BnF Gallica

Introduction à la psychiatrie clinique / par Emil Kraepelin,... ; traduite sur la 2e édition allemande, par MM. Albert [...]

Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

BnF Gallica

Kraepelin, Emil (1856-1926). Auteur du texte. Introduction à la psychiatrie clinique / par Emil Kraepelin,... ; traduite sur la 2e édition allemande, par MM. Albert Devaux et Prosper Merklen ; préface de M. le Dr Dupré,.... 1907.

1/ Les contenus accessibles sur le site Gallica sont pour la plupart des reproductions numériques d'oeuvres tombées dans le domaine public provenant des collections de la BnF. Leur réutilisation s'inscrit dans le cadre de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 :
- La réutilisation non commerciale de ces contenus est libre et gratuite dans le respect de la législation en vigueur et notamment du maintien de la mention de source.
- La réutilisation commerciale de ces contenus est payante et fait l'objet d'une licence. Est entendue par réutilisation commerciale la revente de contenus sous forme de produits élaborés ou de fourniture de service.

CLIQUER ICI POUR ACCÉDER AUX TARIFS ET À LA LICENCE

2/ Les contenus de Gallica sont la propriété de la BnF au sens de l'article L.2112-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

3/ Quelques contenus sont soumis à un régime de réutilisation particulier. Il s'agit :

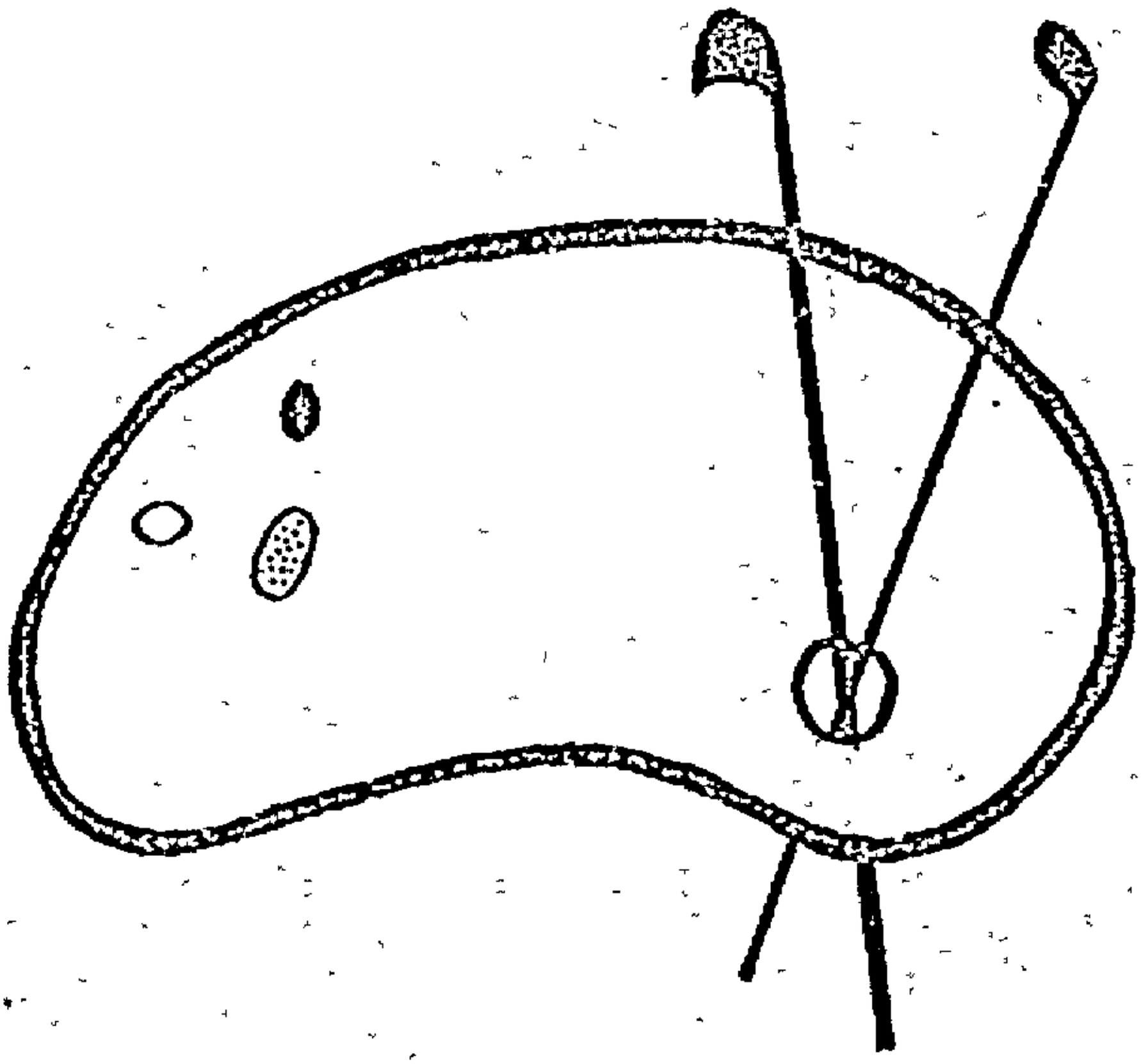
- des reproductions de documents protégés par un droit d'auteur appartenant à un tiers. Ces documents ne peuvent être réutilisés, sauf dans le cadre de la copie privée, sans l'autorisation préalable du titulaire des droits.
- des reproductions de documents conservés dans les bibliothèques ou autres institutions partenaires. Ceux-ci sont signalés par la mention Source gallica.BnF.fr / Bibliothèque municipale de ... (ou autre partenaire). L'utilisateur est invité à s'informer auprès de ces bibliothèques de leurs conditions de réutilisation.

4/ Gallica constitue une base de données, dont la BnF est le producteur, protégée au sens des articles L341-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

5/ Les présentes conditions d'utilisation des contenus de Gallica sont régies par la loi française. En cas de réutilisation prévue dans un autre pays, il appartient à chaque utilisateur de vérifier la conformité de son projet avec le droit de ce pays.

6/ L'utilisateur s'engage à respecter les présentes conditions d'utilisation ainsi que la législation en vigueur, notamment en matière de propriété intellectuelle. En cas de non respect de ces dispositions, il est notamment passible d'une amende prévue par la loi du 17 juillet 1978.

7/ Pour obtenir un document de Gallica en haute définition, contacter
utilisation.commerciale@bnf.fr.



DEBUT D'UNE SERIE DE DOCUMENTS
EN COULEUR

Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

INTRODUCTION
A LA
PSYCHIATRIE CLINIQUE

PAR

Le Professeur EMIL KRÆPELIN
Professeur de psychiatrie à l'Université de Munich

Traduite sur la Seconde Édition Allemande

PAR

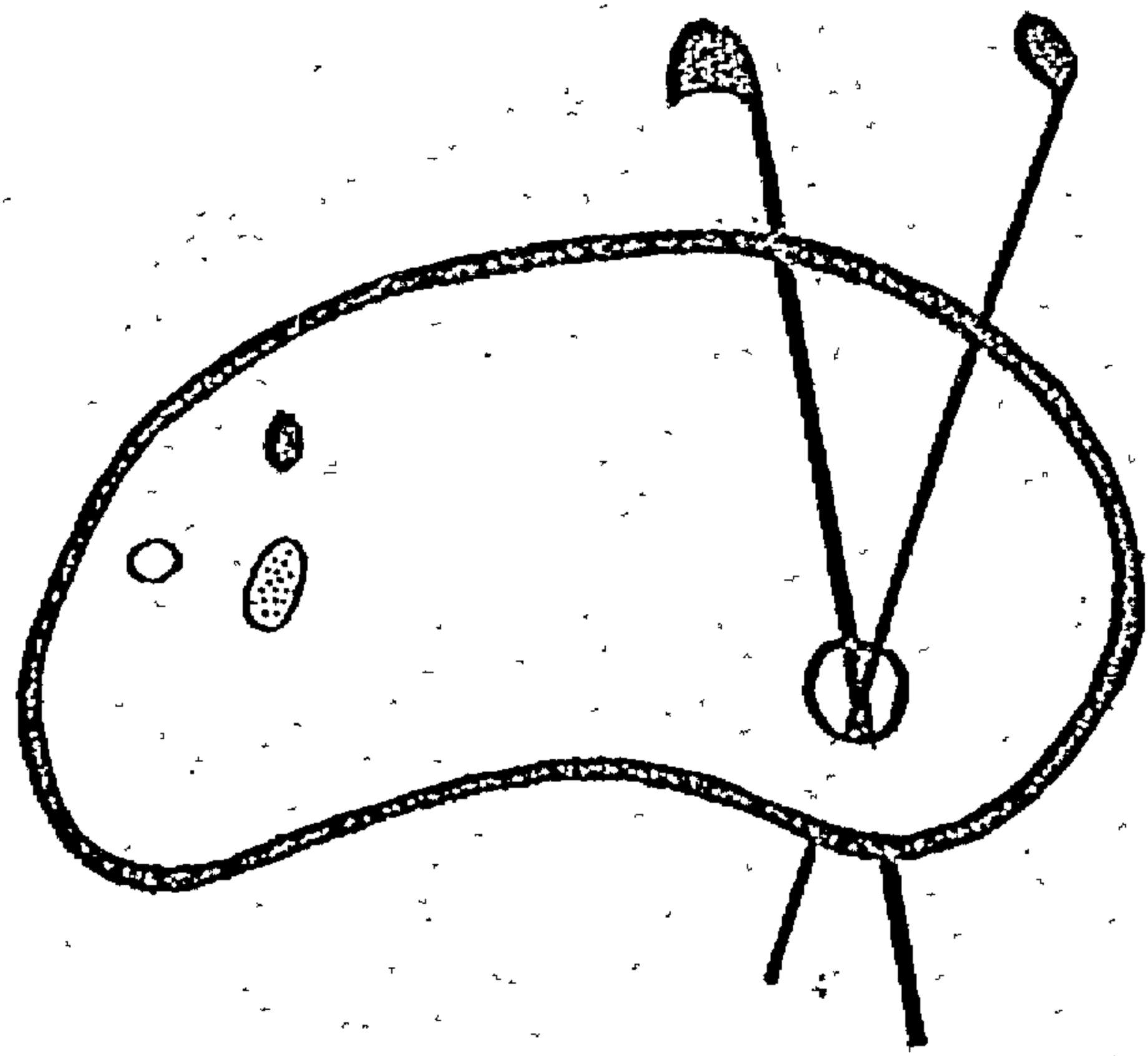
MM. ALBERT DEVAUX et PROSPER MERKLEN

PRÉFACE

De M. le Docteur DUPRÉ
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des hôpitaux et de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1907



FIN D'UNE SERIE DE DOCUMENTS EN COULEUR

INTRODUCTION

A LA

PSYCHIATRIE CLINIQUE

951

INTRODUCTION

A LA

PSYCHIATRIE CLINIQUE

PAR

LE PROFESSEUR EMIL KRÆPELIN

Professeur de psychiatrie à l'Université de Munich

Traduite sur la Seconde Édition Allemande

PAR

MM. ALBERT DEVAUX et PROSPER MERKLEN

PRÉFACE

De M. le Docteur DUPRÉ

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des hôpitaux et de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1907

PRÉFACE

Les docteurs A. Devaux et P. Merklen, deux de mes élèves les plus anciens et les meilleurs, ont entrepris d'offrir au public médical français la traduction des trente-deux leçons cliniques que le professeur Kræpelin a rassemblées sous le titre d'*Introduction à la Psychiatrie clinique*. Ces leçons, parues en 1900 à Heidelberg, ont obtenu en Allemagne un tel succès qu'une seconde édition en était publiée, cinq ans après, à Munich. L'auteur, en enrichissant l'ouvrage de deux leçons nouvelles, d'observations inédites et du complément des observations antérieures, conférait à cette seconde édition un regain d'intérêt et d'actualité; et imprimant à son œuvre clinique la même évolution qu'à son œuvre pathologique, le célèbre aliéniste apportait à la seconde édition de l'*Introduction à la Psychiatrie*, comme aux éditions successives de son grand Traité doctrinal, la marque personnelle de son esprit d'indépendance et de progrès, sans cesse en voie de recherche et de rénovation.

C'est sur cette deuxième édition qu'a été faite la traduction française que mes élèves me demandent de présenter au lecteur.

Il est certainement bien inutile de recommander un ouvrage que signale à tous les aliénistes le nom illustre de son auteur et dont la traduction porte, dans les deux noms déjà connus de Devaux et de Merklen, la double signature de la compétence et de la probité scientifiques. Je saisis cependant avec plaisir l'occasion qui m'est offerte de proclamer ici tout le bien que je pense de l'œuvre du professeur

de Munich et de décerner à ses traducteurs les éloges qu'ils méritent, pour avoir réussi à exprimer si fidèlement la pensée de l'auteur, en un style qui garde, malgré l'honnêteté d'une traduction littérale, toutes les qualités spécifiques de clarté et d'élégance de la langue française.

L'*Introduction à la Psychiatrie clinique* comprend trente-deux leçons, consacrées aux sujets les plus divers. Chacune de ces leçons contient l'histoire détaillée de plusieurs malades, suivie du commentaire clinique et de la discussion diagnostique de chaque cas, enfin l'exposé des idées personnelles du professeur sur la nature et les rapports nosologiques de l'affection étudiée. Toutes ces leçons, dépourvues à dessein de documentation historique et de citations d'auteurs, sont écrites dans le style simple qui convient à des conférences cliniques et sur le ton familier de causeries faites au lit du malade. Il semble vraiment que ce malade lui-même, fidèlement évoqué dans ses allures, son langage et ses réactions, s'anime sous les yeux du lecteur, et qu'on revive ainsi ces heures précieuses de l'enseignement clinique, où ne manque que l'échange des propos entre le maître et les assistants, dans les discussions librement ouvertes auxquelles le professeur Kræpelin, à Heidelberg comme à Munich, m'a si gracieusement invité à prendre part.

La description clinique est toujours très concise, l'anamnèse réduite à ses seules données utiles; l'auteur s'étend un peu plus sur l'interprétation séméiologique des éléments cliniques en présence et sur la discussion du diagnostic. Les passages les plus intéressants sont ceux que le professeur consacre à l'analyse du mécanisme psychologique des symptômes, à l'étude des rapports qui relient les états objectifs présentés par le malade aux états subjectifs qui les provoquent, à l'explication pathogénique des réactions cliniques par les situations psychiques qui les déterminent. L'auteur, à propos de chaque malade, a le souci constant de ramener les faits observés à leurs conditions psychogéniques plus ou moins latentes, et par là se marque la tendance de Kræpelin à éclairer la clinique par la psychologie.

*
* *

L'étude clinique et nosologique de certains syndromes a suggéré à l'auteur des interprétations et des synthèses pathologiques nou-

velles, qui se sont imposées à l'attention du monde psychiatrique par leur originalité, leur hardiesse et leur ampleur. Mais c'est ici le lieu de proclamer dans quel esprit de doute et de réserve ces vues nouvelles sont émises par le professeur, qui ne les propose qu'à titre d'essai d'orientation clinique et comme des tentatives de groupement nosologique des faits. Ces synthèses, Kræpelin les offre à la critique du présent et au jugement de l'avenir, sous des dénominations qu'il déclare provisoires et dont le parrainage ne lui tient nullement à cœur. Je suis autorisé à ces déclarations, non seulement par la lecture attentive de l'œuvre du professeur allemand, mais encore à la suite des conversations si intéressantes que, depuis plusieurs années, j'ai eu l'honneur d'avoir avec lui, à Heidelberg, à Munich ou à Lisbonne, sur toutes ces questions de doctrine et de terminologie psychiatriques.

Les changements de points de vue, les remaniements de classifications, qui ont signalé depuis une douzaine d'années les successives éditions du *Traité de Psychiatrie*, témoignent chez l'auteur d'un esprit en voie d'incessante évolution et de transformation continue; et l'on peut dire de son œuvre et de sa doctrine qu'elles sont en état de perpétuel devenir.

Mais on appréciera surtout à la lecture de ces leçons les qualités d'observation et d'analyse clinique de l'auteur, et les plus sévères critiques des doctrines actuelles de Kræpelin ne manqueront pas de reconnaître, en ce pathologiste éminent, un clinicien de premier ordre.

*
* *

Les parties les plus remarquables de l'*Introduction à la Psychiatrie clinique* sont à mon avis : d'abord, la série des tableaux cliniques où l'auteur, reprenant l'œuvre de Kahlbaum, fait revivre devant nous le syndrome de la catatonie, en dissocie les éléments, tente d'en interpréter le mécanisme et d'en établir la valeur séméiologique ; ensuite, l'étude du diagnostic différentiel des syndromes de dépression et de stupeur; enfin, l'analyse des accès de la psychose intermittente, où le mélange des éléments d'excitation et de dépression constitue un « état mixte » (Mischzustand) et démontre ainsi, par la combinaison dans le même accès des éléments

maniaques et mélancoliques, l'unité fondamentale de la psychose « maniaque-dépressive ».

*
* *

L'étude du syndrome catatonique est une des parties les plus originales et les plus intéressantes de l'œuvre du professeur de Munich; et à propos de la catatonie l'histoire de la Psychiatrie retiendra, à des titres égaux et indissolublement liés l'un à l'autre, les deux noms de Kahlbaum et Kræpelin.

Dans les deux leçons consacrées à la stupeur et à l'excitation catatoniques, l'auteur met bien en lumière les éléments caractéristiques du syndrome : la suggestibilité, le négativisme, la stéréotypie, l'échopraxie, la verbigération, les troubles particuliers de la mimique et de la motilité volontaire. Reprenant ensuite chacun des traits du tableau clinique, il s'efforce de montrer les différences qui séparent la stupeur mélancolique, avec ses réactions anxieuses, de la stupeur catatonique, avec son « barrage » (Sperrung) de l'activité intellectuelle et volontaire. Il oppose également à l'excitation maniaque, caratérisée par l'expansion générale de l'activité psychique et motrice, l'excitation catatonique, que spécifient des réactions bien différentes : confusion du langage, bizarreries, incohérence et absurdité des mouvements, stéréotypie des attitudes et des gestes, négativisme, maniérisme, échopraxie, etc. Passant de l'analyse clinique à l'interprétation psychologique du syndrome, Kræpelin conclut en disant que ce qui caractérise à ses yeux la catatonie, stupide ou agitée, c'est le désaccord qui existe entre l'intelligence et le sentiment d'une part et les réactions motrices d'autre part; c'est la rupture du lien normal entre la pensée et l'acte; c'est la nature primitive et essentielle des désordres psychomoteurs.

L'auteur convient d'ailleurs explicitement que le syndrome catatonique n'est pas absolument pathognomonique de la démence précoce; qu'on peut l'observer chez des sujets âgés (Spätkatatonie) dont l'évolution morbide diffère de celle des déments précoces, chez certains paralytiques généraux et déments séniles. Les récentes observations de Séglas, de Merklen et moi-même sur la catatonie au cours de la paralysie générale confirment d'ailleurs ces conclusions; et l'expérience générale de la clinique avait déjà convaincu

presque tous les aliénistes de la non-spécificité de la catatonie dans les maladies mentales.

Le syndrome catatonique, tel que le comprend l'école de Kræpelin (catalepsie, suggestibilité psychomotrice, obéissance automatique au commandement, négativisme, stéréotypies, verbigération, maniérisme, troubles de la mimique, etc.) est constitué par l'association, particulièrement fréquente au cours de certaines psychoses pubérales, d'éléments cliniques non fatalement liés les uns aux autres, et dont chacun peut apparaître au cours d'états psychopathiques différents, chez des confus, des stupides, des déments ou des débiles, dont l'affection mentale, en dépit de l'allure catatonique qu'elle peut revêtir à un moment donné, ne rentre point dans le cadre de la démence précoce. Quelle que soit d'ailleurs la situation psychopathique où elle apparaisse, la catatonie semble bien révéler, par sa formule psychomotrice, une dissociation plus ou moins complète et durable entre les éléments idéo-affectifs et les éléments volitionnels de l'esprit, une séjunction, pour parler le langage de Wernicke, entre la conscience et la motilité : de cette dissociation résulteraient l'exaltation et des troubles divers de l'automatisme psychomoteur, qu'on observe au cours de nombreuses affections psychonévropathiques. Certains des éléments de la catatonie (catalepsie, suggestibilité, négativisme, etc.) peuvent s'observer, à l'état épisodique ou permanent, chez des débiles ; le syndrome, d'ordre congénital, résulte chez eux d'une insuffisance, par arrêt du développement, des voies d'association qui relient les sphères affectives et intellectuelles aux centres de l'activité motrice. Il est possible même que, lorsqu'il est acquis, le syndrome catatonique n'apparaisse que chez des sujets congénitalement invalides dans le système des voies d'association psychomotrices et désignés, par cette insuffisance constitutionnelle, à l'apparition des troubles catatoniques au cours des psychoses qui peuvent les atteindre. Quoi qu'il puisse advenir de l'interprétation des faits, ce sera un des grands mérites de Kræpelin d'avoir rajeuni et renouvelé l'œuvre de Kahlbaum, en mettant à l'ordre du jour de la Psychiatrie moderne l'étude, trop négligée avant lui, de la catatonie ; et d'avoir ainsi, plus qu'aucun autre aliéniste, contribué à enrichir, par l'observation des phénomènes concrets, l'étude objective des maladies mentales.

L'analyse des éléments cliniques constitutifs des états de stupeur conduit l'auteur à la distinction de divers syndromes dépressifs : la *dépression mélancolique*, de nature climatérique, liée pour lui à l'insénescence de l'organisme et caractérisée par la conscience pénible de la diminution de la personnalité, la douleur morale, l'anxiété, le besoin de lamentations ; la *dépression catatonique*, marquée par l'arrêt primitif des actes volontaires, l'effacement des émotions, l'apathie, etc. ; la *dépression circulaire*, spécifiée surtout par l'entrave de la pensée et l'inhibition des mouvements (Hemmung) secondaire aux troubles de l'émotivité ; enfin, les *états de dépression symptomatiques*, liés aux psychopathies organiques, paralytiques, toxiques, névrosiques, etc. On verra dans quels termes judicieux, à propos de l'évolution et du pronostic de ces états dépressifs, Kræpelin insiste sur l'intérêt de la courbe du poids du corps.

*
* *

La psychose périodique, caractérisée à la fois par l'intermittence chronologique et l'inversion symptomatique possible de ses accès, est présentée, en plusieurs leçons, sous le nom de « folie maniaque-dépressive ». On lira avec intérêt les pages où l'auteur, après la description clinique des accès de formule opposée, entreprend l'étude des accès mixtes, où la « stupeur maniaque » se mélange à « l'excitation dépressive » dans un syndrome « maniaque-dépressif », qui représente la combinaison clinique des accidents, réalise la synthèse des éléments contraires des accès simples et exprime l'unité nosologique de la maladie.

La coexistence, dans la même crise morbide, des phénomènes d'excitation et de dépression, portant sur l'humeur, l'intelligence ou la psychomotilité, avait déjà été entrevue par Guislain, qui signale la fusion complète entre la manie et la mélancolie. Mais c'est à Kræpelin que revient incontestablement le mérite d'avoir bien décrit l'allure clinique et judicieusement compris la signification nosologique de ces états mixtes.

Le diagnostic, positif et différentiel, des accès de la « psychose maniaque-dépressive » avec les autres accès d'excitation et de dépression non périodiques est abordé par Kræpelin non plus seulement à l'aide des notions anamnestiques tirées de l'évolution de la

psychose, mais par l'étude directe de l'accès considéré en lui-même, par l'analyse des symptômes objectifs présentés par le malade. De la phénoménologie de l'accès isolé, l'auteur remonte à la notion de la maladie causale et arrive au diagnostic de la nature du syndrome. L'école de Kræpelin a poussé encore plus loin l'étude des formes frustes, des ébauches de la psychose maniaque-dépressive, et Wilmans notamment, en sa récente monographie sur la *Cyclothymie*, a bien analysé dans leurs manifestations légères, leur succession et leurs relations avec certains états organiques, surtout les troubles digestifs, les états expansifs, dépressifs ou mixtes de ce *circularisme*, dont Ballet a si judicieusement indiqué, dans une de ses leçons, la fréquence et les rapports avec les lois de l'activité nerveuse physiologique. L'état actuel de la question, d'après les derniers travaux de l'école de Kræpelin, est d'ailleurs clairement exposé dans le livre récent, où Deny et P. Camus ont résumé, en une œuvre de critique à la fois très impartiale et très personnelle, l'histoire des folies intermittentes.

Je ne puis commenter ici toutes les perspectives intéressantes ouvertes par cette conception unitaire sur l'interprétation étiologique, le classement nosologique et l'appréciation pronostique des psychoses temporaires. J'indiquerai seulement l'importance accordée par Kræpelin, dans l'éclosion des accès de la psychose périodique, aux causes étiologiques occasionnelles, telles que les émotions, les traumatismes, la puerpéralité, etc. Je signalerai comme originale et, à mon avis, légitime, l'interprétation étiologique et clinique que propose l'auteur de certains états psychopathiques dépressifs, où prédominent les obsessions, et qu'il regarde comme des manifestations de la folie périodique, à cause des caractères fondamentaux de l'état mental (affaiblissement de la volonté, inhibition de l'intelligence, dépression de l'humeur), sur lequel apparaissent, dans les cas considérés, les symptômes d'obsession. J'ai observé deux cas analogues, dont l'un fut suivi d'une guérison complète après plusieurs mois d'un état obsédant de culpabilité et de vols imaginaires; dont l'autre est constitué par des accès de plusieurs mois d'obsession de culpabilité génitale à caractère incestueux, qui guérissent et récidivent après des périodes de calme mental complet. Ces cas qui peuvent paraître, par la complexité, le polymorphisme et la nature même de leurs manifestations, ne

relever que des états obsédants de la dégénérescence mentale, doivent être, à mon avis, considérés comme des accès légers de dépression périodique, avec prédominance de syndromes obsédants pénibles ; cette interprétation confère à de telles crises une formule évolutive et pronostique autre que celle que comportent les crises épisodiques ordinaires de la folie des dégénérés, et on saisit quel intérêt peut avoir, dans la pratique, cette différence de conception nosologique de l'accès morbide.

*
* *

Au cours de l'ouvrage, et notamment dans cinq de ces Leçons, on trouvera exposée la conception de la *Démence précoce*, que l'auteur a introduite, avec réserve d'ailleurs, en Psychiatrie, et qui depuis a fait une si rapide et si brillante fortune. Cette vaste synthèse, sous le vocable de démence précoce, des psychoses hébéphréniques, catatoniques et de la plupart des délires hallucinatoires chroniques, représente un groupement systématique provisoire d'états psychopathiques, différents par leur expression clinique, mais qui auraient pour caractères communs : des troubles analogues du sentiment et de l'activité volontaire, la nature foncièrement démentielle des troubles mentaux et une évolution rémittente, mais généralement précoce et rapide, vers un affaiblissement psychique plus ou moins marqué.

Je cherche ici non pas à critiquer, mais à définir avec clarté et impartialité une doctrine qui, repoussée avec sévérité par les uns, adoptée avec enthousiasme par les autres, a eu au moins l'avantage de provoquer dans le monde psychiatrique un mouvement universel d'attention et de critique. Le procès d'ailleurs est actuellement en cours, et la solution en apparaît peut-être moins claire et moins prochaine à celui qui l'a soulevé, à Kraepelin lui-même, qu'à beaucoup de ses adeptes de la première heure. L'avenir, avec l'évolution scientifique incessante de l'auteur, réserve sans doute à la curiosité et à la critique des psychiatres de nouveaux sujets de réflexion et d'enseignement.

L'histoire clinique des déments précoces présentée par Kraepelin offre, en dehors de toute préoccupation doctrinale, un grand intérêt. Les faits y sont exposés avec précision et sincérité, et cha-

cune de ces observations constitue un dossier de vérité et de bonne foi, où le lecteur peut, comme il le ferait au lit même du malade, discuter et interpréter, en toute indépendance, avec l'auteur, la signification et la valeur des documents cliniques mis sous ses yeux.

Sur les seize malades des leçons consacrées à la démence précoce, à la stupeur, à l'excitation et au délire catatoniques, aux formes paranoïdes et aux états terminaux de l'affection, neuf sujets, c'est-à-dire plus de la moitié, offrent dans leurs antécédents héréditaires des tares névropsychopathiques graves. Sur les sept autres, deux sont de par leurs antécédents personnels (accès convulsifs, bizarreries de caractère) des sujets anormaux ; deux autres, deux femmes, semblent être entrées dans la démence précoce sous l'influence de moments étiologiques multiples et graves : puerpéralité, infections ; enfin, trois derniers sujets, dépourvus d'hérédité saisissable, sont en état, après des accès psychopathiques polymorphes d'une durée respective de trois, huit et dix mois, de rentrer dans leur famille, guéris ou ne présentant plus que quelques anomalies de l'humeur, du caractère ou de la conduite.

Cette revue critique des antécédents des malades met bien en lumière le rôle fondamental de la prédisposition psychopathique dans l'éclosion de la démence précoce, qui apparaît ainsi le plus souvent comme une des manifestations de la dégénérescence mentale : manifestation d'autant plus précoce dans son apparition et d'autant plus grave dans ses conséquences que la tare héréditaire est plus lourde; et, au contraire, d'autant plus bénigne que le dossier psychopathique, héréditaire et personnel, du sujet est moins chargé.

Quelques-uns de ces déments précoces sont des débiles congénitaux, avec ou sans antécédents convulsifs dans leur enfance, qui, à la suite de traumatismes céphaliques, présentent des accidents de stupeur ou d'excitation catatoniques. Le professeur Joffroy a présenté, à l'ouverture de son cours de cette année, un malade analogue : un jeune hérédo-syphilitique, devenu hébéphrénique à la suite d'un traumatisme cranien. A propos de ces malades, Kræpelin signale que le développement de la démence précoce chez les débiles n'est pas rare, et il revient sur cette notion dans sa leçon sur l'imbécillité et l'idiotie.

D'autres sujets entrent dans la démence précoce par l'infection (érysipèle de la tête, accidents puerpéraux, fièvre typhoïde) ; et,

après une suite plus ou moins longue et irrégulière d'accidents, dont le tableau rappelle celui des formes prolongées de la confusion mentale, s'améliorent et sortent de l'asile ou au contraire tombent dans une démence plus ou moins complète. Ces cas offrent dans leur étiologie, leur aspect et leur évolution, de grandes analogies avec les formes chroniques de la confusion mentale, simple ou délirante, telle que Régis et son élève Laurès les ont décrites et présentées comme la forme accidentelle la plus fréquente de la démence précoce.

Je n'entrerai pas ici dans la critique des éléments psychopathiques essentiels, constitutifs, de la démence précoce, tels que l'apathie, l'indifférence affective, l'aboulie, etc., dont l'existence m'a paru inconstante chez les malades que j'ai observés, et dont le degré se mesure bien malaisément, à travers tous les troubles moteurs qui entravent et dénaturent l'expression des sentiments chez ces malades. La nature primitive, indépendante de toute idée délirante, des troubles de l'activité volontaire, est aussi des plus difficiles à affirmer, au moins dans certains cas. Magnan et Simon ont recueilli à ce sujet des observations qui démontrent nettement l'ingérence des idées délirantes et de la volonté des malades dans la genèse des troubles psychomoteurs ; et il semble bien difficile, par exemple, de nier l'intervention du délire et des idées de défense, dans les attitudes et les actes de la première malade de la vingt et unième leçon, sur les états terminaux de la démence précoce.

L'assimilation, au nom de l'analogie des troubles affectifs et volontaires et de l'évolution démentielle, des formes dites « paranoïdes » aux formes hébéphréniques et catatoniques de la démence précoce, a soulevé des objections qui me paraissent fondées, et j'avoue que la lecture de la seizième leçon sur les formes paranoïdes de la démence précoce n'apporte pas d'argument décisif à la thèse et ne semble pas justifier son titre. Le terme de « *paranoïde* » me semble malheureux : car le délire sensoriel de ces « déments paranoïdes » n'a aucune analogie avec celui de la paranoïa, entendue au sens, que lui réserve précisément l'auteur, de psychose dégénérative, constitutionnelle, de nature interprétative et non hallucinatoire.

En résumé, la lecture attentive des observations montre, chez tous ces déments précoces, la diversité des moments étiologiques, le polymorphisme clinique, les variétés d'allure et d'évolution des

accidents, la fréquence et la longueur des rémissions, la grande différence des terminaisons ; elle montre enfin l'incertitude du pronostic, tant de l'accès lui-même que de l'avenir de l'affection. Il en résulte que le meilleur critérium du pronostic se trouve dans l'examen psychique du malade. Cet examen permet d'apprécier l'état du niveau intellectuel et la résistance de la mentalité, à travers tous les syndromes qui peuvent accidenter l'évolution de la psychose, sans en assombrir réellement le pronostic. Tous ces syndromes, en effet (catatonie, stupeur, excitation, etc.), sont en eux-mêmes épisodiques et curables et non fatalement spécifiques d'une affection démentielle.

*
* *

La conception de la Paranoïa, que l'auteur développe à propos de l'observation de deux malades, fait l'objet de la quinzième leçon. C'est cette conception, admise en France par Sérieux, Deny, R. de Fursac, etc., que j'ai soutenue en 1906, à Lisbonne, dans mon Rapport sur la paranoïa légitime, son origine et sa nature. Il me semble, en effet, utile de réserver ce vocable de paranoïa, dont la psychiatrie allemande et italienne a tant abusé, à l'ensemble de ces états psychopathiques constitutionnels, dégénératifs, où l'orgueil et la méfiance, associés à la faiblesse et à la fausseté du jugement, aboutissent à l'édification de systèmes délirants interprétatifs, non hallucinatoires, de nature variable, surtout de persécution et de grandeur, au cours desquels une idée fixe, prévalente, domine l'esprit et oriente la conduite du sujet et finit, dans son extension progressive, par accaparer toute son activité intellectuelle et pratique. Kræpelin admet que la plupart de ces états paranoïaques aboutissent, au bout de bien des années, à un affaiblissement psychique plus ou moins prononcé.

L'auteur consacre à l'alcoolisme chronique deux leçons, aussi remarquables par le mouvement et la couleur des tableaux cliniques que par la judicieuse analyse des formes de l'intoxication. Dans la cure de l'alcoolisme, Kræpelin recommande, comme une méthode fondée sur la psychologie du buveur, le système de l'abstinence absolue, qu'il met d'ailleurs en pratique, à titre d'exemple, avec une rigueur qui fait honneur à son caractère. Au cours de ces mêmes leçons, l'auteur insiste, à plusieurs reprises, sur la gaieté

de l'humeur, la jovialité des buveurs. En dehors de certaines variétés expansives d'excitation ébrieuse, on observe au contraire, en France, beaucoup plus fréquemment, peut-être à cause de la prédominance dans notre alcoolisme des poisons essentiels, les formes dépressives, pénibles, où la tristesse de l'humeur et la nature terrifiante des illusions et des hallucinations impriment au délire un caractère presque constant d'anxiété et de terreur.

La nature épileptique de la dipsomanie est affirmée par l'auteur, au nom de la coïncidence fréquente, sur les mêmes sujets, des accès de mal convulsif et de l'impulsion à boire, et des analogies qu'offrent avec les troubles psychiques des épileptiques les accès de dépression que présentent les dipsomanes privés d'alcool.

Pour ne pas dépasser les limites d'une préface déjà trop longue, je m'abstiendrai ici des remarques et des critiques si intéressantes que suggère la série des leçons consacrées à l'hystérie, aux obsessions, aux psychoses consécutives aux maladies aiguës, au traumatisme, aux lésions en foyer du cerveau, à la sénilité, etc. Je recommande au lecteur les pages où l'auteur passe en revue les diverses formes de la dégénérescence mentale, en nous présentant dans un défilé très varié et très pittoresque les anormaux atteints de déséquilibre congénital de l'humeur, les excités et les déprimés constitutionnels, les maniaques raisonnants, les pervertis sexuels, les menteurs, les vagabonds, les vicieux et les délinquants d'habitude, enfin tous ces sujets que les défectuosités originelles de leur constitution mentale exposent à entrer en conflit perpétuel avec la société.

L'auteur termine la série de ses leçons par des considérations générales sur la pathogénie et la classification des maladies mentales, où s'affirme à nouveau la marque personnelle d'un esprit essentiellement apte aux vues générales et aux vastes synthèses. Dans ces dernières pages, Kræpelin exprime son opinion sur les relations pathogéniques constantes, mais indirectes, de la paralysie générale avec la syphilis et sur l'existence probable d'un agent intermédiaire (Zwischenglied), par l'entremise duquel le poison syphilitique engendre l'affection paralytique, maladie de tout l'organisme.

Certains troubles des échanges organiques seraient la cause dernière de la démence précoce. Entre la paralysie générale et la dé-

mence précoce, Kræpelin cherche à établir des analogies générales, sur lesquelles ont insisté, depuis, ses commentateurs, mais que ne justifie, à mon avis, aucun argument étiologique, anatomique ou clinique.

C'est dans le même ordre de troubles nutritifs, encore indéterminés, que doit être cherché le secret pathogénique de beaucoup d'autres perturbations psychiques, liées à des lésions toxiques de l'écorce. La curabilité ou la rémittence de nombreuses affections s'expliquent par la nature régressive des lésions causales. Les rechutes, les réitérations morbides sont liées aux reprises d'une intoxication momentanément suspendue ; ces reprises prouvent que la source du poison n'est pas tarie et qu'elle s'est remise à couler.

Dans des pages où se reconnaît l'influence sur l'auteur de l'esprit philosophique et clinique des grands aliénistes français du dix-neuvième siècle et particulièrement de Morel, des Falret et de Magnan, Kræpelin insiste, en terminant, sur le rôle étiologique capital que joue en pathologie mentale la prédisposition personnelle, l'aptitude psychopathique de chaque sujet. L'auteur énumère les formes pathologiques si riches et si variées que peut revêtir la déséquilibration psychique constitutionnelle et y reconnaît l'expression d'une dégénérescence, le plus souvent héréditaire et transmissible à la descendance.

L'étiologie des maladies mentales se partage donc entre les facteurs toxiques, endogènes ou exogènes, qui déterminent, directement ou indirectement par les insuffisances viscérales intermédiaires, des lésions corticales, régressives ou progressives, temporaires ou définitives ; les altérations destructives de l'écorce, d'origine organique ou sénile ; enfin les dégénérescences originelles, dont l'expression clinique se manifeste par des états morbides continus ou des syndromes intermittents, épisodiques et variables dans leur nature.

L'auteur termine sa dernière leçon en proclamant notre ignorance foncière de l'étiologie et de la pathogénie des maladies mentales et en reconnaissant l'impossibilité où nous sommes actuellement d'édifier une doctrine psychiatrique satisfaisante. Les systèmes présents sont purement provisoires, et c'est seulement l'observation clinique patiente et prolongée qui permettra dans l'avenir de transformer et d'élargir les classifications actuelles.

Au moment de mettre sous les yeux du lecteur ces leçons où Kræpelin a donné la mesure de ses qualités de clinicien, je ne saurais placer ces pages sous une meilleure invocation que celle d'un des plus glorieux représentants de la psychiatrie et de la clinique françaises, de Lasègue, à qui j'emprunte, en ces lignes, extraites de son *Éloge de Duchenne de Boulogne*, l'épigraphe naturelle de cette traduction de l'œuvre clinique de Kræpelin. « C'est la qualité souveraine et décisive des maîtres, que leurs ouvrages se lisent et se relisent sans épuiser la curiosité; et que, commenter ou développer les propositions qu'ils ont émises est déjà une œuvre méritoire. On peut modifier, renverser les doctrines magistrales, on n'a jamais le droit de se déclarer indifférent à leur première création. »

Mieux que toute préface, ces paroles de Lasègue garantissent aux Drs Devaux et Merklen le légitime succès auquel est appelée leur remarquable traduction française de l'*Introduction à la Psychiatrie clinique* du Pr Kræpelin.

Paris, juin 1907.

DUPRÉ.

PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION

En présentant des malades à des auditeurs, on éprouve par là même le désir de leur laisser de ce qu'on a vu un souvenir plus durable que des mots qui s'envolent. Après bien des tentatives visant par une autre voie la réalisation de ce vœu, je me suis décidé à donner sous forme de leçons l'impression d'un semestre passé à la clinique. J'ai cherché autant que possible à garder à mon exposition l'allure que j'imprimais à ma leçon. Malgré tout, un livre ne peut rendre l'aspect vivant du malade, que l'élève ne s'assimile qu'à la clinique même ; il manque en outre de ce puissant correctif à l'enseignement que les étudiants fournissent au maître dans leur pratique, en lui indiquant souvent, par leurs petites erreurs et leurs hésitations, la ligne de conduite qu'il doit adopter. Par contre, on a plus de latitude dans un livre qu'en clinique pour apporter à l'étude des documents un grand soin, beaucoup de minutie et de rigueur dans le plan.

J'ai accordé la première place au diagnostic. Je suis en effet fort convaincu de son importance capitale, non seulement pour nos conceptions scientifiques, mais aussi pour notre pratique journalière. Les connaissances théoriques s'acquièrent chez soi aussi bien, sinon mieux, qu'à l'hôpital. A la clinique, l'étudiant apprendra à s'entraîner à l'examen des malades, ce qu'il ne saurait faire par les livres ; il s'habituera de plus à utiliser ses observations pour l'établissement

d'un diagnostic et à édifier un jugement solide d'après les détails qu'il aura observés. Ces leçons ne veulent pas être un traité de psychiatrie. Elles atteindront bien plus directement le but que je me suis proposé en représentant une introduction à l'étude clinique des maladies mentales.

Les exemples cliniques, pour des motifs faciles à saisir, ont été choisis dans le cours de plusieurs années. Quelques-uns d'entre eux ont déjà été publiés ailleurs. Le raccourci de leur exposé ne les autorise pas à se prétendre des documents scientifiques ; c'est pourquoi toutes les particularités en sont reproduites d'après nature et avec un vif souci d'exactitude. De même, les explications diagnostiques dérivent presque partout simplement de la description clinique. Les renseignements sur l'avenir des malades ont été, dans la mesure de nos moyens, recueillis jusqu'au début de l'impression de ce volume, et pour la majorité des cas, jusqu'à sa terminaison définitive.

Heidelberg, 4 novembre 1900.

PRÉFACE DE LA SECONDE ÉDITION

Les retouches de cette introduction consistent surtout dans l'adjonction de deux nouvelles leçons et dans la substitution à certaines observations anciennes d'autres plus instructives. Le malade de l'observation III de la cinquième leçon devint plus tard non pas un dément paralytique, mais bien un dément syphilitique. L'observation I de la huitième leçon présenta plus tard les symptômes d'une tumeur cérébrale, qui très probablement modifia un peu l'allure clinique. L'observation I de la trente-troisième leçon doit être regardée comme un cas d'artério-sclérose et non pas de démence sénile. A la place de ces observations, j'en choisis d'autres moins discutables. De plus, la démence syphilitique et l'artério-sclérose sont illustrées de nouveaux exemples. La doctrine de la dégénérescence a également été enrichie de sept cas nouveaux. Il y a d'autre part quelques modifications dans l'ordonnancement de ce livre. Les progrès de notre science ont été pris en considération, autant que la chose a paru nécessaire aux besoins d'un débutant.

Munich, 5 février 1905

INTRODUCTION

A LA

PSYCHIATRIE CLINIQUE

PREMIÈRE LEÇON

Introduction. — Mélancolie.

Messieurs, la science qui fait l'objet de ces conférences s'occupe de la thérapeutique de l'âme, et son domaine comprend donc les maladies de l'âme. Sans doute, on ne peut guère parler de maladies de l'âme au sens strict du mot, que l'on conçoive cette dernière comme une entité autonome ou comme la résultante des divers processus intimes qui se passent en nous. Pour nous en tenir à un point de vue plus médical, ce sont les manifestations pathologiques de l'organisme psychique que doivent viser nos recherches. Mais les phénomènes morbides du domaine psychique n'ont jusqu'à présent que bien peu attiré l'attention de la thérapeutique. Nous ne nous trouvons plus en face de modifications de grandeur, de forme, de résistance, de constitution chimique de l'organisme; nous avons affaire par contre à des troubles de l'intelligence, de la mémoire, du jugement, à des hallucinations, à des conceptions délirantes, à des altérations de la volonté et du caractère. S'agit-il de médecine générale, les

connaissances que vous avez déjà acquises vous permettent de vous orienter aisément dans une branche encore nouvelle pour vous; l'étude de la médecine mentale exige au contraire que vous commenciez par apprendre la symptomatologie particulière des troubles de l'esprit, pour ne pas vous sentir déconcertés par les phénomènes pathologiques qui se présenteront à vos yeux.

Probablement avez-vous déjà eu l'occasion, soit dans la vie journalière, soit dans quelque clinique, de voir des états psychiques morbides, comme l'ivresse, le délire fébrile, le delirium tremens, l'idiotie, peut-être même la démence sénile; mais ces cas ont dû impressionner, à titre de curiosité ou de rareté, votre sentimentalité beaucoup plus que votre sens médical.

La folie transforme toute la personnalité intellectuelle. Elle bouleverse l'ensemble de ces facultés psychiques qui élèvent l'homme au-dessus des autres êtres, bien plus que les qualités physiques, et constituent le fond même de sa nature. Son influence se fait fortement sentir sur tous les rapports du malade avec le monde extérieur. Aussi connaître ces troubles, c'est exploiter une mine de découvertes dont l'étendue embrasse tout ce qui a trait à la vie de l'âme. L'étude de la folie ne nous dévoile pas seulement une quantité de lois générales; elle nous ouvre encore des aperçus profonds sur l'histoire du développement de l'esprit humain, que nous envisagions l'individu en soi ou la race tout entière; elle nous donne enfin la clef grâce à laquelle nous serons en état de comprendre les nombreuses manifestations intellectuelles, morales, religieuses et artistiques de notre vie sociale.

Mais ce qui rend indispensable au médecin la connaissance des troubles psychiques, ce ne sont pas uniquement les multiples rapports entre la science et toutes les questions se rattachant à l'état même de l'humanité, c'est avant tout leur importance pratique exceptionnelle. La folie, même dans sa forme la plus bénigne, représente une des maladies les plus

graves que le médecin ait à traiter, car ce n'est que chez une très minime fraction d'aliénés qu'on obtient une guérison complète et durable. De plus, si nous pouvons actuellement admettre qu'en Allemagne il existe 200.000 fous, c'est là un chiffre qui semble augmenter avec une inquiétante rapidité. Cet accroissement ne serait-il qu'apparent? S'expliquerait-il par notre connaissance plus approfondie de la folie, par le nombre plus élevé des malades en traitement, par la difficulté grandissante de garder les aliénés en dehors des asiles, etc... Il suffit de se rappeler que les affections soignées dans les asiles sont dues, pour le tiers ou le quart environ, à l'abus de l'alcool et à l'infection syphilitique dont les progrès sont loin d'être stationnaires, et on sera bien forcé de conclure à l'augmentation non seulement absolue, mais bien proportionnelle du pourcentage des fous dans la population. D'autre part, les races actuelles tendent-elles vers un état de dégénérescence auquel l'alcoolisme et la syphilis ne pourraient probablement qu'apporter leur part contributive ? C'est là une question que nous réservons pour le moment.

Tout aliéné constitue un danger permanent pour son entourage et surtout pour lui-même : un tiers au moins des suicides ressortit à des troubles mentaux; les crimes passionnels, les incendies, plus rarement les agressions, les vols et escroqueries sont commis par des aliénés. On ne compte plus les familles dont un membre malade a causé la ruine, en gaspillant sa fortune sans réflexion ou en se trouvant dans l'impossibilité de gérer ses affaires et de travailler par suite d'une longue maladie. Une faible partie de ces incurables est seule destinée à une mort rapide; l'immense majorité continue à vivre pendant des années, et ainsi se crée, pour la famille et l'État, une charge de plus en plus lourde, dont les conséquences retentissent profondément sur notre vie sociale.

C'est pourquoi s'impose de plus en plus au médecin qui veut rester à la hauteur de sa tâche le devoir de se familiariser, dans la mesure du possible, avec les manifestations

de la folie. Bien que les limites de son pouvoir soient fort restreintes en face d'un si redoutable adversaire, tout praticien rencontre cependant un assez grand nombre d'occasions de prévenir ou d'adoucir les malheurs sans fin engendrés par les désordres mentaux. Le moyen le plus efficace pour maîtriser ce fléau, c'est de lutter tout d'abord contre l'alcool et la syphilis, puis contre la morphine et la cocaïne, dont les effets désastreux ne sont imputables qu'à la manière dont en usent les médecins. Le médecin de la famille a plus d'une fois le moyen d'empêcher des mariages entre personnes malades ou de mentalité affaiblie. Par ses conseils, il est à même de faire élever comme il convient des enfants plus ou moins dégénérés et de les guider vers une carrière appropriée à leurs facultés. Mais avant tout, il a la mission de dépister en temps voulu les symptômes menaçants, de prévenir par une intervention énergique les suicides et les autres malheurs. De même ne laissera-t-il pas traîner en longueur ces cas si fréquents que l'aliéniste ne voit que beaucoup trop tard pour être encore en état d'agir efficacement. Le médecin qui s'est occupé de psychiatrie ne sera pas embarrassé devant les malades qui sont sur la frontière de l'aliénation mentale. N'est-ce pas là un dédommagement suffisant aux labeurs des années d'études ? Que de fois n'ai-je pas rencontré de vieux praticiens regrettant leur ignorance sur les questions psychiatriques ! Ils avaient eu l'occasion d'apprécier dans le cours de leur carrière l'importance du diagnostic des manifestations morbides psychiques. Ai-je besoin d'ajouter que ce diagnostic est chaque jour demandé dans les circonstances les plus variées, par les tribunaux, les syndicats, les autorités ?

Il va de soi qu'en psychiatrie, comme dans toute spécialité médicale, on ne peut posséder des connaissances approfondies qu'au prix d'un travail sérieux, longtemps continué. Toutefois on arrive en peu de temps à acquérir plus ou moins complètement un aperçu général des formes morbides

les plus répandues, à condition bien entendu d'examiner avec un soin minutieux des cas aussi nombreux que différents. Au bout d'un ou de deux semestres de consciencieuses études cliniques, le débutant sera encore incapable de saisir la véritable interprétation de toute une série de faits; mais on obtient relativement vite un résultat. Et n'est-ce pas un avantage appréciable d'avoir une conception nette des grandes difficultés que l'on rencontre sur ce terrain et surtout d'avoir fait litière de ce préjugé ridicule, si répandu encore aujourd'hui, qui permet à une personne complètement incompétente de porter un jugement sur un aliéné ?

Après ces remarques préliminaires, abordons l'examen des malades. Je vous présenterai d'abord un homme de 59 ans, cultivateur, admis à la clinique il y a un an. Ce malade a perdu toutes les dents de la mâchoire supérieure ; aussi paraît-il plus vieux que son âge. Il comprend sans difficulté les questions qu'on lui adresse et y répond avec logique et exactitude ; il sait où il se trouve, depuis combien de temps il est arrivé ici, connaît les médecins et, sans hésiter, nous dit avec précision la date et le jour de la semaine. Il a les commissures labiales abaissées, les sourcils contractés et les yeux fixés devant lui ; tout dans son visage témoigne un état d'abattement ; lui parle-t-on, il lève les yeux, éclate en gémissements et s'accuse « de n'avoir pas tout dit à son entrée. Il a caché ses péchés de jeunesse : il fut impudique avec lui-même ». Rien de ce qu'il a fait n'a réussi. « Oh ! que j'ai d'angoisse ! je ne puis rester couché tant j'ai peur ! Dieu ! si seulement je n'avais pas commis de si graves péchés ! » Depuis un an il a des maux de tête, des vertiges ; son estomac, son cœur lui font mal. Puis il n'a plus eu le moindre goût du travail : « Il n'y avait plus de ressort. » Il n'a plus connu un moment de repos et s'est alors imaginé une foule de bêtises. Il y avait, par exemple, quelqu'un dans sa chambre ; une autre fois il lui sembla voir le malin ; peut-être va-t-on l'emporter. Étant gamin, il lui est arrivé de voler des pommes

et des noix, et sa conscience, qui s'est réveillée seulement avec la maladie dont il souffre, le lui reproche aujourd'hui. Il a joué aussi avec une vache et avec lui-même : « C'est pour cela que maintenant le remords lui revient. » Il a cru être abandonné de Dieu et être devenu libre comme l'oiseau. L'appétit, les selles, le sommeil, tout est mauvais. « Quand l'esprit ne dort pas, toutes sortes de pensées se présentent à lui. » Aussi a-t-il fait acte de folie et s'est-il attaché un foulard autour du cou pour s'étrangler ; mais il n'y a rien eu là de sérieux. Trois sœurs et un frère ont également été malades. Les sœurs ont été moins prises et ont guéri. « Le frère s'est suicidé dans un accès d'angoisse. » Un de ses frères s'est suicidé dans un instant d'angoisse.

Tout cela est dit par le malade en phrases décousues entrecoupées de pleurs et de gémissements. Le reste de sa conduite est naturel. Il fait ce qu'on lui demande ; mais il insiste pour qu'on ne l'emmène pas : « Son cœur a tant d'angoisse. » L'examen somatique ne dénote rien de particulier, sauf un léger tremblement dans les doigts en extension et un peu d'arythmie. Dans ses antécédents personnels, nous relevons qu'il est marié et père de quatre enfants bien portants ; trois autres sont morts. La maladie a débuté progressivement, sans cause apparente, sept à huit mois avant son entrée à la clinique, par des troubles digestifs et de l'inappétence ; puis survinrent de nombreuses idées de culpabilité. Le poids du malade, qui avait diminué à son arrivée, a augmenté progressivement de 7 kilogrammes.

Le point le plus frappant dans cette affection, c'est cet état de dépression anxieuse. A un premier examen, cette anxiété ne semble pas différente de celle qu'on voit normalement. Le malade s'imagine avoir toujours été un peu anxieux et l'être seulement devenu davantage aujourd'hui. Mais il est impossible de trouver la moindre cause à cette anxiété, qui pourtant persiste, même avec aggravation, depuis de longs mois. C'est là le fait d'un processus morbide. Le sujet en trouve

sans doute l'origine dans ses péchés de jeunesse ; mais, même en admettant cette hypothèse, il n'en est pas moins vrai que sa situation ne l'a pas particulièrement inquiété avant l'apparition de son état actuel. C'est seulement à cette époque que sa conscience s'est manifestée. A partir de ce moment, ses actions antérieures lui apparaissent sous un jour nouveau et plein de menaces ; et, petit à petit, se dessine le symptôme morbide que nous appelons « délire de culpabilité ». C'est sous l'influence de l'angoisse que sont nées ces idées du diable voulant l'emporter ou d'abandon de Dieu. Ce ne sont pas des hallucinations sensorielles ; il semblait simplement au malade « qu'il en était ainsi ». Il s'aperçoit d'ailleurs très bien qu'un changement s'est opéré en lui : « Il n'est plus, dit-il, comme auparavant. » Mais il n'est pas capable de discerner ce qu'il y a de morbide dans ses idées de culpabilité et dans ses pensées.

C'est ce syndrome que nous désignons sous le nom de « mélancolie ». Il se caractérise par le développement insensible d'une dépression anxieuse, à laquelle se joignent en proportions fort variables des conceptions délirantes. Les plus fréquentes sont des idées de culpabilité à teinte religieuse. Les malades sont abandonnés de Dieu, possédés du diable. D'autres fois ce sont des idées hypocondriaques qui dominent la scène : impossibilité de recouvrer la santé, d'aller à la selle, etc. Enfin ce peut être encore la crainte de devenir pauvre, de mourir de faim, d'aller en prison, d'être jugé, exécuté, etc.

Peu à peu l'anxiété devient si grande, sous l'influence des conceptions délirantes, que les malades veulent mourir, et très fréquemment en effet ils se suicident. Notre sujet s'est borné à une tentative insignifiante ; mais voici une veuve de 54 ans, qui a été plus loin et a fait des efforts sérieux pour se détruire. Mariée à 30 ans, elle a eu quatre enfants ; tous sont en bonne santé. Pas d'antécédents héréditaires. A la suite de la mort de son mari,

survenue il y a deux ans, elle n'a plus pu dormir; puis elle est devenue franchement anxieuse quand il a fallu vendre sa maison pour liquider la succession. Elle s'imaginait alors être tombée dans la misère, tout en reconnaissant, quand elle réfléchissait avec sang-froid, que ses craintes étaient loin d'être fondées. Elle éprouvait aussi des bouffées de chaleur dans la tête et de l'angoisse précordiale ; la vie lui était insupportable, surtout le matin ; la nuit elle ne pouvait trouver un instant de repos, même à l'aide de narcotiques. Brusquement lui est venue cette idée : « A quoi bon rester sur terre ? Prépare-toi à partir pour qu'ils soient tranquilles ; ça ne va plus. » Et elle alla se pendre avec son mouchoir derrière la maison. Son fils la trouva sans connaissance ; il put la faire revenir à elle et l'amena à la clinique.

Ici elle se montra très calme, en pleine possession d'elle-même, sans que rien d'insolite se manifestât dans ses idées et dans sa conduite. Elle comprit ce que son état avait de pathologique ; mais ce fut pour manifester la crainte de ne plus être à même de guérir : elle ne pouvait envisager cette hypothèse, ni rester ici, ni s'empêcher de se laisser aller au désespoir. Elle éprouvait du reste un très vif besoin de parler de sa maladie, gémissait tout haut et réclamait un prêtre pour chasser le malin ; puis elle était prise d'accès de tremblements. Tout repos lui était impossible : « Elle avait de si violents maux de tête que son cœur battait à se rompre. La vie lui était insupportable, mais elle voulait mourir chez elle. » Ses idées de suicide ne cessaient de la torturer. Indépendamment de la perte presque complète de l'appétit et du sommeil, n'existait aucun trouble somatique appréciable. Dans le courant des premiers mois, sa situation s'améliora considérablement, au point que, sur le désir pressant de ses proches, on l'autorisa à rentrer dans la famille de sa fille ; mais là, l'angoisse et les idées de suicide ne tardèrent pas à reparaître avec une telle ténacité que, quinze jours après sa sortie, on dut la ramener à la clinique. Son état ne se modi-

fia chez nous que très lentement, avec des périodes de mieux et de plus mal. Il est vrai que des suppurations du pariétal droit et du poignet gauche obligèrent à des interventions réitérées qui retardèrent beaucoup la guérison.

Cette malade, elle aussi, se rend parfaitement compte de sa position, et les renseignements qu'elle donne à cet égard sont pleins de bon sens. Il n'y a pas chez elle de conceptions délirantes proprement dites, exception faite pour la peur de ne pas se rétablir. Le fond du tableau clinique est constitué par de la dépression anxieuse permanente, à laquelle s'ajoute tout le cortège des émotions qu'on rencontre même chez les gens en bonne santé : troubles du sommeil, de l'appétit, de la nutrition générale. Cette ressemblance avec l'émotion normale devient plus frappante du fait que tout ce déséquilibre psychique a pris naissance à la suite d'un choc moral douloureux. Toutefois il nous est facile de voir que l'intensité et la durée de cette dépression dépassent de beaucoup les bornes de la normale. La malade sent elle-même que son anxiété n'est pas justifiée et qu'elle n'a véritablement aucune raison pour souhaiter la mort.

