



UN SIECLE DE PSYCHIATRIE

A. Evrard

En esquissant l'évolution psychiatrique, on constate qu'il s'agit d'une science que l'on pourrait nommer encore jeune.

Pour nos contrées, les premiers essais systématiques datent de Joseph Guislain (Gand, 1797-1860), qui fut notre premier aliéniste (le terme "psychiatrie" ne fut introduit qu'en ce même 19^e siècle par Reil à Halle, Allemagne).

Grand médecin et grand savant, Guislain est néanmoins entré dans l'histoire surtout comme un précurseur et un pionnier social : tout comme Pinel en France, comme Tuke en Angleterre, et comme Schroeder van der Kolk en Hollande, il fut l'humaniste et le philanthrope qui s'efforça à changer le misérable sort des "fous", un des promoteurs européens de la transformation des cachots en hôpitaux psychiatriques.

La plupart des auteurs ne situent vraiment le début de la psychiatrie scientifique que vers la transition de siècle, notamment avec Emil Kraepelin (Münich) qui introduisa les termes de psychose mania-co-dépressive et de démence précoce (qui fut par-après ré-baptisée en schizophrénie par le Suisse Eugen Bleuler).

Il semble assez évident qu'en cet aperçu il ne peut être question d'établir toute l'histoire de cette branche de la médecine qui s'occupe des maladies mentales, même s'il ne s'agit que d'une évolution pendant environ un seul siècle.

Nous nous bornerons à une esquisse en grandes lignes des possibilités thérapeutiques qui sont apparues pendant cette période — ou qui ont déjà disparu entretemps.

Ne fut ce que pour accentuer le fait que l'on a déjà appris aussi à obtenir sans aucun doute des résultats sérieux sur le terrain de ce spécialisme qui est encore considéré parfois comme enfant pauvre de la médecine.

Déjà depuis l'Antiquité, on connaissait l'action sédative et somniférique du pavot et de l'opium, les effets de plantes solanacées comme la mandragore, la belladonne, la pomme épineuse et la jusquiame, des moyens végétaux comme l'aconite, la valériane et l'asa foetida (une gomme résineuse orientale).

Mais les premières matières chimiques pures pour le traitement de malades nerveux, n'ont apparu qu'en ce siècle précédent où débute notre aperçu.

Depuis 1857, des composés de brome sont employés contre les troubles sensoriels épileptiques et comme calmants généraux; ce sont les bromures de sodium, de potassium et d'ammonium, souvent prescrits en association mutuelle; un désavantage pouvait se trouver en quelques effets secondaires comme des troubles de la digestion ou des réactions cutanées (acné du brome).

Dans les asiles, des malades agités étaient aussi traités (depuis 1883) au produit chimique paralaldéhyde, sous forme de solution ou même par voie anale (clystère).

Depuis 1868, on se servait souvent et en assez hautes doses de l'hydrate de chloral, comme calmant et comme somnifère, même pour enfants et pour vieillards; sous forme de sirop, il avait remplacé pour ainsi-dire le laudanum (teinture d'opium).

Ce n'est qu'au début de notre 20^e siècle que l'on apprend à appliquer un nouveau groupe de produits : les barbituriques, dont en premier lieu le Véronal ou barbital (1903), suivi du Luminal (phénobarbital), du prominal (méthyl-phénobarbital) et quelques autres. Ces

médicaments sédatifs trouvaient aussi, en de plus fortes doses, une indication contre l'insomnie et l'épilepsie.

Mais bientôt ils s'avéraient aussi aptes à pouvoir engendrer de l'accoutumance et de la dépendance, tandis que les tentatives de suicide aux barbituriques se multipliaient.

Depuis lors, le nombre de remèdes chimiques, presque tous synthétiques dorénavant, s'est accru en un rythme accéléré.

Tandis que l'on devait auparavant s'accommoder de moyens s'offrant dans la nature, selon une expérience séculaire, — on se lança maintenant dans l'invention et la création de formules complètement neuves. Ce fut le début d'une évolution très utile, mais en même temps, comme l'on constaterait plus tard, pas dépourvue d'un certain danger.

Il nous faudrait aussi dire ici quelques mots d'une série de thérapeutiques considérées comme assez brutales, ayant joué un rôle important en psychiatrie récente.

