le cas particulier. En conséquence Meyer proposait, dès 1906, que l'on réservât le nom de démence précoce exclusivement pour les individus dont la déchéance mentale est un fait accompli; pour les autres il employait, « afin de ne pas multiplier prématurément la nomenclature », la simple expression d'états « voisins » (allied). Lorsque parut l'ouvrage de Bleuler en 1911, il adopta, avec cet auteur, le terme de schizophrénie. Les trois sous-divisions (hébéphrénique, catatonique, paranoïde) peuvent être maintenues, mais leur importance décroît lorsqu'on arrive à découvrir les facteurs déterminants de chaque cas individuel. « Dans la mesure où nos connaissances augmenteront, ce seront des termes combinés désignant l'étiologie, le mode de réaction, et si possible le degré d'équilibre mental, qui prendront la place des types quelque peu schématiques admis jusqu'ici. » (11, p. 758). La classification est en effet un point secondaire; ce qui importe, c'est toujours l'étude minutieuse du malade donné et des circonstances spéciales de son existence. Aussi les vastes concepts de la schizophrénie et de ses trois ou quatre grandes variétés n'ont-ils, selon Meyer, que la valeur relative de groupements provisoires. C'est pour la même raison qu'il ne partage pas non plus l'ambition chimérique d'autres aliénistes dont les efforts tendent surtout à délimiter des cadres nosologiques nouveaux, stables et bien précis. « Tous les désirs, dit-il, de créer des casiers pour les diverses formes de démence précoce représentent un sport qui détourne, en réalité, du travail fondamental de la psychiatrie. » (11, p. 758).

* *

Le désir d'établir en psychiatrie un certain nombre d'entités pathologiques nettes, ayant chacune une étiologie, une évolution et un pronostic définis, découle en grande partie des découvertes concernant la paralysie générale. La plupart des tableaux cliniques de la schizophrénie figuraient autrefois dans le groupe des troubles constitutionnels et dégénératifs. Kraepelin les en sortit pour créer la démence précoce et, comme on l'a vu dans le chapitre précédent, il plaça cette nouvelle unité morbide dans la même catégorie que la paralysie générale. Beaucoup de psychiatres adoptent une manière de voir analogue. Prenant la maladie de Bayle comme pro-

totype des affections mentales, ils pensent que notre connaissance ne deviendra vraiment scientifique pour toutes les psychoses, que lorsqu'on aura réussi à élucider leurs bases anatomiques. Les troubles de la démence précoce seraient donc l'expression de quelque processus cérébral autonome, encore inconnu, qu'il s'agit de découvrir. C'est là le but essentiel que devraient poursuivre les investigateurs, s'ils veulent jamais arriver à une compréhension satisfaisante de la maladie. Dans cette manière de voir, les symptômes mentaux eux-mêmes et leur contenu, ainsi que les facteurs psychologiques, intéressent l'aliéniste dans la mesure où ils fournissent des indices utiles au diagnostic; mais ils ne sont pas de nature à éclairer la pathogénie et les causes réelles de l'état maladif, ces derniers points ne pouvant s'exprimer qu'en termes anatomiques.

Meyer se place à un tout autre point de vue. Pour arriver à comprendre l'étiologie et le développement d'une condition morbide, il estime que nous n'avons pas à localiser le problème a priori sur une série restreinte de faits — les faits anatomiques par exemple — que l'on suppose devoir être les plus caractéristiques. Il n'y a aucune raison non plus de déclarer que telle maladie particulière mérite d'être prise pour un paradigme, sur lequel il convient de décalquer les autres. L'investigation impartiale exige au contraire que le chercheur enregistre toutes les données de l'expérience, afin de reconstituer la manière dont elle se déroule et de discerner si possible, dans l'enchaînement des faits, ceux qui jouent le rôle de facteurs déterminants. Si ce sont les données anatomiques qui expliquent le mieux l'ensemble des phénomènes constatés, c'est elles que l'on considérera comme fondamentales. Il en est ainsi dans la paralysie générale, dont l'interprétation organique est pleinement justifiée malgré l'existence d'innombrables symptômes psychogénétiques. Si ce sont des faits fonctionnels ou des faits psychologiques qui rendent compte des manifestations morbides de la manière la plus adéquate, c'est en termes correspondants c'est-à-dire en termes dynamiques, et non par des hypothèses organiques — qu'on définira la maladie. C'est en se plaçant sur ce terrain remarquablement objectif, que Meyer envisage le problème de la démence précoce sans en négliger aucun des éléments.

Les altérations histologiques découvertes par plusieurs auteurs (Alzheimer, Klippel et Lhermitte, Sioli, Mott, Anglade et Jacquin, etc.) ne lui semblent pas parler en faveur d'une maladie cérébrale

autonome, comme c'est le cas pour la paralysie générale 1. « L'affection, dit-il, dans laquelle on a vu des lésions similaires à celles de la démence précoce, et même plus marquées, est la chorée de Huntington, qui n'est guère le résultat d'un trouble toxique, mais bien un exemple frappant d'insuffisance familiale du système nerveux. » (20, p. 400). Les guérisons tardives que l'on constate parfois chez des individus apparemment déments, et les rémissions curieuses de certains cas au cours de maladies intercurrentes éventualités dans lesquelles il se produit une reprise des instincts vitaux de préservation et de réadaptation à l'entourage — rendent douteuse l'hypothèse d'une détérioration profonde de l'écorce. Et avant d'en savoir beaucoup plus long sur les lésions vues dans la démence précoce et dans la chorée de Huntington, on fera bien de se demander « si un désordre de l'anabolisme et du catabolisme consécutif (incidental) aux attitudes prolongées et souvent profondément vicieuses, et aux défauts d'équilibre, n'est pas suffisant pour expliquer ces lésions. » (20, p. 400). Meyer s'étonne de la facilité avec laquelle on se contente parfois d'une découverte anatomique pour croire que le nœud du problème est résolu et conclure à l'existence d'une maladie autonome. Il peut aussi survenir incidemment, au cours d'un exercice fait avec excès, certaines altérations du muscle cardiaque, qui ne seront cependant pas jugées responsables de cet excès. Au point de vue pathogénique, il ne faut pas oublier que les lésions décrites dans la démence précoce (même si on les supposait constantes) ne rendent pas compte des symptômes morbides. A cet égard il est en effet très utile de serrer de près la comparaison avec la paralysie générale.

Meyer fait observer que cette maladie exogène particulière, qui dépend d'une infection syphilitique préalable, « rend compte de certaines symptômes démentiels fondamentaux d'un genre tout différent de celui de la démence précoce. En outre, il y a néanmoins dans la paralysie générale des symptômes qui ne sont pas communs à tous les cas, tels des états d'exaltation, de dépressions ou d'idées délirantes, se développant parfois suivant certains traits connus dans la démence précoce. Ces symptômes psychopathiques (psychotic) surajoutés ont été attribués à différentes localisations ou distributions des lésions caractéristiques. De soigneuses recherches dans cette question, basées sur le matériel rapporté dans la littérature et sur nos propres observations de paralysie générale en foyer, montrent néanmoins que les lésions en foyer peuvent donner des attaques d'aphasie ou des troubles neurologiques, et

¹ Voir l'article de P. Schiff. Quelques travaux récents sur les lésions du système nerveux tral dans la démence précoce. (« Encéphale », 1924, XIX, p. 431).

quelquefois déclancher des réactions épileptiformes avec phases d'amnésie, fugues, et états d'égarement; mais les symptômes psychopathiques se produisent sans aucune régularité. Dans un cas d'Alzheimer, l'apparition de troubles paranoïdes hallucinatoires, analogues à ceux de la démence précoce, fut rattachée à des altérations spéciales de la région pariéto-temporale gauche; mais le malade avait eu un accès antérieur, six ans avant que le soupçon de paralysie générale pût être soulevé. Un cas comme celui-ci, et plusieurs autres, donnent fortement l'impression que ces troubles habituellement psychogénétiques dépendent, d'une manière beaucoup plus définie, de la formation mentale (make-up) antérieure, même chez les paralytiques généraux — tout comme cela a été récemment admis par Bonhæffer et Homburger en ce qui concerne certaines affections dues à l'alcoolisme et à l'épuisement. » (20, p. 400-401.)

Ce passage est très instructif, car il fait ressortir une distinction essentielle trop souvent méconnue dans la symptomatologie de la paralysie générale. D'une part on y trouve des symptômes fondamentaux et étrangers aux tableaux habituels de la démence précoce — symptômes révélateurs d'un affaiblissement démentiel manifeste, ou de localisations neurologiques — dont les lésions rendent pleinement compte. D'autre part il existe dans la même maladie des symptômes accessoires d'une tout autre espèce, analogues à ceux de la schizophrénie — symptômes psychopathiques proprement dits — qui ne relèvent pas des altérations histologiques, mais de la formation mentale antérieure de l'individu. On comprend du même coup pourquoi l'analyse des antécédents psychologiques est superflue dans la maladie de Bayle, puisque ses troubles fondamentaux deviennent intelligibles par la connaissance des lésions. Mais c'est précisément ce que l'on sait aussi sur les symptômes accessoires, dans cette même maladie, qui montre combien le terrain anatomique promet peu, à lui seul, pour élucider le problème de la démence précoce.

D'ailleurs l'interprétation strictement lésionnelle des troubles mentaux a déjà fait place, depuis nombre d'années, à des hypothèses basées sur l'étude des fonctions endocrines et des réactions humorales (Abderhalden) ¹. Mais dans ce domaine aussi, la plupart des notions concernant la schizophrénie sont encore trop problématiques ou fragmentaires. Qu'on s'efforce d'explorer les moindres

^{1 «} L'avenir décidera, dit Meyer, dans quelle mesure des substances régulatrices du genre des hormones pourraient jouer un rôle, et tenir lieu de raccourcis non-mentaux dans le déclanchement des réactions » (non-mental short-cuts of reaction, 20, p. 395). Rappelons, au sujet de cette citation, que Meyer compare les phénomènes de conscience à des instruments d'économie qui permettent à l'organisme de réagir relativement vite à des situations très complexes; c'est là leur rôle et leur utilité biologique.

glandes du corps et de tenir compte de tous les faits vraiment démontrés; mais qu'on s'abstienne d'anticiper sur les découvertes de laboratoire en « saturant l'atmosphère » avec de simples conjectures sur des auto-intoxications. Aussi longtemps que nous ne serons pas même arrivés à un terrain plus solide en ce qui concerne nos connaissances sur les modifications qui distinguent des états aussi ordinaires que ceux de la veille, du sommeil ou de la fatigue — nous ne devons pas nous figurer pouvoir esquisser les données histologiques ou humorales relatives aux conditions infiniment plus complexes de la démence précoce.

En outre, pour que tels ou tels faits d'ordre anatomique ou toxique aient une valeur explicative en psychiatrie, il faudrait pouvoir déterminer les relations qu'ils ont — non pas avec une entité invisible et peut-être fictive qu'on appelle « la maladie » — mais avec telles ou telles réactions psychobiologiques définies et réellement constatables. C'est afin de rendre compte de ces réactions morbides, telles qu'elles se présentent d'une manière concrète chez les malades du groupe de la démence précoce, que Meyer se place à un tout autre point de vue que les partisans des conceptions anatomiques ou toxiques.

* * *

Une étude approfondie de l'anamnèse et des antécédents de nombreux cas lui montre que le prétendu début de la maladie est déjà la conséquence d'une longue série de réactions défectueuses. C'est principalement dans la sphère de l'activité que l'on constate des substitutions ou subterfuges, insignifiants et inoffensifs en apparence. Chez certaines personnes, ces subterfuges deviennent « nuisibles et incontrôlables, et tendent à revêtir des types de mécanismes anormaux définis, qui paraissent inintelligibles et fous lorsqu'on les juge isolément; mais ils sont plus ou moins intelligibles si on les envisage comme une chaîne d'actes qui remplacent, souvent en pure perte, une adaptation efficace aux difficultés concrètes et réelles » (20, p. 396). Parmi ces nombreux subterfuges, on peut citer les épisodes de rumination mentale, de désintérêt partiel, de ricanement, d'attitudes catatoniques, d'automatisme, de fantaisies symboliques ou délirantes, de dissociation de la personnalité, etc.

Ces modes de réaction signifient, d'une manière générale, que le sujet s'éloigne de la situation réelle, s'en désadapte; on remar-

quera que plusieurs d'entre eux figurent dans les descriptions classiques de la démence précoce, à titre de symptômes « de la maladie. » Mais pour Meyer il n'y a pas lieu d'introduire cette notion d'une « entité nosologique » sous-jacente, plus ou moins mystérieuse, dont ils seraient les indices révélateurs. Ces modes de réaction constituent en eux-mêmes l'état maladif, par leur persistance ou leur intensité, et comme ils peuvent se produire d'une manière légère et transitoire chez n'importe qui, en faisant place à brève échéance à des genres de réaction mieux adaptés, ils relèvent aussi bien de la science psychologique pure. Jusqu'à quel point le sujet peut-il impunément se réfugier dans ces réactions erronées et malsaines — c'est là pour ainsi dire une question d'élasticité, de tolérance individuelles. Il n'y a donc qu'une différence de degré entre les fonctionnements mentaux propres aux schizophrènes et certains mécanismes de la psychologie courante. Ce qui induit en erreur, c'est que chez beaucoup de déments précoces le passage à l'état maladif semble avoir lieu assez brusquement; ceci suggère l'idée d'une entité morbide véritable, aussi définie que celles de la pathologie toxique ou infectieuse. Or la transition rapide se conçoit également bien du point de vue dynamique. Chez l'individu équilibré, la tendance aux réactions anormales est contrebalancée sans cesse par des tendances instinctives mieux ajustées, et par des intérêts nouveaux qui régularisent le cours de l'existence. Chez le schizophrène au contraire, l'état de tension, de conflit latent entre les forces antagonistes, finit par se résoudre en faveur des moins bonnes. Mais il arrive, dans certains cas, que la rupture de compensation ait lieu à un moment précis, sous l'influence d'une cause parfois insignifiante — de même qu'un système d'équilibre peut être renversé soudain par un choc minime. Ainsi éclate le début apparent de la psychose; il est le terme d'une longue série de réactions mal ajustées et insuffisamment compensées.

