

Ce sont là toutes choses qui se vérifient par l'expérience (fig. 4 et 5).

VI. CAS SPÉCIAL DE LA PHASE T. — Le raisonnement tenu plus haut s'applique surtout à la phase R, qui est comme on sait l'expression de l'influx sinusal parcourant tout le myocarde.

Mais la phase T est l'expression des déformations systoliques et diastoliques du cœur (de Meyer). Aussi variera-t-elle en raison des deux facteurs superposés :

a) Du déplacement cardiaque lui-même.

b) De l'altération pathologique du mécanisme intime de la systole et de la diastole.

Aussi le sens et l'allure des phases T sont-ils complètement altérés dans un grand nombre de cas pathologiques. Ou bien elle accompagne R dans ses renversements, ou bien elle prend des allures diphasiques très variées. Aussi les choses sont-elles ici plus complexes que pour P, puisque les deux causes sus-nommées jouent simultanément pour altérer l'allure et le sens de cette phase.

Mais en règle générale, ce qui s'y passe n'est nullement en contradiction avec la règle que nous avons énoncée pour les changements de sens de la phase R.

CONCLUSIONS. — Des considérations théoriques et des observations précédentes découlent les conséquences suivantes, très importantes pour l'interprétation d'un grand nombre d'Ekg pathologiques.

1° La notion classique des Ekg dits de prépondérance G. ou Dr. est fautive et ne peut plus être conservée.

2° Le renversement des phases des Ekg, faussement attribué à une prépondérance anatomophysiologique de l'un des ventricules, n'est dû qu'à un changement de place du cœur dans le thorax.

3° Ce changement de place, particulièrement net dans les cœurs verticaux, altère la situation relative de l'organe vis-à-vis des endroits classiques des dérivations.

4° Tous les cœurs haut placés fournissent un Ekg évoluant vers le type dit de prépondérance Dr.

5° Au contraire, tous les cœurs bas situés fournissent un Ekg évoluant vers le type dit de prépondérance G.

6° Il y a des cœurs qui occupent des situations intermédiaires, avec grand axe tendant vers l'horizontale (cœurs dilatés à G. ou à Dr., ou tordus sur leur point d'appui aortique). Ces cœurs fournissent des Ekg intermédiaires entre les types de prépondérance Dr. et G.

7° La hauteur du cœur dans la poitrine a été repérée par un index de plomb collé sur l'appendice xiphoïde. On observe, par ce procédé, que la pointe du cœur se trouve :

a) Soit au-dessus.

b) Soit un peu au-dessous (3-4 cm., situation normale).

c) Soit très en dessous de l'horizontale menée à partir de cet index.

Les cœurs fournissent respectivement des Ekg :

a) De prépondérance Dr.

b) Normaux.

c) De prépondérance G.

8° A la règle susdite, il n'existe que peu d'exceptions, dues à ce que certains sujets présentent des thorax à diamètres verticaux très allongés ou très courts, ce qui entraîne un changement relatif des grands axes cardiaques vis-à-vis des endroits classiques des dérivations I, II et III.

9° Le déroulement aortique, habituel chez les sujets ayant atteint la cinquantaine qui repousse le cœur vers le bas, rend compte que les

Ekg dits de prépondérance G. s'observent avec une grande fréquence vers cet âge (70 pour 100 des cas).

10° Quant à la phase T, les choses se compliquent du fait que cette phase peut changer de sens ou s'altérer non seulement suivant le déplacement cardiaque, mais aussi suivant la nature intime des processus systolique et diastolique.

En pathologie, on sera fatalement amené à modifier les dérivations classiques.

Celles-ci devront être cherchées sur le thorax en des points et des axes fixes à repérer et qui permettront de comparer réellement entre eux des Ekg recueillis chez des sujets différents, mais en des points de dérivations strictement homologues. Il est certain que les deux mains et le pied gauche ne constitueront jamais ces points. Des expériences en cours ont pour but d'en déterminer d'autres.

Les Ekg pathologiques ne pourront par conséquent être comparés à l'Ekg physiologique et entre eux :

1° Que lorsqu'on aura adopté des dérivations réellement comparables entre elles.

2° Que lorsqu'on aura disposé les électrodes en des points de dérivation précis de la région précordiale (soit la pointe, soit l'axe des oreillettes, soit le centre de la masse ventriculaire, soit d'autres points encore à rechercher). Alors seulement les endroits de dérivation seront fixés en des endroits homologues et les Ekg seront superposables entre eux. C'est ce qui n'a pas eu lieu jusqu'à présent et c'est pourquoi un grand nombre d'altérations électrocardiographiques n'ont pu être précisées quant à leur origine et ont été tout à fait faussement interprétées.

LE DYNAMISME DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

A quoi rêvent les déments précoces ?
La psychanalyse pharmacodynamique permet
d'explorer leur psychisme.

Par G. PASCAL

Médecin chef des Asiles de la Seine.

« Le dynamisme moral, insaisissable est réel comme le sont les changements qui surviennent dans l'intime texture d'une corde à laquelle on imprime des mouvements vibratoires d'une intensité variable. »

MONNET DE TROUS.

« Il semblerait que rien n'est irrémédiablement perdu, qu'un peu d'effort suffirait à redonner du mouvement à toute une vie cérébrale. »

HEIMANN.

La démence précoce, psychose de l'adolescence, intéresse non seulement les aliénistes, mais encore les médecins praticiens qui sont appelés à la diagnostiquer prématurément. Elle frappe la jeunesse sans distinction de sexe et elle frappe souvent d'une façon irrémédiable. « A l'heure où ils entraient dans la vie, a écrit Christian, avant même d'avoir eu à supporter les luttes et les déboires, ils sont tombés, épuisés. Tel un printemps un arbre chargé de fleurs promet les plus riches récoltes, tout d'un coup la sève tarit, les fleurs se flétrissent et tombent sans avoir été fécondées et il ne reste qu'un tronc desséché à jamais stérile. » Cette psychose, qui s'annonce d'emblée grave, mérite d'être connue. Son déroulement rapide laisse désarmé le clinicien le plus avisé; elle défie la thérapeutique la mieux armée. Toute théorie nouvelle reconfortante qui apporte l'espoir de sa guérison doit être accueillie avec enthousiasme mais non sans critique et

sans essai de vérification clinique ou expérimentale.

