

« Un cas de perversion infantile par encéphalite épidémique précoce diagnostiqué sur un syndrome moteur fruste », présentation par MM. Georges Heuyer et Jacques Lacan lors de la séance du 13 juillet 1933 à la Société Médico-Psychologique, paru dans les *Annales Médico-Psychologiques* 1933 tome 2, pp. 221-223.

⁽²²¹⁾L. 14 ans. – Sexe masculin. Aucune anomalie dans les stades du développement somatique et mental. Rien d'autre dans les antécédents familiaux, qu'une fausse couche de la mère.

Actuellement, niveau mental nettement supérieur, aux tests de Terman. Q I = I. L'enfant, néanmoins, n'a pu passer son certificat d'études primaires, du fait d'un retard scolaire, causé par les renvois successifs qui ont mis fin, dans des délais toujours assez brefs, à chacune de ses nombreuses expériences scolaires. Après divers essais infructueux dans plusieurs écoles communales, il n'a pu être gardé non plus dans des établissements de rééducation spécialisés. Une tentative récente de placement en apprentissage chez un orfèvre a échoué également.

Les manifestations qui rendent son adaptation impossible sont apparues entre l'âge de six et sept ans. Elles n'ont pas depuis changé essentiellement de fréquence ni de caractère.

Il s'agit d'impulsions perverses, le plus souvent malignes, fréquemment agressives et dangereuses. Elles surviennent de façon très brusque, sous une forme le plus souvent très inattendue. Il n'y a pas d'amnésie ; l'enfant ne manifeste aucun remords à leur sujet. Il est difficile actuellement, après de nombreux examens médicaux, d'apprécier à l'interrogatoire le degré de leur caractère coercitif dans la conscience de l'enfant.

Une des plus éclatantes parmi les premières manifestations fut que l'enfant s'exhiba déshabillé en pleine classe, à l'âge de 7 ans. On l'amena consulter alors à la Clinique psychiatrique de Ste-Anne, où l'examen neurologique et humoral (ponction lombaire pratiquée), fut déclaré négatif.

Depuis, on peut noter une suite ininterrompue d'initiatives malignes, dont les plus graves et les plus brutales sont aussi les plus impulsives et les moins complexes. Ces brutalités s'exercent le plus souvent sur des camarades d'école : coups, cruautés, farces perverses. Tout récemment, il devait quitter un internat professionnel à l'usage des enfants difficiles pour avoir grièvement blessé à la main, d'un coup des pointes d'une fourchette, un de ses voisins de réfectoire. Revenu chez ses parents, il provoque chez ceux-ci les plus grandes craintes pour ses deux sœurs, une son aînée, l'autre plus jeune, sur lesquelles il exerce les mêmes sévices.

Il faut noter également un vol impulsif, qui a mis fin à la récente tentative d'apprentissage, où l'enfant s'était au reste montré peu apte manuellement.

Mise à part une légère lenteur psychique, le contact avec l'enfant se ⁽²²²⁾montre, à l'interrogatoire, normal. On n'a pas l'impression d'un schizoïde, mais plutôt d'un épileptoïde. Seule sa réaction, quand on évoque ses méfaits, reste énigmatique par son atonie.

Les parents et les éducateurs, à bout de ressources, envoient l'enfant à notre consultation, il y a 3 mois.

Nous constatons un faciès un peu figé, un balancement normal des membres supérieurs pendant la marche, pas de signe d'hypertonie manifeste, pas de signe dit de la roue dentée, pas de troubles de la réflexivité tendineuse.

Mais, par contre, un syndrome moteur, fruste certes, mais sur la netteté duquel nous désirons attirer l'attention : un tremblement palpébral marqué dans le mouvement tenu de la fermeture des paupières, un tremblement fibrillaire de la langue, des fibrillations concomitantes de l'orbiculaire des lèvres. L'écriture, d'autre part, montre un très fin tremblement, d'une grande ténuité certes, mais qui suffit au premier regard à la classer dans les écritures dites « neurologiques ».

Il est à remarquer, en outre, que les tests d'adresse manuelle étalonnés, dont nous nous servons dans notre service pour l'orientation professionnelle des enfants ont donné, appliqués à notre sujet, des résultats d'une anomalie absolument hors pair. Ces tests

consistent en serrages d'écrous, enfilages d'aiguilles, de perles, ajustages de chevilles et comportent un travail de triage et de manipulation des objets qui permet de juger la motricité de l'enfant, et d'en dissocier les facteurs primaires des divers niveaux d'organisation dont elle est susceptible (attention, rythme, éducatibilité, discernement, organisation). Le travail est observé, chronométré et noté sur quatre quartiles étalonnés par l'expérience. Chez notre enfant, qui ne présente aucun signe de débilité motrice, tous les résultats sans exception se situent à la limite inférieure du dernier quartile. Ces résultats se révèlent à l'observation comme dus avant tout à l'extrême lenteur des mouvements ; ensuite viennent des erreurs fréquentes d'attention, des chutes fréquentes des objets, une certaine puérilité du comportement qui se marque dans une mauvaise observation du travail à faire. Le noyau moteur de cette réaction est donc une bradykinésie qui vient s'ajouter aux signes déjà notés.

Une parésie de la convergence oculaire vient signer la portée de tout ce syndrome et nous permet de donner sa valeur véritable à un antécédent infectieux précoce, survenu à l'âge de 2 ans, et qui s'est manifesté pendant sept ou huit mois par une somnolence permanente dont les sollicitations extérieures ne tiraient le jeune sujet que de façon toute instantanée. Des périodes de somnolence ont été notées depuis à plusieurs reprises. Récemment encore, l'enfant s'endormait sur son travail d'apprenti-orfèvre.

En l'absence de tout signe neurologique ou humoral plus précis (B.-W. dans le sang négatif. P.-L., B.-W. négatif. Alb. : 0,20.⁽²²³⁾Sucre : 0,70. Un élément par mm³), ce syndrome moteur fruste et ces antécédents nous permettent, croyons-nous, d'affirmer la pathogénie des troubles du caractère, et de les rattacher à ceux qu'on décrit classiquement dans la névrauxite épidémique.

Ce cas nous a paru intéressant à communiquer pour inciter à rechercher les symptômes les plus frustes de l'organicité, chaque fois qu'on se trouve en présence de cette classe de troubles, définie de façon purement résiduelle et certainement hétérogène, qu'on appelle les perversions instinctives essentielles de l'enfant.