Dans cette interprétation dynamique, Meyer attache une grande importance, au point de vue de la pathogénie, à l'analyse des antécédents du malade et des situations concrètes où il s'est trouvé. Car les réactions de tout être vivant sont déterminées à la fois par des facteurs innés et par la nature du milieu ambiant; c'est pourquoi il n'est pas possible de saisir le mécanisme de ces réations si l'on néglige l'étude des circonstances multiples et individuelles dans lesquelles elles se sont produites. Mais indépendamment de

la question de pathogénie, il ne suffit pas non plus d'examiner le malade à fond, comme une unité isolée, si l'on veut avoir quelque base solide permettant de présumer l'avenir et d'instituer des mesures de réadaptation thérapeutique. A ce dernier égard aussi, il est indispensable de reconstituer, dans ses détails les plus caractéristiques, le milieu (setting) auquel le sujet a répondu par des réactions défectueuses et anti-hygiéniques. C'est cette tâche qui est la plus ingrate pour l'aliéniste, car elle ne peut guère être abrégée ni simplifiée par des formules collectives. Rien n'est plus variable et plus personnel que les « situations psychologiques » - ces parties intégrantes de l'expérience de tout individu. « Le point essentiel, observe Meyer, c'est qu'on peut démontrer la présence de difficultés concrètes et d'états de tension et que le cours des événements montre qu'il y a une relation distincte entre le bilan des forces compensatoires (balancing material) et l'évolution ultérieure. » (20, p. 391.)

Dans une communication à l'Association Médico-psychologique Américaine, Macfie Campbell a exposé d'une manière très nette, avec plusieurs cas à l'appui, le point de vue dynamique de Meyer:

« Lorsqu'il s'agit, dit Campbell, de formuler une conception de la démence précoce, on rencontre deux attitudes très divergentes. L'un des groupes d'investigateurs estiment que la ligne de recherches la plus féconde consiste à regarder la démence précoce comme étant essentiellement similaire à la paralysie générale — maladie où le tissu nerveux est détruit par la présence de poisons indéterminés, et où de nombreux tableaux mentaux peuvent surgir au cours de cette lente détérioration du système nerveux (Kraepelin). Ces tableaux mentaux peuvent aider au diagnostic, mais ils sont considérés comme étant dépourvus de valeur dynamique, et comme ne pouvant fournir d'indications importantes quant à la pathogénèse de la maladie. Un point de vue très différent est soutenu par ceux qui n'excluent pas a priori l'importance dynamique des facteurs psychologiques, et ne pensent pas que c'est seulement dans l'hystérie que ce principe est valable (Meyer). Ils ne séparent pas les réactions psychologiques des autres réactions de l'individu, mais les considèrent simplement comme les plus complexes de toutes les réactions biologiques humaines. » « Cette conception a été basée non seulement sur l'étude des symptômes de la maladie, mais aussi sur une analyse consciencieuse de toute l'histoire de la vie du malade. La maladie peut sembler sortir d'un ciel bleu, mais l'investigation attentive permet de voir en elle le point culminant d'une longue période de mauvaise hygiène mentale. A la surface, l'individu peut avoir répondu aux exigences de la vie journalière suffisamment bien pour éviter d'être remarqué par ses amis et ses parents; mais au-dessous de la surface, on trouve que la vie mentale est loin d'avoir été calme. Au lieu de faire face carrément aux difficultés de la vie et à celles de leur propre constitution,

ces individus ont été enclins à se livrer à des activités malsaines se substituant aux réactions normales. » 1

La doctrine de Meyer est-elle opposée aux conceptions anatomiques et toxiques? Non. Elle est simplement différente, et rend mieux compte de la grande majorité des troubles dont il s'agit. Même la tendance aux attitudes catatoniques, qu'on serait souvent tenté de mettre en rapport avec certaines lésions cérébrales, n'est nullement réfractaire à l'interprétation psychobiologique. Chez beaucoup de malades l'état catatonique obéit, dans son mode de production et de disparition, à des facteurs nettement fonctionnels. Il présente des relations étroites avec les états d'hypnose et de symbolisme mystique, dont les mécanismes psychologiques sont plus connus. Il équivaut à une rupture dans les efforts d'adaptation active et effective, auxquels se substituent ces attitudes de défense, de protection, de soumission passive ou de repliement. sur soi-même, dites catatoniques. Il y a tout lieu de voir dans cetétat une distribution défectueuse des énergies affectives, résultant. de divers conflits — une sorte de blocage instinctif analogue à celui de certains individus en apparence normaux, mais qui tendent. à l'introversion, notamment dans le domaine des difficultés sexuelles. Au point de vue phylogénétique, il est vraisemblable que la catatonie est un type de réaction constitutionnel très primitif. (20, p. 397; 41, p. 444.)

* *

On a vu, à plusieurs reprises, que Meyer semble faire porter le poids sur l'élément constitutionnel des déments précoces. Mais il n'entend pas désigner uniquement par là un ensemble de facteurs héréditaires et dégénératifs, d'ailleurs assez difficiles à préciser. Ce qui lui paraît plus important, dans la notion de constitution, c'est l'état particulier que l'organisme a acquis à la longue, à force de fonctionner de telle ou telle manière. Tandis que tout fonctionnement normal est déjà, en lui-même, un facteur sain qui contribue à maintenir l'équilibre, un fonctionnement désordonné ouvre la voie à des déviations ultérieures s'il n'est pas corrigé au moment voulu. « L'esprit, comme toute autre fonction, peut se corrompre et se

¹ M. Campbell. A modern conception of dementia praecox, with five illustrative cases. (Review of Neurology and Psychiatry, 1909, p. 624 and 626).

miner lui-même avec son organe, ainsi que l'économie biologique entière. » (11, p. 759). Toutes les formes de réactions psychologiques fâcheuses, toutes les habitudes instinctives malsaines, tous les subterfuges d'adaptation signalés plus haut, constituent en euxmêmes des facteurs dynamiques pernicieux dont on ne saurait négliger la portée dans l'étiologie des maladies mentales. Chacun de ces facteurs risque d'en faire surgir de plus graves s'il ne survient à temps des forces rectificatrices — de même qu'un mauvais pli, à peine perceptible, a tendance à en entraîner d'autres à sa suite. Ainsi se constitue un état progressif, légèrement anormal dans ses débuts insidieux; mais il peut devenir profondément morbide dans ses phases ultimes, vu le nombre des années et l'énorme quantité de réactions et d'habitudes quelles impliquent. Les observations de malades montrent bien que nous avons affaire à des états « loin d'être inconcevables comme des enchaînements d'adaptations mentales erronées » (faulty mental adjustment) « si du moins nous reconnaissons la longue durée, ainsi que la masse et la nature des faits en question. » (20, p. 393.)

Par leur mode d'origine, les états de ce genre se distinguent absolument des affections acquises, comme la paralysie générale. Ils méritent bien le titre de constitutionnels, si l'on accepte de ne pas restreindre l'emploi de cet adjectif pour ne désigner que certains éléments, immuables chez un être donné, dus à l'hérédité et à la dégénérescence. Sans doute ces éléments innés doivent être admis aussi, quand ce ne serait que pour expliquer la «tendance» aux réactions malencontreuses, le « mauvais pli originel ». Mais ils ne sont pas seuls à faire partie de la constitution, comme on le croit parfois. Ce qui importe dans celle-ci, surtout au point de vue médical, c'est bien la série dynamique des habitudes et des réactions elles-mêmes — car ce sont là des facteurs appartenant en propre à l'individu tel qu'il a évolué jusqu'ici dans son milieu ambiant, et qui seraient peut-être modifiables. Afin de bien mettre l'accent sur ces faits, et de marquer la différence avec la notion courante de constitution héréditaire ou dégénérative, Meyer emploie de préférence l'expression de constitutional make-up — que l'on pourrait traduire par « formation constitutive », ou peut-être « constitution acquise ». « L'étude de la constitution (make-up) se ramène beaucoup dit-il, à la question de savoir dans quelle mesure les diverses particularités sont déterminées par l'hérédité et la croissance et sont immuables, ou sont déterminées par l'hérédité et la croissance et sont *modifiables* — et quels sont les facteurs intérieurs et extérieurs capables d'avoir un effet fonctionnel, et finalement structural.» (41, p. 443).

C'est en se basant sur l'étude de nombreux cas de démence précoce, que Meyer conclut à l'existence d'un rapport étroit entre l'état morbide déclaré et les particularités individuelles préexistantes. Cette opinion est du reste confirmée par les recherches caractérologiques 1. Mais beaucoup de psychiatres pensent que ces antécédents spéciaux, qu'on trouve par exemple dans le domaine des habitudes et dispositions contractées au cours de l'enfance ou de l'adolescence, sont des symptômes initiaux de « la psychose ». A ce titre, ils sont dépourvus de rôle étiologique — car la maladie est déjà en cours - et n'ont même pas la signification de facteurs dynamiques aggravants. Ce ne sont que des symptômes révélateurs, sous lesquels il faut admettre une entité morbide invisible, un processus caché, de nature anatomique ou toxique. Sans nier l'utilité de cette hypothèse pour stimuler les explorations d'ordre physicochimique, Meyer estime qu'il n'y a pas lieu de s'attarder à la notion quelque peu mystérieuse d'un processus fondamental et plus profond, aussi longtemps que nous n'avons aucun moyen de le mettre en évidence. Tous nos efforts pratiques doivent tabler sur les faits réellement constatables chez l'individu donné; parmi ceux-ci figurent, en première ligne, ses types de réactions psychologiques et ses modes d'adaptation, sains ou défectueux - que nous ne pouvons d'ailleurs juger qu'en tenant compte de toutes les circonstances concrètes où ils se sont produits (setting). Il est nécessaire de se livrer à l'investigation approfondie de ces faits fonctionnels, car ils peuvent être modifiables. En outre — c'est là le point capital — leur importance ne doit pas être limitée à celle de simples indices révélateurs; ce sont bien, selon Meyer, des facteurs efficients (factors at work) en ce qui concerne l'évolution ultérieure des troubles ². La citation suivante résume ce point de vue dynamique:

¹ Meyer définissait cette question, déjà en 1903, de la manière suivante: « Le but de la caractérologie est de permettre de prévoir ce qu'une personne ferait dans un grand nombre de circonstances variées. En tant qu'aliénistes, nous aurons spécialement à rechercher et à trouver si certains individus présentent des combinaisons de réactions qui les désigneraient, à nos yeux, comme candidats au dérangement mental — ou qui modifieraient la forme des troubles mentaux qui pourraient les atteindre ». (6, p. 356.)

² On sait que Bleuler distingue, dans la schizophrénie, des symptômes « primaires » et « secondaires »; seuls ces derniers (idées délirantes, hallucinations, etc.) dépendraient de mécanismes psychologiques (« complexes ») qui en déterminent le contenu. Meyer estime que cette distinction est difficile à maintenir; il a précisé son point de vue sur la portée des facteurs mentaux de la démence précoce, entre autres dans un article où il donne un exposé critique des idées de Bleuler et de Jung (14). Meyer ne partage pas non plus l'opinion de certains auteurs qui croient devoir séparer, dans l'explication des phénomènes psychopathologiques, les « relations intelligibles » des « relations causales » (Jaspers).

elle définit l'état morbide comme étant l'aboutissement d'une longue série de réactions psychopathologiques, dont les toutes premières étapes, impossibles à préciser, remontent toujours très loin.

« Un examen de cas de démence précoce soigneusement étudiés me convainc que nous avons en réalité affaire avec le développement parfaitement naturel — quoique peut-être d'une persistance inaccoutumée — de tendances difficiles à équilibrer. La méthode des tâtonnements (trial and rejection), utilisée par l'évolution naturelle, poussera certains enfants vers une frénésie de lectures, d'autres vers de simples rêveries diurnes indifférentes en apparence, mais souvent fantastiques; d'autres enfin vers des fantaisies sexuelles qui, il faut le remarquer en passant, sont parfois aussi graves, sinon plus graves en fait, que ne sont les pratiques sexuelles anormales elles-mêmes, souvent inoffensives. Toutes ces tendances, communes dans l'adolescence, finissent en général par être mises de côté, d'une manière ou d'une autre, par les enfants d'un caractère plus naturel et sociable. La correction est due aux attraits plus puissants qu'exercent des instincts meilleurs dans une direction opposée; ou bien, si les efforts pour faire face aux exigences de la vie réelle échouent, il peut en résulter un temps d'arrêt. Dans ce cas, les habitudes mêmes du malade, la perte du sens de la réalité, et la satisfaction anormale qu'il éprouve dans de simples rêveries ou de bonnes résolutions, l'encouragent à escamoter (dodging) les conséquences de l'échec plutôt qu'à abandonner ses instincts nuisibles.

Pour ceux qui sont exposés aux échecs il vient s'ajouter, comme fardeau supplémentaire, la comparaison qu'ils font entre eux-mêmes et les autres, et le sentiment consécutif d'être désavantagés. Ces sentiments sont spécialement forts chez ceux qui se sont aventurés, ou qui ont été hissés, plus haut que leur niveau; ils sont accrus par l'irritation naturelle due au fait de travailler dans des conditions désavantageuses - irritation qui s'ajoute à celle qui résulte naturellement du ressassage des déceptions et des incapacités. Dans les cas d'insuccès véritables, nous trouvons un désir de les cacher, plutôt que de corriger les ambitions nuisibles. Il se développe ainsi une tendance insidieuse à remplacer le moyen efficace de répondre aux difficultés, par des expédients qui consistent à se faire de vaines morales et à s'illusionner soi-même - et par un étrange penchant à verser dans des variétés innombrables de mysticisme superficiel et de considérations métaphysiques, ou dans des idées fantasques qui ne peuvent pas être soumises au contrôle de l'action. Tout ceci se fait aux dépens d'une activité vraiment féconde - activité qui semble dépourvue de signification aux yeux du malade, par rapport à ce qu'il considère comme des exploits bien plus élevés. Ainsi se crée un abîme (cleavage) toujours plus large entre la vie simplement pensée et la vie appliquée en pratique, telle qu'elle pourrait apporter avec elle les corrections d'une expérience concrète. Alors, sous l'influence d'un effort pour lequel une personne normale eût été préparée, un individu suffisamment faible et sensible réagira par les manifestations mentales désordonnées qui constituent le « processus de détérioration », ou démence précoce. Une activité incomplète ou chroniquement trop peu efficace, une vie menée à l'écart de l'influence salutaire de la société et de l'expérience concrète, et enfin une façon toujours plus déplacée de répondre aux demandes inévitablement complexes des instincts supérieurs — telle est, en pratique, la formule du processus de détérioration. » (15, p. 96-97.) 1

Les possibilités de rétablir l'équilibre sont naturellement beaucoup moindres lorsque s'est produite — sous l'influence de la cause occasionnelle à laquelle une personne normale eût été capable de résister — la rupture de compensation qui marque le début apparent de la psychose. C'est pourquoi Meyer attache un si grand poids aux efforts préventifs destinés à éviter cette rupture chez les prédisposés. La thérapeutique psychiatrique devant entrer en jeu le plus tôt possible afin d'avoir les meilleures chances d'efficacité, se confond ici avec l'hygiène mentale et la pédagogie. Quant aux arguments qui parlent de fatalité morbide et présentent les tentatives de prophylaxie individuelle comme illusoires et utopiques, Meyer les juge dépourvus de toute valeur. Son point de vue sur la notion de constitution (make-up) fait comprendre qu'il n'admette pas ici le préjugé du « pessimisme fataliste » — pas davantage qu'en ce qui concerne, comme on l'a vu plus haut, le pronostic ultime des troubles nettement déclarés. Voici comment il s'exprime à ce sujet:

« La leçon qui se dégage de ces cas ne sera perdue que pour ceux qui barrent la route de l'investigation avec l'idée préconçue que ces cas se développent par quelque nécessité fatale, résultant de ce que d'aucuns appellent les lois de la dégénérescence. Ces soi-disantes lois sont, néanmoins, des conclusions tirées de statistiques qui ont été réunies sans qu'on sache si quelque chose avait été fait pour le malade, ou non. Si l'on admet l'importance des traits de caractère (mental traits), on peut soutenir que le maigre résultat de la pédagogie traditionnelle dans ses efforts préventifs est en faveur de la thèse que ces cas auraient mal tourné en tout état de cause. Mais qu'on me permette

¹ Meyer fait remarquer que son point de vue se rapproche de celui de Pierre Janet: ¿Janet, dit-il, a construit une intéressante hiérarchie des fonctions mentales. Son étude de la psychasthénie l'amène à la conviction que la fonction la plus difficile et la plus élevée est l'action complète. Je serais tenté d'ajouter que l'action accomplie entièrement est la condition première pour faciliter le repos, ou pour inciter à entreprendre quelque chose de nouveau. Ainsi j'en viens à décrire le développement de la démence précoce comme étant essentiellement une détérioration des instincts de l'action. Elle consiste en une substitution de tentatives inefficaces et erronées, pour esquiver les difficultés au lieu de tâcher d'y faire face par des actions décisives. Le repli sur soi-même (seclusiveness) est en général un pauvre procédé pour chercher la protection qui pourrait être obtenue par d'autres voies risquant moins de conduire à une accumulation des troubles. Si l'on pouvait fournir des occasions de faire des choses simples et agréables et de les mener à bien, la tentation des pures rêveries d'actes et d'exploits serait moins forte. Sinon il se produit — par manque du contrôle stabilisant qu'exerce l'activité réelle — une dispersion de la pensée et, avec elle, ces singulières dissociations qui constituent la démence précoce ; il s'agit d'un éclatement (splitting) d'où résultent, non pas les personnalités multiples et pittoresques chères aux romanciers, mais ces grotesques fragments de mentalité qui deviennent quasi-inintelligibles pour celui qui n'est pas familiarisé avec l'analyse psychopathologique. Les produits les plus insensés et les plus incongrus de l'imagination constructive se donnent libre cours dans l'esprit du malade, et les symptômes de la démence précoce se présentent à nous comme le résultat tout naturel d'un développement mental raté (miscarried). » (15, p. 98-99.)

de poser cette question: ne fait-on pas en général trop peu de cas de ces traits de caractère, et ne sont-ils pas très difficiles à traiter? Une meilleure connaissance des faits ne serait-elle pas nécessaire pour leur appliquer un traitement satisfaisant? Les lois de la dégénérescence sont basées, en partie du moins, sur des cas et des faits au sujet desquels le dernier mot d'une psychobiologie pratique n'a pas encore été dit. Il n'y a aucune raison d'admettre que les réactions mentales de cas présentant des «symptômes de dégénérescence» soient essentiellement différentes des réactions mentales de personnes normales. Nous n'avons pas besoin de supposer quelque agent toxique spécial ou extraordinaire pour rendre compte de la ténacité de ces symptômes. Que l'on songe, à cet égard, combien il est difficile d'extirper, même d'un esprit normal, certaines superstitions et idées étranges — pour ne pas parler de conceptions religieuses ou politiques particulières. Seulement ces idées sont moins nuisibles que les réactions que nous avons envisagées, parce qu'elles viennent dans des domaines de la pensée et de l'action où le malade risque moins d'être entraîné dans des embarras d'ordre pratique — ceci pour la bonne raison que la société évite ordinairement d'encourager ces idées, tandis qu'aux directions de pensée les plus préjudiciables il s'offre peu, ou pas, de rectifications salutaires (corrective helps). C'est pourquoi nous admettons qu'une pédagogie ayant connaissance des principes (indispensables) pourrait mener à bien ce que la pédagogie ordinaire n'a pas encore réussi à réaliser. Ce n'est pas tant par des tentatives d'extirpation que ce résultat sera obtenu, que par une méthode plus rationnelle destinée à fournir à temps la protection voulue, et les moyens propres à contrebalancer des tendances malsaines et à les rendre inoffensives..... » (15, p. 95.)

« A ceux qui pensent que cela ne vaut guère la peine de se tracasser puisqu'un certain nombre de cas finissent par tomber quoi qu'on fasse, je ne saurais adresser un appel plus pressant qu'en insistant sur ce fait: ce qui fait souvent tomber les uns dans une complète dépression (breakdown), gâtera en partie la vie chez d'autres, ou compromettra du moins sérieusement leur succès. Ce qui apparaît comme grossi par une loupe dans les états de détérioration grave, nous le retrouvons, sur une plus petite échelle, sous forme de légères invalidités très fréquentes (frequent impediments). Par conséquent tout accroissement de nos connaissances aura pour effet de nous aider à formuler la meilleure hygiène possible, même pour la conduite de l'individu normal. Cela nous fera réaliser que les principes habituels concernant le travail et le repos, ainsi que l'exercice et son influence sur notre capacité à répondre aux demandes ordinaires de l'existence — doivent aussi s'appliquer aux problèmes plus personnels de notre vie où il s'agit d'éduquer le caractère, et d'amasser l'énergie voulue afin de faire face aux conflits inévitables de nos instincts individuels et de nos instincts sociaux d'une nature plus complexe. » (15, p. 97.)

* *

D'une façon générale, la théorie dynamique rencontre des résistances; plusieurs motifs, dont Meyer cite les principaux, s'opposent à sa diffusion rapide. D'abord elle exige que le médecin pénètre

dans les détails intimes de la vie du malade et de sa famille, condition délicate et parfois difficile à remplir. Il est souvent plus commode, pour simplifier la tâche, de se contenter d'affirmations toutes faites qui ne peuvent avoir qu'une portée générale. Meyer cite, entre autres, l'ornière traditionnelle dans laquelle on tombe, lorsqu'on doit s'occuper de certains désordres de la sphère des habitudes et des instincts (habit-disorders, comme l'onanisme par exemple, 20, p. 399). On se borne volontiers à un raisonnement évasif, qui consiste à n'appeler ces troubles que les « symptômes » d'un certain état de maladie; ainsi il est permis de se dispenser d'une enquête plus profonde sur les données et les difficultés concrètes relatives aux symptômes en question — comme s'ils ne pouvaient pas avoir, eux-mêmes, une importance pathogène additionnelle. Un autre motif de résistance tient à l'observation que de nombreux cas de démence précoce paraissent s'aggraver, ou au contraire se remettre spontanément, quels que soient les moyens mis en œuvre; ils déjouent tous les essais d'intervention. Mais ce fait, que l'on invoque à tort en faveur de la théorie fataliste, dépend bien plus de l'insuffisance actuelle de nos connaissances en matière de psychopathologie — par rapport à l'extrême complexité des cas dont il s'agit.

Enfin, l'obstacle principal provient d'un prétendu antagonisme entre les conceptions dynamiques et organiques. En réalité, cet antagonisme n'existe pas; c'est un point à examiner de près, car il est l'objet de fréquents malentendus. Personne ne conteste que toute maladie organique soit en même temps fonctionnelle, en ce sens que les altérations finissent par entraîner un trouble quelconque, général ou localisé, dans le fonctionnement de l'individu. S'il n'en était pas ainsi, on ne parlerait pas de maladie, mais simplement d'une trouvaille anatomique. Ce qui importe en médecine, c'est bien l'intégrité, ou le désordre, dans les fonctions. Dans certains cas le trouble est entièrement expliqué par les altérations corporelles — comme la mobilité restreinte d'un bras causée par des lésions articulaires. Dans cet exemple très simple, l'état somatique rend compte de la gêne fonctionnelle; c'est sur lui que doit se porter toute l'attention du médecin. Pour la paralysie générale aussi, l'anatomie pathologique rend compte du dérangement dans la fonction psychologique, mais d'une manière moins complète: certains symptômes ne deviennent intelligibles que par l'analyse des dispositions mentales antérieures. Néanmoins, une interprétation organique de cette maladie est tout à fait justifiée; car ce

sont précisément les troubles essentiels, ceux de la déchéance intellectuelle progressive, qu'explique si bien la détérioration cérébrale. Pour la démence précoce, il n'en est rien. Ici, c'est bien l'étude approfondie des facteurs psychologiques qui permet de saisir le déroulement des troubles; ces facteurs, fonctionnels eux-mêmes, rendent compte des tableaux cliniques consécutifs. Ainsi nous arrivons à comprendre plus ou moins le mécanisme de l'état morbide, condition première pour faciliter les chances d'un traitement éventuel 1.

Cette interprétation est avant tout fonctionnelle, car elle reconnaît le rôle des facteurs psychologiques tels qu'ils ont été définis dans le premier chapitre. Elle est en outre dynamique parce qu'elle envisage la maladie comme une succession toujours variable de causes et d'effets, et sous la forme de conflits de forces mal équilibrées. Mais elle ne tend nullement à négliger les données fournies par l'examen méticuleux de l'organisme. Dans l'interprétation globale on doit accorder à ces données l'importance qui leur est due, selon la mesure dans laquelle elles rendent compte des manifestations morbides. Il est bien clair que certains troubles particuliers (altérations trophiques, œdèmes, etc.) peuvent dépendre de facteurs somatiques, d'origine glandulaire ou autre. Il est clair aussi que les réactions « catatoniques » ne relèvent pas forcément d'une pathogénie fonctionnelle, comme celle qui a été esquissée plus haut; il peut arriver, dans tel ou tel cas, qu'elles s'expliquent d'une manière plus satisfaisante par des lésions déterminées, du genre de celles qu'on a découvertes chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. Mais ces cas spéciaux n'infirment pas l'interprétation dynamique globale - pas plus que l'interprétation organique et toxi-infectieuse de la paralysie générale n'est infirmée par l'existence, dans cette maladie, d'un bon nombre de symptômes qui relèvent de modes d'explication tout autres. Faut-il ajouter que, même dans le cas pourtant limpide du bras gêné par des lésions articulaires, il peut se glisser des facteurs psychogènes? Ce cas n'en reste pas moins le prototype d'un trouble somatique.

¹ On remarquera que le point de vue de Meyer se rapproche beaucoup, à certains égards, de celui de Claude. On sait que le professeur Claude désigne sous le nom de schizomanie un vaste groupe qui constituait une bonne partie de la démence précoce de Kræpelin et de la schizophrénie de Bleuler. Se basant sur l'observation clinique et sur un ensemble de recherches biologiques, l'éminent professeur de Paris montre que ces cas de schizomanie ont une pathogénie fonctionnelle et doivent être séparés du groupe, bien moins nombreux, des démences précoces de type organique. (Voir à ce sujet: Claude, Borel et Robin: Démence précoce, schizomanie et schizophrénie. Encéphale, 1924, XIX, p. 145: et les articles de Claude, Codet et Laforgue, parus dans le premier volume de l'Evolution psychiatrique, 1925). Voir aussi les rapports de Bleuler et de Claude, sur la schizophrénie, au récent Congrès des aliénistes et neurologistes (Genève-Lausanne, août 1926) et les communications de Hesnard, Laforgue, Minkowski, Boven, etc.

Ces exemples prouvent qu'il n'y a aucune incompatibilité réelle entre les conceptions dynamiques et organiques, à condition, toutefois, de ne pas leur accorder une valeur absolue et exclusive. La conception dynamique, proposée par Meyer pour la démence précoce, laisse le champ ouvert à toutes les recherches somatiques; elle tient compte des découvertes dans ce domaine, mais ne leur confère pas ipso facto une importance causale prépondérante. Meyer insiste d'ailleurs sur la notion de multiplicité des causes; il parle de préférence d'un ensemble (constellation) de facteurs déterminants, ou de composantes diverses. « Dans toutes ces conditions morbides, dit-il à propos de la schizophrénie, une attention spéciale est donnée aux indices qui prouvent l'existence évidente de composantes somatiques spécifiques, sans essayer de rendre un seul facteur ou une seule particularité responsable de tout le reste. Le pronostic dépend de la formulation de tous les facteurs en jeu, des réactions présentes et de l'efficacité des efforts d'adaptation de l'individu. » (53, p. 360.)

Aug. Hoch, après avoir fait ressortir la valeur des principes établis par Meyer au sujet de la démence précoce, s'exprime ainsi: « Si, dans tout ce qui a été dit, les facteurs purement mentaux ont été mis au premier plan, cela n'implique naturellement pas que des influences physiques ne puissent pas, tout aussi bien, entrer en proportions variées dans la constellation causale. Il n'existe pas une ligne ferme et nette, d'un côté de laquelle ce sont des causes physiques, de l'autre des causes mentales qui agissent; mais il y a évidemment des maladies, ou des cas, dans lesquels la constellation des causes est dominée principalement par les unes ou par les autres. Mais tous les facteurs doivent être pris en considération, et c'est la tâche de l'avenir de montrer ce qui décide du tableau symptomatique, de l'évolution et de l'issue — en ce qui concerne soit les habitudes mentales et les formes de réactions, soit les facteurs physiques ». « Le point essentiel me semble résider dans la forte évidence qu'il existe certaines maladies dans lesquelles des conflits, et les réactions de la personnalité à ces conflits, figurent au premier plan du tableau clinique; dans celles-ci les altérations anatomiques et chimiques, ou leurs indices, n'ont pas encore été d'un grand secours pour la compréhension des troubles, tandis que, dans d'autres maladies, la situation est renversée 1.»

¹ Aug. Hoch. The psychogenic factors in the development of psychoses. (Psychological Bulletin, 1907, IV, p. 168-169).

Dans la constellation des causes figurent encore divers facteurs héréditaires et dégénératifs qui échappent à toute prise chez l'individu donné, ainsi que les irrégularités du métabolisme chimique consécutives au dérèglement des fonctions mentales. L'état morbide est finalement déterminé, dans tous ses détails, par une suite très complexe de causes et d'effets de diverses natures qui s'enchevêtrent sans cesse; en sorte que l'interprétation, même la plus adéquate, ne peut avoir qu'une application générale. «Certainement, le nombre augmente, dit Meyer, de ceux qui admettent avec moi que la grosse masse des manifestations réunies sous le nom de démence précoce peuvent s'exprimer, de la façon la plus pratique, comme étant la suite inévitable et naturelle d'une détérioration des habitudes due en partie à des défauts évolutifs du capital mental (mental endowment); mais elle est due, en partie du moins, aux conflits des instincts, à des manières progressivement erronées de faire face aux difficultés et à l'incapacité, qui en résulte, de maintenir un juste équilibre de l'anabolisme et du catabolisme. » (15.p.92)

L'attitude de Meyer surprendra beaucoup de psychiatres. Il estime, en effet, que les modifications chimiques que l'on peut déceler chez les déments précoces ne sauraient avoir la valeur explicative qu'on est tenté de leur attribuer. Il estime surtout qu'il n'est pas possible de concevoir la pathogénie de troubles aussi compliqués, si l'on élimine les facteurs fonctionnels et les situations psychologiques concrètes (setting) dans lesquelles ils se sont produits. Un examen superficiel de cette doctrine pourrait faire craindre, aux chercheurs spécialisés dans les méthodes de laboratoire, que leurs découvertes soient sous-estimées. Il n'en est rien. Il convient d'ailleurs de remarquer que Meyer a édifié sa théorie psycho-pathogénique en ayant une connaissance parfaite des branches de la médecine qui se rapprochent le plus des sciences exactes, notamment l'anatomie et la neurologie, et en sachant fort bien tout ce qu'elles peuvent fournir 1. Ceci donne un poids et un intérêt d'autant plus grands à l'interprétation dynamique, la seule qu'il juge satisfaisante pour expliquer la majorité des troubles de la démence précoce.