La doctrine triomphante de Bleuler, Jung, Ricklin, Moeder et Kretschmer nous a apporté la notion plus ou moins précise d'une lésion dynamique réversible. La démence précoce de Morel-Kraepelin (l'hébéphrénie de Hecker, la catatonie de Kahlbaum) n'est plus une encéphalopathie organique mais un processus psychique qui commande le diagnostic et la thérapeutique; elle est une « schizophrénie ¹ », un phénomène de dissociation et d'arrêt psychiques, une mauvaise distribution de l'énergie nerveuse. Les déments précoces hébéphréniques devenus « schizophrènes » ne sont pas de vrais malades mais des héros de roman, des grands blessés de l'amour et de la vie, forcés de renoncer à la réalité cruelle et de vivre dans le rêve. De nouveau, le rêve et la folie sont rapprochés. La théorie de Moreau de Tours sur la dissociation mentale et le dynamisme moral est reprise sur des bases nouvelles.

Ces jeunes aliénés sont des « rêveurs éveillés » (Borel et Robin) qui s'intériorisent et dressent un barrage solide (néguisme, mutisme, pseudoparkinsonisme, etc.) entre l'ambiance et leur autisme (vie intérieure). Les attitudes motrices n'ont aucune organicité, elles sont spirituelles, analgiques, défensives; elles conservent les forces vives des désirs qui retrouvent leur valeur dans la féerie et l'enchantement du rêve.

Avec la théorie dynamiste, l'hébéphrénie devient un poème d'amour déçu, poème tragique qui évolue sur un terrain héréditaire, fatal, immuable : la constitution schizotique. Le roman d'amour habituel de l'adolescence constitue le choc émotionnel déclanchant; l'émotion ne se décharge pas, reste captive, devient pathogène, crée « le rêve voulu, choisi, caressé » : la schizophrénie. « Laissez-moi aimer, rêver... ». C'est la devise du schizophrène.

Cette conception poétique est séduisante; elle s'accorde avec l'opinion populaire qui attribue à l'amour malheureux une action de premier ordre dans la genèse des maladies mentales. Elle confirme la manière de voir de certains grands écrivains : Shakespeare, Goethe, Vigny, etc...

Au point de vue pratique, sa portée est considérable. En Suisse, la notion de schizophrénie guérissable a donné lieu à des modes nouveaux d'assistance et a créé une psychothérapie du travail remarquable. Le placement à l'asile est néfaste au schizophrène, son état s'aggrave, l'immobilité lui est nuisible; par contre, le changement fréquent, les sorties précoces brisent ses « fixités morbides », flore artificielle entretenue par l'internement.

Comme nous le voyons, la théorie dynamiste a déplacé le problème pathogénique de la démence précoce et a remanié les perspectives thérapeutiques. La foi qu'elle apporte dans la guérison des hébéphréniques explique l'enthousiasme avec lequel on l'a accueillie, d'emblée, dans le monde entier. En France, Minkowski, élève de Bleuler, dans une série de travaux remarquables, a fait connaître les idées de son maître et il a développé les siennes qui sont purement dynamistes. Claude, Borel et Robin ont mis en valeur le trouble dynamique des schizophrènes et des schizomanes qu'ils opposent au trouble défectueux de la démence précoce.

Au point de vue historique, la théorie dynamiste n'apporte rien de nouveau aux vieilles théories sur la démence précoce. L'unité kra-

¹ Le mot Schizophrénie a été créé par Bleuler, de Zurich, en 1911. Cet auteur admet une théorie mixte : organique et psychique; l'organicités est un X à résoudre; la psychogénèse, processus dynamique, domine l'évolution de la schizophrénie.

pellinienne basée sur les « états terminaux » tient compte non seulement de la somme des déficits mais encore des signes fonctionnels surajoutés et instables. Dans nos travaux anciens sur la démence précoce², nous avons longuement insisté sur la valeur de ces lésions narcoleptiques, qui créent des parésies transitoires mais susceptibles de guérison et qui induisent en erreur lorsqu'on évalue le déficit dementiel. « L'anencéphalie est rare, disions-nous, chez les éléments précoces. Il suffit parfois d'un accès de fièvre pour qu'une foule d'images s'éclaircissent d'une révérence spéciale. » Mais c'est surtout dans cette phrase claire et déjà ancienne de Dromani³ que nous trouvons la meilleure synthèse des troubles psychologiques de ces malades : « Le dement précoce est un riche dont les capitaux sont immobilisés. Plus tard, il devient un pauvre effectif. »

L'intérêt de la théorie psychogénétique de Meuler, Jung, Maeder, etc... réside dans le développement exclusif de ces données anciennes. Elle pose le problème de l'évaluation du capital psychique et de sa capacité de réintégration. La discrimination entre le schizophrène susceptible de renaitre et celui qui n'a plus qu'un moignon psychique inutilisable par « fixité pathologique » (malades non traités) repose sur la découverte des possibilités dynamiques de réfection vitale. Ce fait exige la recherche d'une méthode d'analyse psychologique qui permette de pénétrer dans le temple enseveli (vie intérieure ou autisme de Bleuler). La psychanalyse de Freud refuse tout secours aux hébéphréniques, tant au point de vue de l'exploration psychique, qu'au point de vue thérapeutique. Freud et de Saussure rangent cette psychose dans le cadre des maladies mentales narcissiques, inaccessibles à l'influence psychanalytique. De plus, les schizophrènes ne possèdent pas la faculté de transfert des sentiments, essentielle pour la guérison; ils repoussent le médecin au lieu de l'aimer. Les recherches entreprises par Freud n'ont jamais pu rompre le conflit pathogène et surmonter la résistance opposée par le refoulement. La « libido », dit-il, s'est détachée du moi et s'est transformée en libido du moi.

Jung, Maeder, etc..., ont créé une méthode d'exploration psychique du subconscient, la psychanalyse affective et symboliste, qui se rapproche par la nature de ses interprétations de la psychanalyse de Freud, mais qui s'en distingue par la technique. Cette méthode repose sur la théorie des complexes (activité morbide des désirs sexuels) et du refoulement. Elle analyse le comportement non dans le but d'énumérer des signes mais dans celui de leur trouver une signification, toujours la même : le symbolisme sexuel. Comme moyen de sondage de la pensée intérieure, elle utilise ceux de la clinique : toutes les réactions spontanées ou provoquées sont nécessaires à l'exploration psychique. Jung développe les complexes-désirs par la méthode de mots inducteurs. Le matériel refoulé est mis à jour; les fissures dans la muraille du négativisme-oppositionnisme, sont creusées à force de patience. Le clinicien doit posséder la clé symbolique des songes de Freud et tenir compte des jets spontanés, des éliminations, des répétitions, des évocations, de l'évocation des souvenirs. En résumé, cette méthode constitue l'analyse subtile des « infiniment petits » de la conduite, du langage, de la mimique. Elle n'est pas à proprement parler une technique, mais un art compliqué qui exige une longue patience, des connaissances spécialisées, de l'intuition freudienne

et la foi dans la théorie de Jung et Maeder.