Déjà depuis l'Antiquité se retrouvent des essais en traitement de choc. Par un effet de surprise, un changement de conscience, ou même une intervention de force, on tentait de modifier l'état affectif ou émotif du malade, et d'améliorer ses idées. Au siècle précédent, de tels moyens furent repris, re-découverts, créés ou raffinés de sorte que l'on disposait maintenant de chaises tournantes et machines rotatives, d'installations de douche, de cures vomitives et purgatives, d'abcès de fixation au camphre ou à la térébenthine.

Certaines de telles méthodes nous paraissent maintenant trop brutales, mais l'intention était en tout cas positive — et le résultat obtenu souvent aussi (bien que le mécanisme de l'effet restait la plupart du temps assez vague).

A Gand, Guislain aussi a expérimenté avec de telles applications de choc : en ses premiers ouvrages, nous retrouvons plusieurs planches explicatives concernant ces techniques; mais par après, il évolua vers une approche plus douce que nous appellerions maintenant "psychothérapeutique" : patience, attention et relation de confiance devaient jouer un rôle prépondérant ("faire du bien, beaucoup de bien au malade"); en ce point de vue, il fut certes un précurseur.

La série des nouvelles thérapeutiques de choc fut inaugurée par l'Autrichien Julius Ritter Wagner von Jauregg qui constata en 1917 que l'affection redoutée nommée "paralysie générale" pouvait être arrêtée par la provocation artificielle d'une fièvre malarique; une telle cure devait alors être coupée à la quinine. Ce traitement à la fièvre n'était pas sans danger pour des malades dont l'état général laissait à souhaiter ou dont le coeur était affaibli; mais c'était un progrès, vu que la complication nerveuse de la maladie vénérienne restait jusque là incurable et inévitablement fatale; — et la pénicilline n'apparaîtrait que beaucoup plus tard.

Cette P.G., suite tardive d'une syphilis non (ou insuffisamment) traitée, se rencontrait fréquemment dans tous les asiles (Esquirol p.ex. estimait même jusqu'à la moitié de ses aliénés comme appartenant à ce groupe).

Ce fut donc bien à juste titre que Wagner von Jauregg reçut le prix Nobel (1927) pour sa découverte.

Peut-être en lointaine réminiscence au traitement de sommeil au temple des anciens Grecs, le Suisse Jacob Klaesi introduisa en 1922 la cure de sommeil à l'aide de barbituriques. Surtout par injection de Somnifène (un mélange de sels de l'acide barbiturique), des malades turbulents, agités ou anxieux restaient endormis jusqu'à trois semaines. Chaque jour, on les laissait reprendre légèrement connaissance afin de rendre possible l'alimentation et la toilette.

Un contrôle somatique rigoureux était nécessaire pour prévenir des complications comme une déglutition fautive, stase, infections et

pneumonie éventuelle, le décubitus aussi (des escarres par allitement prolongé). Ce traitement entraînait donc de sévères exigences aussi bien pour l'assistance qu'au contrôle médical.

En 1933, le docteur autrichien Manfred Sakel créa la cure d'insuline pour le traitement de la schizophrénie débutante.

Cet hormone de la glande pancréatique, déjà connu comme ressource contre le diabète, fut administré maintenant en surdosage pour éliminer la conscience. Ceci pouvait être répété journellement, après quoi le malade était réveillé chaque fois de son état comateux par une solution de glucose introduite dans l'oesophage par voie de sonde. Quoique le mécanisme précis de l'influence ne fut jamais éclairé, cette méthode se manifestait quand-même comme la première arme utile contre la maladie redoutable : un tiers environ des cas initiaux de schizophrénie pouvaient être améliorés nettement à l'aide de cette cure. Il s'agissait néanmoins d'une méthode assez compliquée, et non dépourvue de risques.

L'année suivante, en 1934 donc, l'Hongrois Ladislas von Meduna appliqua le produit Cardiazol à fin psychiatrique; cette matière — du point de vue chimique le tétrazol pentaméthylénique — avait déjà trouvé son indication comme stimulant de la circulation, mais s'avéra aussi maintenant (en injection à plus forte dose) génératrice de convulsions épileptiformes. Un tel traitement de choc se montra salutaire pour certains cas sérieux (surtout maniaco-dépressifs), mais fut délaissé par-après comme engendrant trop de peur chez nombre de malades.

En 1937, les Italiens Ugo Cerletti et Lucio Bini mettaient à point une méthode qui avait été examinée d'abord chez des animaux : c'était l'électrochoc ou traitement à l'électroconvulsion, surtout indiqué chez la "psychose maniaco-depressive".