Les caractères essentiels de cette doctrine ont été résumés par

¹ Il n'entre pas dans le cadre de cet article de rendre compte des publications de Meyer relatives à des questions neurologiques ou anatomiques. Qu'il suffise de mentionner ses recherches sur les suiets suivants: anatomie pathologique de l'épilepsie, aphasie, connections histologiques des lobes occipitaux, hernies cérébrales, traumatismes craniens, tumeurs de l'hypophyse, tumeurs métastatiques de la thyroïde, etc.

Campbell dans les lignes suivantes: « Meyer, dit-il, a formulé une conception de la maladie, dans laquelle on prend en ligne de compte beaucoup de données qui ont été négligées par ceux que les hypothèses d'auto-intoxication ont dominés. Cette conception exprime le fait que la psychose est le point culminant d'une longue période d'ajustements biologiques malsains, chez des individus qui sont constitutionnellement aptes à réagir à leurs difficultés d'une façon inadéquate. Les symptômes ne peuvent pas être compris si l'on ne procède pas à une analyse minutieuse des traits constitutionnels de l'individu, de ses habitudes dans le sens le plus large du terme, et des difficultés réelles qui ont précipité le début de la psychose.» Et ailleurs: « Il faut espérer qu'en admettant explicitement la valeur des études sur le métabolisme, mises à leur juste place, on fera tomber l'objection que la conception de la démence précoce esquissée plus haut est «trop psychologique». Les aliénistes devraient, assurément, être les premiers à reconnaître que la biologie humaine, si elle veut embrasser d'une manière adéquate les faits de l'expérience, doit être psychologique; la psychologie n'est pas une branche de la philosophie, mais ce département de la biologie qui s'occupe des réactions les plus complexes de l'individu.»1

IV

Applications pratiques.

La doctrine d'Adolf Meyer est inséparable de ses applications pratiques; son auteur l'a élaborée en se basant sur une expérience de longue durée, acquise par un contact journalier avec les malades. Mais cette doctrine devait trouver dans la suite des possibilités plus complètes de réalisation grâce à M. Henry Phipps. Ce généreux philanthrope, qui était déjà bien connu par ses initiatives en faveur de diverses institutions médicales et sociales, donna à l'Hôpital de l'Université Johns Hopkins les moyens de créer une clinique psychiatrique construite et organisée sous la direction de Meyer, et répondant aux exigences les plus modernes (30, 33).

Cet établissement, inauguré en 1913, compte une centaine de lits. Il est destiné à recevoir toutes les variétés de cas, présentant n'importe quelle espèce

¹ M. CAMPBELL, loc. cit., p. 641 et 640.

de difficultés ou de problèmes relatifs à l'adaptation psychologique de l'individu. Qu'il s'agisse de manifestations merbides violentes et dangereuses, ou légères et dissimulées, elles doivent être l'objet d'une égale attention en ce qui concerne la recherche scientifique, les efforts thérapeutiques et l'enseignement universitaire. La clinique comprend des divisions pour malades agités, demi-agités, tranquilles; un certain nombre de chambres privées pour pensionnaires, et une division spéciale pour les cas de psychopathologie qu'on désire ne pas mettre en contact avec les individus atteints de troubles mentaux manifestes. Trois laboratoires (médecine interne, neuro-anatomie, psychologie) font partie de l'établissement, ainsi que les salles de gymnastique, hydrothérapie, travaux manuels, jeux, salles de cours, de projections et bibliothèque. Le personnel médical se compose d'une dizaine de médecins et, lorsque les circonstances le permettent, de trois chefs de laboratoire spécialisés dans les recherches techniques correspondantes. En principe, chaque malade est gardé pour examen pendant quelques jours, ou le temps nécessaire afin d'établir la ligne de conduite à suivre à son égard. La question essentielle n'est pas uniquement de préciser la nature des troubles dont il souffre, mais de rechercher quel est le milieu ambiant le plus propice à son rétablissement, d'établir le niveau auquel il aura le plus de chances de se réadapter. Après une observation clinique d'une durée relativement courte, il apparaît qu'un bon nombre de cas peuvent continuer à être traités à domicile, au fur et à mesure qu'ils reprennent leur travail; il leur faut des indications compétentes en matière d'hygiène et de rééducation mentales, des conseils sur la manière d'utiliser leurs moments de loisirs. Quelques-uns doivent être évacués dans d'autres établissements: asiles, colonies agricoles, etc. On choisit parmi tous ces cas, afin de les garder pendant de longues périodes, ceux qui promettent le plus aux points de vue scientifique, thérapeutique ou didactique.

Une clinique de ce genre 1 ne fait pas double emploi avec les asiles d'aliénés. C'est un établissement à l'égard duquel le public n'entretient pas certains préjugés traditionnels (et parfois officiels), dont tant de directeurs d'asiles ont lieu de se plaindre; le travail qui sy accomplit contribue à rapprocher la psychiatrie des autres branches de la médecine. Sa situation en plein centre de la ville, sa proximité immédiate des diverses cliniques qui forment un hôpital universitaire dont la réputation est très grande (cliniques médicale, chirurgicale, gynécologique, infantile, etc.), lui ôtent le caractère d'étrangeté et de malaise qui s'attache, dans l'esprit des profanes, à l'idée d'un asile. Le peuple commence à se rendre compte — et c'est ce que Meyer veut lui inculquer de plus en plus — que les troubles de l'esprit, quelles que soient leur intensité, leur

¹ Il en existe d'analogues en Europe, comme celle de Kræpelin à Munich. Aux Etats-Unis, il y en a deux autres: celle de l'Université de Michigan, à Ann Arbor (prof. Barrett), et le Psychopathic Hospital, à Boston (prof. Campbell)

légèreté ou leur nature, peuvent être l'objet de connaissances scientifiques et de soins éclairés au même titre que les désordres d'une fonction quelconque de l'organisme. C'est la clinique psychiatrique (elle s'appelle franchement ainsi) qui est appropriée à l'étude et au traitement de ces états maladifs. Elle constitue une unité indépendante, mais elle est mise exactement sur le même pied, voire sur le même emplacement que les autres cliniques.

Il faut que la famille du malade et le malade lui-même, lorsqu'il a conscience de son état, sachent qu'il y a tout avantage à s'adresser aux milieux compétents le plus tôt possible. Cette démarche ne doit impliquer pour eux ni danger ni honte. Et si l'on veut que le public recourre sans trop de peine aux soins véritablement psychiatriques dont il peut avoir besoin, il faut d'abord le dispenser de formalités désagréables. Meyer cite, à cet égard, l'usage de la « déclaration d'aliénation mentale » en bonne et due forme, exigée parfois avant d'être accepté dans les institutions pour le traitement des psychoses. Cet usage a un double effet désastreux: aux cas légers qui pourraient avoir des velléités de se faire admettre il barre la route à la manière d'un épouvantail; et ceux qui entrent de force, il les stigmatise toujours plus ou moins comme s'ils étaient atteints d'une tare. Or les efforts du psychiatre devraient justement se porter sur les cas encore légers, sur ces états psychopathologiques préliminaires et insidieux, antérieurs à l'accès aigu qui marque le début apparent de la psychose. C'est pourquoi il importe que la clinique soit largement ouverte; son apparence, sa situation, doivent contribuer à en faciliter l'accès. En fait, la plupart des malades traités dans cette section psychiatrique de l'Hôpital Johns Hopkins y viennent de leur plein gré. Plusieurs d'entre eux souffrent de ces nombreuses formes de prétendue « névropathie » qui occupent sans cesse le praticien, mais qui se prêtent mal à un enseignement clinique approprié; car si ces malades appartiennent bien au domaine de la psychiatrie, ils s'adressent rarement aux psychiatres de profession.

La présence dans le même bâtiment d'individus atteints de psychoses manifestes (ou, pour employer l'expression populaire, de fous notoires et véritables) ne jette pas de discrédit sur l'établissement. La Car ces cas n'y constituent pas la majorité, pas plus

¹ Pour que les malades des différentes catégories ne se gênent pas les uns les autres, la clinique a été construite d'une manière remarquable au point de vue architectural, vu le peu de place qu'elle occupe.

que dans le pourcentage général des innombrables troubles psychopathiques présentés par une population quelconque. Ce sont ces individus profondément atteints, et peut-être voués à une incapacité sociale absolue et définitive, qui bénéficient d'être admis et traités sous le même toit que la masse des malades pratiquement curables. Le public réalise qu'il n'y a aucune espèce d'affection mentale, si grave ou si effrayante soit-elle, qui ne puisse recevoir à l'Hôpital les soins appropriés — aucune personne dont les troubles seront jugés d'emblée comme des tares la rendant bonne à être mise à l'écart et enfermée. La clinique est organisée pour pouvoir garder les malades les plus pénibles et les plus difficiles, même si leur état aigu se prolonge pendant des mois. Ce simple fait réhabilite l'aliéné aux yeux du public, et la science psychiatrique du mêmecoup. Le transfert éventuel dans un asile devient une question d'opportunité pratique; il n'apparaît pas comme l'exécution pure et simple d'un « verdict » médical. C'est là une nuance qui n'est pas négligeable, car elle diminue les raisons de se méfier de l'aliéniste; celui-ci est un médecin comme un autre, dont l'ambition est d'améliorer l'état de ceux qu'il soigne, bien que sa science et ses moyens se montrent insuffisants dans un certain nombre de cas.

Si les formalités d'admission sont faciles et élastiques, elles permettent au psychiatre d'observer les personnes dont l'état morbide est encore à un stade léger ou initial; ceci augmente les possibilités d'action. Pour le même motif il convient que la clinique soit aménagée d'une manière attrayante, afin d'y rendre le séjour acceptable. Les malades dont il s'agit sont des désadaptés; ils présentent tous ces types de réactions nuisibles qui les ont empêchés. de s'ajuster à leur entourage habituel: méfiance, orgueil, euphorie excessive, recherche de la solitude, détresse, etc. etc. Ces mêmes réactions vont maintenant gêner les chances de trouver, dans l'ambiance de la clinique, l'aide indispensable. Aussi faut-il atténuer ici, bien plus encore que pour les personnes atteintes de maladies. corporelles, les résistances et les difficultés que la plupart des sujets. éprouvent du fait de leur arrivée dans un milieu qui leur est étranger. La transplantation seule impose, à ces désadaptés, des efforts d'adaptation nouveaux; elle commence par mettre à l'épreuve la fonction qui est déjà la plus altérée. Cette fâcheuse circonstance est inévitable; mais on peut en amoindrir les effets en fournissant au malade un confort relativement grand, par rapport à celui que doivent offrir des dortoirs de médecine ou de chirurgie. Le séjourà l'hôpital n'implique en lui-même, pour une personne dont le bras est endolori, aucun accroissement de ses souffrances; elle trouve au contraire le maximum de bien-être et de détente exigés par son état morbide, et c'est au chirurgien d'ordonner la dose nécessaire de mouvements douloureux. De même, c'est à l'aliéniste qu'il appartient de pousser son malade, s'il y a lieu, aux efforts de travail et d'adaptation sociale qui éviteront l'ankylose; mais ses conseils seraient mieux acceptés si l'ambiance nouvelle n'était pas déjà, par elle-même, une source d'obstacles et de vexations pour les sujets sensibles.

Afin d'obtenir les meilleurs résultats dans cette « orthopédie mentale » il faut qu'il s'établisse, dans la mesure du possible, une coopération franche et spontanée entre le malade et le psychiatre. Tous les aliénistes savent combien cette coopération est parfois difficile à obtenir; dans bien des cas le malade, déjà irrité ou humilié de se sentir dans une « maison de fous », résiste malgré lui, d'autant plus qu'il ne reçoit pas toujours la dose extrême de prévenances et de douceur réclamées par son état morbide — dose qui serait naturellement excessive à l'égard de tout homme sain. Ne reste-t-il pas souvent, dans la mémoire de ceux qui ont passé par l'asile, une rancune dont l'effet n'est salutaire ni pour eux ni pour leur entourage? Et s'il n'est pas possible de leur épargner cette cause ultérieure de tourment (dont ils rendent d'ailleurs l'aliéniste plus ou moins responsable), ne vaut-il pas la peine de la diminuer par tous les moyens disponibles? Il est rare qu'une clinique psychiatrique populaire, comme celle de l'Hôpital Johns Hopkins, soit montée avec autant de soin, non seulement dans ses laboratoires scientifiques, mais encore en ce qui touche au bien-être des malades. Le séjour qu'ils y font, dans des locaux très simples mais confortables, ne doit surtout pas leur laisser le souvenir d'une sinistre aventure. On ne saurait reprocher à cette condition essentielle la part de dépenses qu'elle nécessite; la société n'a sans doute pas encore fait, en faveur des individus atteints de psychoses, les sacrifices qu'elle s'est imposés pour ceux qui souffrent d'autres troubles.

* *

Lorsqu'un malade est admis, il est l'objet de tous les examens physiques et mentaux habituels. Mais quel que soit le diagnostic que le médecin croie pouvoir porter après ces premières constata-

tions, sa tâche principale, essentiellement psychiatrique, réside ailleurs. Elle consiste surtout à reconstituer le cours de la vie du malade (life-record), et à formuler le développement de l'état morbide en termes de « situations » et de « réactions ». C'est la connaissance des faits de cet ordre, parfaitement positifs, qui permet au médecin de saisir le mécanisme d'une foule de troubles accusés par le psychopathe, et d'éclairer celui-ci à leur sujet. S'il s'agit d'un cas relativement léger, et que le malade reste peu de temps à la clinique, il la quitte avec le sentiment que quelque chose a été mis au net. Sa compréhension de lui-même (insight) se trouve accrue, ainsi que son estime pour l'aliéniste qui n'a pas craint de consacrer son temps et sa peine à envisager toute la situation avec lui. Il remporte de son séjour une aide effective. Ce premier pas a une importance capitale, non pas pour modifier « la maladie » (l'entité mystérieuse dont le spectre dessèche les efforts du théoricien!), mais pour créer cette atmosphère de coopération confiante avec « le malade », et préparer ainsi, au lieu de la saper d'avance, la base de tout essai de réadaptation future. «Les deux grandes fautes du médecin à l'égard du psychopathe, dit Meyer, peuvent être de le renvoyer avec ces mots: « Vous n'avez rien » (en risquant de lui insinuer qu'il ferait mieux d'aller à la Science Chrétienne ou à quelque guérisseur universel) — ou de lui dire: «Ce que je trouve est assez pour expliquer tous vos symptômes nerveux. » Ces deux affirmations sommaires ont pour effet, l'une et l'autre, de faire négliger l'examen des réactions psychopathologiques, et du milieu particulier propre à l'individu (situational status). Une étude attentive de ces circonstances ambiantes (settings) permettra de donner une réponse plus utile au malade, et rendra justice aussi, en définitive, à la capacité du médecin. » (47, p. 1128.)