Il n'est pas toujours nécessaire qu'au cours de la mélancolie le malade ait conscience de la nature morbide de son anxiété et qu'il se sente souffrant. C'est notamment dans les cas où les conceptions délirantes occupent le premier plan que cet important symptôme peut longtemps faire défaut. Voici, par exemple, une veuve de 46 ans qui, après avoir soigné son fils atteint de fièvre typhoïde, fut elle-même atteinte de cette affection ; deux ans plus tard, elle perdit son mari. Bientôt elle commença à devenir anxieuse ; puis elle se reprocha d'avoir mal soigné son mari, et enfin très rapidement se développa un délire de culpabilité bien caractérisé. Elle n'a jamais rien fait de bien. C'est le démon qui la dirigeait ; ses prières n'avaient aucune efficacité, mais elle ne l'avait jamais remarqué auparavant. C'est le diable que son mari a épousé ; aussi n'est-il pas au ciel à présent ; elle-

même, ses enfants, tous sont damnés, à cause de la vie peu chrétienne qu'ils ont menée jusqu'ici. En même temps, cette femme avait une insomnie absolue avec une grande inquiétude ; elle gémissait, criait, pleurait continuellement, refusait toute nourriture, à tel point qu'on dut l'amener à la clinique.

Ici elle fut plus maîtresse d'elle-même ; elle avait la notion de ce qui se passait autour d'elle ; mais peu à peu l'agitation anxieuse reparut et notre malade se mit à pousser des cris monotones et insupportables. On ne pouvait l'interrompre qu'en lui posant des questions, auxquelles elle répondait toujours, il est vrai, mais d'une façon abracadabrante. Elle a été le serpent tentateur dans le paradis. Elle a séduit son mari qui, du reste, s'appelait Adam. Elle a attiré la malédiction sur son mari, sur elle et sur ses enfants ; elle a rendu tout le monde malheureux ; c'est pourquoi on la fait brûler. Elle est déjà en enfer ; elle voit là dans le gouffre ses horribles péchés. Le firmament est tombé ; il n'y a plus ni eau, ni argent, ni nourriture ; elle a tout détruit, elle a causé la ruine du monde. « Le monde entier pèse sur son âme. » Elle s'accuse de tous ses crimes dans une lettre adressée au tribunal auquel elle demande son incarcération, et signe cette lettre : « le Diable ».

Remarquez toutefois que, malgré ses cris et ses idées délirantes, la malade sait très bien où elle est ; elle répond aux questions qu'on lui pose sur son pays, sur les médecins qui la soignent, etc., en termes hachés, mais logiques. De même, quand elle compte, elle ne commet pas d'erreur. Mais elle retombe toujours bien vite dans ses plaintes monotones. De temps à autre, elle a la sensation confuse de son affection. « Quelquefois on pense comme cela, quelquefois autrement, dit-elle ; il me semble que ce n'est pas comme cela. Parfois c'est comme dans un rêve, à d'autres moments comme dans la réalité. » Elle ne présente aucun signe somatique grave, bien qu'une alimentation défectueuse et le manque

de sommeil aient rendu sa santé précaire. Trois de ses fils sont bien portants, trois autres sont morts en bas âge (1); le père aurait également été quelque temps aliéné.

Ce tableau clinique semble du premier abord se distinguer des autres formes qui sont plus simples. Cependant il est facile de voir qu'il n'existe entre eux qu'une différence de degré. Dans la genèse des idées délirantes et dans l'intensité de l'anxiété et de ses manifestations nous trouvons tous les intermédiaires imaginables, depuis les formes décrites plus haut, nommées ordinairement « mélancolie simple », jusqu'à cette dernière variété clinique. Le même cas se présente souvent tantôt sous l'un tantôt sous l'autre de ces aspects ; il est donc bien difficile de donner de cette affection une description clinique univoque.

Nos trois malades étaient assez âgés ; ce n'est point là un effet du hasard. La mélancolie, telle que nous l'avons décrite, frappe de préférence, peut-être même exclusivement, les personnes âgées et surtout les femmes à l'époque de la ménopause. C'est pour ainsi dire l'exagération morbide de ce sentiment de déchéance progressive qu'éprouvent aussi les gens bien portants. Naturellement il s'agit presque toujours de personnes prédisposées ; les femmes paraissent même plus fréquemment atteintes. Dans certains cas un traumatisme psychique, la mort brusque d'un proche parent par exemple, agit comme cause déterminante. Dans d'autres observations par contre on ne trouve aucune cause à invoquer.

Le pronostic est en général assez favorable (2) ; un tiers environ des malades revient à la santé. Les cas graves peuvent laisser à leur suite un certain degré d'affaiblissement intellectuel et quelques traces de dépression anxieuse. La marche de l'affection est lente, et la durée, qui oscille dans

(1) L'un devint catatonique, puis dément.

(2) Le premier de nos malades est guéri depuis plus de neuf ans et demi ; la seconde, depuis cinq ans ; quant à la troisième, elle resta en traitement pendant quatre ans et demi et mourut de phtisie.

de très larges limites, dépasse presque toujours un ou deux ans et même parfois davantage.

D'ordinaire le traitement ne peut être bien conduit qu'à la clinique ; les idées de suicide, qui font rarement défaut, exigent en effet une surveillance minutieuse jour et nuit. L'alitement continu, une alimentation abondante, que la résistance des malades rend souvent très difficile, représentent les indications capitales. Il faut aussi s'efforcer de donner aux patients le sommeil nécessaire à l'aide de bains ou de narcotiques. Parmi ces derniers, nous employons de préférence la paraldéhyde, l'alcool dans certains cas et le trional en petite quantité. Contre l'anxiété on a recours à l'opium à doses progressivement croissantes et décroissantes, 10 à 40 gouttes par jour en 3 fois. Chez nos deux premiers malades ce médicament nous a bien rendu service ; la paraldéhyde nous a mieux réussi chez la troisième. La sortie de l'asile doit s'effectuer également avec la plus grande prudence : un départ prématuré peut être suivi de rechutes graves avec tentatives de suicide, comme ce fut le cas chez notre deuxième sujet. Enfin les visites des parents ont une influence néfaste jusque dans les derniers temps de la maladie.

DEUXIÈME LEÇON

États circulaires dépressifs.

Messieurs, le malade que vous voyez aujourd'hui devant vous est un commerçant âgé de 43 ans, qui depuis cinq ans environ revient presque sans interruption à la clinique. Tout en étant de vigoureuse constitution, il présente un état général qui laisse beaucoup à désirer : son teint est pâle, et les traits du visage sont tirés et expriment la souffrance. Il entre à petits pas, avec peine et s'assied lentement ; il reste sur sa chaise, tout voûté, le regard fixe, sans presque faire de mouvements. Il tourne un peu la tête quand on lui parle, et après un certain temps répond à voix basse et par monosyllabes cependant en rapport avec la question qu'on lui adresse. Il donne l'impression d'avoir de la peine à prononcer une parole ; les lèvres remuent avant que le son de la voix se fasse entendre. Il n'ignore pas la date du jour, sait où il se trouve et connaît les médecins qui le soignent. Il avoue être malade depuis cinq ans, mais ne peut expliquer, si peu que ce soit, que son affection est de nature émotive.

Il n'a pas d'angoisse et fait de ses occupations et de sa vie antérieure un récit court, quoiqu'exact. Il résout les calculs même un peu difficiles, en prenant son temps il est vrai, et ne commet pas d'erreur. Lui demande-t-on d'écrire son nom au tableau, il se lève lentement et péniblement ; il trace

des lettres un peu tremblées, mais très nettes. Nous n'avons pas pu trouver la moindre idée délirante, soit de culpabilité, soit d'un autre ordre. Il dit que sa mauvaise humeur est simplement due à sa maladie qui dure depuis si longtemps et qui finit par l'inquiéter. Il espère cependant revenir bientôt à la santé.

Comme vous le voyez, nous avons affaire ici à un état de dépression émotive semblable aux précédents. Sans doute n'existe aucune idée délirante, mais vous savez entre quelles larges limites le délire peut osciller dans cette affection et vous vous garderez d'attribuer à son absence une importance exagérée. Par contre, il est évident que ce malade est déprimé et non pas anxieux ; il lui est impossible, semble-t-il, de s'exprimer et de se remuer librement à l'instar de nos autres sujets. C'est avec peine qu'il communique ses sensations ou qu'il répond aux questions qu'on lui pose. Nos précédents malades, au contraire, ressentaient le besoin d'extérioriser leur souffrance, de se lamenter, de se plaindre. Pour lui, même à propos des détails les plus insignifiants, il éprouve du mal à parler et le fait avec lenteur. Cette constatation nous prouve qu'on ne doit invoquer chez lui ni honte ni timidité à nous renseigner sur ce qui le touche, mais bien une sorte de gêne s'exerçant sur toute la fonction du langage dans son ensemble. Là ne se borne pas le tableau clinique : toutes les manifestations volontaires sont encore fort pénibles. Depuis trois ans cet homme est complètement hors d'état de se lever, de s'habiller, de s'occuper ; depuis cette époque il reste presque tout le temps au lit, sans faire de mouvement. Il comprend du reste très bien ce qui se passe autour de lui et il est capable de réfléchir à des questions assez compliquées ; aussi doit-on conclure que ses troubles sont exclusivement limités aux actes volontaires ou tout au moins que c'est là le domaine où ils sont les plus accentués. Vous voyez aisément quelle fatigue il ressent à se remuer et à exécuter ce que nous lui demandons. Mais simultanément

il y a affaiblissement de toutes les impulsions volontaires ; il s'agit donc d'une paralysie de la volonté, c'est-à-dire que chaque effort volontaire se heurte à une résistance difficile à surmonter, quelquefois même invincible. Cette notion est la caractéristique du tableau clinique. Par contre l'humeur taciturne, la tristesse paraissent relativement peu accusées, et il n'est pas pour l'instant d'autres troubles psychiques à relever.

Nous voilà au courant de toute une série de particularités qui vont nous permettre de comprendre la nature intime de l'affection. Ce sujet se différencie très nettement de nos mélancoliques par l'inhibition si marquée de la volonté et par le manque d'agitation anxieuse. Ce sont là des symptômes qui sont en général liés à une maladie bien spéciale que nous désignons sous le nom de « folie maniaque-dépressive ».

Elle est représentée par une série d'accès d'ordinaire dissemblables : ou bien ils sont comme ici de nature dépressive, ou bien ce sont des périodes d'excitation particulière que nous aurons l'occasion d'étudier plus tard. Chaque accès est séparé du suivant par un intervalle plus ou moins long de bonne santé.

Le diagnostic que nous avions posé, sur le simple examen de l'état actuel, est pleinement confirmé par l'étude des antécédents de notre malade.

Le premier accès éclata à l'âge de 23 ans. C'était une crise de dépression, comme il arrive presque toujours du reste au début de l'affection. L'année suivante, une période d'excitation nécessita l'internement du patient dans un asile. Deux ans plus tard, très probablement encore en état d'excitation, il se maria avec une personne bien au-dessous de sa condition. Il divorça peu après, en pleine dépression. A l'âge de 31 ans, vraisemblablement encore excité, il tomba entre les mains d'une aventurière qui l'abandonna par la suite, lorsqu'il fut à nouveau devenu taciturne. Pour sa famille, les périodes de dépression n'étaient que le résultat

de ses excès antérieurs. Une phase d'excitation très violente le fit encore enfermer dans un asile, de 36 à 37 ans.

Le père du malade et deux de ses frères sont alcooliques ; une de ses sœurs présente la même affection que lui ; depuis de nombreuses années il est lui-même atteint de diabète insipide. Un médecin lui aurait soi-disant conseillé de boire du vin, car l'eau ne pouvait que lui être nuisible. Il suivit très exactement ce conseil, si bien qu'il y a cinq ans et demi survint un accès de delirium tremens, auquel succéda un état d'agitation qui alla sans cesse en augmentant pour ne disparaître qu'au bout de deux ans.

Quelques semaines après avoir quitté la clinique où il avait été traité, cette inhibition de la volonté que vous constatez encore aujourd'hui, peut-être un peu atténuée, s'installa presque brusquement. Le malade restait inerte dans son lit, gâtait sous lui, ne mangeait plus, parlait à peine et uniquement pour exprimer son anxiété. Il semble qu'au début la pensée était aussi entravée, tandis qu'actuellement les réponses aux questions faciles ou compliquées se font avec autant de peine les unes que les autres. Il n'eut à cette époque aucune idée délirante. Dans le cours de ces trois dernières années, malgré un traitement très soigné, on n'obtint aucune amélioration. Cependant si le malade résiste à ces troubles graves, il est très probable que cet accès guérira comme les précédents (1). Il est aussi très possible que ces accès de dépression ou d'excitation reviennent un jour ou l'autre.

La courbe du poids est très intéressante à étudier dans cette affection. Notre malade perdit tout d'abord, dans la dernière période d'excitation, 13 kilogrammes, puis il regagna 25 kilogrammes quand le calme reparut. Pendant les dix-huit premiers mois de dépression, le poids baissa de 91 kgr. 500

(1) Cette espérance fut malheureusement déçue. Le malade est mort, au bout de trois ans et demi, de phtisie pulmonaire ; les troubles psychiques n'avaient fait qu'augmenter et l'état de dépression avait persisté.

à 56 kgr. 500 et depuis il ne remonta que de 14 kilogrammes. Ces chiffres montrent quel bouleversement s'opère dans tout l'organisme. Bien que nous soyons peu en état de toujours comprendre la raison des différents détails de ce processus, la courbe du poids nous aide néanmoins à juger très exactement de l'état général du malade. Elle constitue un signe de pronostic fort important, non seulement d'ailleurs pour la folie maniaque-dépressive, mais encore pour toutes les formes de folie. Lorsqu'après un stade de descente progressive on voit la courbe remonter, on est autorisé à conclure que l'accès de dépression ou d'excitation a dépassé son acmé.

Notre seconde malade sera moins délicate à comprendre pour vous, je crois, maintenant que vous avez examiné le cas précédent, et je souhaite que vous ne vous heurtiez pas aux difficultés que j'ai rencontrées autrefois chez elle. Il s'agit d'une femme de 23 ans qui est ici depuis quatorze jours. Issue d'une mère un peu bornée, elle a accouché pour la deuxième fois voilà six semaines. Dix-sept jours plus tard, un incendie se déclarait dans sa chambre, ce qui lui causa un violent effroi. Elle devint anxieuse et agitée, voyant des flammes et des oiseaux noirs, entendant des sifflets et des chants; elle se mit à crier par la fenêtre, à gémir sur ses péchés, promettait de devenir sage et ne dormait plus du tout. Regardez cette femme, dont l'état général laisse beaucoup à désirer; elle s'assied, les yeux baissés, et ne fait plus un mouvement. A peine de temps à autre, aperçoit-on ses lèvres s'écarter. Sa physionomie est tendue et anxieuse. L'interroge-t-on sur le temps, sur les personnes qui l'entourent, sur l'endroit où elle se trouve, elle ne répond pas ou secoue la tête en murmurant : « Je ne sais pas. » Elle répond aussi par un signe de tête, quand on lui demande si elle est triste; et, comme se parlant à elle-même, elle dit : « Il vient toujours autant de voitures; dehors il y en a beaucoup qui tournent tout autour. » Çà et là, elle émet en geignant quelques phrases

hachées, presque toujours les mêmes : « Je veux m'en aller, oh ! là, là ! je m'en vais, je ne veux pas qu'on me tue, je n'ai pas le droit de rester là plus longtemps ; oh ! grand Dieu ! il y a du poison dans la nourriture. » Elle fait en tremblant ce qu'on lui commande ; quelquefois elle refuse d'abord, mais on arrive facilement à la convaincre. Cherche-t-on à la piquer avec une aiguille, elle crie et se rejette vivement en arrière. La plupart du temps on est forcé de la faire manger.

Vous avez certainement déjà compris qu'il s'agit encore d'une paralysie de la volonté, se manifestant surtout par le silence et les jeux de physionomie de la malade. Tous ses mouvements sont lents, gênés ; ils s'animent seulement un peu dans les gestes de défense. De plus, par opposition avec le précédent sujet, elle souffre de phénomènes angoissants très intenses ; elle paraît beaucoup moins susceptible de comprendre ce qu'on lui dit que notre premier malade et son intelligence est beaucoup moins lucide. Elle ignore complètement l'état dans lequel elle se trouve, ne perçoit rien de ce qui se fait autour d'elle et est incapable de tout travail intellectuel. L'inhibition de la volonté s'accompagne ici d'entrave de la pensée. Vous vous rappelez sans doute que des troubles analogues marquèrent le début de la précédente observation et qu'ils disparurent par la suite. En fait cette inhibition de la pensée, pour employer l'expression par laquelle nous désignons ce symptôme, se rencontre dans toutes les manifestations dépressives de la folie maniaque-dépressive. Elle est plus ou moins accentuée ; le patient s'en rend toutefois lui-même compte dans la majorité des faits.

La dépression de l'émotivité au cours de la folie maniaque-dépressive peut osciller entre de très larges limites comme allure et comme intensité. En face d'une inhibition de la volonté et de la pensée aussi nette que dans notre cas, nous admettrons sans difficulté qu'il s'agit d'une observation appartenant au même groupe que la première. On verra très probablement une récidive sous forme d'accès analogues ;

peut-être aussi ceux-ci affecteront-ils la forme d'excitation. Un point très curieux nous confirme du reste cette manière de voir. Lorsqu'on cause longtemps avec cette malade si anxieuse, elle finit par sourire.

Vous comprendrez toute l'importance de ce signe quand nous aurons jeté un coup d'œil sur ses antécédents. Elle a déjà été chez nous, il y a quatre ans. Enceinte du fait d'un homme marié, elle venait d'avorter. Quelques semaines plus tard, elle était devenue muette, comme figée; elle émettait des idées de mort, voyait des esprits et toute troublée, confuse, stupide et anxieuse, refusait de se nourrir. En un mot se développa chez elle un état identique à celui qu'elle nous offre aujourd'hui, peut-être avec inhibition de la volonté et de l'idéation encore plus accentuée; il dura sept mois. Puis brusquement ce fut un changement complet. La malade se montra lucide, sensée, aimable et agitée; au bout de six mois tous ses troubles avaient disparu. Pendant sa convalescence elle eut encore une courte période de dépression, puis resta en parfaite santé jusqu'au début de l'accès actuel.

En somme l'explication que nous avons adoptée, en nous basant uniquement sur l'étude des manifestations du moment, se trouve confirmée par les antécédents du sujet. On ne peut révoquer en doute l'intime parenté qui unit ces deux états de dépression analogues entre eux. D'ailleurs en songeant qu'ils ont tous deux fait leur apparition après les couches, on serait autorisé à conclure que la même cause a produit les mêmes effets. Mais nous notons ici la même entrave de la pensée et de la volonté que chez notre précédent sujet, chez qui il ne saurait être question d'accouchement. La dépression qui se change brusquement en excitation chez les deux malades constitue un nouvel argument en faveur de la nature identique des tableaux cliniques que nous avons sous les yeux. En outre, nous verrons plus loin que les troubles psychiques des suites de couches se présentent sous une tout autre allure. Des causes d'origine externe suffisent enfin très sou-

vent à provoquer l'éclosion d'un accès de folie maniaque-dépressive. Il est donc bien possible que notre malade soit encore frappée d'accès auxquels il n'y aurait pas moyen d'assigner une origine appréciable.

Cette femme aura donc probablement, dans le cours de son existence, de fréquents accès d'excitation ou de dépression qui aboutiront toujours à la guérison. L'accès actuel en effet se terminera sans aucun doute lentement; une légère période d'excitation pourra d'ailleurs lui succéder, comme dans les cas antérieurs. Et déjà ce sourire que je vous ai signalé devrait peut-être bien nous apparaître comme le signe avant-coureur d'une modification dans ce sens de l'ensemble morbide (1).

L'on désigne d'ordinaire les formes graves d'inhibition de la volonté, ainsi que certains autres états analogues, sous le nom de « stupeur ». Je préfère me servir du terme de « stupeur circulaire », parce que la folie maniaque-dépressive est le plus souvent appelée « folie circulaire » en raison de ses accès qui reviennent sous l'une ou l'autre forme. La caractéristique des formes avec stupeur est la perte de toute manifestation de la parole et de la volonté en face d'une excitation extérieure. La stupeur n'est pas une entité morbide, une affection déterminée ; c'est un signe clinique relevant de modes pathogéniques multiples et justiciable d'interprétations cliniques très variées. Mais la stupeur circulaire se présente aussi sous des aspects si divers qu'il n'est pas toujours aisé de dépister sa véritable origine.

Examinez maintenant cette femme de 44 ans, aubergiste, malade depuis deux mois et demi. Jusqu'ici, sa famille a été indemne de toute espèce de troubles mentaux ; elle-même a trois enfants en très bonne santé. Son mari dut dernièrement changer sa maison de commerce. La malade commença dès

(1) La malade, après un séjour de cinq mois à l'asile, ayant augmenté de 13 kilogrammes, guérit sans avoir présenté de véritable excitation maniaque ; depuis six ans elle est restée bien portante.

lors à se plaindre de gêne dans la tête. Elle se tourmentait sans motif : ses enfants, disait-elle, n'avaient plus de vêtements et tout était déchiré ; le déménagement serait cause de sa mort ; elle avait rendu son mari très malheureux ; l'huissier était sur le point de vendre tout chez elle ; la ruine était complète ; on n'avait plus même de quoi vivre. Puis elle ne parla plus et, refusant toute nourriture, ne prêta plus attention à rien. Une nuit, elle mit un couteau dans son lit et proféra des idées de suicide. On se décida aussitôt à l'amener à la clinique. Chez nous, tout en se montrant très lucide, tout en connaissant exactement son état, elle ne répondait que par monosyllabes, mais avec bon sens, sur tout ce qui avait trait à son existence antérieure et à sa maladie. Depuis plus de trois mois elle n'avait pas de repos ; elle était devenue distraite, oublieuse et ne songeait à rien. Tout lui était désagréable ; elle était incapable d'éprouver le moindre plaisir. Elle ne pouvait pas davantage mener quelque chose à bien, le plus petit travail étant pour elle plein de difficultés. D'ailleurs elle parlait peu spontanément ; le plus souvent elle restait couchée, son visage reflétant une expression de somnolence. Il lui fallait un long temps de réflexion pour être à même de répondre aux questions les plus simples. Elle ne savait plus au juste l'époque des divers événements qui avaient traversé sa vie ; elle ignorait où elle se trouvait. Tous ses propos, tous ses gestes étaient lents et hésitants ; il semblait qu'elle fût indécise sur ce qu'elle devait dire ou faire. D'humeur constamment sombre, elle pleurait beaucoup lorsque sa famille venait la voir. De même, quand on voulait l'examiner en détail, elle se mettait à pleurer, sans être capable le moins du monde de dire pourquoi. Elle appelait son affection « sa maladie noire ».

Dans leurs traits essentiels, nous retrouvons encore aujourd'hui les mêmes symptômes. La physionomie de cette femme est toujours triste ; tout son être semble oppressé ; elle parle à voix basse, en tremblant ; ses gestes sont lents. Malgré

tout elle a gardé une complète lucidité d'esprit. Par contre les idées de culpabilité sont beaucoup plus marquées. En sanglotant elle s'accuse d'être la plus grande des criminelles; elle a entraîné dans son malheur ses enfants et son mari, et elle sera certainement condamnée à mort. Ce sont les mêmes idées de culpabilité que nous avons déjà rencontrées dans la mélancolie, et vu l'âge de la malade, on serait en droit de penser à une mélancolie de la ménopause. Mais je ne crois pas que l'on puisse soutenir ce diagnostic. Une inhibition si forte de la volonté et de l'idéation ne se retrouve guère que dans la folie maniaque-dépressive; elle fait défaut dans la mélancolie vraie. En nous basant sur ce symptôme, nous devons, me semble-t-il, faire rentrer cette observation dans le cadre de la folie circulaire. Si la chose est exacte, nous ne verrons pas l'affection suivre une marche lentement progressive pour se terminer par la guérison ou par cette démence spéciale post mélancolique que je vous ai déjà brièvement décrite. Au contraire, les premiers accès de la folie maniaque-dépressive sont ordinairement de peu de durée et d'un pronostic favorable; aussi devons-nous nous attendre à une guérison rapide, réserve faite pour la possibilité d'une récidive, soit analogue, soit peut-être accompagnée d'une période d'excitation.

L'évolution de la maladie semble jusqu'à présent confirmer mon diagnostic. Après trois ou quatre semaines de séjour ici, la malade était déjà moins abattue. Elle se montrait impatiente et mécontente; un sourire s'esquissait souvent sur ses lèvres, et c'est là un signe qui, comme nous le verrons encore plus loin, a son importance. Elle insistait pour retourner chez elle, et son mari, croyant qu'elle avait le « mal du pays », la reprit malgré nos conseils. Ce fut du reste pour peu de temps : les idées de culpabilité furent de nouveau si violentes qu'on nous la ramena au bout de quatre jours. Très probablement arriverons-nous rapidement à une amélioration (1).

(1) Malheureusement son mari entrava encore sa guérison, car, malgré les conseils du médecin, il la reprit chez lui. Une grave tentative de sui-

Les formes légères où nous retrouvons cette inhibition de la volonté sont désignées par les malades sous le terme d' « incapacité de conclure ». Il existe un nombre incommensurable de ces formes atténuées de folie maniaque-dépressive, qui ne viennent jamais dans les asiles ou dont on ne reconnaît même pas la nature pathologique. Nous assistons alors à cette « énigme psychologique » d'une impossibilité complète de conclure qui revient régulièrement par périodes, pendant lesquelles chaque acte volontaire nécessite d'immenses efforts, et cela sans motif et malgré les dénégations des malades et de leur entourage qui trouvent toujours une cause pour expliquer ces phases morbides. Ces formes atténuées, qui conduisent par toutes sortes de transitions aux formes les plus graves, nous montrent à l'évidence quelles racines profondes la folie maniaque-dépressive puise dans les prédispositions individuelles. Elle atteint en effet fréquemment plusieurs membres d'une famille. Assez souvent aussi voyons-nous se succéder pendant l'existence entière une série ininterrompue de petits accès. Dans bon nombre de faits l'affection ne se montre au contraire qu'une seule fois, témoin le cas actuel, tantôt à un âge déterminé, tantôt à la suite d'une lésion quelconque. Mais c'est au moment de la puberté et de la ménopause que les accès éclatent de préférence.

Les formes légères, susceptibles d'ailleurs d'alterner avec les formes très sérieuses, guérissent en général sans traitement. Parfois les malades sont envoyés dans différents établissements ou sanatoriums comme neurasthéniques; ou bien on leur conseille de voyager, et par la suite ceux qui ont guéri ou qui reviennent en période d'excitation vantent partout leur cure merveilleuse. Dans tous les cas graves le séjour à l'asile est indispensable en prévision du suicide,

cide en fut le résultat. Puis à la dépression succéda une crise d'hypomanie très marquée qui amena la malade encore une fois à l'asile. Depuis deux ans la guérison semble durable.

toujours à craindre au début ou à la fin de l'accès; car à ces périodes l'entrave de la volonté, moins accusée, ne rend pas ces malades incapables d'agir. Dans les asiles, on les surveillera avec le plus grand soin et on leur imposera le repos au lit. On leur donnera du bromure avec ou sans opium, voire quelques autres hypnotiques; mais il ne faut pas le plus souvent beaucoup compter sur leur action. On retire quelquefois un sérieux bénéfice de l'emploi des grands bains chauds. Les visites, ainsi que les sorties prématurées, sont une source fréquente de récidive.

TROISIÈME LEÇON

Démence précoce.

Messieurs, le premier malade que je vous présente aujourd'hui est un homme de 21 ans, admis dans nos salles depuis quelques semaines. Vous le voyez entrer tranquillement, s'asseoir sans manifester d'émotion et sans prêter attention à quoi que ce soit, bien que parfaitement conscient de ce qui se passe autour de lui. Lui adresse-t-on la parole, il comprend évidemment toutes les questions ; mais pour obtenir une réponse sensée, il est nécessaire de lui parler lentement et de réitérer l'interrogation avec insistance. Les renseignements restreints qu'il nous fournit à voix basse nous permettent de comprendre qu'il se considère comme malade, mais qu'il n'a cependant pas une notion précise des troubles qu'il ressent et de leurs caractères. Il attribue sa maladie à des pratiques d'onanisme auxquelles il se livre depuis l'âge de 10 ans. Pour avoir péché contre le sixième commandement, il est arrivé à ne plus pouvoir diriger sa conduite et à se sentir toujours apathique et malheureux : c'est un hypocondriaque. A la suite de la lecture de livres médicaux, il s'est imaginé avoir une hernie et du tabès. Puis, craignant qu'on remarquât son vice et qu'on le tourne en ridicule, il a cessé toute relation avec ses camarades. Le malade expose tous ces faits du même ton monotone, sans lever la tête et sans s'inquiéter de son entourage. Sur son visage, aucun reflet de ses sentiments intimes ; à peine esquisse-t-il

de temps en temps un fugitif sourire, qui fait place bientôt à un manque absolu d'expression. Toutefois, en le regardant avec soin, on constate néanmoins autour de la bouche et du nez une trémulation légère et très variable ainsi qu'une tendance à grimacer.

L'année dernière, raconte-t-il, il était déjà en état d'entrer dans une université ; et en réalité son instruction témoigne bien des études qu'il a faites. Tout en sachant à merveille où il se trouve, il ignore presque complètement le nom des gens avec lesquels il vit et ne s'en est d'ailleurs pas préoccupé. Sur les gros événements des années passées il ne donne que des renseignements très vagues. Il se déclare tout disposé à rester à la clinique. Il préférerait à coup sûr se livrer à un travail quelconque, mais n'est pas à même de nous exposer sur ce point le moindre projet. L'exagération des réflexes rotuliens du côté droit constitue le seul trouble somatique à relever.

A un examen superficiel, ce tableau rappellerait sans doute l'état de dépression que nous avons appris à connaître dans une de nos précédentes leçons ; mais par une observation plus attentive vous comprendrez sans peine qu'en dépit d'une certaine ressemblance, nous avons affaire à une affection toute différente. Si le malade ne nous parle que lentement et par monosyllabes, ce n'est pas qu'il éprouve quelque difficulté à émettre des sons, c'est simplement parce qu'il ne se sent pas le besoin de parler. Il entend et comprend très bien ce qu'on lui dit, mais n'y attache aucun intérêt, et sans essayer de réfléchir, il se borne à répondre ce qui lui passe par l'esprit. On ne peut surprendre chez lui la moindre manifestation de volonté ; ses mouvements se succèdent sans énergie et sans vigueur, quoiqu'aucun obstacle ne vienne les entraver. Ses réponses attestent un affaiblissement des sentiments affectifs. Il n'y a en effet aucun doute à avoir à cet égard. Cet homme est là, bouché, exempt de crainte, d'espoir, de désir. Ce qui se passe autour de lui ne le touche guère, et cependant il ne lui faut aucun effort pour s'en rendre compte. Rentre-t-on,

sort-on, lui parle-t-on, s'occupe-t-on de lui, il n'en a cure. Le nom même des gens lui est indifférent.

Cette absence de réaction si spéciale et si marquée à toute espèce d'impression coïncidant avec la conservation de l'intelligence et de la mémoire, voilà la caractéristique de la maladie que nous étudions. Une analyse poussée plus à fond met la chose en pleine lumière. Cet homme muni d'une forte instruction reste des semaines et des mois couché ou assis près de son lit sans ressentir le moindre besoin de s'occuper. Il est comme engourdi, n'a ni mouvement ni expression ; par intervalles il rit sans motif et d'une façon particulière, les traits de son visage restant immobiles. Tout au plus le voit-on par hasard feuilleter un livre. Il ne parle pas, ne s'intéresse à rien. Lorsqu'il reçoit une visite, il demeure tout aussi apathique ; il ne s'informe pas de ce que devient sa famille, salue à peine et rentre dans sa chambre sans avoir éprouvé la moindre sensation. Il lui paraît inutile d'écrire une lettre ; d'ailleurs il n'a rien à écrire. Toutefois un jour il adressa au médecin un écrit sans suite, incohérent, incomplet, entrecoupé de jeux de mots enfantins. Il demandait par exemple « quelque chose de plus allègre dans le traitement, un mouvement en toute liberté pour élargir l'horizon ; il veut ergo diminuer un peu l'esprit dans les leçons ; et, nota bene, souhaite pour l'amour de Dieu de n'être pas combiné avec le club des innocents ; la vocation du travail est le baume de la vie ».

Toute cette lettre, comme toute sa façon d'être extérieure, tout ce qu'il pense du monde, la sorte de philosophie morale qu'il s'est bâtie, montrent sans contestation possible l'absence d'affectivité coïncidant avec une perte de jugement très spéciale ; et cette dernière contraste avec la persistance presque complète des connaissances antérieurement acquises. Il s'agit d'un état morbide tout particulier, se traduisant par la déchéance de l'intelligence et de l'affectivité, qui ne rappelle qu'objectivement les états de dépression dont nous

nous sommes déjà occupés. C'est là la terminaison bien différenciée d'une affection dont les débuts sont très variables et que nous appellerons provisoirement « démence précoce ».

L'affection a évolué progressivement dans le cas actuel. Notre malade, dont les parents, indiquons-le en passant, étaient mélancoliques, eut une enfance délicate ; il parla tardivement ; on ne put l'envoyer à l'école qu'à l'âge de 7 ans, mais il y travailla fort bien. C'était cependant un enfant entêté et renfermé. Puis son intelligence rétrocéda ; il se masturbait du reste depuis longtemps. Ces dernières années il continua encore à s'affaiblir psychiquement ; ses frères, croyait-il, se moquaient de lui, et sa laideur, qui lui valait d'être mis à l'écart de la société, lui interdisait de garder un miroir dans sa chambre. Il y a un an, après avoir subi l'épreuve de ses examens de sortie du lycée, il ne put se présenter à l'oral, se trouvant incapable de travailler davantage. Il ne cessait de se masturber ; il sautait à tout hasard d'une idée à l'autre, se mettait à faire de la musique qui ne rimait à rien, pleurait sans motif, se perdait en considérations « sur le fonctionnement des nerfs de la vie dont il ne se tirait pas ». Il était tout aussi inapte au travail corporel, se sentait toujours « vanné », abattu, demandait un revolver, mangeait des allumettes suédoises pour se suicider. Toute affection envers sa famille avait disparu. De temps en temps il était excité et parlait alors tout haut à sa fenêtre. C'est ainsi qu'à la clinique il présenta durant plusieurs jours un état d'agitation : il bavardait confusément, grimaçant, gambadant, élucubrant des écrits sans aucune signification et couverts de toutes espèces de paraphes en croix et en travers ; une période de calme s'ensuivit, mais il fut impossible d'obtenir le moindre éclaircissement sur sa conduite si singulière (1).

Outre la déchéance intellectuelle et la perte des réactions

(1) Le malade a été transporté ultérieurement dans une colonie familiale sans avoir présenté de modification. Aujourd'hui il se trouve depuis trois ans et demi dans un asile, toujours aussi dément et apathique.

sensitives, le malade offre encore à notre observation quelques points importants. C'est tout d'abord le rire niais et vide, symptôme fréquent dans la démence précoce. Ce rire ne répond à aucun sentiment de gaîté ; quelques malades se plaignent même d'être contraints de rire alors que leurs idées ne les y poussent pas le moins du monde. D'autres signes de grande valeur, ce sont les grimaces, les contorsions, les fines trémulations de la face. Remarquons aussi les tendances à user d'un langage biscornu, à faire des jeux de mots par assonance, sans souci du sens ; cette particularité fait effectivement partie intégrante de l'affection. Enfin ces malades ont une façon caractéristique et bien à eux de donner la main : leur tend-on en effet la main ouverte, ils posent la leur toute raide. Ce phénomène se montre toujours très net dans la démence précoce.

Comme le processus morbide s'est développé progressivement dans notre observation, on ne peut fixer au début qu'une date très approximative. Dans des cas analogues on attribue maintes fois les troubles pathologiques à une perversion du sens moral ; on va même jusqu'à punir cette perversion et on cherche à y remédier par l'éducation. On a aussi l'habitude d'incriminer l'onanisme comme cause de la maladie ; devant des cas comme le nôtre, les anciens psychiatres auraient parlé de folie des onanistes. A mon avis, l'onanisme est plutôt une manifestation qu'une cause de l'affection. Ne rencontrons-nous pas des formes de démence précoce tout aussi graves, indépendantes de pratiques d'onanisme bien marquées ? Ne connaissons-nous pas la déchéance des onanistes et le tableau clinique n'est-il pas tout différent ? Chez la femme d'autre part l'affection en question est loin d'être rare ; l'onanisme joue cependant chez elle un rôle encore plus effacé. Pour moi, il ne saurait être question de relation de cause à effet entre l'onanisme et la démence précoce. Reste encore un point auquel il convient de prêter attention et qui va précisément à l'encontre de la théorie de

l'origine onanistique ; c'est le début brusque de la maladie.

La démence précoce commence volontiers par une phase de dépression susceptible de créer quelque confusion avec un des états mélancoliques décrits dans une précédente leçon. A titre d'exemple, je vous prie d'examiner ce journalier de 22 ans, qui est déjà entré à la clinique pour la première fois il y a trois ans et qui appartiendrait soi-disant à une famille bien portante. Quelques semaines avant son arrivée il eut des accès d'anxiété. Puis il devint comme hébété : la parole était embarrassée, le regard fixe, les idées peu arrêtées ; il était en proie à un très vague délire de persécution et de culpabilité. Chez nous il fit des réponses hésitantes et décousues ; capable de résoudre de petits problèmes d'arithmétique et d'exécuter quelques ordres peu compliqués, il ignorait l'endroit où il se trouvait. De temps à autre il parlait seul, murmurant quelques mots inintelligibles : « C'est la guerre. Il ne mange plus rien. Vive la parole de Dieu. Un corbeau est à la fenêtre et veut manger sa viande. » Il comprenait bien ce qu'on lui demandait et était facile à distraire, mais il ne s'intéressait à rien et ne cherchait pas à se rendre compte de ce qui se passait autour de lui ; aucune crainte, aucun désir ne l'animaient. En général, il restait couché, le visage sans expression, comme figé. On le voyait quelquefois se lever, se mettre à genoux ou se promener lentement ; tous ses mouvements trahissaient d'ailleurs une certaine gêne et un manque complet d'initiative. Les membres de leur côté gardaient longtemps la position qu'on leur imprimait ; de plus si on levait les bras devant lui, il répétait les mouvements ; de même il frappait dans ses mains si on en faisait autant sous ses yeux. Ces phénomènes appelés « flexibilité cireuse », catalepsie pour les uns, échopraxie pour les seconds sont bien connus dans les recherches d'ordre hypnotique ; ils relèvent toujours de troubles spéciaux de la volonté dont nous groupons les différentes manifestations sous le nom

de « befehlsautomatie ». Ajoutons enfin que notre sujet a de l'inégalité pupillaire et qu'on note dans ses antécédents un rictus avec convulsions des membres supérieurs.

Dans le courant du mois dernier son état s'améliora, son esprit était plus lucide, ses manières plus naturelles, et il avait la sensation précise d'être malade. C'était cependant toujours un être confus, pauvre de pensées et de sensations. Il quitta la clinique dans ces conditions pour retourner à son travail. Voilà un an on nous le ramena : il s'était en effet posté devant un train qui lui avait coupé le pied droit et fracturé le bras gauche. Durant ce nouveau séjour parmi nous il se montra plus maître de lui, connaissait mieux son entourage et faisait volontiers part de ses notions de géographie et de calcul. Il ne parlait, il est vrai, spontanément avec personne. Il restait apathique, couché, privé de toute réaction ; son visage était sans expression ; d'ailleurs il ne s'occupait de rien et ne prêtait nulle attention à ce qui se passait autour de lui. Il attribuait à la maladie sa tentative de suicide; depuis un an son cerveau était brisé, disait-il ; il n'était plus capable de penser sans que les autres gens fussent au courant de ses idées et en fassent le sujet de leurs conversations; on l'entendait même lire le journal.

Aujourd'hui encore c'est dans le même état que nous trouvons notre malade: il regarde indifféremment devant lui, sans rien voir. Il ne s'enquiert pas de l'entourage étranger qui l'environne. Il lève à peine les yeux quand on l'interroge et on est obligé de l'interpeller avec énergie pour obtenir de lui quelque réponse. Il sait où il est, connaît le mois et l'année ainsi que le nom des médecins ; encore à même de résoudre un problème facile, il énumère aussi un certain nombre de villes et de fleuves. De temps à autre, il se croit par contre le fils de l'empereur, le roi Guillaume. Du reste il n'a pas notion de sa situation et désire rester ici : « Son cerveau est blessé, sa veine est éclatée. » On met à nouveau aisément en évidence la flexibilité cireuse et l'échopraxie ; lui

tend-on la main, il tend la sienne toute raide, mais sans prendre celle qu'on lui présente (1).

Inutile d'aller plus loin pour nous assurer que nous sommes en face d'un état pathologique portant plutôt sur le jugement que sur la mémoire. Bien plus atteinte encore est l'émotivité, et par suite sont altérées toutes les manifestations volontaires qui sont sous sa dépendance. Il y a donc analogie indubitable entre les deux malades que vous avez vus aujourd'hui, bien que le processus évolue différemment chez chacun d'eux. C'est notamment la même absence de toute activité intellectuelle, le même détachement de toute chose, la même impossibilité de se livrer à tout acte spontané; ce sont, en un mot, des troubles similaires aussi intenses dans une observation que dans l'autre et frappant les deux sujets d'une empreinte identique. Ces symptômes représentent, avec l'affaiblissement du jugement, les caractères fondamentaux et permanents de la démence précoce; ils se retrouvent pendant toute l'évolution de l'affection. A côté d'eux peut se manifester toute une série d'autres signes, susceptibles parfois d'occuper une place prépondérante ; mais ces signes ne durent pas en général et ne doivent pas être considérés comme des stigmates cardinaux. On voit par exemple des idées délirantes, des hallucinations sensorielles, extraordinairement fréquentes il est vrai, mais à développement très irrégulier ; elles peuvent même faire complètement défaut ou disparaître, sans que les traits essentiels s'en ressentent, au cours de la maladie ou à sa terminaison. Dès lors, nous sommes en droit de poser en règle que tous les états de dépression avec hallucinations sensorielles très marquées au début ou avec délire stupide ne sont le plus souvent que la première phase de la démence précoce. En outre les modifications de l'émotivité, pour être constantes, n'en sont pas moins peu appréciables ; elles n'aident donc guère à l'établissement du dia-

(1) Le malade se trouve depuis cinq ans dans un asile de chroniques. Il est devenu très maniéré et dément.

gnostic. S'il est vrai que des états de vive anxiété ou de grande dépression soient susceptibles d'ouvrir la scène, l'émotivité, on arrive à le vérifier, s'émousse cependant extrêmement vite, et cela même en l'absence de toute manifestation extérieure.

Voyez enfin ce facteur : c'est un homme de 35 ans, solidement bâti. Pouvez-vous concevoir que, voilà quelques jours à peine, il ait voulu se tuer et même ait persuadé sa femme de le suivre dans le suicide, après s'être stupidement coupé le canal de l'urèthre quelques semaines auparavant ? Sa mine pâle, sa nutrition languissante ne l'empêchent pas d'être encore très conscient ; il sait où il se trouve, se rend compte de sa situation et ses réponses sont ordonnées et sensées. Depuis cinq semaines il est malade et souffre surtout de céphalalgie. Ses camarades s'entretiennent, croit-il, d'une légère indélicatesse qu'il avait commise dans une place précédente. « Nous te ferons la guerre, disaient-ils ; nous ouvrirons la petite chemise. » Souvent il ne comprenait pas bien, car on lui téléphonait trop dans les oreilles ; aussi, fatigué d'entendre ces voix, avait-il résolu de se pendre. Ayant dans la suite réussi à reprendre son travail, il devint anxieux, poursuivi par la crainte d'être obligé de donner de la fausse monnaie et d'encourir ainsi une condamnation à de la prison. La tête lui bouillonnait et il priait sa femme de se brûler la cervelle avec lui. « Ne serait-elle pas dans le malheur s'il était mis en prison ? » Peu à peu il finit par ne plus manger ni dormir ; il s'adressait des tas de reproches ; il voyait sur le toit une tête qui au début l'effrayait beaucoup ; il vit ensuite, les yeux fermés, deux tableaux dont l'un, tout déchiré, représentait une maison avec ses fenêtres et son toit.

Le malade nous raconte tout cela, le visage souriant, mais avec une certaine recherche dans l'expression. Sa tentative de suicide, son arrivée à la clinique ne suscitent en lui aucune réflexion. Il nous tend une main raide ; raide aussi est son maintien. Il a de la façon la plus nette de la catalepsie,

de l'échopraxie et de l'écholalie. Il répète en effet immédiatement le mot prononcé devant lui, parfois en le dénaturant. Les premiers jours qui suivirent son entrée à l'asile il restait presque constamment couché, les paupières souvent closes, sans faire de mouvements, sans répondre aux questions, sans même réagir à la piqûre. Il entendait des voix lui parlant de toutes sortes de choses. Il ajoute tout bas avoir vu sous lui un cœur bleu, et par derrière la lumière tremblante du soleil. Il y a encore un autre cœur bleu, « un cœur de femme ». Il a vu aussi des éclairs, puis une brillante comète avec une longue queue ; et le soleil se levait toujours du côté opposé.

Ces jours derniers, brusquement, sans motif, le malade refusa toute nourriture et force fut de l'alimenter à la sonde. L'invitait-on à écrire à sa femme, il prétendait avoir des occupations plus importantes ; d'ailleurs il était inutile qu'elle lui rende visite, cela n'en valait pas la peine. Le priait-on de tirer la langue, il ouvrait bien la bouche, mais il roulait sa langue en l'appuyant fortement contre le voile du palais. A d'autres moments, il devenait subitement fort agressif pour son entourage, sans être capable de se justifier par la suite. Au point de vue somatique, il convient de noter une exagération très marquée des réflexes patellaires.

Dans ce tableau clinique, nous retrouvons, vous le comprenez sans peine, les mêmes traits fondamentaux que chez nos deux autres malades : émotivité émoussée, absence de volonté spontanée, suggestibilité. De plus les hallucinations sensorielles, la façon bien particulière de tendre la main confirment encore notre diagnostic ; il s'agit d'un cas de démence précoce. Parlent dans le même sens la résistance stupide du malade à l'alimentation, son refus de tirer la langue et d'écrire à sa femme. Les états de stupeur qui se manifestent de temps en temps ont aussi une certaine valeur. En un mot, nous sommes ici en face de troubles identiques à ceux que nous avons eu l'occasion de relever plus haut.

D'autre part, nous avons affaire à une affectoné évoluant depuis quelques années et devenue infirmité incurable. Telle est en effet la terminaison la plus fréquente de la démence précoce. Et ce qui donne à notre diagnostic toute sa valeur, c'est que dès maintenant nous sommes à même de porter un pronostic grave ; nous pouvons prévoir l'état d'imbécillité spéciale qui frappera ultérieurement le malade. Notre prédiction, il est vrai, n'est pas à l'abri de toute erreur.

Au point de vue strictement scientifique, il est encore douteux que la démence précoce puisse guérir complètement et définitivement ; néanmoins on ne saurait accepter cette conception sans appel. Les améliorations au contraire ne sont cas rares, et en pratique il y a tout lieu de les considérer comme des guérisons. Les malades ont évidemment perdu de leur activité, de leur intelligence et leur émotivité est bien restreinte ; mais dans les relations journalières ils sont encore capables de tenir leur ancienne place. Ces améliorations ne ont aussi très souvent que momentanées et les rechutes paraissent devoir se reproduire tôt ou tard, sans motif déterminé, et affectent alors une allure plus sérieuse. C'est ce que nous avons observé chez notre second malade : amélioration, d'ailleurs assez courte, et rechute consécutive. De même avons-nous quelque raison d'espérer que disparaîtront che lui les troubles actuels, mais il faut toujours nous attendre à une récidive plus grave (1).

(1) Le malade s'est considérablement amélioré au point de vue somatique. Il est sorti de la clinique au bout de trois mois, sans se rendre compte des troubles qu'il avait présentés. Depuis quatre ans et demi il est dans sa famille et paraît guéri.

QUATRIÈME LEÇON

Stupeur catatonique.

Messieurs, j'ai à vous présenter aujourd'hui des tableaux cliniques bien particuliers. Voici tout d'abord une jeune domestique de 24 ans; aux traits de son visage, à l'ensemble de sa musculature, vous devinez un amaigrissement rapide. Elle ne cesse pas un seul moment de remuer; elle fait quelques pas en avant, puis revient en arrière; elle natte ses cheveux pour les dénouer aussitôt après. Cherche-t-on à arrêter tous ses mouvements de va-et-vient, on se heurte à une résistance si effrénée qu'on en est tout surpris. Elle se glisse habilement sous mes bras dès que je lui barre la route et continue alors son manège. Enfin si on l'arrête de force, ses traits, jusque-là sans expression et comme figés, se tirent et dessinent une grimace pleurnicharde, qui s'efface quand on lui rend sa liberté. Remarquez aussi qu'elle serre convulsivement une croûte de pain et qu'il est impossible de la lui arracher des mains. Elle ne s'occupe pas le moins du monde de ce qui se passe autour d'elle, à condition qu'on ne sollicite pas son attention. Elle ne s'inquiète pas davantage de me voir lui enfoncer une aiguille dans la peau du front et n'interrompt point pour cela ses allées et venues de carnassier en cage.

Le plus souvent elle ne répond pas aux questions qu'on lui adresse et se borne à secouer la tête. Par contre elle soupire

de temps à autre et profère quelques plaintes monotones et toujours identiques : « Oh ! grand Dieu ! Oh ! grand Dieu ! Oh ! ma mère ! Oh ! ma mère ! » Essaie-t-on de lui prendre la main, elle la retire vivement ou elle l'entortille dans son tablier quand elle ne croit pas pouvoir s'échapper. Elle n'exécute pas ce qu'on lui demande et s'oppose invariablement pour ainsi dire aux idées qu'on lui soumet. Elle comprend très bien ce qui se dit autour d'elle : parle-t-on par exemple de lui enlever le morceau de pain qu'elle tient à la main, aussitôt elle s'empresse de le cacher.

Deux symptômes nouveaux se présentent à nous dans toute leur pureté : la stéréotypie et le négativisme. Le premier consiste en une tendance impulsive à répéter à satiété le même mouvement volontaire, témoin les allées et venues continuelles de notre malade, l'agencement de sa natte, les expressions uniformes et monotones de son langage. Le négativisme se traduit par sa résistance stupide à chaque tentative faite auprès d'elle, par son mutisme voulu, enfin par l'impossibilité complète d'acquérir sur elle une influence quelconque.

Ces deux symptômes marquent de leur empreinte presque tous les actes de la jeune fille. On peut la voir s'abstenir de manger pendant longtemps, si bien que l'on est quelquefois obligé de recourir à la sonde ; ou bien elle demande des gâteaux et de l'eau, et ne consent plus à les accepter quand on les lui apporte. Aujourd'hui encore elle laisse son déjeuner devant elle sans y toucher ; au bout d'un moment elle l'avale gloutonnement, mais s'arrête dès qu'on lui parle. Certains jours elle ingère des portions deux ou trois fois plus fortes qu'à l'ordinaire, et souvent elle vole, avec beaucoup d'adresse et sans aucune délicatesse, la part des autres malades.

Il est difficile de savoir par ses propos décousus ce qui se passe en elle. Elle appelle bien le médecin « Monsieur le docteur » et connaît le nom de toutes les infirmières ; mais il

semble qu'elle soit en proie à une série d'idées délirantes. Elle demande par exemple à rester encore une nuit ici : « Accordez-moi encore une nuit devant le feu énorme, énorme, sur le monde entier, devant le grand tribunal, devant beaucoup d'hommes. » Elle est torturée avec des « faux ». « Laissez-moi donc aller, je dois avoir beaucoup de têtes et de bras, si je suis obligée de porter tout le monde, toute la terre. » A-t-elle de l'angoisse ? Il est malaisé de se prononcer. Les menaces ne font aucune impression sur elle, et de temps à autre on aperçoit, glissant sur ses traits ordinairement impassibles, un léger sourire. Au point de vue somatique, signalons une excitabilité exagérée des rameaux du facial, l'augmentation des réflexes rotuliens et enfin de la cyanose des mains et des pieds.

Autant qu'on peut en juger, la malade comprend relativement bien des choses, mais elle présente des idées délirantes très confuses et des hallucinations sensorielles. Sur le terrain de l'émotivité existe bien un certain degré d'angoisse, mais qui doit être fort atténué, tandis que dans son allure générale notre patiente nous présente de la stéréotypie et du négativisme extrêmement accentués. Ce sont ces deux derniers signes qui constituent la caractéristique du tableau clinique : tableau que nous appelons « stupeur catatonique ». L'expression « stupeur » désigne déjà un état particulier de la folie maniaque-dépressive, mais il n'a qu'une ressemblance toute superficielle avec le syndrome que vous avez sous les yeux.

Sous le nom de « catatonie » ou de « folie avec contraction » (1), Kahlbaum a décrit, il y a trente ans environ, une affection dont la note dominante consiste en une certaine raideur musculaire, encore exagérée par une intervention étrangère. L'évolution franchissait toute une série de phases morbides pour aboutir en dernier ressort à la guérison ou à la dé-

(1) *Spannungsirresein.*

mence. Cette description de Kahlbaum, longtemps combattue avec ardeur, est cependant fort exacte, mais je dois ajouter que les différentes formes cliniques réunies par cet auteur sous le terme de catatonie ne sont que des périodes successives de la démence précoce. Dans la catatonie les troubles atteignent aussi, il est vrai, le domaine de l'émotivité et s'étendent aux différentes actions des sujets observés, la compréhension et la mémoire restant proportionnellement très peu touchées. Mais nous rencontrons des signes catatoniques à tous les degrés dans les formes les plus variées de la démence précoce et, en dehors de la stéréotypie et du négativisme, s'y ajoute encore la befehlsautomatie dont nous avons déjà parlé. Les observations que je vous ai présentées autrefois étaient pleines de manifestations de ce genre.

Le début de l'affection remonte à seize semaines chez notre malade; celle-ci n'aurait pas d'hérédité chargée et a toujours été calme et raisonnable. Placée depuis quelques mois, elle est tombée malade. Elle cessait en effet de travailler, pleurait, gémissait beaucoup, ou bien elle restait assise comme abrutie et ne dormait plus. Elle avait aussi de l'angoisse : on allait la martyriser, les meurtriers venaient avec des faux. Elle chantait des psaumes, se cramponnait à sa mère et de temps en temps se mettait à rire. Une fois elle sauta par la fenêtre; une autre fois elle se précipita du haut d'un rocher, sans du reste se faire grand mal. Lorsqu'elle vint à la clinique, voilà quatre semaines, elle était un peu confuse; elle répondait cependant quand on insistait et fournissait alors des renseignements assez précis. Elle savait l'endroit où elle se trouvait, connaissait la date du jour, se sentait psychiquement bien malade. Elle déclarait avoir entendu à chaque minute des voix qui lui parlaient et l'injuriaient; le Sauveur l'avait abandonnée. Elle distinguait très facilement les couleurs les unes des autres et n'avait aucune peine à résoudre des calculs d'une certaine simplicité. On ne notait aucune gêne dans les mouvements, ce qui est tout juste

l'opposé de ce que l'on voit dans la stupeur circulaire. La malade eut ensuite de l'écholalie et de la catalepsie; au niveau des muscles de la bouche se constataient de petits mouvements grimaçants. Le négativisme affectait chez elle une forme un peu particulière : elle ne voulait plus quitter la chambre où il avait fallu la faire entrer de force; elle se reculait et ne se décida à en sortir que quand on la pria d'y rester.

La stupeur, comme vous le voyez, n'est qu'une phase dans le cours de la catatonie. Déjà le début rappelle beaucoup les observations de la leçon précédente; la terminaison est aussi maintes fois identique. L'affection peut d'ailleurs aboutir insensiblement à la démence terminale. Les malades deviennent un peu plus faciles, plus dociles; mais ils demeurent affaiblis, indolents, abrutis et gardent encore longtemps les troubles de la période aiguë : hallucinations, idées délirantes et stupides, stéréotypie, négativisme, befehlsautomatie. La stupeur dans d'autres cas fait place à des symptômes tout différents ou disparaît pour récidiver par la suite (1).

Le deuxième malade que je veux vous présenter est un commerçant de 26 ans. Il se laisse conduire les yeux fermés, la tête penchée en avant; il marche en se traînant et finit par venir s'effondrer sur une chaise. Il reste là presque endormi, la physionomie dénuée de toute expression et sans animation quand on lui parle. Il ne répond pas aux questions qu'on lui pose et ne fait rien de ce qu'on lui demande. Lui pique-t-on le front ou le nez, lui frôle-t-on la cornée, c'est à peine s'il esquisse un léger clignement des paupières ou si son teint s'anime quelque peu, mais le tout sans aucun mouvement de défense. Puis, alors qu'on s'y attend le moins, le voilà qui se met à rire. Quand on lui lève

(1) La malade retourna dans sa famille après un séjour de dix mois à l'asile. Elle était capable de travailler et son état physique était excellent; mais elle restait mentalement affaiblie, abrutie, peu abordable et tous ses gestes étaient maniérés. Maintenant encore elle est chez elle, travaille, mais vit à l'écart, sans causer à qui que ce soit.

le bras, il le laisse retomber lourdement et demeure dans la position où le hasard l'a placé. Après de nombreuses instances, j'obtiens enfin qu'il ouvre les yeux ; il me donne la main d'un geste brusque et anguleux, en la laissant raide et tendue dans la mienne. Si je lui renverse la tête en arrière, il garde cette position incommode ; si je lui lève la jambe à angle droit sur son ventre, il ne bouge pas davantage. Peu à peu on arrive à provoquer d'autres symptômes de befehlsautomatie. Le malade soulève le bras en même temps que je soulève le mien ; il exécute avec beaucoup de précision tout ce que je fais devant lui : frapper dans ses mains, tourner les poings l'un autour de l'autre, etc. ; mais il ne prononce aucune parole ; il ferme la bouche quand on lui demande de tirer la langue ; il ne fait aucun mouvement pour écrire et, à part ce ricanement qui revient souvent, il est immobilisé dans un état de complet abrutissement. Il répète cependant quelques mots entendus autour de lui, mais en gardant la bouche fermée ; aussitôt qu'on lui dit de s'en aller, il se sauve.

Chez ce malade, les troubles de la volonté sont bien particuliers et sautent immédiatement aux yeux, représentant un mélange de befehlsautomatie et de négativisme. D'une part il se laisse docilement aller à faire tout ce que l'on veut, tandis que de l'autre il refuse d'exécuter ce qu'on lui demande ou résiste aux incitations normales de la volonté. Cette opposition est surtout évidente quand il répète les mots la bouche fermée. Depuis longtemps, du fait de son négativisme, il n'ouvre plus la bouche ; mais il ne peut se soustraire au besoin d'imiter ce qu'on fait devant lui. De ces constatations découle cette notion que, si le négativisme et la befehlsautomatie sont deux extrêmes au point de vue psychologique, ils sont néanmoins susceptibles de s'associer en clinique. Dans la majorité des cas ils ne s'observent pas simultanément chez un même malade, mais se transforment facilement l'un dans l'autre, si bien qu'il n'est pas possible de prédire à un moment précis lequel des deux symptômes on va rencontrer. Pareille rever-

sibilité s'obtient aussi parfois directement par la suggestion.