En l'état actuel de la science, deux méthodes plus simples et plus rapides, à la portée du praticien, sont susceptibles de nous renseigner sur le fond mental des hébéphréniques. Ce sont : la pyrétothérapie et la psychanalyse pharmacodynamique.

La pyrétothérapie provoquée, méthode d'exploration du psychisme des éléments précoces, est devenue de pratique courante. Sous l'influence de la fièvre très élevée, spontanée ou provoquée, les agités se calment et les torpides se réveillent. Souvent, on assiste à la neutralisation du négativisme. Le déblocage psychique et la durée de la réintégration varient avec chaque malade et selon l'agent utilisé. Les chocs répétés : abcès de fixation, tuberculine, injections de sang, vaccins, peptone, sels colloïdaux, etc..., créent des « éruptions de lucidité » (expression d'Anglade) plus ou moins complètes qui permettent d'évaluer le capital psychique. Nous avons consacré un long travail à l'étude de ces rémissions provoquées par la thérapeutique des chocs⁴. A notre avis, cette méthode excellente dans les asiles ne constitue pas, pour le praticien, la technique de choix susceptible de provoquer rapidement des réponses constantes. L'exploration du psychisme bloqué des éléments précoces exige des tests moins variables et capables de stimuler brutalement le dynamisme bloqué. Nous avons pensé que la Méthode pharmacodynamique pouvait réaliser ces conditions.

Méthode pharmacodynamique. — Claude Bernard⁵ signale le premier l'importance de ces « instruments pharmacodynamiques plus délicats à disséquer les propriétés des éléments anatomiques vivants ». Et Richet⁶ a montré combien il est utile de connaître les phénomènes de la vie par les poisons. Les physiologistes ont créé une véritable neurométrie pharmacodynamique, méthode d'exploration des systèmes neurovégétatifs, médullaires et d'évaluation de la lésion fonctionnelle. Les tests pharmacodynamiques sont supérieurs aux tests physiologiques; ils débloquent les inhibitions et suppriment les barrages. Appliqués à la psychiatrie, « ces réactifs de vie » qui font jaillir le trouble fonctionnel sont susceptibles de rendre des services immenses. La démence précoce bien plus que les autres psychoses est appelée à bénéficier de cette méthode. Seule la psychanalyse pharmacodynamique (c'est nous qui créons cette association de mots) nous paraît susceptible d'ouvrir les portes de la prison de l'autisme, de déchiffrer ses secrets et de nous les livrer.

L'histoire de la psychiatrie expérimentale nous apprend que les plus grands aliénistes français et étrangers se sont toujours préoccupés de la connaissance du dynamisme moral, de la lésion réversible. Moreau de Tours⁷ crée, en 1845, la psychiatrie expérimentale pharmacodynamique dans le but de discriminer la variation du déficit et de préciser le chronodynamisme. Morel⁸, essaya d'explorer leur psychisme par l'éthérisation. Brière de Boismont, Griesinger, H. Davy, etc..., étudient l'action de l'atropine, du chloroforme, de l'éther, du protoxyde d'azote, etc... sur les aliénés. Bourdier et Obernier alcoolisent les éléments précoces pour les faire parler. Krapelin crée une démence précoce haschichée

enne. Sacristen, Berger et Fleck utilisent la cocaïne pour le déblocage des catatoniques. Maier et Zürich et Jacob Menck reproduisent expérimentalement une schizophrénie cocaïnique; Maier-Gross crée une schizophrénie mescolinique (cité par Kretschmer⁹). Claude, Borel et Rollin reprennent l'éthérisation et signalent sa portée psychanalytique. Le somnifère est utilisé avec succès par La-Lavastine, par Claude, Baruk et Paucker et par Lafora, etc... Les beaux travaux de De Jong et Baruk sur la catatonie bulbo-capnique chez les animaux tendent à préciser la vieille théorie toxique de la démence précoce.

Depuis 1928, nous avons entrepris une série de recherches expérimentales pharmacodynamiques sur les éléments précoces. Nous avons utilisé l'éther, le protoxyde d'azote, la cocaïne, le haschich, le peyotl, la caféine, la strychnine et l'alcool comme agents d'exploration du psychisme et de la motricité et nous avons noté quelques faits très intéressants. Nous ne rendons compte ici que de la psychanalyse pharmacodynamique; les recherches d'exploration motrice (catatonie expérimentale, réflexes de posture, etc...) ont été l'objet d'une autre étude¹⁰.

Recherches personnelles.

Méthode psychanalytique pharmacodynamique. — Cette méthode nous est personnelle; elle est différente de celle de l'Ecole psychanalytique : elle ne porte pas sur les matériaux fournis par les rêves, les symboles et les actes manqués; elle utilise à titre secondaire et seulement lorsque c'est possible : l'association libre. Elle se contente de supprimer les barrages, principalement le mutisme, de pénétrer dans l'autisme et d'enregistrer toute extériorisation, surtout spontanée : mots, actes, réactions mimiques, etc... Son but essentiel est le diagnostic et non la thérapeutique; elle dissocie le trouble réversible du déficit, dépiste la frange psychique dans le trouble moteur; elle doit établir avant tout le bilan des lésions destructives, irréversibles et celui des lésions fonctionnelles, réversibles. La psychanalyse pharmacodynamique est une méthode d'analyse clinique qui utilise toutes les combinaisons possibles : 1° le dialogue avec l'exploration orale serrée, patiemment dirigée; 2° l'association avec mots dynamogènes; 3° l'excitation sensorielle par la musique, les odeurs, etc... 4° l'éveil des souvenirs émotionnels par la présentation des objets (photographie, lettres de famille ou écrites par la malade elle-même autrefois) et des vêtements personnels. Parfois, l'utilisation directe des émotions dynamogènes : évocation d'une « tranche de vie », d'un événement, qui a laissé des engrammes profonds, permet de provoquer des réflexions et des réactions mimiques inattendues.