Quant aux cas gardés longtemps dans la clinique, les moyens mis en œuvre afin d'améliorer leur état varient pour chacun d'eux. A côté des méthodes utilisées dans d'autres branches de la médecine et sur le détail desquelles il n'y a pas lieu d'insister ici (alitement, régimes, hydrothérapie, physicothérapie, traitements médicamentaux, opothérapiques, spécifiques, etc.), une grande importance est attachée à l'utilisation thérapeutique du travail.

Le principe est qu'il subsiste, chez toute personne atteinte de troubles mentaux, un certain *niveau de capacités* qui peuvent être mises à profit. Il faut que le psychiatre s'ingénie à trouver des occupations correspondant à

ce niveau, et permette ainsi au malade de déployer encore, sous une forme quelconque, une activité qui lui soit salutaire. S'il est nuisible d'exiger de lui plus qu'il ne peut fournir, il est tout aussi grave de le laisser croupir dans ses fantaisies: « Il y aurait beaucoup plus de bonheur et de succès véritable dans l'hygiène mentale, si les gens se rendaient mieux compte qu'à chaque pas, chaque personne peut faire quelque chose bien et retirer une satisfaction en la faisant, et réaliser que cette satisfaction en une chose accomplie a dix fois plus de valeur que celle qui résulte de simples pensées et imaginations, même supérieures. » (15, p. 98.) On remarquera que Meyer s'inspire ici des principes qui animent les éducateurs modernes, dont les efforts constituent du reste le meilleur appui que puisse recevoir la prophylaxie mentale. Voici ce qu'il dit à ce propos: « Lorsque le fait d'accomplir quelque chose devient moins attrayant que celui de connaître en théorie, cela ouvre à l'élève la voie de la déception, sinon de l'échec. » Et après avoir insisté sur l'urgence de fournir, surtout aux enfants anormaux, des occupations pratiques et tangibles, il ajoute: « Je ne vois pas pourquoi le succès des efforts dirigés vers cet objet ne paraîtrait pas plus glorieux, ou en tout cas aussi glorieux, que l'élaboration de quelque nouveau plan destiné à bourrer le crâne de l'élève avec le contenu d'un programme conventionnel. » (15, p. 101.)

Meyer estime que ces principes, dont l'utilité est reconnue en pédagogie, ont un champ d'application très vaste non seulement dans la rééducation des psychopathes, mais dans le traitement des individus atteints de psychoses. au sens le plus strict. L'influence favorable de toute activité positive se comprend d'autant mieux, lorsqu'on tient compte de la nature principalement fonctionnelle des troubles mentaux. Dans un petit article très suggestif intitulé « La philosophie de la thérapeutique par le travail », où Meyer rappelle ce qui a été fait dans les établissements européens à cet égard, nous lisons des phrases significatives comme celles-ci: « C'est l'emploi que nous faisons de nous-mêmes qui imprime sa marque ultime à tout notre organisme ».... « C'est devenu une belle tâche pour notre ingéniosité d'obtenir un accomplissement d'actes là où il n'était pas arrivé à se produire spontanément, et d'aider ainsi l'organisme dans son rôle de se maintenir lui-même en bonne forme » « Le facteur de progrès le plus important réside sans doute dans les conceptions nouvelles, d'après lesquelles il faut voir dans les états mentaux des problèmes d'adaptation biologique (problems of living) et pas uniquement des maladies structurales ou toxiques d'une part, ou des maladies qui révèlent, d'autre part, un désordre constitutionnel définitif. Le fait de formuler ces états morbides en termes de « détérioration des habitudes » — même lorsqu'il s'agit de ces troubles mentaux graves qui posent le sérieux problème de la démence terminale — exige, comme une obligation et une nécessité, qu'on éveille systématiquement l'intérêt du malade, et qu'on se préoccupe de lui faire utiliser d'une manière effective son temps et son travail. » (50, p. 4, 5 et 6). Notons que cette conception dynamique est en même temps énergétique. Il arrive à Meyer de comparer, dans ce même article, l'être humain à un transformateur d'énergie, dont le bon fonctionnement est une des conditions essentielles au maintien de son équilibre; l'accomplissement d'actes sains, même minimes, constitue un des meilleurs régulateurs de l'économie mentale —

un des facteurs les plus puissants pour maintenir ou rétablir une heureuse harmonie entre pensées, tendances, imaginations, sentiments.

Le psychiatre ne doit pas tant prescrire au malade une occupation précise, mais lui fournir des occasions, lui suggérer des possibilités variées, La notion de contrainte doit s'effacer autant que possible et faire place à celle d'une coopération librement consentie. C'est pourquoi il est bon que le travail soit rémunéré d'une façon ou d'une autre, ou qu'il soit du moins combiné de manière à donner, sans trop de peine, ce sentiment de satisfaction intime qui provient de la « chose accomplie ». Les métiers manuels tranquilles, répondant à tous les degrés de routine automatique, de dextérité ou de réflexion, sont à préconiser: triage de grains, cartonnage, tissage, reliure, copies, traductions, etc. Ils servent non seulement à dériver les tendances à l'agitation motrice, mais permettent encore au malade de voir et de toucher le résultat concret de ses efforts. Tout objet manufacturé joue, pour celui qui l'a fait, le rôle d'un stimulant naturel infiniment plus précieux que les exhortations ou les remontrances d'autrui. La clinique psychiatrique doit disposer aussi des moyens nécessaires pour mêler le plaisir au travail, fournir des jeux collectifs et individuels, des récréations sportives ou artistiques qui délassent les esprits les plus absorbés, et finissent par tenter parfois les plus récalcitrants.

Une entreprise de ce genre, dont l'organisation est peut-être plus complexe que celle d'un hôpital général, implique une collaboration continue entre les médecins et le personnel subalterne. C'est surtout l'attitude des infirmiers et infirmières, constamment présents dans les salles, qui peut créer cette ambiance confiante et familiale réclamée par l'état des malades. La surveillance et l'autorité semblent d'autant meilleures qu'elles sont exercées par des gardes-malades du sexe féminin, même dans les divisions d'hommes. Afin de s'assurer un appui sérieux et efficace de la part du personnel infirmier, il peut être bon de l'orienter, avec prudence, sur les difficultés spéciales et les problèmes psychologiques relatifs aux cas avec lesquels il a affaire. Au lieu de se croire entouré de créatures « dont le cerveau est détraqué par la folie », il faut que le personnel sente tout l'intérêt qui s'attache à une observation consciencieuse et véritablement humaine des réactions malades — ces réactions si bizarres à première vue, si déplacées et souvent exaspérantes. Grâce à l'emploi de formulaires spéciaux sur lesquels il doit noter lui-même, chaque jour, les réactions et attitudes particulières des patients confiés à sa garde (gémit, chante, menace, se salit, travaille, observe, rêvasse, s'isole, etc.), il est possible de faire collaborer l'infirmier, dans la limite de ses capacités, au travail médical proprement dit. La série des formulaires ainsi obtenus résume dans beaucoup de cas, sous une forme graphique très simple et très complète, l'allure de l'état morbide avec ses variations quotidiennes individuelles (accès maniaques, épisodes délirants, etc.). Ce sont des feuilles de comportement (behavior chart) qui ne sont nullement dépourvues d'intérêt; leur présence est aussi indiquée parmi les dossiers scientifiques d'une institution pour l'étude des psychoses, que celle des feuilles de température dans les cliniques médicales modernes.

* * *

Les méthodes psychothérapiques spéciales font partie aussi des moyens d'action dont dispose le psychiatre. Mais elles ne doivent être employées qu'en connaissance de cause et avec tact. Il est arrivé que les choses en sont venues une fois à un point inadmissible, signalé par Meyer: la candidature d'un médecin à une place d'hôpital ne fut admise qu'à cette condition, imposée par le Conseil administratif, qu'il n'utiliserait ni l'hypnose ni la psychanalyse (27, p. 324). En ce qui concerne la psychanalyse, Meyer a été l'un des premiers à en reconnaître la valeur pour l'étude des maladies mentales. Il recourt lui-même à des notions freudiennes, comme celles du refoulement et de la réalisation du désir (« Wunscherfüllung »). Son interprétation dynamique repose sur toute une catégorie de faits dont plusieurs ont été mis en évidence par Jung, d'une manière concrète et détaillée, dans ses travaux sur la démence précoce. Meyer recommande à ceux qui pratiquent la méthode de Freud d'être prudents dans l'emploi de certains termes à significations multiples qui peuvent prêter à confusion (comme « Uebertragung », transfert). En 1911 il fut l'un des fondateurs et membre du Conseil, de l'Association psychanalytique américaine. A cette époque l'appréciation favorable d'un homme de science occupant une position officielle avait une valeur particulière; car, d'une part, la psychanalyse était déjà tombée aux mains de nombreux amateurs qui se croyaient permis, pour avoir lu plus ou moins attentivement un ou deux ouvrages de Freud, d'émettre des opinions personnelles aussi catégoriques que peu compétentes. D'autre part, la nouvelle méthode était encore victime de l'ignorance farouche de certains milieux médicaux, dont les seules réactions à son égard étaient d'en ricaner ou de la frapper d'interdit! Néanmoins, Meyer n'a pas estimé pouvoir suivre le mouvement psychanalytique dans tous ses développements ultérieurs, dont plusieurs lui paraissent heurter le sens commun ou être en tout cas exagérés.

D'une façon générale, l'aliéniste doit mettre en œuvre selon ses talents personnels, et sans se laisser dominer par des idées préconçues, les moyens hygiéniques, physiques ou psychologiques, propres à amener une amélioration. Le vieux préjugé de la fatalité morbide, avec l'inertie médicale qui en résulte, est encore trop répandu dans les milieux psychiatriques. Sans être optimiste, et sans nier qu'un certain nombre d'états paraissent incurables, il ne faut pourtant pas perdre de vue que c'est le malade qui doit être traité et non la maladie. Cette dernière, isolée arbitrairement, n'offre souvent aucune prise. Mais un examen approfondi de toute la situation complexe touchant l'individu dont il s'agit, telle qu'elle se présente dans la réalité concrète, permet souvent de découvrir des points d'attaque, selon l'expression de Meyer — des voies par lesquelles ils est possible de modifier la suite des événements, avec une répercussion favorable pour le malade lui-même aussi bien que pour son entourage. N'est-ce pas le rôle du psychiatre de procéder à cette recherche patiente et détaillée, exigeant parfois une dose de perspicacité et d'impartialité qu'il est seul à pouvoir fournir? Cela n'est pas « guérir », sans doute... mais la tâche du thérapeute ne consiste-telle pas surtout à aider, lorsqu'il en est capable, l'évolution naturelle à prendre une direction meilleure?

Et cette coopération (exclue dans quelques cas aigus ou profondément atteints) que Meyer cherche à obtenir entre médecin et malade, ainsi que l'ambiance créée à ce dernier, peuvent-elles vraiment avoir une «influence » salutaire — quels que soient du reste les autres procédés de traitement mis en œuvre ? Ce serait bien difficile à admettre si l'on voulait se confiner d'une manière trop étroite dans la notion des entités morbides à marche définie. Mais lorsqu'il s'agit de psychoses, les processus pathologiques dépendent de la personnalité entière du sujet, ils sont inconcevables sans elle; or, cette personnalité n'est pas forcément soustraite, du fait de son état morbide, aux « influences » psychologiques parfaitement naturelles, inhérentes aux relations entre êtres humains.

On voit que l'attitude de Meyer est très large et compréhensive; elle lui permet de toujours garder en vue l'objectif médical par excellence, de se maintenir toujours sur le terrain thérapeutique. A son avis, il ne doit jamais résulter un pessimisme paralysant des vérités traditionnelles qui semblent les mieux établies. Même la

terminaison uniformément fatale de la paralysie générale, dit-il, n'est plus une chose aussi certaine à la lumière des expériences actuelles, suivant que l'on applique ou non un traitement intensif. Il est bon que le médecin observe toujours davantage une prudente réserve dans son affirmation des pronostics. Une autre idée courante, sur un sujet de psychiatrie pure, c'est celle de l'incurabilité absolue de la paranoïa. Meyer est loin de traiter cette question comme s'il s'agissait d'un dogme intangible; on peut s'en convaincre en lisant l'article qu'il a consacré au Traitement des états paranoïaques et paranoïdes. Je donnerai ici un aperçu de ce travail fondamental paru dans l'ouvrage classique de White et Jelliffe (31).

Dans ce travail, où sont résumées les publications modernes principales (notamment la monographie de Gaupp (1909) et l'ouvrage de Sérieux et Capgras (1909) sur les folies raisonnantes), Meyer envisage d'abord le problème pathogénique. La formation des idées délirantes ne constitue pas le fait essentiel; elles ne sont que le produit terminal, l'aboutissement d'une série lente et insidieuse de réactions et de tentatives d'adaptation mal réussies. La division en états dégénératifs et non dégénératifs n'est pas caractéristique. Il n'y a pas non plus de raisons suffisantes pour établir une distinction absolue entre troubles paranoides et paranoiaques - suivant qu'ils auraient, ou non, une tendance à l'évolution démentielle. Quant à la question de savoir si le désordre primitif est de nature intellectuelle ou émotive, elle n'a pas l'importance qu'on lui attribuait autrefois. (Meyer avait déjà traité cette question dans un article spécial (10), sur les rapports de l'émotion et de l'intellect dans la paranoïa et dans les obsessions.) L'intérêt actuel est de chercher « à expliquer et à comprendre les différences de ces états par le matériel individuel, ontogénique et personnel, présenté par les malades ». L'étude purement descriptive cède le pas de plus en plus à une interprétation causale « qui s'efforce de démontrer des facteurs mentaux fondamentaux, et des expériences d'où les complexes délirants résultent comme des conséquences naturelles ». (p. 618.)