Ces deux stigmates prouvent, semble-t-il, que la faculté de diriger les incitations volontaires vers un but déterminé est complètement perdue, et que par suite une impulsion dans un sens quelconque crée l'acte, indépendamment de toute logique, qu'elle provienne de l'individu lui-même ou de son entourage. On pourrait tout au moins comprendre ainsi que des malades, bien que n'ayant pas de grands troubles dans la compréhension, répondent machinalement à n'importe quelle incitation et qu'ensuite, poussés par un besoin de contradiction, ils renouvellent constamment tel acte stupide, en y apportant beaucoup d'entêtement et en négligeant le mal ou le bien qu'ils en ressentent. Il est clair que cette perte du lien entre la pensée et l'acte, qui repose peut-être sur un trouble profond du dynamisme vital, doit totalement enlever à la façon d'être du sujet cette unité de direction que nous sommes habitués à considérer comme l'expression d'une personnalité psychique normale. C'est pourquoi, même dans la forme très légère de la démence précoce, les actes et la façon d'être des malades sont déjà d'une impulsivité invraisemblable et tout à fait incompréhensibles.

Il n'y a pas moyen de savoir si notre malade est de bonne ou de mauvaise humeur. Le plus souvent il paraît bien disposé, mais il est surtout abruti, ne participant à rien de ce qui se passe autour de lui, ne disant pas un mot, ne faisant pas un geste quand ses parents viennent le voir, n'exprimant aucun désir et ne se créant aucun souci. Cependant les quelques paroles qu'il prononce permettent de conclure qu'il sait très bien dans quelle situation il se trouve, qu'il connaît les personnes vivant autour de lui et qu'il comprend ce qui se dit. Nous voici donc de nouveau en face de toute cette série de symptômes que nous avons constatés dans les autres cas de démence précoce antérieurement étudiés.

C'est là du reste un diagnostic qui s'accorde très bien avec les antécédents du malade. Son père fut pendant un certain

temps aliéné et ses études auraient été interrompues pour cela. A l'école, le malade s'instruisait péniblement ; et, après une fièvre typhoïde survenue dans sa jeunesse, il devint légèrement excitable, anxieux, avec idées hypocondriaques. L'affection actuelle débuta il y a six mois. A la suite de certaine discussion à propos de mariage, le malade présenta de l'anxiété, s'imaginant partout menacé, craignant de rencontrer le procureur ; une nuit, croyant sa vie menacée, il sauta en chemise par la fenêtre et se cassa la jambe. Déjà à son entrée à la clinique il était très abruti ; il consentit toutefois à séjourner parmi nous quoiqu'il ne fût pas un aliéné, mais qu'il présentât seulement des idées délirantes. Il avait cru qu'on voulait le tuer ; tout lui paraissait si changé. Des voix lui parlaient de toutes sortes de choses concernant sa famille. Il est aisé de relever chez lui des signes de catatonie, d'écholalie, d'échopraxie. Au point de vue somatique, en dehors d'une vieille cicatrice cutanée à la tête et d'un callus récent au pied, rien à signaler de bien spécial.

Par la suite, l'affaiblissement de l'intelligence et de l'émotivité s'accentua de plus en plus. Le malade prétendait qu'on lui servait de la viande humaine à déjeuner. Les journaux parlaient uniquement de lui. Le meurtre de l'impératrice d'Autriche, la conférence pour la paix se rapportaient encore à sa personne. Sa mère voulait le tuer ; il était le dernier des hommes. Le médecin était l'empereur avec une barbe teinte ; une autre personne représentait le Christ. Le tout était d'ailleurs formulé du même ton monotone et impassible. De temps à autre, il faisait des rimailleries stupides : « hem, bem, kem, dem, chem, rem » ; ou bien il répétait sans s'arrêter cette même phraséologie absurde : « Un pour tous et tous pour un, et deux pour tous et trois pour tous, ici et là, et là-bas, partout et toute puissance, et toute puissance, et toute puissance, etc. » Peu à peu il fut plus calme ; il cessa de parler, de manger et se recroquevilla dans son lit en une posture des plus incommodes, dans une prostration telle

qu'il laissait la salive couler de sa bouche. Ces derniers temps il est redevenu un peu plus vivant.

Nous connaissons déjà toute une série de signes : hallucinations sensorielles, délire incohérent, mutisme, refus de nourriture, propos filandreux avec jeux de mots et répétitions stéréotypées. D'autres, tels que ratatinement sous les couvertures, positions bizarres, salivation, qui sont fréquents dans la démence précoce, précisent encore le tableau de la stupeur catatonique. Il est fort probable qu'ultérieurement ce cas évoluera comme celui de notre première malade. Les troubles, si accentués aujourd'hui, iront en s'effaçant à la longue et il subsistera un degré de démence plus ou moins prononcé (1).

Je vous présente maintenant une jeune femme de 28 ans, qui vous aidera peut-être à vous rendre compte de l'état de ces malades au bout d'un certain temps. Cette femme, exempte de toute tare héréditaire, s'est mariée il y a sept ans et a accouché quatre fois. A la suite de son premier accouchement elle se plaignit de céphalalgie, d'inappétence et de dépression. Ces phénomènes disparurent assez rapidement, mais récidivèrent à la naissance du deuxième enfant. Au quatrième accouchement ils furent beaucoup plus graves ; la malade cessa de travailler et se crut persécutée ; on voulait la faire mourir et empoisonner sa nourriture. Puis elle se montra insouciante, capricieuse, opposante, mais demeurait toujours maîtresse d'elle-même et comprenait tout ce qu'on lui disait. Son poids baissa dans de fortes proportions.

Lorsqu'elle vint à la clinique après la délivrance, voilà neuf mois, elle était presque inabordable. Toujours de mauvaise humeur, elle récriminait à propos de tout et voulait retourner chez elle ; elle n'était pas malade, disait-elle, et se

(1) Le malade est un peu amélioré, mais toujours stupide et filandreux. Son poids a augmenté de 24 kilogrammes ; il a été mis dans une colonie familiale. Puis il retourna dans un asile, où il mourut cinq années après le début de son affection.

sentait parfaitement en état de travailler. Elle s'abstenait de donner le moindre renseignement sur sa maladie et ne se souciait nullement de ce qui se faisait autour d'elle. On put deviner, d'après certaines phrases qu'elle émettait de temps à autre et surtout à la lecture de lettres où elle réclamait sans trêve sa sortie, qu'elle n'ignorait pas l'endroit où elle se trouvait. Elle résolvait quelques problèmes faciles, lentement, il est vrai, mais sans se tromper. En face de son refus de répondre à nos questions, il nous a été impossible de déterminer le degré de son instruction ni l'état de sa mémoire. En tout cas son idéation était extraordinairement affaiblie. Il n'y avait pas non plus de délire véritable ; elle se bornait à répéter parfois que les gens lui en voulaient et qu'elle était vendue. De même n'avons-nous pas observé d'hallucinations. Bien qu'elle fût d'un caractère grognon et irritable, l'émotivité faisait complètement défaut. Elle restait assise, tout abrutie, sans s'occuper des fêtes de Noël ou des visites de sa famille, et se contentait d'avaler gloutonnement les sucreries qu'on lui apportait. Dès qu'on essayait de lui causer, d'entrer en rapport avec elle, on se heurtait à une résistance toute d'entêtement. Elle ne prononçait jamais une parole ; souvent elle ne voulait ni manger ni se coucher et n'acceptait aucun labeur ; elle ne prenait aucun médicament ; elle gâtait aussitôt qu'on la ramenait des water-closets ; en un mot il fallait la pousser et la forcer pour la moindre bagatelle.

Voyez à présent cette femme s'asseoir, la tête penchée en avant, et garder une attitude accroupie ; elle ne lève pas les yeux quand je lui parle ; à peine jette-t-elle par intervalles un coup d'œil à la dérobée lorsque surgit auprès d'elle un incident quelque peu inattendu. Elle ne consent pas à me donner la main et, si je cherche à la lui prendre, je rencontre une résistance pleine de raideur. Lui relève-t-on la tête, celle-ci revient immédiatement à sa situation première ou se place dans une position opposée à celle qu'on tente de lui imprimer. Lui met-on la jambe sur une chaise, elle ne bouge

pas et accepte cette situation fort incommode. A côté du négativisme existent donc des signes de catalepsie. Le visage est raide, comme figé ; les lèvres sont tirées en avant, symptôme que Kahlbaum désignait sous le nom de spasme buccal. De temps à autre, on constate des contractions fibrilaires aux angles de la bouche. La malade finit enfin par se lever, bien doucement, il est vrai, et après maintes injonctions énergiquement réitérées ; mais brusquement la voilà qui se rassied. On voit avec la plus parfaite netteté, dans ce trait, comment chez elle l'impulsion primitive est contrecarrée par une seconde impulsion de sens contraire. Devant son refus de faire tout mouvement, il n'y a pas moyen de lui demander d'écrire au tableau. Il me reste encore à vous signaler l'exagération très marquée des réflexes rotuliens et du réflexe facial, une contraction idiomusculaire des plus accusées à la percussion, un peu de bouffissure du visage et enfin le fort mauvais état du cœur.

Il est difficile de révoquer en doute le diagnostic de catatonie. C'est probablement là un état terminal qui ne saurait guère retrocéder (1). Ce pronostic trouve encore sa confirmation dans la coexistence d'un affaiblissement mental progressif. De même la longue durée de l'affection nous prouve que nous n'avons pas affaire à un processus nouveau encore en évolution. Chaque accès semble à coup sûr s'être terminé par la guérison ; mais à considérer la maladie dans son ensemble, on voit que chaque jour elle suivait une marche progressive. De plus j'insiste sur le rôle nocif des grossesses. De nombreuses observations corroborent la justesse de cette notion ; très souvent chez la femme, la démence précoce débute après une grossesse ; les importantes modifications que l'organisme subit à cette époque de la vie prennent, selon toute vraisemblance, une place prépondérante dans cette étiologie.

(1) La malade mourut phtisique dans un asile de chroniques au bout de cinq ans. Elle était restée abrutie, négative, maniérée et de temps à autre un peu excitée.

CINQUIÈME LEÇON

États de dépression dans la paralysie générale.

Messieurs, vous constatez sans peine l'état de dépression dans lequel est plongé le malade, âgé de 40 ans, que je vous présente aujourd'hui. Amaigri et pâle, l'état général très touché, d'humeur sombre et taciturne, il s'assied l'air endormi et le regard fixe, sans se préoccuper le moins du monde de ce qui se passe autour de lui. A peine relève-t-il la tête quand on lui adresse la parole; il ne répond qu'à voix basse et par monosyllabes. Il nous apprend son nom et nous dit qu'il est commis voyageur; il est marié et a eu deux enfants, dont l'un a été emporté par des convulsions. Il a beaucoup voyagé; en dernier lieu il se trouvait à Bâle, où il n'y avait plus, d'après ses souvenirs, que la gare et le portier. Toutefois ses connaissances en géographie et en histoire sont encore excellentes; il calcule de même assez bien. Brusquement le voilà qui s'interrompt pour s'écrier : « Je ne puis pas m'expliquer où le monde, où les cinq parties du monde sont passées. » Il connaissait pourtant un peu toutes les villes et aujourd'hui il les ignore totalement. Dans son mariage il n'aurait eu aucun rapport avec sa femme; ses enfants sont de purs produits imaginaires. « Ça n'a pas de place dans mon cerveau. » Il ne subsiste plus rien de lui, « sinon ce misérable squelette ». La clinique et les gens qui s'y trouvent, voilà ce qui

reste du monde. « Toute l'humanité a été perdue d'un seul coup, et c'est lui qui en est la cause. » Il débite le tout d'un ton uniforme, monotone, se refusant à admettre que ce soient là des idées délirantes. Il connaît bien les médecins, et cependant il n'est pas malade.

Vous basant sur ce que nous avons vu jusqu'ici, vous ne classerez pas cet état de dépression dans le cadre de la mélancolie. Tout d'abord, le sujet est trop jeune; de plus, l'indifférence avec laquelle il raconte les choses les plus invraisemblables plaide encore contre cette hypothèse. Ce dernier point témoigne d'ailleurs bien le fait d'un affaiblissement mental déjà assez prononcé. Ce n'est pas davantage une forme de folie maniaque-dépressive : les altérations profondes de l'émotivité font en effet défaut. Si le malade parle peu et à voix basse, ce n'est pas qu'il soit obligé de surmonter un obstacle qui le gêne, mais c'est qu'il n'éprouve pas le besoin de dire quelque chose. En revanche, son air endormi et son délire stupide pourraient nous faire penser à la démence précoce. Mais encore ne retrouvons-nous pas tous les troubles de la volonté particuliers qui donnent à cette affection un cachet si individuel; il n'y a ni négativisme, ni befehlsautomatie, ni stéréotypie ; le malade ne grimace pas et tous ses mouvements, malgré leur lenteur et leur manque d'énergie, sont naturels et sans prétention. Aussi, en l'absence de certains symptômes pathognomoniques de la démence précoce, nous serait-il bien difficile de déterminer cet état, si l'examen somatique ne nous apportait la clef du diagnostic.

La pupille droite est notablement plus large que la gauche; ni l'une ni l'autre ne réagissent plus à la lumière, tout en se contractant à l'accommodation. Le facial droit est parésié; les replis naso-labiaux sont tirés; on note du tremblement de la langue et les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés. La sensibilité au toucher n'est pas altérée; mais le malade n'accuse aucune douleur quand on lui enfonce à son insu

une aiguille dans la peau. La marche est hésitante, le signe de Romberg facile à constater.

Tous ces signes physiques nous montrent avec évidence que l'état d'affaiblissement démentiel est dû à la maladie désignée sous le nom de « démence paralytique » ou de « paralysie progressive ». Cette dernière se caractérise par un état démentiel particulier qui suit une marche longtemps progressive au cours de laquelle les choses peuvent même aller très loin, ainsi que par une série de troubles d'origine cérébrale et médullaire.

Nous avons déjà constaté l'existence de quelques-uns de ces troubles chez notre malade; les plus importants sont l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière, l'hypoalgésie, les modifications des réflexes rotuliens. On relève souvent encore des altérations du langage et de l'écriture; mais ils font défaut pour l'instant dans le cas actuel. De même se voient des ictus paralytiques et des paralysies musculaires avec contracture marquant volontiers la fin de cette affection. Plus rarement existent des paralysies oculaires, de l'atrophie du nerf optique, de l'aphasie et nombre d'autres symptômes relevant de lésions étendues du cerveau et de la moelle.

Presque toujours cette affection se développe dix à vingt ans après une infection syphilitique, et l'on est aujourd'hui autorisé à se demander si les formes où ne se note pas une syphilis antérieure ne diffèrent pas dans leur essence de celles qui constituent la grande majorité des observations.

Notre malade a contracté la syphilis, il y a douze à quatorze ans; il a été traité avec du mercure et de l'iodure pour une éruption cutanée et des lésions buccales. Voilà quatre ans il a eu de la diplopie transitoire, qui récidiva l'année dernière. Depuis deux ans il était très surexcité, et depuis un an la mémoire, surtout celle des faits récents, avait beaucoup baissé. Le sommeil avait également presque disparu. C'est au cours d'un voyage qu'éclata la maladie; la conduite extravagante du sujet provoqua même son arrestation. Chez lui,

il émit des idées de culpabilité; il avait fait des faux, disait-il; on allait le mener en prison; il entraînait tous ses amis dans sa ruine. Interné à la clinique il y a environ douze mois, il présentait à ce moment à peu près les mêmes symptômes qu'aujourd'hui. Il refusait la nourriture, parce qu'elle coûtait trop cher; il n'était pas malade et voulait retourner chez lui. Nous indiquait-il la date de sa naissance, tantôt elle était exacte, tantôt elle était fausse. Au point de vue somatique, on observait de l'incontinence d'urine accompagnant les signes que je vous ai signalés plus haut. Quatre mois plus tard, on l'autorisa à sortir à titre d'essai. Il recommença à s'occuper, mais ne tarda pas à délirer de nouveau. On lui avait enlevé le cerveau avec un balai, racontait-il, et on lui avait introduit un entonnoir. Il devint excité, se montrait violent envers sa femme, et on dut le reconduire ici quatorze jours après son départ.

La paralysie générale, autant que nous pouvons en juger, se termine au bout de quelques années par la mort. Elle se prolonge parfois pendant huit à dix ans, ou même plus longtemps encore; mais dans la majorité des cas, la mort survient au bout de quatre à cinq ans, souvent beaucoup plus tôt. Aussi est-il d'une très grande importance de poser un diagnostic précoce. En nous aidant de ce diagnostic et de l'étude des signes cliniques, nous avons la possibilité de porter un pronostic assuré sur l'évolution et la terminaison de chacun des cas que nous observons. Ainsi notre malade finira par succomber à son affection dans un laps de temps plus ou moins long (1).

Le deuxième sujet que je désire vous présenter aujourd'hui est un serrurier, âgé de 38 ans. Il comprend difficilement ce qu'on lui dit, mais il est tout prêt à nous raconter son histoire. Une de ses sœurs est morte à la suite d'un abcès dans la tête. Il a lui-même fait des excès de boisson; il est marié

(1) Le malade est mort au bout d'environ quatre ans.

depuis dix ans et a trois enfants en bonne santé. Voilà neuf mois, il a remarqué que sa mémoire faiblissait; en même temps il éprouvait beaucoup de peine à mener à bien son travail. Sa vue baissait; il était irritable et dormait mal. Il ne réussissait à parler qu'avec efforts, et certains jours il en était tout à fait incapable. Il souffrait de la tête; il était gêné pour marcher et presque toujours de mauvaise humeur. Il ressort de son récit qu'il n'a plus nettement la notion des dates; il n'est pas capable de se rendre immédiatement compte du temps écoulé entre plusieurs faits; il va même souvent jusqu'à commettre de grandes erreurs, sans s'en apercevoir. Il fait aussi de grossières fautes dans les calculs les plus simples ; parfois il se voit même forcé de renoncer à terminer son addition. Par contre le reste de son instruction répond bien à sa situation. Le tableau qu'il nous trace de sa maladie est invraisemblable. S'entourant le cou avec ses mains, il le sent grandir ; le bouton de son cou est devenu dur; les parties génitales sont pourries et depuis longtemps les selles sont arrêtées. « Je suis mort, j'ai menti, fini, amen; qu'on m'enterre ; télégraphiez à la maison pour qu'ils viennent. J'ai péché; tout est pourri. » Il lui faut mourir; il est sans cesse obligé de cracher et les aliments n'arrivent plus dans son estomac qui renferme des millions. Il débite cette histoire sur un ton tout particulier où ne se manifeste pas l'ombre d'émotivité.

Ce malade — le fait est patent — présente une mentalité considérablement affaiblie. L'absurdité des conceptions délirantes chez un homme encore assez maître de lui en fait foi, de même que l'absence d'émotivité. Parmi les affections mentales que nous avons appris à connaître jusqu'ici, il n'en est que deux dont l'hypothèse se puisse discuter : ce sont la démence précoce et la paralysie générale. Et seule la dernière doit nous arrêter, si nous songeons aux troubles de la mémoire dont le malade nous fait lui-même l'aveu et qui sont si faciles à mettre en relief quand on l'oblige à fixer certaines

dates. L'examen somatique vient encore confirmer cette façon de voir. C'est tout d'abord le récit de notre patient, dont le ton monotone se rencontre maintes fois chez les paralytiques généraux; ce sont surtout le bredouillement et la difficulté de la parole qui s'imposent à l'observateur. Il mange les mots en quelque sorte et n'en fait pas ressortir chaque syllabe. Cette parole « ânonnée » constitue, avec des altérations d'un autre ordre, un des signes les plus fréquents de la paralysie générale. L'écriture aussi est incertaine. Les lignes un peu longues ont perdu toute régularité, ondulent et vont en zigzag. Les pupilles sont égales, mais très étroites, et ne réagissent que très lentement et très incomplètement à la lumière. L'émission de certains mots difficiles à prononcer éveille dans es muscles du visage l'apparition de petites contractions fibrillaires. La langue tremble beaucoup, le pli naso-labial gauche est bien abaissé; on note de l'analgésie ainsi que l'abolition des réflexes, le signe de Romberg est de la plus parfaite netteté.

Après cet examen dont les troubles du langage, la disparition de la réaction pupillaire à la lumière et l'absence des réflexes rotuliens représentent les données primordiales, il n'est pas permis d'hésiter à diagnostiquer une paralysie générale. Ajoutons à cela que cet homme fut assez souvent atteint de troubles vésicaux se traduisant par de la rétention d'urine. Voici maintenant les renseignements que sa femme nous fournit sur le développement de son mal. Jusqu'alors il avait toujours été un ouvrier laborieux; depuis un an et demi il s'était fort affaibli, se tourmentait, perdait la mémoire et avait de la peine à rassembler ses idées. Il y a cinq mois, il prétendait que son cou était en train de grandir; en même temps, il devint triste, ne parlant presque plus et ne mangeant que si on l'y obligeait. A la clinique, il était certains jours en proie à une violente excitation; il quittait alors son lit, s'asseyait en chemise sur le plancher, était opposant et toute la nuit répétait de la même voix monotone : « Crapaud vert,

grossier crapaud, chat bigarré, éternel corbeau, etc. (1). » Ce sont là des associations par assonances analogues à celles qui se retrouvent dans la démence précoce; en l'absence de troubles somatiques le diagnostic entre ces deux affections pourrait être discuté, et cela d'autant plus qu'à certaines périodes le malade refuse toute nourriture, tandis qu'à d'autres moments on le voit manger gloutonnement. Ses idées délirantes ont toujours été à peu près identiques à celles que vous constatez aujourd'hui; il était un petit bébé, « pas plus grand que ça »; il pesait douze livres; il avait une crise chronique de l'estomac. De temps à autre son idéation s'animait au contraire; il se sentait très bien portant, voulait rendre visite à sa sœur et émettait une foule d'idées de grandeur parfaitement absurdes. On essaya de le faire sortir du service, mais ce fut sans succès; revenu chez lui, il se mit en effet à courir tout nu dans la rue (2).

Il eut d'autre part la syphilis, voilà treize ou quatorze ans; depuis, il suivit plusieurs cures mercurielles. Peut-être serait-ce une raison pour instituer à nouveau un traitement hydrargyrique, comme le fit du reste un médecin de la ville; les aliénistes n'ont malheureusement pas eu à se louer de ces tentatives. Les symptômes paralytiques s'atténuent d'ordinaire, et même chez certains sujets ils disparaissent presqu'au complet par le simple repos au lit, sans l'aide d'aucun médicament. Dans ces conditions, il est malaisé de se faire une idée exacte de l'efficacité de la thérapeutique spécifique. C'est aussi pour ce motif qu'on a publié beaucoup de cas de paralysie générale soi-disant améliorés par le traitement antisyphilitique. D'après mon expérience personnelle, je doute fort que le mercure puisse être de quelque utilité à notre

(1) Il est impossible de rendre en français cette série de mots absurdes; le texte en allemand est : « Grüner Raser, grober Raser, bunter Kater, Grober Aber, ewiger Raben, Raben haben, roter Kater, Bummeiraber, gelber Kater, der Rosen graben, u. s. f. » (N. d. T.)

(2) Le malade mourut quelques mois plus tard dans un asile de chroniques.

malade. J'ai même vu si souvent l'affaiblissement des patients augmenter à la suite de son usage que je n'ai plus le courage de le recommander. Veut-on tranquilliser sa conscience, qu'on se borne à prescrire l'iodure qui du moins n'est pas nuisible.

Le traitement mercuriel ne peut être indiqué que dans les quelques formes assez rares où existent encore des phénomènes nettement syphilitiques. Cette inefficacité du mercure dans la paralysie générale est un des arguments importants contre la théorie qui fait de la paralysie générale une affection de nature syphilitique. Quel est dans son essence le lien incontestable qui unit les deux maladies ? Toutes les explications données jusqu'à présent ne sont pas suffisantes. Il semble que la paralysie générale ne soit pas une affection syphilitique dans le sens strict du terme ; elle suit la syphilis, elle est « métasyphilitique », pour employer l'expression de Mœbius.

La paralysie générale se caractérise très souvent à son origine par un état de dépression, susceptible de persister pendant toute son évolution ou au contraire de faire place à un tableau morbide différent. Aussi est-il du plus extrême intérêt d'être au courant des particularités de ces états dépressifs, si l'on ne veut pas être surpris par la gravité de leur terminaison. Bon nombre de paralytiques au début sont pris pour des mélancoliques ou des neurasthéniques hypocondriaques, surtout lorsque font encore défaut les signes physiques. En règle générale, on peut dire que la neurasthénie ne survient jamais chez des gens bien portants sans cause connue ; de plus par le repos la guérison s'obtient relativement assez vite. D'autre part, et c'est là un fait primordial, le paralytique, bien qu'il émette toutes sortes de plaintes invraisemblables, n'a qu'une notion très imparfaite des troubles réels qu'il présente : affaiblissement de la mémoire, irritabilité, diminution de l'émotivité, perte de la faculté de travailler. L'examen le plus minutieux au contraire a beau être muet ou ne révéler que des symptômes insignifiants, le neurasthé-

nique ne s'en plaint pas moins avec la dernière vivacité. Cette divergence est surtout appréciable dans l'étude de la mémoire; tandis que le paralytique ne remarque ni ses erreurs ni ses petites contradictions ou éprouve, quand on les lui explique, un véritable étonnement, le neurasthénique ne cesse de geindre sur sa mémoire incertaine; et cependant chez ce dernier n'existe qu'un peu de difficulté à préciser un chiffre ou un nom, comme la chose arrive si fréquemment chez les gens les mieux portants.

On peut cependant se heurter à d'énormes difficultés dans le diagnostic de ces formes de paralysie générale avec la catatonie ou avec les états dépressifs de la folie circulaire. Voici par exemple un commerçant âgé de 39 ans qui reçut une solide instruction et fut élevé à l'étranger; il y a six ans qu'il dirige lui-même ses affaires et sait les faire prospérer. Son père serait mort d'une attaque d'apoplexie; sa mère a eu des accidents d'artério-sclérose; une de ses sœurs a souffert d'une affection cérébrale. Depuis six à sept mois il se plaint de douleurs dans le dos et de fatigue; il éprouve de la difficulté à travailler et sa mémoire s'affaiblit, si bien qu'il a dû renoncer à tenir ses livres. Puis le sommeil disparut, l'appétit diminua; il eut de la constipation et des troubles urinaires; sa parole s'embrouilla. Se tenant à peine sur ses jambes, il se levait de son lit sans savoir pourquoi. En même temps il émettait des idées de persécution: on l'aurait enfermé dans son appartement, la maison serait réduite en cendres. Son médecin traitant, pensant à de la mélancolie, conseilla de l'envoyer à la clinique, où il entra quelques semaines seulement après le début des troubles précédents.

C'est un homme, vous le voyez, de taille moyenne, solidement bâti, mais dont l'état physique est loin d'être satisfaisant. La cyanose de ses lèvres ressort davantage sur son teint jaune paille. Il se laisse amener en tremblant et les yeux baissés. A peine semble-t-il remarquer qu'on lui pose des questions. Insiste-t-on pourtant, ses lèvres paraissent

remuer tout doucement et un « oui » ou un « non » presque imperceptibles s'en échappe. Peu à peu le voilà qui s'éveille, et d'une voix chevrotante il commence une phrase dans laquelle il en intercale aussitôt une nouvelle, le tout ne tardant pas à être incompréhensible. « Je crois que je suis vénérien ; est-ce donc vraiment si mal ce que j'ai commencé ? » Si je lui demande d'exécuter un acte quelconque, ou bien il ne bouge pas ou bien il esquisse un mouvement plein de mollesse et de lassitude. Il n'émet aucune parole spontanée ; il reste assis sans bouger, indifférent, dans une position qui témoigne d'une extrême fatigue.

Ce tableau clinique rappelle beaucoup au premier abord les cas de stupeur circulaire que je vous ai antérieurement présentés. On a l'impression d'un malade qui ne peut ni parler ni remuer par suite d'une paralysie de la volonté. Et cependant il est loisible de constater que cet homme n'est ni déprimé, ni abattu, mais réellement apathique et indifférent et qu'il ne se soucie nullement de ce qui se passe autour de lui. Il finit par répondre aux questions qu'on lui a énergiquement répétées, mais c'est pour s'enfoncer sans tarder dans son impassibilité première dès qu'on ne s'occupe plus de lui. Des quelques rares propos qui lui échappent on peut néanmoins conclure qu'il sait où il se trouve ; malgré cela il n'a pas la notion bien nette de sa situation et s'inquiète fort peu de son avenir. Si l'on tient compte des antécédents du malade, c'est-à-dire de l'affaiblissement de sa mémoire, de ses troubles urinaires, des modifications de sa parole, il n'est guère possible de s'arrêter à l'idée d'un accès de folie maniaque-dépressive, malgré les idées de culpabilité et la paralysie de la volonté.

Cette interprétation se confirme encore par l'examen somatique. La paupière supérieure gauche est un peu plus basse que la droite ; les globes oculaires sont constamment animés de mouvements de va-et-vient symptomatiques d'une excitation bulbaire ; ils rendent l'examen des pupilles très malaisé.

On arrive pourtant à constater que la pupille droite est beaucoup plus petite que la gauche et que toutes deux réagissent encore très faiblement à la lumière. La langue, déviée à gauche, est animée d'un tremblement antéro-postérieur. Les réflexes patellaires et ceux du tendon d'Achille sont exagérés. Il y a de la trépidation épileptoïde. On enfonce une épingle dans la main du malade sans provoquer la moindre réaction douloureuse. Le peu de docilité du sujet ne permet pas un examen précis de la parole et de l'écriture. Les muscles des bras et surtout ceux des jambes sont extrêmement mous. Le pouls, petit et lent, bat à 56 pulsations à la minute. La température est de 36° et la respiration est toute superficielle.

Cette histoire concorde pleinement avec les observations que nous avons faites à la clinique. A l'entrée du malade la réaction pupillaire à la lumière était bien conservée à droite tandis qu'à gauche elle avait à peu près disparu. On pouvait également constater à cette époque des troubles de la parole très nets, du tremblement et de l'inhabileté dans les mouvements, de la faiblesse musculaire et de l'incertitude dans la marche. Le patient était peu abordable ; il n'avait que des notions inexactes sur le temps et sur l'endroit où il se trouvait. Il se plaignait de douleurs de tête, entendait au dehors les voix de ses amis qui voulaient avoir de ses nouvelles. Avec beaucoup de difficultés on arrivait à lui faire dire qu'il s'était peut-être contaminé dans des rapports sexuels, qu'il avait perdu la tête depuis le moment où il avait touché de la viande pourrie et que son commerce était ruiné. Il refusait de tirer la langue sous prétexte qu'il l'avait perdue sous l'influence de sa maladie vénérienne. On avait dû déposer une plainte contre lui, car il y a plusieurs années il aurait commis un grand crime dans le Hartz ; il n'était cependant jamais allé dans ce pays. Tout son corps était transformé ; depuis quelques jours il paraissait tout jeune. Plus tard ce fut le contraire : il était considérablement affaibli, « lui qui

avait autrefois été un homme si bien bâti ». Au début de son affection il a dû s'empoisonner avec du mercure qu'il a pris en trop grande quantité.

Il y eut une période d'amélioration transitoire, tant au point de vue somatique que psychique ; mais le malade rapidement retomba dans cet état d'apathie et d'indifférence que vous voyez aujourd'hui. Anxieux de temps à autre, il eut aussi des périodes au cours desquelles il était très excité, et cela surtout la nuit. Il émettait alors des idées de persécution et d'autoaccusation. Des voix lui adressaient des reproches à propos de ses rapports génitaux ; on l'avait calomnié ; on lui avait tendu des pièges ; on avait dit qu'il se masturbait ; on lui avait mis du poison dans sa nourriture pour l'étourdir et le rendre têtu. Il finissait par demander avec très grande peine qu'on n'aggravât pas ses malheurs en appelant encore d'autres témoins contre lui. A côté de cela, il ne prêtait attention à rien de ce qui l'entourait et ne formulait aucun désir. Puis il oublia vite et sans difficulté toute son histoire. Il eut plusieurs fois de la rétention d'urine et de matières fécales ; son alimentation était très insuffisante. Son poids augmenta tout d'abord, puis il perdit 18 kilogrammes en cinq mois. La température tomba à 36° et même à 35°. C'est là un symptôme souvent observé chez les paralytiques.

Le tableau clinique que je viens de tracer éveille, par les idées d'autoaccusation, par la paralysie de la volonté et même par les idées hypocondriaques, l'hypothèse d'un état dépressif circulaire. Le fait de penser qu'on se sent rajeunir rappelle pourtant beaucoup la paralysie générale. De plus l'apathie, les troubles de la mémoire, la difficulté de fixer l'attention et surtout les troubles somatiques ne laissent aucun doute sur la nature paralytique de la maladie. Il faut nous attendre à ce que notre malade meure, dans un temps qu'on ne saurait déterminer, des suites de cette affection cérébrale dont la marche est progressive, dût-il même survenir

quelques périodes d'amélioration. Plusieurs de ses phrases semblent indiquer qu'autrefois il aurait eu une infection syphilitique et qu'il aurait absorbé du mercure à différentes reprises ; je dois dire cependant que nous n'avons jamais pu aboutir à une certitude absolue à cet égard (1).

Les trois paralytiques que nous avons étudiés aujourd'hui étaient tous trois des hommes de 40 ans environ, ce qui concorde de tous points avec la règle ordinaire. La paralysie générale est à peu près de trois à cinq fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et dans les classes élevées la proportion est encore plus faible pour les femmes. La majorité des paralytiques est âgée de 35 à 45 ans. Les femmes sont frappées plus tôt ou plus tard. Certaines professions (officiers, commerçants) y semblent prédisposées ; d'autres au contraire paraissent épargnées (prêtres catholiques par exemple). L'affection est beaucoup plus répandue dans les grandes villes que dans les campagnes et surtout que dans les montagnes éloignées. Les variations ne peuvent reconnaître d'autre cause que les variations de fréquence de la syphilis.

(1) Le malade est mort seize mois après le début de son affection, dans une colonie familiale, à la suite d'une phase de cachexie progressive.

SIXIÈME LEÇON

Folie épileptique.

Messieurs, je vous présente aujourd'hui un homme âgé de 55 ans, de bonne constitution et dont l'état général ne laisse rien à désirer. A première vue il n'offre aucune anomalie. Tout au plus ses manières sont-elles empreintes d'une certaine indolence qui se reflète aussi dans sa mine ; mais d'une manière générale il se comporte comme l'individu le plus normal. Il s'assied après m'avoir salué poliment et attend qu'on lui adresse la parole. Il donne sur ses antécédents des renseignements sensés, peut-être un peu écourtés ; il sait où il se trouve, depuis combien de temps il est entré ici ; il connaît la date du jour, ainsi que le millésime de l'année. Lui demande-t-on s'il est malade, il se plaint aussitôt de bourdonnements de tête perpétuels. « Il est fatigué et rassasié de la vie. C'en est fait de lui ; il ne recouvrera plus la santé et il ne veut plus vivre. » Tout lui pèse. On devrait lui donner quelque chose pour que cela finisse et que demain il ne soit plus sur terre. Il ressent un mal dans la tête et dans le corps ; l'eau du cœur lui remonte et pour comble on le met au rebut comme vieux guerrier ; il ne vaut pas les jeunes gars. Le bon Dieu devrait bien le rappeler à lui ; il ne peut plus manger.

Au milieu de toutes ces lamentations, il reste toujours d'humeur sombre et irritable. Il s'emporte quand on aborde

certains points de son existence qui ne lui plaisent pas, par exemple quand on lui parle de sa femme. Pourtant le calme revient assez rapidement et alors, sans se faire prier, il raconte les péripéties de sa vie avec pas mal de détails.

Issu d'une famille normale, il a toujours été bien portant jusqu'à la campagne de 1870-1871, au cours de laquelle il prit part à plusieurs combats. A ces souvenirs sa physionomie s'éclaire un peu et de nombreux incidents lui reviennent à l'esprit : « J'étais, dit-il, un des meilleurs soldats et des plus solides gaillards. » En février 1871, il fut atteint d'une fièvre typhoïde assez grave et on dut le renvoyer dans ses foyers. Couché pendant neuf semaines, il avait un délire continu, voyait des batailles, tirait des coups de fusil, criait : hurrah, tous faits dont il devait plus tard perdre la mémoire. Dans la suite survint une hémiplégie gauche, avec troubles de sensibilité intéressant la langue, les yeux ; elle ne disparut que très lentement. C'étaient ensuite, de temps à autre, des syncopes, des périodes de dépression durant une quinzaine de jours, de la fatigue, de l'incapacité de travailler, ce qui lui rendait la vie insupportable. La nuit il rêvait toujours de choses militaires et souvent se mordait la langue. En tombant de son lit, il se cassa même deux incisives ; une autre fois il fit une chute dans le jardin et se fractura l'os nasal. L'attaque ne survenait pas brusquement, mais était précédée d'une sensation spéciale ; par contre le malade ignorait complètement dans la suite ce qui venait de se passer.

Ces attaques allèrent petit à petit en s'aggravant et l'alcool paraît avoir joué là un rôle important, malgré les dénégations de l'intéressé qui semble du reste n'avoir guère été résistant. L'absorption de petites doses suffisait à provoquer chez lui une vive excitation et donnait lieu à des actes de violence, totalement oubliés par la suite. Aussi dut-on l'enfermer à maintes reprises, et pendant ce temps sa femme le trompa.

Quand on insiste, il avoue avoir bu surtout pendant les accès, « pour oublier » dit-il ; c'était comme un soulagement

et la vie lui semblait moins pénible. Un jour il tenta de se suicider en se pendant, mais il ne connaît cet incident que par ce qu'on lui en a raconté. Aujourd'hui encore il présente chaque mois des crises de quelques jours, pendant lesquelles l'existence lui est à charge. Il n'a plus d'appétit et sa langue est saburrale. Ces périodes se montrent « comme un coup de foudre » et disparaissent de même. Le malade reconnaît parfaitement la nature pathologique de ces troubles et les appelle « sa maladie de nerfs », en rapportant la cause à des conditions atmosphériques : il ne peut pas supporter le mauvais temps. C'est pour une tentative de viol sur une fillette de 3 ans et demi qu'il entra à la clinique. Il avait pris cette dernière avec lui pour la promener, alors que le matin même il avait eu une syncope et bu quelques chopines de vin. D'après ses propres renseignements, toute lucidité s'était évanouie et il ne savait rien de ce qui était survenu. Il resta huit jours encore fort déprimé et essaya plusieurs fois de se suicider.

En dehors de ses attaques cet homme est assez simple d'esprit, tout en sachant se tirer d'affaire dans des circonstances peu compliquées. Il trouve spontanément à s'occuper et dans son ensemble sa manière d'être est celle d'un individu normal. Il aime beaucoup à parler de ses exploits guerriers, qu'il embellit de toutes sortes de détails ; il pose même au « vieux briscard ». Il a un certain sentiment de suffisance qui le porte à se croire supérieur à tout le monde ; il travaille mieux que les infirmiers, est bien plus compétent que le jardinier. Il met quelque componction dans ses relations ; il n'oublie jamais de saluer le médecin aussi souvent que possible. Il exige par contre qu'on le traite selon son mérite. Ses discours sont émaillés d'une foule de circonlocutions contournées et précieuses ; on les retrouve dans de nombreuses lettres adressées à des gens de sa connaissance qui occupent une certaine situation et à qui il demande des petits cadeaux. Il répète souvent que le bon Dieu n'abandonne jamais les Allemands et surtout les vieux guerriers.

Nous avons affaire ici à un état de dépression se distinguant

par plusieurs points de ceux que nous avons déjà étudiés. Notons d'abord la brusquerie du début et la très courte durée. Le matin la dépression se manifeste rapidement pour disparaître de même au bout de quelques jours. Les accès se reproduisent tous les ans avec une régularité relative. Les troubles sont donc périodiques et cette périodicité nous apprend que chaque accès survenant sans motif déterminé n'est que la traduction extérieure d'une affection profonde de l'organisme.

La perte de connaissance et la morsure de la langue nous fournissent des indications précieuses pour le diagnostic. Ce sont des signes indubitables d'épilepsie, et l'un des caractères de cette maladie est justement le retour plus ou moins régulier des différents symptômes et leur prompte disparition. Dans le récit du malade on ne relève rien qui prouve l'existence d'attaques convulsives ; mais sa femme a déjà raconté autrefois que pendant les attaques il était tout raide, si bien qu'on se trouvait dans l'impossibilité de lui ouvrir la bouche. Au début, il y avait connexion intime entre les pertes de connaissance et les troubles mentaux qui les précédaient ; elles persistaient souvent quelques jours plus tard et ne laissaient aucun souvenir au malade. Il s'agit évidemment de ces perturbations de la conscience qui sont si fréquemment liées aux attaques d'épilepsie. La tentative de viol eut lieu également pendant une période de déséquilibre mental avec trouble de la conscience ou pour mieux dire dans un « état crépusculaire », suivant l'expression consacrée. A la clinique les troubles dépressifs se sont montrés sans autres manifestations, sans état crépusculaire bien caractérisé ; ils étaient périodiques, mais ne s'accompagnaient pas de perte de connaissance. Il faut très probablement en trouver la raison dans l'abstinence d'alcool à laquelle le malade fut très rigoureusement soumis. Ce poison aggrave en effet habituellement les phénomènes épileptiques, comme d'ailleurs ce fut le cas pour notre sujet (1).

(1) Le malade se trouve depuis 9 ans et demi dans un asile de chroniques sans présenter de grands changements.

Quoi qu'il en soit, cet état de dépression, qui autrefois, nous le savons, a coïncidé avec l'état crépusculaire et des pertes de connaissance, relève de l'épilepsie. Nous pouvons ajouter, avec une foule d'autres exemples à l'appui, que l'alcool, même en très minime quantité, suffit à créer des états crépusculaires très prononcés. Ce fait se comprend du reste bien plus aisément à l'aide des notions suivantes : des expériences ont montré que dans ces modifications de la manière d'être on constate, à côté d'un affaiblissement de la compréhension, des impulsions volontaires beaucoup plus violentes, ce qui cliniquement se traduit par certaines nuances dans les symptômes observés ; les malades sont excités, agressifs et pour ainsi dire « sous pression ». L'alcool agit à fond dans ce sens et trouve ainsi un terrain bien préparé pour l'éclosion de l'excitation et des états crépusculaires.

Ces différents troubles épileptiques doivent évidemment relever de lésions permanentes du cerveau, presque toujours d'origine congénitale, mais souvent aussi dues à des affections de la première enfance. Dans le cas actuel il semble qu'il faille trouver l'origine du mal dans une fièvre typhoïde à déterminations cérébrales, bien que l'on ne décèle chez le malade aucune des séquelles de la dothiénenterie. On a fait également jouer un rôle important dans la pathogénie de l'épilepsie aux blessures de tête. Voici par exemple un ouvrier, âgé de 30 ans, qui pendant son service militaire, il y a neuf ans, reçut au front un coup de pied de cheval. Il resta six à sept heures sans connaissance et passa quatre jours à l'hôpital ; à ce moment on le considéra comme guéri définitivement, malgré des douleurs de tête persistantes, surtout à la région frontale. Cinq ans plus tard, en travaillant à son établi, il fut pris d'étourdissements et tomba sans connaissance ; revenu à lui, il se sentait tout abattu. Au bout d'un an, survint une autre attaque analogue ; ces attaques se renouvelèrent, sans cesse plus fréquentes, pour arriver aujourd'hui à éclater toutes les trois ou quatre

semaines. Elles sont presque toujours précédées d'une sensation spéciale, comparable à une décharge électrique, et le malade a le temps de se coucher. Puis apparaissent des convulsions généralisées qui ne durent que quelques minutes; l'incontinence d'urine a été observée une seule fois, tandis que la morsure des lèvres est presque constante.

En dehors des accès convulsifs, nous devons mentionner des vertiges et des étourdissements passagers. En outre le malade parle aussi de phases de dépression, avec irritabilité et anxiété, qui se seraient reproduites souvent depuis six mois. Brusquement et sans raison, il éprouve un sentiment de mauvaise humeur et d'inquiétude. Il se voit obligé de songer sans cesse « à une idée qu'il ne peut pas arriver à comprendre ». Il est ensuite pris de violents maux de tête. Enfin se montre un état d'irascibilité extraordinaire ; à la moindre occasion il devient grossier et menaçant et va même jusqu'à se livrer à des actes de violence. Quelques jours, quelques heures plus tard, le tout se dissipe d'un seul coup et le malade ne comprend pas comment il a pu avoir une pareille conduite. De plus il ne gardait ordinairement aucun souvenir de ce qui s'était passé. L'alcool, même à doses très modérées, favorisait l'éclosion de ses attaques. Pour peu qu'il bût pendant la période où il présentait des troubles mentaux, il commençait par s'endormir ; quand il revenait à lui, il se trouvait encore moins bien qu'auparavant.

Nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique toute une série de phénomènes analogues, à intervalles de huit à quinze jours. Aimable et tranquille en temps normal, notre homme se sentait, dès le réveil, fatigué et comme engourdi ; peu disposé à parler, il était irritable et se plaignait de céphalalgie ; pour le moindre détail il se mettait en colère et avait des battements de cœur. Un jour il intervint dans une querelle entre deux malades, et ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'on réussit à l'empêcher de commettre des actes de violence. Lorsqu'on lui faisait alors garder le lit,

tout était fini le lendemain ; il avait recouvré son intelligence et son jugement et considérait tous ses actes de la veille comme pathologiques. « Le moindre mot m'agace, dit-il ; d'ordinaire je ne suis pas irritable, à d'autres moments j'entre en furie pour un rien. »

Au point de vue physique, rien à noter chez cet homme bien constitué et dont l'état général est excellent. Il nous répond sans difficulté, en donnant beaucoup de détails sur ce qu'il ressent. La racine du nez présente un léger épaississement plus marqué à droite, et l'on sent à ce niveau une petite dépression qui se continue jusque vers l'orbite. Toujours du même côté, le front est sensible à la percussion ; enfin la cloison est également déviée dans cette direction. En haut se trouve un pli qui fait saillie entre le septum et la paroi. La pupille gauche est plus large que la droite, les doigts tremblent légèrement, les réflexes patellaires sont très exagérés.

Il y a une analogie évidente entre ce tableau clinique et celui que nous avons décrit auparavant. Mêmes pertes de connaissance, mêmes vertiges, mêmes attaques convulsives survenant sans motif, à de courts intervalles, et auxquelles s'ajoute encore l'influence pernicieuse de l'alcool. Mais dans le second cas, d'ailleurs moins accentué et évoluant depuis quelques mois seulement, nous ne constatons pas d'aussi profondes modifications de l'état mental. Nous ne retrouvons ni cet affaiblissement de l'intelligence, ni cet amour-propre exagéré, ni cette tendance à un langage fleuri et plein de pieuses sentences. Le malade affirme, sans aucune réticence, que le début des accidents remonte au moment où il eut sa blessure à la tête ; son irritabilité ne date que de cette époque. Il faut noter aussi qu'à la suite d'un examen des fosses nasales les troubles mentaux se montrèrent pour ainsi dire subitement. Le malade, aussitôt rentré chez lui, se mit à injurier sa femme sans raison et voulut la chasser du logis. Le soir même, il regrettait sa conduite et demandait pardon. C'est là un fait qui plaiderait en

faveur d'un certain rapport entre la lésion nasale et les attaques de notre sujet. Il est évidemment un peu surprenant que sa maladie n'ait éclaté que plusieurs années après l'accident. Mais dès son retour du régiment il surprit sa famille par son excessive irritabilité ; de plus, dès après sa blessure, il ressentit ces mêmes maux de tête qui aujourd'hui accompagnent régulièrement les périodes dépressives. Nous avons bien tenté de prévenir les attaques en badigeonnant la muqueuse nasale avec une solution de cocaïne. La courte durée des crises nous a malheureusement empêchés de nous rendre exactement compte de l'efficacité du traitement. En revanche, l'abstention totale d'alcool paraît avoir exercé une très bonne influence aussi bien sur la gravité que sur la fréquence des accès (1).

En terminant, ajoutons que le malade a une sœur aliénée; son père lui-même est épileptique. Si donc la blessure de tête a joué le rôle de cause déterminante, il existait déjà, semble-t-il, une prédisposition très marquée à l'épilepsie.

Ces deux observations suffisent à nous montrer quels aspects variables peut revêtir l'épilepsie. En dehors des crises convulsives, on voit des pertes de connaissance, des vertiges, des états crépusculaires et dépressifs. Ces différentes formes, susceptibles de se rencontrer chez un même sujet, se succèdent parfois les unes aux autres, toujours avec leur caractère constant de périodicité. Sammt émit déjà l'hypothèse que ces troubles, si dissemblables soient-ils, ne sont que des manifestations d'ordre identique, relevant d'un seul et même syndrome, capables en quelque sorte de se substituer réciproquement entre elles. C'est pourquoi il proposa de désigner les multiples variétés qu'affecte l'attaque épileptique sous le nom d'« équivalents »;

(1) Le malade est très raisonnable sur ce point. Il travaille depuis 9 ans dans une usine sans qu'aucun trouble grave se soit manifesté ; il se plaint parfois pourtant de douleurs de tête. Il présenta encore des accès et des périodes durant lesquelles son caractère se modifiait sensiblement.

montrant ainsi qu'elles ne sont autre chose que des symptômes analogues à l'attaque convulsive et propres à l'épilepsie. Cette façon de voir est très juste, et nous sommes autorisés à considérer comme épileptiques tous les troubles que nous avons déjà signalés, pour ne mentionner que ceux-là. L'individu chez qui on a observé une manifestation de ce genre présentera tôt ou tard, on peut à coup sûr s'y attendre, un autre symptôme de même nature.

Dans certains faits, c'est le développement clinique d'un de ces équivalents qui prend la place prépondérante, laissant les autres manifestations dans l'ombre. Le point essentiel qui permette à mon avis d'affirmer la nature épileptique d'un symptôme se tire avant tout de la notion de périodicité ; les phénomènes morbides sont toujours semblables à eux-mêmes et surgissent sans aucune raison. Les attaques convulsives, qu'on regarde d'habitude comme le signe certain de l'épilepsie et qui en représentent très probablement un des stigmates les plus graves et les plus importants, peuvent faire complètement défaut. Un ou plusieurs des équivalents que je vous ai indiqués résument tout le tableau clinique, revêtant d'ailleurs toujours une allure univoque.

On nous a amené, ces derniers temps, d'une prison un brasseur de 32 ans qui, lui, a présenté des attaques convulsives nombreuses et réitérées. Un matin vers cinq heures, on le chassa d'une auberge où, en pleine ivresse, il se livrait à un tapage infernal; on dut même faire appel à des policiers, tant il faisait de vacarme, mordait et frappait autour de lui; il était en un mot impossible de le maintenir. Quelques jours plus tard, il n'avait aucun souvenir de tout cela et prétendait simplement avoir eu « son attaque ». On le condamna néanmoins à quinze jours de prison, car ce qu'il racontait ne ressemblait en rien à la description que Krafft-Ebing donnait de l'épilepsie. Sur le point de terminer sa peine, il fut pris tout à coup d'une violente excitation; le diable, criait-il, était dans sa cellule ; en même temps il met

tait tout en pièces; on fut obligé de le ligoter et de lui passer la camisole de force pour l'amener ici. A la clinique il nous raconta son histoire sans commettre d'erreur; mais il était extrêmement confus et ne se rendait aucun compte de ce qui se passait autour de lui. Il disait avoir vu sa mère ; le bon Dieu était monté au ciel dans un carrosse magnifique ; il avait entendu des chants et avait éprouvé une très vive angoisse. Vous le voyez maintenant prendre pour un ange l'étudiant qui l'interroge. Il m'appelle le bon père « qui nous donne tout » ; il se croit au paradis, à l'hôpital ou à l'audience. Les premiers jours, il eut de plus des visions d'animaux : hannetons, rats, souris; ou bien c'étaient des gens sans tête qui le frappaient de verges; il entendait enfin des musiques militaires. Tous ces faits s'expliquent surtout par l'abus de l'alcool. Au bout de quelques jours, il recouvra sa lucidité et reconnut le caractère morbide de ses visions d'animaux; mais il lui fallut dix jours pour comprendre qu'il avait déliré en croyant voir quelque chose au ciel.

Ce malade, trapu et bien bâti, se conduit aujourd'hui très naturellement. Il donne des renseignements peut-être un peu prolixes sur ses antécédents. Au point de vue somatique, on constate une ancienne cicatrice de morsure de la langue et une certaine sensibilité à la pression des gros troncs nerveux, imputable très vraisemblablement à l'action de l'alcool. C'est à la suite d'une scarlatine, à 11 ans, que le malade présenta des attaques de haut mal, et celles-ci étaient si fréquentes qu'elles revenaient presque chaque jour. Ça le prenait dans la tête, puis il ne savait plus ce qui se passait. Il tombait à ce moment, lui aurait-on dit. Deux ou trois heures plus tard il revenait à lui, se plaignait un peu de céphalée et ne gardait aucun souvenir de ce qui avait eu lieu. Il avait aussi des attaques bien plus légères ; quelque chose de très rapide lui traversait la tête, il perdait connaissance et se ressaisissait aussitôt en général sans tomber. Ce phénomène s'est souvent renouvelé ces dernières années. La

plupart du temps il est de bonne humeur ; il espère bientôt guérir et se montre plein de confiance et d'amabilité envers le médecin. Son avenir ne le préoccupe pas beaucoup. Il a fait pas mal d'excès de boisson, son métier favorisant du reste son penchant. Toute sa vie fut extrêmement agitée. Il subit de nombreuses condamnations pour blessures et autres délits qu'il commettait dans ses périodes d'excitation. Une nuit on le trouva dans la cour d'une maison étrangère ; sans mot dire, il donna plusieurs coups de couteau à un homme qui l'interpellait. Il prétend n'avoir aucun souvenir de ce fait.

Nous constatons ici toute une série de manifestations morbides. Après avoir assisté à des attaques convulsives très graves, puis à des évanouissements de courte durée, nous avons vu ces troubles légers de la conscience qu'on désigne d'ordinaire sous le terme de « petit mal ». Au milieu d'une conversation, le malade disait par exemple : « Voilà que ça vient, tout se trouble, j'ai du noir devant les yeux. » Son visage était alors comme figé et il s'appuyait contre le mur. Après avoir marmotté quelques mots incohérents, il disait : « Ah ! ça va mieux maintenant, c'est passé. » Souvent, avant ou après les crises convulsives, il présente des accès de rage indescriptibles ; complètement inconscient, il casse et brise tout autour de lui. C'est du reste une histoire de ce genre qui lui valut sa dernière condamnation. Nous savons déjà que chez les épileptiques en particulier l'alcool produit des états analogues avec vive excitation et perte complète de la conscience. Ce sont les soi-disant « états d'ivresse pathologique ».

Notre homme est d'ordinaire bon garçon et toujours content. Nous devons interpréter comme attaques de petit mal ces périodes si fréquentes de modifications de caractère où il devient grincheux, soupçonneux, où il se croit victime d'une injustice, réclame son élargissement, menace de tout détruire et en arrive à un tel degré de violence qu'il ne recule devant aucune brutalité. Après quelques heures ou le lendemain, il

revient à lui, retrouve son amabilité et recommence à travailler, ayant très bien la sensation d'avoir été malade. Enfin il a eu des états délirants, « des rêvasseries », selon sa propre expression. Une nuit par exemple, s'imaginant être auprès d'une de ses sœurs mariée, il se met à interpeller sa mère, morte depuis longtemps. Il lui semblait une autre fois que son beau-père lui donnait de l'argent. « Tout à coup, je me demande où je suis ; bon Dieu, on ne m'a pas pourtant renvoyé de la clinique, et je ne me suis pas sauvé. D'où me vient cet argent ? Je ne peux pourtant pas boire. » La visite au ciel, qu'il a cru faire pendant qu'il était en prison, relève d'états analogues, bien que l'alcool y ait contribué pour une certaine part. C'est encore à de semblables crises qu'il faut probablement rattacher des traits comme ceux-ci : au milieu de son travail, il se trouva un jour debout, sans savoir comment, sur l'appui d'une fenêtre ; une autre fois, on le vit agiter dans son lit la couverture de mouvements uniformes, tout en murmurant des paroles inintelligibles.

Chaque jour éclataient des attaques du même genre, et souvent en séries. Le traitement par le bromure de sodium ne nous a donné que peu de résultats; nous n'avons pas obtenu plus de succès avec l'opium à doses croissantes : 60 gouttes de teinture trois fois par jour, et nouvelle administration de bromure à la dose de 12 grammes. Pourtant il ne conviendrait pas de conclure qu'un traitement bromuré prolongé de 4 à 6 grammes par jour n'amènerait pas une certaine amélioration. Il va sans dire que l'alcool doit être complètement supprimé (1).

(1) Le malade est aujourd'hui transféré dans un asile.

SEPTIÈME LEÇON

Excitation maniaque.

Messieurs, dans nos précédentes réunions nous avons rencontré les formes les plus variées d'états dépressifs. J'ai cherché à vous montrer qu'un état de dépression anxieux ou triste ne suffit pas par lui-même pour nous permettre de déterminer son origine. Dans chaque observation, notre rôle est avant tout de nous rendre compte de la signification clinique des divers symptômes que nous observons. Il est certaines circonstances où, par l'allure morbide de l'état dépressif, par sa durée, par ses récidives plus ou moins fréquentes, nous remontons jusqu'à sa cause et où nous dépistons la nature exacte de l'affection du malade ; d'autres signes cliniques viennent aussi assez souvent nous mettre sur la voie du diagnostic et nous font voir que des états, en tous points analogues au premier abord, peuvent appartenir à des affections très dissemblables. Des états essentiellement opposés relèvent inversement d'une même maladie. A la succession rapide des différents tableaux cliniques, à la combinaison passagère de quelques-uns de leurs détails, à leur marche enfin et à leur terminaison, on acquiert la ferme conviction qu'il ne s'agit pas dans ces derniers cas de simples associations morbides comme on le croyait autrefois.

Le premier des malades que je vous présente aujourd'hui est un commerçant de 50 ans, bien constitué et de bon état

général. Il entre dans la salle à pas rapides ; il parle à haute voix et met quelque exagération à nous saluer ; il s'assied et regarde autour de lui avec intérêt et curiosité. Lui adresse-t-on la parole, il répond aussitôt sans la moindre hésitation. Il donne des renseignements exacts sur ses relations personnelles et sur sa situation. Son élocution est facile. Mais il ne se contente bientôt plus de nous répondre ; il questionne à son tour. En plaisantant, il nous avertit qu'il ne va plus s'ouvrir aussi librement à nous ; il veut rendre l'examen plus malaisé pour voir si nous connaissons notre affaire. Et le voilà qui raconte avoir une paralysie, qui commet des erreurs de calcul volontaires, qui tient des propos incohérents, tout heureux quand on se laisse prendre à ses supercheries. Laissons-le aller : il parle avec vivacité ; il s'anime sans accepter d'interruptions ; mais il perd facilement le fil de son sujet et ne cesse d'entremêler son récit d'une foule de détails inutiles et superflus. C'est à peine si l'on peut obtenir une réponse concise et brève. Il a toujours quelque chose à ajouter et même pendant mes explications voudrait dire son mot ; mais à ma prière, il se désiste poliment. Il vous adresse volontiers la parole, fait allusion à la vie d'étudiant, rappelle quelque chanson de jeunesse, va jusqu'à composer un vers de circonstance.