En principe, on laissait passer un voltage réglable, pendant une fraction de seconde seulement, par les lobes frontaux du cerveau, ce

qui éliminait sur coup la conscience et provoquait une crise convulsive épileptiforme. Après quelques applications (p.ex. trois fois par semaine), l'humeur troublée se normalisait assez vite; ceci ne signifiait pas que la disposition maniaco-dépressive se modifierait (elle se manifeste souvent comme plus-ou-moins constitutionnelle, comme l'avait déjà présumé Emil Kraepelin et comme l'affirmerait par-après Ernst Kretschmer), mais tout-de-même que l'on pouvait dissiper la bouffée maniaque ou la dépression mélancolique.

Quelques précautions étaient à prendre pour éviter des complications éventuelles : le patient devait être examiné afin de dépister une possible contre-indication somatique à un tel traitement; lors de l'application même, des lésions de la langue ou des ruptures musculaires devaient rester évitées; à cette fin, un relaxant musculaire comme le curare pouvait être utilisé.

Quoique l'électrochoc obtint un mauvais renom (surtout par l'abus de certains aliénistes qui l'ont appliqué à tort et à travers) — il reste un fait qu'avec cette méthode on a retenu du suicide et sauvé d'innombrables malades dépressifs.

Dans les années '50, les produits psycho-pharmaceutiques furent introduits, dont bientôt aussi une catégorie spéciale nommée thymoanaleptique, p.ex. l'imipramine (Tofranil) et l'amitriptyline (Tryptizol); ces produits rectificateurs de l'humeur triste ont depuis lors rattrapé et supplanté presque totalement l'électrochoc.

Un dernier traitement appartenant en quelque sorte au groupe des thérapeutiques de choc, est la "psychochirurgie" (on parle aussi de leucotomie ou lobotomie). Après les essais du Suisse Rudolf Burckhardt (1891) et de l'Esthonien Ludwig Puusepp (1910), le Portugais Egas Moniz développa en 1936 la méthode opérative selon laquelle un nombre de fibres nerveux des lobes frontaux est interrompu; de cette façon, les symptômes aigus de schizophrénie résistante ou de névrose obsessionnelle maligne peuvent être atténués.

Dans les années après la seconde guerre mondiale, cette technique a surtout été appliquée par les Américains Walter Freeman et James Watts; on en a même abusé, jusqu'à ce que l'intervention fut abandonnée à la fin, surtout vu le risque d'endommager la personnalité du malade.

La construction et les fonctions précises du cerveau humain ne sont en effet pas encore suffisamment connues pour permettre une section (le plus souvent aveugle). Il s'agit aussi d'une intervention irréversible: si le résultat obtenu est décevant, on ne peut plus revenir sur ses pas.

A côté des thérapeutiques somatiques, des traitements psychiques se sont annoncés aussi en la seconde moitié du siècle précédent; ils entrent surtout en ligne de compte pour les troubles mineurs nommés névroses.

En ce temps, l'école de Nancy p.ex. (avec Ambroise-Auguste Liébault et Hippolyte Bernheim) s'appliquait à l'étude de l'hypnose. On essayait de procurer une base scientifique aux observations et épreuves de l'Autrichien Franz-Anton Mesmer, qui avait travaillé vers la fin du 18^e siècle à Vienne et à Paris avec l'influence du soi-disant magnétisme animal. Ce qui apparaîtrait par-après comme de la psychothérapie suggestive.

Le pharmacien français Emile Coué cherchait de la guérison par une méthode d'autosuggestion, se basant sur le principe qu'une idée — pourvu qu'elle soit répétée suffisamment — tente à se réaliser.

Le traitement à la persuasion (Paul Dubois, Berne, début de notre siècle) s'efforçait à faire disparaître les plaintes du malade par influence et conviction suggestives.

Après des études sur l'hystérie et son traitement éventuel par le neurologue Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière de Paris, un de ses disciples le psychiatre Pierre Janet y impliqua aussi une série d'autres névroses.

Mais ce fut surtout la "psychologie des profondeurs" qui fournirait, avec la psychanalyse, l'explication et le traitement les plus connus des troubles névrotiques; ceci vers la dernière transition de siècle.