C'est Freud (1896) qui a fait le premier essai systématique dans cette direction, par son analyse d'un cas de paranoïa chronique hallucinatoire. Meyer déplore que ce travail soit resté si longtemps ignoré, car il est d'une clarté parfaite et mérite d'être relu sans cesse. A l'ancienne discussion sur l'origine intellectuelle ou émotionnelle de la paranoïa, se substitue donc l'étude des expériences réelles vécues par le malade. Ces expériences dominantes sont complexes, elles impliquent des représentations mentales douées d'une charge affective (complexus idéo-affectifs, théorie idéo-dynamique). Pour Friedmann (1894 et 1907), les convictions et raisonnements des paranoïaques dépendent de forces qu'il appelle « suggestives » (Suggestivarteile), bien plus que d'observations ou de déductions critiques. D'autre part, Bleuler (1906) a montré que la suggestibilité et les phénomènes de suggestion (simple ou hypnotique) ont toujours, comme les jugements erronés dans la paranoïa, des racines affectives.

Meyer lui-même situe la cause la plus profonde de ces états dans le domaine

biologique des instincts, ces forces irrésistibles qui agissent aussi longtemps qu'une satisfaction quelconque ne leur a pas été fournie. Ces difficultés instinctives entraînent des troubles dans les sentiments (crainte, méfiance), et il finit par surgir des systèmes délirants substitutifs (delusional substitutions) qui remplacent la satisfaction. Ce point de vue s'accorde avec celui de Freud sur la réalisation du désir; les cas analysés par Freud ont amené cet auteur à la conclusion qu'il s'agit en fin de compte, dans la paranoïa, de conflits homosexuels. « Une psychologie de la paranoïa, dans le sens d'une compréhension complète de tous les facteurs qui contribuent à sa formation et à son développement, est bien une utopie - dit Meyer. Néanmoins les notions actuellement utilisables dans nos efforts en vue de cette compréhension commencent à être assez encourageantes; en sorte que nous n'avons pas à prendre une attitude résignée, et à proclamer simplement que la seule cause connue c'est la mauvaise hérédité ou la dégénérescence, ou peut-être certains événements spéciaux et difficiles de la vie du malade. Les progrès de l'analyse psychiatrique de la paranoïa consistent dans la précision croissante avec laquelle des facteurs formatifs spécifiques, et des idées-forces, peuvent être décelés comme étant les forces déterminantes qui impriment l'attitude morbide du malade. Il devient aussi possible d'esquisser les caractères de la constitution mentale (make-up) qui se prête à une fixation d'états paranoïaques. » (p. 623.)

Après avoir envisagé les problèmes de pathogénie, Meyer aborde la question des mesures thérapeutiques.

a) Premiers essais de traitement. Les anciens auteurs (Reil, Leuret, Moreau) ont préconisé des méthodes ayant pour but de lutter directement contre le système des idées délirantes. Ainsi Reil, dans ses « Rhapsodies » (1803), indique les moyens propres à extirper l'idée fixe, et à faire disparaître ainsi tous les autres symptômes (troubles des sentiments, de la conduite, actes impulsifs, etc.) qui dériveraient, selon lui, de cette idée. On peut dire que Reil s'inspire de la théorie pathogénique intellectuelle, abandonnée aujourd'hui. Il engage le médecin à capter la confiance du malade en utilisant tour à tour la douceur, la sévérité, les raisonnements ou remontrances, et en l'attachant à un travail qui le détourne de ses pensées morbides. Si ces moyens échouent, Reil conseille d'exposer le malade à des dangers soudains et variés — un procédé qui lui semble plus facile à réaliser dans les institutions publiques que dans les domiciles privés! « Si cru que cela puisse paraître, dit Meyer, l'idée fondamentale (de Reil) est parfaitement juste. Ce qu'il entend, c'est que nous ne devons jamais abandonner l'espoir d'avoir une prise sur quelques intérêts vitaux, par lesquels il nous soit possible d'absorber suffisamment l'attention du malade pour lui faire oublier ses idées fixes — et Reil ne craindrait pas de faire appel, dans ce but, aux intérêts très fondamentaux de défense personnelle (selfprotection). C'est très heureux que notre tendance moderne à faire appel, aussi dans le domaine de l'éducation courante, au plaisir (attractiveness) plutôt qu'à la soumission et à la contrainte — ait mis à notre disposition une belle série de moyens d'occupation attrayants et utiles qui a modifié, à juste titre, la plupart des vieilles méthodes de discipline scolaire et de discipline de la vie en général, et qui a rendu superflu le système artificiel, et en somme barbare et risible, proposé par Reil. »

- « Reil relate aussi les traitements adroits et rapides de plusieurs de ces maladies, traitements auxquels les profanes et même les médecins s'attendent quelquefois à voir recourir encore le psychiatre. Ainsi Reil rapporte le cas d'un jeune homme plein de raison, sauf l'idée fixe qu'il était un Prince suédois. On l'envoya pour traitement auprès d'une femme qui avait acquis une grande réputation par ses soins aux aliénés. Elle le plaça à côté d'elle à table dès le premier repas. Il parla et se conduisit d'une manière conséquente et naturelle pendant un moment, lorsque, tout à coup, il fit une digression dans son idée fixe. Au même instant il recut un tel soufflet en plein visage, qu'il en vit les étoiles. Ce genre de traitement, auquel il ne s'était certainement pas attendu de la part d'une femme, surtout pas le premier jour de son arrivée, agit sur lui d'une façon si profonde qu'il ne fit plus jamais allusion à son idée. » Toutes les passions violentes (crainte, amour, espoir basé sur la foi religieuse, etc.) pourraient agir de même, « Chez d'autres auteurs, dit encore Meyer, il est question d'opérations simulées, faites pour enlever les animaux ou les influences qui sont censés donner naissance aux idées hypocondriaques. Mais on ne peut guère se fier à ces choses, à notre époque de liberté de pensée et d'aversion pour toute contrainte et toute tromperie imposée de force. Il se peut que nous devions parfois fermer les yeux sur l'emploi intentionnel des méthodes de charlatans, basées sur la foi ou sur les superstitions du malade. J'ai vu moimême des améliorations consécutives à d'extraordinaires manœuvres de ce genre; mais lorsqu'on les entreprend, on risque en général de détruire toute possibilité d'un plan plus rationnel de traitement. C'est pour cette raison qu'il est de notre devoir d'enseigner au corps médical et au public, d'avoir confiance dans des méthodes qui sont plus en harmonie avec les résultats que l'on sait pouvoir escompter par des cures de longue haleine. Comme cela a déjà été dit, notre espoir repose sur les progrès indéniables effectués dans le domaine de nos connaissances sur la vie mentale et sur ses mobiles. » (p. 625 et 626.)
- b) Thérapeutique de l'époque contemporaine. La plupart des aliénistes (Magnan et Sérieux, Capgras, Tanzi) estiment qu'il n'existe pour la paranoïa que des mesures palliatives ou symptomatiques: distractions, changements de milieu ou de travail, sédatifs et toniques, surveillance discrète, internement. Quant à la rééducation par arguments logiques, la psychothérapie au sens où l'entendait Dubois, Meyer la juge inutilisable dans la plupart des cas de ce genre.
- c) Traitements basés sur les interprétations psychodynamiques modernes. Le délire est le résultat morbide des tentatives faites par le malade pour trouver son équilibre par rapport à des situations complexes et difficiles. La condition préalable est donc, comme l'admettent tous les psychiatres, de protéger le sujet contre les causes d'irritation, de le mettre dans une ambiance à laquelle il lui soit possible de s'ajuster. Ce premier degré d'équilibre une fois atteint, il s'agit de découvrir les mobiles intimes de la personnalité au moyen de la conversation thérapeutique en général, ou par la technique spéciale de la psychanalyse. Les raisons apparentes qui déterminent l'attitude du malade doivent être soigneusement élucidées, de même que les appoints somatiques ou toxiques. C'est en se basant sur une estimation détaillée de tous les facteurs en jeu, et non sur un diagnostic avec sa conséquence traditionnelle d'incura-

bilité, que le médecin pourra entreprendre une tâche utile. S'il n'arrive pas à établir l'état de coopération voulu avec le malade, il faut qu'il donne à ce dernier la chance d'être traité par quelqu'un d'autre. (Il n'est pas facile de savoir à partir de quelle période l'état morbide rend toute coopération impossible, ni de décider à quel moment la liberté du paranoïaque constitue un danger pour la société. Mais ces grosses responsabilités ne doivent pourtant jamais faire oublier au psychiatre son rôle thérapeutique.)

La reconstruction chronologique de la vie du malade en s'aidant si possible de son autobiographie, l'intérêt témoigné à ses difficultés, l'acceptation partielle de ses idées, et en tout cas l'attention calme et franche portée à sa manière de voir — permettent qu'il s'établisse, entre lui et son médecin, une collaboration pratique sans tromperie réciproque, malgré la divergence des opinions. « Chaque malade, dit Meyer, a des conflits définis, et c'est le devoir du médecin de les voir clairement et de les pénétrer, sans prendre parti d'une manière qui compromettrait son bon sens et sa façon conséquente d'agir — et aussi sans négliger les occasions d'entrer dans tous les détails qui pourraient aider, finalement, à miner l'assurance morbide. C'est ici le point sur lequel le novice risque de perdre la partie dès le début. C'est seulement par une patience infinie, et par une connaissance minutieuse de la sensibilité du malade et de sa facilité à se recroqueviller dans la coquille de son attitude morbide, qu'on évitera une action trop précipitée et un échec inévitable. La plupart des médecins heurteront le malade avant d'avoir pu lui aider, et même avant d'être arrivés au point où ils s'apprêtaient à lui exprimer, intentionnellement, leur désaccord sur certains sujets. — Nous ne saurions esquisser utilement les détails de la technique en restant dans des généralités. Il vaut mieux se reporter aux cas dans lesquels quelque chose à été tenté et accompli. » (p. 633.)1

Meyer expose ensuite, et commente d'une manière très approfondie, les cas traités d'après ces conceptions modernes. Dans celui de Freud, les complexes refoulés surgissaient comme des pensées entendues (hallucinations auditives) et après avoir subi certaines déformations; ainsi les véritables connexions causales n'apparaissaient pas à la conscience du sujet, tandis qu'il établissait des analogies avec la situation extérieure (projection, interprétation)². «Si cette seule analyse, fait remarquer Meyer, ne montre pas pourquoi il s'est développé dans ce cas un état paranoïde plutôt qu'un trouble du type psychasthénique ou hystérique, Freud a néanmoins posé les bases de l'interprétation vraiment psychanalytique d'un cas de paranoïa. » (p. 634.) Bjerre, de Stockholm, a publié (1911) l'analyse d'une personne dont le système interprétatif remontait à une dizaine d'années; il montre dans cette remarquable observation la psychogenèse du trouble et le mode de guérison. Au sujet de ces deux cas, et de celui de Schreber dont l'autobiographie a été commentée par Freud (1910), Meyer passe en revue les mécanismes par lesquels l'auteur viennois explique la formation des symptômes paranoïaques, notamment le délire de jalousie. Il s'agit en dernière ligne d'une fixation au stade homosexuel de l'évo-

¹ C'est en m'inspirant de ces principes que j'ai eu l'occasion de traiter dernièrement une malade qui a été présentée à la Société Médico-Psychologique de Genève. Son observation paraîtra dans l'« Evolution Psychiatrique » de MM. Hesnard et Laforgue (Vol. II, 1926). sous ce titre: Délire systématisé de persécution.

² Freud ne présente d'ailleurs pas ce cas comme guéri.

lution infantile — ce stade intermédiaire entre ceux du narcisme et de l'attraction hétérosexuelle. La persistance des composantes homosexuelles entraîne ultérieurement des conflits qui doivent être refoulés. Si le refoulement n'est pas absolu, il arrive que les complexes sous-jacents continuent à se révéler d'une manière déformée et produisent, avec les réactions de défense, les symptômes apparents de la maladie (jalousie conjugale, persécution, recherche de satisfactions compensatoires dans l'intoxication alcoolique, dans les convictions égocentriques, etc.). Il est nécessaire, observe Meyer, d'étudier l'abondant matériel psychanalytique si l'on veut porter une appréciation sur ces mécanismes formulés par Freud, Ferenczi, etc.; leur connaissance fournit une aide importante et un guide utile dans l'investigation de ces troubles. Mais c'est seulement dans des cas exceptionnels qu'une psychanalyse classique, forcément longue et onéreuse, pourra être appliquée.

Les exemples de paranoïa où l'on peut parler de guérison au sens médical (reprise de la vie normale avec correction des idées délirantes et « compréhension rétrospective ») sont très rares. A côté de l'observation de Bjerre, il faut citer celle de van Deventer (1896), publiée dans la monographie de Petren (1908). Le cas de Freyberg (1901) et celui de Bartels sont moins typiques. Parmi ceux qu'a observés Meyer lui-même, il n'en a trouvé qu'un seul qui lui parût assez net pour mériter d'être décrit en détail (p. 648-653). Encore ne saurait-on affirmer qu'il s'agit bien d'une guérison au sens strictement médical; il faut ajouter qu'elle s'est produite environ une année après qu'on eût transféré la malade dans une division de cas chroniques et renoncé à tout essai effectif de traitement. Les comparaisons que la malade fit entre son état et celui de ses voisines semblent avoir joué un rôle dans l'heureux changement qui se manifesta en elle. Elle l'attribua aussi, pour une part, aux conversations thérapeutiques et aux tentatives de redressement mental qu'on avait entreprises dans la première partie de son séjour. Tous ces cas, dit Meyer, « sont intéressants au point de vue du pronostic, par quelques-unes des méthodes grâce auxquelles l'individu a repris pied dans la réalité. On ne peut s'empêcher de penser que parmi les malades à qui on pourrait faire voir les erreurs d'un grand nombre d'autres cas paranoïaques, il pourrait s'en trouver quelquesuns dont l'esprit critique et le doute fussent éveillés au point de leur faire faire cette chose inhabituelle: commencer à examiner les bases de leurs propres convictions. » (p. 657.)

Un certain nombre de cas ressemblant à des « paranoïas guéries » appartiennent au groupe des états aigus et transitoires; souvent mal systématisés et bénins, ils ont une tendance à la répétition qui les rapproche des phases maniaques-dépressives. Dans ces cas, dont de bons exemples ont été donnés par Gierlich et Friedmann, et par Dewey (1904), les moyens de traitement ordinaires sont seuls indiqués pendant les périodes aiguës; mais comme l'idéal serait de prévenir les rechutes, il vaudrait bien la peine d'entreprendre une analyse fondamentale dans le genre de celle qu'a pratiquée Bjerre. Il est certain que si l'on arrive à réduire à leur minimum les tendances délirantes, « le fond maniaque-dépressif perd un allié puissant ». Enfin on a rapporté un très petit nombre de cas où une maladie aiguë semble avoir exercé une bonne influence; Bayerthal signale une guérison à la suite de l'extirpation d'une tumeur cérébrale.