Toujours gai, toujours excité, il se plaît à toutes sortes de plaisanteries, parfois très osées. Il se moque de lui-même et des autres, contrefait les personnalités connues ; il rit de ses traits d'esprit et il sait fort bien les glisser dans la conversation, sans avoir l'air d'y toucher. La nuit qui précéda son entrée parmi nous, il se livra à une foule d'excentricités en allant boire de cabaret en cabaret en attirant partout l'attention sur lui. Sur la place du marché il s'aspergea d'eau du haut en bas, et prit ensuite un fiacre pour recommencer sa tournée dans les cabarets des villages voisins. Finalement il rentra chez lui et cassa tout ce qui lui tombait sous la main, glaces, meubles, ustensiles, si bien qu'on dut l'amener ici sous bonne escorte

de police. Sa femme est cause de tout cela, dit-il plein de malice ; elle le traite mal et lui sert de la mauvaise cuisine. Aussi a-t-il été obligé d'aller à l'hôtel. Et puis ne faut-il pas aider les autres à gagner de l'argent ? Quoiqu'il ne se considère pas comme malade, il consent à rester quelque temps avec nous, pour nous faire plaisir, ajoute-t-il avec un sourire plein de malice. Au point de vue somatique, rien à signaler ; n'oublions pas toutefois qu'il s'est blessé çà et là pendant son transport à l'asile.

Voilà un tableau clinique vraiment à l'antipode de ce que nous avons vu dans les états dépressifs. La compréhension est rapide, les conceptions affluent les unes à la suite des autres, l'esprit est dans une perpétuelle excitation. Cet homme ne connaît aucune entrave à la réalisation de ses idées et l'acte est exécuté sitôt conçu. Un tel ensemble symptomatique se rencontre très souvent ; il est désigné sous le nom de « manie ». Lorsque les troubles sont plus discrets, comme dans ce cas particulier, nous l'appelons « hypomanie ». Notre malade n'a pas toujours été aussi aimable et aussi libre. Au début notamment, il avait des périodes de confusion et d'incohérence complète, surtout appréciables dans le déluge de ses paroles. En proie à la plus vive excitation contre son entourage, il brisait tout ce qu'il rencontrait : tables, chaises, vitres ; il versait la soupe sur sa tête, posait le vase de nuit avec son contenu sur la table à manger, répandait partout ses excréments ; sans cesse il malmenait les autres malades, dénigrait le personnel et profitait de toute occasion pour donner libre cours à sa maussaderie et à ses taquineries ; il finit par se rendre insupportable.

Non seulement la manie est jusqu'à un certain point tout le contraire de la dépression, mais elle n'est autre chose qu'une phase de la folie maniaque-dépressive. Constatons-nous une excitation maniaque véritable, nous pouvons pronostiquer presque sans réserve les récidives de l'accès, et ces récidives s'intercaleront entre des périodes de dépression assez ana-

logues à celles que nous avons vues antérieurement. Retraçons l'histoire de notre sujet. C'est la septième fois qu'il séjourne dans un asile d'aliénés. Enfant naturel, il perdit d'une attaque d'apoplexie sa mère, qui avait une sœur aliénée. On l'a lui-même constamment considéré comme un peu bizarre, quoique pondéré et laborieux. A 37 ans il présenta son premier accès, sur lequel est calqué l'accès actuel. Brusquement, il inséra une annonce dans un journal pour inviter toute la « noblesse du jour » à une « soirée de haute volée » dans un belvédère. Il mit la police entière sur pied, en prétendant avoir trouvé dans la personne d'un gendarme un anarchiste recherché depuis longtemps ; il fit toute une série de plaisanteries de ce genre. A ce moment, on porta le diagnostic de paralysie générale. Chaque attaque ultérieure se caractérisait par des dépenses exagérées et réitérées, par des excès alcooliques et sexuels, par mille excentricités. Une fois entre autres, nous trouvâmes ses poches remplies de bagues de minime valeur, de monnaie étrangère et de bijoux à bon marché qu'il avait achetés un peu partout ; il possédait aussi une collection de reconnaissances du mont-de-piété.

Ses accès durent en moyenne de deux à six mois chacun. Bien qu'il se calme assez vite à la clinique et qu'au bout de quelques jours des troubles légers seuls soient perceptibles, plusieurs sorties d'essai ont été infructueuses. Il se remettait à boire et en peu de temps redevenait agité. Mais l'accès définitivement terminé, le voilà de nouveau calme, tranquille, en bonne intelligence avec sa femme qu'il avait injuriée et menacée dans sa période d'excitation. Après son avant-dernière sortie, il fut pendant trois mois très déprimé ; avant la dernière sortie, il eut les mêmes symptômes de dépression pendant neuf mois. Il était sombre et taciturne, émettait des idées de suicide et gardait le lit ; petit à petit l'équilibre se rétablit.

Le pronostic que nous avions posé autrefois s'est réalisé

de point en point. En même temps que nous assistions à l'éclosion de nombreux accès maniaques, nous voyions en effet évoluer aussi plusieurs périodes de dépression. Et nous sommes déjà à même de prévoir le retour plus ou moins régulier de l'une de ces deux manifestations. Ajoutons que les attaques sont plus sérieuses et plus rapprochées, ce qui est commun dans cette affection. Quelques oscillations s'interposeront peut-être, mais les prochaines crises, selon toute probabilité, iront toujours en s'aggravant (1).

Vous entendez notre deuxième malade avant même son arrivée ici ; la voilà parmi nous, dans la plus violente agitation. Elle ne s'assied point ; elle marche à pas rapides autour de la salle, se mêle aux auditeurs, fait mine de les embrasser et examine à la hâte ce qui lui tombe sous les yeux. Arrive-t-on enfin à l'asseoir, elle saute brusquement sur son siège, jette ses chaussures avec son tablier et se met à danser et à chanter. Elle s'arrête un instant ; puis elle frappe des mains, va au tableau et écrit son nom ; elle le termine en dessinant un paraphe qui en une minute couvre la planche presque entière. Elle l'efface ensuite légèrement avec l'éponge et retrace quelques lettres. Tout à coup elle lance la craie au loin sur les auditeurs, prend sa chaise, la traîne en cercle autour d'elle, s'y assied lourdement pour se relever aussitôt et recommencer son premier jeu. En même temps elle ne cesse de bavarder ; mais elle parle très vite, émettant des propos presque incompréhensibles et de la plus complète incohérence. On réussit cependant, en lui posant une question pressante, à obtenir une réponse à peu près sensée, mais enchevêtrée dans un fatras de phrases sans suite qu'elle marmotte entre ses dents. Ce sont des locutions toutes faites, des

(1) Le malade, après une période de calme, fut déprimé pendant assez longtemps. Un an plus tard, il fut en proie à une nouvelle période de manie, au cours de laquelle on observa des accès épileptiformes graves, suivis de paralysie. L'un d'eux se termina par la mort. A l'autopsie on trouva un cerveau scléreux. Cette terminaison ne paraît pas très rare dans la folie maniaque-dépressive.

mots et des tournures de phrases qu'elle a entendus autour d'elle et qui s'écoulent, sans rime ni raison, dans un déluge de paroles. La malade sait encore son nom et son âge, se rend compte qu'elle est dans « une maison de fous » ; elle connaît les personnes qui l'environnent, tout en leur attribuant les diverses épithètes qui lui passent par la tête. Impossible de tenir avec elle une conversation suivie ; elle quitte sa chaise, s'adresse aux auditeurs, court à la fenêtre, danse, chante, etc. D'une gaieté exagérée, elle rit continuellement, même au milieu de ses discours. Néanmoins elle est facilement en colère et à la moindre agacerie se répand en un flot d'injures extrêmement grossières, quitte à s'apaiser aussitôt après en un rire joyeux. Son agitation immodérée ne l'empêche pas de se laisser facilement conduire. Il suffit de lui parler amicalement pour qu'elle exécute ce qu'on lui demande ; il est vrai qu'elle va faire tout le contraire un instant plus tard. Quoique de constitution délicate et anémiée, cette femme ne présente aucun trouble somatique ; tout au plus note-t-on un peu de conjonctivite de l'œil gauche, curable d'ailleurs par un traitement anodin.

Ce qui domine dans ce tableau clinique, c'est l'extraordinaire mobilité des phénomènes psychiques. Un rien suffit à les provoquer et ils se succèdent et se chassent les uns les autres. La moindre futilité captive l'attention de la malade, mais pour un instant seulement ; toute idée, toute impulsion volontaire ne tardent pas à laisser la place à d'autres qui vont surgir. Il est bien évident que cette femme ne possède pas la faculté de résister aux influences du moment et de faire converger les pensées de son cerveau vers un point déterminé. C'est ce qu'on désigne sous le terme de « mobilité de l'attention » ; on entend par là dans l'ordre intellectuel que la plus minime impression extérieure concentre immédiatement sur elle toute l'attention du sujet, pour s'éclipser bien vite devant une nouvelle impression tout

aussi fortuite. Vous voyez encore ici un autre symptôme que l'on appelle « la fuite des idées ». A l'état normal, nos conceptions visent toujours un but donné et suivent une direction bien définie. Dans le cas actuel, éclatent au contraire une foule d'idées accessoires, évanouies aussitôt que nées chez l'homme sain ; elles naissent de mille manières, puisqu'il suffit d'un bruit, d'une tournure de phrase pour les éveiller et leur donner même une importance telle qu'elles s'emparent pour un instant du cerveau du patient tout entier. Ce n'est pas, comme on le prétend, une hypertrophie de l'idéation ; une série d'expériences spéciales démontrent au contraire que la création d'idées neuves est très lente et très pénible. Cependant le terme de « fuite des idées » est parfaitement exact, en ce sens que chaque idée prise à part n'a qu'un temps de durée fort réduit. Les idées sont fugitives et s'effacent avant même d'être arrivées à se constituer dans leur plénitude. Il en résulte que des troubles de ce genre s'accompagnent toujours d'une altération plus ou moins marquée de la conscience.

L'état d'esprit et l'humeur de la malade trahissent sans cesse cette mobilité de l'attention. La gaieté la plus exubérante peut en un clin d'œil faire place à un accès de colère ou de désespoir des plus violents. Cette tare morbide se retrouve dans les diverses manifestations de la volonté, par exemple sous forme d'excitation motrice se traduisant par un besoin impérieux de s'occuper. Les impulsions volontaires surgissent à chaque minute, et rien ne les empêcherait de se transformer en actes si d'autres impulsions ne venaient s'interposer.

Comparons maintenant nos deux malades. Vous n'aurez pas de peine à reconnaître chez eux les mêmes symptômes, mais avec une acuité moindre chez le premier. Vous avez également noté chez lui la mobilité d'esprit, le peu de consistance de la volonté, la tendance à céder à toutes les impulsions qui éclatent. Et en effet dans ces deux cas, nous

sommes en face d'un syndrome identique : l'excitation maniaque. Il n'y a entre eux qu'une différence de degré, tout à fait évidente pour qui assiste à l'évolution progressive de l'agitation jusqu'au point où nous la voyons chez notre seconde malade. Celle-ci a également présenté de temps en temps des périodes d'hypomanie, qui reparurent pendant les deux premiers jours de l'accès actuel survenu subitement il y a deux mois. Cette femme en revanche, comme nous étions en droit de le supposer, a présenté plusieurs accès maniaques très bénins.

Elle est aujourd'hui âgée de 32 ans. Son père et son oncle étaient tous deux très excités, et ce dernier s'est même suicidé. Le père avait un cousin aliéné, une sœur de la malade est débile. L'affection que nous observons a débuté à quatorze ans par une période de dépression à laquelle succéda, deux ans plus tard, un accès d'excitation. Au bout de deux autres années, réapparut un second accès de dépression mélancolique avec autoaccusation et profonde prostration ; puis l'excitation revint à son tour, suivie d'une dépression après laquelle se manifesta encore de l'agitation maniaque. A partir de cette époque le psychisme de la patiente fut soumis à des oscillations réitérées, et sa mère considérait bien comme pathologiques ses nombreuses périodes d'hypomanie. Sa vie fut alors on ne peut plus déréglée ; elle faisait insérer dans les journaux des annonces de mariage, nouait sans y prendre garde toutes sortes de relations amoureuses, toujours transitoires, mais qui ne restèrent pas sans conséquences. Pour les étrangers, c'était une « bonne vivante ». Elle finit par se marier, mais ne tarda pas à divorcer. Elle eut par trois fois une excitation si violente qu'il fallut l'enfermer. Dans ses états de dépression, elle éprouvait toujours par contre un profond repentir de ce qu'elle avait fait. Puis pendant de longs intervalles elle redevenait normale.

Tout ce tableau clinique et toute cette évolution sont

caractéristiques de la folie maniaque-dépressive. Début pendant la jeunesse de périodes de dépression alternant avec des accès d'agitation, apparition de quelques accès graves à côté de nombreux accès si légers qu'ils passent inaperçus aux yeux des profanes ; ce sont là des symptômes qui se retrouvent dans un nombre incalculable de faits. Les malades appartiennent en général à des familles tarées, où l'on a déjà pu maintes fois relever l'existence de troubles mentaux. Il nous est loisible de prévoir que bien d'autres accès, plus ou moins sérieux, viendront encore frapper cette femme (1).

Le dernier de nos malades est un marinier de 49 ans. Aussitôt entré, le voilà qui parle et se pose comme « accusateur sous le commandement suprême de M. le professeur général Kr. ». Il veut bien cependant répondre aux questions qu'on lui adresse et se montre alors absolument conscient du temps, du lieu où il se trouve et de tout ce qui l'entoure. Mais il se perd bientôt dans un tas de récits sans fin ; il s'arrête sur une phrase stupide : « Je deviendrai ou bien portant ou malade, ou je perdrai la tête. » Prononce-t-on devant lui le nom de Catherine, il ajoute : « Catherine, café Kneipp, café de malt, heureux Palatinat, que Dieu le garde ; tout doit être rôti. » Son intelligence et sa mémoire sont excellentes ; il donne même des renseignements sur son arrivée ici avec peut-être trop d'exactitude. Il est venu à la clinique le 1er juillet, un vendredi, à 6 heures moins 10. Il se croit bien portant et ne comprend pas pourquoi on l'y a amené. Il se plaisante lui-même, raille les médecins de la clinique : il dit des bêtises, mais il est plus sensé que les médecins qui n'apprennent rien à Heidelberg. Ensuite il me tutoie, et si je lui fais remarquer combien m'étonne cette familiarité,

(1) Au bout de cinq mois, la malade est sortie tout à fait améliorée. Son poids avait considérablement augmenté ; mais depuis douze ans elle a présenté toute une série de légers accès de dépression et d'excitation. La fille de la malade eut elle-même deux périodes de manie, la première à l'âge de 15 ans et demi.

il éclate en un flot d'injures que rien n'arrête; puis tout à coup il se met à rire. La haute opinion qu'il a de lui-même se reflète dans son allure satisfaite et crâne. Quand il parle, il garde la main à la tempe comme pour le salut militaire; sa parole, d'abord brève et impérative, se fait rapidement aimable.

Déjà vous avez reconnu chez ce malade tous les caractères de l'excitation maniaque. La mobilité de son attention, son état d'esprit extrêmement variable, l'excitation motrice et surtout ce besoin de bavarder représentent des symptômes assez significatifs. Dans les salles il est toujours en mouvement, changeant sans cesse l'agencement de ses vêtements, montant à cheval sur son lit, fabriquant une ancre, symbole de sa profession, criant, chantant, dansant et souvent aussi cassant tout ce qu'il trouve autour de lui. Dans ce cas encore nous sommes à même d'affirmer que l'accès n'est pas unique. Le malade a en effet été reçu à la clinique pour la première fois il y a huit ans. Depuis il y est revenu huit fois. Chacun de ses accès a débuté brusquement; les deux premiers après une chute dans l'eau, le troisième après l'enterrement de sa fille, et les suivants sans cause connue. Toujours très agité, il émet la plupart du temps des idées délirantes, se croit Dieu, Joseph en Égypte, donne des noms de prince et d'empereur aux personnes qui l'approchent. Son excitation est si intense qu'on est presque constamment obligé de l'amener dans la camisole de force. Le calme renaît régulièrement au bout d'une à deux semaines, de sorte qu'il nous est possible de le renvoyer après un laps de temps fort court.

Les cinq derniers accès se sont produits cette année. Ayant gardé le malade à la clinique une fois disparue la phase d'excitation, nous avons pu, quatre à cinq semaines plus tard, observer strictement le retour de deux nouvelles attaques. La dernière a été un peu abrégée par l'administration de bromure que nous lui avons fait ingérer à la dose de 12 à

15 grammes dès les premiers signes d'agitation, et peut-être sommes-nous en droit d'espérer que la prochaine attaque sera plus longue à venir (1). Nous avons d'ailleurs eu recours au traitement ordinaire de l'agitation maniaque; repos au lit, ou, quand la chose est impossible, grands bains chauds continus durant une journée, voire des mois. Il est souvent nécessaire, pour habituer les malades aux bains, d'employer une petite quantité d'hyoscine ou de sulfonal; ils ne tardent pas alors à y rester très volontiers et se plaisent à la température modérée de l'eau. Ils y prennent leurs repas ou peuvent s'y occuper de mille façons. Chez beaucoup de sujets, et c'est ici le cas, le simple isolement est un calmant très efficace; mais il faut l'abandonner à la moindre tendance à gâter et à déchirer. Un traitement doux, sans violence, amical rend ces soi-disant « fous furieux » beaucoup plus inoffensifs qu'on ne le croit couramment.

Chez cet homme nous n'avons observé que les périodes d'excitation. Ce sont elles qui s'imposent avant tout à l'attention et ont valu à ces tableaux cliniques la dénomination ordinaire de « manie périodique ».

Mais ici, comme dans les autres cas, il y a des phases de dépression. Chaque fois pour ainsi dire après les phénomènes d'excitation, le malade demeurait pendant de longues journées abattu, triste et silencieux : il n'avait plus de joie ; c'était une misère d'être comme lui. Au milieu même de l'excitation maniaque, il pleure à certains moments sur sa triste destinée; mais cette manifestation est de courte durée, et notre homme revient bien vite à sa gaieté antérieure. Des oscillations analogues s'observent très fréquemment, et cela jusque chez les maniaques les plus gais. Elles fixent, semble-t-il, la très intime parenté qui unit ces états si opposés; de

(1) Après un nouvel accès très court survenu il y a quatre semaines et traité par le bromure, le malade est resté cinq mois bien portant; puis il a eu une légère rechute. Deux ans plus tard, deux nouveaux accès séparés par un court intervalle, le dernier à la mort de sa femme. Depuis deux ans, santé parfaite.

plus elles montrent comme il est vrai que les ensembles morbides différents que l'on cherche à isoler sous les noms de manie simple, manie périodique, folie circulaire constituent un tout unique et indivisible. En règle générale tous ces accès ont une tendance très nette à récidiver; mais malgré la gravité et la longueur d'évolution des symptômes, le pronostic est le plus souvent favorable.

HUITIÈME LEÇON

États mixtes maniaques-dépressifs.

Messieurs, les variations d'intensité, de durée et d'aspect que revêt la folie maniaque-dépressive impriment au tableau morbide des modifications instantanées de la plus extrême diversité. Je vais vous en fournir différents exemples. Voilà une femme âgée de 38 ans qui se laisse difficilement conduire jusqu'à nous et offre un aspect des plus curieux. Elle est maigre, mal nourrie et pâle. Sa figure toute ridée et vieille avant l'âge a une expression renfrognée. Elle penche la tête et regarde la salle à la dérobée. Sur ses cheveux coupés courts et flottants est posée une couronne de feuilles mal assujetties, au milieu desquelles sont noués des bouts de papier et de laine. Son poignet est paré d'un morceau d'étoffe et elle a des rubans autour des doigts. Sa main gauche maintenue contre sa poitrine serre un petit tas de feuilles et un mouchoir plié. La malade, sur nos prières réitérées, s'approche lentement et avec hésitation. Elle s'assied, mais ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse; on n'entend de temps à autre qu'un murmure incompréhensible. Sa tenue est guindée, mais on observe de légers mouvements des doigts indiquant une certaine inquiétude. Elle obéit aux ordres simples. C'est ainsi qu'elle se lève, donne la main, montre la langue; elle va au tableau noir, ouvre les petits tiroirs où se trouve la craie et la regarde en murmurant.

Puis elle se dirige vers la porte et veut sortir, mais on la ramène sans grande peine. Lui pique-t-on la main avec une aiguille, elle s'effraie et d'un mouvement rapide enlève l'aiguille de la peau pour la jeter et se frotte l'endroit douloureux. On lui donne une feuille en lui demandant d'écrire son nom de jeune fille ; elle s'exécute très habilement pendant qu'un joyeux ricanement illumine ses traits. La voilà qui tout à coup ôte ses souliers et cherche d'en faire autant à l'étudiant qui l'examine. De nouveau elle se lève ; elle va d'un auditeur à l'autre en essayant de prendre des objets qui lui plaisent et en murmurant : « Donnez-le-moi ; je voudrais l'avoir, je voudrais l'avoir. » Elle s'efforce ensuite de s'emparer des manteaux et des chapeaux accrochés dans la salle, et on ne les lui reprend pas sans mal ; elle grogne tout bas et résiste quand on la renvoie.

L'interprétation de ce tableau clinique est assez malaisée. Nous sommes en face, semble-t-il, d'une forme de stupeur. La malade comprend les questions simples, mais ne se rend guère compte de sa situation. Elle est de plus incapable d'apporter quelque logique dans ses renseignements. Toutes les manifestations de sa volonté sont pauvres et ne visent aucun but. Nous avons surtout observé jusqu'à présent des états de stupeur au cours de la catatonie et de la dépression circulaire. On en voit aussi dans l'épilepsie, l'hystérie et la paralysie générale. Chez notre malade manque tout signe somatique de paralysie ; elle n'offre aucune anomalie de cet ordre. On pourrait penser peut-être à de la stupeur épileptique ou hystérique ; pareille hypothèse est controuvée par la durée de l'accès qui persiste depuis deux ans et quatre mois sans changement. La stupeur catatonique de son côté se prolonge bien parfois aussi longtemps, mais les troubles que nous avons considérés plus haut comme caractéristiques de cette maladie font précisément défaut. Notre femme résiste quelquefois, sans être cependant négativiste ; son opposition se laisse bientôt vaincre par l'intervention d'une influence

extérieure. En outre elle n'est pas abrutie et indifférente; elle se montre au contraire plutôt curieuse et facile à détourner d'un sujet, elle réagit quelquefois très vivement aux impressions et aux excitations ambiantes. Ses mouvements, un peu guindés et retenus, ne sont pas raides ou maniérés; ses actes ne sont pas monotones et déraisonnables, mais bien plutôt régis, un peu confusément il est vrai, par des représentations mentales. Superposons enfin le tableau clinique actuel à l'idée de stupeur circulaire. Nous allons nous heurter à une objection importante : la malade n'est pas déprimée, et par moments même elle est gaie; toute sa mise, tous ses agissements indiquent une tendance à détruire, à se parer, à faire des taquineries.

Avant d'émettre un nouveau diagnostic, étudions un peu les antécédents du sujet. Sa mère est très nerveuse; elle a un frère excentrique. Elle s'est mariée à 21 ans, plutôt faible physiquement, mais normalement douée au point de vue psychique; elle était laborieuse et économe. La veille de son mariage elle pleura sans désemparer; le lendemain matin elle dansa avec une excitation si surprenante qu'on songea à retarder la cérémonie. Elle demeura alors quatre mois triste et irrésolue, incapable de travailler et fort irritable. Lors de ses deux premières couches ces états de dépression réapparurent, mais se dissipèrent au bout de quelques semaines. Après son troisième accouchement, à l'âge de 26 ans, le même phénomène se reproduisit; elle prenait peur, était abattue, proférait des idées d'empoisonnement et présentait, semble-t-il, des hallucinations. Comme elle tomba peu à peu dans une stupeur complète et refusait de se nourrir, on l'amena à notre clinique pour la première fois. Quatre mois plus tard, elle déploya progressivement plus de vivacité; elle voulait sortir, se déshabillait, détachait ses cheveux, grimpait sur les tables et les chaises, déchirait ce qui lui tombait sous la main, se parait avec des chiffons et des branches vertes; elle était fort malpropre, riait et gro-

gnait, mais sans répondre pour ainsi dire aux questions qu'on lui posait. Elle donnait assez l'impression d'être inabordable, confuse et débile. Dans les quelques paroles qu'elle émettait, on sentait sa tendance à la logorrhée. Au bout d'une année, le poids, qui avait beaucoup baissé, augmenta régulièrement et dans de grandes proportions; la malade, tout à fait guérie, ne garda qu'un vague souvenir de ce qui s'était passé.

A l'âge de 34 ans, elle était atteinte d'un nouvel accès de dépression, qui, malgré son désir de revenir à la clinique, fut soigné chez elle. Après ses dernières couches, il y a vingt-huit mois et trois semaines, elle fut reprise par sa maladie, eut de l'anxiété, de la confusion, émettait des idées de suicide; elle redoutait la mort et parla de jeter son enfant par la fenêtre. On nous l'amena à l'asile au bout de quinze jours; elle resta inconsciente et, malgré des efforts sensibles, ne parvint à répondre qu'avec peine et lenteur aux questions les plus élémentaires; elle se plaignait d'être dans un état d'esprit anxieux et désagréable et elle avait la notion très nette d'être malade, de se sentir dans l'impossibilité de se livrer à aucun travail. Elle entendait des appels, des cris d'enfants, des bruits de pas et de voiture; elle s'imaginait être accusée et être responsable de tout; elle hurlait de temps en temps d'une voix monotone. Elle tomba rapidement dans une stupeur intense. Son état se modifia après quatre mois. Elle quitta son lit, riait et ricanait beaucoup, tout en ronchonnant; elle détachait ses cheveux et gâtait souvent. Elle ne cessait de salir et de déchirer ses robes. Elle se déshabillait dès qu'elle en avait l'occasion et se parait de mille manières avec des chiffons; puis elle souriait gaiement au médecin. Mais elle n'en demeurait pas moins inabordable, maltraitait ici et là d'autres malades, les injuriant parfois en termes odieux; elle pleurait aussi par moments. Sa figure avait l'expression bête d'une personne qui ne comprend rien. Vers la fin elle devint un peu plus docile et dégourdie et se

réjouit des visites de son mari ; son mutisme toutefois persistait total et elle déchirait les robes que sur ses prières on lui avait apportées de la maison.

Comme vous le voyez, l'évolution de l'affection envisagée dans son ensemble, avec ses crises aboutissant chaque fois à la guérison, correspond bien au tableau de la folie maniaque-dépressive. La série des courts accès de dépression répond à ce que nous savons déjà, de même que le début des deux accès plus longs que nous avons observés ici. Mais la suite de ces deux périodes s'éloigne beaucoup et de façon identique de la dépression simple. Je crois ne pas commettre d'erreur en supposant que nous assistons ici à un mélange très particulier de symptômes d'excitation maniaque et de dépression. A l'entrave de la pensée s'associait de la gaieté et quelquefois de l'irritabilité de caractère; à l'aboulie s'associaient des impulsions pour des actes ordinairement caractéristiques de manie. Nous arrivons ainsi à l'élaboration clinique d'un état mixte que nous appelons « stupeur maniaque ». Les malades sont lourds, incapables de réflexion et d'idées ; ils parlent peu et sont même quelquefois absolument muets. Leur caractère insolent ne s'en manifeste pas moins par toutes sortes de facéties, par un besoin de se parer, peut-être aussi par des querelles, des observations taquines et des jeux de mots. Si ce diagnostic est exact, la malade guérira dans un temps indéterminé; et cependant on aurait pu, auparavant comme maintenant, en faire une débile, à cause de l'entrave de la pensée. Il est vrai qu'elle est exposée à des rechutes ultérieures (1).

Je vous présente maintenant un autre malade, cultivateur, âgé de 33 ans, qui nous fournit un nouvel exemple de la réunion de ces états psychiques. Il connaît les médecins,

(1) La malade, au bout de huit mois, est rentrée dans sa famille, fort améliorée ; elle y a peu à peu guéri, semble-t-il. Mais six ans plus tard elle s'est empoisonnée avec du sel d'oseille, probablement dans un nouvel accès de dépression.

sait où il se trouve, donne sur ses antécédents une série de renseignements très complets ; mais par instants il est loin d'être lucide. Au début de l'examen il est calme ; petit à petit il s'excite, demande qu'on le renvoie chez lui, qu'on le rende à sa femme, à ses enfants, qu'on lui fasse grâce. Pouvons-nous assumer la responsabilité de sa détention éternelle dans une maison de correction ? On voulait l'enchaîner ; les gardiens l'avaient dit et lui-même l'avait remarqué aux cuillers mises en croix. Les cinq assiettes posées les unes sur les autres signifiaient que jamais il ne reverrait sa famille, dont quatre personnes sont à la maison et une ici.

Il voyait bien qu'on le considérait comme incurable et il n'absorbera plus rien. Il volait l'argent de ses enfants en restant ici. Demain il sera sûrement exécuté. Mais aussi pourquoi n'a-t-il pas prêté attention à la signification de cette tasse cassée et de cette vaisselle sur la table ? Il aurait dû dire : « Je ne sais pas pourquoi. » Il aurait dû demander ses vêtements. Il continue ses propos confus, sans permettre qu'on l'interrompe dans ses lamentations et ses gémissements. Il se tord les mains, veut s'agenouiller, sanglote et montre la plus vive excitation émotive. Son facies n'est cependant pas vraiment triste ; ses yeux brillent, son regard est animé ; il fait de temps à autre une réponse sensée. Il est tout prêt à manger régulièrement et à ne pas dire de bêtises pendant huit jours si on promet de le renvoyer chez lui. Il insiste en plaisantant pour qu'on lui donne la main, mais un moment après il retombe dans sa verbigération stupide. L'examen somatique est négatif.

Ce tableau clinique est bien celui de la dépression. L'hypothèse de mélancolie est la première qui vienne à l'esprit. Une paralysie générale est en effet bien improbable par suite de l'absence de tout signe physique ; de même n'a-t-on pas affaire à une folie circulaire : il manque l'inhibition des phénomènes volontaires que l'on retrouve toujours dans cette affection. Les seuls phénomènes qui d'autre part ne

s'accordent pas avec la notion de mélancolie sont peut-être la loquacité et surtout la facilité avec laquelle l'attention du malade se laisse distraire.

Voyons maintenant quels sont les antécédents du patient. Il appartient à une famille normale ; il a toutefois un fils aliéné. Deux autres de ses enfants sont bien portants. Il fit la campagne de 1870 et fut toujours un ouvrier sérieux et laborieux. Jusqu'à sa vingt-cinquième année il ne présenta aucun trouble. A cette époque on le traita pour une mélancolie qui guérit rapidement. Sa maladie actuelle remonte à un an. Le début en fut très insidieux. Il se tourmenta d'abord sans motif et manifesta des idées de suicide ; il travaillait tout de travers, ne savait plus s'il devait sortir ou rentrer, entasser du fumier ici ou là. Enfin sa femme lui aurait dit : « Allons, va-t-en donc enfin. » Pendant quelques jours il redevint normal, mais bientôt recommença à s'imaginer qu'il ne serait jamais heureux. A quoi bon alors continuer à vivre ? Il eut plus d'une fois de violents accès de colère qu'ensuite il regrettait amèrement.

A son entrée à la clinique, il y a six mois, il était tout à fait bien disposé et plein de gaieté ; il n'avait pas la sensation d'être malade ; il éprouvait un incessant besoin de parler. Ce qui auparavant lui semblait hérissé de mille difficultés lui apparaissait alors comme extrêmement facile. Le tableau clinique changea subitement les jours suivants. Il devint confus, angoissé, ne connaissait plus le nom de ses enfants, se croyait condamné à mort et se traînait à genoux pour implorer sa grâce. Il refusait toute nourriture. Cet état se dissipa en fort peu de temps ; des alternatives de gaieté et de tristesse lui succédèrent, qui alternaient parfois à quelques heures d'intervalle.

Ce fut peu à peu, l'angoisse qui l'emporta. Des idées de culpabilité et de persécution surgirent pour disparaître ensuite. Le malade avait aussi une tendance très nette à rapporter à lui-même tout ce qui se passait autour de lui. Chaque

fois qu'il voyait quelque chose, il se sentait dans l'obligation de répéter : « Je ne sais pas pourquoi. » C'était une torture, mais sans laquelle tout était danger pour lui. L'impossibilité de fixer son attention s'étalait avec évidence dans son délire égocentrique. Il trouvait toujours de nouveaux faits à interpréter dans le sens de son délire et oubliait rapidement ceux qu'il avait vus un peu auparavant. Il ne cessa d'être en proie à une excitation motrice des plus intenses, qui se traduisait par la vivacité des gestes, par des allées et venues continuelles, par un irrésistible besoin de parler. Une simple conversation, chose bien curieuse, exagérait beaucoup son agitation. Sitôt qu'on lui disait un mot, il se répandait en un torrent de paroles, et cependant il venait quelquefois de se promettre de demeurer parfaitement tranquille. A la fin, son psychisme traversa des périodes de plus en plus gaies et confiantes.

L'évolution prouve sans conteste possible qu'il ne saurait être ici question de mélancolie. Il est tout un groupe de faits pour infirmer ce diagnostic. Le premier accès est survenu bien trop tôt, et surtout il a revêtu au début une teinte maniaque qui n'appartient pas à la mélancolie. De plus cette irrésolution, cette difficulté de conclure qui représentent un des stigmates fondamentaux de la dépression circulaire a été très accentuée dans les premiers stades de l'affection. Il est facile enfin de mettre en relief l'entrave de l'idéation. Le malade présenta tout d'abord les signes circulaires de dépression que nous connaissons : inhibition de la pensée et de la volonté. Ce furent ensuite des symptômes d'excitation maniaque : logorrhée, gaieté, sans que cependant la fuite des idées revêtit chez lui une allure bien caractéristique. Puis, après une période d'hésitation, l'anxiété se dessina à nouveau plus violente qu'antérieurement. Mais les phénomènes d'excitation motrice persistaient. Il s'agit ici à notre avis d'une de ces formes mixtes de folie maniaque-dépressive dans lesquelles l'excitation psycho-motrice s'accompagne d'une

grande dépression mentale. C'est juste la contre-partie de ce qu'offrait notre précédent sujet qui unissait à de la gaieté de caractère une inhibition psycho-motrice. Nous appuyons notre manière de voir sur ce que chez le même malade, au cours d'un ou de plusieurs accès, on observe successivement des signes d'excitation maniaque et de dépression ou bien un état mixte.

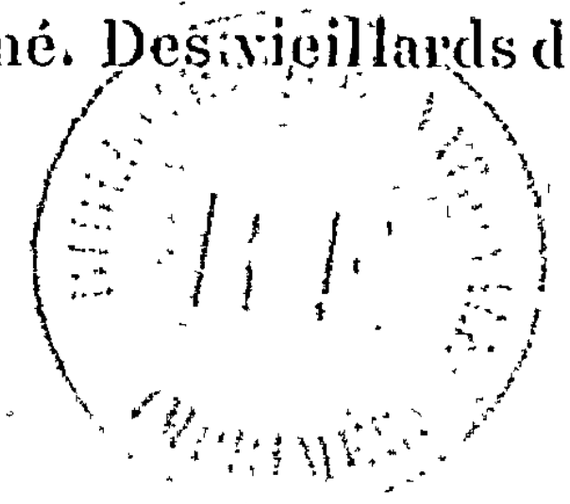
Si cette conception est importante, c'est surtout parce qu'elle nous met facilement à même de porter un pronostic ferme sur la marche ultérieure de l'affection. Sachant que ces syndromes particuliers ne représentent que des variétés de la folie maniaque-dépressive, nous pouvons prédire à coup sûr la guérison d'une attaque prise isolément et escompter une récidive, soit analogue, soit du type des autres états circulaires. Il semble que chaque malade offre toujours les mêmes formes d'association. Parfois, comme chez notre premier malade, les états mixtes ne s'établissent que tardivement ou bien encore des accès ordinaires viennent s'intercaler. En général, les états mixtes paraissent liés à des formes un peu plus graves (1).

Nous avons déjà très souvent constaté dans la folie maniaque-dépressive des idées délirantes, soit de culpabilité, soit de persécution, plus rarement de grandeur. Ces idées délirantes ne font pas partie intégrante du tableau clinique et manquent souvent ; mais elles prennent quelquefois un tel développement qu'elles impriment à la symptomatologie un cachet tout spécial. Voici un jeune homme de 19 ans, musicien, malade depuis un an. Son père souffre d'une paralysie consécutive à plusieurs attaques d'apoplexie ; son oncle aurait été fou. Pendant qu'il travaillait au conservatoire, le malade, qui a beaucoup de facilité, devint triste et déprimé sans la moindre raison saisissable. Il se sentait

(1) Le malade, au bout de vingt mois de maladie, a fini par guérir complètement, après avoir d'abord augmenté de poids. Ces dernières années, il est devenu très excitable et s'est mis à boire.

mal à l'aise, isolé, et faisait toutes sortes de plans pour changer de résidence et de profession ; mais il était incapable de prendre aucune résolution définitive. Un jour, à Munich, il eut la sensation que tous les passants voulaient lui causer ; il s'imaginait qu'on parlait de lui. Il perçut au café une observation sur son compte à une table voisine et y répondit grossièrement. Il était le lendemain tout angoissé à l'idée que sa remarque pouvait être considérée comme un crime de lèse-majesté. Il entendit des étudiants qui le demandaient à la porte. Se croyant surveillé, il quitta alors Munich en toute hâte et avec mille précautions. Depuis, il est poursuivi dans la rue par des gens qui menacent de lui enlever la vie et d'incendier sa maison, si bien qu'il n'ose plus allumer de lumière dans sa chambre. Des voix lui indiquent dehors dans quel chemin il doit s'engager pour n'être pas tué. Partout, derrière les portes, derrière les fenêtres, derrière les murs, il est guetté par ses persécuteurs. Des propos injurieux de tout ordre sur sa personne lui ont aussi frappé les oreilles. Toujours pour éviter ses persécuteurs, il a rompu la plus grande partie de ses relations. Sa conduite était cependant dans son ensemble si tranquille et si pondérée que ses parents ne virent rien de ses conceptions délirantes. Tous ces appels moqueurs qui s'adressaient à lui à chaque occasion le poussèrent en fin de compte à tenter de se suicider.

Six mois plus tard, il se sentit beaucoup mieux. Il était « libre, entreprenant et gai », dit-il ; il devint bavard, se mit à écrire beaucoup de musique et à bâtir de grands projets. Il trouvait à redire à tout et se montrait irrévérencieux envers ses maîtres. Il entendait toujours des voix, mais c'étaient des génies supérieurs qui maintenant l'inspiraient. Les hallucinations sensorielles étaient aussi très fréquentes. Il voyait l'âme de Beethoven s'enflammer de joie à propos de son génie ; Gœthe le menaçait au contraire, car le malade l'avait assez malmené. Des vieillards déguisés, des formes de



femmes idéales voltigeaient au travers de sa chambre. Les éclairs et les superbes jeux de couleurs qui passaient devant ses yeux n'étaient autre chose que des effluves de son génie ou des témoignages d'admiration des morts. Puis il se considéra comme le Messie ; il prêcha en public contre la prostitution. Il voulait avoir des relations psychiques avec une étudiante qu'il cherchait partout. Il composait avec elle « le chant sublime de l'amour », et cette œuvre inestimable lui valut tant d'envieux qu'on le fit enfermer dans la clinique.

Ce malade est en pleine possession de lui-même et tout à fait lucide. Il raconte son histoire avec infiniment de bon sens. Il sait où il se trouve ; mais on devine qu'il donne de sa situation une interprétation délirante. C'est ainsi que nous sommes des hypnotiseurs qui nous livrons à des recherches sur son compte. Il ne se considère pas comme malade, mais seulement comme un peu surexcité. En le questionnant avec prudence, nous apprenons que tout le monde connaît ses pensées. Quand il écrit, on répète les mots derrière la porte. Dans le craquement du plancher, dans le sifflet d'une locomotive il discerne des appels, des exhortations, des menaces, des ordres. La nuit il voit le Christ, la figure de son père, sous la forme d'une image d'or ; ou bien on lui fait par la fenêtre des signaux colorés qui ont une importance toute particulière. Cause-t-on un peu longtemps avec lui, il perd vite le fil de ses idées et émet finalement toute une série de phrases ronflantes, qui se terminent sans motif par une plaisanterie. Satisfait de lui, presque toujours aimable, il est rarement agité ou anxieux. Il éprouve du plaisir à parler et parle tout seul dans sa chambre ; il marche de long en large, précipitamment ; il s'occupe des autres malades plus qu'on le voudrait, s'efforçant de les consoler et de les soigner. Sa correspondance l'absorbe aussi énormément, ainsi que ses compositions musicales. Mais il ne produit qu'un travail superficiel qu'il jette négligemment sur le

papier et qu'accompagnent en marge de nombreuses annotations. Au point de vue somatique, rien à noter.

A un premier examen, le diagnostic semble entouré de difficultés considérables. De toutes les affections étudiées jusqu'ici, c'est la démence précoce qui se présente la première à l'idée ; ce sont surtout ces formes que nous aurons l'occasion de creuser ultérieurement plus à fond. Mais cette hypothèse se heurte à l'état d'esprit vif, alerte, dispos de notre sujet, à l'intérêt qu'il porte à son entourage, à son amabilité, à son besoin de s'occuper. De plus nous ne constatons pas ces multiples excentricités de la conduite qui dans la démence précoce se placent en première ligne. Par contre il a une mobilité de l'attention qui se manifeste par le manque de suite de ses propos, par sa bonne humeur, son excitation, son besoin d'agir et de parler et qui nous mène à conclure que son état relève de la folie maniaque-dépressive. L'hypothèse de folie maniaque-dépressive se corrobore par le brusque changement survenu dans la maladie : à un premier stade, durant lequel cet homme était triste, morose, irrésolu, succède une période toute de bien-être, de gaieté, d'activité. Les conceptions délirantes et les hallucinations ne sont pas suffisamment caractéristiques pour autoriser à formuler le diagnostic de « paranoïa périodique ». Elles manquent au cours de tel accès, ou au contraire prédominent dans tel autre. Si notre manière de voir est exacte, nous sommes autorisés à pronostiquer une guérison plus ou moins proche ; mais il est aussi fort possible que plus tard surviennent des rechutes (1).

(1) Le malade est resté complètement guéri pendant dix ans. Puis survint un accès léger, mais indubitable : incapacité de travailler, idées hypocondriaques, modifications de caractère ; le tout dura six mois. La signification de l'accès précédent s'éclaire d'une pleine lumière par ce nouvel accès de dépression circulaire tardif, simple, facile à diagnostiquer et indemne de toute idée délirante et de toute hallucination.

NEUVIÈME LEÇON

Excitation catatonique.

Messieurs, on est presque obligé de porter le malade que je vous présente aujourd'hui ; il marche en effet les jambes écartées et ne pose à terre que le bord externe des pieds. Il commence par jeter ses pantoufles, puis il chante un cantique et répète plusieurs fois cette phrase : « My Father, my real Father. » C'est un garçon de 18 ans, de bonne constitution, encore élève au lycée ; son visage, pâle d'ordinaire, rougit à certains moments. Il s'assied, ferme les yeux et ne s'occupe pas de ce qui se passe autour de lui. Il ne bouge pas davantage quand on lui parle et répond à voix basse ; mais le ton s'élève petit à petit et il finit par crier : « Vous voulez savoir qui je suis ; je vous l'ai déjà dit ; celui qui est épié a été épié et doit être épié. Je sais tout cela et pourrais le dire, mais je ne veux pas. » Demandons lui son nom. En réponse il s'écrie : « Quel est votre nom ? que ferme-t-il ? il ferme les yeux. Où est-ce qu'il entend? il n'entend rien, et ne peut rien comprendre. Comment? Qui ? Où? Quand ? Qu'est-ce qui lui prend ? Si je lui dis de regarder, il ne bouge pas. Dis donc, regarde un peu ici ! Quoi ? Qu'est-ce que c'est ? Attention. Si je dis cela, quoi donc ? Pourquoi ne me réponds-tu pas ? Tu redeviens de nouveau grossier ? Comment peut-on être si grossier ? Tu ne dois pas être bien poli? Tu es un grossier personnage, un sale personnage. Je n'ai jamais vu encore aussi un

misérable et aussi dégoûtant personnage. Tu veux de nouveau recommencer. Tu ne comprends donc rien, rien, je te dis? Veux-tu maintenant obéir? Tu ne veux pas obéir? Tu deviens encore plus impertinent? etc. » Ses injures finissent en cris inarticulés.

Il comprend fort bien tout ce qu'on lui dit. Il répète très souvent aussi des tournures de phrases qu'il a déjà entendues, mais il n'ouvre jamais les yeux. Il y a beaucoup d'affectation dans sa façon de parler; tantôt il balbutie comme un enfant, tantôt il bégaie ou ne parle qu'à voix basse; ou bien le voilà tout à coup qui chante et fait des grimaces. Il met toutes sortes de bizarreries dans l'exécution des ordres qu'il reçoit. C'est ainsi qu'il tient le poing fermé pour donner la main; c'est ainsi que, se dirigeant vers le tableau pour écrire son nom, il lance la craie sur les auditeurs et renverse une lampe d'un coup de poing. Il se livre à mille mouvements absurdes, repousse la table, tourne sur lui-même les bras en croix, roule une chaise autour de lui; il se balance enfin, les mains sur la tête et les jambes croisées. On constate en même temps des signes de catalepsie. Il faut le pousser pour le faire partir et il sort en criant: « Bonjour, Messieurs, ça ne m'a pas plu. » Comme signe somatique on ne note que l'accélération du pouls qui bat à 160.

On pourrait à priori prendre ce malade pour un maniaque. Mais à un examen plus attentif, on relève une série de détails qui vont à l'encontre de ce diagnostic. C'est un sujet impossible à aborder; s'il saisit toutes les questions, il ne consent cependant pas à faire une réponse tant soit peu compréhensible. Il émet une suite de phrases incohérentes qui ont bien quelques rapports avec la question posée, mais qui n'en sont pas moins dépourvues de sens. Remarquez aussi la répétition incessante des mêmes tournures de phrases qui peu à peu se transforment en injures stupides, non motivées, sans que d'ailleurs le malade trahisse la plus petite excitation. Nous connaissons déjà ces formes

de négativisme et de stéréotypie. Elles se manifestent ici par le refus de répondre et par l'occlusion permanente des yeux. Ajoutons-y la confusion du langage et le bavardage incohérent du malade, sans inconscience de sa part ni grande excitation. Ce sont là des symptômes qui ne relèvent pas de la manie. Quelques maniaques tiennent bien des propos aussi incohérents, mais ce n'est qu'à titre temporaire, dans les moments où l'agitation atteint son maximum et dans ceux où les troubles de la conscience sont très accusés; encore arrive-t-on la plupart du temps à obtenir une réponse à peu près sensée. La grossièreté de langage, qu'on appelle « coprolalie », ne se montre aussi que chez les maniaques en proie à une extrême excitation.

Il existe d'ailleurs d'autres signes qui sont de première importance pour le diagnostic. Je veux parler de ces impulsions brusques, de cette catalepsie, de ces grimaces, de cette affectation dans les manières, de cette bizarrerie dans les gestes de tous les instants: marche, poignée de main, etc., en un mot de toute cette série de « manières » si différentes de l'activité du maniaque. Celui-ci est toujours en éveil et ses allures se rapprochent beaucoup plus de la normale. Chez le maniaque, l'absurdité de l'ensemble général est due avant tout à un continuel état de distraction et à la succession extemporanée d'images nouvelles. Dans le cas actuel par contre les actes ne visent aucun but; ils ne se suivent pas avec la même rapidité, bien que de temps à autre une image aboutisse singulièrement vite à l'exécution. D'un côté ce sont des attitudes qui portent un sceau uniforme d'impétuosité; de l'autre il n'y a que de l'inepte et de l'incompréhensible. Les maniaques enfin sont toujours d'humeur exubérante et turbulente, tandis que notre malade, malgré son apparence d'excitation, ne nous présente aucune exagération de l'émotivité.

De cette discussion, nous concluons sans hésiter qu'il s'agit dans ce cas non pas de folie maniaque-dépressive,

mais bien de démence précoce. Nous retrouvons en effet tous les caractères de cette affection : compréhension bien conservée, absence d'émotivité et troubles variés de la volonté. Le père du malade était buveur et a eu quelques troubles psychiques ; la mère aurait fait aussi quelques excès de boisson. Quant à lui, il a toujours été tranquille, travailleur et assez bien doué. Il y a sept mois, pendant les vacances, il se mit à travailler de façon exagérée ; il croyait qu'on se moquait de lui parce qu'il était sale et il se lavait toute la journée ; il avait peur qu'on lui enlève ses affaires et prétendait qu'on enfonçait les carreaux ; il entendait, semble-t-il, des voix ; il battait sa mère, gâtait sous lui et ne disait plus un mot. A la clinique il eut une nouvelle période de mutisme accompagné de catalepsie ; quand il tendait la main, c'était avec raideur et saccades ; à la longue il finit par refuser toute nourriture. Il était presque constamment apathique et indifférent et ne prenait une physionomie avenante que par intervalles. La visite de ses parents ne produisait sur lui aucune impression.

Notre sujet comprenait bien ce qui se passait autour de lui, mais il ne voulait rien faire ou exécutait juste l'opposé de ce qu'on lui demandait. C'est ainsi qu'il fermait fortement les yeux quand on lui parlait de ses pupilles, qu'il se couvrait la tête de son mouchoir quand on voulait le regarder, qu'il retirait sa main dès qu'il lui fallait la tendre. Il gâtait très souvent, se barbouillait et faisait des boulettes avec ses excréments, ce qui indique une atteinte grave des sentiments éthiques. Après n'avoir pendant longtemps voulu accepter aucun aliment, il demanda tout à coup du fromage de gruyère et du chocolat qu'il avala gloutonnement, prouvant par là à l'évidence l'impulsivité idiote de son refus de nourriture. Il fourra un jour sa jambe étendue dans le lit d'un voisin et demeura dans cette position une fois le lit reculé. Au bout de sept mois son mutisme disparut ; il chanta même par ci par là. Puis ce fut de l'exci-

tation, le malade rejetant ses couvertures au milieu de la nuit et tapant régulièrement le haut et le bas de son lit en s'écriant : « Maintenant je veux savoir où est mon frère. » Depuis, il est continuellement agité ; il brise, gâte, jure et tient des propos incohérents. Lorsque ses parents lui rendaient visite, il prenait les gâteaux qu'ils lui apportaient sans prononcer une parole. Il leur écrivit qu'il s'en allait au Kameroun par Gibraltar et à Bukarest par Constantinople.

Le diagnostic de démence précoce, que nous avions posé par la seule étude du tableau clinique, se trouve pleinement confirmé par la marche de l'affection. Le début a été marqué par de la confusion avec anxiété ; puis est survenue une période évidente de stupeur catatonique, et enfin l'agitation actuelle s'est progressivement développée. Au cours de ces deux périodes d'excitation et de stupeur, si différentes l'une de l'autre, les traits fondamentaux que je vous ai signalés sont sans cesse restés semblables à eux-mêmes (1).

Non moins agitée est notre deuxième malade. Aussitôt entrée dans la salle, cette jeune fille de 29 ans se met à glisser, à valser, à taper du pied, à battre des mains ; elle se tire les cheveux, les arrache à poignée, fait des grimaces, crache autour d'elle. Elle ne réagit pas à la piqûre de l'aiguille, mais oppose une très vive résistance dès qu'on essaie de lui prendre la main ou de lui faire boire de l'eau. Elle n'obéit à aucun ordre, ferme les yeux au moment même où on veut les examiner et se refuse à montrer la langue. Elle comprend assez bien toutes les questions qu'on lui adresse et se rend compte de ce qui se passe autour d'elle, comme le démontrent les quelques courtes réponses auxquelles elle consent. La plupart du temps elle ne prononce d'ailleurs que des mots stupides et vides de sens : « Poupée, bups, moll, vous savez bien, température, assurance contre

(1) Le malade est resté cinq ans dans un asile de chroniques. Il s'est amélioré un peu et est retourné dans sa famille. Il serait maintenant encore bien portant.

l'incendie, eau, Weinheim, eau, créoline, Dieu vous punisse, vingt marks. Dis quelque chose. Eau, créoline. N'y regarde pas, vingt marks. Dis, que veux-tu, ôte ça, merci bien. Vingt marks. Dis ce que tu veux. Dieu vous punisse. Eau, moi pas. Vingt marks. Voilà. Dieu vous punisse. Cher enfant, ah ! Reste à la maison avec ta femme. Trésor, cochon. Que veux-tu, merci, etc., etc. » Par moments, elle imite les cris du coq et du corbeau ; ou bien elle chante avec beaucoup d'expression un chant d'église qui se continue par une chanson triviale ; elle éclate de rire, elle sanglote sans raison. Cette femme est de constitution délicate et son état général est très précaire. Les lèvres sont fendillées, couvertes de croûtelles. La face est colorée, le pouls très accéléré. Dans la bouche on voit quelques ulcérations syphilitiques, que la résistance de la malade rend difficiles à examiner.

Ce qui frappe de prime abord l'observateur au milieu de toute cette excitation, c'est le contraste entre l'incohérence des propos et la minime atteinte de l'intelligence et de l'orientation. Lorsqu'elle parle au médecin, cette jeune fille lui dit : « Monsieur le docteur » ; elle a de temps en temps des remarques très justes sur ce qui se fait autour d'elle ; mais elle ne répond pas aux questions les plus simples et se contente d'émettre une série de cris ou de termes extravagants. Elle aime à répéter les mêmes expressions ; elle se livre à des jeux de mots et réunit entre elles des assonances. Tout en ayant la perception parfaite de l'ambiance où elle se trouve, elle n'y prête aucune attention, reste toujours isolée et en état de résistance. Elle est en général indifférente, avec tendance cependant à la gaieté ; sa tristesse n'est que momentanée. Son agitation monotone ne tend pas vers un but ; elle n'accomplit pas d'actes à proprement parler, mais exécute simplement une série de mouvements. Ajoutez enfin les grimaces de notre patiente, et vous n'aurez pas besoin d'un grand effort pour saisir les ressemblances qu'elle offre avec le sujet précédent. Chez elle nous relevons, comme plus

haut, une diminution de l'attention coïncidant avec l'intégrité presque complète de l'intelligence, de l'incohérence du langage, de la stéréotypie se manifestant aussi bien dans les propos que dans les actes, du négativisme, l'agitation absurde avec des mouvements stupides, le tout sans participation de phénomènes émotifs. Cet état rentre aussi par suite dans le cadre de la catatonie.

Le père de notre malade était un buveur. Elle-même a toujours été d'une mentalité assez inférieure. A 23 ans, elle eut une blessure à la tête, compliquée probablement d'un érysipèle ; un changement complet s'opéra alors dans sa conduite. Elle devint timide, renfermée, oublieuse, anxieuse; elle croyait qu'il y avait le feu et qu'on versait de l'eau dans son lit ; elle urinait sur son oreiller, voyait des spectres ; enfin survint une période d'excitation analogue à celle que vous constatez aujourd'hui. A la clinique où on l'amena, il fut impossible d'obtenir d'elle aucun renseignement ; elle se bornait à ânonner, d'un ton uniforme, quelques mots décousus ; elle avait des attitudes étranges et bientôt tomba dans une stupeur complète. Elle revint à elle quelques semaines plus tard, mais était incapable de rappeler le moindre détail de sa maladie. Après sa sortie, elle mena une vie tout à fait déréglée et en complète opposition avec sa conduite ordinaire. Elle contracta la syphilis et accoucha de trois enfants illégitimes dont elle étouffa le dernier dans son lit, peu après la naissance. On ne la condamna qu'à trois mois de prison, en considération de sa débilité mentale. Ce fut un événement auquel elle se montra fort peu sensible ; quand on le lui remémore, elle se contente d'en rire niaisement.

A l'expiration de sa peine, elle prit du mercure. Au bout de huit semaines, les troubles psychiques réapparurent subitement et il fallut la réintégrer à la clinique. Elle se trouvait à cette époque en plein état d'excitation stupide, se griffait, se battait, s'arrachait les cheveux, se

roulait par terre, se laissait tomber de son lit et était couverte de contusions. Par le lavage de l'estomac on retirait un liquide putride ; la bouche était couverte de croûtelles purulentes et sanguinolentes. La malade faisait à certains intervalles une réponse sensée, mais parlait presque toujours avec incohérence ; à chaque instant elle réclamait de l'eau et la jetait par terre aussitôt qu'on la lui avait apportée. L'ensemble avait une très grande analogie avec la symptomatologie actuelle, mais affectait une allure beaucoup plus grave. Ce n'est qu'à grand'peine qu'on réussit à relever l'état général qui était très atteint. Des lavages d'estomac, une nourriture abondante, le maintien de la liberté du ventre y contribuèrent pour leur part. L'agitation s'apaisa en quelques jours, et la malade à nouveau lucide recommença à manger avec appétit. Mais depuis quelques jours, c'est-à-dire quatre semaines après son entrée à la clinique, l'agitation a récidivé. Nous chercherons à la combattre à l'aide d'une nourriture aussi substantielle que possible, en recourant à la sonde si nécessaire ; nous emploierons des bains prolongés, procédé qui est toujours excellent dans les cas graves. Il est très probable que nous ne tarderons pas à obtenir une amélioration.

Il est fort douteux par contre que l'état de la malade soit jamais satisfaisant. Bien qu'elle ait conservé une certaine instruction, comme nous avons pu le constater dans une de ses rares périodes de calme, elle a toujours été peu intelligente. Elle n'a pas non plus perdu la mémoire de son précédent séjour à la clinique et des médecins qui l'ont soignée à cette époque. Le développement de la démence précoce est loin d'être exceptionnel chez des gens à mentalité congénitalement peu développée ou ultérieurement affaiblie ; il est vrai que nous voyons aussi de très bons élèves atteints de cette affection. Une autre considération assombrit encore le pronostic à porter sur l'avenir qui attend cette jeune femme. Le premier accès a en effet produit une modification

complète de tout son être. Je vous ai déjà fait remarquer que ces améliorations qui succèdent aux périodes graves ne sont jamais des guérisons véritables. Un observateur exercé peut presque toujours retrouver telle ou telle séquelle de la maladie, ce qui démontre bien que cette dernière a mis l'organisme psychique dans une infériorité relative ; le fait ressort au surplus de la facilité inouïe avec laquelle éclatent les rechutes consécutives. Les troubles les plus communs à la suite de la démence précoce sont l'affaiblissement de l'émotivité, l'absence complète de la sensation qu'on sort d'un état pathologique, la gêne et le défaut de liberté dans tous les actes et dans toute la conduite du sujet, quelques stigmates de catalepsie, de la pédanterie, de l'entêtement, véritable forme de négativisme, enfin un manque d'amabilité et une réserve qui se retrouvent dans la manière d'être générale du malade. Toutes ces modifications peuvent échapper à l'entourage, mais une récidive intercurrente les met en pleine lumière. Dans le cas qui nous occupe les suites de couches, les divers démêlés avec la justice, la condamnation, la cure mercurielle ont joué, semble-t-il, le rôle de cause occasionnelle de la récidive. Un affaiblissement mental extrême constituera encore la terminaison la plus favorable (1).