Probablement inspiré par des idées du professeur à Dresde Carl-Gustav Carus (1789-1869) — un humaniste qui était aussi bien savant (médecin et psychologue) qu'artiste (poète et peintre), et qui publia en 1846 "Psyche, zur Entwicklungsgeschichte der Seele" dans laquelle nous trouvons déjà de remarquables opinions comme "La clé à l'explication du psychisme conscient se trouve dans l'inconscient", — l'Israélite viennois Sigmund Freud, qui avait d'ailleurs assisté aussi bien à l'école de Nancy qu'à celle de Charcot, élaborà, en collaboration avec le médecin Jozef Breuer, ce que l'on appelle depuis lors la psychologie des profondeurs ou psychologie dynamique. (Le professeur d'Utrecht Rümke p.ex. se déclare convaincu que l'oeuvre citée de Carus contenait déjà tout le fondement de la thèse ultérieure de Freud).

Freud et Breuer étaient d'avis qu'un fond caché pour les troubles névrotiques était à chercher dans les événements choquants vécus pendant les premières années (traumatisme psychique) ou des penchants sexuels refoulés.

Ramener en connaissance ce qui restait refoulé par la conscience (au moyen d'idées spontanées et associations, et d'explication des rêves), discuter les conflits et les complexes, résoudre les problèmes cachés et les tensions internes, tout cela peut agir de façon purifiante (catharsis), soulageante, guérissante.

Le désavantage majeur de la méthode psychanalytique réside dans le fait que seulement peu de cas sélectionnés n'entrent en ligne pour ce traitement : ils doivent être suffisamment intelligents et développés, disposer d'assez de patience et d'introspection, et aussi d'un vocabulaire assez riche pour pouvoir verbaliser la matière.

Une telle cure peut durer très longtemps (des années..), prendre beaucoup de temps et amener des frais considérables (vu que les mutuelles p.ex. n'y interviennent pas). Tout ceci y comporte que la psychanalyse soit restée un traitement plus ou moins élitare.

Un des collaborateurs les plus proches de Freud, Alfred Adler, choisit lors de sa rupture en 1911 pour sa propre "Individualpsychologie" où il vit la force motrice capitale non tellement en sphère érotique mais plutôt dans le penchant à se faire valoir ou la passion du pouvoir. C'est par des frustrations en ce domaine-là que les névroses seraient déterminées; et le traitement devait surtout viser une meilleure adaptation et insertion sociale.

Un autre représentant important de la psychologie des profondeurs, le Suisse Carl-Gustav Jung, apporta encore une autre vision : l'homme deviendrait névrotique en n'aboutissant pas à un épanouissement suffisant et équilibré; la thérapie doit avoir en vue une espèce de rééducation ou réédification en personnalité plus harmonieuse.

Chaque tendance — dont seulement les trois plus importantes sont nommées ici — a développé ses propres moyens analytiques de traitement.

Au cours des années, l'éventail des possibilités psychothérapeutiques s'était donc élargi : des méthodes couvrantes (rassurance, encouragement, persuasion, suggestion, hypnose) aux méthodes découvrantes, exploratrices ou analytiques, avec toutes leurs variantes.

Comme appartenant au premier groupe, on pouvait encore ajouter le "training autogène" de l'Allemand J.H. Schultz (depuis 1932), appelé aussi auto-relaxation concentrative, et la "logothérapie" (littéralement : traitement par le dialogue) de Viktor Frankl (école viennoise). La seconde catégorie contenait encore la "narcoanalyse" au moyen d'une injection intraveineuse lente et dosée du barbiturique pentothal; pendant l'état de sémi-sommeil, ainsi obtenu, on pouvait aussi aboutir à une "catharsis" soulageante et libérante. Toute cette série de techniques psychiques était naturellement destinée en premier

lieu au traitement des troubles névrotiques. Dans les asiles, où résident des cas plus malades, c.à.d. psychotiques, ces méthodes trouvaient généralement peu de résonance et d'application.

Comment avait évolué entretemps la situation dans ces asiles ? Dans la plupart des pays de l'Europe occidentale, le nombre d'institutions psychiatriques s'accroissait. Elles remplaçaient les "maisons de fous" antérieures. Dans ces instituts — au cas des bâtiments nouveaux, maintenant en dehors des villes — on disposait enfin du volume nécessaire; aussi de médecins spécialisés, ainsi que de personnel formé, appartenant souvent à des ordres ou congrégations religieux. On pouvait dorénavant parler vraiment d'hôpitaux. Des hôpitaux spéciaux alors, vu qu'il s'agissait d'instituts fermés aux malades colloqués.

