

LUDWIG BINSWANGER

*Le Cas Suzanne Urban*

ÉTUDE SUR LA SCHIZOPHRÉNIE

Traduit de l'allemand par  
JACQUELINE VERDEAUX



ÉDITIONS ALLIA

16, RUE CHARLEMAGNE, PARIS IV<sup>e</sup>

2019

“LE CAS Suzanne Urban” est l’objet de cette quatrième étude sur la schizophrénie. Trois autres l’avaient précédée, parues également dans les *Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie*<sup>1</sup>, l’une sur le cas Ellen West<sup>2</sup>, les autres sur les cas Jürg Zünd<sup>3</sup> et Lola Voss<sup>4</sup>; mentionnons aussi le cas Ilse, prémisses de ces “Études” et qui s’intitulait: *Wahnsinn als lebensgeschichtliches Phänomen und als Geisteskrankheit*<sup>5</sup>, c’est-à-dire “De la folie, considérée comme phénomène de l’histoire vécue et comme maladie mentale”.

Nous avons choisi ces cas de schizophrénie de préférence à d’autres parce qu’ils correspondaient parfaitement à notre dessein: observer et décrire ces malades non pas comme des cas cliniques psychopathologiques mais dans toute la spécificité de leur être-dans-le-monde<sup>6</sup>.

Si ces cas nous ont paru si particulièrement favorables, ce fut, au premier chef, par l’existence d’un “matériel” autobiographique aussi étendu que possible. Abstraction faite de cette condition de base, il nous est apparu opportun, pour des raisons didactiques et descriptives, de commencer notre étude phénoménologique par des cas de schizophrénie relativement légers (Ellen West et Jürg Zünd) et par des cas qui, déjà *avant* le début de la psychose schizophrénique, présentaient des bizarreries au sens de la présomption, de l’“esprit de travers”, ou du maniérisme<sup>7</sup> schizophrénique (Ilse, Lola Voss). Ces cas sont en effet essentiels pour bien comprendre

L’original du texte qui suit a paru en trois livraisons en 1952 et 1953 dans le *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* à Zurich, n<sup>os</sup> 69, 70 et 71. La présente traduction a paru pour la première fois en 1957 chez Desclée de Brouwer à Paris.

Dessin de couverture: Adolf Wölfli, *Halle des nègres*, 1911. (Détail.)

© Thomas Binswanger.

© Éditions Allia, Paris, 2019, pour la présente édition.

1. Vol. 69-71, 1952-1953.

2. Vol. 53-55, 1944-1945.

3. Vol. 56, 58 et 59, 1946-1947.

4. Vol. 63, 1949.

5. *Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol.*, vol. 110, 1945.

6. Ici, comme d’ailleurs à l’accoutumée, nous ne prenons pas le terme “être-dans-le-monde” au sens (ontologique) de Heidegger, c’est-à-dire au sens d’un existentiel immuable, mais au sens empirique et phénoménologique qui autorise à discuter des modes, formes et modifications bien définis de cet existentiel.

7. Cf. Ludwig Binswanger, *Drei Formen missglückten Daseins; Versteiegenheit, Verschrobenheit, Manieriertheit* [Trois formes d’échec de la présence, présomption, esprit de travers, maniérisme], éd. Max Niemeyer, Tübingen, 1956.

la psychose en tant que telle, examinée sous l'angle de l'analytique de l'existence. Ce n'est qu'avec les idées acquises à l'aide de ces cas que nous nous sommes risqués à aborder un cas de schizophrénie grave, à savoir, un cas de délire pluralisé de persécution et nous y sommes venus d'autant plus naturellement que, dans les autres cas antérieurement publiés, des idées de persécution avaient toujours joué un rôle plus ou moins important. C'est ce cas, Suzanne Urban, dont nous présentons ici la traduction française.

Un autre critère encore a guidé notre choix : il était indispensable, conformément à l'essence et à la méthode de la phénoménologie, que le matériel existant consistât en auto-descriptions orales et écrites et que les malades que nous devions étudier sous cet angle appartenissent à cette catégorie d'individus qui n'en finissent jamais d'exposer leur propre cas.