Voici maintenant une femme de 23 ans, ouvrière dans une fabrique, qui nous offre un tout autre tableau clinique. Elle salue avec affectation et gaucherie, mais refuse de s'asseoir et de causer avec nous. « Merci pour les adorateurs », dit-elle. Elle se promène de long en large, marche avec lenteur et prétention et se met à déclamer et à rimer. Pendant que j'expose son observation, elle m'interrompt pour

(1) La malade se trouve depuis neuf ans dans un asile de chroniques. Sa santé physique est excellente ; elle se souvient très bien de son affection et s'occupe ; mais elle est toujours extrêmement affaiblie au point de vue intellectuel. Deux fois elle présenta des périodes d'excitation violente de courte durée.

glisser quelque remarque malicieuse. Elle s'appelle comme le prêtre l'a baptisée; elle est aussi âgée que son petit doigt. Elle sait très bien où elle se trouve, connaît la date du jour, les personnes qui l'entourent et fournit sans peine des renseignements exacts sur sa vie antérieure. Elle ne se considère pas comme aliénée. Elle mêle volontiers à ses discours incohérents des bribes de mauvais français et des citations tout à fait défigurées et absurdes : « L'ingratitude est la louange du monde; beaucoup de mains, beaucoup d'idées. » Elle répète à satiété quelques locutions grossières : « Ordure de diable dans les pieds de l'âme; le pied de l'âme dans l'excrément du diable. » Elle construit souvent des mots et des phrases complètement incompréhensibles.

Tantôt gaie, tantôt niaise, parfois érotique ou agacée, elle aime beaucoup les allusions sexuelles ordurières et les injures les plus grossières. Elle ne veut pas donner les mains, parce que, dit-elle, ce sont les siennes; elle ne veut pas écrire et répond en se moquant à ce qu'on lui demande. Elle bavarde continuellement, sans laisser à son interlocuteur le temps de placer un mot. Son langage est guindé au plus haut point. Elle sépare chaque syllabe, accentue les finales, prononce les G comme les K, les D comme les T; elle parle comme un enfant, sans finir ses phrases, en déformant les mots, en créant des néologismes et en sautant d'une idée à l'autre. Tous ses gestes sont lourds, raides, uniformes; elle grimace sans cesse, sautille et bat des mains. Ses vêtements sont ornés de broderies aux dessins bizarres et aux couleurs criardes. Elle se considère comme la maîtresse de la maison, paie les infirmières et prétend les avoir engagées; elle désire être soignée par les meilleurs médecins. De plus elle se plaint d'avoir été victime d'atteintes sexuelles. Les poumons, le cœur, le foie, tout a été arraché. Elle a été fiancée jadis à un médecin de la clinique. Elle fait précéder son nom de la particule « de ». Il semble qu'elle

ait autrefois entendu des voix, mais ses indications à ce sujet sont très discordantes.

Abstraction faite des idées délirantes et des hallucinations, fort incertaines pour le moment, c'est dans la façon d'agir de la malade que se tiennent surtout les symptômes morbides. Son dérobement, chaque fois que nous voulons l'approcher, n'est qu'une modalité de négativisme; dans son langage, dans sa conduite, on note toute une série de manières et de stéréotypies. Par contre l'intelligence et la mémoire sont excellentes. Au point de vue émotivité, nous n'avons à signaler qu'une exagération assez caractérisée de l'amour-propre, une forte excitation sexuelle et une irascibilité bien accusée. Ajoutons que les sentiments de pudeur sont des plus atteints, comme le témoigne la coprolalie. De même toute affection pour autrui paraît évanouie. Dans de nombreuses circonstances la malade s'est montrée de la plus grande violence, animée même d'un besoin de vengeance qui s'étalait sans retenue et avec une sournoiserie sauvage. Son avenir ne la préoccupe guère; par ci par là elle demande bien à sortir, mais sans insister. Elle vit au jour le jour. Ces troubles relèvent très probablement encore d'une certaine faiblesse de jugement et de l'absence de ces réactions émotives qui, normalement, incitent la plupart des individus à se représenter l'avenir comme plein d'espoir ou de soucis.

Il s'agit sûrement ici encore d'une forme de catatonie. La malade qui serait issue d'une famille normale a eu un cousin sourd-muet; dans sa jeunesse elle aurait toujours été très entêtée et frondeuse. Elle a d'abord été domestique, puis ouvrière dans une fabrique; elle a eu deux enfants illégitimes et a fait un avortement. Six mois plus tard, il y a aujourd'hui deux ans, elle devint très anxieuse, entendait des voix qui lui criaient des injures et voyait partout des hommes gris et des têtes de femmes. Sur ces entrefaites, elle écrivit une lettre d'amour au propriétaire de la fabrique; renvoyée, elle fut trouvée dans la rue, dénuée de toute

ressource. On la conduisit dans un asile où elle demeura quelque temps calme et tranquille ; mais bientôt elle tomba dans un accès d'excitation des plus violents, déchirant ses vêtements, se frappant, se mordant avec la dernière absurdité. Dans la suite, elle resta toujours de mauvaise humeur et mécontente, avec une très forte tendance à la stéréotypie et aux actes impulsifs.

Lorsqu'on nous l'amena, il y a quinze mois, les symptômes cliniques étaient sensiblement les mêmes qu'aujourd'hui. Il faut toutefois mentionner en outre de l'échopraxie ; la malade, très récalcitrante, ne cessait pendant des heures de parcourir au jardin le même chemin, qui, dans son ensemble, répondait assez bien à un 8. On était de plus obligé de la laisser seule dans le jardin ou dans une chambre ; quoique très lucide et sans beaucoup d'excitation, elle était en effet extrêmement dangereuse pour les autres malades. Le dernier mois elle est devenue petit à petit plus docile.

Nous pouvons nous attendre, je crois, à ce que le calme renaisse. Cependant l'émotivité, le jugement et la volonté sont tellement altérés qu'une guérison complète est bien improbable. La mémoire et la compréhension ont beau n'être pas encore touchées, la malade n'en est pas moins très affaiblie au point de vue mental et cette tare est définitivement acquise (1).

(1) La malade se trouve assez tranquille depuis cinq ans dans un asile de chroniques et ne présente aucune modification.

DIXIÈME LEÇON

Délire de grandeur dans la paralysie générale.

Messieurs, vous voyez aujourd'hui assis devant vous un commerçant de 43 ans qui, après nous avoir poliment salués, répond avec aisance et non sans habileté aux questions qu'on lui adresse. Il se rend très bien compte de sa situation et du milieu où il se trouve; de même il connaît le médecin qui le soigne. Cependant il a quelque hésitation sur la durée précise de son séjour ici; il ne peut pas davantage indiquer exactement l'époque de son mariage ni la date du jour, « parce que, dit-il, depuis longtemps il n'a pas eu le calendrier entre les mains ». S'il faut l'en croire, il aurait été aliéné à la suite de surmenage et d'ennuis variés. Mais aujourd'hui, quoiqu'encore un peu nerveux, il est complètement rétabli. Il a recouvré son aptitude au travail par suite des bons soins qu'il a reçus à la clinique, si bien que le voilà capable de mener de front plusieurs affaires importantes. Il songe en effet à installer une grande fabrique de papiers ; les fonds nécessaires lui seront fournis par un ami. En outre, Krupp qu'il connaît fort bien a mis à sa disposition, près de Metz, une grande propriété où il va fonder une énorme exploitation agricole; cette contrée est du reste très propice à la culture de la vigne. Ce sera une entreprise dans laquelle il aura besoin de quatorze chevaux. Il va enfin monter un commerce de bois en gros qui sans aucun

doute lui rapportera de forts bénéfices. Lui objecte-t-on que toutes ces affaires pourraient bien ne pas se régler aussi facilement qu'il le désire, qu'elles exigent des ressources considérables, il répond, plein d'assurance, qu'avec sa grande puissance de travail il réussira à mener tout à bonne fin. Au surplus, les magnifiques bénéfices en perspective lui permettront de trouver des capitaux. Il laisse aussi entrevoir que l'empereur s'intéresse à sa personne; grâce à lui, il pourra reprendre le titre de noblesse que son grand-père a abandonné par suite d'une situation de fortune insuffisante ; d'ailleurs rien ne l'empêcherait de le porter dès aujourd'hui. Le malade débite toute cette histoire d'un ton tranquille et posé ; dans sa conduite il n'y a rien que de très naturel.

Si même je ne vous disais pas que la position de cet homme est loin d'être aussi brillante qu'il veut bien le dire, si je n'ajoutais pas qu'il n'a aucun gain à espérer dans les conditions qu'il nous développe, vous n'en supposeriez pas moins que nous sommes en face d'idées morbides de mégalomanie. La confiance de notre sujet qui fait table rase des difficultés inhérentes à ses projets, la facilité avec laquelle il étend ces derniers bien davantage à la légère, l'incitation plaident en faveur de cette hypothèse. Insinuons-lui que l'élevage des volailles serait peut-être lucratif, aussitôt le voilà qui nous dit être tout disposé à engraisser des dindons, des pintades, des pigeons, des oies, des faisans, etc. Cette forme bien particulière de folie des grandeurs se caractérise donc par l'aptitude à créer des projets nouveaux sans se laisser arrêter un instant par les écueils susceptibles de surgir, et c'est là le propre de la paralysie générale progressive. Des phénomènes analogues s'observent sans doute au cours des états maniaques, mais ils s'associent alors à de l'agitation, à un besoin d'activité qui dans le domaine psychique se traduit par une véritable fuite dans les idées. Notre malade reste au contraire extraordinairement calme et indifférent au milieu de ses brillantes concep-

tions. Signalons dès maintenant les erreurs qu'il commet dans ses indications chronologiques et examinons avec soin son état psychique.

C'est un homme bien constitué, grand, un peu maigre; sa nutrition est bonne. Ses traits ont quelque chose d'endormi et de fatigué. Le pli naso-labial gauche est un peu plus abaissé que le droit. Les pupilles sont petites; le réflexe lumineux est aboli, la réaction à l'accommodation conservée. La langue ne présente rien d'anormal. Les doigts, quand ils s'écartent les uns et les autres, sont agités d'un léger tremblement; les réflexes rotuliens sont exagérés. Les mots difficiles à articuler, comme électricité, troisième brigade d'artillerie montée (1) ne peuvent être correctement énoncés. Le malade se met à « bégayer », à hésiter et finit par émettre avec peine les différentes syllables des mots, sans respecter leur ordre régulier. Cette forme de troubles du langage, cet achoppement syllabique joint au bredouillement de la parole représente un des symptômes les plus fréquents de la paralysie générale. De plus les stigmates pupillaires, l'hésitation dans l'évaluation du temps, le délire de grandeur si particulier nous servent encore de points de repère pour nous permettre d'affirmer l'existence d'une paralysie générale chez ce malade.

Ce dernier est issu d'une famille sans tare pathologique; il a mené une vie assez agitée et a contracté la syphilis à une époque que nous ne saurions préciser. Le début de l'affection actuelle remonte à environ deux ans. Le malade se montra distrait, oublieux, négligent; son état s'accentua progressivement, et il fut remercié ces derniers temps à la fabrique où il travaillait. Depuis un an il est excité, fait des achats considérables et échafaude des plans colossaux. Par instants aussi il est fort déprimé, pleure et semble plongé dans le plus profond désespoir. A

(1) Elektricität, dritte reitende Artilleriebrigade. (N. d. T.)

son entrée à la clinique il se trouvait très heureux et avait envie de bien travailler. « Jamais il n'avait eu l'esprit et le corps si dispos. » Il se plaisait à merveille ici et voulait y écrire des poésies qui surpasseraient celles de Gœthe, de Schiller et de Heine. Les idées délirantes de grandeur se sont développées chez lui avec une étonnante rapidité. Il comptait inventer une foule de machines nouvelles, rebâtir la clinique de fond en comble en l'entourant d'une cuirasse de verre, ériger une cathédrale plus haute que celle de Cologne. C'était un génie universel, parlant toutes les langues; bientôt il coulerait une église en acier fondu. Par son intervention l'empereur nous décernerait les décorations les plus élevées. Il avait aussi trouvé un nouveau procédé pour maintenir les aliénés. Il faisait don à la bibliothèque de mille ouvrages qui traitaient tous de philosophie. Il avait constamment des pensées dignes d'un dieu. Cette euphorie extrême était fort variable, se montrait subitement pour disparaître avec la même rapidité et faire place à des larmes, à un état de dépression tout opposé ou encore à une excitation motrice très marquée. Notre sujet parlait, écrivait, dessinait sans trêve, commandait tout ce qu'offraient les annonces de journaux : comestibles, villas, vêtements, mobiliers, etc. Tantôt comte, tantôt lieutenant-général, il donnait à l'empereur tout un régiment d'artillerie de campagne ou se proposait de transporter la clinique au sommet d'une montagne. Par périodes il devenait agressif, se querellait avec les autres malades, brisait et cassait tout ce qu'il rencontrait. L'orage n'était en général pas de longue durée et se calmait très rapidement. Notons encore l'existence de troubles vésicaux, rétention et incontinence d'urine.

Deux mois après son entrée parmi nous, le malade se plaignit d'hallucinations auditives. Certains de ses amis parlaient de lui au dehors; il entendait la voix de ses enfants réduits à la dernière misère. C'est ainsi qu'il eut des nouvelles d'une grosse somme d'argent. La nuit, les gardiens

lui prenaient les parties génitales; il sentait dans ses aliments du graphite qu'on avait versé avec l'intention de l'empoisonner. Il s'affaiblit petit à petit au point d'arriver à l'état démentiel où vous le voyez aujourd'hui, apathique, sans volonté ni jugement. Son poids, qui avait au début fortement baissé, a graduellement augmenté de 20 kilogrammes (1).

Le processus que nous venons de décrire est extrêmement fréquent dans la paralysie générale. Les symptômes du début, diminution des facultés intellectuelles, notamment de la mémoire, sont bientôt suivis d'une période de déséquilibre accompagnée d'idées de grandeur plus ou moins prononcées. Puis l'agitation rétrocède, mais la faiblesse intellectuelle persiste. C'est là la forme classique de la paralysie générale telle qu'elle fut décrite tout d'abord par les premiers aliénistes. A son apogée, le malade peut présenter une certaine ressemblance avec les états maniaques; mais l'examen somatique et l'existence indubitable des troubles de la mémoire sont des éléments importants qui permettent presque toujours d'éviter la confusion. De plus, l'absurdité complète des conceptions délirantes, la facilité avec laquelle elles sont modifiées par une intervention étrangère, enfin l'affaiblissement intellectuel et le peu de résistance que le malade oppose à l'accomplissement de ses desseins, voilà encore une série de faits bien plus marqués dans la paralysie.

Le délire de grandeur ne fait pas partie intégrante du tableau clinique de la paralysie ; c'est une constatation que nous avons déjà eu l'occasion de faire dans les formes dépressives de cette affection. La comparaison de ces cas avec celui qui nous occupe montre justement que ni la teneur des conceptions délirantes, ni la forme des hallucinations, ni les variations de caractère ne sont spéciales à cette entité morbide. Nous voyons souvent un mélange d'idées de gran-

(1) Le malade est mort trois ans et demi plus tard, emporté par de la tuberculose miliaire.

deur et d'humilité ou bien encore un état d'esprit joyeux faire place à une profonde dépression. En un mot, il y a une analogie assez marquée avec ce qu'on observe dans la manie dépressive et dans la démence précoce. Chez quelques-uns des malades que nous avons vus dans les précédentes réunions, nous avons examiné des ébauches de ce tableau clinique.

Voici encore un exemple aussi instructif. C'est un homme de 44 ans, employé au télégraphe. Il grisonne avant l'âge; son visage est un peu pâle, mais son état général encore assez satisfaisant. Regardez-le entrer, la figure rayonnante, et prendre place après avoir fait un salut majestueux. Il raconte facilement son histoire, mais cependant s'embrouille quand on veut lui faire préciser exactement la durée de son séjour parmi nous. Il sait où il se trouve et connaît les médecins ; mais il n'a que des souvenirs très confus sur les événements importants de sa vie antérieure, comme l'époque de son mariage, les dates de son entrée dans l'administration et de ses divers déplacements. Très bavard, il aime à donner des détails sur sa vie conjugale, ne tarit pas d'injures contre son beau-père et raconte avec toutes sortes de fanfaronnades à peine déguisées la part importante qu'il aurait prise à la campagne de 1870-71. Il se vante avec naïveté et puérilité de ses bons services comme fonctionnaire. Il devrait avoir la croix de fer de première et de deuxième classe ; le sergent-major de son régiment avait malheureusement brûlé la liste des propositions pendant un accès de délire de grandeur ; mais il s'adressera sans tarder à l'empereur pour obtenir l'autorisation de porter ces décorations. Le vieil empereur Guillaume lui a aussi donné 6.000 marks pour se rendre dans une ville d'eau. Il va se mettre à écrire un livre sur la dernière guerre et cet ouvrage fera grand bruit. Il n'est plus malade, ajoute-t-il, et il serait en état de reprendre son service où l'attend un brillant avenir. Tout au plus ira-t-il

pendant quelques semaines encore faire une cure ; dans quelques années il sera nommé directeur des postes. Il ne prête aucune attention à toutes les objections qu'on lui pose et s'en débarrasse en quelques phrases ou remplace ses affirmations par d'autres non moins invraisemblables. Son instruction est très bonne et il donne sur son service des détails assez circonstanciés, peut-être un peu confus ; il hésite aussi quand on le fait calculer dans de gros chiffres.

Toujours gai, plein de confiance et d'espoir, il n'est nullement inquiet de sa situation actuelle quoique sans moyen, sans argent, loin de ses proches. Le voilà maintenant complètement rétabli, dit-il ; il a des preuves indiscutables que rien ne pourra lui manquer. Il nous montre en effet des certificats qu'il a transcrits de mémoire. En les lisant, nous avons l'impression que certains d'entre eux sont bien des reproductions exactes, mais qu'ils contiennent des louanges et des enjolivements impossibles à admettre dans des papiers authentiques; un de ses certificats témoigne qu'il a arrêté « le plus grand brigand de Hambourg». Le malade nous a aussi soumis une lettre adressée au ministre de la Guerre de Prusse, dans laquelle il lui demande de bien vouloir appuyer auprès de l'empereur une requête relative à l'obtention d'une décoration et d'un secours en argent. Il se recommande de ses anciens officiers dont il possède les cartes de visite, et ajoute « qu'il a participé à tout ». Dans tous ses écrits il est frappant de constater l'omission de lettres et même de mots complets : par exemple « samlich » au lieu de « sämtlich » ; ou bien il dédouble des lettres et dénature la construction des phrases. Ainsi « il signale sa présence aux combats et aux batailles suivantes », mais ne les nomme pas ; il continue : « Je suis aussi bien de la croix de fer de première classe que de deuxième classe, ainsi que pour la médaille de Mecklembourg, parce que j'ai fait la campagne de 1870-71 et que je me trouvais à la rentrée des troupes à Berlin. » Les lettres sont bien tracées, mais elles offrent souvent des irrégularités dans les lignes de liaison.

Malgré la richesse de ses projets d'avenir, le malade n'insiste pas pour obtenir sa sortie. On l'en détourne et on l'en console avec la plus grande facilité. Il est même d'avis de prolonger son séjour ici. La situation précaire de sa femme rentrée chez ses parents, la perte de son emploi ne lui donnent aucun souci. Lui affirme-t-on qu'il a encore le cerveau malade, il se contente de sourire sans émettre la moindre contestation.

Les faits que nous avons relevés jusqu'ici : affaiblissement du sens critique, perte des sentiments affectifs et de la volonté, idées de grandeur et troubles dans l'écriture nous conduisent à considérer ce malade comme également atteint de paralysie générale. En outre, l'examen somatique nous montre encore toute une série de symptômes très caractéristiques : les plis naso-labiaux sont déformés, la langue est animée d'un tremblement très accusé, les pupilles ne réagissent plus à la lumière, les réflexes rotuliens sont très exagérés. Dans la prononciation des mots difficiles, certaines syllabes sont oubliées, changées de place ou déformées. Il existe donc, à côté du langage bredouillé et hésitant, de l'achoppement syllabique.

Le développement de cet état est d'autre part très intéressant. Nous n'avons aucun renseignement précis sur la famille du malade ; nous ignorons s'il existe une syphilis dans ses antécédents. Pourtant il n'a pas eu d'enfants ; mais, prétend-il, il n'avait jamais de rapports avec sa femme. D'après ce qu'il raconte, il aurait été condamné dans sa jeunesse à deux ans de prison pour vol. Plus tard, il fit la compagne de 1870 et entra dans le service des télégraphes où il semble avoir été un bon employé. Le premier symptôme morbide s'est manifesté il y a huit ans, se traduisant par un état de dépression anxieuse. Le malade s'imaginait alors que sa faute de jeunesse était connue ; les journaux y faisaient allusion, ses collègues le regardaient avec mépris, l'administration allait le renvoyer et sa carrière était brisée.

Il quitta son logis pour n'y rentrer qu'au bout de deux jours, ne se rappellant plus où il avait été pendant ce temps. A cette époque, il passa quatre mois à la clinique et en sortit légèrement amélioré. Il était impossible alors de trouver chez lui le moindre signe somatique. Dans sa famille l'amélioration ne fit que s'accentuer, si bien qu'il put se marier, se créer une situation meilleure, quoique dans les premières années il ait souvent dû présenter des bizarreries de conduite.

Il y a deux ans, c'est-à-dire après un laps de temps de près de cinq années, on nous le ramena dans un état anxieux qui s'était développé lentement et progressivement. De plus il refusait la nourriture, sa santé au point de vue physique nous apparaissait comme très précaire. Il était en pleine stupeur, maussade et parlait à peine ; il gardait le lit, indifférent à tout, mangeait peu et encore fallait-il l'y contraindre. On s'aperçut peu à peu qu'il avait des hallucinations auditives ; il était, disait-il, sous l'influence de « transmissions » ; le pain contenait des saletés, la soupe du poison ; la viande était pourrie et puait comme la peste. Toujours mécontent et de mauvaise humeur, il se montrait rebelle à toute avance. Il ne se rendait pas compte de sa situation, ne faisait aucun effort pour reconnaître son entourage et s'orienter un peu dans le temps. Les choses durèrent ainsi dix-huit mois entiers avec de légères rémissions. A ce moment, à la suite d'examens réitérés, on vit que les pupilles étaient incapables de réagir à la lumière ; elles restèrent telles par la suite sans aucune modification. On notait en outre par instants de l'inégalité pupillaire. Signalons aussi des crises de rétention d'urine suivies d'incontinence. Le patient devint cependant bientôt plus abordable ; mais il eut alors cette idée délirante qu'il était rabougri et diminué de trois quarts de pied. Il se plaignait amèrement du traitement qui l'avait rendu malade, et notamment du gavage par la sonde qui avait été longtemps nécessaire. Il se mit alors à manger seul et augmenta de 28 kilogrammes, dont 20

en sept mois ; il ne tarda pas toutefois à tomber dans l'état d'imbécillité heureuse où vous le voyez aujourd'hui.

Nous pouvons, je crois, affirmer sans aucun doute que la première affection, déjà vieille de huit ans, représentait le début de la paralysie générale. En faveur de cette idée, nous possédons la notion que la poussée ultérieure a offert la plus grande analogie avec le tableau clinique de cette époque. La conduite du malade n'a de plus pas été dans l'intervalle sans singularité. Il s'est toutefois marié et pendant près de cinq ans et demi a pu venir à bout d'une pénible fonction. Cette marche à début dépressif, précédant une seconde période de dépression qui se transforme en phase d'excitation, rappelle de très près la folie circulaire, et l'on pourrait presque parler de paralysie à forme « circulaire ». Du reste tout le monde sait qu'au cours de la paralysie générale se montrent des rémissions qui durent parfois des années, pendant lesquelles tous les symptômes disparaissent complètement. Cependant des cas comme celui-ci constituent de rares exceptions. Il est d'autre part un fait d'une importance primordiale. C'est l'absence de symptômes physiques, non seulement lors du premier accès, mais encore durant la récidive ultérieure, et cela pendant un laps de temps assez prolongé. Force est donc de compter dans certains cas avec la possibilité de paralysie générale sans signes physiques au début. En face de ces formes, il est fort malaisé de porter un diagnostic ferme. Nous verrons aussi combien est aride la délimitation au point de vue clinique entre ces accès dépressifs de la paralysie générale et ceux qui se montrent au cours de la folie circulaire ou de la catatonie. Dans notre observation, contre l'hypothèse de folie circulaire plaide la perte complète de toute réaction émotive ; contre la catatonie, l'absence des troubles particuliers de la volonté, négativisme, stéréotypie, et surtout cette allure toute spéciale, cette manière d'être bien particulière qu'affectent les déments

précoces. Ce sont là autant de signes qui à l'occasion sont susceptibles de mettre sur la voie du diagnostic. Il faut y ajouter l'incapacité des malades à s'orienter sur les dates et sur l'endroit où ils se trouvent et enfin avant tout la cytoscopie, qui rend des services très précieux que nous exposerons plus tard (1).

La paralysie générale, dont la durée oscille déjà dans des limites fort variables, peut encore être prolongée par de longues rémissions. Dans d'autres observations par contre l'affection marche très rapidement. Examinez par exemple ce commerçant âgé de 43 ans, entré à la clinique il y a deux mois. Depuis un an, dit-on, il se plaint de maux de tête, et voilà quatre à cinq mois qu'il ne s'occupe plus de ses affaires. Un frère aîné est mort d'une maladie semblable à la sienne. Lui-même a fait pas mal d'excès de boisson. Nous ignorons s'il a jamais eu la syphilis. Quelques semaines avant son arrivée ici, ce malade était très irritable et très bavard. Il formait des projets insensés et un beau jour acheta, sans en avoir les moyens, un établissement de bains de 35.000 marks ; il commanda aussi pour 14.000 marks de champagne et 16.000 marks de vin blanc afin d'installer une auberge. Il fit enfin l'acquisition d'un poignard et se procura de l'arsenic. Notons pour terminer qu'il fut frappé d'un ictus au cours duquel son corps tout entier devint raide.

Pour l'instant vous le voyez en pleine phase d'excitation. Il n'a autour de lui que des lambeaux de vêtements dont il s'est paré ; il a mis des rubans autour de ses jambes ; il a ôté sa jaquette et relevé ses pantalons. Il développe dans une phraséologie ininterrompue toutes sortes d'idées de grandeur des plus fantaisistes. Il deviendra si fort qu'il pèsera quatre quintaux ; il aura des tiges d'acier dans les bras ; les décorations de fer qu'il porte pèsent deux quintaux. Il restera toujours âgé de 42 ans. Il a fabriqué

(1) Le malade est mort dans un autre asile, après avoir souffert de son affection pendant une période de près de onze ans.

50 négresses avec une machine de fer de son invention, bientôt il épousera une comtesse âgée de seize ans, ayant 600 millions de fortune et à qui le pape a récemment donné une couronne de rosière. Il possède des chevaux qui ne mangent pas d'avoine. Il a cent châteaux dorés avec des cygnes et des baleines en étoffe. C'est lui qui fabrique une substance spéciale pour rendre les cuirassés impénétrables aux balles. Toutes ses inventions sont admirables. N'a-t-il pas bâti pour l'Empereur, qu'il tutoie du reste, un château de 100 millions ? Il a reçu du grand-duc de Bade 124 décorations et a donné à chaque pauvre diable un demi-million. En même temps se manifestent quelques idées de persécution : cinq fois on a voulu le tuer ; toutes les nuits on lui suce à l'anus deux cuves pleines de sang ; aussi va-t-il décapiter les gardiens ou les faire déchirer par des chiens. Il a construit à cet effet une guillotine à vapeur.

Malgré ses cris continuels, son bavardage et ses chants, on parvient à obtenir quelques brèves réponses. C'est ainsi qu'il sait son nom et n'ignore pas qu'il est traité dans une maison d'aliénés ; il reconnaît les médecins et peut à peu près indiquer la date du jour ; mais il s'écarte rapidement du sujet pour retomber dans ses idées abracadabrantes. Quoique presque toujours de bonne humeur, il pleure cependant à chaudes larmes quand on lui parle de sa femme qu'il croit morte. Son chagrin, il est vrai, dure peu, et il se console en pensant qu'il épousera la riche fille d'un baron. Par moments il s'irrite et se met en colère ; mais il est facile de le calmer, en lui adressant une parole bienveillante ou en lui reparlant de ses conceptions délirantes. Son élocution est pressée et indistincte ; l'articulation des mots est confuse, bredouillante et heurtée. L'écriture offre parallèlement des syllabes transposées, redoublées, avec une certaine hésitation dans la forme des lettres. Le visage est flasque et, quand le sujet parle, s'anime de petits mouvements fibrillaires. La langue tremble beaucoup et il la tire dehors par à-coups.

Les pupilles, qui ne réagissent plus à la lumière, sont inégales, la gauche beaucoup plus dilatée que la droite. La face est congestionnée, le pouls rapide. Les réflexes cutanés et tendineux sont notablement exagérés ; la sensibilité à la douleur paraît diminuée quand on la recherche en détournant l'attention du malade ; la perte de poids est très rapide pour un homme aussi fort.

L'examen somatique, la fantaisie et l'incohérence des propos délirants joints à l'absence de toute émotivité et aux réactions toutes spéciales de la volonté vous permettront de poser sans peine le diagnostic de paralysie générale. Nous sommes ici en présence de la variété ordinairement désignée sous le nom de « forme avec agitation », par suite de la prédominance d'une violente excitation. Dans la majorité des faits le tableau clinique se développe assez vite. On peut observer ultérieurement des rémissions indéniables, mais l'excitation est également susceptible de s'aggraver et en peu de temps les malades finissent par succomber aux suites d'une attaque de paralysie ou d'une autre complication. On prononce alors volontiers le nom de paralysie galopante. Dans le cas qui nous occupe pareille éventualité doit être envisagée, le malade se trouvant dans un état d'agitation démentielle pour ainsi dire permanent. Comme il se blesse et qu'il gâte, le traitement devient très difficile. Notre rôle consiste essentiellement à lui fournir une alimentation abondante et à recourir aux bains continus. De plus en face d'une agitation aussi accentuée, il ne faut pas dédaigner l'emploi des narcotiques : sulfonal, trional, hyoscine. Réussirons-nous ainsi à lui faire traverser heureusement la crise présente ? C'est ce que nous ne saurions affirmer pour l'instant (1).

(1) Le malade est mort dans le collapsus après trois mois de séjour à la clinique. Son poids n'avait pas cessé de diminuer.

ONZIÈME LEÇON

Troubles psychiques d'origine alcoolique.

Messieurs, je vous présente aujourd'hui un aubergiste, âgé de 34 ans, entré à la clinique depuis une heure environ. Il comprend très bien les questions qu'on lui pose, mais les écoute d'une oreille distraite et en négligeant bien des détails. Il nous donne exactement son nom et son âge ; par contre nous ne connaissons ses antécédents personnels que par bribes et morceaux. Cet homme a poursuivi ses études jusqu'à la rhétorique ; puis après avoir été refusé dans le service des chemins de fer pour daltonisme assez marqué, il est parti en Amérique où il a mené une existence des plus aventureuses. Revenu deux ans plus tard pour quelque temps seulement, il retourna bientôt en Amérique où, comme pianiste, il réussit assez bien à gagner sa vie. A vrai dire, il se livra à tous les métiers possibles et, en fin de compte, il était garçon dans un hôtel. Rentré en Allemagne depuis huit ans, il essaie tantôt une chose, tantôt une autre, et voilà six mois il s'est mis à la tête d'une auberge. D'après ses renseignements, il serait déjà venu une fois ici pour délire alcoolique. Pourtant il ne reconnaît personne et désigne les médecins sous les noms de ses amis. En outre il s'imagine être chez nous depuis deux à trois jours et se croit à l'hôtel de la Couronne ou plutôt à la clinique des voies urinaires. Il ne sait pas non plus au juste la date du jour.

Au cours de cet entretien, dans lequel il nous a fourni des données assez cohérentes, notre sujet manifeste déjà une certaine inquiétude. Il ne reste pas en place, regarde autour de lui ; il sursaute, joue avec ses mains. Puis il se lève tout à coup en demandant qu'on veuille bien le laisser immédiatement jouer du piano. Il se rassied cependant, mais aussitôt se relève, « afin, dit-il, d'aller leur dire quelque chose qu'il a oublié ». Petit à petit il s'agite davantage. Sa destinée est marquée d'un sceau fatal; il lui faut quitter ce monde; qu'on télégraphie rapidement à sa femme que son mari va mourir et sera exécuté par l'électricité, en même temps que fusillé. « L'image n'est pas bien imitée, ajoute-t-il ; à chaque instant, tantôt ici, tantôt là, il y a quelqu'un qui me surveille avec un revolver. Quand j'ouvre les yeux, ils disparaissent. » On lui a injecté dans les orteils et dans la tête un liquide qui sent mauvais et qui fait naître des images qu'on prend ensuite pour la réalité. Cela fait une alliance internationale qui « supprime les gens tombés dans le malheur par des faux pas, sans l'avoir mérité ». En même temps son regard se porte vers la fenêtre, où il voit des maisons et des arbres qui disparaissent pour réapparaître. Lui commande-t-on de fermer les yeux et les presse-t-on légèrement, il aperçoit un jaillissement d'étincelles, puis un lièvre, un tableau, une tête, une cuvette, une demi-lune, une tête d'homme, le tout d'abord flou, puis coloré. Si on lui montre une tache sur le plancher, il cherche à ramasser l'objet imaginaire qu'il croit y distinguer, une pièce de monnaie par exemple. Quand on lui ferme la main et qu'on lui demande ce qu'il y a dedans, il la garde soigneusement close et devine que c'est un crayon ou une gomme. L'humeur du malade est mi-anxieuse, mi-joyeuse. La face est très congestionnée, le pouls petit et un peu accéléré. Le visage est bouffi, les yeux larmoyants. L'haleine répand une forte odeur d'alcool et d'acétone. La langue, très chargée, tremble fortement quand il la tire. Les doigts sont également animés d'une trémulation

très accentuée et les réflexes patellaires très exagérés. Aucun trouble à signaler du côté des pupilles. Notons enfin une dilatation cardiaque assez marquée.

Dans ce tableau clinique, on constate un certain nombre de traits qui ne se retrouvent dans aucun autre cas et permettent d'établir sans hésiter un diagnostic exact. Tout d'abord il est un fait important : c'est la désorientation complète dans l'espace et dans le temps, malgré une lucidité presque absolue. On peut causer longtemps avec le malade sans être frappé par ces troubles mentaux, jusqu'au moment où il laisse subitement voir qu'il n'a aucune idée de l'endroit où il se trouve et qu'il méconnaît complètement les personnes qui l'entourent. Certains paralytiques peuvent, il est vrai, présenter dans quelques circonstances un tableau comparable ; mais il existe toujours en outre des troubles notables de la mémoire pour les faits anciens. Dans ce cas au contraire aucun détail n'échappe à la mémoire du malade, jusqu'aux derniers jours et même aux dernières heures. Ce qui est encore très particulier chez lui, c'est ce mélange de jugements vrais et faux, sans qu'il se rende compte de la contradiction : tantôt il se voit consommateur à la Couronne, tantôt malade à la clinique, tantôt hôtelier, tantôt pensionnaire, tantôt entouré de médecins. L'impossibilité de rectifier de pareilles absurdités qui tombent sous le sens, coïncidant avec un réel degré de lucidité et une pleine possession de la mémoire, nous fait songer à ces multiples conceptions vécues en rêve et nous montre que nous avons affaire à un état délirant accompagné de rêvasserie et d'onirisme. Ajoutons encore les illusions visuelles fort actives, le tremblement très marqué, l'odeur d'alcool, et nous aurons groupé les traits essentiels de cette entité clinique que l'on appelle « delirium tremens ». En étudiant le caractère de cet individu, nous y relevons encore certains faits dont le mélange est bien spécial : à côté de l'angoisse des dangers qui le menacent, le malade semble conserver dans une certaine

mesure la notion de l'absurdité de ses conceptions délirantes et des contradictions ridicules résultant du conflit entre la réalité et le délire. Enfin les buveurs présentent encore cette particularité d'avoir des idées plutôt gaies.

Le delirium tremens est une affection dont l'évolution très rapide se termine en quatre ou cinq jours. Le plus souvent elle se développe sur un fond d'alcoolisme chronique. Notre malade boit beaucoup, et cela depuis l'âge de 13 ans. Son père était, dit-on, facilement excitable ; il a eu un oncle qui était aussi un grand buveur. Une de ses tantes tenait un cabaret d'où, tout gamin, il portait de la bière aux clients, qui lui en offraient continuellement. A la maison on lui donnait journellement un quart de litre de vin ; il buvait beaucoup dans une association d'élèves dont il faisait partie. Enfin en Amérique il apprit à absorber des petits verres. Ces derniers temps, il prenait chaque jour, d'après sa propre estimation, 6 à 7 litres de vin avec 5 à 6 apéritifs et il ne mangeait presque exclusivement que de la soupe. Voilà quelques semaines déjà, il eut fortuitement des hallucinations visuelles et voyait des souris, des rats, des hannetons, des lapins. Il n'était plus capable de reconnaître le monde ; il vint même une fois en chemise dans son auberge. Enfin ces jours-ci son état s'aggrava encore davantage.

On peut à coup sûr déjà prévoir que tous ces troubles disparaîtront en peu de jours (1). Dans la majorité des cas la conscience revient après un sommeil prolongé, ce dernier faisant bien entendu complètement défaut pendant la période aiguë du mal. Le délire terminé, les malades ne sont d'ailleurs nullement guéris. Les phénomènes d'alcoolisme n'en persistent pas moins, quoique difficilement perceptibles quand les malades sont à l'abri dans une clinique. La répé-

(1) Au bout du sixième jour, le délire cessa. Depuis six ans, le malade revint à la clinique six fois environ, tantôt en état d'ivresse, tantôt à la suite d'accès alcoolique, tantôt avec des phénomènes délirants. Toute volonté a disparu chez lui et il est totalement incapable de tout travail suivi.

tition des accès provoque souvent l'éclosion d'une psychose de Korsakow plus ou moins grave ; nous étudierons cette dernière plus loin. Ou bien se développe une forme d'idiotie particulière avec hallucinations, illusions sensorielles et idées délirantes actives. Enfin environ 3 à 5 p. 100 des malades, et plus encore dans les circonstances défavorables, meurent rapidement de pneumonie, de collapsus cardiaque, de traumatisme ou se suicident.

Notre malade, comme il le dit lui-même, a fait un premier séjour à la clinique il y a à peu près quatre mois. Il présentait alors déjà exactement les mêmes symptômes qu'aujourd'hui ; de plus il avait de la glycosurie et les gros troncs nerveux étaient douloureux à la pression. A cette époque, des hallucinations s'étaient aussi manifestées et elles avaient duré assez longtemps. Le patient voyait des rats, des souris ; il émettait des idées de jalousie et menaçait sa femme et sa domestique avec son revolver. A son entrée chez nous, il était porteur d'une bouteille de vin fort dont il buvait rapidement quelques gorgées. Le lendemain il eut trois attaques épileptiformes. Le délire dura six jours ; le malade redevint alors complètement lucide et nous raconta les diverses sensations qu'il avait éprouvées pendant sa maladie.

Il se croyait être « au jour du Pape » et avoir le diable auprès de lui. Tout à coup il se précipita, tête baissée, contre une colonne de marbre ; il cherchait à se garer, quand un énorme morceau de marbre se dressa devant lui et lui barra le passage. Derrière lui en vint un second et tous deux en marchant l'un vers l'autre menacèrent de s'écrouler sur lui. Puis deux fantômes le portèrent sur une charrette à l'auberge du « Bœuf » et là le couchèrent sur un lit de mort. Un maître de cérémonie lançait sur sa bouche, au moyen de ciseaux rougis au feu, des rayons brûlants ; il sentait ses forces s'en aller petit à petit. Sur ses prières il obtint un verre de vin rouge. Mais Satan, avec un sourire grimaçant, lui en refusa un second. Il dit alors adieu à

son entourage et trépassa, en proférant toutes sortes de pieuses exhortations. En même temps on plaçait à côté de lui les cadavres de ses trois filles. Dans l'autre monde il fut puni par où il avait péché sur la terre. Il était sans cesse en proie à une soif inextinguible ; mais à chaque fois qu'il étendait la main pour saisir une cruche ou un verre, il voyait ceux-ci disparaître.

Le lendemain matin, il était encore couché tout vivant sur la civière de mort dans l'auberge du Bœuf. Ses enfants aussi étaient là sous forme de lièvres blancs. Il y avait une procession catholique à laquelle il dut prendre part, pendant que l'on chantait des litanies dans les chambres voisines de la « Couronne » ; il lui fallait appuyer sur une grande quantité de lunettes d'or déposées à terre, et chaque fois qu'il en touchait une, partait un coup de feu. Puis la procession délibérait. Devait-elle le fendre de toute sa hauteur ou le rouer de coups jusqu'à ce que la mort s'ensuive ? La patronne de la « Couronne » plaidait en faveur de la première opinion, à condition qu'il restât chez elle. Quant à lui, il désirait partir, car il n'y avait pas de bière. Enfin un maréchal des logis vint le délivrer. L'aubergiste tira sur lui un coup de revolver et pour ce motif fut emmené en prison.

Un autre soir, toute la communauté protestante était réunie à l'église pour une solennité. Au centre se tenait un étudiant d'une corporation qui, avant le commencement du service religieux, donna une sorte de représentation avec cinquante compagnons montés sur de petits chevaux. Plus tard, il vit sa femme se retirer avec un parent dans une stalle de l'église ; il remarqua une sœur de charité cachée derrière l'orgue, qui profanait le sanctuaire ; en même temps il était enfermé lui-même dans l'église. Finalement le vitrier fit un trou dans le vitrail, pour qu'on pût au moins aussi introduire de la bière. Quand il s'habilla, toutes les manches et toutes les boutonnières étaient fermées et cousues et les poches enlevées. Dans le bain le malade voyait sept lièvres qui nageaient sous

l'eau, autour de lui, l'éclaboussant et le mordillant continuellement.

Cette courte esquisse des conceptions délirantes nous donne une idée exacte de l'état de rêve dans lequel est plongé le malade. A quelques idées vraies, comme le coup à la tête, se mêlent toute une série de notions manifestement fausses, surtout dans le domaine de la vue et de l'ouïe. Comme dans un rêve se déroule tout un enchaînement de circonstances les plus merveilleuses et les plus fantaisistes, entrecoupées de brusques changements de scène. Les malades se retrouvent souvent au milieu de leurs occupations habituelles. Aussi peut-on, dans le cas actuel, parler d'un « délire d'occupation », en ce sens tout au moins qu'au premier plan se manifeste la nécessité d'apaiser le besoin d'alcool.

Chez notre deuxième malade, un commerçant de 48 ans, vous ne trouverez de même pour commencer presque rien d'anormal. Il donne des renseignements parfaitement coordonnés sur sa vie. Il a fait campagne et a reçu un coup de feu dans le pied. Il connaît la date du jour, l'endroit où il se trouve, explique qu'il est agité parce que des gens sont montés jusqu'à sa fenêtre ; il voit un enfant debout contre le carreau. Tout à coup il s'exclame : « Voilà la tante qui crie » ; puis il regarde par la fenêtre et dit : « Je crois que c'est elle. Non ? Si, c'est elle. » Il est persuadé de la réalité de ce qu'il aperçoit et ne veut pas convenir que ce sont des hallucinations. Si on exerce une légère pression sur les yeux, les paupières étant closes, il voit d'abord du brouillard, puis une traînée rouge, un banc où sont assises deux jeunes filles, une vieille femme les bras en l'air. A côté se trouve un ours, au-dessus un âne. « Voilà un gendarme, tenez, encore un gendarme, puis un agent de police. » C'étaient, dit-il, des dessins, comme dans les livres des petits enfants, et il les voyait par une fente entre ses doigts.

Il parle confusément de gens qui ont voulu pénétrer la nuit dans sa maison, et il suppose qu'on en sait déjà long

sur ce point. Il nous renseigne peu à peu cependant sur ses antécédents. La semaine précédente il avait eu beaucoup à travailler, et pendant cette période il avait peu mangé, pris peu de repos et avait beaucoup bu. Il y a cinq jours, il se coucha après une séance de libations plus longue que de coutume ; il vit alors des serpents, des scorpions courir sur les murs, des grenouilles et des rats sur le plancher. Puis le lendemain, tandis qu'il avait été très tranquille, deux hommes montèrent sur sa croisée et lui crièrent : « Bonsoir, Charlot. » Ils ne répondirent rien quand il leur adressa la parole, et lorsqu'il voulut les frapper avec sa canne, il ne rencontra que le vide. Plus tard, ils cognèrent de nouveau à sa fenêtre en le menaçant, puis sa tête se brouilla et il s'évanouit. La soirée suivante, deux messieurs, deux dames et deux enfants entrèrent dans sa chambre à coucher ; ils s'assirent, chuchotèrent entre eux ; un de ces messieurs s'avança ensuite jusqu'à son lit et exigea la signature d'une lettre de change de 5.000 marks. Cette fois encore, l'apparition ne se laissa pas saisir et s'évanouit aussitôt. On frappa à la porte et une voix cria : « A demain. » Les femmes et les enfants restèrent cependant sur le canapé, puis s'approchèrent du lit et lui demandèrent pardon.

Le lendemain, après un travail sérieux, le malade vit, dès deux heures de l'après-midi, deux hommes s'entretenir dans le corridor de sa maison. Trois coquins ricanaient en outre par la fenêtre ; son porte-plume se courbait et faisait des révérences. Rempli d'angoisse, il alla dans le voisinage avaler quelques verres de vin. A son retour, il vit toujours les hommes dans son corridor et n'obtint pas de réponse à son salut. De sa cour montaient les éclats de rires moqueurs d'un grand nombre de gens contre lesquels il excita son chien. Celui-ci demeura bien tranquille. Il entendait son homme d'affaires traiter avec un monsieur dans une pièce voisine, et cependant toutes les portes étaient fermées. Il les vit aussi tous deux à travers le judas de la porte. A ce moment il eut un vertige.

Après toutes ces émotions, le malade songea au suicide ; mais sa fillette vint à temps pour l'en détourner. Les deux hommes rentrèrent alors et lui demandèrent de souscrire enfin la lettre de change. Un autre jour, en se promenant, il remarqua, à son grand étonnement, de la cavalerie dont les chevaux couraient sur des échasses hautes de deux mètres et escaladaient ainsi les perches à houblon. Sa fille, qui l'accompagnait, chercha en vain à le distraire de cette vision. A son retour, il rencontrait partout des visages ricanants. Dans les airs, des cavaliers combattaient avec des lances d'or. Un monsieur leva son verre devant lui et dit : « Aujourd'hui, vous ne nous traverserez pas, même si vous aviez douze chiens. » Puis les hommes lui tendirent son propre livre de chèques, qui était pourtant enfermé à double tour dans son coffre-fort, pour y apposer sa signature. Devant ses cris, ils s'enfuirent. Le mur de sa chambre s'ouvrit alors et une longue procession entra. En tête marchait un « président » tout chamarré d'or dont la fille fêtait ses fiançailles d'une façon grandiose et sans épargner le vin. Le malade fut invité. Il se plaignit alors de l'envahissement de sa maison ; sur ce, le président devint de plus en plus petit et finalement disparut dans le mur. Il ne tarda pas à revenir chargé de vins et de présents magnifiques qu'il offrit au malade à titre de dédommagement, en le priant de se rendre au concert. Le banquet approchait de sa fin, la société se retirait ; une voix proposa alors d'aller au concert. Le malade y chevaucha à travers les airs avec un compagnon. La salle du concert était totalement sombre et la musique sortait d'un long balancier. On fit une collecte pour le malade ; elle réunit 740 marks et quelques bagues avec des brillants et des montres. Malheureusement quelqu'un s'esquiva avec l'argent. Le président désolé jura la perte du voleur et promit de renvoyer le tout au malade le lendemain. Ce dernier avait aussi découvert un couple amoureux qui se cachait dans sa maison ; il s'adressa alors à la police qui le mena à la clinique.

Toute cette histoire est racontée d'un ton mi-joyeux, mi-gêné. Par moments le patient se met à pleurer, déplorant d'être loin de chez lui et de ses affaires. Il semble convaincu de la réalité de ce qu'il vient de raconter. De plus on note une légère excitation, un tremblement des mains très accentué, des hésitations dans la parole, du myosis avec diminution de la réaction pupillaire. Il est vrai que ces derniers troubles peuvent être imputés à l'opium dont on avait fait usage au cours de l'affection. Le foie est hypertrophié ; les urines contiennent du sucre.

Nous retrouvons ici toute une série de caractères que nous avons déjà appris à connaître dans la précédente observation : même suite d'événements vécus, particulièrement fantastiques, analogues à un rêve ; même netteté des hallucinations sensorielles ; même état à la fois anxieux et gai.

En revanche le malade a encore la notion du temps et des choses. Il semble en avoir été de même pendant toute l'évolution de la maladie, d'une manière intermittente cependant, par exemple au moment du concert. Mais ce n'est là qu'une différence de degré et non de nature. De même, il nous a été impossible de provoquer les hallucinations par la pression sur les globules oculaires, phénomène pourtant si fréquent chez les alcooliques. C'est encore là, Messieurs, un cas de delirium tremens (1).

Ces deux malades ont du sucre dans les urines, le premier d'ailleurs d'une façon toute passagère ; ce fait constitue une exception. Par contre on y trouve très fréquemment, à l'acmé de la maladie, de l'albumine. Il semble aussi qu'il y ait des modifications dans la composition du sang. Tous ces points prouvent que l'usage de l'alcool provoque dans l'économie des troubles graves, et c'est à lui que nous devons rapporter en ligne droite l'origine du delirium tre-

(1) Le malade a recouvré sa lucidité après six jours de délire. Il mourut quelques années plus tard, sans avoir présenté de nouveaux phénomènes délirants.

mens. Il ne saurait être question d'intoxication récente. Le tableau clinique diffère en effet du tout au tout de celui de l'ivresse. En outre le délire se termine régulièrement au bout de quelques jours, quand bien même les malades continuent à boire. Enfin l'abstention de boisson depuis quelque temps n'empêche pas l'éclosion du délire. Nos deux observations nous apprennent d'ailleurs que la privation d'alcool n'en constitue pas la cause immédiate. Les deux malades en effet ont bu sans s'arrêter jusqu'au complet développement de leur affection, constatation qui a son importance au point de vue du traitement. L'administration de l'alcool au cours du processus n'a nullement l'influence favorable qu'on lui attribuait autrefois. Depuis de longues années je traite le delirium tremens sans alcool et j'ai tout lieu de m'en féliciter. Pour combattre le collapsus cardiaque, toujours à craindre, je préfère la caféine, le camphre, dans certaines circonstances le strophantus. Les bains chauds prolongés m'ont aussi toujours très bien réussi. Quant aux narcotiques, je considère la paraldéhyde comme le plus efficace et le plus inoffensif.

Pendant tout son délire et malgré de très vives hallucinations, le dernier malade a conservé une lucidité et une clairvoyance très nettes. C'est là une sorte de transition avec une autre forme d'intoxication alcoolique très voisine de la précédente et dont voici un exemple. Cet employé de 35 ans nous a été envoyé de la clinique de chirurgie, où il était entré après s'être amputé avec une hache la première phalange de l'auriculaire gauche. Il paraît d'abord tranquille et bien maître de lui, semblant se rendre parfaitement compte du temps et de l'endroit où il se trouve. Mais après un entretien assez long on perçoit chez lui une angoisse secrète. Il sait très bien qu'il n'est pas fou, et s'il reste ici, c'est parce que sans cela, il ne l'ignore pas, il ne reverrait jamais ses enfants. Poursuivi par la police, il est déjà condamné et va être exécuté ; l'échafaud

est dressé, et pourtant il implore sa grâce. Brusquement, au milieu de la conversation, il s'arrête, tend l'oreille et affirme entendre très distinctement des voix qui lui télégraphient rythmiquement avec l'appareil de la maison : « Sept serments — père non parjure — quatre parjures — non deux — pas très sûr — braves gens — honnêtes gens — père et mère étranglés — fils brave homme — frère un — frère un — aucun frère — le père a étranglé la mère — parce qu'on n'avait pas dit que femme avait eu relations avec un autre. » Et il continue à parler ainsi comme s'il suivait une communication télégraphique ; puis il demande très tranquillement : « C'est donc vrai que mon père et ma mère sont morts. » Il se plaint de ressentir des bourdonnements d'oreilles, d'avoir reçu un coup sur le ventre comme si du verre y entrait et d'éprouver des bouffées de chaleur à la tête quand il tousse.

Nous ne pouvons obtenir aucun renseignement au sujet des hallucinations visuelles. Lui demande-t-on depuis combien de temps il est malade, il répond sans la moindre hésitation : « Depuis trois semaines et demie. » Auparavant il était très bien portant. Les voix ont commencé à se faire entendre à cette époque. Elles disaient alors : « Œufs frais — bons œufs — tout est bien qui finit bien — ne viens pas aujourd'hui — viens demain. » Avait-il quelques pensées en tête, son interlocuteur, qu'il n'a jamais pu voir, les connaissait d'avance. D'autres se sont entretenus avec lui sans que sa femme s'en aperçût. Une fois il monta dans le grenier armé d'un tisonnier pour châtier la personne qui y disait : « Mon Dieu, si mon mari voit ça. » Mais il ne put la trouver. S'il s'est coupé le doigt, c'est que c'était là une preuve de courage pour entrer dans une loge maçonnique. Il fut aussi hypnotisé par un médecin qui a été exécuté ici. Ses trois enfants ont été décapités par sa femme ; elle devait aussi, les voix le proclament, égorger un vieil homme à coups de poignard.

Issu d'une famille sans tare pathologique, le malade se maria

il y a onze ans ; il a quatre enfants bien portants ; trois autres sont morts. Il a toujours été d'un naturel distrait et prodigue. Voyageur de commerce depuis sept ans, il boit beaucoup de vin, devient grossier envers sa femme et irritable ; il se livre à des excès sexuels. Il y quatre semaines, il rentra un soir à la maison sans y être attendu et causa immédiatement une certaine surprise par ses allures bizarres ; il refusa toute nourriture, ne put dormir, se plaignant d'avoir été hypnotisé et d'être sur le point d'avoir la tête coupée. Enfin il reprochait à sa femme de l'avoir trompé pour une somme de 20.000 marks ; ses mains tremblaient violemment ; toute sa personne était agitée ; il parlait seul, répondait aux voix, émettait des idées de persécution et proférait des menaces contre son entourage. La semaine dernière il devint encore plus anxieux ; il fit quelques tentatives de suicide, courut à la rivière pour s'y noyer et se serait enfoncé un couteau dans l'aisselle si sa femme ne l'en avait empêché ; il réussit finalement à se couper la phalange. En voyage, explique-t-il, il commença à entendre des voix ; il éprouva subitement une vive anxiété qui le poussa à regagner son domicile au plus vite. A la maison, les voix avaient déjà prévenu. Elles lui disaient encore qu'un médecin nommé Wagner, liseur de pensées, l'avait hypnotisé au moyen d'une machine et que d'autre part sa femme avait été proclamée fille publique. Le malade avoue avoir toujours beaucoup bu. C'était nécessaire dans son métier, dit-il. « Quand je serai guéri, je tâcherai d'entrer plutôt dans une fabrique de cigares. » Lui objecte-t-on qu'il est à la veille d'être exécuté : « On ne peut tuer un pauvre fou, répond-il ; j'espère encore être gracié. » Actuellement il n'y a plus de troubles somatiques, indépendamment de l'insomnie et d'un léger tremblement des doigts.

Ce tableau clinique présente une certaine analogie avec le delirium tremens. Il s'en rapproche surtout par le développement rapide et l'absurdité des conceptions délirantes, par l'activité des hallucinations, par ce singulier mélange

du délire avec la conscience de la maladie et de son origine alcoolique. Toutefois la durée plus longue, l'absence de troubles de l'orientation, la prédominance des hallucinations auditives sur les hallucinations visuelles diffèrent de la marche habituelle du délire éthylique. Enfin l'agitation en général moins accusée et le tremblement moins marqué montrent que cette affection, bien que très proche du delirium tremens, ne doit pas être confondue avec lui. Nous la désignons sous le nom de « délire alcoolique simple ». Cet état peut se prolonger des semaines et des mois ; il finit d'ordinaire par guérir complètement (1).

Il existe pourtant toute une série de faits qui laissent après eux un affaiblissement intellectuel incurable accompagné de quelques conceptions délirantes et d'hallucinations. Cette évolution défavorable est surtout à craindre en cas de rechutes, du reste habituelles. Au point de vue thérapeutique, il faut avant tout exercer une surveillance sérieuse sur les malades, une tentative de suicide étant toujours possible. De plus il convient de prescrire l'abstinence complète d'alcool. Si ce conseil n'est pas suivi, il y a lieu de s'attendre à des récidives.

(1) Ce malade a guéri au bout de six semaines. Voilà onze ans qu'il ne doit plus boire, mais il vit séparé de sa femme.

DOUZIÈME LEÇON

Folie consécutive aux maladies aiguës.

Messieurs, la domestique âgée de 30 ans, que j'ai fait porter devant vous dans son lit, donne déjà au premier coup d'œil l'impression d'être gravement malade. Elle reste étendue, les traits tirés ; un tremblement menu agite tout son corps ; elle ne réagit pas quand on lui adresse la parole ; tout au plus a-t-elle un léger mouvement de tête, mais ne dit pas le moindre mot. Ce n'est que sur une injonction pressante qu'elle sort lentement une langue sèche, chargée, rouge, recouverte de croûtelles brunâtres ; sur les lèvres et sur les dents s'étalent des plaques visqueuses. C'est tout ce qu'on peut obtenir d'elle ; sa physionomie est sans expression et son corps livré à toutes sortes de mouvements inconsidérés. La température dépasse de beaucoup la moyenne ; le pouls est mou, dicrote et bat à plus de 100 pulsations. A part l'exagération des réflexes rotuliens, une ébauche de clonus du pied et un peu d'albumine dans les urines, l'examen physique ne révèle aucun trouble appréciable.

Vous voyez qu'au point de vue psychique le symptôme le plus important est constitué par cette torpeur intellectuelle. Il est bien invraisemblable que cet état, qui ressemble à la stupeur, relève du négativisme ; l'effort de notre malade pour nous montrer sa langue semble bien prouver le con-

traire. Il faut plutôt admettre qu'elle n'entend et ne comprend qu'insuffisamment les paroles qu'on lui adresse. Il ne s'agit pas davantage d'inhibition dans le domaine psycho-moteur. Ses mouvements spontanés trahissent sans doute une grande faiblesse, mais ils se répètent sans difficulté. Nous pourrions conclure à une légère inquiétude; l'état d'esprit n'est ni triste, ni anxieux. Il existe enfin une maladie générale aiguë et grave qui ne se laisse pas tout de suite diagnostiquer.