Cette méthode très simple exige une longue patience et une connaissance parfaite de la vie affective du malade; elle ne prétend pas à énucléer tous les complexes, bien qu'elle puisse vaincre souvent des refoulements psychiques profonds. Elle n'utilise pas le chronomètre; elle ne marque pas la vitesse de l'évocation des souvenirs ni celle de l'activité intellectuelle. Elle se contente surtout de noter lentement, patiemment, les réactions provoquées ou spontanées, d'établir le vrai tableau clinique du malade où chaque manifestation a sa place. Elle est analogue aux autres procédés d'analyse psychologique; au même titre, elle ne peut prétendre

4. PASCAL et DAVYER : Traitement des maladies mentales par les chocs. MISON.

5. CLAUDE BERNARD : Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses.

6. RICHTER : Les Poisons de l'Intelligence.

7. MOREAU DE TOURS : Le Haschich.

8. MOREL : Etudes cliniques des Maladies mentales, t. II, 1885.

9. De JONG, au Congrès de Berne, a étudié la catatonie mescolinique, Janvier 1932.

10. PASCAL et DAVYER : Exploration pharmacodynamique de la motricité de la démence précoce. L'Encephale.

2. PASCAL : Démence précoce. F. ALBIN.

3. DROMANI : Les stéréotypes chez les éléments précoces. Revue de Psychiatrie, 1905.

donner des certitudes avec des conclusions fermes, mais elle permet d'aborder la clinique et d'apporter des éléments plus précis au point de vue du pronostic. Le malade psychanalysé par la pharmacodynamie, quel que soit le degré d'excitation et la valeur des réactions, est différent de celui qui est fixé depuis de longues années dans le même réflexe de posture négativiste.

Les petites doses progressives utilisées et la surveillance continue des malades nous ont permis d'éviter une foule d'erreurs dans l'interprétation psychoclinique. L'alcool est un mauvais agent d'exploration psychique, il produit des états oniriques qui se surajoutent au processus morbide; nous l'avons peu employé. Le haschich exagère la suggestibilité. Le peyotl n'a pas faussé le tableau clinique par l'adjonction d'images lumineuses comme nous le craignons; les hallucinations peyotliques ont été transitoires, mais comme le haschich, le peyotl exagère la suggestibilité.

Notre méthode a été constituée par tâtonnement; les doses plus massives utilisées au début ont déterminé les inhibitions psychiques irréductibles; en les diminuant, nous avons créé surtout de la dynamogénie progressive. Avec l'éther, on peut produire le déblocage brusque, l'explosion affective par abreaction (expression allemande); avec la cocaïne, à doses progressives et combinées, on assiste à une sommation d'excitations graduées qui réveillent le dynamisme endormi et révèlent des lésions latentes. Elle reste la méthode de choix. Avec le haschich et le peyotl, on note des troubles cataleptiques, et des phénomènes extrapyramidaux.

Enfin, nous répétons, cette méthode d'évaluation du dynamisme de la psychose ne prétend pas guérir. L'excitation pharmacodynamique ne détermine que des aveux-décharges, des énucléations partielles sans liquidation thérapeutique. Chez toutes les malades, les mieux réintégrées, il ne restait de la flamme psychique, le lendemain, que des sourires stéréotypés et une indifférence absolue.

Technique. — Notre méthode d'exploration est surtout combinée. L'éther ne constitue qu'une amorce dans la gamme de l'excitation psychique; il a été associé soit à la cocaïne, soit à la caféine-strychnine-champagne. Il nous a semblé que pour atteindre l'état d'investigation maxima, l'éthérisation et la cocaïnisation isolées n'étaient pas suffisantes. Par contre, le protoxyde d'azote, le peyotl et le haschich sont utilisés sans aucune autre association pharmacodynamique.

Ether. — L'éthérisation a été faite avec le masque d'Ombredanne; chaque malade a reçu la quantité d'éther qui correspond à la division 5; la durée de l'anesthésie a été de 5 à 10 minutes.

Chlorhydrate de cocaïne. — Cet alcaloïde a été administré pur en poudre sous la forme de prise orale à la dose de 2 à 6 centigr. Nous l'avons utilisé de deux manières : 1° dose massive d'emblée après l'éthérisation à la phase hypnagogique entre le sommeil et le réveil; 2° dose progressive de 3 milligr. à 2 centigr., en augmentant tous les jours de 3 milligr. A la dose maxima : éthérisation pour créer un état optimum d'excitation. Les injections de cocaïne ne donnent pas les mêmes résultats.

Caféine. — Elle a été introduite par la voie sous-cutanée; la dose n'a pas dépassé 0 gr. 50. Elle a été expérimentée en association avec l'éther-cocaïne.

Sulfate de strychnine. — Pour compléter la série des grandes excitations : éther-cocaïne-caféine, nous avons utilisé le sulfate de strychnine à la dose d'un milligramme en injection sous-cutanée, à la fin de l'expérience. Cha-

que fois, il a constitué un appoint utile pour l'exploration neurologique.

Haschich. — Ce produit a été expérimenté sous deux formes pharmaceutiques : *extrait alcoolique* à la dose de 10 à 20 centigr.; *haschichine* à la dose de 10 à 15 centigr.

Peyotl. — Grâce à l'amabilité de M. Rouhier l'auteur du beau travail sur « la plante qui fait les yeux émerveillés », nous avons pu nous procurer une petite quantité de peyotl. Nous l'avons utilisé en solution au 1/10 à la dose de 17 cme et de 18 cme 5 par la voie buccale.

Protoxyde d'azote. — L'anesthésie au protoxyde d'azote a été faite par le Dr Amlot sur 9 malades d'après la technique courante des hôpitaux.

Musique : Chants, Piano. — Dans certains cas, nous avons utilisé la musique comme élément amplificateur de l'excitation psycho-sensorielle. (test éther-cocaïne et test haschich).

CONTRE-INDICATIONS. — La règle suprême de la psychanalyse pharmacodynamique est celle de la médecine en général : *nil in nocere*.

Les agents pharmacodynamiques hypotenseurs sont inapplicables aux hétérophréniques à tension basse (au-dessous de 12-0). Il est d'observation clinique courante que l'hypotension constitue un syndrome constant de la démence précoce. Il est nécessaire de préparer les malades avant l'exploration pharmacodynamique, de relever leur tension, de les aliter, de les suralimenter; pendant l'expérience, de surveiller le cœur et la tension. La méthode cocaïnique à doses progressives nécessite, bien plus que les autres, une vigilance constante.

1° **Action sur le psychisme des agents pharmacodynamiques.** — Pour effectuer nos recherches expérimentales, nous avons choisi 43 déments précoces dont le diagnostic était indiscutable. Trois de nos malades seulement présentaient de l'agitation motrice. Les quarante autres étaient atteints de négativisme avec mutisme permanent ou intermittent. La plupart étaient « fixés » chroniques, à l'état torpide et apparemment irrémédiablement touchés.