Or, ce sont là généralement des êtres qui, par suite d'une certaine situation de leur être-dans-le-monde, peu importe que cette situation ressortisse au monde intérieur ou au monde d'autrui, ont eu à souffrir durement et à s'expliquer intensément avec leur souffrance. Aussi n'est-ce point un hasard si tous nos malades présentent cliniquement des traits relevant de la dépression. Quant au plaisir, antithèse de la souffrance, nous l'avions déjà étudié, du point de vue existentiel, sous tous ses angles dans notre travail sur la fuite des idées<sup>1</sup>, mais nous conformant à la psychose d'affect de la manie, nous l'avions fait en nous appuyant uniquement sur la tonalité affective fondamentale. Par contre, et en outre, nos recherches concernant le problème de la schizophrénie avaient eu à envisager les étapes biographiques et leurs rapports entre elles en tant que manifestation d'une certaine puissance au cœur de la présence, nous voulons dire la puissance de la terreur ou de la destruction.

De tout cela ressort immédiatement que les biographies de nos malades ont dû, sans exception, se transformer en histoire de la souffrance. Chacun de nos "portraits" accuse l'empreinte d'une profonde douleur humaine pour n'être

1. *Arch. suisses de Neurol. et Psychiat.*, vol. 27-30, 1931-1933.

plus, enfin, dans le "portrait" de Suzanne Urban qu'expression et histoire essentielles de la douleur. "La joie", dit René Le Senne dans son œuvre *Obstacle et Valeur*<sup>1</sup> (qui ne nous semble pas suffisamment appréciée en France), "la joie est toujours, pour une part, délivrance mais elle est aussi enrichissement" (p. 269).

En revanche, la souffrance pure, la souffrance sans issue, implacable, est, en opposition à son rôle créateur, également un appauvrissement et c'est bien ce qui en transparait dans l'œuvre de Marcel Proust où elle est emprisonnement, séquestration, appauvrissement et même destruction.

On voit que si, dans notre étude, la souffrance assume le rôle de meneur de jeu, ce n'est nullement en raison d'une conception, comme c'est le cas, par exemple, chez Schelling, lorsqu'il déclare dans les *Âges du Monde*, que "le terrifiant est la véritable matière de toute vie et de toute existence" et même "que la divinité plane sur un monde de terreur" ou bien, comme chez Kierkegaard, lorsque, lui aussi, déclare de façon assez unilatérale que "l'épouvantable, la mort, l'anéantissement habitent porte à porte avec tout homme quel qu'il soit" (in *Concept de l'Angoisse*).

Ces deux expressions, il est vrai, définissent exactement la matière dont sont tissées la "vie" et l'"existence" de nos malades. Le règne exclusif et l'émancipation totale du terrifiant, de l'épouvantable, du destructif et de l'anéantissant se détachant de la *communauté* des possibilités d'être humaines, en particulier de son partenaire habituel, de tout ce qui réjouit, délivre ou, comme dit Erwin Strauss, attire, cette

1. Fernand Aubier, éditions Mouton. Ce travail, parmi beaucoup d'autres, nous fut particulièrement précieux, en raison des dialectiques de séparation qu'il expose (ch. VI) et parmi celles-ci, au tout premier chef, la dialectique de naturalisation. Cette phrase (p. 272) demeure, pour nous, inoubliable : "Il est aisé de préciser par quelles étapes cette dialectique se change en une contracture mentale sur laquelle aucune discussion ne peut plus mordre." Les travaux de René Le Senne nous ont été utiles, parce que, dès le début de nos recherches et déjà à travers celles sur la fuite des idées, nous tenions à montrer les étapes dialectiques qui, à partir de nos indications empiriques-phénoménologiques et existentielles, conduisent au concept et au diagnostic du *symptôme* psychopathologique et de la *maladie mentale*. (Voir en particulier le sommaire qui se trouve à la fin de l'étude sur la fuite des idées.)