Quant aux antécédents, voici ce que nous apprenons. Son grand-père s'est suicidé, sa mère est très nerveuse et plusieurs frères et sœurs sont morts de convulsions dans l'enfance. Elle-même était bien portante jusqu'à il y a quatre jours ; les deux nuits précédentes elle avait simplement mal dormi. Dans la matinée elle avait fait encore plusieurs commissions; vers midi elle accusa une forte sensation de chaleur. Puis brusquement elle se mit à délirer et à se tordre dans son lit. Toute anxieuse, elle s'imaginait qu'on allait la brûler et que l'agent de police venait la chercher pour l'exécuter. Elle croyait être le juif-errant et entendait tout le monde l'injurier. Elle redevint plus calme la nuit, mais elle fut si agitée le lendemain qu'il fallut l'amener à la clinique. Chez nous, elle se montra extrêmement inquiète et excitée. Elle se frottait et se grattait tout le corps, se tournait en tous sens, fourrageait dans ses cheveux à tel point qu'il fut impossible de l'examiner sérieusement. Elle ne répondait pas aux questions qu'on lui posait, parlait avec incohérence, en phrases hachées, entre lesquelles s'intercalait parfois un mot qu'elle venait de percevoir. On avait bien l'impression qu'elle était en proie à de nombreuses hallucinations visuelles et auditives. De plus elle refusait toute nourriture, ses lèvres étaient desséchées et fendillées. Elle avait ses règles.

La nuit suivante l'agitation persista non moins violente. Tout en bavardant à tort et à travers, la malade se laissait tomber de son lit, se roulait sur le plancher et frappait tout

le monde autour d'elle, la menace à la bouche. En même temps on constatait une certaine incertitude dans la marche ; ses jambes tremblaient et vacillaient. Cet état dura trois jours. Cependant elle se mit à répondre aux questions qui lui étaient adressées ; mais il était impossible de tenir avec elle une conversation prolongée ; le verbiage confus ne tardait pas à reprendre. Elle obéissait aussi à quelques injonctions et tirait la langue quand on faisait ce mouvement devant elle. La température, qui ne pouvait être prise que très approximativement, atteignit 38°4 le soir. La nuit suivante fut plus calme ; on n'entendait qu'un marmottement confus et indistinct. Hier, la journée fut également assez tranquille; la malade était très abattue et n'émettait que quelques mots à voix basse ; encore n'y avait-il pas moyen d'en saisir le sens. Température : 37°5 le matin et 38°4 le soir ; pouls à 132. Vers midi, elle eut dans son lit une selle liquide jaunâtre. L'après-midi elle se plaignit d'avoir la langue sèche et réclama un verre d'eau. Elle dit alors ne pas avoir de maux de tête. Il lui semblait aussi connaître le médecin qui la soignait, mais elle n'était pas à même de le désigner davantage. Elle n'était pas particulièrement anxieuse et paraissait plutôt indécise.

La brusquerie du délire au cours du processus que nous venons de décrire rend absolument invraisemblable l'hypothèse d'une paralysie générale. Tous les autres signes font d'ailleurs défaut. L'état mental ne correspond pas non plus à ce qu'on observe dans la démence précoce ; les troubles de l'intelligence, les modifications profondes de la conscience ne cadrent pas du tout avec cette dernière affection. Ce n'est pas davantage l'absurdité et la stéréotypie des déments précoces ; les propos sont simplement incohérents et délirants, et surtout il n'y a nulle trace de stéréotypie, de befehlsautomatie ou de négativisme. Tout au plus peut-on invoquer le très grand mal qu'éprouve notre sujet à fixer son attention, qu'il s'agisse d'une excitation provenant de l'ambiance exté-

rieure ou d'ordre subjectif. Nous ne pouvons pas d'autre part admettre la possibilité d'une stupeur maniaque. Il n'existait en effet dans la sphère psycho-motrice aucune inhibition, mais au contraire une sorte d'excitation, un besoin de parler avec confusion. L'inhibition de l'idéation dans la stupeur maniaque exerce une action beaucoup plus restreinte sur l'intelligence et sur le cours des pensées ; l'inhibition qui frappe les manifestations volontaires fait en outre avant tout sentir son influence dans le domaine de la parole. Les propos de notre malade étaient beaucoup plus confus que ceux que l'on observe dans la manie avec stupeur. Enfin, la rapidité extraordinaire avec laquelle tous ces phénomènes se sont ici manifestés n'est nullement dans les habitudes de cette dernière affection. Il ne nous reste donc plus que l'hypothèse d'un état crépusculaire chez une épileptique ou une hystérique. Mais, si déjà rien dans l'histoire antérieure de la malade n'est susceptible de nous porter à songer à l'une ou à l'autre de ces deux affections, il manque encore un état d'agacement, d'anxiété ou de rêve qui ne fait jamais défaut dans les deux névroses. Par opposition à ce qui se voit au cours de ces dernières, nous ne distinguons pas, au milieu des paroles de notre sujet, un fond délirant bien net. La confusion est profonde et bien plus accentuée que nous ne pourrions le croire, même en face de patients qui, comme notre sujet, comprennent encore quelques questions et cherchent à y répondre.

Ce dernier symptôme rappelle ce qui se passe dans les délires fébriles : on peut arriver à obtenir de temps en temps une réponse sensée, perdue au milieu d'un bavardage incohérent. Et dans le cas actuel en effet, bien que nous ne notions pas une très forte élévation de température, nous sommes malgré tout conduits à invoquer l'intervention de troubles organiques graves, qui auraient directement produit des modifications psychiques. En faveur de notre con-

ception, plaideraient avant tout la présence de l'albumine dans l'urine, l'état fuligineux de la langue et des lèvres ainsi que la faiblesse générale et cette sorte d'ataxie dans les mouvements. L'élévation de température est trop minime pour être rendue responsable de troubles si importants. D'un autre côté la brusquerie du début ressemble d'assez près au tableau clinique des intoxications. Malheureusement les symptômes physiques, tout en étant très nets, ne permettent pas de reconnaître la nature de cette intoxication. Je vous ferai toutefois remarquer qu'au début de la fièvre typhoïde ou de la variole il n'est pas rare d'observer des états délirants analogues, prêtant facilement à confusion avec d'autres psychopathies. La variole est ici bien improbable; en revanche, nous avons appris que dans la localité habitée par la malade existent quelques cas de dothiénentérie. Même en l'absence de tout signe pathognomonique, je crois que l'hypothèse de typhoïde au début s'accorde assez bien avec l'ensemble morbide ; et en nous appuyant sur les seules considérations que nous fournit un premier examen, le diagnostic de « délire initial typhique » nous semble le plus probable.

Si notre manière de voir est exacte, l'état actuel ne persistera pas longtemps dans toute sa gravité. Le délire disparaît en général avec le développement ultérieur de l'affection ; il est susceptible aussi de se transformer en délire fébrile, et les manifestations se traduisent alors d'ordinaire par un état de confusion bien moins marquée. Quoi qu'il en soit, ces cas de dothiénentérie débutant par un délire aigu sont toujours très graves. Plus de la moitié des malades meurent en peu de temps ; c'est à cette issue que nous devons nous attendre chez la nôtre. Nous nous efforcerons de lutter contre cette infection à l'aide de l'alimentation artificielle, d'injections de sérum et surtout de bains continus. Peut-être de cette manière réussirons-nous à permettre à la malade de traverser cette

première phase de l'affection, qui est aussi la plus dangereuse (1).

Les autres troubles mentaux engendrés par les maladies aiguës ne comportent heureusement pas le même pronostic fatal. Bien au contraire, ils constituent, avec quelques autres formes rares, les seules variétés de folie qui, même au sens strict du terme, soient susceptibles de guérir complètement. Voyez cette femme de 50 ans; elle reste là, indifférente, apathique, répondant aux différentes questions d'une voix basse et fatiguée. Elle sait qu'elle se trouve à l'hôpital et que nous sommes des médecins ; mais elle ne peut nous dire depuis combien de temps elle est ici et comment elle y est arrivée. Elle a eu, raconte-t-elle, un érysipèle de la face qui lui est remonté dans la tête ; ses idées se sont alors embrouillées et elle ignore ce qui s'est passé. Elle aurait eu aussi des hallucinations visuelles et auditives, mais elle ne sait rien préciser. Tout au plus est-elle à même de nous apprendre qu'elle a vu des oiseaux voltiger. Elle ne comprend rien sans peine ; il lui faut une longue réflexion pour les faits les moins compliqués, tels que son âge, la date de sa naissance, l'époque de l'année, etc. Ses réponses sont hésitantes, monosyllabiques et maintes fois fausses. Elle ne se considère pas comme malade et n'exécute ce qu'on lui demande qu'après l'avoir entendu répéter plusieurs fois ; elle est toujours déprimée et pleurnicharde ; en un mot elle est comme abrutie. Au point de vue de ses antécédents, nous avons appris qu'issue d'une famille bien portante elle a toujours été en bonne santé. Elle est entrée il y a trois semaines à l'hôpital pour un érysipèle de la face au cours duquel elle présenta des défaillances cardiaques. Elle se croyait

(1) La malade est morte le dixième jour de son affection. La marche de cette dernière et l'examen anatomo-pathologique des viscères répondent à une maladie infectieuse grave, et c'est avec la fièvre typhoïde que la ressemblance est la plus nette.

alors morte et refusait toute nourriture ; on dut l'alimenter à la sonde. L'érysipèle récidiva, puis la température tomba brusquement à 35°,8 il y a quinze jours ; la malade devint alors apathique et eut de la confusion et des hallucinations.

Ce tableau clinique ne ressemble en rien à ce que nous avons vu jusqu'ici. Il rappelle jusqu'à un certain point la stupeur circulaire, mais la confusion mentale y est beaucoup trop prononcée et la dépression si accentuée de l'émotivité fait totalement défaut ; dans le domaine psychomoteur enfin on ne retrouve pas cette gêne intense que rien ne peut surmonter. Il s'agit bien plutôt d'une certaine faiblesse. On ne peut pas davantage penser à la démence précoce. Des états de confusion si marqués ne se voient en effet qu'aux toutes premières périodes, lorsque l'anxiété est encore vive et lorsque l'émotivité se présente avec des allures sans cesse différentes. De plus on note toujours des hallucinations sensorielles très nettes sur lesquelles les malades, dont l'intelligence est encore intacte, sont susceptibles de fournir des renseignements précis. Ces manières singulières, ces bizarreries de la volonté, qui existent à toutes les périodes de la démence précoce et sont si caractéristiques, ne s'observent pas le moins du monde chez notre malade. En résumé, sans connaître les antécédents, nous sommes en état d'affirmer que ce cas ne se rapporte à aucune forme de folie étudiée jusqu'à présent.

En revanche, il existe une sorte d'entrave dans les manifestations psychiques de notre malade ; elle se retrouve aussi bien dans les domaines de la compréhension, de la mémoire, de l'émotivité que dans l'habitus général. C'est bien là la preuve que l'élément morbide a frappé les différentes fonctions sans exception et que son influence s'est fait sentir sur tout l'organisme psychique. Aussi est-on autorisé à songer tout d'abord à la paralysie générale. Mais l'examen somatique est négatif et ne donne aucun renseignement suffisant. Dans ces conditions, nous avons le droit d'admet-

tre avec quelque vraisemblance l'existence d'une affection organique aiguë. En réalité les renseignements, qui nous ont été fournis par la malade elle-même, nous ont amenés sans grande peine à cette solution ; mais je voulais vous montrer que, même en l'absence de tout commémoratif, nous devions arriver à poser notre diagnostic.

Il y a en effet là un point très important : une affection organique antérieure n'est pas nécessairement la cause immédiate d'un trouble mental. Nous voyons au contraire assez souvent des formes de folie maniaque-dépressive, de démence précoce, même de paralysie générale disparaître après une maladie organique. Il va alors de soi que le tableau clinique ne peut en rien aider à établir l'étiologie de l'affection; de même l'apparition de troubles mentaux ne nous autorise pas à formuler la moindre hypothèse sur sa marche ultérieure et sa terminaison, comme nous pouvons le faire chez notre sujet. Si, de même que dans le cas actuel, nous sommes certains de la relation directe entre la psychopathie et l'érysipèle, — l'allure clinique bien spéciale de l'affection nous y autorise pleinement, — nous pouvons dès maintenant prévoir en toute sécurité que les troubles disparaîtront complètement et rapidement (1). Le traitement consiste surtout en une alimentation substantielle et dans l'alitement continu.

Il s'agit très probablement dans les faits de cet ordre d'altérations de l'écorce cérébrale engendrées par des toxines dont l'action va en s'affaiblissant progressivement. Ce qui plaide le mieux en faveur de cette idée, c'est que les premiers troubles psychiques se sont manifestés dès le moment où l'érysipèle atteignait son acmé. On a bien souvent rapproché ces états, qu'on appelait « démence aiguë curable », de certaines formes de démence précoce ou de folie maniaque-dépressive. A mon avis, d'après ce que je vous ai déjà dit, je préfère les désigner sous le nom « d'états d'affaiblissement

(1) La malade a été tout à fait rétablie après six semaines de traitement. Depuis neuf ans, elle n'a pas présenté le moindre trouble morbide.

infectieux » ; sans leur refuser une certaine ressemblance avec ces deux maladies, j'aime mieux les en séparer radicalement ; ils sont différents par leurs symptômes, leur évolution et leur terminaison.

Voici encore un cas qui, bien que se présentant sous un aspect tout autre, rentre cependant dans le même cadre que le précédent. Il s'agit d'un plâtrier-badigeonneur marié, âgé de 30 ans. Cet homme, solidement bâti et dont l'état général est relativement bon, a une insuffisance mitrale des plus nettes. Il est porteur en outre au niveau du cou d'une tumeur ganglionnaire assez volumineuse ; il a enfin eu une fracture de l'avant-bras droit aujourd'hui assez bien consolidée. A part cela, pas d'autres troubles somatiques à signaler. Quand on lui adresse la parole, il y prête attention et comprend assez bien ce qu'on lui dit. Il connaît son nom et son âge, mais ignore quand il est venu et où il se trouve ; il a bien entendu parler d'une clinique pour fous, mais il n'en sait pas plus long. Il est plus précis au sujet de son métier et des événements récemment survenus ; toutefois il s'excite peu à peu et se met alors à gémir de la façon la plus incohérente, mêlant les uns aux autres toutes sortes de souvenirs des plus disparates : alimentation à la sonde, phrases des autres malades, des médecins, mots ou expressions entendus précédemment : « A cause de tuyaux, cela doit être écarlate comme la nature, comme du sang, afin que l'on puisse déraciner tout le genre humain et en revenir... Je ne veux rien comme chez moi ; si vous leviez le verre avec le tuyau de caoutchouc, cela durerait cent ans. Ils veulent me couper les mains et les pieds. Les temps viennent, rats et souris et tout sur le monde. Tout vient de l'ami, je les étranglerai. Ça vient de moi, ils le disent tous. Que ma mère et nous vivons de bêtes sauvages, de serpents et que tout descend de nous. Ah ! si on est détruit, on doit encore voltiger comme spectres méchants, même quand on n'a plus d'yeux et que tout est détruit. C'est un Japonais, le premier docteur. Les voix

parlent ainsi, comme si c'était ma femme et mes enfants. Je n'ai vu personne. Si j'étais dehors, je serais bien portant; mais ici ils veulent détruire l'humanité. Ils sont dans le bain comme s'ils étaient détruits. Si on met les souliers, ils disparaissent. Les médecins sont déjà venus souvent, surtout l'un d'eux. Ils prétendent être médecins. » Il ne sait le nom de personne; il croit seulement reconnaître l'un des auditeurs, « celui à la cravate bleue ».

Il faut remarquer que notre sujet est extrêmement facile à distraire et qu'il comprend encore quelques menus incidents, comme par exemple la présence d'un confrère japonais. On réussit toujours à l'interrompre pour le faire dévier sur une question toute différente, sur laquelle du reste il ne parle pas longtemps. Sa faculté de perception est évidemment très troublée et il n'a pas la moindre notion de ce qui se passe autour de lui. Il a déjà bien entendu dire qui nous sommes et où il est, mais sans être bien sûr que ce qu'il voit se rapporte aux indications qu'on lui a données. Tout lui paraît étrange, bizarre, énigmatique. « Je ne peux pas arriver à comprendre, dit-il; je suis comme ensorcelé; mais quelle bêtise fait-on là? Pour l'amour de Dieu, cessez!... Il faut toujours qu'on me rase comme le diable; je ne suis pourtant pas le diable. Voilà maintenant la clef qu'ils me montrent tous les jours, et voilà, c'est ouvert. Il manque quelque chose, et je dois l'avoir pris. Ça doit être ici Heidelberg, puisqu'on veut que ce soit Heidelberg. »

Il y a, on le voit, chez ce malade impossibilité de percevoir moralement ce qui se fait autour de lui et perplexité consécutive ; de plus existent des hallucinations. Il répond à des voix qui lui adressent des reproches et des menaces : il est un brigand, un meurtrier à qui on va arracher les parties génitales. A côté des hallucinations se notent encore très fréquemment des interprétations délirantes. Lui montre-t-on un essuie-mains, il dit : « On dit que j'ai volé un essuie-mains ? » Tout en se modifiant très souvent, ses conceptions

délirantes restent de nature dépressive et répondent presque toutes à son état d'esprit agacé, pleurnicheur, voire parfois désespéré. Il a essayé à plusieurs reprises d'attenter à ses jours. Il exécute tout ce qu'on lui ordonne; si on lui demande de tirer la langue pour qu'on la lui coupe, il ne résiste pas et s'y résoud en gémissant : « On ne devrait pas lui couper la langue; c'est la partie la plus sensible de l'homme. » Malgré son angoisse il est incapable de réagir; il est comme un enfant sans défense et on peut faire de lui tout ce qu'on veut.

En résumé, dans ce tableau clinique, le point le plus saillant est l'impossibilité absolue de relier entre elles les diverses perceptions isolées et de comprendre ce qui se passe dans le monde extérieur, bien que certains menus détails puissent encore être perçus. De plus, nous relevons une extrême mobilité de l'attention, des hallucinations, des conceptions délirantes changeantes, un état d'esprit triste et abattu, de l'irritabilité, de l'agitation et une grande faiblesse de la volonté. Jusqu'ici nous n'avons rencontré aucune affection qui puisse cadrer avec celle-ci. Ces troubles profonds de l'intelligence ne se retrouvent en effet pas dans la mélancolie. Contre la folie circulaire, plaident de leur côté l'absence complète de lucidité et la nature même des troubles de la volonté, qui dépendent non de l'inhibition psychique, mais bien de l'impossibilité de diriger l'action vers le but désiré. Enfin l'ensemble morbide se différencie des périodes de dépression de la démence précoce par la disproportion qu'on observe entre une attention soutenue et une perception absolument troublée. Les déments précoces, avec peu d'attention, se rendent merveilleusement compte de ce qui se passe autour d'eux. On n'observe dans notre cas ni émoussement total de l'affectivité, ni négativisme, ni befehlsautomatie, ni impulsions brusques, ni stéréotypie, ni affectation des manières. L'hypothèse de paralysie générale n'est pas plus plausible : non seulement les signes somatiques font complètement défaut, mais l'excitabilité mentale de notre

malade, qui contraste avec sa confusion, l'intégrité de son jugement et de sa mémoire pour tous les événements antérieurs ne sont pas le fait de la paralysie générale.

A mon sens, tous ces signes, troubles de la perception coexistant avec une attention très soutenue, mais sautant facilement d'une idée à une autre, dépression de l'affectivité, irritabilité s'opposant à la passivité que le malade témoigne dans tous ses actes, doivent avant tout être regardés comme caractéristiques de certaines formes de folies consécutives à des affections somatiques aiguës et pouvant être la suite d'infection ou de surmenage. En fait dans l'observation actuelle on retrouve de même une affection aiguë antérieure, représentée par une attaque de rhumatisme articulaire. Le malade appartient à une famille saine. Seul, son père entrait facilement en fureur. A l'école, c'était un élève studieux ; plus tard ce fut un ouvrier rangé et sérieux. Marié à 23 ans, il eut trois enfants, tous vivants et bien portants. A 14 ans il fut pris de sa première attaque rhumatismale. L'affection récidiva il y a dix semaines, avec une certaine violence. Les douleurs disparurent brusquement au bout d'un mois ; mais le malade ne tarda pas alors à émettre des phrases confuses ; il ne dormait plus, ne mangeait plus ; il était agité, priait beaucoup, voulait s'en aller, et finalement il eut des idées de culpabilité et d'autoaccusation.

Toujours aussi confus à son entrée à la clinique, il y a cinq semaines, il entendait des voix, notamment celles de sa femme et de ses enfants. Il ignorait la date du jour, le nom de l'empereur ; il répondait lentement et avec difficulté ; quelquefois il s'exprimait avec bon sens, mais souvent à tort et à travers, incapable d'ailleurs de faire les calculs les plus simples. Il était apathique et anxieux, avec de temps à autre des périodes d'écholalie, d'échopraxie et de catalepsie. Au début ces derniers symptômes firent penser à la démence précoce ; mais après un examen plus approfondi et en étudiant surtout avec une grande attention l'ensemble du tableau

clinique, on abandonna rapidement cette idée. Vous savez en effet que la befehlsautomatie n'est par elle-même qu'un symptôme traduisant certains troubles de la volonté et susceptible de se manifester dans les formes de folie les plus variées. L'état général de notre sujet, très précaire au début, se remonta beaucoup; puis, l'excitation augmenta peu à peu, la confusion demeurant toujours aussi prononcée ; c'est dans ces conditions que vous le voyez aujourd'hui.

La marche que nous venons de décrire répond à la forme classique que nous constatons en général ; souvent aussi on observe l'apparition des troubles psychiques après la brusque détente des douleurs articulaires. Le rhumatisme est la cause indubitable de la maladie. L'état actuel de notre sujet répondrait assez à ce que Meynert a décrit sous le nom d' « amentia » ou « confusion hallucinatoire aiguë ». Malheureusement, sous cette dénomination on comprend aussi toute une série d'états qui, pour avoir une certaine ressemblance symptomatique, n'en sont pas moins tout à fait différents dans leur ensemble. Ils appartiennent en grande partie à la démence précoce, maintes fois à la folie maniaque-dépressive ou même à d'autres affections. Chez notre malade en particulier, le tableau clinique envisagé dans son ensemble nous permet de pronostiquer à coup sûr un rétablissement complet et durable, ce qui n'est pas toujours le cas dans les diverses affections englobées sous le nom d'amentia. Si nous sommes réellement en face d'une maladie dont l'origine dépend de troubles somatiques, il nous suffira, pour obtenir la guérison dans l'espace de quelques mois, d'imposer le repos au lit, une nourriture suffisante et des bains prolongés selon les circonstances, avec quelques sédatifs et narcotiques (1).

(1) Les troubles psychiques ont duré quatre mois pour disparaître ensuite entièrement. Aujourd'hui, c'est-à-dire cinq ans et demi plus tard, le sujet continue à rester en bonne santé.

TREIZIÈME LEÇON

Les délires.

Messieurs, vous n'avez pas été sans remarquer qu'une même affection se présente très souvent sous les formes les plus variées. Certains tableaux morbides offrent d'autre part une grande analogie entre eux et ont cependant maintes fois une valeur clinique toute différente. Aussi sommes-nous en droit de conclure ou que les symptômes ne revêtent pas une allure unique dans une maladie donnée, ou qu'au contraire ils se montrent au milieu de syndromes complètement disparates et ne représentent par suite que des phénomènes concomitants et généraux au cours des affections mentales. De même, dans bon nombre de maladies ordinaires, retrouve-t-on comme signes communs la fièvre, la tachycardie, l'accélération du pouls, la douleur. La seule constatation de symptômes de ce genre ne nous suffit pas pour formuler un diagnostic précis sur la nature du processus pathologique; ce ne sont que des stigmates, importants il est vrai, mais nullement pathognomoniques, alors même qu'ils s'imposent les premiers à l'observateur. A côté d'eux existent presque constamment d'autres signes bien moins apparents, mais par contre caractéristiques; et, quelle que soit la multiplicité des variétés cliniques d'une même maladie, ces derniers restent toujours semblables à eux-mêmes et c'est leur présence qui permet de déterminer l'évolution morbide dans

son essence même. Beaucoup de ces symptômes essentiels nous sont à coup sûr encore inconnus ; mais une analyse approfondie parviendra certainement tôt ou tard à les différencier ; et cependant ce ne sont encore à nos yeux que des manifestations identiques sous la dépendance d'états qu'aucun rapport ne relie les uns aux autres. C'est ainsi que nous distinguons déjà l'excitation maniaque de l'excitation motrice catatonique et l'inhibition de la volonté du négativisme. On confondait autrefois les deux premiers phénomènes sous le terme d'impulsion motrice, et les deux derniers étaient désignés du nom de stupeur. J'ai pris à tâche de vous montrer jusqu'à quel point et comment certaines particularités nous ont appris à rattacher à diverses maladies des symptômes cliniques analogues ; nous allons aujourd'hui nous occuper d'un ensemble de faits qui paraissent se grouper en un très intime voisinage, et nous chercherons à trouver les caractéristiques grâce auxquelles il est possible de remonter à leur véritable nature.

Voici tout d'abord un instituteur, âgé de 40 ans et d'excellente constitution. Il est obligé de garder le lit ; ses traits sont un peu tirés et son visage congestionné. En proie à une agitation permanente, il se roule dans ses couvertures et se frotte les bras et les jambes d'un mouvement régulier et rythmique ; il se tourne et se retourne, cherche au milieu de ses draps et a l'air d'y cueillir quelque chose. Tous ses mouvements sont hésitants et incertains. Il ne prête aucune attention à ce qui se passe autour de lui ; entièrement occupé de sa personne, il répond à peine aux questions qu'on lui pose et se contente de marmotter des phrases stupides et sans suite. On réussit, malgré cela, à en tirer quelques paroles sensées, mais à condition de lui parler avec brusquerie. Il ne tarde pas d'ailleurs à reprendre ses propos incohérents. Il est venu au monde à 24 ans. Il est fils de l'empereur Guillaume et son père s'appelle Germanicus. Il est fiancé à une jeune fille juive merveilleusement belle dont il a oublié

le nom. L'hôpital où il se trouve actuellement lui appartient. Par moments il lui arrive d'être un peu toqué. L'empereur de Russie lui a donné deux milliards de mines dans la Nouvelle-Zélande : elles regorgent d'or. Il faut qu'il meure ; il ne peut pas parler ; il a les tendons d'un anthropophage et un bras en argent, mais son larynx n'existe plus. On vient lui arracher les yeux et lui mettre un autre cœur. Il a haussé notamment les montagnes avoisinantes ; il peut faire des souris.

Ce malade est incapable de fixer son attention ; il est fasciné par la première impression venue et saute à tout hasard d'une idée à l'autre. Il voit des oiseaux voler dans l'air, parle de personnes qui sont dehors et ne doivent pas entrer. Il a passé toute la nuit à couper la bordure de ses couvertures. Son état d'esprit est des plus variables : il est par exemple gai et de bonne humeur, mais va devenir morose et colère ; ou bien il est anxieux et aussitôt après se montre grossier, violent, et demande qu'on tue ou qu'on empoisonne immédiatement l'infirmier chargé de le soigner.

Nous sommes ici sans aucun doute en face d'un état délirant. Le malade est confus, excité, ne se rend compte de rien et a de nombreuses hallucinations. Certains caractères pourraient nous porter à penser à un délire alcoolique. Le tremblement, l'incertitude des mouvements, la vue d'oiseaux qui volent, le besoin d'activité, la gaieté enfin, voilà bien des points qui nous rappellent en effet les formes d'intoxication alcoolique que nous avons naguère étudiées. Mais d'autres données s'élèvent contre une telle hypothèse. Notre sujet est beaucoup plus confus que les délirants alcooliques ; il est incapable de fournir aucun renseignement sensé sur ses antécédents ; ses conceptions délirantes, absurdes et invraisemblables, trahissent une modification dans la conscience de la personnalité singulièrement plus accusée que chez nos autres malades.

L'examen somatique par contre nous met définitivement sur la voie du diagnostic. L'élocution empâtée, difficile,

indistincte sollicite déjà l'attention ; les pupilles en outre sont inégales et ne réagissent pas à la lumière. La sensibilité à la douleur est très diminuée. Les traits du visage sont mous et sans expression. La langue tremble un peu quand elle est sortie de la bouche ; les réflexes tendineux persistent, quoique malaisés à mettre en évidence par suite de la contracture des muscles des jambes. Ce dernier phénomène est d'une extrême fréquence chez les paralytiques généraux, et souvent cette contracture des jambes ne cède même pas à l'emploi des méthodes les plus généralement efficaces. Terminons en mentionnant une éraflure superficielle à la région sacrée ainsi que de petits abcès furonculeux disséminés çà et là.

Il y a là assez de signes somatiques pour nous autoriser à affirmer sans aucune restriction qu'il ne saurait être question d'un delirium tremens, c'est-à-dire d'une affection susceptible d'impliquer un pronostic favorable ; il s'agit au contraire d'un syndrome qui se rattache à la paralysie générale. Dès lors s'expliquent ces idées délirantes absurdes, cette mégalomanie, cette micromanie, enfin tous ces renseignements stupides que le malade nous fournit sur son âge et son origine. Nous avons appris d'ailleurs qu'il a toujours mené une vie très irrégulière et aimé à boire des vins capiteux. Mais nous ne savons rien de certain sur la possibilité de la syphilis. Il s'est fiancé ces derniers temps et s'est alors donné beaucoup de mal pour obtenir une place de l'État. La maladie eut un début des plus progressifs : le sujet se plaignait de maux de tête, d'insomnie, de perte d'appétit et de tristesse ; puis il allait au café où il faisait encore plus d'excès que d'habitude ; il était bavard, prétentieux et vantait sa fortune. Il fit aussi des commandes insensées chez un bijoutier. Peu à peu se manifesta enfin une telle agitation qu'on dut l'amener à l'hôpital ; mais devant sa violence, on ne put pas l'y garder, et on fut obligé, voilà quatre semaines, de le transférer à la clinique.

Comme vous le voyez, le diagnostic de paralysie générale que nous ont amené à formuler les symptômes actuels est corroboré de tous points par la marche de la maladie. De plus nous sommes en état de comprendre maintenant pourquoi le tableau clinique offre tant de ressemblance avec les troubles d'origine éthylique : c'est qu'il y a association de symptômes d'ordre paralytique et d'ordre alcoolique. On observe cependant parfois, je m'empresse de vous en avertir, des formes délirantes analogues chez des gens sans aucun passé alcoolique. N'oublions pas enfin que le cas est très grave et répond à la variété que nous avons autrefois désignée sous le nom de « paralysie galopante » ; tout en ne niant pas systématiquement l'éventualité d'une rémission toujours possible, nous devons pronostiquer une issue fatale à brève échéance par ictus, par pneumonie de déglutition ou par quelque autre infection septique. Quant au traitement, il se résume pour l'instant dans l'emploi de bains prolongés, aussi efficaces vis-à-vis de l'agitation que vis-à-vis des troubles cutanés. Notre sujet mange parfois avec gloutonnerie ; mais souvent le gavage est nécessaire, car il s'alimente très irrégulièrement et va jusqu'à refuser toute nourriture. Enfin si des phénomènes de collapsus cardiaque viennent aggraver la situation, nous userons d'injections de sérum artificiel (1).

Le deuxième malade que je vous montre est un ouvrier bijoutier âgé de 26 ans. Il est dans un tel état d'excitation qu'on est obligé de le maintenir. Il se débat avec la plus extrême violence, cherche à mordre, à prendre sa chemise avec ses dents pour en arracher un morceau, fait des grimaces, écume, bave et trépigne ; ses mains s'évertuent à attraper un objet quelconque et après réussite le serrent frénétiquement. Inutile de lui parler ; il ne répond pas et ne lève même pas les yeux. Il n'obéit à aucune injonction ; la physionomie toujours provocante, il ne cesse de

(1) Le malade est mort dans un ictus, sept semaines après son entrée à la clinique.

déployer toutes ses forces pour échapper aux infirmiers qui le tiennent. Tout à coup, le voilà qui crie : « Ha! ha! ha! vous me mettez en nage! C'est un vrai chrétien! Tout le reste doit sortir. Que tout le monde s'en aille! Je veux l'entendre qui viendra. Si vous me contraignez. Oh! mon anneau, tout sorti, et aussi toutes mes affaires qui ne vous appartiennent pas toutes. » Il retrouve cependant à la longue un peu de calme et on ose le lâcher. Il s'assied alors dans son lit, le corps penché en avant, les bras allongés, balance la tête en souriant, fait de brusques mouvements avec son mouchoir, tâche de le déchirer, le met dans sa bouche et le tire sans consentir à se le laisser arracher. Puis il crie : « Mon argent ici! mon sang ici! ma sueur ici! » Il s'empare ensuite des clefs d'un infirmier, et d'une voix forte : « Sortez celui qui sue. Que tous s'en aillent qui suent! Entrez! Que celui qui était là et qui m'a reçu reste là, ici, ah! il n'a rien à craindre. » Il continue en se renversant en arrière, les bras en croix, les mains enroulées dans les coins du drap; il reste ainsi étendu sans bouger. Sitôt qu'on veut le changer de position ou saisir l'une de ses mains, on ressent une contracture énergique. S'approche-t-on de sa tête, il réagit par un petit mouvement de recul; on lui enfonce en revanche une aiguille dans le front sans qu'il résiste ou même qu'il essaie de l'enlever. Il ne dit plus un mot; mais quand on lui demande s'il connaît le médecin qui le soigne, il répond par un signe de tête. L'opposition à laquelle on se heurte chez lui rend impraticable un examen somatique plus approfondi.

Analysons de plus près cet état d'agitation confuse. Nous constatons avant tout l'intégrité des facultés de perception. Lorsque le malade s'efforçait de saisir un objet ou de le déchirer, il apportait dans l'exécution des gestes une habileté si consommée qu'elle impliquait fatalement la mise en œuvre complète et rapide de ces facultés de perception. S'il ne semble pas prêter attention aux paroles qu'on lui adresse et aux ordres qu'il reçoit, ce n'est pas qu'il ne les comprenne

pas, c'est parce qu'il ne le veut pas. Cette opposition pourrait aussi s'expliquer par des interprétations délirantes ou par de l'angoisse. Rien toutefois dans les propos du malade n'est susceptible d'étayer la première de ces deux hypothèses, et en tout cas l'ensemble de sa conduite n'est guère compatible avec le développement d'idées délirantes. On ne saurait davantage attribuer de rôle prépondérant à l'anxiété en face du sourire qui se dessine de temps à autre sur ses lèvres; son indifférence à la piqûre de l'aiguille, en plein contraste avec sa résistance envers quiconque tente de lui prendre la main, fortifie encore cette façon de voir.

De ces considérations il nous faut conclure à un symptôme morbide particulier : le négativisme. Cette résistance instinctive n'a effectivement aucun rapport avec l'anxiété ou avec telle ou telle conception délirante et il est habituel de noter l'absence de ces dernières en cas de négativisme. C'est dire qu'il n'y a aucun lien de causalité entre ces phénomènes. D'après ce qu'on sait aujourd'hui, le négativisme ne s'observe pour ainsi dire que dans la démence précoce, parfois dans la paralysie générale et par exception dans certaines formes de démence sénile encore peu étudiées. Nous n'avons pas le droit de rejeter ici sans appel l'idée d'une paralysie générale, l'examen somatique nous ayant échappé ; l'âge du malade la rend pourtant bien invraisemblable, de même que l'adresse de ses mouvements; mais nous retrouvons tout un ensemble de faits qui rappelle exactement ce qui s'observe chez les catatoniques. Ce sont ces états d'agitation absurde et de raideur intense, alternant entre eux sans trace d'ordination ; ce sont des postures bizarres qui échappent à toute loi; c'est une complète confusion du langage sans trouble de la compréhension ; c'est l'emploi réitéré de quelques tournures de phrases. Un autre symptôme est encore plus ou moins constant dans la démence précoce : je veux parler de la salivation. Aussi y a-t-il tout lieu de considérer le malade comme un catatonique.

En ce qui concerne le développement de l'affection nous sommes en possession des renseignements suivants : ce jeune homme, de bonne constitution, serait issu d'une famille sans tare pathologique, mais depuis sa jeunesse il a toujours été un peu original. Pendant son service militaire, qu'il mena du reste à bien sans incident, il eut des jeux de physionomie très particuliers. L'état actuel a débuté brusquement, voilà huit semaines. Une nuit le malade se montra très agité et se leva jusqu'à douze fois ; la nuit suivante, il cria et lança plusieurs objets par la fenêtre. Pendant la journée, il gardait le souvenir précis de ce qu'il avait fait la nuit; mais il était fort irritable, son langage devenait par intervalles des plus confus. L'excitation ne tarda pas à s'accentuer : il demandait s'il devait être décapité ou pendu et cherchait lui-même à se pendre ; dans un accès de violence il jeta sa mère par terre, défonça un poêle et sauta par la fenêtre, les pieds et les mains liés, du reste sans se blesser. Lorsqu'il entra à la clinique quatre jours plus tard, il était redevenu calme et lucide ; il ne se rappelait plus au juste ce qui s'était passé, n'en parlait presque pas et n'éprouvait pas le besoin de s'expliquer sur son état et sur les événements antérieurs. L'avenir du reste le laissait tout à fait indifférent.

Devant l'éclosion subite de cet état d'excitation confuse, accompagné d'angoisse intense et d'idées de persécution, devant la rapide disparition des symptômes morbides avec souvenir très imparfait de l'accès, nous songeâmes à une crise d'épilepsie ; mais un examen poussé plus à fond devait nous faire toucher du doigt l'invraisemblance de ce diagnostic. L'agitation terminée, le patient, dont l'intelligence était restée à l'abri de toute atteinte, n'avait pas conscience d'avoir été malade, contrairement à ce qu'on observe chez les épileptiques. Ceux-ci en effet se rendent compte à merveille du bouleversement complet dont leur organisme a momentanément été le siège; ils cherchent après l'accès à rectifier leurs conceptions délirantes et à distinguer pour le mieux les phé-

nomènes liés à la période pathologique de ceux de leur vie normale. Les progrès de l'état démentiel sont seuls capables de leur enlever à la longue la faculté de fixer ce qui relève des phases morbides. Chez notre malade, nous n'avons décelé en outre aucun antécédent en faveur de l'épilepsie. D'où cette déduction qu'il avait été frappé d'excitation catatonique à laquelle succédait une rémission, très probablement de courte durée.

Il ne put pas demeurer chez lui plus de quatre semaines, et on nous le ramena hier tel que vous le voyez encore aujourd'hui, en récidive d'excitation. Peut-être cette dernière crise ne persistera-t-elle pas trop longtemps et assisterons-nous à une nouvelle rémission ou à l'installation d'une période de stupeur. Nous pouvons de toutes manières affirmer sans réticence qu'éclateront encore de nombreux accès à formes très variées, qui laisseront à leur suite un degré plus ou moins prononcé d'affaiblissement intellectuel (1). Le traitement est aujourd'hui des plus difficiles. Qu'attendre d'un homme susceptible de se livrer à chaque instant à des voies de fait sur son entourage ou sur lui-même ? On ne devra pas se départir avec lui d'une surveillance très sévère et on le gardera dans des bains continus ou au lit. Si l'agitation augmente et rend la balnéothérapie impraticable, nous aurons recours à l'hyoscine ou aux enveloppements mouillés ; ces derniers rendent d'énormes services en pareils cas. Les malades commencent par s'insurger contre leur emploi, mais ils s'y soumettent ensuite bien vite. Nous enlevons l'enveloppement toutes les deux heures et nous le rappliquons à intervalles rapprochés, jusqu'au moment où survient une accalmie qui permette de reprendre

(1) Le malade s'est amélioré progressivement et après un séjour de six mois il a pu retourner chez lui. Six mois plus tard, nouvelle période d'excitation et, avec lucidité d'esprit complète, alternatives irrégulières de stupeur, de négativisme, d'indifférence et d'impulsions de la plus extrême violence. De plus, tendance très marquée aux jeux de mots et aux grimaces. Depuis cinq ans et demi le malade est dans un asile, tout à fait dément.

les bains ; en règle générale, quelques jours suffisent pour y parvenir.

Il me reste un troisième malade à vous présenter. C'est un fabricant de cigares âgé de 39 ans, qui, lui aussi, demande à être gardé par plusieurs infirmiers. Pour la minute il est cependant très tranquillement couché, mais sa respiration est accélérée et ses yeux largement ouverts laissent constater une énorme dilatation des pupilles. Qu'on le pince, qu'on lui parle, qu'on lui chatouille la cornée, rien ne le tire de son immobilité. Les réflexes patellaires sont extraordinairement exagérés. Le voilà soudain qui sursaute, cherche à se précipiter hors de son lit, frappe avec une violence inouïe l'individu à portée de sa main ; on ne réussit à le maintenir qu'avec la plus extrême difficulté. Il se met à crier à très forte voix : « Laisse-le sortir ; voilà, ça vient. Mère ! mère ! Va-t'en, laisse-la passer. A l'aide ! Au secours ! A l'aide ! Viens, sortons. Jésus, Marie ! Laisse-la. Catherine, viens, prends-moi avec toi, Catherine. » Il répète plusieurs fois les derniers mots, puis il se calme, retombe dans son lit et de nouveau gît sans mouvement. Cinq à dix minutes plus tard il se met à sauter ; l'agitation et les cris recommencent. Nous y distinguons plus ou moins bien les mots suivants : « N'approche pas, tu vas tomber dedans. Jette-lui quelque chose. Qu'est-ce que tu mets là ? Je referme l'armoire. Nous ne sortons pas, ça ne va pas. Eh ! bouledogue, va-t'en ! La charogne ! Fritz, attelle ou je t'étrangle. Serre-le jusqu'à ce qu'il en ait assez ! La charogne excite le chien contre moi ! » Il continue en manifestant la plus forte angoisse : « La grand'mère, la sorcière rouge rit encore. Fritz, le voilà qui amène ses petits ! Les voilà qui me saisissent par mon habit neuf. Hermann. Montez un étage de plus. Ce n'est pas moi ! Laissez-moi ; il faut que j'aille à la fabrique, Thérèse ! etc. » Ces alternatives d'excitation et de stupeur se renouvellent ainsi à l'infini, et dans ses phases d'excitation le malade est même incapable de faire la moindre réponse à nos questions.

Il offre évidemment beaucoup d'analogie avec notre précédent sujet, mais en diffère par son état de confusion qui est des plus évidents. Ses gestes, tous très violents, sont maladroits et ne remplissent un but que si le hasard leur prête son concours. Comme il ne réagit à aucune excitation, nous n'avons pas de raison de penser au négativisme ; d'ailleurs dans ses courts instants de rémission, il se laisse palper et remuer les membres sans opposer nulle résistance. Ses propos, pour être heurtés, sont cependant tout à fait intelligents ; on y reconnaît facilement qu'il vit dans un rêve changeant et ses paroles expriment ce qu'il voit. On note enfin certains signes qui trahissent évidemment de profonds troubles émotifs de nature anxieuse ; le patient se croit en danger et défend sa vie. Il s'agit donc bien d'un état délirant.

Si nous jetons un coup d'œil sur toutes les formes de délire que nous avons étudiées jusqu'ici, nous éliminerons chez cet homme le diagnostic de délire alcoolique : l'agitation toute spéciale et le tremblement y font défaut et, point plus important, la confusion y est trop accentuée. D'autre part, l'altération de la conscience est beaucoup plus prononcée que dans les délires fébriles ordinaires. L'absence des troubles de la volonté si caractéristiques de la catatonie nous interdit aussi de nous rallier à cette hypothèse. Les exclamations réitérées pourraient en imposer pour de la stéréotypie catatonique ; mais remarquez que ce sont là des exclamations qui traduisent simplement l'anxiété ; leur répétition s'explique très bien d'elle-même par l'intensité de l'angoisse ; nous ne voyons donc aucun motif pour les considérer comme des impulsions ou des manifestations irraisonnées. Enfin, dans le délire paralytique et dans le délire initial de la fièvre typhoïde, existe bien un état de confusion mentale assez marqué ; mais alors, impossible de jamais rien comprendre au contenu du délire ; si la perception, au cours de ces deux affections, est moins atteinte que dans notre observation actuelle, le délire est par contre beaucoup moins cohérent.

Ajoutons que notre malade a gardé toute la vigueur de ses mouvements, ce qui n'est jamais le cas chez un typhique.

Certains états crépusculaires d'origine épileptique ont de leur côté pour symptômes fréquents de grands troubles de la compréhension, un délire très actif, une anxiété intense, une tendance à des actes d'une brutalité aveugle, une alternance rapide de stupeur et d'excitation. Nous tenons là un diagnostic qui se confirme encore par la dilatation de la pupille et par son absence de réaction. Aussi sommes-nous en droit d'espérer sous peu une certaine amélioration. Le malade redeviendra lucide ; il aura le souvenir confus de son affection, mais sans se rappeler les différents phénomènes actuels. Des accès analogues apparaîtront de nouveau un jour ou l'autre. Dans ces conditions, nous limiterons le traitement à une surveillance attentive et pour plus de sûreté nous coucherons notre patient dans un lit spécialement matelassé.

Les antécédents du malade viennent encore corroborer notre manière de voir. Il a eu un oncle aliéné ; une voiture l'écrasa à l'âge de 9 ans, et après cet accident il demeura quelques jours sans connaissance. Plus tard il fit des excès de boisson ; il ne supportait d'ailleurs pas de grandes quantités d'alcool. Jusqu'à l'âge de 4 ans il avait des convulsions et urinait au lit ; à l'école, quoique sujet à de nombreux accès d'étourdissement, c'était un bon élève. Dans la suite ces étourdissements devinrent fréquents, surtout le matin. Le délire apparut pour la première fois à 34 ans, succédant à des abus alcooliques. Ce fut un délire de grandeur avec confusion. Le patient revint à lui au bout de huit jours et vit alors qu'il se trouvait dans une clinique psychiatrique. Sa vie fut dès ce moment des plus irrégulières. Il se sentait sans raison obligé de quitter son travail ; il abandonnait tout, ne s'occupait même plus des nécessités pécuniaires et s'en allait courir le monde au hasard. Plusieurs fois interné après ces états crépusculaires qui se renouvelaient du reste assez souvent, il nous fut amené au cours d'une de ces périodes, voilà

quatre semaines. Il recouvra ses sens assez vite, mais quelques jours s'étaient à peine écoulés que, déprimé déjà un peu le matin, il fut frappé d'une nouvelle attaque. Celle-ci dura trois heures, en tous points semblable à celle à laquelle vous assistez aujourd'hui. Le malade sur ces entrefaites tomba dans un profond sommeil et le lendemain au lever ne se souvenait plus de rien. Il eut à plusieurs reprises des accès de dépression, et il les décrit lui-même de façon très topique : « Il éprouvait un malaise épouvantable, ne pouvait s'empêcher de rester dans un coin obscur; la vie n'avait plus de valeur pour lui; on aurait dû le tuer; il sentait aussi un besoin irrésistible de s'en aller. » En un ou deux jours, tout était complètement terminé. Chaque phase crépusculaire était régulièrement précédée d'une période dépressive analogue; la plus petite futilité était prétexte à colère.

Ces antécédents, vous le constatez, répondent bien à ce que nous attendions. Remarquons toutefois que les attaques convulsives ne se sont produites que dans la première enfance. Ultérieurement, il n'y eut plus que des vertiges, des états crépusculaires et des périodes de dépression plus ou moins graves dont l'alcool favorisait l'éclosion. La nature épileptique de ces troubles ne peut être révoquée en doute. Leur périodicité, leur disparition rapide, l'absence de souvenir et les altérations profondes de la conscience en sont des preuves irrécusables, dût-on même prétendre que les périodes de dépression ne sont pas caractéristiques de l'épilepsie. Il est évident que l'affection remonte à la jeunesse et ne saurait guère être rapportée à l'accident survenu à l'âge de 9 ans; elle existait très vraisemblablement auparavant. Malgré la longueur de l'évolution, notre patient n'a pas d'affaiblissement mental notable. S'il est à coup sûr un peu pédant et susceptible, s'il a la bigoterie des épileptiques, il n'en possède pas moins encore une instruction très suffisante, juge sainement les choses et cherche sans cesse à s'occuper aussi bien manuellement qu'intellectuellement. Mais il est

dangereux pour lui-même et pour son entourage, d'où l'obligation de l'interner pour de longues années (1).

(1) Le malade, toujours dans le même état, se trouve dans un asile de chroniques depuis quatre ans. Il présente souvent des modifications de caractère. Il n'a jamais eu de crises convulsives et travaille assidûment.

QUATORZIÈME LEÇON

La folie puerpérale.

Messieurs, les modifications qui se manifestent dans l'organisme féminin au moment des diverses périodes de la vie génitale affectent une grande importance; aussi ne sont-elles pas sans influer sur le développement ou l'évolution des troubles psychiques. Et en effet 7 p. 100 environ des femmes admises dans les asiles y viennent soit à la suite de couches, soit plus rarement pendant la grossesse ou l'allaitement. Il nous faut cependant remarquer que toutes les observations n'ont pas la même valeur. On parle volontiers de manie puerpérale, et on voit là une forme particulière de folie succédant à l'accouchement. Mais cette conception n'est presque plus soutenable aujourd'hui. La manie suite de couches, comme les autres cas de manie du reste, n'est qu'une phase, qu'une période d'une psychopathie que nous appelons folie maniaque-dépressive, et les suites de couches, loin de constituer l'étiologie effective de la maladie, représentent une cause occasionnelle qui éveille cette dernière et la fait éclater. Plus tard, pour un motif quelconque ou même sans raison aucune, se montreront encore d'autres accès analogues. En général ce n'est nullement la manie puerpérale qui vient compliquer le post partum; on a affaire à des tableaux cliniques de nature différente, reliés entre eux seulement par certains caractères

extérieurs. Disons de suite que l'excitation catatonique est une des formes les plus fréquentes.

Chez cette jeune femme de 29 ans la maladie a débuté pendant la grossesse ; l'accouchement eut lieu chez nous, il y a un an. De corpulence moyenne, la patiente présente une mauvaise nutrition générale. La peau est livide ; les lèvres, les mains et les pieds violacés ; la pointe du nez, les doigts, les orteils manifestement froids. Le visage est tiré et revêt une expression toute particulière. Sur le front se dessinent des plis profonds et les sourcils sont rapprochés l'un de l'autre. La malade, que l'on est forcé d'amener ici, ne répond pas du tout aux questions qu'on lui pose ; elle se contente de secouer la tête, sans que ce geste ait la moindre signification. Cependant au bout d'un certain temps on lui arrache, syllabe par syllabe, des indications brèves et émises à mi-voix sur sa date de naissance, son nom et celui de ses enfants ; mais avant de répondre elle répète souvent les questions. Entre temps, la patiente se lève, va à la fenêtre, regarde au dehors, et, toujours à mi-voix, prononce le nom d'un homme qu'elle connaît et qui passe là par hasard. Les yeux fixés devant elle, elle n'exécute aucun mouvement quand on lui parle et reste figée dans la même attitude, sans prêter la moindre attention à ce qui se fait autour d'elle. Lui demande-t-on d'accomplir tel ou tel acte, elle est hésitante et s'arrête parfois au milieu du geste qu'elle avait commencé. Quand je lui tends la main, elle ne me prend avec la sienne que le bout des doigts et se retire aussitôt. Lui saisit-on au contraire la main, on sent d'abord cette dernière se raidir, mais elle cède quand on insiste un peu ; puis surviennent des phénomènes manifestes de catalepsie. A force d'y être énergiquement invitée, la malade se lève avec lenteur, s'avance vers le tableau et trace le nom de son plus jeune enfant. Elle y fait également quelques calculs exacts portant sur deux rangées de chiffres qu'elle additionne assez rapidement.

Le caractère de cette malade ne présente rien de bien

déterminé ; elle n'est ni gaie ni anxieuse. Une aiguille qu'on lui enfonce dans le front ou la paupière ne provoque aucun brusque mouvement de recul; elle retire lentement l'aiguille pour la mettre sur la table. Son maintien et l'expression de son visage ne traduisent pas la moindre participation à l'ambiance qui l'environne. Tout au plus esquisse-t-elle un sourire idiot et fugitif lorsqu'elle comprend une observation plaisante. De temps en temps elle se laisse aller à murmurer faiblement des phrases malaisées à saisir et elle les accompagne d'un balancement uniforme des bras et des jambes. « Ceux-là m'ont démolie, ils doivent faire une poésie, je dois aller de l'autre côté, etc. » Elle répète de la sorte, l'une après l'autre, diverses phrases du même genre, mais, malgré les instances les plus pressantes, elle ne fournit à leur sujet aucune explication. Elle se borne à secouer fortement la tête, et à un moment elle se dirige vers la porte en murmurant : « Je veux sortir ». Et cependant elle ne tente pas le plus petit mouvement pour s'en aller. Elle va jusqu'à refermer la porte qu'on ouvre devant elle, tout en continuant à dire : « Il faut que je m'en aille. » Je dois encore vous faire remarquer cette abondante sécrétion de salive visqueuse et puante ; notre sujet crache sur le parquet sans s'inquiéter des personnes présentes. Rien à signaler au point de vue somatique.

En face de toutes ces constatations, nous ne pouvons douter qu'il s'agisse d'un extrême état d'affaiblissement intellectuel. Cette femme reconnaît facilement les gens qu'elle a l'habitude de voir; elle résout vite et bien les calculs. Elle est cependant incapable de fournir le moindre renseignement sur sa situation et de témoigner qu'elle s'en rend compte. Ce n'est pas un simple état de confusion de l'intelligence ou de la conscience ; c'est un affaiblissement psychique véritable, hypothèse encore confirmée par l'indifférence de la malade vis-à-vis de son entourage et par l'absence complète de signes d'émotivité. Mais il est des symptômes dans lesquels nous trouvons clairement la clef de l'état ac-

tuel : ce sont le négativisme, les balancements monotones de la tête, la raideur des membres, le refus de fournir le moindre renseignement, l'hésitation à accomplir tout acte volontaire (elle ferme la porte malgré son désir de sortir), la befehlsautomatie, la stéréotypie du mouvement et de la parole, enfin l'exagération de la sécrétion salivaire. Voilà autant de stigmates bien connus de la catatonie, et nous sommes en droit de ranger sans hésiter notre observation dans le cadre de cette affection.

Il est juste de dire qu'antérieurement nous avions émis un autre diagnostic. On a décrit sous le nom de « démence aiguë », je vous l'ai déjà expliqué, des états d'imbécillité curables, en opposition avec l'imbécillité ordinaire. Tout le monde s'accorde à désigner par là des troubles cérébraux se traduisant par un affaiblissement considérable des facultés psychiques et néanmoins susceptibles de rétrograder. Au début, nous croyions avoir affaire dans le cas actuel à une de ces formes de démence aiguë. Mais peu à peu, l'évolution aidant, je suis arrivé à être convaincu que la majorité des formes de démence aiguë ressortissent au domaine de la catatonie, et souvent aussi à celui de la folie maniaque-dépressive. De toutes manières demeurent intangibles les états infectieux d'affaiblissement consécutifs aux maladies aiguës ; ils occupent naturellement une place à part en clinique, et encore pour moi ne doivent-ils pas être rattachés à la démence aiguë vraie. Chez notre sujet, la marche ultérieure du mal nous a autorisés à formuler sans restriction le diagnostic de catatonie.

Ajoutons quelques mots sur l'histoire antérieure de notre malade. Son père a été probablement atteint d'épilepsie. Elle-même était normale au point de vue physique et intellectuel lors de son mariage, il y a quatre ans. Pendant sa première grossesse, voilà trois ans, elle eut un ictus, à la suite duquel elle resta quatre mois paralysée du côté droit, sans présenter de troubles du langage. Au bout de sept mois, elle accoucha

d'un enfant mort. Puis elle perdit de convulsions un deuxième enfant de neuf mois. Ses troubles psychiques actuels commencèrent vers la fin de la troisième grossesse. Elle cessait de parler, ne s'occupait plus de rien et voulait se sauver de chez elle. Simultanément elle souffrait d'angoisse ; elle disait qu'on voulait la tuer ; elle s'imaginait s'entendre elle-même crier ; elle se livrait à toutes espèces de mouvements bizarres, mangeait mal et dormait mal ; elle traversait enfin des crises de mutisme absolu.

A son entrée à la clinique, il y a un an, elle était encore lucide, bien que ne fournissant pour ainsi dire aucun renseignement. Elle restait couchée dans son lit, indifférente à tout, n'avait aucune manifestation émotive et offrait le phénomène de la flexibilité cireuse. Le troisième jour elle accoucha sans incident d'un garçon en bonne santé, ce qui la laissa parfaitement insouciante : elle niait avoir accouché et ne s'inquiétait pas de son enfant. La semaine suivante elle fut tout d'abord plongée dans une stupeur complète, puis peu à peu elle se mit à s'agiter, courut partout et était constamment occupée à se dévêtir. En même temps elle refusa de s'alimenter, commença à cracher et à gâter. Elle demeurait toute la journée debout devant la porte, jusqu'à avoir les pieds enflés, et y frappait rythmiquement avec ses genoux, mais sans jamais faire un pas pour sortir quand on lui ouvrait. Du reste, on ne pouvait obtenir d'elle aucune indication. Elle se souvenait bien de la naissance de son enfant et savait même son nom. Quelque parent venait-il la voir, elle restait néanmoins bouche close, alléguant ensuite qu'elle n'avait su que dire. On essaya de la reprendre dans sa famille ; devant son gâtisme, devant ses continuelles velléités de s'en aller, cette tentative fut vite abandonnée. Son poids, qui avait lentement diminué après la naissance de l'enfant, remonta un peu ces mois derniers, sans que pour cela son état se soit amélioré (1).

(1) La malade est depuis huit ans dans un asile d'incurables, complètement démente.

Le développement d'un état catatonique au cours de la grossesse est chose si fréquente qu'il y a bien peu de chance que nous soyons ici en présence d'une pure coïncidence. Bien plutôt devons-nous admettre que les suites de couches et la grossesse favorisent l'installation définitive de la maladie. Le fait se vérifie surtout pour ces formes de stupeur qui aboutissent rapidement à une démence totale ; mais je ne vois pas qu'il existe de raison suffisante pour parler d'une « folie particulière à la grossesse ». L'accouchement ne change rien au cours de la maladie, à moins qu'il exerce une influence défavorable. Cette notion capitale implique le rejet de toute idée d'avortement ou d'accouchement prématuré. L'ictus de notre malade, dans les premiers temps de sa grossesse, est d'un grand intérêt. On est à coup sûr difficilement en droit d'affirmer qu'il affecte un rapport quelconque avec la catatonie. Je connais cependant de nombreuses observations de catatonie où, soit au début, soit au cours de l'évolution, se sont produits des ictus analogues, accompagnés de phénomènes paralytiques qui disparaissaient plus tard.

Voici maintenant la femme d'un architecte, âgée de 41 ans, chez qui il s'agit d'une forme toute différente. Cachectisée et pâle, cette malade se fait apporter dans son lit. Continuellement agitée, elle tape dans ses mains, se découvre, veut se lever, se remue dans ses couvertures, roule les oreillers et les draps, déchire brusquement sa chemise pour en jeter les morceaux au loin. Presque toujours elle chante et bavarde ; mais ses phrases sont confuses et impossibles à comprendre. Elle associe souvent des rimes et des mots de même assonance. « Bonjour, Monsieur le professeur, comment allez-vous ? comment vous trouvez-vous ? Je n'ai jamais été aussi gaie qu'aujourd'hui. Ma chère Cathi, ma chère Gretschen, ma chère demoiselle. Qu'est-ce donc ? Toi, tu es mon chéri ; mon mari est un gredin ; il est mort, etc. » Entre temps elle parle de la Saint-Barthélemy, du Christ portant la couronne d'épines étendu sur la croix, de la guerre, des esprits qui lui

font des signes, des hommes qui passent. Elle a un très haut degré de confusion mentale, ne reconnaît pas les gens et prête à peine attention aux questions qu'on lui pose. Si par instants elle tend l'oreille, c'est pour répondre en changeant le ton de la conversation qu'elle entrecoupe de plaisanteries continuelles. L'excitation domine la scène morbide, sans d'ailleurs avoir aucune uniformité ; les penchants érotiques alternent en effet avec les phénomènes d'agitation et les impulsions violentes. Les traits du visage sont tirés, la langue et les lèvres desséchées, recouvertes de croûtes. La malade refuse les aliments et les rejette ; ses mains sont animées d'un tremblement très net. Les traces d'un accouchement récent constituent les seuls signes somatiques.