1. **Effets généraux. Disparition du négativisme. Modifications de la cénesthésie.** — Les agents pharmacodynamiques se sont montrés à la fois neuro et psychotropes. Les tests combinés éther-cocaïne, caféine-strychnine nous ont fourni le plus de résultats. Les phénomènes d'excitation ont été prédominants; nous n'avons noté aucun trouble toxique. Nous ne nous livrons à aucune interprétation symbolique, nous exposons les faits cliniques de la façon la plus objective. Dans la majorité des cas (29 cas sur 43), l'excitation pharmacodynamique a dominé l'autisme sans la valancer toujours intégralement. Elle produit un autre niveau psychique même dans l'excitation superficielle. Les malades les plus négativistes, les plus hostiles, lorsqu'elles ont réagi, changent leur formule affective, elles deviennent aimables, gracieuses, elles emploient des mots polis : « merci, pardon, vous êtes gentille ». Il ressort d'une façon évidente que l'écran intercepteur entre la maladie et l'ambiance disparaît. Le négativisme (principalement le mutisme) tombe comme un masque sous l'influence de l'excitation pharmacodynamique, surtout cocaïnique et éthérique, chez la plupart des malades. Barrage de protection, comme l'a dit Bleuler, il disparaît avec le changement de la formule affective et l'élévation du niveau psychique. Le déblocage, suppression des barrages, est souvent rapide; parfois en l'espace de deux à trois heures (avec le haschich quatre, huit heures), on assiste au jaillissement des troubles profonds et à la disparition des phénomènes graves qui assombris-

saient le pronostic. Dans les cas très heureux, on peut suivre le rythme psychique, l'effort de la réintégration, l'échec partiel ou complet de la rééquilibration et le retour progressif ou brusque à la désintégration, aux fixités morbides.

Par contre, chez quelques malades (12), le déblocage a été impossible; ni l'éther, ni la cocaïne n'ont pu supprimer le mutisme; chez quatre de ces malades, nous avons assisté au déclenchement d'une excitation émotionnelle intense : cris de douleur, larmes et sanglots et à des crispations d'angoisse inattendues.

Cet échec est limité. Il n'en reste pas moins vrai que 29 malades sur 43 ont été réinsérées dans la vie réelle à des degrés divers et ont repris conscience intégrale ou partielle du morbide.

Après le déblocage, le fait noté le plus fréquemment est le *changement de la cénesthésie*. Le réveil post-éthérique s'accompagne d'explosions affectives sans ambivalence; la plupart des malades se plaignent d'être fatiguées de souffrir. « Laissez-moi mourir » ou « maman, maman, j'ai suis malheureuse, je souffre, je veux mourir » ou « ne me réveillez pas, je veux me reposer de la comédie ». Mais après cette première prise de conscience, surtout après la cocaïne et la caféine (agents euphorisants) se sentent mieux et répètent à chaque instant : « Je suis contente, je vais mieux, j'étais si fatiguée. »

II. **Effets particuliers : Vie intérieure. Contenu de la psychose. Éléments vivants. Complexes sexuels.** — Les barrages supprimés, la cénesthésie modifiée, on peut essayer d'aborder l'autisme, cette vie intérieure des déments précoces, et d'évaluer son dynamisme.

L'excitation pharmacodynamique efficace en extériorisant la pensée hétérophrénique a mis à jour les éléments vivants et les lésions dissimulées. En nous basant sur le degré de réintégration psychique et sur l'évaluation des éléments rationnels et affectifs récupérés, il nous a été possible d'établir cinq catégories de déments précoces. Nous avons placé en haut de l'échelle : le *groupe dynamique* à prévalence de lésions réversibles (5 malades); en bas, le *groupe déficitaire* aux lésions immuables (12 malades); entre les deux, trois groupes différents qui représentent, à des degrés divers, des phénomènes de vie et de mort, des épaves de richesse et de grandes pauvretés. Plus on descend vers le groupe déficitaire, plus l'incoordination mentale est grave, plus la carence affective est accentuée. Ces cinq groupes représentent les routes de la désagrégation mentale, les étapes cliniques de l'involution dementielle spéciale de l'hétérophrénie¹¹. Mlle Deschamps, dans sa thèse¹² exposera les observations cliniques et rendra compte de la phénoménologie complexe qui nous a permis cette schématisation.

Après avoir délimité ces groupes de malades d'après le degré de leur lésion, nous avons entrepris la recherche de la libido, du roman d'amour pathogène, du complexe. Nous avons vu plus haut que la nouvelle terminologie de la démence précoce, la schizophrénie, représente avant tout la libido non satisfaite; elle est un *chagrin d'amour refoulé*. L'exploration pharmacodynamique doit nous livrer, au moins en partie, ces résidus émotionnels captifs et nocifs.

Chez nos jeunes malades, le roman d'amour vécu de l'adolescence est toujours facile à dévoiler. Il est d'une grande banalité et ses manifestations varient avec chaque malade. Il est ex-

11. Voir notre livre sur la *Démence précoce*, p. 214.

12. Deschamps : *Exploration du psychisme des déments précoces par les agents pharmacodynamiques*, Thèse de Paris, 1932.

ceptionnellement dissimulé, et lorsqu'il ne se révèle pas, c'est parce que le souvenir a disparu dans le chaos démentiel.

Lorsqu'il s'exprime, l'aveu est normal; il n'y a pas de résistance à vaincre. Chez les malades les mieux réintégrés, les souvenirs s'énucléent en tenant compte du temps, de l'espace, de la cause et de la logique. Chez celles qui n'ont récupéré qu'un dynamisme limité, le roman d'amour est l'énumération d'une série de souvenirs dont la charge affective est très variable. La cocaïne à doses progressives est un révélateur excellent de ces phénomènes sexuels; elle excite la mémoire affective et crée des associations à dynamisme puissant.