émancipation, nous devons reconnaître qu'elle est le signe que l'être humain "s'égaré", pour employer l'expression de Wilhelm Szilasi.

C'est lui qui a si profondément et clairement étudié cette question dans son ouvrage encore trop peu connu sur *Puissance et Impuissance de l'Esprit*<sup>1</sup>, mais d'une valeur inestimable pour le psychiatre, en ce moment surtout ; ce qu'il y montre, s'appuyant sur l'interprétation du dialogue platonicien "le Philèbe", c'est le caractère de l'*apeiron* ou de l'illimité de la pure souffrance comme de la pure jouissance, toutes deux échappant à la *koinonia*, à la communauté des possibilités d'être humaines.

Déjà avant la parution de cet ouvrage, mais en plein accord avec lui nous avions creusé ce problème dans nos "Études" en nous servant de voies empiriques-phénoménologiques, afin de le faire aboutir, dans le cas Suzanne Urban et en partant de la douleur, à sa conséquence ultime : le délire de persécution pluralisé.

Notre tâche, nous l'avons dit, consistait, en nous basant sur un cas privilégié, à mettre en évidence les phases biographiques ou les étapes de la souffrance aux prises avec la puissance existentielle exclusive de la terreur ou de l'horreur, de la destruction ou de l'anéantissement, à en montrer l'enchaînement biographique et la conséquence, jusqu'au stade terminal qui justement est représenté par le délire de persécution pluralisé.

Ceci nous a amenés à un double résultat : l'insertion du délire de persécution dans l'être-dans-le-monde et l'insertion du schizophrène – en tant que "malade mental" – dans l'organisation de l'être humain.

Ainsi nous avons, sinon découvert, du moins entrevu le caractère fondamental de la puissance existentielle du terrifiant, ceci ressort du fait suivant : la description que nous en faisons s'accorde parfaitement à la vision de cette puissance existentielle et de ses "métamorphoses", telle que l'ont décrite les poètes et nous l'avons montré par l'exemple du poème de Baudelaire intitulé "La Destruction". Ajoutons,

1. *Macht und Ohnmacht des Geistes*, édition Francke A.-G., Berne, 1946.

ici, que déjà Ovide, dans le passage où il s'agit de l'ordre divin de frapper de folie un mortel, nous montre la folie hagarde (*trepido vultu*), précédée du deuil (*luctus*), de la peur (*pavor*) et de la terreur (*terror*) (*Métamorphoses IV*, v. 484-485)<sup>1</sup>.

En ce qui concerne, enfin, l'importance de nos études et idées phénoménologiques pour la Psychiatrie et la Psychopathologie non pas en tant que sciences dont les procédés ne sont pas phénoménologiques mais relèvent de la méthode discursive-constructive, cette importance consiste en tout premier lieu dans la constatation que les sciences ont abordé ce problème du délire d'une façon pour ainsi dire bien trop "périphérique" en partant, par exemple, des perceptions, des idées délirantes, des tonalités fondamentales délirantes, pour y rattacher leurs réflexions et leurs conclusions théoriques.

Cependant, les éléments de connaissance *phénoménologiques* actuelles qui éclairent l'essence du délire de persécutions, que nous devons surtout à notre ami Eugène Minkowski et, rejoignant celui-ci, à Merleau-Ponty, n'arrivent point encore à saisir le cœur du problème. Il ne suffisait pas de rendre responsable du délire le "rétrécissement de l'espace vécu", "la perte du sentiment d'aisance", "la déficience de la distance vécue ou de l'ampleur de la vie" (E. Minkowski).