Meyer termine cet article sur le traitement des états paranoïaques et paranoïdes par quelques considérations sur l'importance prophylactique de l'hygiène mentale et générale, aux points de vue de l'individu, des prédispositions héréditaires et de la collectivité ¹.

* *

A la clinique psychiatrique est rattaché le dispensaire ou département des consultations policliniques, dont Meyer confia la direction au Dr Macfie Campbell 2. Le travail qui s'y accomplit est facilité, et sa portée augmentée, grâce à l'organisation d'un service social qui se charge des enquêtes à domicile. Meyer a toujours reconnu l'utilité des institutions qui s'efforcent de secourir les anciens malades sortis d'asiles (Sociétés de Patronage). Mais à la notion encore dominante d'une assistance matérielle et charitable destinée aux classes pauvres, il pense qu'il faudra substituer de plus en plus celle d'une aide scientifique et médicale, si nécessaire à toutes les personnes convalescentes et à leurs familles. Les principes les plus élémentaires de l'hygiène mentale sont, à son avis, aussi méconnus dans la Fifth Avenue de New-York que dans les quartiers les plus misérables. En outre il s'agirait de procéder à des investigations dans un but préventif, de chercher à découvrir les causes pathogènes souvent modifiables qui tiennent au milieu particulier d'où sort le malade. L'aliéniste doit être secondé par des collaborateurs perspicaces recevant à la policlinique les notions techniques voulues. Ils constituent, avec le personnel infirmier, des auxiliaires profanes indispensables. « Je ne puis affirmer avec trop d'insistance, déclare Meyer non sans malice, qu'une bonne partie de notre activité médicale, si elle ne s'accompagnait pas d'un travail social

¹ J'ai eu moi-même l'occasion de traiter systématiquement pendant plusieurs mois, à la clinique de Meyer, un persécuté-persécuteur très instruit et désireux de mettre au clair la situation dramatique dont il se croyait victime. Sa bonne volonté, son zèle, et la confiance qu'il m'a toujours témoignée, ont facilité le traitement et joué un rôle indéniable, me semble-t-il, dans l'évolution très favorable de son cas. Mais il m'a été impossible de modifier aucune de ses idées delirantes. Cet échec absolu de la « guérison médicale » m'a convaincu de l'extrême difficulté d'une entreprise de ce genre — mais point de son inutilité. Je me garderais surtout d'en conclure que les résultats plus heureux, relatés consciencieusement par d'autres auteurs, ne doivent pas être pris en considération! En outre, s'il est bon de distinguer entre la « guérison sociale » et la « guérison médicale », il ne faut pas perdre de vue que c'est la première qui importe en pratique. C'est pour n'avoir pas assez insisté sur ce point que les aliénistes ont parfois contribué à répandre l'idée que la psychiatrie était une science dépourvue de ressources thérapeutiques - - et à infliger aux personnes atteintes de troubles mantaux la réputation, injuste «t injustifie», d'être des créatures tarées pour le reste de leur existence.

² M. Campbell a été nommé, en 1920, professeur de psychiatrie à l'Université Harvard et

² M. Campbell a été nommé, en 1920, professeur de psychiatrie à l'Université Harvard et directeur du Psychopathic Hespital de Boston. Les autres psychiatres-adjoints et collaborateurs de Meyer à l'ouverture de la clinique étaient les D^{rs} K. Henderson, actuellement médecin-chef du Royal Asylum de Glasgow, Ralph Truitt, Sidney Miller et Edward Kempf.

compétent, me paraîtrait une besogne incoordonnée et inefficace de savetier — une simple œuvre de rapiéçage. » (52, p. 224.)

C'est surtout par l'étude des conditions faites à l'enfance aux points de vue éducatif, hygiénique et moral, que le service social peut rendre les plus grands services prophylactiques: soit en obtenant de la part de l'entourage certains changements d'attitude parfois minimes, mais capables d'avoir à la longue une répercussion sur la santé mentale de l'enfant — soit en dépistant, dans les familles suspectes, des individus dont l'état morbide est à un stade encore assez précoce pour augmenter les chances d'une action médicale. Le service social récolte aussi à domicile des données relatives à l'hérédité et aux facteurs sociologiques, données particulièrement intéressantes dans une population composée de races très diverses.

La question de l'hérédité est envisagée par Meyer surtout du côté pratique. On sait que des tentatives ont été faites aux Etats-Unis pour introduire des dispositions législatives contre le mariage des personnes suspectes au point de vue mental (interdiction, stérilisation, etc.). Meyer estime qu'il faut être très prudent dans un problème aussi complexe, si l'on veut rendre justice à la fois aux droits de l'individu et à ceux de la race. D'ailleurs l'intérêt de la communauté est de répandre des habitudes et des principes sains, plutôt que des articles de lois d'une application fort délicate. La question n'est pas toujours aussi facile que lorsqu'il s'agit simplement d'arriérés. En pratique, Meyer observe l'attitude générale suivante à l'égard des personnes suspectes (c'est-à-dire ayant souffert elles-mêmes de quelque trouble mental ou appartenant à une famille dans laquelle il s'en est produit): il estime qu'elles peuvent raisonnablement envisager l'idée de fonder une famille si elles se sentent capables, en toute conscience, de créer un milieu salutaire et de fournir une éducation satisfaisante à quatre enfants — surtout si leur conjoint est exempt de toute tare. S'il survenait quelque hérédité fâcheuse dans la progéniture, il est très probable que des frères et sœurs en bonne santé seraient en mesure d'assurer la protection et les soins de l'enfant malade. Il n'y a donc pas lieu de supprimer les chances d'une descendance à moins que le couple ne soit doublement taré et les parents incapables de créer un foyer. Ces conditions excluent le mariage des imbéciles, d'un bon nombre de psychopathes, d'épileptiques. « Dans son degré actuel de développement, l'eugénique n'a pas le droit d'essayer d'imposer un système négatif plus fort que celui-ci. Si elle le fait, elle court le risque

de priver la race d'individus qui pourraient lui être utiles. Je ne voudrais sûrement pas voir manquer, en ce monde, quelques-uns des frères et sœurs de certains de mes malades, ni même un bon nombre de ces malades eux-mêmes ». (38, p. 244.) Pour accomplir une tâche eugénique sérieuse, la communauté doit chercher avant tout, plutôt que d'appliquer des lois restrictives, à faciliter la vie de famille dans toutes les classes par des garanties de sécurité économique: assurances-maladies, dispensaires, écoles spéciales, directions sur l'organisation domestique, sur le choix des professions, etc.

En ce qui concerne les troubles mentaux d'origine héréditaire, la médecine psychiatrique ne peut donc arriver à aucune solution utile sans toucher au problème social. Il en est de même pour deux autres fléaux, ceux des psychoses en relation avec la syphilis ou avec l'alcool. Il ne faut pas que les aliénistes s'estiment satisfaits au point de vue scientifique lorsqu'ils ont pu assigner avec certitude, dans un cas donné, l'un ou l'autre de ces deux facteurs; leur travail consiste bien à remonter plus haut, à démêler les causes psychologiques, personnelles et collectives, qui ont rendu possibles l'infection ou l'intoxication. En fait de prophylaxie les spécialistes doivent, de nouveau ici, assumer un rôle social: c'est par l'éducation des individus et des masses, par une véritable « orthopédie mentale » qu'ils pourront mener la lutte hygiénique contre les deux fléaux. Les conseils théoriques ne font rien à l'affaire, mais bel et bien l'influence exercée par le milieu ambiant, par l'atmosphère de la communauté — comme le prouvent entre autres les statistiques raciales 1.

En ce qui concerne la syphilis, le problème de la prévention de la maladie reste toujours au premier plan, quel que soit l'optimisme que justifie l'efficacité actuelle des traitements spécifiques. Une partie du mal vient de ce que certains milieux ne sont pas assez éclairés sur les questions d'hygiène sexuelle et sur les dangers de la prostitution. Les mesures qui auraient pour résultat de sanctionner publiquement le vice commercialisé doivent être exclues; car elles font aux yeux des jeunes, sous le fallacieux prétexte d'un contrôle hygiénique, une réclame permanente et officielle à la prétendue nécessité du vice. Comme, d'autre part, les exhortations

¹ A ce propos, les observations faites par Meyer sur les malades de l'état de Massachusetts et par son collaborateur, le D^r Kirby, sur ceux de New-York, sont très instructives. Kirby donne les chiffres suivants: dans une population irlandaise, le 27 pour cent des admissions ont des psychoses nettement alcooliques. Cette proportion s'élève à peine à 1 pour cent chez les Israélites; ces derniers fournissent par contre un énorme contingent de psychoses fonctionnelles. La paralysie générale est plus rare chez les Irlandais (7 pour cent) que chez les représentants d'autres nationalités de race blanche; chez les nègres, elle atteint le 29 pour cent de la totalité des admissions. (18, p. 693.)

n'ont pas d'effet dans ce domaine, Meyer remarque que « plus que toute autre chose, une attitude plus sérieuse de notre population mâle adulte sera nécessaire pour amener une réforme. » (36, p. 302).

Quant à l'alcoolisme, Meyer insistait sur l'urgence d'organiser des sociétés d'abstinence totale, ayant pour but de fournir des compensations sociales aux convalescents désireux de ne pas retomber dans leurs vieilles habitudes. Sans le stimulant salutaire qu'il peut trouver dans un milieu nouveau, formé par des personnes guéries vivant d'une vie normale et sobre, il est rare que l'individu prédisposé résiste longtemps à l'attrait de l'alcool et des compagnies malsaines. D'après Meyer et d'autres aliénistes, on est bien obligé de reconnaître que l'entrée en vigueur de la loi de prohibition — si discutée à tant d'égards à cause de son caractère draconien — a déjà eu aux Etats-Unis une répercussion nettement favorable au point de vue de l'hygiène mentale.

Les cliniques psychiatriques sont des centres d'observation médicale et d'enseignement. Meyer voudrait qu'elles étendent de plus en plus leur sphère d'activité en devenant si possible des centres d'études sociales. En effet, l'aliéniste est particulièrement bien placé pour se faire une opinion fondée sur une quantité de questions d'intérêt général. En dehors du domaine médical proprement dit, il a à se prononcer sur des sujets d'hygiène publique, d'enseignement scolaire, de rééducation, de jurisprudence, de criminalité, d'orientation professionnelle de brouilles de famille et même de responsabilité morale! C'est que sa spécialité ne constitue pas, comme on se l'imagine parfois, l'un des recoins les plus obscurs et les plus excentriques du champ de la médecine. Elle est en réalité celle qui présente les points de contact les plus nombreux avec certains problèmes fondamentaux dont toutes les collectivités se préoccupent — celle aussi qui a pour but de remédier aux difficultés individuelles si fréquentes, relatives à des situations psychologiques. Le psychiatre permet aux profanes de mieux comprendre son rôle (et son autorité s'en trouve accrue) s'il insiste sur ce côté social de la question, s'il sait montrer que sa spécialité dépasse de toutes parts les limites arbitraires de l'aliénation mentale 1.»

¹ Meyer est l'un des premiers aliénistes qui ont participé d'une manière effective aux travaux du National Committee for Mental Hygiene, cette importante association créée en 1909 sur l'initiative d'un particulier, M. Clifford Beers. On sait que M. Beers, qui s'est voué à la cause de l'hygiène mentale à la suite de souffrances personnelles, a publié une intéressante autobiographie. (Sur le National Committee, voir la communication présentée par son président, le D' Lewellys Barker, au XV me Congrès international d'hygiène et de démographie, Washington, 1912.)

C'est pour les mêmes raisons qu'un dispensaire, comme celui de la clinique psychiatrique de l'Hôpital Johns Hopkins, ne saurait avoir pour but d'attirer tous les cas aigus que peut offrir une grosse ville comme Baltimore. Les quelques médecins de l'établissement se trouveraient ainsi dans la nécessité de formuler sans cesse une opinion sur de nombreux malades nouveaux; ils finiraient par négliger, malgré eux, l'investigation minutieuse des circonstances psychologiques et sociales, et par retomber dans l'art des diagnostics rapides — art dépourvu de valeur en psychiatrie. Pour Meyer, l'idéal serait au contraire de créer des policliniques de district largement ouvertes. Les psychiatres attachés à ces institutions auraient l'occasion d'étudier d'une façon approfondie toutes les variétés de troubles mentaux, accentués ou légers, apparus dans un quartier défini. Il leur serait pratiquement possible de procéder aux enquêtes sociales dans les familles, de découvrir des états morbides encore très frustes, des situations défectueuses méconnues, et de se tenir en rapport constant avec les organisations locales d'assistance, les écoles, les tribunaux. Leur activité, au lieu de se disperser sur une foule de cas vus à la hâte, perdrait en étendue mais gagnerait en profondeur et en efficacité. Le psychiatre le plus compétent et le plus actif ne peut se consacrer avec des résultats utiles qu'à un nombre restreint de malades non multa, sed multum.

* *

Si l'on voulait comparer les idées directrices de l'enseignement d'Adolf Meyer aux courants si variés de la psychiatrie européenne moderne, il serait bien difficile de dire avec lesquels d'entre eux elles présentent le plus de contrastes ou de ressemblances. Meyer a une attitude très personnelle. J'ai donné plus haut un résumé de son étude critique où il analyse l'œuvre de divers aliénistes allemands; on a vu ce qu'il objecte à la doctrine de Kraepelin sur la démence précoce et ce qu'il en accepte. Il me paraît avoir comme points communs, entre autres avec Séglas et avec Régis, ce désir de rapprocher autant que possible la psychiatrie des autres domaines de la médecine, d'en faire l'une des branches autonomes, essentielles et des moins spécialisées, de la pathologie générale. Avec Claude, ce scrupuleux respect des faits observés quels qu'ils soient — qu'il s'agisse de données anatomiques, fonctionnelles ou

psychologiques — et ce souci de faire porter les recherches et les efforts thérapeutiques simultanément dans des directions très différentes. Meyer insiste, comme Dupré, et plus récemment Kretschmer, sur le caractère constitutionnel de la plupart des psychoses; mais se idées sur la notion de constitution s'éloignent beaucoup de celles admises en général. La valeur prophylactique de l'hygiène nerveuse et mentale, l'importance de la psychiatrie extra muros et de la pédagogie, la thérapeutique par le travail ainsi que tout le côté social, ont été mis en lumière par Antheaume, Forel, Toulouse, P. et Ch. Ladame, Sérieux, Colin, Ley, Ferrari, etc. Enfin l'orientation nécessairement psychologique de la psychiatrie, le besoin toujours plus grand d'introduire un enseignement de psychologie médicale dans le programme d'études pour futurs praticiens, sont des points sur lesquels l'attention a été dirigée en Europe surtout par Bleuler et par Jelgersma.