Notre matériel d'observation est féminin et recruté exclusivement dans la classe ouvrière. La plupart de ces pauvres filles ont connu des déceptions précoces; chez elles, le roman de l'adolescence est l'état affectif rapidement vécu, les constellations émotionnelles qu'il a provoquées : désespoirs, jalousie, haine, dépit, rancune, vengeance, etc., se succèdent sans avoir le temps de se créer une polarisation affective; les illustrations commandées par les soucis de la vie matérielle désensibilisent le psychisme. A notre avis, le roman d'amour est plus pathogène dans la classe bourgeoise que dans la classe ouvrière. Les futures hébéphréniques encadrées dans la vie sociale rigide, où l'amour en dehors de ses lois est défendu, souffrent davantage de la censure, le refoulement en est fatal. Mais l'ouvrière a d'autres souffrances morales, elle connaît de bonne heure la lutte pour la vie, la dureté du gain, les blessures d'orgueil, les échecs suivis de dépression profonde, les conflits familiaux, la pauvreté, la solitude. La plupart de nos malades ont révélé une nature fine et délicate, hyperesthésiée, chez laquelle les états affectifs de toute nature avaient provoqué des échos prolongés et des constellations profondes.

La démence précoce est autre chose qu'un amour déçu. La psychogénèse même lorsqu'elle relève de lésions de l'inconscient n'est qu'une facette du processus morbide. Nous avons longuement démontré que le choc émotionnel ne devient pathogène que dans des conditions particulières qui dépassent la morbidité d'une constitution; il faut un terrain humoral spécial, sensibilisé et qui réagit à un moment déterminé et non continuellement. Chez les déments précoces, ce terrain est encore plus complexe; la sensibilisation protéinique toxico-infectieuse (hérédosyphilis, syphilis, tuberculose, etc.) s'ajoute à la sensibilisation émotionnelle. Le grand tort des théories dynamistes est de ne pas tenir compte de la complexité du problème, d'ignorer totalement la biogénèse et de se contenter de limiter la pathogénèse déjà si obscure à des entités métaphysiques : complexes, refoulement, etc., qui réclament pour être démontrés une base scientifique solide.

Rêve ou névrose? — Un autre problème non moins intéressant à élucider, c'est celui de l'analogie de la pensée onirique avec la pensée hébéphrénique. Masselon avant Jung avait émis cette hypothèse tout en établissant des différences fondamentales, à savoir la persistance des liens de la pensée onirique avec la personnalité qui n'existe plus chez les hébéphréniques. En 1911, nous avons défendu cette théorie et démontré que la désagrégation fragmentaire de la démence précoce aboutissait à la création d'un non-moi qui se manifestait par des phénomènes psychiques sans aucune analogie avec le rêve.

Après Jung, Ricklin et Maeder, la théorie du rêve a été défendue d'une façon remarquable par Minkowski. Cet éminent auteur et son psychologue tend à expliquer la constitution schizo-

zoïde et la schizophrénie par la perte du contact vital avec la réalité. Il en fait le pivot central du comportement schizoïde. Mais cette théorie a de nombreux destructeurs, les organicistes la définissent « une manière de voir »; les critiques sont nombreuses. Récemment, Sengès dans un travail de premier ordre étudie l'autisme et la fonction du réel chez les schizophrènes, et il s'insurge contre la conception dynamiste qui repose sur une interprétation fautive de la vie intérieure de l'hébéphrénique. « La vie intérieure, dit-il, est passive, faite de résidus imaginatifs ou mnésiques. Cette vie intérieure est plus automatique que volontaire, elle constitue un sous-produit de l'activité psychique. Le malade ne se réfugie pas dans sa psychose pour se soustraire au contact de la réalité, mais parce qu'il a perdu les fonctions mentales de l'adaptation au réel par suite de la dissociation psychologique et de la perte du tonus affectif normal. L'autisme devient alors synonyme de l'intériorisation passive. » La critique de Sengès est juste lorsqu'elle s'applique aux éléments irréductibles et à ceux qu'on n'étudie que cliniquement par la méthode objective. La pharmacodynamie secoue souvent la passivité, excite les éléments vivants susceptibles de renaitre, de se coordonner à nouveau et de s'adapter à la réalité. Passivité est souvent l'expression clinique de l'asthénie qui est à la base de la biogénèse hébéphrénique et dont la nature nous échappe. Il suffit de quelques centigrammes de cocaïne, d'une bouffée d'éther pour la dissiper intégralement ou partiellement selon la gravité de la maladie. La récupération la plus rapide est l'adaptation au réel. Chez 29 malades sur 43, le contact avec la réalité ambiante redevient normal et la durée reprend ses liens chronologiques. Souvent, on est frappé par la conservation de l'orientation et par l'acuité de l'attention sensorielle (Masselon et moi, nous avons déjà signalé ces faits par l'observation clinique). A ce point de vue, l'analogie avec le rêve est impossible. « La perte du sens du réel » par suite de la suppression de l'apport sensoriel constitue pour Hesnard le signe essentiel de l'onirisme normal. Chez les déments précoces réintégrés par la méthode dynamique on retrouve le présent et le passé réels avec la chaîne des événements vécus plus ou moins précis, selon leur coefficient émotionnel de sensibilisation et leur degré de personnalisation. Pour nous l'adaptation au réel n'est pas seulement un contact organo-vital, une attention sensorielle, mais un phénomène psychologique plus vaste : elle est la réaction directe de l'énergie affective, elle représente la spontanéité et la synthèse des instincts égoïstes. Le vrai réel, c'est la personnalisation, le métabolisme psychique, il est subjectif et vit en dehors du temps et de l'espace géométriques. La recherche de ce vrai réel permet d'évaluer le dynamisme mental. Il donne tous les degrés impondérables de la démence affective.

En poursuivant l'analogie avec le rêve, nous trouvons d'autres faits intéressants. La pensée onirique est surtout une excitation des images visuelles qui occupent une place importante dans le théâtre des songes. Elle est avant tout « la réalisation imaginative et symbolique de certaines tendances affectives » (Hesnard). Elle réclame pour se produire une activité riche et incessante; les romans policiers, les séries et les enchantements de l'onirisme normal sont l'expression de courants affectifs pleins de vitalité, de désirs vifs qui demandent à se réaliser. La pensée hébéphrénique extériorisée par la pharmacodynamie ne livre rien de sensationnel. Nous n'avons trouvé ni série, ni enchantement, encore moins des « fêtes et banquets » (Kretschmer); aussitôt les volets ouverts, derrière le si-

lence, la vie réintégrée s'est révélée diverse; chaque malade nous a livré sa vie intérieure et a réagi selon sa capacité dynamique. Nous avons vu plus haut que chez la plupart des malades, les courants affectifs sont faibles, les « désirs égarés » n'ont plus de vitalité, ils ne demandent pas à se réaliser. Même chez ceux qui ont connu l'euphorie cocaïnique, la confession est monotone, les souvenirs s'alignent sans jaillissement et sans joie. Ce fait est plus frappant chez les malades du groupe dynamique qui ont récupéré l'activité intellectuelle.