L'opinion selon laquelle les aliénés soient des malades, fut encore accentuée par les soins sous alitement, propagés surtout par le clinicien allemand Clemens Neisser à la fin du siècle passé. De cette façon, plus d'attention aux malades pouvait être portée par les médecins et le personnel soignant. L'examen et l'observation en étaient favorisés. Des malades tourmentés, épuisés, exténués pouvaient regagner en forces. L'apaisement corporel pouvait aussi profiter à l'esprit. La manière de porter des soins signifiait déjà un traitement en soi-même.

Après un certain temps néanmoins, un désavantage se déclara aussi lié à cette méthode. Un alitement systématique favorise l'oisiveté, l'ennui et l'hébètement. Un séjour au lit trop prolongé peut conduire, surtout chez des malades corpulents et immobiles, au décubitus (escarres). Un manque de mouvement corporel et de ventilation pulmonaire favorise des infections comme la tuberculose. La phtisie des poumons se rencontrait assez fréquemment dans les asiles, où l'on trouvait p.ex. des malades négativistes enroulés comme des hérissons sous leur draps ou couverture.

Une méthode appliquée en nombre d'asiles psychiatriques — surtout pour malades agités — pourrait être appelée balnéothérapie.

L'expérience avait appris (déjà depuis l'Antiquité) que des bains tièdes ont un effet relaxant et calmant. Surtout à partir du début de notre siècle, certains instituts y faisaient systématiquement appel. Des patients agités pouvaient rester pendant des journées (ou même des semaines) dans un bain tiède, clôturé par une voile ou bâche, parfois aussi par un couvercle de planches fermant autour du cou.

Un inconvénient restait le fait que la peau de la paume de main ou de la plante de pied pouvait s'émollier et se détacher. Il y avait aussi le risque d'un eczème-de-bain ou de mycoses. De telles complications pouvaient être contrecarrées en couvrant le malade d'abord d'une couche de vaseline ou d'une autre substance grasseuse et hydrofuge.

D'autres applications d'hydrothérapie étaient des douches, des ablutions, des enveloppements. En ce dernier cas, le malade était enrôlé en un drap mouillé, cloisonné encore par une bâche. Ici aussi, l'intention était de calmer. Mais on pouvait considérer aussi ce moyen comme une espèce de contrainte.

La véritable camisole de force pour malades difficiles, était un vêtement en matière solide et rude, aux manches longues qui pouvaient être nouées afin de restreindre la mobilité de la personne en question.

Des patients agités étaient placés en une cellule d'isolation. C'était souvent une "chambre bleue", dans l'espoir qu'une couleur bleue-pâle introduirait de la détente.

Chez des malades refusant la nourriture, on pouvait se voir obligé d'administrer une alimentation liquide par sonde nasale; ceci exigeait alors beaucoup du personnel soignant.

Déjà Guislain attachait beaucoup d'importance à une thérapie par le travail et l'occupation. Ainsi il nous rapporte p.ex. qu'entre ses environ deux cents malades de l'asile gantois pour femmes, dont il reçut la responsabilité en 1828, il n'y en avait pas dix qui n'étaient pas

occupées toute la journée d'une façon utile. A l'étranger aussi, quelques pionniers ou esprits éclairés prônaient déjà cette méthode ou l'appliquaient comme traitement au siècle passé.

Mais ce fut alors surtout l'Allemand Hermann Simon qui en accentua encore plus fortement l'importance en 1926 avec sa "thérapeutique-plus-active" à Gütersloh (Westphalie).

La notion et le terme d'ergothérapie reçurent peu à peu droit de cité; et à plus grande échelle on allait admettre qu'une mise à l'oeuvre peut soigner pour distraction, sentiment d'utilité et de responsabilité, confiance en soi, rééducation.

Encore un pas plus loin nous amena à la thérapie créative. L'auto-expression peut offrir des possibilités d'amélioration ou même de guérison. Des centres progressistes n'installèrent non seulement des ateliers où la productivité s'associa à l'ergothérapie, mais créèrent aussi tout un éventail de chances pour récréation, sports et jeux, traitement par le mouvement, excursions, théâtre, musique, chant et dance, expression libre et auto-découverte.

Au cours des années, on a vu apparaître, surtout après la seconde guerre mondiale, des sections ou des instituts psychiatriques du type ouvert, où il n'y avait donc plus question d'intervention justicielle ou politionnelle comme c'était le cas dans la collocation classique.