Nous sommes de l'avis de Merleau-Ponty quand il dit : "ce qui garantit l'homme sain contre le délire ou l'hallucination, ce n'est pas sa critique, c'est la structure de son espace", et nous croyons avec lui que la présence du malade délirant persécuté confrontée à celle de l'homme sain s'explique par "une modification de la spatialité originare"; quant à nous, il nous restait à faire le pas *décisif* pouvant nous amener à comprendre le délire de persécution sous l'angle de l'analytique de l'existence et à montrer que c'est une certaine *puissance existentielle* qui rend tout d'abord possible cette "modification de spatialité" (et surtout celle de la temporalité ou de l'expérience délirante) et que, ici, la puissance

1. Délire d'Ino et d'Athamas condamnés par Junon :

"... Luctus comitatur eundem

Et pavor et terror trepidoque insania vultu."

existentielle est représentée par la puissance “déchaînée” de la terreur.

Nous ne voulons pour rien au monde conclure à une nécessité de comprendre le délire par la *psychologie*. Ceci demeure impossible.

Nos quatre Études visaient plutôt à montrer que les différents modes d’être-dans-le-monde-humain – comme l’a si clairement exposé W. Szilasi (*l. c.*) à propos du Philèbe – ne peuvent être intelligibles que par la communauté – *koinonia* – des puissances organisant et régissant la présence, c’est-à-dire par leur jeu réciproque, par leur utilité ou inutilité réciproques, par leur mise au service ou libération réciproques.

Le délire de persécution est donc également apparu comme un des modes – le plus achevé même – de cet éclatement de la puissance du terrifiant, et, par là même, de l’angoisse et de la souffrance hors de la *koinonia* des puissances existentielles. Mais cet éclatement, comme nous l’avons déjà dit, signifie que la puissance du terrifiant et en même temps l’angoisse et la souffrance s’exaltent à l’infini puisque la puissance existentielle de tout ce qui est joie et en même temps possibilité d’éprouver joie, confiance, espoir ne peuvent plus les limiter : l’inépuisable fécondité de l’*imagerie* dans le délire en est ici la preuve. Ainsi avons-nous exprimé l’idée directrice pour la compréhension existentielle du délire de persécution : la psychiatrie clinique et surtout la psychopathologie, science d’objectivation et d’architecture reposant sur le fondement de la théorie, devront à l’avenir – en s’inspirant de cette “idée” que nous croyons neuve ou plus exactement de cet *eidos*, de ce caractère essentiel accompagné de son contexte phénoménologique – rechercher les *conditions* pratiques, biologiques, psychologiques, sociologiques, indispensables à l’éclosion du délire.

Comme nous l’avons indiqué au début, ce travail scientifique particulier s’effectuera au cours de la dialectique de naturalisation dont le but sera l’objectivation et l’élaboration d’une structure.

L’étape décisive de cette dialectique, nous avons toujours insisté sur ce fait, est la transformation dialectique de l’*histoire de la vie en fonction vitale* à la fois physique et psychique,

en un organisme ou même un appareil de telle fonction vitale ou bien, pour nous exprimer de façon plus générale, il s’agit de la transformation de l’*historicité* en *devenir*.

Il me reste encore à exprimer à M<sup>me</sup> Jacqueline Verdeaux, ma chère traductrice, toute ma reconnaissance pour cette excellente traduction ainsi qu’à mes amis Roland Kuhn et Michel Foucault dont les avis nous furent précieux.

LUDWIG BINSWANGER

## INTRODUCTION

LE CAS Suzanne URBAN marque la continuation de nos efforts pour comprendre le délire schizophrénique. C'est en effet dans le délire schizophrénique que le problème de la schizophrénie atteint son acmé et la pointe extrême de sa concrétion. Le délire schizophrénique, par conséquent, ne peut être appréhendé directement, mais pour l'approcher et le comprendre scientifiquement il faut se laisser conduire et emporter progressivement par la *nature des choses*.

Nous entendons ici par "nature des choses" le processus de métamorphose qui est celui de la structure de la présence en tant qu'être-dans-le-monde, dans le sens de ce que nous appelons le processus schizophrénique. Il s'agit pour nous de suivre le cheminement de la présence, lorsque, abandonnant la riche et large plénitude de sa base – de sa structure fondamentale –, celle-ci s'aiguise jusqu'au délire et se tient à cette pointe extrême.