L'imagination ne crée plus de chimères; parfois on éveille quelques illusions mais elles disparaissent vite.

Les hallucinations, rares, apportent du temps en temps une excitation sensorielle; le délire est fragmenté et ses résidus se mêlent à la trame psychique.

Les malades les mieux réintégrés récupèrent le rationalisme; la pensée retrouve ses moules syntaxiques et la sémantique; elle s'organise sur les bases de la durée, de l'espace et de la causalité. On ne remarque pas, comme dans le rêve normal, l'enchevêtrement des époques et des lieux.

Le symbolisme est très peu actif; les images coalescentes et les images de couverture existent mais elles ne sont pas fréquentes, elles appartiennent surtout aux fragments délirants.

Le langage tend à se rapprocher du langage normal chez les malades peu atteints; il s'en écarte de plus en plus et devient « incohérence » à mesure qu'on s'approche du groupe déficitaire. Les modes d'expression de la pensée hébéphrénique sont ceux du dynamisme survivant. Derrière la verbigeration, la salade de mots, on trouve les lois de la démence affective et non celles du rêve.

En résumé, les données fournies par la recherche expérimentale sont analogues à celles que nous connaissons par l'observation clinique lorsque les rémissions spontanées ou provoquées ont dévoilé le fond mental.

En règle générale, la vie intérieure des déments précoces est pauvre. Les éléments endormis se réveillent au contact des agents chimiques, retrouvent leur coordination et leur attachement au moi; les autres, sont morts, ne s'évoquent plus. Chez les moins touchées, la muraille autiste est faite d'engourdissement psychique; chez les autres : « ruine et poussière ». L'hébéphrénique ne rêve pas, ne regrette plus, ignore le remords malgré la conservation intacte du passé.

Même chez les malades qui ont été faciles à réintégrer, le rêve-déran est absent.

Ce qui frappe c'est le rythme stagnant; le devenir n'a plus d'élan; le présent est métabolisé sans énergie affective et le passé s'évoque dans le silence morne d'un désintérêt absolu. Ces faits attirent tout particulièrement notre attention sur le dynamisme de la démence précoce. Ils mettent en valeur la conception de Bleuler où la psychogénèse joue un rôle primordial.

Notre groupe de cinq malades à prévalence de troubles fonctionnels chez lesquelles la réintégration a été à peu près complète au point de vue sensoriel, mnésique et rationnel est particulièrement intéressant. Il permet de soutenir la théorie du professeur Claude sur la dualité de la psychose hébéphrénique : 1 schizophrénie, processus dynamique, réversible; 2 démence précoce, processus organique. Mais un cadre nosographique ne peut être établi avec une seule attitude mentale même si elle présente des caractères spécifiques, car elle n'est qu'un découpage artificiel, un chaînon détaché de l'ensemble du processus morbide. La méthode de Kraepelin qui

est celle de Bayle et de Falret, l'étude de l'évolution continue, reste, à notre avis, le meilleur critère d'élucidation nosographique. L'éminent professeur de Munich insistait surtout sur l'étude des « états terminaux » en raison de la longue marche des maladies mentales. Il y voyait une synthèse plus riche de moments vécus, la trace pure de toutes les composantes du processus morbide.

L'évolution de nos cinq hébéphréniques du groupe dynamique est particulièrement instructive. Depuis un an, date de la première psychanalyse, nous avons noté les faits suivants : deux de ces malades ont été mises en liberté, l'une d'elles gagne sa vie péniblement, elle a gardé les lésions affectives spécifiques (troubles du caractère, haine familiale, absence d'initiative, etc.). Il ne s'agit plus que d'un état fruste de l'hébéphrénie. Nous rappelons que Sériex et son élève Monod ont étudié tout particulièrement les formes frustes et simples de la démence précoce. L'autre malade est entrée également dans la vie sociale, elle a pris immédiatement rang dans le groupe des gens « falots » décrits par G. Ballet, sans âme, sans curiosité et sans joie. Elle continue le rythme de la vie avec son automatisme mental. Sériex diagnostiquerait une démence simple.

Les trois autres malades évoluent à l'asile. Le comportement hébéphrénique est d'un diagnostic facile. Celle qui nous a révélé un pénible chagrin d'amour avec un rationalisme normal est déjà fixée dans l'attitude oppositionaliste des vieilles démentes, avec un délire absurde cénesthésique et qui ne subit aucune modification malgré nos efforts thérapeutiques. La quatrième et la cin-

quième sont à l'état de stupor catatonique.

Ces recherches expérimentales nous ramènent aux idées de Morel, de Kraepelin, de Christian, de Seglas, de Sériex, de Regis, de Deny et Roy, de Dupré, de Masselon, de Dromard, de Dide, de Guiraud, de Marchand, etc..., aux nôtres, c'est-à-dire à la conception qui voit dans l'hébéphrénie la multitude des intrications lésionnelles, dynamo-défectaires. A la lumière de cette théorie, la recherche du dynamisme de la psychose est susceptible d'éclairer d'un jour nouveau le problème de la constitution schizoïde, celui des états frustes et des rémissions. Pour nous, le terrain schizoïde est déjà la démence précoce à forme dynamique. Kraepelin n'a-t-il pas insisté tout particulièrement sur le début très précoce de l'hébéphrénie ?

Enfin, l'étude du dynamisme de la psychose élargit nos vues psychiatriques. Il satisfait, comme l'a dit Minkowski, « notre besoin thérapeutique » ; l'hébéphrénie doit être considérée comme une maladie curable et non comme une démence irréversible (dans tous nos travaux, nous avons insisté sur ce fait).

La recherche du dynamisme psychique est à la base du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique de la démence précoce. Au cours de ce travail, nous l'avons défini de mille manières, il se confond avec l'activité vitale, avec l'énergie biologique, avec la Hormé (genèse des instincts de Monakow et de Mourgue) ; il est une manifestation de l'évolution créatrice de Bergson. A l'état morbide, effleuré par la plus légère atteinte, il n'oublie pas l'« intention de la vie », il se défend, répare et crée ; il met en œuvre, comme disent Monakow et Mourgue, « la faculté

d'autorégulation et celle de compensation ». Lorsqu'on le cherche, il n'apparaît pas au microscope ; les meilleures méthodes de laboratoires ne peuvent le déceler. Moreau de Tours avec son intuition supérieure le sentait et le reconnaissait partout et il disait : « Il est parmi les phénomènes qui naissent et qui disparaissent par enchantement ». Instable, modifiable, réversible, il appelle notre attention sur les possibilités de résection vitale, sur la création là même où tout rythme de vie paraît être suspendu.