L'état d'excitation que vous avez devant vous rappelle dans ses principaux traits la symptomatologie de la manie. Toutefois les troubles de la compréhension et de la conscience sont beaucoup plus accentués. De même, par rapport à son agitation, la malade présente bien plus de confusion dans le langage et dans les actes, sans parler des hallucinations que nous ne connaissons que par ses propos. En face de phénomènes d'excitation de cet ordre, caractérisés par des altérations profondes de l'intelligence et du raisonnement ou contrastant avec un degré d'agitation psycho-motrice relativement faible, nous sommes en droit de considérer ce cas comme relevant, me semble-t-il, d'un état d'épuisement, sans relation aucune avec la folie maniaque-dépressive. Ce sont là des faits qui apparaissent de préférence dans les suites de couches, après les infections aiguës, pneumonie, érysipèle du cuir chevelu en particulier, et dont le pronostic est essentiellement bénin. Réussit-on à maintenir en vie ces malades, on obtient en général une guérison complète et durable. Aussi nous est-il loisible en l'espèce, sur la foi du tableau clinique, d'escompter la disparition totale des troubles pathologiques, malgré leur gravité, et cela sans crainte de récidive.

Cette femme était fort active et fort vive. Sa sœur fut d'ailleurs également frappée d'une atteinte mentale dans le post partum. Mariée depuis trois ans, la malade accoucha il y a dix-sept jours. Déjà pendant sa grossesse, elle se plaignait à maintes reprises de se sentir énervée ; l'accouchement terminé, se montrèrent un peu de fièvre, puis une certaine agitation et de l'insomnie, bien que la température ait rapidement baissé sous l'influence d'injections. La confusion complète commença le sixième jour après ses couches. Elle entendait des voix, ne reconnaissait plus les gens, avait des hallucinations visuelles, ignorait où elle se trouvait ; elle se mit ensuite à chanter et à crier. Devant l'éclosion rapide des signes d'excitation, on dut l'amener à la clinique.

Les troubles mentaux affectent ici une allure toute particulière et leurs relations étroites avec les suites de couches n'offrent pas le moindre doute. Nous n'avons pas affaire à une maladie dont un nouvel accès peut plus tard éclater sans motif spécial, comme il arrive dans la folie maniaque-dépressive ; tout au contraire, les phénomènes morbides du post partum, chez des femmes d'un certain âge, sont l'origine directe de troubles psychiques. On les attribue d'ordinaire à l'épuisement ; mais de nombreux auteurs font jouer un rôle étiologique bien plus important à l'infection. Dans notre observation, l'existence d'un léger mouvement fébrile confirme cette dernière notion. Il existe aussi des cas de folie puerpérale sans infection ; il s'agit presque toujours alors de catatonie. A vrai dire, toute cette question est encore loin d'être élucidée, et nous croyons notamment qu'à côté de l'action anémiante des toxines d'autres facteurs doivent entrer en ligne de compte.

En fait on distingue aujourd'hui, au point de vue clinique, deux formes de folie d'épuisement : l'une à développement extraordinairement rapide, le délire de collapsus ; l'autre, la confusion aiguë ou amentia, qui peut durer des mois. La première forme me paraît reposer sur des bases

très solides et nous en trouvons précisément un bel exemple dans le cas actuel : début rapide, évolution caractérisée par des troubles graves. Si cette manière de voir est légitime, nous avons lieu d'espérer une guérison complète en huit à quinze jours au plus. D'ailleurs, la malade gardera peut-être un léger degré d'excitation, avec des hauts et des bas dans son caractère (1). D'habitude la période aiguë ne laisse qu'un souvenir très vague. Quant au médecin, son rôle consiste surtout à sauvegarder les forces des patientes. Chez notre malade nous avons eu recours aux bains continus, nuit et jour, et à une nourriture substantielle. Il est vrai que par suite de sa résistance il nous a fallu employer pendant longtemps la sonde œsophagienne. Comme médicaments, on donnera de l'alcool et, selon les circonstances, de la paraldéhyde et du trional. Le cœur, très exposé au collapsus, doit être surveillé avec soin. Nous le soutenons en associant le strophantus pris à l'intérieur aux injections de caféine. En cas de danger imminent, les injections salines sauvent souvent la vie des malades. C'est à ce procédé que nous nous sommes adressés de préférence ; aussi pour l'instant le cœur est-il en bon état et tout danger, croyons-nous, par là-même écarté.

Les cas que nous venons d'étudier nous apparaissent comme moins complexes que l'ensemble symptomatique offert par cette femme de 29 ans, accouchée il y a deux mois et entrée à la clinique il y a cinq jours. Je suis obligé de vous l'amener sur son lit. Ses bras, ses jambes et sa tête, vous le voyez, sont le siège de gestes incessants, de mouvements désordonnés. Sans aller plus loin, nous diagnostiquons une

(1) Le douzième jour de sa maladie, cette femme est redevenue lucide ; puis elle s'est remontée très rapidement. Elle resta onze ans bien portante et mourut des suites d'une phlébite postopératoire. Les deux dernières semaines, l'état général devint fort mauvais. La température fut très élevée en même temps qu'apparut du délire avec hallucinations, fuite des idées, idées de persécution, difficulté de fixer l'attention et surtout modifications brusques de l'état affectif. Ce syndrome peut être interprété de la même façon que celui que nous observâmes à la clinique.

chorée. La malade grimace, sa bouche se contorsionne, son nez se plisse ; tout à coup elle ouvre la bouche, comme pour happer de l'air, puis tire rapidement la langue. Elle roule la tête sur ses épaules, se jette sur l'oreiller, en arrière et de côté, étend les bras, se lève, a de brusques mouvements de supination et de pronation. A maintes reprises elle se découvre inconsciemment sans songer à se recouvrir. Au milieu de cette agitation, elle se contusionne sans y prendre garde, témoin les ecchymoses bleues ou vertes dont elle est remplie. Il est difficile de fixer son attention. Si de temps à autre on parvient à en tirer une courte réponse, il n'y a pas moyen en revanche de tenir avec elle une conversation suivie ; elle se laisse détourner au hasard par une impression quelconque ; la plupart du temps, elle ne pense même à rien et ne s'occupe nullement de ce qui se passe autour d'elle.

Elle est, semble-t-il, en proie à quelques hallucinations visuelles et auditives. Elle étend par exemple les mains et dit subitement : « C'est le roi, l'empereur qui vient de crier. » Elle appelle son frère qu'elle entend lui adresser la parole. Elle se rend à peu près compte de son état et sait très bien où elle se trouve, quoiqu'elle indique souvent à sa voisine de lit les noms des personnes qu'elle aperçoit dans son délire. Elle se considère comme responsable de l'alimentation à la sonde à laquelle est soumise une malade de la salle. Son état d'esprit est, il est vrai, bien indécis, mais elle a cependant plus de tendance à la gaîté, comme en témoigne son besoin de chanter. Elle a pourtant la sensation nette d'être malade. La parole est hachée, heurtée ; les propos sont uniformes, décousus, entremêlés de mots explétifs, comme « par exemple, en tant que, je ne dis rien du tout, cœur rouge ne vaut pas cœur d'or, pour le diable encore une fois, cœur d'or se rencontre, cœur vivant se rencontre, cœur mort ne se rencontre pas, on reçoit plusieurs cœurs ». Enfin elle pousse par moments des cris inarticulés.

Lorsqu'elle est debout, elle a une démarche hésitante et titubante; elle est même toujours portée à tomber en avant. Notons aussi une hyperesthésie cutanée des plus accentuées : la moindre piqûre d'épingle lui arrache aussitôt des cris déchirants. Son état général décline à grands pas : en cinq jours, elle a presque perdu 3 kilogrammes. Les lèvres, la langue sont sèches et fendillées ; la température est à 39°, 1 ; le pouls est petit, bat à 120 ; enfin le cœur est un peu hypertrophié et on y perçoit à gauche, au niveau de la pointe, un bruit présystolique. Tels sont tous les troubles somatiques à relever, sans parler d'une lésion inflammatoire, d'ailleurs superficielle, localisée à la jambe droite, origine probable de la fièvre.

Au milieu de cette scène morbide, c'est sur les mouvements choréiques que se concentre avant tout l'attention de l'observateur. La valeur clinique de ce symptôme est encore malheureusement mal élucidée. Semblables mouvements qui se rencontrent au cours d'une maladie bien déterminée, la chorée, se voient aussi dans l'hystérie. L'hypothèse de chorée peut se soutenir ici, étant donné l'état général de notre sujet, atteinte en outre de troubles cardiaques ; vous n'ignorez pas en effet les rapports qui relient ces derniers à la chorée. Cependant cette femme, dont le père a succombé à un ictus apoplectique, perd connaissance en moyenne toutes les cinq à huit semaines, depuis l'âge de 15 ans. Elle jette alors un cri, remue ses pieds et ses mains, a de l'écume aux lèvres, respire avec peine et, l'accès une fois fini, ne se rappelle plus rien. Elle ne se fait en outre aucun mal ; de temps à autre seulement elle se mord un peu la langue. Ces accès durent de cinq à dix minutes et se terminent par une sensation de fatigue et un sommeil de plusieurs heures. A 21 ans, nous notons leur disparition pendant trois années ; mais ils renaissent plus intenses dans la suite. La malade se maria il y a trois ans ; elle avait déjà accouché antérieurement et sa grossesse n'avait été marquée par

aucune crise. Après son mariage, elle eut deux fausses couches de quatre mois, puis, voilà deux ans, une attaque de rhumatisme articulaire. Six mois plus tard, elle demeura quatre semaines toute confuse ; elle ne formulait que des propos incohérents, ne reconnaissait plus sa famille, refusait de manger et gâtait sous elle. Elle ne conserve nul souvenir de cette période. L'an dernier cette femme fut de nouveau grosse ; les accès convulsifs ne se manifestèrent du reste qu'il y a un mois. Auparavant déjà et durant trois semaines, elle traversa une phase de confusion et d'agitation répondant de tous points à la situation actuelle, mais de moindre acuité. Quelques semaines après le dernier accouchement, seconde attaque de rhumatisme articulaire aigu, avec fièvre élevée qui céda rapidement à un traitement approprié. Douze jours ne s'étaient toutefois pas écoulés que les mouvements choréiformes reprenaient à nouveau, associés à de la confusion mentale, le tout commençant par revêtir une allure subaiguë pour augmenter petit à petit d'intensité, si bien qu'à l'entrée de la patiente à la clinique les troubles étaient loin d'être aussi accentués qu'aujourd'hui. Les douleurs articulaires de leur côté ont cessé.

L'étude de ces commémoratifs nous apprend que nous avons à faire à une épileptique et non à une hystérique. La maladie a débuté de manière bien caractérisée ; les accès ont leur allure spéciale et notamment sont toujours identiques à eux-mêmes ; enfin la malade est indemne d'autres manifestations hystériques. Nous sommes donc bien en face d'une chorée vraie ; il faut en rechercher la cause dans les deux attaques de rhumatisme. D'ailleurs les mouvements choréiformes se sont installés lors de la dernière poussée rhumatismale. Le trait d'union entre ces deux affections, si souvent concomitantes, paraît être la lésion cardiaque, et il est fort possible que celle-ci se soit constituée pendant la première crise de rhumatisme.

Le tableau clinique au surplus ressemble du tout au

tout à celui des troubles psychiques observés dans la chorée : confusion profonde, quelques hallucinations, excitation et enfin agitation excessive qui s'accompagne d'un rapide amaigrissement. Il est néanmoins curieux que la malade ait présenté, il y a un an et demi, des phénomènes mentaux si différents. Nous ne nions pas, il est vrai, que notre manière de voir soit sur ce point sujette à caution, car en fait de renseignements nous ne pouvons que le récit des parents, et même à certains traits je ne serais pas éloigné de croire qu'il s'agisse d'une forme d'épilepsie larvée sans aucun rapport avec l'état actuel.

En conclusion nous relevons à la fois dans notre observation l'épilepsie et la folie choréique. Les suites de couches n'ont donc en réalité pas de lien étiologique avec la psychopathie qui évolue devant nous, comme on serait tenté de le penser à priori. Vous avez là encore un excellent exemple pour vous convaincre au mieux de la prudence que demande la recherche des origines d'une affection aussi bien psychique que somatique. Chez la femme existent du reste, à n'en pas douter, des relations de cause à effet fort importantes entre la catatonie et les fonctions génitales, bien que la pathogénie exacte en soit complètement inconnue. Le délire de collapsus ressortit très probablement aussi à une cause interne. Mais lorsque dans les suites de couches se montrent un accès de manie ou même une paralysie, il nous est tout au plus permis de proclamer que des troubles somatiques ont impressionné un terrain prédisposé psychiquement. Chez notre dernière malade en particulier, on peut affirmer presqu'à coup sûr que l'affection mentale actuelle est sous la dépendance directe d'une des altérations organiques dont elle fut jadis frappée. Il me semble légitime d'avancer que toutes ces différences causales ont leur répercussion dans l'expression clinique du mal et que, par un examen attentif de l'ensemble des phénomènes morbides, nous sommes parfaitement à même de déterminer le rôle étiologique joué

par les fonctions reproductrices de la femme dans l'éclosion de la folie, ainsi que son mode d'action.

Lorsque les patientes ne meurent pas d'épuisement, la folie choréique comporte un pronostic favorable et se termine par la guérison définitive (1). En ce qui concerne notre cas, les indications urgentes résident dans le repos absolu, dans une nourriture substantielle, dans une prophylaxie soignée de l'infection. Nous prescrirons un peu de salipyrine pour combattre la chorée elle-même. Puis nous administrerons des bains continus et nous veillerons à ce que la malade absorbe le plus possible d'aliments liquides faciles à digérer. Enfin l'infection cellulaire sous-cutanée sera traitée par les moyens chirurgicaux ordinaires.

(1) La guérison survint au bout de six semaines. L'année suivante, à la suite de crises répétées, réapparurent le délire et la chorée. Depuis trois ans la malade revint cinq fois à la clinique pour accès délirants, les premières fois seulement avec chorée. Les crises épileptiques continuèrent d'abord environ toutes les semaines, se succédant par accès, puis elles devinrent plus fréquentes et furent accompagnées de légère confusion. Petit à petit les facultés mentales déclinèrent.

QUINZIÈME LEÇON

Paranoïa.

Messieurs, dans l'analyse des symptômes de la folie, l'attention des auteurs a surtout été attirée par les délires et les hallucinations qui coexistent souvent dans différents états psychiques. Pour quelques affections bien déterminées on a même choisi comme signe pathognomonique la forme du délire : délire de grandeur, délire de petitesse, délire de culpabilité, de persécution physique, etc., et ce sont ces délires qui servent encore à classer certaines psychopathies. A mon avis cependant, la nature du délire n'est que d'un faible secours pour l'aliéniste chargé de formuler le diagnostic d'un syndrome morbide. Les désirs, les craintes ne peuvent-ils pas revêtir une allure identique au cours de manifestations mentales fort disparates? Mais les multiples espèces de modalités cliniques sont, malgré cela, loin d'être dénuées de toute influence sur l'aspect que prendra le délire, et au cours de cette leçon nous allons essayer d'étudier de plus près quelques-unes des formes du délire dans des maladies nettement caractérisées.

Le premier des malades que je veux vous présenter est un homme de 62 ans, citadin. Il entre ici en revêtant un air de dignité et donne l'impression d'un homme du monde avec sa barbe soignée, avec son lorgnon, par la façon confortable dont il s'assied, bien que ses vêtements soient un peu râpés.

De prime abord, il est de mauvaise humeur à l'idée d'avoir à parler devant tant de jeunes gens ; mais c'est l'affaire d'un instant, et bientôt il se calme pour commencer un discours qui n'en finit plus. Il est allé en Amérique dans sa jeunesse, et après une vie assez bouleversée il a réussi à amasser dans le commerce, à Quito, une petite fortune. Il revint alors, voilà 21 ans, dans son pays natal ; mais en liquidant sa maison, il perdit une assez grosse somme d'argent. Toutefois il vécut sur son capital, en passant agréablement son temps à aller au café, à lire le journal, à jouer au billard, à se promener. De plus, il approfondissait toute une série de projets dont il espérait tirer profit et gloire. C'est ainsi qu'il apporta à un chef de bureau du ministère une carte géographique, où il avait relevé une foule de territoires inhabités dont l'occupation serait un bénéfice pour l'Allemagne. C'était en Afrique et à la Nouvelle-Guinée ; c'était surtout l'île de Galapagos que l'État de l'Équateur abandonnerait volontiers et qui acquérerait beaucoup d'importance après le percement du canal de Panama. Peu après, le ministre allait à Berlin et la politique coloniale allemande prenait naissance. Son instigateur n'en avait du reste recueilli aucun avantage. Il n'avait pas même obtenu la récompense que d'autres pays n'auraient pas manqué de lui décerner. Par ailleurs, il recherchait le moyen d'acclimater les cacaos et les arbres de Chine dans nos colonies. Il a également trouvé un nouveau procédé pour river les rails des chemins de fer, supprimant ainsi les secousses du train et rendant les déraillements impossibles ; enfin, il avait droit à de nombreuses situations, comme celle de consul à Quito, mais on avait soin de toujours l'évincer.

Alléguant comme raison qu'il ne voulait pas s'abaisser, il en arrivait à manger petit à petit toute sa fortune. L'administration, dit-il, n'a pas été honnête avec lui, mais il ne se tourmente pas ; un homme de sa valeur, parlant trois langues, connaissant le monde entier, n'a pas de peine à trouver un emploi digne de lui. Ces temps derniers, il tomba presque

dans la misère ; ses créances d'Amérique restèrent impayées ; n'ayant plus aucune ressource, il dut recourir à des emprunts qu'il garantissait en exhibant les recettes que l'avenir lui réservait et qui certainement rétabliraient sa fortune. Sous prétexte de lui donner une place, on l'amena dans un asile de chroniques. Il y travailla dans les bureaux de l'administration jusqu'au jour où il s'aperçut qu'on ne le payait pas en raison des services qu'il rendait. Aussi tenta-t-il de rentrer dans une autre maison ; c'est alors que, sous un faux prétexte, on le conduisit à la clinique, où il se trouve détenu contre toute justice. Voilà, ajoute-t-il avec aigreur en matière de conclusion, la façon dont sa patrie s'acquitte envers lui.

Le malade développe fort tranquillement et sans s'émouvoir tout ce récit, qui dans ses grandes lignes répond effectivement à la réalité. Le contentement de soi-même, la pédanterie avec laquelle il vante son intelligence et ses capacités frappent dès les premières phrases, et cela d'autant plus que son instruction, on s'en rend aisément compte, est très ordinaire. Qu'il soit l'initiateur de la politique coloniale allemande, c'est un fait qu'il accepte comme le plus naturel du monde. Malgré ses échecs journaliers, malgré la perte de sa fortune, il est persuadé que son activité lui rapportera un jour honneurs et argent. Et si je lui montre combien il y a loin de la réalité à ses désirs : « On n'est jamais, m'objecte-t-il, prophète dans son pays. J'ai été trop intelligent pour ces messieurs. » Puis, avec un geste plein de prétentions : « Que voulez-vous ? le cotillon ! »

Après avoir tout d'abord jeté les hauts cris, il se laisse aller à raconter qu'une femme, qu'il a surnommée « Bulldogg », fille du consul anglais à Quito, le poursuit depuis vingt-trois ou vingt-quatre ans de ses projets de mariage. Elle s'arrange de façon à ce qu'il subisse échec sur échec. En Amérique même, ces temps derniers, les choses n'allaient jamais comme il le voulait ; on lui vola des centaines de dépouilles d'oiseaux, grâce à un passe-partout, uniquement

par méchanceté. Partout il remarquait les pièges de Bulldogg et de ses complices. « Il faut bien qu'il y ait quelque chose, puisque rien ne me réussit. » Cette Américaine à moitié folle l'a suivi dans son pays et s'est nichée dans son voisinage ; elle avait l'audace de s'habiller en homme et, pour l'obliger à se marier, elle l'empêchait de trouver une place et cherchait à le réduire à la misère. Pleine de raffinements, elle inventait mille subterfuges pour s'approcher de lui. Ce n'est pourtant pas par tant de chicanes qu'on arrive à gagner le cœur d'un homme. Il serait peut-être aujourd'hui l'individu le plus riche de la Californie, si la Bulldogg n'avait pas été là. C'est encore elle qui est responsable de son emprisonnement à l'asile. « Sinon, qui serait-ce? » A la maison, où qu'il allât, il la rencontrait. Les trous de ses souliers, les taches de ses habits ne pouvaient provenir que de Bulldogg.

Le malade écoute d'un air entendu et incrédule tous les arguments qu'on essaie de lui opposer; ceux-ci n'effleurent même pas sa conviction et le laissent toujours inébranlable. On s'aperçoit tout de suite qu'il ne prend pas au sérieux les points que nous lui soumettons, convaincu qu'ils ne représentent pas notre véritable opinion.

Idées de persécution et opinion excessive de sa personne constituent les symptômes essentiels que présente cet homme. Sa compréhension, sa mémoire, l'ensemble de sa tenue sont d'autre part ce qu'il y a de plus normal. Les idées de persécution nous apparaissent comme pathognomoniques du délire. Bien qu'elles soient en pleine contradiction avec tout bon sens, le malade n'éprouve pas le besoin de leur donner des bases plus solides et il les maintient avec entêtement. Elles existent depuis vingt ans, semble-t-il, sous la même forme, et tous les événements de la vie journalière sont interprétés dans le sens du délire. Pour notre sujet la moindre contrariété, et dernièrement encore son transfert à la clinique, au lieu de résulter du cours naturel des choses, relèvent de l'intervention d'une personne déterminée ou de ses aco-

lytes. Il voit en quelque sorte le monde entier à travers son délire et les persécutions qu'il subit deviennent chaque jour plus invraisemblables. Il retrouve partout autour de lui la Bulldogg, et nous-mêmes n'allons pas tarder à partager le sort de tous les gens qui ont résisté à ses désirs.

Les hallucinations sensorielles, autant qu'on peut en juger, ne prennent aucune part au développement de son délire. Une fois, il est vrai, en passant devant une maison, il aperçut derrière les volets de la boutique un volontaire d'un an qui le visait avec son fusil ; au même instant quelqu'un lui cria : « Ne voyez-vous donc pas qu'on tire sur vous ? » On l'avertit une seconde fois, et en faisant un faux pas il perdit son chapeau. C'est alors qu'il constata, au niveau de la tempe gauche, une égratignure couverte de sang. Juste derrière lui se tenait l'habitant de la maison, un avocat comptant parmi ses ennemis ; un couteau à la main, ce dernier lui cria qu'il l'avait marqué pour avoir approché sa femme de trop près. Il voulait, explique le malade, remplacer rapidement le chapeau percé d'une balle et défigurer à coups d'entailles le visage du cadavre qu'il s'attendait à trouver. S'agit-il ici d'hallucinations ou d'interprétations délirantes? Il est certes difficile de se prononcer. Souvent, je dois vous le signaler, ce sont là de pures inventions qui s'installent chez les patients à titre de souvenirs, de faits réellement arrivés. On ne note pas chez notre sujet d'autres hallucinations sensorielles. Ses idées de persécution se rapportent au contraire fréquemment à des incidents quelconques, interprétés d'une façon toute spéciale, comme vous avez pu l'observer pour les trous dans les souliers, le transport à la clinique et l'échec de ses projets.

Dans la disposition particulière de notre malade à délirer, nous observons encore une très grande faiblesse de jugement. Alors même qu'on prend à tâche de lui faire comprendre toute l'absurdité de son délire, il ne parvient pas à se rendre à l'évidence. En ce qui concerne par exemple la fille du consul de Quito, qui depuis vingt ans le poursuit de

son amour de façon si singulière, qui se déguise en homme, qui appelle à son aide toutes sortes de complices, il nous répond : « Vous ne pouvez savoir ce qu'une femme raffinée est capable d'inventer. » La haute idée qu'il a de lui-même est une nouvelle preuve de cette faiblesse de jugement. Un échec n'abaisse pas ses prétentions. Il estime très cher un travail tout mécanique qui consiste à recopier lentement des pages d'écriture ou à retracer des dessins de la plus grande simplicité ; mais il est incapable de faire une copie qui exige quelque réflexion. A envisager son existence antérieure dans son ensemble et l'insouciance avec laquelle il dépensait son dernier sou, on est fixé sur son infériorité mentale et sur l'impossibilité où il est de diriger spontanément sa conduite. Il se refusait à croire que son capital fût épuisé et qu'il vécût de prêts ; il persuadait aux gens que plus tard il toucherait beaucoup d'argent, et finalement il alla jusqu'à demander plusieurs jeunes filles en mariage. Ce sont des motifs de cet ordre qui nécessitèrent du reste sa première admission dans un établissement d'aliénés, car auparavant il n'avait pas encore bien attiré franchement l'attention des personnes qui vivaient auprès de lui.

C'est surtout cette dernière particularité qui d'après moi a une grande valeur. Aucun trouble ne se manifeste sur le terrain de l'émotivité ou de la volonté. Peut-être note-t-on une certaine susceptibilité lorsqu'on discute avec le sujet ses idées délirantes ou sa soi-disant supériorité. Le reste du temps il n'est ni gai, ni triste, ni apathique. Il envisage les événements et les gens avec le plus grand naturel. Il lit des journaux et des livres ; il s'occupe spontanément, trace des dessins et des plans, observe les divers incidents journaliers ; il bavarde avec les médecins, cherche à se créer de nouvelles relations, est fâché quand surviennent des contrariétés et se réjouit de la considération qu'on lui porte ; en un mot sa conduite est irréprochable. Il n'y a pas de befehlsautomatie, pas de négativisme, pas de manières. Il n'y a pas davantage

d'impulsions. Notre sujet n'a pas la sensation d'obéir aux voix intérieures que nous voyons si souvent influencer les actes de ces malades. Quand on le voit agir par impulsion, c'est du côté du délire qu'il faut en chercher la cause.

Cette singulière affection, dans laquelle l'autophilie et les idées de persécution se développent avec la plus grande lenteur, sans que la volonté ou l'émotivité soient troublées, s'appelle « paranoïa ». Dans cette maladie s'installe un « système » produit à la fois par un délire ou par une façon spéciale de tout interpréter au moyen de ce délire. Il s'établit une manière de voir toute particulière que le malade adapte à chaque événement dont il subit l'impression. La marche est essentiellement chronique et lente. Les patients commencent par avoir des soupçons, qui bientôt se changent en certitude pour finalement faire place à une inébranlable conviction. Les idées délirantes se greffent sur des faits qui sont soumis à une interprétation pathologique. On ne constate jamais d'hallucinations sensorielles, si ce n'est à titre tout exceptionnel ; mais de temps à autre se perçoivent des erreurs de mémoire. Comme les malades n'attirent pas trop l'attention, leur affection peut se prolonger de longues années en passant inaperçue et on ne les observe que rarement dans les asiles. Ils sont du reste en état d'exercer un métier qui leur permet de vivre.

Il n'y a guère à espérer la guérison d'une entité morbide qui repose sur une modification complète de l'organisme psychique (1). D'ordinaire au bout d'une dizaine d'années apparaît, comme dans le cas présent, un affaiblissement démentiel assez prononcé. Le traitement à l'asile est difficilement accepté, à cause de cette autophilie même, et ces aliénés luttent avec entêtement pour conquérir leur liberté, à moins

(1) Le malade se trouve depuis neuf ans dans un asile de chroniques sans la moindre modification de son état. Il continue à chercher une situation qui lui convienne tout en émettant des plaintes, en se livrant à des inventions et en prenant part à des concours.

que les progrès de la démence n'aient paralysé toute leur énergie. Notre sujet par exemple s'est adressé aux journaux et a écrit de nombreuses lettres à l'effet d'obtenir sa sortie.

Voici un tailleur âgé de 42 ans qui, lui aussi, s'est acharné dans le même but. Il vous servira de type pour une autre forme de paranoïa. Il y a sept ans, il fit faillite et eut des démêlés avec l'avocat de quelques-uns de ses créanciers. Il s'installa alors dans une autre ville, mais ne réussit pas davantage et s'endetta. Il y a quatre ans sa maison changea de propriétaire et il fut forcé de déménager. Le nouveau propriétaire voulut faire reprendre par huissier une partie de ses meubles pour se garantir des termes en retard, d'où vive discussion ; en fin de compte, notre malade enferma l'huissier avec ses assesseurs et courut porter plainte. Il fut poursuivi et condamné pour avoir attenté à la liberté d'autrui.

Sur ces entrefaites dans un journal humoristique parut un article où était raconté cet incident, sous le titre de « Saisie ». On ajoutait que l'accusé avait une haine profonde pour l'huissier, qui pourtant avait été souvent son hôte ; le malade fut profondément irrité, et sa colère augmenta encore lorsqu'il vit qu'une rectification envoyée par lui au journal n'avait pas été imprimée en entier. Il adressa alors au directeur une lettre assez amère ; pour avoir une réponse, il menaçait d'en référer aux tribunaux et d'aller même jusqu'à la cour de cassation. Mais dans un autre article, le mot « maître-tailleur » fut imprimé de manière à frapper les yeux. Le malade aussitôt devint furieux et se décida à porter plainte contre le directeur pour diffamation, à réclamer des dommages-intérêts pour le tort fait à son crédit et enfin à demander l'insertion pour propos grossiers.

Les tribunaux n'acceptèrent aucune de ses conclusions. Notre homme ne se découragea pas ; il mit en mouvement tous les moyens imaginables, les tribunaux correctionnels tout d'abord, puis le tribunal de première instance, la cour d'assises et enfin la cour de cassation. Ensuite il demanda

la révision, envoya une requête au ministère de la Justice, au ministère de la cour, au grand-duc, à l'empereur, à la cour administrative et au gouverneur. Il avait aussi l'intention de transmettre une nouvelle requête au conseil fédéral et de faire adresser une interpellation au chancelier au Reichstag, ce dernier étant responsable de l'exécution du code dans l'empire. Il récuse enfin les juges et les tribunaux en portant plainte à la cour suprême. Il veut intenter un procès disciplinaire contre le procureur auprès du grand-duc et jeter un cri d'alarme au public pour défendre les intérêts de l'honnêteté.

C'est presque toujours la nuit qu'il rédige ses réclamations; le nombre en est considérable. Très longues, elles renferment sans cesse les mêmes incohérences. Leur style a des prétentions juridiques. Elles débutent constamment par « quant à ». Il y énumère partout « les preuves », et y conclue sur « les motifs ». A chaque ligne, on retrouve des citations d'articles du code, à moitié compris ou interprétés d'une manière absurde. L'écriture est souvent hâtive et traduit l'excitation de l'auteur; d'un bout à l'autre, et même au milieu des phrases, on voit des points d'exclamation et des points d'interrogation. Les post-scriptum sont soulignés deux ou trois fois au crayon bleu ou rouge et les marges couvertes de remarques, si bien qu'il ne reste pas un espace de papier blanc. Un grand nombre de ces requêtes sont écrites sur l'envers de la réponse des autorités.

A la suite de ses plaintes continuelles le malade fut interdit, mais il se raccroche à toutes les branches; aujourd'hui encore, sur ordonnance du tribunal, j'ai à fournir un rapport médico-légal concernant son cas. Les affaires ont continué dans sa maison de commerce qu'il a réussi à gérer, assez difficilement il est vrai. Abstraction faite de ses réclamations, rien ne signalait en effet son affection aux gens qui venaient chez lui.

Donnons maintenant la parole au patient; nous constatons

qu'il se rend bien compte de sa situation et qu'il ne confond pas entre eux les événements passés. Il met la plus grande volubilité à raconter tous ses démêlés avec la justice et il y trouve une certaine satisfaction. Aucune observation ne l'embarrasse ; il accumule détails sur détails et paragraphes sur paragraphes. Au bout d'un certain temps, à cette prolixité fatigante s'ajoute une tendance à sauter d'une idée à l'autre et à user toujours des mêmes tournures de phrases. L'avocat qui a porté plainte contre lui est seul cause de tous ses malheurs, et cependant voilà six ans qu'ils n'ont pas été en rapport. Lorsqu'il voulut intenter son procès au directeur du journal, nous dit-il, le greffier, qui connaissait ses aventures judiciaires antérieures, chercha à l'en dissuader, mais ce fut en vain.

N'est-ce pas là preuve certaine que l'avocat avait indisposé le greffier contre lui ? Tous les contre-temps qui se sont produits dans la suite découlent de là. Si le greffier avait mené les choses comme il le devait, il aurait pu pousser l'affaire plus loin. Le procureur s'en est fait une idée fausse, et les juges du tribunal de première instance, par égard pour leur collègue, n'ont pas consenti à revenir sur ce qui avait déjà été décidé. « Ils étaient liés les uns envers les autres. » C'est pourquoi on aurait dû porter ce cas exceptionnel devant une autre juridiction. Le chemin de la justice lui est fermé d'une « façon systématique ». C'est une « alliance secrète », une « chose de franc-maçonnerie », car il est bien persuadé que son ennemi est franc-maçon. Toute la haute finance juive joue un rôle dans cette histoire et le journal qui a écrit contre lui est soutenu par les juifs. Ce « brigand d'avocat » s'est associé à cette « presse de bandits », « à ce forçat de juifs », « aux subtilités des juges », « à toute cette meute de la justice ». Il donne cette dernière appellation aux deux avocats désignés par le tribunal ; impossible d'ailleurs pour lui de s'accorder avec aucun d'eux ; il se dispute dès qu'ils ne font pas ce qu'il exige. Enfin l'incapacité de son

tuteur, qui ne comprend rien aux choses de la justice, vient encore aider l'avocat persécuteur.

A tous ces déboires judiciaires il attribue tout d'abord une seule et même origine. Petit à petit, il incrimine plusieurs personnes et les groupe dans une association qui travaille à sa perte. En réalité vous êtes là en présence d'un phénomène réel, mais vu et interprété d'une manière spéciale. Nous concevons très clairement comment se développe cette façon particulière de voir le monde ; de même concevons-nous l'énorme influence qu'elle exerce sur la conduite du malade. Ce dernier est absolument inéducable. On ne saurait réussir à lui faire comprendre quoi que ce soit. Il ne veut pas reconnaître qu'il ait pu se tromper ou qu'il ait exagéré l'importance des faits. Dès que j'aborde ce sujet, il devient méfiant ; si je le contredis, il pense aussitôt que je vais également soutenir ses adversaires.

Différents traits sont caractéristiques : les idées de persécution portent sur un point bien déterminé qui tous les jours acquiert plus d'extension ; aucun raisonnement n'est susceptible d'en venir à bout. Cela nous démontre que nous avons affaire à un délire profondément enraciné dans l'individu psychique, où il a abouti à la formation d'un système. En outre il existe chez notre malade un indubitable affaiblissement intellectuel, qui se traduit par la monotonie et la pauvreté de l'idéation et surtout par le peu d'influence qu'ont sur lui les objections les plus sensées. Sa mémoire est en général fidèle ; cependant un examen approfondi nous apprend qu'elle n'est pas intacte.

Au point de vue émotif, nous observons avant tout qu'il a de lui une opinion des plus exagérées. Il affecte de paraître supérieur ; il aime à faire briller ses connaissances juridiques, et malgré ses échecs continuels il attend en toute confiance l'heureuse issue de son affaire.

Ce n'est jamais la crainte d'importuner les hauts fonctionnaires qui l'arrête ; il estime que son cas est de la plus

grande importance. « Comme citoyen allemand, comme père de famille, comme homme dans les affaires », « son sentiment du droit » a plus de valeur que toutes les décisions des juges. D'une susceptibilité outrée, à l'énoncé d'un jugement contraire à ses intérêts il en arrive d'emblée aux injures les plus grossières. Les témoins sont faux, les juges corrompus. Il parle du « poison de la fontaine judiciaire et religieuse » ; puis il ajoute en toute sincérité que jamais il n'est sorti du « cadre de la bienséance ».

Sa conduite stupide de ces dernières années saute tout de suite aux yeux. Il a réduit les siens à la plus profonde misère, mais il en accuse ses adversaires et la justice qui a déployé toutes ses forces pour atteindre ce but. Il demande des dommages-intérêts toujours plus forts. Il ne comprend pas que le mieux aujourd'hui pour lui est de demeurer tranquille et de travailler, afin de gagner de quoi vivre. Il se sent au contraire tout prêt à aller de l'avant, à chercher quel chemin lui reste ouvert pour faire triompher son droit, et cela même si notre rapport médico-légal doit lui être défavorable.

Cette odyssée représente la vie des aliénés quérulants. Dans ses grandes lignes, elle rappelle à tous égards l'observation de notre précédent malade. C'est la même habitude d'envisager les événements journaliers au travers d'une interprétation délirante ; c'est le même affaiblissement mental, d'abord peu accusé, mais lentement progressif ; c'est dans son ensemble la même conduite subordonnée au délire, tandis que la mémoire et l'activité psychique ne sont que fort peu modifiées. Chez les deux malades il s'agit aussi d'états incurables, comme le prouve la marche ultérieure de l'affection. En outre pendant de longues années ne sont survenus que des changements insignifiants (1). Le dé-

(1) Depuis six ans, le malade continue par tous les moyens possibles sa lutte contre les prétendus dommages que lui porte la justice. Il s'occupe aussi de sa maison de commerce « avec beaucoup de dettes cependant », dit-il amèrement.

lire de quérulance représente donc tout simplement une variété légèrement différenciée de la paranoïa. L'affection débute ordinairement vers l'âge moyen de la vie, le sujet venant d'être victime d'une injustice imaginaire ou quelquefois effective. C'est autour de cette dernière que se développe tout l'ensemble complexe et confus des représentations mentales et des actes délirants. Les quérulants ne sont pas toujours des querelleurs ; à part leur délire, ils se comportent même souvent en gens doux et tranquilles. L'insignifiance des causes extrinsèques prouve bien que la maladie, comme la paranoïa, puise ses racines les plus solides dans un état de prédisposition morbide. Elle représente un phénomène de dégénérescence ; cette hypothèse trouve sa confirmation dans la lenteur du développement, dans la chronicité, dans l'incurabilité du mal, dans la futilité enfin des influences objectives qui l'engendrent.

SEIZIÈME LEÇON

Forme paranoïde de la démence précoce.

Messieurs, vous avez aujourd'hui devant vous un commerçant de 25 ans qui se signale aussitôt à votre attention en attachant à sa boutonnière quelques feuilles d'arbres et de fougère. Il met une certaine solennité à s'asseoir et répond à nos questions en peu de mots, avec pondération et le plus souvent avec exactitude. C'est ainsi qu'il dit être venu à la clinique il y a un an, puis être entre temps retourné six semaines chez lui, pour rentrer ici une seconde fois voilà six mois. Mais il n'a pas la moindre notion des troubles qu'il présente. Tout au plus avoue-t-il, lorsqu'on le lui rappelle, qu'il est resté longtemps sans émettre une parole. Pourquoi ? Il ne le sait pas. En revanche, il se souvient de la plupart des détails de son existence. Quoique conscient de l'endroit où il se trouve, il ignore complètement les personnes qui vivent avec lui et les prend pour des commerçants qu'il désigne sous des noms imaginaires. Assez insouciant tout d'abord et peu disposé à s'occuper de nous, il regarde bientôt autour de lui d'un air avisé et finit par arriver petit à petit à l'agitation la plus typique : grossièretés, menaces et mots sans suite entrecoupés d'une foule de calembours stupides.

Il règle l'astronomie, raconte-il après cela ; il est l'empereur d'Allemagne, il a le grand-duc pour beau-père, ce der-

nier lui ayant promis sa fille par écrit depuis 1871. Il ne paraît pas avoir d'hallucinations sensorielles. Mais voyez avec quelle obstination il se refuse à exécuter l'acte le plus simple qu'on lui demande, et remarquez comme est raide et contracté le semblant de poignée de main qu'il me donne. On le distrait sans peine et maintes fois il s'interrompt au milieu de ses discours ; sa voix prend alors un timbre bien spécial, sorte de cri guttural désagréable à entendre. Il est d'humeur très changeante, mais a plutôt tendance à l'excitation. Après ses jeux de mots qui prétendent à l'esprit, il éclate par exemple volontiers en un rire enfantin ; de même, quoique dans ses allures extérieures ne se manifeste aucune agitation évidente, il y a dans ses mouvements, dans ses gestes, une recherche et une ampleur excessives.

Pour formuler un diagnostic chez ce sujet, nous nous baserons avant tout sur les troubles si singuliers qu'il offre dans son allure générale, sur ses manières, ses jeux de mots, son négativisme et enfin sur la perte complète de l'affectivité et la pleine possession de lui-même. A ses yeux il n'est pas malade, et cependant il n'oppose pas l'ombre de résistance à son séjour parmi nous. Libre de toute préoccupation, il n'éprouve aucun désir et ne se soucie nullement de son avenir. Ce tableau clinique est tout à fait caractéristique de la démence précoce, mais n'en représente pas une forme classique. L'excitation n'y est pas aussi violente que dans la catatonie simple, et dans cette dernière ne s'observent en outre ni délire avec erreurs de personnes ni plus encore idées de grandeur; ces différences ne suffisent d'ailleurs pas pour rejeter le diagnostic de démence précoce. Vous en jugerez vous-mêmes très facilement, lorsque vous connaîtrez l'histoire antérieure de ce malade.

Issu d'une famille saine, de caractère sérieux et consciencieux, il ne fit comme exempté qu'un an de service militaire. Depuis trois ans déjà il se plaint d'être excité, de trembler et de ne plus pouvoir travailler. Après une période où il

parut extraordinairement actif et alerte, il tomba pendant près d'un an et demi dans une profonde tristesse et perdit peu à peu toute aptitude au travail, souffrant d'insomnie et de douleurs très vives dans l'occiput. Il se sentait devenir idiot. Ses occupations n'avaient plus d'attrait pour lui. Il restait couché toute la journée, jouait sans s'en rendre compte avec ses dix doigts, s'imaginait avoir abusé de la confiance de son patron et lui avoir soustrait quelques valeurs. Il entra alors à la clinique, et nous constatâmes une perte complète de l'affectivité coïncidant avec l'intégrité du jugement et de l'intelligence. Il en arriva bien vite à la stupeur et au mutisme, puis la befehlsautomatie et le négativisme ne tardèrent pas à se dessiner. Il se masturbait violemment et exprimait toutes sortes d'idées ridicules : les Français allaient venir; on aiguisait les couteaux; des gens auraient été tués, etc. Il entendait des voix menaçantes et accusait l'électricité de pénétrer dans son lit; il ne mangeait presque pas et voulait mourir. Recevait-il des visites, il était dans une apathie complète. Ce ne fut qu'au bout d'un laps de temps fort prolongé qu'il se montra de nouveau un peu plus vivant. On le vit alors quitter son lit et suivre en chemise le médecin, sans mot dire ou en marmottant tout bas de rares paroles qui n'avaient entre elles ni lien, ni rapport et dont la signification nous échappe.

Le même état durait encore lorsque le malade fut repris par ses parents. Arrivé chez lui, il persista tout d'abord dans son mutisme et son refus de nourriture. Un jour il s'écria subitement : « Je prends un fiacre. » Après s'être fait conduire par un cocher, il sauta de la voiture et demeura cinq quarts d'heure figé à la même place. Le lendemain éclata tout à coup une phase d'excitation ; il claquait des mains, frappait des pieds, ne cessait d'aller et venir, parlait à haute voix et en termes très confus de princesse, de grand-duc, d'amnistie, de décorations, entremêlant le tout de rires exubérants. Il était impulsif, cassait tout autour de lui. On fut

obligé de le ramener à la clinique. Chez nous, toujours aussi excité et aussi dangereux, il faisait des réponses absurdes aux diverses questions qu'on lui posait. Il ne savait pas reconnaître ses voisins ; ses paroles et ses actes étaient empreints d'une recherche bien caractérisée. Ses propos, ses écrits émaillés de calembours insipides témoignaient d'ailleurs d'une grande confusion, au milieu de laquelle surgissaient par intervalles des idées de grandeur. Voici par exemple un fragment de lettre : « 2 × 4 = 8. C'est le jour du Seigneur d'ici; bonne mine sur un méchant homme; méchante mine chez un homme bon est meilleure; comme une première convalescence. Si je m'appelle en A. Sancier, tu fais des courbettes; Ministre — Mercier. » Lui montrait-on un rasoir, il disait : « Couteau, rasoir, barbier de Bagdad, Salem aleikum. » Était-ce une pièce d'or : « Louis d'or, Napoléon, Impérator, Eugénie, la France, l'Espagne, nous irons. » Souvent il pérorait, la fenêtre ouverte, prétendant s'entretenir avec des esprits ou jouer au théâtre. Son sommeil était loin d'être calme. Rien à relever à l'examen physique, excepté un dermographisme très marqué et l'exagération du réflexe facial. Son poids avait beaucoup augmenté.

Au début, ce malade fut considéré comme atteint de folie circulaire, diagnostic légitimé par les modifications de son caractère qui était tour à tour gai et triste. Mais plus tard, au cours de l'évolution morbide, apparurent, tant dans les périodes de stupeur que dans celles d'excitation, des signes indiscutables de catatonie : négativisme, befehlsautomatie, manières, confusion dans les propos. Notre diagnostic est donc confirmé, à la fois par la marche et par le tableau général de la maladie. On a l'habitude, il est vrai, de rapporter à la manie ces distractions et ces assonances de syllabes; mais un tel manque de cohésion ne se rencontre guère que chez les maniaques dont l'excitation est portée au summum. Dans notre observation, l'excitation est au contraire modérée et le malade arrive à se dominer sans effort. Dans ces con-

ditions, le diagnostic de catatonie ou de démence précoce s'impose sans plus d'hésitation. Par suite, nous basant sur ce qui se passe dans les cas les plus favorables, nous sommes en droit de compter sur la possibilité d'une amélioration qui n'en laisserait pas moins persister un certain degré d'affaiblissement intellectuel ainsi qu'une certaine torpeur dans le domaine des réactions émotives et dans les allures générales. Les idées délirantes peuvent aussi s'éclipser dans leur totalité (1).

Vous retrouverez identiquement cette même forme clinique chez ce mécanicien de 43 ans. C'est un homme d'aspect délicat. Il est poli, mais sans affectation. Il répond vite et bien à toutes les questions concernant sa personnalité, est au courant du quantième, sait où il est, connaît les médecins et a gardé de son instruction des notions suffisantes pour lui permettre de résoudre rapidement et sans mal de petits problèmes. Il est plein de lui-même et sur ses traits voltige un rire à peine esquissé. Lui demande-t-on pourquoi il est ici, il débite aussitôt une série d'aventures extraordinaires, qu'il expose avec volubilité et sans s'arrêter aux observations qu'on lui adresse. C'est l'alliance noire, nous dit-il, qui le conduit ici pour que l'on examine son état mental. Il n'est pas malade, bien que dans ses aliments on ait mis de la potasse, de l'arsenic, de l'acide prussique, de l'acide sulfurique et d'autres poisons. On l'a excommunié, mais on peut le délivrer à l'aide d'un miroir dans lequel est apparu l'esprit grâce auquel les hommes entrent en relation avec les esprits. Toute maison habitée par un membre de l'alliance possède un semblable miroir; le prêtre même en possède un dans l'ostensoir. Tous les associés mangent des embryons

(1) Le malade, après huit mois de traitement, put être remis en liberté. Il était sensiblement amélioré et plus sensé; il n'avait plus d'idées délirantes, mais n'était guère encore sociable. Depuis six ans, il vit en pleine activité au milieu de ses occupations. Il garde un peu de timidité, « ne se plait pas en société ». En outre, il a des phénomènes cataleptiques et exprime des idées hypocondriaques.

nés à terme ou avant terme et font des offrandes de sang. « Par ces dons ils décident l'excommunication, mais décident aussi que leur liberté personnelle sera compromise si les demandes ne sont pas exaucées. Par offrande de la vie morte, on veut dire qu'un individu est déclaré mort sans être mort. D'une façon générale l'homme n'a pas besoin de mourir. Il y a des milliers de soi-disant morts qui vivent encore et consomment de la viande d'homme. » Certaines femmes, surtout des femmes de jésuites, qui sont en même temps assises sur les trônes, les princes du pays et différentes personnes qui occupent des postes élevés, par exemple des ministres, font offrande de leur impudeur et se laissent couvrir par des animaux, même dans l'église. Il y a aussi des animaux qui font cela de la même façon que l'homme. Mais ce qu'il y a de plus mauvais date de Chamisso, car déjà on trouve dans son nom : Cham ist so (1).

Le malade continue ainsi à dévider un tissu d'absurdités. De quelque sujet qu'il s'agisse, le voilà qui s'empresse d'y appliquer son délire fantaisiste. Catherine de Russie avait impudemment abusé de Napoléon. Il avait reçu des testicules de nouveau-nés pour les manger. C'est pourquoi il est devenu hermaphrodite, afin de pouvoir aussi se servir des hommes. Puis il est tombé dans le malheur et est maintenant inspecteur dans une prison de Bruchsal. A lui-même, ajoute-t-il, on lui avait donné à manger de la poudre de sueur et des immondices de chat; on lui avait arraché le cœur, les poumons, le foie, les testicules. L'abbé Kneipp est à la place de la statue Germania, sur le monument du Niederwald, et la Germania possède à Fribourg, Hochstrasse, une maison publique. « C'est la pure vérité qui vient du temps des païens... » (2).

Le malade profère toute cette phraséologie en une logorrhée verbeuse et comme si tous les faits se comprenaient

(1) Le texte est ici impossible à traduire; c'est un calembour sans le moindre sens. Scham ist so signifie : La honte est ainsi. (N. des T.)

(2) Nouveaux calembours intraduisibles. (N. des T.)

d'eux-mêmes. Vient-on entre temps à lui adresser une question, il la comprend d'emblée, mais enjolive toujours ses réponses de récits extraordinaires. S'il remarque qu'on insinue le moindre doute, le voilà qui s'excite et se répand en un flot de paroles injurieuses. On est un criminel vendu, un filou, un hermaphrodite ; il est alors fort malaisé de le calmer. Il existe aussi chez lui de l'écholalie, de l'échopraxie et de la catalepsie. A part l'exagération des réflexes rotuliens et le tremblement des doigts, on ne note aucun trouble somatique.

Ce n'est pas sans difficulté qu'on arrive à fixer la valeur clinique de cet état mental. Mais l'affaiblissement intellectuel ressort clairement de la stupidité et du manque de cohésion des propos du malade, ainsi que de la parfaite tranquillité d'esprit avec laquelle il étale ses idées délirantes. De plus, nous avons déjà vu que dans la démence précoce on observe de la befehlsautomatie, de la confusion, de l'incohérence des propos et enfin de fréquents jeux de mots et des associations par assonance. Chez notre premier malade, nous avons trouvé d'ailleurs des troubles en tous points analogues.

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur les antécédents de notre sujet, nous apprenons que sa sœur fut idiote et que lui-même mena une existence des plus déréglées. Il quitta sa femme légitime pour en suivre d'autres; il purgea de multiples condamnations pour vols, faux et escroqueries. C'est pendant sa dernière détention, il y a quatre ans, que se produisirent les premiers symptômes morbides sous forme d'hallucinations auditives. Il entendait les prisonniers s'étonner de sa mine florissante ou on le menaçait de le mettre au cachot. Tantôt c'étaient les inspecteurs qui murmuraient : « Sois tranquille, il va là, il l'a déjà entendu, nom de Dieu, ce coco-là a-t-il des oreilles ! » Tantôt on criait son prénom et on s'entretenait de sa personne. Puis s'installèrent des hallucinations du goût, suivies de confusion dans la reconnaissance des gens, et déjà, six mois plus tard, se dévelop-

paient progressivement de ridicules idées de persécution et de grandeur. Ces dernières se modifiaient volontiers, revêtant des aspects toujours nouveaux pour acquérir petit à petit la forme sous laquelle nous les voyons aujourd'hui, pendant que rétrocédaient les manifestations antérieures. Enfin par périodes se montraient des symptômes d'agitation caractéristiques avec tendance à la violence.

Le patient est à la clinique depuis trois mois. Le plus souvent il se tient fort tranquille, à l'écart des autres malades, ne s'occupe pas et ne cherche à se livrer à aucun travail dans la journée. Il n'a pas d'inquiétude sur sa santé et assure qu'il se trouve bien. Devant le médecin, qu'il salue avec un peu de prétention, il n'émet jamais spontanément d'idées délirantes; mais entre-t-on en conversation avec lui, il ne tarde pas à déborder en phrases confuses, où se retrouve souvent la même note délirante. Peu à peu son excitation augmente et va à l'extrême, jusqu'à ne plus avoir aucun sens. Mais le rencontre-t-on quelque temps après, le voilà de nouveau aimable, malgré ses menaces et ses grossièretés antérieures. Il parle un allemand d'une élégance recherchée.

Le début du processus répondrait bien à celui de la démence précoce, au cours de laquelle nous voyons les hallucinations se développer rapidement. L'éclosion de l'affection est en outre fréquente chez les prisonniers, la plupart des « psychoses de prison » qui durent un certain temps relevant de la démence précoce. Mais nous n'avons pas encore constaté dans cette maladie des idées aussi insensées et une telle mobilité dans le délire.

Ce cas en effet nous offre un certain nombre de points dignes d'intérêt, et je groupe les faits de cet ordre sous le nom de « démence paranoïde ». D'après ce que j'ai vu, il semble que les symptômes persistent immuables durant des années, sans jamais guérir ni finir en un état de débilité complète (1).

(1) Le malade se trouve dans un asile de chroniques depuis quatre ans, sans avoir subi de modifications; de temps en temps très excité, il émet des

Le délire garde toute sa violence, mais change volontiers de forme. Simultanément apparaissent des hallucinations auditives, puis souvent même des hallucinations visuelles et surtout ces extraordinaires modifications par lesquelles les malades croient leur état somatique et le cours de leurs pensées influencés par des causes extérieures. Au point de vue émotivité, on remarque une excitation qui marche de pair avec une profonde indifférence pour les événements les plus normaux de l'existence. Enfin les malades, toujours logorrhéiques, ne ressentent jamais le besoin de s'occuper et, indifférents à leur propre situation, ils n'ont aucun souci de l'avenir.

Tout cet ensemble, surtout en ce qui concerne la débilité de l'émotivité, est entièrement calqué sur ce que nous avons déjà décrit antérieurement, et ce ne sont pas quelques différences de détails qui nous autorisent à nier l'étroite parenté des états que nous étudions avec la démence précoce. Je n'ai pas encore réussi à établir une limite bien tranchée entre ces deux formes cliniques; il est même possible de dépister entre elles de nombreux traits de transition. Si nous songeons que dans la démence précoce, dans la paralysie générale, dans la manie dépressive les manifestations délirantes sont susceptibles de manquer comme d'affecter les aspects les plus variés, nous n'avons pas de raison valable, devant l'analogie des troubles affectifs et devant celle des modifications de l'allure générale des malades, pour séparer des formes si multiples de la démence précoce celle dont nous avons relaté plus haut les caractères essentiels.

Le problème est plus complexe dans d'autres observations dont le groupement constitue un faisceau assez important et pour lesquelles cette veuve, âgée de 35 ans, nous servira d'exemple. Comme vous le voyez, elle répond correctement aux demandes visant son passé ; elle sait où elle est, connaît

propos délirants confus et variables ; dans l'intervalle, il est tranquille et ne présente pas de particularité nouvelle importante.

la date du jour et de l'année et témoigne d'une certaine instruction. On s'aperçoit avant tout qu'elle parle sans regarder son interlocuteur et qu'elle s'exprime sur un ton mielleux et recherché qui lui vaut un cachet bien à part. Aborde-t-on la question de sa maladie, la voilà qui se tient sur la réserve et explique être en excellente santé ; mais petit à petit elle ne tarde pas à présenter une série de curieuses idées de persécution. Depuis des années, elle entend des voix qui l'insultent et attentent à sa pudeur ; puis ce sont les noms de plusieurs personnes de sa connaissance à qui on annonce qu'elle se déshabille et qu'on a abusé d'elle. Les voix sont très nettes, dit-elle, et viennent peut-être de son pays, à l'aide d'un télescope ou de quelque autre machine. Ses pensées sont énoncées avant qu'elle les ait émises. On l'interpelle quand elle est occupée. De plus on travaille son corps au moyen de toutes espèces d'inventions désagréables ; ainsi sa matrice a été toute changée et tirée au dehors ; on lui projette des douleurs dans le dos, on lui pose de la glace sur le cœur en lui serrant le cou ; on lui blesse la colonne vertébrale et enfin on la viole. Les hallucinations visuelles sont plus rares. Elle voit les gens modifiés dans leur aspect, ou bien des formes noires passent devant ses yeux. D'où lui arrivent toutes ces influences ? A quel but répondent-elles ? C'est là un point sur lequel la malade n'est pas encore fixée ; tantôt ce sont des personnes de son pays, tantôt ce sont des médecins d'un asile où elle se trouvait autrefois qui lui ont enlevé une partie du corps.

Cette femme, quoique se plaignant ainsi, ne ressent pas de grosse émotion. Elle pleure bien de temps en temps, mais détaille les phénomènes morbides avec une intime satisfaction, et y glisse même une nuance érotique. Tout en réclamant sa sortie, elle se laisse facilement consoler d'être ici ; d'ailleurs elle ne songe jamais à sa situation ou à son avenir. Nous relevons dans sa conversation des phrases singulières, contournées, guindées, souvent à peine compréhensibles. On

la maltraite « d'une façon grossière », « contre toute terreur ». Elle est « une image de douleurs sous la forme d'un ange », « une parfaite et fidèle maman et maîtresse de maison dans le sens de l'ordre ». « On lui a changé ses réactions sentimentales ; un insecte secret de l'administration la persécute. » Elle tend la main avec raideur ; elle a de la catalepsie et de l'échopraxie, mais n'offre pas d'autres troubles somatiques tant soit peu importants.