Jusqu'à présent, toutes nos études antérieures sur la schizophrénie n'avaient point d'autre but, non seulement chez Lola Voss, chez qui le délire de persécution était arrivé à une forme achevée, mais encore chez Jung Zünd qui, abstraction faite de quelques idées délirantes, manifestait une véritable humeur délirante et encore chez Ellen West, chez qui l'humeur délirante, il est vrai, était seulement indiquée, mais chez qui les conditions préalables au délire, et en conformité avec la présence, n'en étaient que plus évidentes. Rappelons encore ici le cas Ilse, paru in *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*<sup>1</sup>, et qui montre justement un délire de persécution schizophrénique.

Tandis que dans les trois premiers cas une "expérience vécue particulièrement chargée d'affect", ou encore "toute une série de telles expériences vécues du même ordre" (Wernicke), un "complexe affectif de représentations" (Bleuler) se laissait *démontrer* (!) non sans peine comme point de départ de l'humeur et des idées délirantes, celui-ci

1. Vol. 110, H. 3/4, 1945. "Folie en tant que phénomène biographique et maladie de l'esprit."

apparaît bien plus clairement dans le cas Ilse. Le “point de départ” est ici l’amour passionné pour le père et la souffrance incessante provoquée par les mauvais traitements que celui-ci imposait à sa mère. Entre ce “complexe affectif de représentations” et le délire de persécution s’intercale une certaine expérience vécue chargée d’affects, introduite par la malade elle-même, la brûlure de son avant-bras dans le poêle, afin de montrer à son père “de quoi l’amour est capable” et par son sacrifice de le faire revenir à un comportement plus affectueux vis-à-vis de sa mère.

C’est seulement à dater de l’échec de ce sacrifice, un peu plus tard, comme il arrive assez souvent, mais pourtant comme résultat d’une nette élaboration délirante de celui-ci, qu’apparaît un délire de persécution qui s’étendra sur une durée de plus d’un an pour, à la fin, aboutir à une guérison qui se maintient encore. Tandis que, dans le cas de Ilse, la présence, durant plusieurs années, se maintint à un point de tension aiguë, ne se manifestant “à l’air libre” pour la première fois que lors de la brûlure sacrificielle, et ensuite dans le délire de persécution et d’amour, dans le cas de Suzanne Urban, la tension aiguë dans laquelle se place la présence se révèle non seulement dans un amour idolâtre pour les parents mais encore dans un culte amoureux littéralement “anormal”, hypocondriaque vis-à-vis des parents et du mari. Ce culte est brutalement touché et mis à la plus dure épreuve par la maladie du mari (un cousin) atteint d’un cancer de la vessie.

Ici encore, “une expérience vécue” particulièrement forte et chargée d’affects représente, en fait, pour cette femme précisément, le “point de départ” biographique (qu’il ne faut pas confondre avec une “cause”) du délire de persécution; puisque nous sommes mieux informés de la métamorphose de la présence entre cette expérience vécue et l’entrée en scène du délire, l’exposé de son cas nous paraît justifié malgré le défaut de renseignements sur l’anamnèse de son enfance, sur les données psychanalytiques et catamnétiques. – C’est à ce propos que nous devons maintenant souligner qu’à l’encontre du cas Schreber-Flehsig, il ne s’agit pas d’un délire de persécution isolé, “résiduel”, rejoignant une expérience vécue de fin du monde, au contraire,

comme dans le cas de Lola et de Ilse, il s’agit d’un délire de persécution anonyme ou pluralisé. C’est cette discrimination qui nous occupera au chapitre de psychopathologie clinique. Il nous faut encore mentionner ici que, en raison de la nouveauté de notre méthode, il ne peut s’agir encore, dans cette quatrième étude, de connaissances “définitives” mais seulement d’ouvrir une voie à une exploration ultérieure aussi loin que nos moyens actuels pourront le permettre.