On assistait aussi à un changement des dénominations : tandis que beaucoup d'asiles étaient devenus hôpital ou institut, nombre de départements ouverts reçurent maintenant l'étiquette de maison-de-repos. Le centre allait être ouvert maintenant aussi à des personnes névrotiques qui pouvaient y venir passer une cure.

La contrainte à l'enfermement s'affaiblissait donc, l'autorisation officielle tombait de plus en plus en désuétude. Mais aussi dans les instituts même, beaucoup de moyens de coercition tendaient à disparaître.

tre. En application du système de "no-restraint" prôné par Conolly, la camisole de force et le masque s'effaçèrent de plus en plus; de même pour la cellule d'isolation et les bains prolongés calmants.

Les grandes grilles et les murs fermés allaient faire place à des haies, des parterres de fleurs. On s'efforçait à donner à l'asile un aspect moins inquiétant et plus aimable.

Mais l'atmosphère se transformerait surtout dans les années '50. Par l'introduction des produits psychotropes ou médicaments de l'esprit (les dérivés de la phénothiazine, type Largactil, et par-après les butyrophénones, type Haloperidol), l'agitation disparaissait plus ou moins; une série classique de symptômes aigus et troublants pouvaient être éliminés des sections. Plus de malades pouvaient participer dorénavant à l'ergothérapie. Cellule, chambre d'isolation et bain continu devenaient pour-ainsi-dire superflus.

Nombre de patients aussi ne devaient plus rester maintenant à l'asile comme cas devenant chroniques. Ils pouvaient sortir après une cure de traitement plus-ou-moins intensive, les uns guéris, d'autres améliorés et de nouveau admissibles du point de vue social. On pouvait parler d'un plus grand transit dans les instituts.

Sans aucun doute, les nouveaux moyens chimiques signifiaient un gain remarquable et une borne; aussi longtemps naturellement qu'il n'en soit pas abusé comme d'une nouvelle "camisole de force chimique", et que l'on ne perde pas de vue qu'ils présentent aussi des inconvénients et des activités secondaires.

Après les diverses méthodes de choc, on était arrivé maintenant sans aucun doute en une phase pharmacothérapeutique de la psychiatrie; pour combien de temps, nous l'ignorons encore; le temps l'apprendra.

Comme nous voulions parler ici en grandes lignes d'un siècle de psychiatrie seulement, c.-à.-d. d'environ 1850 à 1950, des considérations sur le proteste plus récent de la part de l'antipsychiatrie n'entrent plus en ligne; et il suffit peut-être de constater ici que ce mouvement s'est déjà apaisé entretemps, — bien qu'il en reste tout-de-même quelque chose : notamment qu'on doive tenir plus compte des aspects et facteurs sociaux, et qu'on évolue des grands instituts-monstres vers des centres à moins-grande échelle.

En conséquence des progrès thérapeutiques en psychiatrie, de si grands asiles ne sont d'ailleurs plus nécessaires; tandis que les malades schizophrènes p.ex. (qui y forment encore toujours la majorité des habitants) restaient auparavant longtemps ou même définitivement en hospice, ils ne sont hospitalisés maintenant que pour une cure relativement courte et intensive.

En ce coup d'oeil sur l'évolution de la psychiatrie, le progrès en ce domaine paraît peut-être ne pas être aussi spectaculaire que dans l'extermination de maladies infectieuses ou dans la transplantation d'organes, mais endéans la courte durée de son existence comme science — courte dans le cadre de toute l'histoire, notamment environ un siècle — elle a tout-de-même déjà atteint l'un et l'autre.

Naturellement, elle se trouve encore toujours pleinement en route, dans un voyage assez difficile, il reste encore beaucoup d'ouvrage, ne soit ce que concernant cette schizophrénie encore toujours si mystérieuse, que l'on peut déjà freiner ou endiguer maintenant, mais ne pas encore guérir parce que personne sur terre n'en connaît encore la cause précise. D'importantes découvertes nous attendent donc encore toujours, comme Eug. Carp le présume en son livre "Psychiatrie future".

Encore plus peut-être que pour toute la médecine, il reste entretemps en vigueur pour notre branche, ce que le père de notre science constata déjà il y a si longtemps en ses "Aphorismes" (et ce que l'on comprend peut-être encore mieux que jamais en achevant une

carrière) : *Ars longa, vita brevis*; la vie est courte, la science demande beaucoup de temps; l'occasion est fugitive, l'expérimentation dangereuse, le jugement difficile.

Prof. em. Dr. A.K. Evrard;
Gent - Gand.