En clinique objective, il est perdu dans la phénoménologie impondérable ; il ne prend de signification que dans les diagnostics intuitifs (Gefühlsdiagnose des Allemands) ; il est rarement évalué. Mais il est sensible aux « réactifs de vie » ; la pharmacodynamie le décèle dans les profondeurs de l'inconscient ; il répond aux stimulations brutales.

La méthode de révélation du dynamisme mental par la pharmacodynamie constitue le meilleur test psychoclinique. Elle fouille et sonde comme un scalpel vivant et donne, dans les limites de l'excitation, les niveaux de l'intégration et de la désintégration. Elle constitue le vrai tableau symptomatologique de l'hébéphrénie différent du schéma clinique. Elle demande à être perfectionnée par la multiplication des expériences avec des agents chimiques plus variés. Elle peut déjà prendre place à côté des procédés d'exploration neuro-végétative, pyramidale, extrapyramidale, etc. Par sa simplicité et par son innocuité, lorsqu'on tient compte des doses toxiques, cette méthode mérite d'être introduite dans la pratique clinique psychiatrique.

IX^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

(Madrid, 15-18 Mars 1932) [suite et fin] ¹.

4^e QUESTION : L'anesthésie.

Cette importante question a fait l'objet de 11 rapports, dont un seul, celui de M. Ureduzzi (Turin) ne nous a pas été communiqué. Afin de mettre un peu de clarté dans une question aussi complexe, nous l'avons divisée en 4 chapitres, groupant ensemble les rapports et discussions ayant trait à la même partie de la question.

1^{er} DISCUSSION GÉNÉRALE.

M. Lorenzetti (Milan), rapporteur, fait une étude critique de l'anesthésie régionale et de la rachianesthésie, pesant les avantages et les inconvénients de chacune de deux méthodes. Il conclut en faveur de l'anesthésie locale qui présente moins d'aléas. Toutefois, réservée à la portion sous-ombilicale du corps, la raché reste une bonne méthode. Pour les régions hautes, l'anesthésie régionale est des plus indiquées. Si toutefois on préfère l'anesthésie par inhalation, le protoxyde, le chloréthyle et autres gaz du même genre doivent prendre le pas sur le chloroforme et l'éther, beaucoup plus toxiques.

M. J. Goyanes (Madrid), rapporteur, expose sa méthode personnelle d'anesthésie par voie artérielle, permettant de faire facilement toute la chirurgie du membre supérieur. La technique consiste à bloquer la racine du membre par un lien élastique, puis à injecter par la radiale, découverte dans la gouttière du poulx, de la novocaïne à 0,5 pour 100, en quantité variable selon la hauteur de la lésion. Un second lien limite la zone anesthésiée. La pratique en est très simple et les résultats excellents, car la durée de l'effet anesthésique est pratiquement indéfinie tant que dure l'ischémie. L'exérèse des sarcomes, les amputations, les résections, même les plus étendues, se font avec une remarquable facilité et un choc réduit au minimum.

— M. Alessandri (Rome) expose les résultats de sa pratique et discute les indications respectives de chaque anesthésique.

— M. Zaaljer (Leyde) emploie depuis huit ans le protoxyde d'azote associé soit à l'éther, soit au chloroforme (dans la chirurgie thoracique), soit à l'anesthésie locale. Mais au contraire du rapporteur il rejette l'éthylène et le narylène trop sujets à exploser et ajoute que pour le malade il n'y a pas grande différence entre mourir par action chimique sur les organes ou par un phénomène physique comme une explosion.

— M. Mayor (Bruxelles) estime que l'anesthésie doit être individualisée, aucune méthode ne convient à toutes les maladies et à toutes les interventions. Le narcotiseur doit être de préférence une femme, docteur en médecine et non infirmière. Les préférences de l'auteur vont aux mélanges gazeux : chloroforme, éther, oxygène, en dehors de la chirurgie sous-ombilicale où il emploie la raché-anesthésie.

2^e ANESTHÉSIE LOCALE.

M. Noboru Ishikawa (Kanazawa, Japon), rapporteur, traite de l'anesthésie locale dans la chirurgie des viscères abdominaux et, plus particulièrement, il étudie la sensibilité à la douleur des organes abdominaux.

Il a étudié cette sensibilité durant l'opération et expérimentalement chez l'animal par la mesure des variations de la pression sanguine et de la respiration.

Il insiste sur le fait que la sensibilité à la douleur de l'abdomen n'est pas seulement due au splanchnique mais aussi au pneumogastrique et

que pour cette raison l'anesthésie du vague doit être combinée à celle du splanchnique dans les opérations gastriques. Pour les opérations sur les voies biliaires et l'intestin grêle, l'anesthésie splanchnique est inutile et il est préférable de recourir à l'anesthésie du plexus périsphérique qui est pratiquée sur n'importe quel organe abdominal.

Dans l'appendicite, il faut anesthésier le plexus périsphérique de l'artère ; les résections iléo-cæcales ou du gros intestin doivent être pratiquées sous anesthésie du plexus le long des vaisseaux mésentériques correspondants.

Pour le colon descendant et le sigmoïde, il faut employer l'anesthésie par diffusion dans la cavité du bassin ou l'anesthésie régionale du plexus périsphérique.

Quant à la chirurgie des adhérences, il y a intérêt à employer les appareils électriques à haute fréquence en même temps qu'un anesthésique local.

Le foie et la rate sont complètement insensibles, et on ne provoque de douleur qu'en pinçant ou pressant les vaisseaux du hile. Il suffit d'insérer avec l'anesthésique les pédicules vasculaires et surtout le péritoine pariétal encore plus sensible pour opérer pratiquement sans douleur.

Quant à la technique de l'anesthésie vago-sympathique préconisée par l'auteur, elle se pratique par diffusion autour de l'orifice œsophagien, ce que l'auteur n'a pu obtenir qu'avec la solution de per-caine.

M. A. Trias (Barcelone), rapporteur, étudie le blocage chimique des nerfs non seulement au point de vue de l'obtention d'une anesthésie dans un but opératoire, mais également comme moyen de diagnostic et méthode thérapeutique. Aussi ne s'en tient-il pas à l'étude des injections de cocaïne ou de ses dérivés mais encore de produits tels que l'alcool dans les névralgies, l'acide phénique dans

1. Voir La Presse Médicale, n° 27, p. 511, n° 28, p. 531 et n° 29, p. 551.