À la nouveauté de notre méthode est également lié le fait que nous avons été amenés à nous répéter au cours de cette étude plus souvent que nous aurions voulu, cela tient d’une part à des raisons didactiques, mais principalement parce qu’il est dans l’essence de la méthode existentielle de tenir en main, aussi solidement que possible, les fils de la présence intégrale, aussi bien dans ses traits fondamentaux que dans la métamorphose de ceux-ci; nous voulons ainsi les faire jouer devant les yeux du lecteur dans des perspectives toujours nouvelles.

I

PRÉSENTATION

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

À l'entrée de la malade, âgée de 48 ans, mariée, sans enfant, au sanatorium Bellevue, Kreuzlingen.

*Origines de la malade*

Père : avocat, extrêmement énergique, sérieux et réputé. Mère âgée de 82 ans, physiquement et intellectuellement très bien conservée. Le grand-père maternel avait atteint l'âge de 87 ans et termina les deux dernières années de sa vie dans un état de démence sénile avec idées de grandeur infantiles. On trouve également dans la famille de la mère des universitaires de talent. La malade est la troisième d'une famille de quatre enfants tous vivants et bien doués. Une sœur de 29 ans se suicida en se tranchant la gorge avec un rasoir au cours d'une mélancolie avec idées de culpabilité et de pauvreté. Aucune particularité durant la puberté. La sœur la plus âgée, intellectuellement au-dessous de la moyenne, présenta, voilà quatre ans, une dépression pendant trois mois à l'occasion de sa ménopause. Très nerveuse depuis. Les deux frères vivants sont très bien portants. Il s'agit d'une vieille famille juive très considérée.

*Histoire de la vie et de la maladie*

Naissance normale, pas de rachitisme ni de scrofule. Apparition à l'âge normal de la marche et de la parole. Élevée avec beaucoup de tendresse et de prudence. Précocité. Enfant prodige. Égoïste et autoritaire. Ne se rendait jamais à l'avis d'autrui. Très sensible. À l'âge de 14 ans, lorsqu'une institutrice lui annonça que si elle n'obéissait pas, elle la ferait fouetter par son père, elle sentit, dans son orgueil blessé, que ses jambes devenaient toutes raides (selon les propres dires de la malade). Pas d'énurésie ni de terreurs nocturnes. D'une

propreté rigoureuse, étant enfant, ne pouvait supporter que du linge immaculé. Elle était capable à ce sujet de se mettre dans des états d'excitation tels qu'elle ne pouvait plus contrôler sa volonté et se mettait à hurler jusqu'aux convulsions; elle cherchait à dominer son entourage. Ses parents lui témoignèrent beaucoup d'amour et, d'ailleurs, l'enfant idolâtrait ceux-ci de façon vraiment "anormale", se préoccupant de leurs plus infimes désirs. De 7 à 11 ans, elle reçut une instruction à la maison; puis jusqu'à 17 ans, alla au lycée, réussit à son examen de sortie. Très instruite, de tous temps très ambitieuse, voulait être toujours une élève modèle. Elle apprenait facilement et se montrait attentive. Est toujours passée à la classe supérieure. Très bonne en mathématiques. Sa scolarité terminée elle apprit l'anglais et l'italien. Elle parle quatre langues. Jeune fille, elle apprit le chant et le piano, puis femme, la peinture.

Elle ne fréquenta toujours qu'un très petit nombre de camarades d'école qu'elle choisissait elle-même; elle n'eut, à vrai dire, pas d'amitié. Tendance à laisser les autres de côté. Toute sa vie elle se confia très peu à autrui; elle avait beaucoup d'ennemis parce que, sans aucun égard pour quiconque, elle affichait très ouvertement ses opinions sur les gens. Pas de fibre sociale.

Elle travaillait tellement qu'elle ne pouvait guère passer de temps à jouer, elle n'en avait d'ailleurs pas le goût.