Mais c'est sans doute avec un autre aliéniste américain, suisse d'origine comme lui — avec Aug. Hoch, qui était professeur de psychiatrie à l'Université Cornell et directeur de l'Institut psychiatrique des Hôpitaux d'état de New-York (Ward's Island) — que Meyer présente le plus d'affinités scientifiques. La place principale donnée aux conceptions psychodynamiques dans la pathogénie des troubles mentaux, une grande réserve à l'égard des essais trop systématiques de nosologie, la recherche incessante de buts pratiques à poursuivre, un saint respect du « cas particulier » et surtout une attitude foncièrement humaine vis-à-vis du malade — tels sont, me semble-t-il, les traits dominants de cette psychiatrie.

Parmi les autres aliénistes les plus influents des Etats-Unis, citons encore Kirby, White, Salmon, Singer, Jelliffe, Lorenz, Barrett, Campbell — dont les idées se rencontrent sur bien des points avec celles de Meyer.

Dans son discours présidentiel à l'Association Neurologique Américaine, Meyer, après avoir esquissé dans ses grandes lignes le travail qui incombe aux neuropsychiatres, s'exprimait ainsi: « Au lieu de considérer la psychiatrie comme un champ de maladies d'asile, cherchons à découvrir ce qu'il y a d'erroné dans la conduite

¹ Meyer occupait ces mêmes postes avant d'être appelé à l'Université Johns Hopkins en 1909; Hoch lui a succédé à New-York. Notons qu'au début Hoch avait accepté entièrement, en ce qui concerne la démence précoce. les idées de Kræpelin. Il pensait à des troubles du métabolisme pouvant surgir chez n'importe quel individu à la suite de causes inconnues et négligeait l'élément constitutionnel. Ce n'est que plus tard qu'il admit, sous l'influence de Meyer, un point de vue plus génétique et dynamique.

et dans la pensée, sans les condamner d'avance par une terminologie empruntée à de simples possibilités terminales. Les réactions
de l'individu se présentent à nous sous forme concrète selon certains groupes: troubles simples ou graves de l'humeur, craintes,
obsessions, états de terreur, tendance à l'isolement, imagination
excessive, troubles de la mémoire, du jugement et de la conduite —
autant de faits qui ne nécessitent aucun langage bien savant ou
embarrassant. Nous nous efforçons de trouver ce qu'il peut y avoir
de défectueux dans la situation de famille, les blessures d'amourpropre, les obstacles actuels et les échecs, les difficultés d'adaptation; en agissant ainsi nous pourrons rendre service à notre malade,
au lieu de le sacrifier sur l'autel d'un vocabulaire qui se rapporte
à des états terminaux, à des « constitutions » fatales et à des
« entités morbides » fixées d'une manière trop dogmatique. »
(51, p. 417).

Cette doctrine soulèvera des objections, mais beaucoup de médecins y trouveront des idées qui sont conformes aux leurs. L'aperçu que j'ai essayé d'en donner est forcément très incomplet. Ce serait une entreprise prématurée de vouloir caractériser, d'une façon définitive, l'enseignement d'un homme qui est en pleine activité, mais qui est devenu depuis longtemps déjà, par son acharnement au travail, par l'étendue de ses connaissances et l'originalité de ses vues, l'un des maîtres incontestés de la psychiatrie contemporaine.



INDEX DES PUBLICATIONS DE MEYER

Nota. Les travaux de Meyer sur des questions d'anatomie ou de neurologie pures ne figurent pas dans l'index; celui-ci ne comprend que les publications relatives à des sujets traités dans cet article.

- 1. A review of the signs of degeneration and of methods of registration. Am. Journ. of Insanity, 1895-6, LII, p. 344.
 - 2. A short sketch of the problems of psychiatry. Ibid. 1897, LIII, p. 538.
- 3. Critical review of the data and general methods and deductions of modern neurology. Journ. of compar. Neurol., 1898, VIII, pp. 113 et 249.
- 4. Articles: Hysteria, Mania, Melancolia, Monomania, Moral Insanity, Paralysis, Paranoia, Psychosis, etc. In: Baldwin's Dictionary of Philosophy and Psychology, 1901.
- Arrest of development in adolescence. Proc. Nation. Educ. Assoc., 1903, pp. 813-815.
- 6. An attempt at analysis of the neurotic constitution. Am. Journ. of Psychol., 1903, XIV, pp. 354-367.
- 7. The anatomical facts and clinical varieties of traumatic insanity. Am. Journ. of Insanity, 1903-4, LX, pp. 373-441.
 - 8. A few trends in modern psychiatry. Psychol. Bull., 1904, I, pp. 217-240.
- 9. Report of the Pathological Institute to the State Commission in Lunacy. Albany, 1906; 60 p.
- 10. The relation of emotional and intellectual functions in paranoia and in obsessions. Psychol. Bull., 1906, III, pp. 255-274.
- 11. Fundamental conceptions of dementia praecox. Brit. Med. Journ., 1906, II, pp. 757-759.
- 12. Misconceptions at the bottom of « hopelessness of all psychology ». Psychol. Bull., 1907, IV, pp. 170-179.
- 13. The role of the mental factors in psychiatry. Am. Journ. of Insanity, 1908, LXV, pp. 39-52.
- 14. The problems of mental reaction-types, mental causes and diseases. Psychol. Bull., 1908, V, pp. 245-261.
- 15. What do histories of cases of insanity teach us concerning preventive mental hygiene during the years of school life? Psychol. Clinic, 1908, II, pp. 89-101.
- 16. Notes of clinics in psychopathology (with G. H. Kirby). New-York, 1908, 108 p.
- 17. Modern psychiatry; its possibilities and responsibilities (Public lecture at the New York Academy of Medicine). State Hosp. Bull., Sept. 1909, 35 p.
- 18. The problem of the state in the care of the insane. Am. Journ. of Insanity, 1909, LXV, pp. 689-705.

- 19. The problems of the physician concerning the criminal insane and borderland cases. Journ. Am. Med. Assoc., 1910, LIV, p. 1930.
- 20. The dynamic interpretation of dementia praecox. Am. Journ. of Psychol., 1910, XXI, pp. 385-403.
- 21. The nature and conception of dementia praecox. Journ. of abnorm. Psychol., 1911, V, pp. 274-285.
- 22. Case work in social service, and medical and social co-operation in nervous and mental disease. Nation. Conf. of Charities, 1911.
- 23. The aims of a psychiatric clinic. Proc. Mental Hygiene Conf., New York, 1912, pp. 117-127.
- 24. Remarks on habit-disorganizations in the essential deteriorations, and the relation of deterioration to the psychasthenic, neurasthenic, hysterical and other constitutions. Nervous and Mental Disease Monograph Series, No 9, 1912, I, pp. 95–109.
- 25. The relationship of hysteria, psychasthenia, and dementia praecox. Ibid., No 9, 1912, I, pp. 155-162.
- 26. The value of psychology in psychiatry. Journ. of Am. Med. Assoc., 1912, LVIII, pp. 911-914.
- 27. Conditions for a home of psychology in the medical curriculum. Journ. of abnorm. Psychol., 1913, VII, pp. 313-325.
- 28. Report of the committee on the medical and scientific work in the hospitals of the United States and Canada. Proc. Am. Medico-Psychol. Assoc., 1913, pp. 447-453.
- 29. The purpose of the psychiatric clinic. Introduction and Closing remarks. Am. Journ. of Insanity, 1913, LXIX, pp. 835, 857–860, 1079–1086 (Special Number).
- 30. The Henry Phipps Psychiatric Clinic. Johns Hopkins Alumni Magazine, 1913, I, pp. 287–295.
- 31. The treatment of paranoic and paranoid states. In: White and Jelliffe's Modern Treatment of Nervous and Mental Diseases, 1913, I, pp. 614-661.
- 32. Differential diagnosis of general paresis. Am. Journ. of Insanity, 1914, LXXI, pp. 51-58.
- 33. Organization of the work of the Henry Phipps Psychiatric Clinic, Johns Hopkins Hospital, with special reference to the first year's work. Proc. Am. Medico-Psychol. Assoc. 1914, XXI, pp. 397-403.
- 34. The justification of psychobiology as a topic of the medical curriculum. Psychol. Bull., 1915, XII, p. 328.
- 35. Objective psychology or psychobiology with subordination of the medically useless contrast of mental and physical. Journ. of Am. Med. Assoc., 1915, LXV, pp. 860-862.
- 36. Where should we attack the problem of the prevention of mental defect and mental disease? Nation. Conf. of Charities and Correction, Baltimore, 1915, pp. 298-307.
- 37. Organizing the community for the protection of its mental life. Survey, 1915, XXXIV, p. 557.
- 38. The right to marry. What can a democratic civilization do about heredity and child welfare? Survey, 1916, XXXVI, p. 243, and Mental Hygiene, 1919, III, p. 48-58.

- 39. Pathology of mental diseases. Ref. Handb. Med. Sc., New-York, 1916, VI, 3rd ed., p. 400.
- 40. The scope of psychopathology. Psychiatric Bull. of New-York State Hosp., 1916, IX, p. 297.
- 41. The approach to the investigation of dementia praecox. Chicago Med. Rec., 1917, XXXIX, pp. 441-445.
- 42. Mental and moral health in a constructive school program. In: Suggestions of modern science concerning education (Jennings, Meyer, et al.) New-York, 1917, pp. 101-156.
- 43. Modern conceptions of mental disease, and the problem of sex education Ibid., pp. 201-211.
- 44. The aims and meaning of psychiatric diagnosis. Am. Journ. of Insanity, 1917, LXXIV, pp. 163-168.
- 45. Progress in teaching psychiatry. Journ. of Am. Med. Assoc., 1917, LXIX, pp. 861-863.
- 46. The mental hygiene movement. Canada Med. Assoc. Journ., 1918, VIII, p. 632.
- 47. The life chart and the obligation of specifying positive data in psychopathological diagnosis. Contrib. to Med. and Biol. Research, dedicated to Sir William Osler, 1919, pp. 1128-1133.
- 48. The integrative function of a hospital laboratory. Retrospect and prospect. State Hosp. Quarterly, 1921, VI, p. 445.
- 49. The contributions of psychiatry to the understanding of life problems. Bloomingdale Hospital Centenary, New-York, 1921, 36 p.
- 50. The philosophy of occupation therapy. Archives of Occupational Therapy, 1922, I, pp. 1-10.
- 51. Inter-relations of the domain of neuropsychiatry. Archives of Neurol. and Psychiatry, 1922, VIII, pp. 111-121.
- 52. Historical sketch and outlook of psychiatric and social work. Hosp. Social Service, 1922, V, pp. 221–225.
- 53. Constructive formulation of schizophrenia. Am. Journ. of Psychiatry, 1922, I, pp. 355-362.
- 54. A reconstruction course in the functional anatomy of the nervous system. Arch. of Neurol. and Psychiatry, 1922, VII, pp. 287-340 (with L. Hausman).
- 55. Growth of scientific understanding of mentality. Its relationship to social work. Proc. Nation. Conf. Work, 1923.
- 56. Individualism and the organization of neuropsychiatric work in a community. Mental Hygiene, 1925, pp. 444-453.
- 57. Genetisch-dynamische Psychologie versus Nosologie. Zeitschr. für die ges. Neurologie und Psychiatrie, 1926, CI, pp. 406–427.

LIBRAIRIE KUNDIG, GENÈVE

ARCHIVES DE PSYCHOLOGIE

Les Archives de Psychologie (fondées en 1901) paraissent à époques indéterminées. Chaque fascicule se vend séparément et le prix en est fixé suivant sa grosseur et le nombre des figures. On peut toutefois s'abonner au prix de 16 francs pour un volume; avec le dernier fascicule du volume, les abonnés reçoivent le titre et les tables des matières.

Les mémoires suivants, extraits des Archives de Psychologie, sont en vente séparément:

soper ement.	
Th. FLOURNOY. Nouvelles observations sur un cas de somnambu-	
lisme avec glossolalie, avec 21 figures	Fr. 5.50
Les principes de la Psychologie religieuse	Fr. 1.50
Ed. CLAPARÈDE. Esquisse d'une théorie biologique du sommeil.	Epuisé.
Le fascicule contenant ce mémoire se vend 6 fr.	
- Expériences collectives sur le témoignage, avec fig. et pl.	Epuisé.
Le fascicule	Fr. 4
Le fascicule	Epuisé.
Le fascicule	Fr. 3.50
Le fascicule	
auxquels il répond	Fr. 2.—
- Alfred Binet. Notice biographique, avec un portrait	Fr. 0.60
- Tests d'aptitude	Fr. 1.50
Th. Flournoy, sa vie et son œuvre	Fr. 6
CLAPARÈDE et BAADE. Recherches expérimentales sur quelques	
processus simples dans l'hypnose	Fr. 2.50
processus simples dans l'hypnose	Fr. 2.—
E. IVANOFF. Recherches expérimentales sur le dessin des écoliers,	
fig. et pl	Fr. 3.—
D. KATZAROFF. Contribution à l'étude de la récognition, avec fig.	Fr. 3.—
W. MACKENZIE. Le problème du chien pensant de Mannheim, av. fig.	Fr. 2.25
A. Descoeudres. Les enfants anormaux sont-ils des amoraux?	Fr. 0.75
G. Berguer. Revue et bibliographie de psychologie religieuse.	Fr. 3.50
W. RADECKI. Les phénomènes psychoélectriques, 17 fig. et 1 pl.	Fr. 3.50
P. Bover. L'Institut J. J. Rousseau (1912-1917)	Fr. 1 —
La conscience de devoir dans l'introspection provoquée.	Fr. 2.—
Fontègne et Solari, Le travail de la téléphoniste, (épuisé) le fascicule	Fr. 3.75
L. Walther. Etude technopsychologique	Fr. 1.—
J. Piager. La pensée symbolique et la pensée de l'enfant	Fr. 1.25
P. Janet. Les souvenirs irréels	Fr. 2.—
P. Janet. Les souvenirs irréels	
tions motrices	Fr. 1.—
MARGAIRAZ et. PIAGET. La structure des récits et l'interprétation	
des images de Dawid (12 fig.)	Fr. 1.50
Krafft et Piaget. Tests des images en désordre chez les enfants	
de 6 à 10 ans (40 fig.)	Fr. 2.50
G. DE Morsier. L'Erotomanie.	Fr. 2.50
E. TRIPP. Observations sur l'image eidétique	Fr. 1.25

A LA MÊME LIBRAIRIE

Psychologie de l'Enfant et Pédagogie expérimentale, par Ed. CLAPARÈDE, 10^{me} édition, avec une préface complémentaire. Un vol. in-8°, 611 p., 45 fig. Fr. 12.— VIº Congrès international de Psychologie, Genève, 1909. Rapports et comptes-rendus, publiés par Ed. CLAPARÈDE. Un vol. gr. in-8°, 877 p., 21 fig. Fr. 20.— IIº Congrès international de Philosophie, Genève, 1904. Rapports et Comptes-rendus, publiés par les soins du Dr Ed. CLAPARÈDE. Un vol. gr. in 8° de 974 pages, avec 17 fig. dans le texte et 5 portraits hors texte . Fr. 25.—