À 13-14 ans, premières règles dont elle se sentit horriblement gênée. Plutôt repliée sur elle-même à l'époque de sa puberté. A toujours été très vive et gaie, aimant le sarcasme, racontant des bons mots, ironisant volontiers. À 18-19 ans, lectrice passionnée de romans. Pendant ses lectures, pressait l'une contre l'autre ses jambes jusqu'à ce que l'envahisse un sentiment de félicité comparable à l'orgasme. Elle explique plus tard que ceci lui avait apporté plus de joie que tout ce qu'elle avait éprouvé dans le mariage. Elle déclarait, dans les dernières années surtout, que son idéal aurait été plutôt de monter sur la scène que de se marier. Nature très érotique; se procurait des ouvrages traitant de sexualité. Elle adorait raconter à son père, âgé, des blagues à thèmes de sexualité.

Remarquablement belle étant jeune fille. Acceptait tous les hommages et les compliments comme chose toute naturelle. Pas de coquetterie ni de goût pour le flirt.

Elle épousa un de ses cousins après de courtes fiançailles de quelques mois. Elle fut une fiancée pas très amoureuse et ne se serait en réalité fiancée qu'après avoir entendu des étudiants dire en parlant d'elle, ravissante jeune fille de 21 ans: "la belle X. se fait vieille!"

À 27 ans, elle fut atteinte par un coryza spasmodique, pour lequel toutes les thérapeutiques s'avèrent inefficaces. Une organothérapie pratiquée par des laryngologues de renom demeura sans effet. Échec de nombreux neurologues qui essayèrent des traitements. Des compresses froides sur le front arrivèrent tout au plus à la soulager.

Jusqu'ici, à l'exception du suicide de sa sœur alors qu'elle avait 17 ans et de la mort de son père quatre ans auparavant, la malade n'avait eu le moindre chagrin extérieur. Son mari éloignait d'elle tous ses soucis d'affaires, l'aimait d'un amour exalté. La seule personne dont elle se souciait éventuellement était sa mère qu'elle chérissait d'un amour presque morbide et qu'elle soignait fidèlement avec une sollicitude d'hypocondriaque. Son mari l'idolâtrait, vivant sous la pantoufle de sa femme, il lui cédait toujours et ne lui refusait jamais rien. Au début de leur mariage elle ne voulut point avoir d'enfants, mais après dix ans elle souffrit de n'en point avoir; son chagrin en devint de plus en plus vif lorsqu'elle remarqua que son mari en souffrait.

Il y a environ quatorze mois, à Berlin, on constata chez le mari l'existence d'une cystite. Lors du dernier traitement, il y a onze mois de cela, la malade accompagna son mari à qui on devait faire subir une cystoscopie. Elle attendit dans une pièce contiguë et entendit les plaintes du mari que l'on n'avait pas insensibilisé.

Un peu plus tard, elle vit le visage soucieux du médecin qui fit devant elle le diagnostic de cancer de la vessie (structure en chou-fleur) et se montra très dubitatif quant aux résultats d'une opération.

Depuis lors, altération de l'humeur, tristesse, s'afflige beaucoup. Il y a huit mois, elle accompagna son mari à Paris où des spécialistes discutèrent du problème de l'opération; nuit et jour elle se tortura; appliqua tous les traitements avec une énergie incroyable, ne dormant presque plus, lisant toute la littérature médicale sur la question, travaillant

elle-même aux analyses d'urine, assistant à chaque manipulation thérapeutique ; elle se mit à se parler à elle-même. Les médecins préconisèrent une détente complète, le repos au lit ; la malade était d'une pâleur cadavérique. Sa sœur aînée se chargea des soins. Avant que cinq mois ne fussent passés, elle s'était beaucoup améliorée sur le plan physique mais était devenue d'une sensibilité extraordinaire, ne s'intéressant plus qu'au cancer de son mari, ne supportant aucune conversation distrayante, s'emportant lorsque quelqu'un riait auprès d'elle. Ce qu'elle aurait préféré c'était le tuer et se tuer ensuite elle-même. Elle faisait des vœux pour qu'un même accident les fasse périr tous les deux, puis elle essayait de se figurer que ce n'était pourtant pas un cancer ; elle pleurait jour et nuit. Puis elle se mit à subodorer partout des dangers : les gens étaient mauvais, les infirmiers ne s'acquittaient pas de leur devoir, les servantes marchaient sans faire de bruit, afin d'écouter aux portes, elle ne croyait plus personne, elle injurait les médecins parce qu'ils n'achevaient pas son mari.

Il y a quatre mois, elle commença à ne pas vouloir se nourrir. Elle ne pouvait plus poser la plante des pieds par terre tant elle était habituée à se déplacer sur la pointe des pieds. De plus en plus elle se montra agitée, anxieuse, extériorisant toujours davantage des idées morbides de relation et de persécution.

Il y a huit mois après avoir consulté un psychiatre qui lui conseilla une séparation d'avec son mari, la malade entre dans un établissement où elle resta quatre semaines. Dès le début de son séjour, elle se sentit observée, persécutée par la police, radiographiée, sa famille était malheureuse, ses biens lui étaient confisqués, dans le parc couraient des fils électriques placés là pour enregistrer chacun de ses pas, on l'avait contaminée avec la syphilis, elle avait un cancer et toutes les maladies imaginables. Elle refusait les aliments, les croyant empoisonnés. Des voix s'imposaient à elle pendant la nuit qui lui disaient que tout ce qu'elle disait était mal. Ce mal était imprimé et diffusé par des machines de Marconi spéciales. Les fils en couraient partout ; même dans son bain se trouvaient des machines pour la photographier toute nue, pour la compromettre après. Elle croyait que,

mêlés à ses médicaments, on lui faisait absorber des œufs de grenouilles et de lézards, elle voulait tout vomir. Petit à petit on l'infectait avec la syphilis par les couvertures et les compresses, on l'imprégnait de syphilis.

Le moindre petit bouton lui devenait un signe de syphilis ; elle interprétait l'attitude des autres malades de toutes les manières possibles. Ses représentations à type de persécution s'aggravaient de jour en jour, elle criait par la fenêtre que la police devait venir la prendre, que toute sa famille était déjà arrêtée, qu'on avait amputé sa mère du nez, des oreilles, des bras, etc., que ses proches étaient enterrés dans les excréments, frappés avec des baguettes de fer, etc. Elle voulait s'étrangler avec un châle mais ce n'était pas une tentative sérieuse ; on découvrit qu'elle avait dissimulé un couteau.

Après quatre semaines, on la libéra et elle fut placée dans la maison de sa sœur auprès de laquelle elle demeura jusqu'à ces derniers temps. Toute à ses idées elle en oubliait presque la maladie de son mari. Par contre, le système délirant devint de plus en plus précis : la police persécutait toute sa famille, celle-ci était en partie exécutée, en partie torturée. Quant à elle, elle n'était absolument pas malade.

La malade, par ailleurs, est parfaitement lucide pour tout ce qui n'est pas lié au délire : bonne mémoire, pas de visions, partant volontiers en voyage bien qu'elle dît que la police ne la laisserait pas sortir, qu'on ne recevrait pas les passeports, qu'on n'aurait pas d'argent, etc. Pendant le voyage elle joua des coudes et voulut se jeter par la fenêtre ; sur le lac de Constance, elle voulut se précipiter par-dessus bord. Pendant le repas, elle essaya le tranchant d'un couteau de façon ludique, disant en même temps que la police était déjà informée de tout, que les douaniers avaient fait un geste précis à cet égard. Un certain mouvement de la main – la main posée sur la cuisse – voulait dire que son mari et elle étaient des voleurs ; lorsqu'un homme se lisse la moustache, cela signifie que ses parents devaient avoir les lèvres coupées. À partir de ce moment elle veut retourner chez elle. Sa maladie lui fait négliger toujours davantage son aspect extérieur ; elle était, autrefois, très élégante ; elle a perdu ses bonnes manières ; dans les derniers temps, elle apparaissait très vieillie, déjà grisonnante.