Les derniers points sur lesquels j'ai insisté au cours de ma description nous autorisent à faire rentrer cette observation dans le cadre de la démence précoce. Mais en opposition avec ce que nous constations jusqu'alors, le délire évolue lentement et est empreint d'une monotone uniformité, ce qui n'est pas sans nous surprendre. Les antécédents de notre sujet nous apprennent que son père avait eu un peu d'excitation psychique ; un de ses frères fut atteint de convulsions dans son enfance et est souffrant depuis une dizaine d'années. Sa maladie a été fort longue à se développer. Un an environ après la mort de son mari, qui lui avait laissé deux enfants, elle fut prise d'anxiété ; son sommeil était agité ; elle entendait parler à haute voix dans sa chambre ; on allait la dépouiller de sa fortune, et des gens de Francfort — localité qu'elle avait habitée antérieurement — ne cessaient de la persécuter. Il y a quatre ans, elle séjourna douze mois dans un asile où elle croyait avoir retrouvé « ces gens de Francfort » ; on lui mettait du poison dans sa nourriture et en outre des voix l'influençaient. Après sa sortie, elle porta plainte contre les médecins qui l'avaient estropiée et persécutée ; elle les insulta tant et si bien sous prétexte que les autorités lui refusaient leur protection, que voilà deux mois on dut la reconduire à la clinique. Chez nous, chaque jour ramenait les mêmes réclamations, sans signes d'excitation d'ailleurs bien marquée. Elle écrivait des lettres interminables, imprégnées d'un bout à l'autre du même esprit, pleines d'injures stupides pour ses persé-

cuteurs, et les adressait à ses parents, aux médecins de la clinique et aux autorités. Elle ne s'occupait de rien et n'entretenait aucun rapport avec les autres malades, au point de se refuser à tout contact de voisinage.

Les faits de cet ordre sont d'une extrême fréquence, et comme on n'envisage en général que le délire, on les rattache à la paranoïa. Mais il me semble que la véritable notion qui doit servir de pierre de touche à l'affection réside dans l'affaiblissement mental particulier du sujet, identique pour le cas actuel à celui des déments précoces. N'avons-nous pas vu combien fréquemment les réactions sont émoussées au cours de cette maladie ? Ne connaissons-nous pas la perte de l'activité intellectuelle, le négativisme, la befehlsautomatie, les modifications de l'allure générale, ainsi que cette préciosité dans le langage? De plus nous observons dans cette affection des hallucinations auditives des plus nettes, et surtout nous enregistrons l'idée délirante qui veut que le corps soit soumis à certaines influences. Ce sont là des signes assez habituels au cours de la démence précoce pour qu'il nous soit permis de les regarder comme portés au maximum dans notre observation, et il ne faudrait pas, à raison de leur exagération, éliminer ce diagnostic.

Plusieurs traits importants viennent différencier ce cas de la paranoïa. Les manifestations délirantes sont franchement absurdes et ne relèvent pas d'un travail cérébral. La malade d'autre part n'éprouve pas, comme les vrais paranoïaques, le besoin de résister, de connaître exactement les gens, de savoir les causes de ses persécutions ; vous avez la faculté de changer ici à volonté la personnalité des persécuteurs. Le délire peut se modifier, il est vrai, mais en s'échafaudant de lui-même ; il n'est jamais commandé par une conception spéciale des choses ; il s'installe sous forme d'idées subites, extravagantes, incohérentes, souvent régies par diverses hallucinations sensorielles. Dans la paranoïa au contraire, le délire se greffe sur des bases qui ont une

existence réelle, mais l'interprétation en déforme la nature. Je tiens aussi à insister sur les idées d'influences somatiques, « délire de persécution physique », comme sur les troubles de la volonté qui se manifestent par des mouvements raides et maniérés, par la befehlsautomatie, par les néologismes, par l'entrave de la pensée, — le tout faisant défaut dans la paranoïa. Enfin dans la démence précoce, les idées délirantes n'exercent plus avec les années aucune action sur l'allure des sujets. Ces derniers finissent par être abrutis et indifférents à tout (1). Quelques-uns ont même simplement oublié leurs idées délirantes. Ils aboutissent ainsi parfois à un état de démence simple, ce qui n'arrive jamais dans la paranoïa vraie. C'est en étudiant divers malades de ce genre que j'ai acquis la conviction que certaines variétés d'imbécillité avec persistance de manifestations délirantes appartiennent non pas à la paranoïa, mais bien à la démence précoce. Quelles sont les limites de cette dernière, dont le domaine est immense ? L'avenir nous l'apprendra.

(1) La malade se trouve depuis environ cinq ans dans un asile de chroniques, toujours maniérée et négativiste ; elle continue à émettre ses anciennes idées de persécution.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

Sur différentes formes de délire.

Messieurs, nous nous occuperons encore dans cette leçon de la signification diagnostique des différentes formes de délire. Le premier de nos malades est un serrurier, âgé de 47 ans, entré à la clinique depuis quatre mois. Il est en pleine possession de lui-même ; il connaît à peu près sa situation, ainsi que la date de l'année. Voilà cinq ans, dit-il, à la suite de l'influenza il a éprouvé des douleurs assez vives dans les reins, dans les flancs et un peu partout ; les nerfs sont si fatigués qu'il ne peut plus marcher à sa guise. De plus il est constipé et parfois incapable d'uriner ; il est bien un peu « baroque », mais certainement n'est pas aliéné. Il veut divorcer, car il lui est impossible de supporter plus longtemps sa femme ; il lui est à charge depuis qu'il n'est plus en état de travailler ; une fois d'ailleurs, il l'a entendue le traiter de fainéant et regretter d'avoir un mari. Elle a tout vendu, tout engagé ; elle causait de lui avec le propriétaire. « Nous aurions bien pu l'emporter. » Aujourd'hui il a envie d'épouser une jeune et jolie fille et il gagnera assez d'argent après sa guérison pour mettre son projet à exécution. On le persécute depuis longtemps pour l'obliger à se sauver. Les gens parlaient de lui dans la cour. « Hier au soir, c'eût été le moment ; nous aurions pu le renvoyer. » Il n'avait pas tout entendu, mais il avait parfai-

tement vu et remarqué qu'on l'influençait avec un appareil. Sa femme était l'auteur de ces machinations ; ça vient d'en bas, probablement comme avec de l'électricité et comme si on lui envoyait quelque chose dans les yeux avec un miroir. Cet appareil lui tiraillait le corps et lui bourdonnait dans les oreilles ; il en entendait les sifflements dans la tête. A chacun de ses mouvements, l'instrument était sur son dos ; pourtant il ne lui a jamais été loisible de le voir. En général le malade est d'humeur égale, peut-être un peu excitable. Il se plaint de n'avoir pas ici les soins convenables ; en outre la nourriture est mauvaise ; enfin il pourrait fort bien reprendre actuellement son travail. Il reproche à sa femme son entrée à la clinique ; mais point ne m'est besoin de beaucoup insister pour qu'il soit prêt à se réconcilier avec elle. Son instruction répond à sa situation et il compte encore sans commettre d'erreurs.

Toutes ces idées de persécution nous rappellent beaucoup ce que nous avons vu dans la démence précoce ; le délire y porte souvent sur de fausses sensations perçues par l'organisme. D'autre part les hallucinations nous autorisent à penser au délire alcoolique ; les idées de jalousie plaideraient dans ce sens, et plus tard nous verrons combien elles sont fréquentes chez les alcooliques. Le malade, il est vrai, nie énergiquement avoir jamais fait des excès de boisson. De plus, son jugement et son idéation sont si affaiblis qu'il ne saurait être question ici d'un simple trouble mental d'origine alcoolique. L'étude des signes physiques rend tout à fait invraisemblable l'hypothèse d'une démence précoce, bien peu probable déjà de par l'âge du sujet. Il existe en effet une paralysie de l'abducens à gauche, du myosis, de l'inégalité pupillaire et de l'abolition du réflexe lumineux, avec conservation du réflexe à l'accommodation. Le pli naso-labial gauche est abaissé ; la langue est animée d'un tremblement qui s'exagère lorsqu'elle est longtemps hors de la bouche ; la démarche est incertaine et ataxique ;

nous notons le signe de Romberg et l'abolition des réflexes patellaires ; la sensibilité à la douleur est affaiblie ; l'élocution est confuse et embrouillée.

Toutes ces constatations ne nous permettent pas de douter de l'existence d'une paralysie générale progressive dont les manifestations délirantes et les hallucinations sont différentes de celles que nous avons rencontrées jusqu'ici au cours de cette affection. Sans doute a-t-on quelque droit de rechercher la cause de ces variations dans une altération plus profonde des centres sensoriels. On a déjà prétendu que les paresthésies et l'hyperesthésie qui accompagnent si souvent les affections médullaires engendrent le délire par influence somatique : l'idée d'être aveugle serait due par exemple à des douleurs fulgurantes siégeant le long du nerf optique. C'est là un symptôme maintes fois relevé dans la paralysie générale associée au tabès. Chez notre malade l'examen ophtalmoscopique ne donne malheureusement aucun résultat ; on n'a pu ni conclure à une atrophie optique au début ni rejeter cette hypothèse, le hasard ayant voulu qu'il y eût des fibres nerveuses entourées de myéline, ce qui constitue un point fort gênant pour un diagnostic absolu. Il est curieux de voir combien la mémoire du patient est relativement bien conservée et avec quelle facilité il calcule encore ; l'altération de ces facultés est en effet ordinairement un des premiers signes de l'affection qui nous occupe. Il ne faut donc jamais établir un diagnostic sur la présence ou sur l'absence d'un signe unique ; c'est sur l'ensemble du tableau clinique que nous devons nous baser.

Les antécédents de cet homme nous apprennent qu'il appartient à une famille saine et qu'il a toujours mené une vie réglée et sans écarts. Il avoue avoir eu une blennorrhagie il y a vingt ans, mais il nie la syphilis ; ses deux enfants sont très bien portants. Voilà cinq ans qu'il présente des symptômes de tabès à progression lente : douleurs en ceinture, ataxie, impotence, troubles de la vessie et du

rectum. Il y a six mois il commença à être agité et à ressentir de l'excitation sexuelle. Il se mit à boire, s'énervant sans cesse davantage et dépensant son argent sans compter ; il émettait des idées de persécution et croyait qu'on voulait l'empoisonner. Puis il prit ses papiers et réclama son divorce sur-le-champ. On le transporta alors à l'hôpital où il continua à accabler sa femme d'insultes ; il dormit peu et finit par devenir gâteux. On le passa à la clinique. Il s'y calma assez rapidement ; mais ses anciennes conceptions délirantes ne disparurent pas et il eut une sorte d'ictus avec pâleur de la face et petitesse du pouls. Ce fut bien probablement un très léger ictus paralytique. Le poids, qui avait augmenté au début, diminua de nouveau (1).

On observe très fréquemment des faits de ce genre ; les signes tabétiques y précèdent pendant de longues années l'éclosion de la paralysie générale. On désigne ces cas sous les noms de « paralysie générale ascendante » ou « tabès paralytique ». Il est cependant douteux que, répondant au sens exact de ces termes, le processus remonte de la moelle au cerveau, et nous ne sommes pas encore certains que les tabès auxquels succède la paralysie générale soient de même nature que les formes ordinaires de la maladie de Duchenne. On trouve fort souvent dans la moelle des paralytiques généraux une dégénérescence des cordons postérieurs et latéraux et il est naturel d'admettre que ces lésions puissent se traduire en clinique par des signes de tabès, sans que pour cela cependant le processus soit identique dans les deux cas. J'ai remarqué que dans ces associations de tabès et de paralysie générale l'ataxie est ordinairement peu prononcée ; les uniques symptômes tabétiques que l'on observe alors régulièrement sont les troubles oculaires, le myosis, l'absence de réaction pupillaire, l'atrophie du nerf optique et l'abolition des réflexes tendineux. D'autres signes au con-

(1) Le malade est mort six ans après l'apparition des symptômes tabétiques.

traire, et notamment l'ataxie des jambes, font totalement défaut ou sont beaucoup moins développés. Il n'est certainement pas discutable que ces deux affections soient proches parentes ; leurs rapports communs avec la syphilis en font foi, comme l'inefficacité du traitement spécifique. Notre malade, lui aussi, a absorbé de l'iodure et a fait des frictions mercurielles ; mais la marche des phénomènes paralytiques n'en a pas moins subi une évolution progressive.

Voici maintenant un cultivateur de 65 ans dont les idées délirantes sont analogues à celles de notre premier sujet. Il est venu consulter il y a un an ; dans la suite on dut l'enfermer ici. A ce moment il voulait un appareil électrique ; il avait déjà essayé de se le procurer chez un opticien. Il connaît à merveille le motif auquel il obéit en se rendant chez nous et il est très heureux de nous le raconter lui-même. Depuis un an et demi il était, dit-il, persécuté par ses voisins, et spécialement par un cordonnier ; ses ennemis employaient des appareils qui pouvaient l'influencer de multiples façons. Il entendait tout d'abord les gens dire du mal de lui ; on prétendait qu'il avait volé, abîmé des arbres et fait des faux. Il reconnaissait très bien les voix ; mais dès qu'il voulait leur demander explication, on ne répondait plus. Tout cela devait être fait avec un téléphone. On « construisait » aussi sa pensée. « Ce qu'il pensait, les autres l'avaient déjà dit. »

Plus tard cette électricité répandait sur lui une poudre noire comme du chloroforme ; la nuit ça venait dans sa bouche et ensuite il avait le feu au corps. Ses ennemis jetaient également une poudre qui séchait les feuilles des arbres. Il en fit faire l'analyse et on lui dit alors que ça ne pouvait être que le mildiou. Mais le courant électrique est la plus douloureuse de toutes ses persécutions. Ce courant, qui est envoyé à l'aide d'une machine, lui passe dans les oreilles, dans les parties génitales, dans le dos. D'abord c'est une secousse, puis une sensation de brûlure si pénible

qu'il est subitement renversé sur le parquet. La nuit ce sont des rayons de feu qui menacent de tout incendier. Ces phénomènes doivent provenir de la machine à piquer du cordonnier. Les persécuteurs possèdent de plus des cornes longues d'un pied et demi et comme soufflées, ainsi que toutes sortes de petits instruments qui peuvent se cacher dans la poche d'un pantalon. Ils ont dressé des tiges d'acier qui leur permettent de projeter le courant dans sa chambre, grâce à un réflecteur. On a pénétré chez lui dans la nuit, avec une clef électrique ; on l'a endormi, puis on l'a battu sur la bouche. Il sentait d'autre part une mauvaise odeur qu'on avait répandue chez lui, semblable à une odeur de foie ou d'os brûlés. Ses aliments contenaient du phosphore et de l'eau de savon. A plusieurs reprises on lui ratatinait la tête, on lui pressait le visage, on lui frappait sur les côtés ou dans le ventre, et cela lui avait fait tant de mal qu'il en était devenu comme soufflé jusqu'à ce que le vent se fût enfin dégagé. L'opticien lui avait montré un objet de verre rond avec des petits tuyaux, mais la machine de ses ennemis était beaucoup plus grosse. L'agent de police, qui était venu sur ces entrefaites, lui avait dit que cet instrument sert aux cordonniers. Il s'était alors procuré un catalogue de machines électriques pour trouver celle dont on se servait contre lui. Concurremment il fouillait les annonces des journaux, car souvent il y avait de semblables appareils. Le courant renferme la « prognose des péchés ». « C'est tout à fait comme dehors au télégraphe, ça montre tout ce qui vient. »

Le malade demanda verbalement d'abord, ensuite par écrit, protection au maire, puis au préfet; mais il ne tarda pas à s'apercevoir que ces messieurs favorisaient le cordonnier. Il chercha donc à se garantir tout seul et mit sa bouillotte sur sa tête. Il entendait distinctement le bruit du courant à l'intérieur ; mais au moins il était tranquille, surtout lorsqu'il avait ajouté un morceau de fer. Chez nous il réclame de même un bout de fer-blanc qu'il puisse enrouler

autour de son corps. Il préférerait, il est vrai, une pièce bien fermée avec des murs épais, impénétrables aux rayons. Il a adressé un certain nombre de requêtes aux autorités et il a l'intention de quémander l'aide du ministère.

Il débite tout ce récit avec la plus grande tranquillité. Il est convaincu de ce qu'il annonce. Aucune objection ne parvient à ébranler la fermeté de sa conviction. Sans prendre la peine de rien réfuter, il se met en colère et prétend que nous aidons à le martyriser. Nous l'emprisonnons illégalement ; nous n'avons pas le droit de le retenir ici et il insiste vivement pour obtenir sa sortie. On peut fort bien s'entretenir avec lui d'un sujet étranger à son délire, mais il revient à ce dernier avec la plus grande facilité. Son instruction répond à sa situation. Il témoigne d'une certaine activité d'esprit, s'occupe, cause avec les autres malades, joue aux cartes, et abstraction faite de son appareil protecteur, rien dans sa conduite n'attire spécialement l'attention sur lui. Il continue cependant à entendre le cordonnier causer de lui ; la nuit il ne goûte aucun repos et cherche à mettre sa tête à l'abri des rayons lumineux sous un véritable rempart de couvertures ou d'objets similaires. N'oublions pas de signaler aussi la haute estime en laquelle il tient sa personne ; il est heureux de montrer avec quelle habileté il sait déjouer les artifices de ses ennemis et ne pas se laisser berner.

Issu d'une famille de santé normale, cet homme a toujours été un travailleur actif et laborieux. Il est marié et a cinq enfants bien portants. L'affection actuelle a débuté, il y a un an et demi, par des idées de persécution et des hallucinations. A certains moments il émettait aussi des idées de grandeur ; il voulait fonder une nouvelle religion et améliorer l'agriculture sur toute la terre ; le monde entier disparaîtrait avec lui ; il saurait bien anéantir ses persécuteurs avec une carabine à air et une poudre spéciale. Aujourd'hui il n'accepte plus rien de ces idées délirantes.

Poser un diagnostic en face de ce tableau clinique est

chose fort malaisée. D'ordinaire les cas de ce genre se rangent dans la paranoïa. Cependant le début a été trop brusque, les hallucinations sont trop vives et trop généralisées, l'affaiblissement mental trop rapide pour que nous ayons affaire à une véritable paranoïa. De plus, les idées délirantes ne sont pas invariables et se modifient fréquemment. Elles se rapprochent beaucoup par ce point de la démence précoce ; mais dans le cas actuel font défaut les signes si particuliers de cette affection, le négativisme, la befehlsautomatie, la stéréotypie, les manières, la perte de toute activité psychique. En outre l'âge du malade ne penche pas en faveur de cette hypothèse. L'ensemble correspond au contraire à cette affection de la vieillesse que l'on désigne sous le nom de « délire sénile de persécution ». Les traits caractérisques en sont constitués par des idées de persécution invraisemblables, accompagnées d'hallucinations et d'affaiblissement intellectuel. Les cas de ce genre ne sont pas rares ; le plus souvent le délire de persécution revêt la forme d'idées de jalousie. La marche est extrêmement lente et les signes cliniques persistent pendant des années. Les idées délirantes continuent, mais se modifient dans leur objet. Plus tard, aux idées de persécution s'associent des idées de grandeur stupides. La lucidité d'esprit semble se maintenir ; cependant les malades ne guérissent jamais et sont de plus en plus affaiblis et déments (1).

Je vous présente pour continuer un officier âgé de 42 ans qui, lui aussi, a des idées de persécution. Son étude clinique est d'ailleurs du plus haut intérêt à différents points de vue. En pleine possession de lui-même, correct, aimable, sachant où il se trouve, il ne manifeste pas le moindre trouble, ni dans son humeur ni dans sa conduite pleine de savoir-vivre et d'urbanité. Il se sent aussi bien portant que possible, ne se plaint pas et demande très posément et

(1) Le malade se trouve depuis cinq ans et demi dans un asile de chroniques sans présenter de modification.

tranquillement à rentrer chez lui et à reprendre son service. Ce n'est qu'au bout d'une longue conversation avec lui qu'on s'aperçoit que les événements des dernières années de sa vie lui apparaissent un peu confus. Il raconte une foule d'histoires de pure fantaisie et souvent en contradiction les unes avec les autres.

Il aurait connu dans une maison de convalescence un chevalier d'industrie, qui lui fut présenté sous un faux nom et pénétrait souvent la nuit dans sa chambre; ce filou se trouve aujourd'hui dans un asile d'aliénés dont il sortira bientôt comme guéri, mais il va être dénoncé par le malade qui connaît ses faits et gestes depuis sa plus tendre enfance. Du reste il vient d'être condamné par la justice et les journaux ont inséré récemment cette condamnation. Il y a un rapport intime entre cette affaire et le séjour forcé de notre sujet à la clinique. Des dames de haute naissance sont aussi mêlées à cette histoire. Comme nous esquissons un signe de doute, il nous répond en affirmant sa conviction avec encore plus de vigueur et ajoute toujours une foule de détails destinés à mieux prouver la véracité de son récit.

Il s'agit ici d'un trouble particulier qu'on désigne sous le terme d'« erreur de souvenir ». Le malade mélange toute une série d'images variées à l'infini qui ne se rapportent à aucun fait réel et qu'il considère pourtant comme des souvenirs exacts. Ces soi-disant souvenirs doivent être singulièrement vivaces, car le sujet apporte un luxe de détails dans l'exposé des multiples faits qui se seraient passés devant lui et il spécifie : « Je me souviens très bien. » Il se comporte comme un individu normal qui, voulant remémorer un événement passé, relaterait une masse de points secondaires, sans intérêt, avec l'intention de renforcer la vérité de l'action principale. Plus l'on parle avec le malade de ces incidents, plus il accumule de détails. Et il nous apprend, — notion bien significative, — qu'il avait « complètement oublié » ce détail jusqu'au jour où il lui est brusquement revenu à l'esprit.

C'est ainsi qu'il se rappelle qu'on lui a présenté une demande de divorce déjà signée de plusieurs juges, ce qui est absolument faux. Des personnes qu'il nomme en ont été témoins. Il devait aussi cesser toute correspondance avec sa femme et, toujours sous l'influence de cette erreur de souvenir, il est effectivement resté très longtemps sans lui écrire.

En ce qui concerne sa vie antérieure, c'est avec la plus entière bonne foi qu'il nous fait connaître les mille incidents qui lui seraient survenus : rencontres extraordinaires, petits faits d'armes remarquables, etc. Ce ne sont là que des erreurs de souvenir. Aussi est-il impossible de savoir exactement par lui l'histoire de sa vie. Ses explications sont d'ailleurs loin de concorder entre elles : à chaque minute il y opère des changements et les complète de données nouvelles, tout en passant sous silence d'autres points dont il parlait un instant auparavant. Une excitation d'origine externe dévie souvent sa conversation dans tel sens déterminé. Lui présente-t-on par exemple un médecin inconnu, ce sont aussitôt de soi-disant souvenirs qui viennent affluer en foule : il a déjà rencontré ce jeune homme autrefois et ses parents habitaient auprès de lui.

Il va de soi qu'avec des troubles aussi prononcés les souvenirs réels sont réduits au minimum et empreints de la plus grande confusion. Au bout de quelques heures, le patient a complètement oublié la conversation qu'on lui a tenue. Il raconte et écrit plusieurs fois la même chose. Lorsque le médecin entre dans sa chambre, il ne sait plus qu'il l'a tout exprès fait demander pour obtenir sa sortie. Il ne se rappelle pas où il est allé hier ; il ignore quelles ont été ses occupations de la matinée, s'il a bien dormi, bien déjeuné, s'il a procédé à sa toilette. Aussi revient-il à plusieurs reprises sur les détails les plus insignifiants. Des expériences spéciales nous ont amené à constater qu'après une demi-heure il n'a plus en mémoire les trois quarts des mots qu'il devait

répéter. Au contraire, un individu normal soumis à pareil exercice peut parfaitement répéter tous les mots qu'il avait à retenir.

D'autre part, les souvenirs erronés ne sont pas assis sur des bases plus solides que les souvenirs qui répondent à la réalité. Ainsi notre sujet garde le lit dans la matinée pendant quelques jours, croyant obéir à une prescription médicale. Il est bien persuadé ne se rappeler que les phénomènes exacts. Cherchons-nous à lui montrer qu'il se trompe, le voilà méfiant et à l'affût du mobile par lequel nous sommes guidés ; il arrive en général à le dépister à l'aide de faux souvenirs. Chacune de ses idées délirantes est de courte durée et disparaît en peu de temps ; de plus, son délire ne dérive pas d'explications ou d'interprétations liées à une conception spéciale de ce qui l'entoure. Il est toujours aimable et affable avec les médecins, quoiqu'il se considère comme bien portant et ne puisse comprendre pourquoi on lui refuse l'autorisation de partir.

L'examen somatique nous donne la clef de ce curieux tableau clinique. Les muscles des bras et des jambes sont nettement paralysés, sans présenter de réaction de dégénérescence ; leur excitabilité mécanique est toutefois fort exagérée. La pression aux points d'émergence des nerfs est très douloureuse, les réflexes rotuliens abolis ; impossible de faire exécuter un brusque demi-tour au patient ou de le faire tenir debout les yeux fermés. Il n'existe ni troubles des réflexes pupillaires ni troubles du langage ou de l'écriture. Nous nous trouvons donc en face d'une polynévrite, et Korsakoff a montré que souvent cette affection s'accompagne de symptômes psychiques caractérisés avant tout par des troubles de la mémoire très prononcés.

Les antécédents confirment encore le diagnostic de psychose polynévritique. Notre malade, qui a peut-être hérité de quelques tares paternelles, a souffert il y a dix ans d'une pneumonie qui traîna en longueur. Pendant

la convalescence il s'habitua à prendre de l'alcool et peu après fut atteint de polynévrite. Il avait eu très probablement une infection syphilitique traitée par l'iodure. Les manifestations névritiques, faibles au début, allèrent en s'accentuant et l'alcoolisme progressait simultanément, si bien qu'il fut très souvent obligé d'interrompre son service. Dès les premiers temps de cette affection, on put déjà noter un certain affaiblissement mental ; le malade ne se rendait pas du tout compte de son état. Dans ces dernières années il perdit la mémoire et la volonté ; il s'affaiblit beaucoup et ne fut plus capable de s'abstenir d'alcool. Je dois dire que fréquemment il ne savait pas au juste ce qu'il avait bu. Voilà trois ans, il eut une crise de délire. Tous les symptômes morbides rentraient dans l'ordre avec la suppression de l'alcool, mais c'était pour renaître avec plus d'intensité dès qu'il se négligeait ou recommençait à boire. Les erreurs de souvenir devenaient de jour en jour plus évidentes ; ce fut d'abord un mélange de vrai et de faux dans la conversation, puis vinrent des récits de pure fantaisie. Les idées délirantes continuant à se développer, on fut forcé d'amener le patient à la clinique.

Comme vous le voyez, la genèse du délire et sa signification clinique sont tout autres que dans les cas observés jusqu'ici. C'est encore là un exemple qui vous montre combien un symptôme, à lui seul, a peu de valeur. Le délire, envisagé en soi, ne suffit pas pour poser un diagnostic sur la nature de l'affection, tandis que l'ensemble clinique affecte une allure assez déterminée pour nous y autoriser. La conduite et le maintien irréprochables du malade pourraient nous faire pencher vers la paranoïa, hypothèse contredite par la confusion et la stupidité du délire ; ce dernier en effet, bien que des plus marqués pour l'instant, n'a exercé aucune influence sur l'impression que le malade reçoit de tout ce qui l'environne. A cet égard, il rappelle assez celui de la paralysie générale ou de la démence précoce ; mais nous

ne trouvons ni les signes physiques ni les actes illogiques non plus que l'affaiblissement intellectuel et émotif du paralytique; les troubles de la perception revêtent une intensité qu'ils n'ont pas dans la démence précoce. Ces remarques acquièrent d'autant plus d'importance que des altérations de la mémoire analogues à celles qui nous occupent s'observent au cours de ces deux affections, à un moindre degré il est vrai.

La psychose polynévritique ne se rencontre pas souvent; peut-être passe-t-elle volontiers inaperçue. La cause provocatrice réside presque toujours, semble-t-il, dans une intoxication de l'écorce d'origine quelquefois tuberculeuse, plus souvent alcoolique. La guérison survient au bout de plusieurs mois; ou bien on voit s'établir un état démentiel particulier et incurable, caractérisé par des erreurs de souvenir jointes à des signes de névrite (1). La suppression complète de l'alcool et les soins méticuleux constituent tout le traitement. Malheureusement le malade est venu chez nous trop tard.

(1) Le malade se trouve depuis cinq ans dans un établissement privé, sans changement dans son état.

DIX-HUITIÈME LEÇON

Alcoolisme chronique.

Messieurs, nous ne possédons que très rarement en psychiatrie des données étiologiques certaines ; plus exceptionnellement encore pouvons-nous déterminer la cause directe des phénomènes cliniques observés et établir ainsi leur pathogénie. Toutefois l'étude des diverses intoxications, et spécialement de celles que nous sommes appelés à voir tous les jours, nous permet dans une certaine mesure de réaliser cet objectif. Nous savons par exemple que l'intoxication alcoolique aiguë produit dans le cerveau des lésions faciles à mettre en évidence, qui se traduisent cliniquement par l'ivresse : affaiblissement de l'intelligence et enchevêtrement des idées accompagnés d'une exagération de l'excitabilité psycho-motrice, d'une diminution de la force musculaire et de troubles dans l'exécution des mouvements délicats. Il est en outre aujourd'hui admis que l'action d'une grande quantité d'alcool sur l'organisme se fait encore sentir vingt-quatre et quarante-huit heures après son ingestion ; l'accumulation régulière de petites doses crée également en quelques jours un degré constant d'inaptitude au travail intellectuel ainsi que d'autres phénomènes, le tout ne disparaissant que très lentement, quand bien même les malades n'absorbent plus de toxique. Ces faits, confirmés par l'expérimentation, nous amènent à comprendre et à expliquer

les manifestations psychiques qui marquent le début de l'intoxication alcoolique chronique.

Examinez ce jeune homme, un commerçant âgé de 33 ans, venu spontanément à notre clinique il y a quelques jours. C'est à peine si vous remarquez chez lui quelque anomalie. En pleine possession de soi-même, complètement lucide, il donne sur sa façon de vivre des renseignements complets et bien coordonnés. Cependant les traits du visage sont un peu bouffis et comme affaissés, les réflexes cutanés et oculaires fort exagérés ; on constate de plus un menu tremblement des doigts ; le voile du palais, ainsi que la muqueuse buccale, sont très rouges et un peu chargés.

Il est entré chez nous, dit-il, pour s'être livré à des excès de boisson. A l'école il aurait été excellent élève ; mais vers l'âge de 16 ans, grâce à l'habitude contractée auprès de son père, il se mit à boire régulièrement de la bière et petit à petit son goût pour cette boisson alla sans cesse en s'accentuant. Marié à 26 ans, il domina quelque peu son penchant à ce moment ; plus tard sa funeste habitude réapparut plus impérieuse que jamais, au point que presque toute la journée il se trouvait en état d'ivresse. Il était alors d'une excitabilité exagérée et pour le moindre motif se montrait grossier et vulgaire ; il se sentait abruti, négligeait son travail et mangeait à peine. Sur les instances de sa femme il se laissa conduire auprès de nous sans trop de difficulté, je dois l'avouer ; il demeura près de quatre mois à la clinique et tous les symptômes morbides se dissipèrent. Pressé par nos conseils de ne plus se livrer à la boisson, il suivit notre ordonnance pendant un an et demi. Il en retira un bénéfice considérable et récupéra une telle aptitude au travail qu'il put occuper un emploi bien plus avantageux qu'avant sa maladie. Sa femme notamment ne reconnaissait plus son mari, devenu gai, aimable et délivré du besoin d'aller au cabaret.

Il y a quatre mois il recommença à boire. Ce fut d'abord

par curiosité, raconte-t-il ; il voulait voir s'il pourrait mieux supporter la boisson ; ses camarades avaient aussi réveillé en lui le désir de boire et il n'osait leur refuser un verre et rester « en arrière d'eux ». Encore suffisamment capable de se maîtriser au début, il ne tarda pas à perdre tout empire sur lui-même. « Lorsqu'on a commencé à boire, explique-t-il, on est facilement excitable, comme en colère, et on boit sans savoir pourquoi. » Ces derniers temps il but énormément et presque rien que du champagne. Bien entendu il négligea ses affaires ; quand il s'aperçut qu'il lui était impossible de se dominer, il demanda à être ramené à la clinique.

Pendant tout ce récit, nous saisissons sur le vif l'état d'esprit humoristique et gai du malade. Il détaille son histoire comme il le ferait d'une plaisanterie. Il a bu depuis sa naissance, dit-il en riant ; le premier apprentissage de l'homme n'est-il pas de boire ? Tout en reconnaissant la gravité de sa situation, il cherche à enjoliver son penchant. Voilà deux traits caractéristiques, et vous ne les retrouverez que chez les buveurs. Prendre les choses les plus sérieuses en riant, ne se tourmenter de rien, rejeter toute responsabilité personnelle, c'est là une manière d'être qui tient à l'influence qu'exerce l'alcool sur l'affectivité. Jamais vous ne verrez un buveur, encore sous le coup du poison, s'attribuer à lui-même sa tendance à la boisson. Ce sont toujours les occasions particulières, le métier, les camarades qui sont coupables ; très souvent c'est la femme. Cette impossibilité de résister à la tentation et de se rendre exactement compte de la portée de ses actes relève surtout d'un affaiblissement extrême de la volonté. Il a suffi de quelques doses d'alcool absorbées en fort peu de temps pour enlever à notre sujet toute aptitude au travail. Aujourd'hui encore, quatorze jours après la cessation complète d'alcool, on met aisément en évidence chez lui des troubles considérables de l'intelligence : il commet par exemple nombre de fautes grossières en copiant les choses

les plus simples et il oublie avec une facilité inouïe. Ce sont là des symptômes que nous rencontrerons très fréquemment dans le tableau de l'alcoolisme chronique.

L'histoire de ce malade nous offre l'exemple classique de l'évolution qui préside à la grande majorité des cas d'alcoolisme chronique. Le début se manifeste par un appétit pour la boisson qui se dessine dès la jeunesse, à une époque comme la nôtre où le cabaret fait partie intégrante des mœurs. Petit à petit ce penchant à boire se développe, en général chez un bon vivant, peut-être un peu faible de volonté. Le sens moral s'émousse et les bonnes résolutions ne résistent pas à l'entraînement; mais grâce à l'abstinence totale, tous ces troubles disparaissent très rapidement. Il ne faut pas oublier d'autre part que chez les buveurs l'affaiblissement de la volonté engendré par le poison persiste fort longtemps, et c'est pourquoi les rechutes avec leurs multiples dangers sont toujours à redouter. Sachons aussi que la jouissance de l'alcool, même à petites doses, diminue bien vite la faculté de résistance. Aucun de ces malades ne commence à boire dans le but de s'enivrer; mais sous l'influence du premier verre, ils ne sont plus maîtres d'eux-mêmes et ils perdent progressivement tout pouvoir de se dominer. Notre sujet nous dépeint à merveille toute cette genèse.

Aussi doit-on ordonner aux buveurs l'abstinence complète pour obtenir une guérison durable, et encore se ménage-t-on bien des désillusions. Cependant dans la moitié des cas, dans les deux tiers même, par un laps de temps suffisant on arrive à une amélioration notable et prolongée. En face des formes aiguës, il n'y a jamais à reculer devant l'internement, car la volonté affaiblie du buveur subit dans les rapports quotidiens de l'existence des assauts continuels auxquels elle est incapable de tenir tête. Malheureusement nous ne possédons qu'un nombre très restreint d'asiles

d'alcooliques, si bien que l'on est forcé de soigner les buveurs dans les asiles ordinaires, et c'est là une circonstance qui empeche souvent de garder les malades le temps nécessaire à leur guerison. En général les buveurs ne sont presque toujours amenés dans les asiles que lorsqu'ils constituent un danger public, c'est-à-dire à un moment où ils présentent déjà des formes graves d'alcoolisme. Le pronostic n'est pas aussi sombre chez notre patient, car de lui-même il a la sensation très nette d'avoir besoin d'aide et il est spontanément venu deux fois à la clinique. Puisse cette rechute lui avoir montré en toute évidence que seule une abstinence complète est encore susceptible de le sauver ! J'espère que nous aurons par suite réussi non seulement à le rétablir aujourd'hui, mais encore à lui procurer une guérison définitive (1).

Voici un nouveau malade dont la situation est au contraire beaucoup plus sombre. Agé de 34 ans, il exerce la profession de tourneur en métaux et nous fut envoyé de l'hôpital il y a quelques jours. Il y était entré à la suite d'une querelle de ménage au cours de laquelle il avait pénétré de force, en brisant une porte vitrée, dans le domicile de sa belle-mère. Comme vous le voyez, cet homme est très tranquille et en pleine possession de lui-même. Sans aucune trace de désorientation, tant dans le temps que dans l'espace, il répond de façon sensée à tous les renseignements qu'on lui demande. Son instruction est des plus lacunaires. Tout en ne se montrant pas maladroit pour ce qui a trait aux incidents journaliers, il est pour ainsi dire tout à fait ignorant des choses de la politique, de la religion, de l'histoire et de la géographie. A propos des événements survenus chez lui récemment, il raconte qu'il soupçonnait déjà sa femme de le tromper. A coup sûr il n'avait aucune preuve, puisqu'il passait toute sa journée hors de chez lui. Mais il y a quatre

(1) Le malade, depuis neuf ans, est resté complètement abstinent et bien portant.

mois il avait remarqué certaines anomalies dans les rapports conjugaux ; dès cette époque il était devenu méfiant. Un médecin, qu'il avait consulté, lui avait bien répondu que la grossesse de sa femme, enceinte de quatre mois, suffisait à expliquer ces anomalies. Cependant, voilà quinze jours, en rentrant à la maison, il avait trouvé le canapé en désordre et en avait conclu que pendant son absence elle s'était livrée à un autre homme. Il lui fit une scène assez violente et, lorsqu'il revint le soir, elle était partie chez sa mère. Comme elle refusait de réintégrer le domicile, il sonna très violemment à la porte et les vitres se cassèrent « sans qu'il le fit exprès ».

Dans toute cette histoire nous avons quelque raison de présumer que nous sommes en face d'un délire de jalousie. Sur ce sujet il faut évidemment être d'une extrême prudence ; dans le cas présent toutefois, le vague du récit et surtout ces soupçons qui ne reposent sur rien réalisent les conditions d'un état pathologique. Toutes les remarques de notre malade ne constituent aucune preuve et sa jalousie n'a été éveillée par aucun fait précis ; ce sont au contraire des détails insignifiants qui ont acquis de l'importance, pour cette raison que la jalousie morbide existait au préalable. Le délire de jalousie ne représente pas en soi une maladie bien spéciale ; il se rencontre au cours des troubles mentaux les plus variés, notamment dans la sénilité, l'alcoolisme, le cocaïnisme. Cette dernière affection, par sa rareté même et les dépenses qu'elle exige, paraît fort improbable ici ; il y a beaucoup de vraisemblance à mettre l'alcoolisme en cause. Le malade nous dit, il est vrai, n'avoir jamais été ivre et se borner à boire « à sa soif », soit trois à quatre bouteilles de bière par jour, auxquelles viennent de temps à autre s'ajouter quelques chopes ; jamais il ne prend d'alcool, et il avait tant à travailler, ajoute-t-il, qu'à la maison il ne pouvait presque pas manger.

Nous commettrions une grosse erreur si, sur la foi de ces

renseignements, nous abandonnions l'idée d'alcoolisme. L'absence d'appétit tout d'abord est très sujette à caution ; ce symptôme d'ailleurs relève d'habitude de l'abus de l'alcool. La dose avouée par le patient est complètement suffisante, surtout lorsque l'on songe que les buveurs, malgré leurs tendances à exagérer la quantité de liquide qu'ils sont à même de supporter, sont toujours tentés de diminuer dans une large mesure le chiffre des litres qu'ils consomment journellement. Examinez avec soin ce malade. Vous voyez qu'il est beaucoup plus vieux que son âge : ses cheveux sont tout gris ; ses mains en extension sont agitées par un tremblement assez prononcé, ainsi que la langue quand elle est tirée hors de la bouche ; les réflexes tendineux sont très accentués. Il n'y a pas d'autres troubles somatiques ; mais ceux qui se constatent, et surtout le tremblement, répondent exactement à ce que l'on observe dans l'alcoolisme chronique.

Notre présomption se trouve ainsi presque confirmée. Consultons en outre les antécédents de cet homme. Nous relevons qu'il n'a pas cessé, jusqu'à présent, de faire des excès de boisson et qu'il consacrait à ce but la majeure partie de son argent. Toujours sous l'excitation de l'alcool, il était très enclin à des excès vénériens. Depuis six mois environ, il émettait des idées de jalousie vis-à-vis de sa femme ; il la malmenait et la maltraitait même au point qu'elle n'osait plus sortir. Son langage devenait grossier, et jusque devant ses enfants il n'avait aucune retenue. Lorsqu'on l'amena à l'hôpital, à la suite de la dernière scène, il était profondément endormi et certainement encore sous l'influence de l'alcool. Pour lui toutes ces histoires sont amplifiées ; il a bien eu par ci par là quelques disputes avec sa femme, mais sans l'avoir jamais battue ; une fois seulement il l'a peut-être un peu malmenée, et cela par sa faute, car elle ne lui avait pas fait à temps une communication importante. Quant à son infidélité, peut-être bien s'est-il trompé. Du reste il ne lui en dira plus un mot. De même il ne boira plus ; il a

déjà remarqué lui même que la boisson ne lui convenait pas.

Petit à petit le diagnostic d'alcoolisme se précise. Nous constatons chez cet homme tous les traits qui caractérisent l'abus de la boisson : absence d'intérêt supérieur, égoïsme qui porte le malade à employer tout son argent pour ses dépenses personnelles fort exagérées, perte de tout sens moral se traduisant par de mauvais traitements envers sa femme et par des scènes de violence en présence de ses propres enfants, enfin idées de jalousie si fréquentes chez les buveurs et qui sont apparemment le résultat de la répulsion inévitable qui finit par s'établir entre les époux. Cette dernière hypothèse est fort plausible, car cette jalousie entraîne très souvent à des actes de brutalité contre la femme. Ce symptôme est en outre dû aux altérations profondes du psychisme liées aux excès alcooliques déjà graves.

Que notre malade nie son attachement pour la boisson, il n'y a là rien qui doive nous surprendre. Pareil phénomène s'observe chez tous les buveurs, et vous le retrouverez chez les ivrognes qui ne veulent jamais faire l'aveu de leur ivresse. N'attendez pas non plus grand'chose des belles promesses du malade. Après quelque temps d'abstinence, tous les buveurs vous en feront d'analogues. Si même elles sont sincères et ne sont pas seulement dictées par le désir d'être plus rapidement mis en liberté, la volonté affaiblie du patient n'est jamais en état de résister aux tentations, même les plus insignifiantes. Chaque fois qu'on est en présence d'un cas d'alcoolisme un peu grave, une année de séquestration est nécessaire pour mettre le sujet à même de posséder une énergie suffisante. Nous n'avons malheureusement ni le droit ni le moyen de garder contre leur gré ces gens incapables de se dominer durant un laps de temps suffisant pour arriver à les guérir des troubles engendrés par l'alcool (1). Aussitôt après la

(1) Le malade insista si vivement pour rentrer chez lui qu'il fallut le renvoyer dès la première semaine. Son état s'est peu à peu aggravé au

disparition des symptômes les plus saillants, qui se produit très vite, sommes-nous obligés de les abandonner à leur destinée ; et pourtant, nous le savons, les récidives sont certaines, et ces individus vont être un danger évident pour leur entourage et principalement pour leur femme, témoin notre patient. Les sociétés de tempérance pourraient nous être d'un immense secours. En les prenant sous leur protection et en les suivant pendant longtemps, elles rendraient parfaitement abstinents le plus grand nombre de ces individus, ce à quoi ils ne sauraient prétendre par leurs propres forces.

Je vous présente maintenant un paysan de 44 ans qui, au premier examen du moins, vous offre un ensemble morbide tout à fait analogue au précédent. C'est son quinzième séjour dans notre clinique. On l'a toujours considéré comme frivole, quoique d'une famille soi-disant bien pensante. Après avoir été militaire pendant deux ans, il s'est marié à 24 ans et a aujourd'hui deux enfants en bonne santé. Il s'est adonné à la boisson à l'âge de 20 ans et a été interdit à cause des dépenses auxquelles il se livrait. Il ne boit que par périodes de quelques jours ou de quelques semaines, mais il absorbe alors des quantités invraisemblables et prend tout ce qu'il peut trouver, sans être cependant plus particulièrement ivre. Quand son impulsion à boire s'empare de lui, personne n'a le pouvoir de l'arrêter. Il menace sa femme et la force à lui donner de l'argent ; même au milieu de la nuit, il court à toute vitesse au cabaret le plus proche. Toute sa façon d'être trahit alors son excitation : ses yeux sont brillants, il parle avec volubilité, il ne reste pas en place, il va d'un café à l'autre, gagne les villages environnants par chemin de fer ou dans une voiture, il invite le premier venu et jette l'argent à pleines mains. Les sommes qu'il gaspille dans ces circonstances sont souvent très

point que sa femme fut obligée de demander le divorce il y a quatre ans. Il continua à boire et doit être atteint de tuberculose pulmonaire.

importantes ; en deux jours il a dépensé 130 marks qu'il avait portés à la caisse d'épargne un peu auparavant.

Au bout de quelque temps, le besoin qui le pousse à boire d'une façon si brutale s'évanouit. Il ne sait alors plus ce qu'il a fait ni où il a donné son argent. Honteux de ce qui s'est passé, il se remet à vivre très sobrement, sans toucher à une goutte de boisson alcoolique. Son poids diminue beaucoup pendant la période où il boit, mais revient petit à petit à la normale. Les premières années, ces accès ne se montraient que tous les trois mois ; plus tard, il se répétèrent plus souvent et finirent par récidiver tous les huit jours. Dans ces sept dernières années, c'est-à-dire depuis que nous connaissons le malade, l'affection s'est un peu améliorée. Certaines périodes de calme ont même duré plusieurs mois. Mais en général la marche de la maladie est assez irrégulière.

Chez cet individu de haute taille et même solidement bâti, il est impossible, vous le voyez, de relever le moindre trouble somatique. Très maître de lui et parfaitement au courant de son état, il se plaint de pression dans la tête. Par opposition à notre malade précédent, il a un vif désir d'être guéri. « Il faut que je boive, dit-il, et je n'en ai pas envie. » Quand ses accès le prennent, il se sent devenir de mauvaise humeur et éprouve une sorte de gêne intérieure qui l'oblige impérieusement à boire. « Toute la journée boire, boire encore ; il faut boire, raconte-t-il, de gré ou de force il faut boire. C'est comme une impulsion qui vous pousse. Puis ça disparaît brusquement comme si ça se détachait de moi. Quand ça me prend, il faut que j'aille au cabaret ; quand tout est passé, j'ai un dégoût profond de ce que j'ai fait. On aurait alors beau me donner de l'argent, je n'aurais plus d'impulsion. » Ce récit, qui concorde du reste avec les renseignements fournis par sa femme, n'est pas celui d'un buveur ordinaire. Il s'agit de cette forme d'alcoolisme désignée sous le nom de « dypsomanie ». Elle se caractérise par des accès impulsifs et périodiques de besoin de boire, tandis que

dans les intervalles les malades sont tout à fait sobres.

Comme vous pouvez le constater sans peine, chaque accès se manifeste par une période de mauvaise humeur, par une sensation de malaise et d'inquiétude que seule l'ingurgitation de boissons alcooliques parvient à calmer. Puis, sous l'influence de l'alcool, éclate une période d'excitation qui force encore à boire, jusqu'à ce que l'accès s'arrête brusquement. Pour avoir une idée exacte de ce que sont ces « ivrognes à répétition », il est indispensable de tenir compte de deux faits de grande valeur. Tout d'abord nous observons très souvent ces accès chez des malades qui sont d'indubitables épileptiques ; de plus, après la suppression radicale de l'alcool chez ces dypsomanes, — et c'est le cas pour notre malade, — on voit ces accès revêtir l'allure d'une simple période de dépression passagère, en tout semblable à ce que l'on note dans l'épilepsie.

Je pourrais vous montrer toutes les formes de transition possibles entre la dypsomanie et l'épilepsie vulgaire. Ainsi certains malades, à côté d'accès convulsifs graves, ont des périodes de dépression avec une légère teinte dypsomaniaque. Dans une série de faits on note, en dehors des crises de dypsomanie, des syncopes et des étourdissements. Enfin, au cours d'autres observations, telle par exemple celle de notre malade, la dypsomanie représente le seul phénomème morbide. Pour toutes ces raisons, je ne puis voir dans la dypsomanie qu'une des manifestations si variées de l'épilepsie. Bien que l'ingestion de boisson semble occuper la place prépondérante dans le tableau clinique, elle n'est qu'un symptôme secondaire, concomitant, et qui par lui-même est sans aucun rapport avec la cause même de l'affection. La boisson, c'est incontestable, aggrave cette dernière dans une large mesure ; mais les choses s'enchaînent de la même façon que dans les autres formes d'épilepsie où nous avons également constaté des accès d'étourdissement et d'ivresse pathologiques.

Les dypsomanes, tout en ayant de grandes analogies avec les buveurs vulgaires, en diffèrent cependant très sensiblement. En fait, les troubles généraux dus à l'alcool sont beaucoup moins sérieux chez le dypsomane, grâce au peu de durée des accès, quelquefois cependant singulièrement violents. Par suite, le pronostic se présente communément sous un jour plus favorable au point de vue de l'alcoolisme en lui-même que chez le buveur ordinaire. Mais l'abstinence ne s'acquiert qu'au prix d'une éducation suffisamment soignée et prolongée. Nous n'avons malheureusement pas pu obtenir pareil résultat chez notre sujet. Les malades sont-ils assez intelligents et énergiques pour éviter toute leur vie les boissons alcooliques, les accès se présentent alors presque toujours sous forme de légères modifications de caractère en même temps qu'ils s'espacent petit à petit. En face d'un tel état de choses, il faut recommander le repos du lit et donner selon les circonstances d'assez fortes doses de bromure. Notre patient a souvent échappé à un accès en absorbant dès les premiers symptômes deux grammes de sulfonal ou de trional par jour. Il dormait après cela aussi longtemps que nécessaire, et en un ou deux jours toute envie de boire était évanouie (1).

(1) Ce malade rentre chaque année pour quelque temps à la clinique, tantôt avant, tantôt pendant, tantôt après l'accès. Dans l'espace de onze années il est revenu trente-deux fois.

DIX-NEUVIÈME LEÇON

Morphinisme et Cocaïnisme.

Messieurs, il n'est pas de médecin, je crois pouvoir l'affirmer, qui ne considère comme un principe absolu de ne pas nuire à ses malades. Cependant je dois vous entretenir aujourd'hui de troubles mentaux, malheureusement trop fréquents, qui relèvent presqu'exclusivement de fautes professionnelles. Je vous présente tout d'abord un paysan âgé de 44 ans, qui reçut il y a vingt et un ans un coup de feu dans le côté gauche. Le bassin fut atteint et l'os iliaque un peu lésé. A la suite de son accident, cet homme éprouva dans les cuisses des douleurs extrêmement violentes qui s'exagéraient par la marche et pour lesquelles il se soumit à toute une série de cures thermales. Le projectile ne fut extrait que cinq ans plus tard, mais les phénomènes douloureux persistèrent malgré cela.

Dès le début, on eut recours à la morphine et le malade se fit bientôt lui-même ses injections ; c'est dire qu'elles furent pratiquées sans précaution ni asepsie ; aussi provoquèrent-elles des abcès multiples. Le malade résolut alors, voilà seize ans, d'avaler sa morphine. Naturellement, comme dans tous les cas de ce genre, ce médicament ne tarda pas à lui être indispensable. Ne l'avait-il pas absorbé, il se sentait fatigué, engourdi, oppressé et infailliblement il revenait au poison. En outre les doses primitives n'étaient plus suffi-

santes, et pour obtenir le soulagement désiré, il se vit contraint de les augmenter dans de fortes proportions. Il essayait bien de les diminuer de temps à autre, mais c'était sans succès ; chaque fois, sous peine d'endurer les pires souffrances, il revenait aux quantités antérieures. Il semble n'avoir ingéré à certains moments que 0 gr. 06 par jour, voire moins ; mais récemment il allait jusqu'au double et au triple, et encore, à l'instar de tous les malades de ce genre, son estimation est-elle sujette à caution.

Au premier abord, il est très possible que vous ne remarquiez rien de particulier chez cet homme qui nous raconte son histoire avec calme et bon sens. Il trouve extrêmement désagréable d'être constamment forcé d'ingérer son médicament. Il nous exprime son vif désir d'être délivré de cette obligation, et cela d'autant que la morphine n'a plus d'action sur sa lésion ; elle calme tout simplement les douleurs, qui réapparaissent régulièrement après sa suppression. Il a la sensation d'être plus faible qu'autrefois ; il dort mal, n'a plus d'appétit et son état général baisse tous les jours. Il est néanmoins d'une parfaite constitution. Les pupilles sont étroites, signe caractéristique de l'intoxication opiacée, et les mains tremblent un peu. Les deux bras, les cuisses et la poitrine sont tout couverts de cicatrices nacrées et apparentes, reliquat des anciens abcès produits par les piqûres ; au niveau des deux coudes, leur rétraction est telle qu'elles gênent les mouvements articulaires. C'est là un symptôme pathognomonique de l'abus de la morphine ou d'autres poisons analogues ; il ne manque que dans les cas exceptionnels où le médicament a été pris à l'intérieur. De l'ancienne blessure ne persiste qu'une trace insignifiante et à peine sensible au bord supérieur du bassin. Je n'ai pu relever aucun trouble moteur dans la jambe gauche. Le patient se plaint de fourmillements intolérables dans la plante des pieds et dans les orteils, de douleurs dans la cuisse pendant la marche et d'une série d'autres sensations pathologiques, mais

je crois que le tout ne reconnaît d'autre cause qu'un besoin de morphine. La mémoire et l'intelligence ne paraissent pas atteintes ; dans le domaine de l'émotivité existe peut-être quelque tendance à se plaindre sans raison.

Pour n'être guère prononcés à un premier examen, les phénomènes pathologiques créés par cet abus prolongé de la morphine n'en sont pas moins d'une extrême gravité. Des expériences nous ont montré l'action de l'opium sur le psychisme de l'individu ; nous savons que cette substance, si elle facilite le travail intellectuel, affaiblit par contre considérablement l'énergie et paralyse même la volonté. Ce dernier point est surtout patent dans le morphinisme chronique et c'est lui qui y domine toute la scène morbide. Les malades s'amollissent, perdent leur activité, leur résistance, leur ardeur au travail ; en un mot ils sont atteints dans toutes leurs forces vives. De plus, l'excitation intellectuelle que donnent de petites doses fait bientôt place à toutes espèces de symptômes diamétralement opposés ; ce sont des inquiétudes intérieures extrêmement pénibles avec un sentiment d'anxiété ; puis ce sont des bâillements, des éternuements, des vertiges, de la diarrhée, des crises de sueurs, des palpitations et une foule d'autres sensations qui incitent encore le malade à l'absorption d'une nouvelle quantité de poison. En même temps se manifeste invariablement une susceptibilité exagérée à la plus petite douleur physique ou morale. Pour le moindre motif les malades se servent de leur seringue et la morphine devient le but unique de leur vie, primant toutes les autres considérations, régnant en maîtresse absolue et exerçant surtout son empire sur la sphère de la volonté. L'insomnie, l'affaiblissement de l'état général, l'atténuation de la résistance corporelle, la diminution des fonctions sexuelles viennent enfin parfaire ce tableau clinique.

Il est malheureusement très difficile de guérir cette funeste passion. Nous avons commencé par supprimer la morphine, ce à quoi on réussit toujours en deux ou trois semaines. La

suppression brusque est dangereuse, à cause de la possibilité du collapsus. Les malades avouent en général une dose beaucoup plus forte que la dose réelle ; ils prennent constamment aussi une quantité bien supérieure à celle que nécessiterait le soulagement de leurs souffrances. Au début de la cure on peut donc aller assez vite. Chez notre malade par exemple nous avons donné le premier jour 0 gr. 16 de morphine, le second jour 0 gr. 12 seulement, et aujourd'hui, après quatorze jours, nous sommes tombés à 0 gr. 04. Les douleurs ont été assez légères ; mentionnons un peu d'agitation et d'insomnie, quelques bâillements, quelques éternuements et un peu de diarrhée ; l'appétit n'a pas cessé d'être à peu près satisfaisant. D'ici trois ou quatre jours la suppression du toxique sera, nous l'espérons, complète. Je dois dire encore que nous avons l'habitude de réserver pour le soir la dernière dose permise, et cela afin de limiter à la journée les douleurs et autres incidents du sevrage. Le malade est resté rigoureusement au lit, soutenu par une nourriture aussi substantielle que possible dont les laitages constituaient la base ; on lui donnait enfin tous les jours un grand bain chaud. Actuellement, je me crois autorisé à le proclamer hors de danger.

Mais ce n'est là que la première partie de notre tâche ; nous avons encore à prévenir les rechutes, et celles-ci sont fréquentes. Comme l'alcool, la morphine en excès affaiblit considérablement la volonté, et à l'ennui le plus anodin, à la plus insignifiante douleur, les malades demandent immédiatement à leur seringue de les consoler. Les choses se prolongent ainsi très longtemps, des mois et même des années. Le morphinomane, lui, se regarde comme guéri dès qu'il a passé quelques jours sans injection. Si cette déplorable illusion personnelle ne s'est pas évanouie à tout jamais et si le morphinomane, à l'instar de l'alcoolique d'ailleurs, n'est pas soumis à une surveillance étroite et suffisamment prolongée, le pronostic garde toute sa gravité. Je taxe de duperie

véritable et tout à fait inexcusable ces réclames alléchantes que certains médecins lancent dans les journaux : « Morphinisme guéri en trente jours sans danger et sans douleur. » Supprimer la morphine en un mois sans aucun accident est facile à coup sûr ; mais prétendre de la sorte guérir les malades, c'est se tromper soi-même ou c'est exploiter les patients. Les malheureuses victimes de ces réclames vont d'asile en asile, après avoir perdu toute confiance en elles et en leur médecin.

Il est malaisé de prédire l'avenir réservé à notre sujet. Quoique nous lui ayons montré à quel danger il s'expose en retournant dès maintenant chez lui, il n'en est pas moins résolu à nous quitter, et cela après sept à huit semaines de traitement. Il n'a jamais usé, il est vrai, que de petites quantités ; c'est d'autre part un homme sérieux dont l'énergie ne semble pas trop atteinte. Et cependant je me garderai bien d'affirmer qu'il ne reviendra pas un jour à l'opium. Je m'empresse d'ailleurs d'ajouter que les douleurs qui ont motivé l'emploi de la morphine sont des plus supportables (1).

Voici par contre une femme de 44 ans, mariée à un tanneur, dont la situation est autrement sérieuse, car elle vous représente un exemple typique de morphinisme grave. Elle est en pleine possession d'elle-même et se rend compte à merveille de son état ; elle est cependant d'humeur très excitable. Lui parle-t-on d'abus de morphine, la voilà aussitôt en colère : son médicament lui a été enlevé, mais elle le reprendra à la première occasion ; du reste elle s'étranglera dès qu'elle le pourra, ce qui est extrêmement facile. Physiquement, c'est une femme petite et d'un état général précaire ; les dents sont mauvaises ; la langue, un peu chargée, est agitée d'un tremblement qui se retrouve au bout des doigts ; l'œil droit présente un coloboma consécutif à une iridectomie antérieure ; les deux bras et les flancs sont sillonnés d'innombrables cicatrices nacrées.

(1) Le malade mourut dix ans après sa sortie. Il n'aurait pas repris de morphine.

Elle a déjà été ici il y a quatre ans. Son père était buveur et sa grand'mère maternelle paralysée. Elle s'est mariée voilà treize ans et a deux enfants en bonne santé. L'origine de l'affection actuelle remonte à dix-sept ans. On dut autrefois en effet l'opérer d'un glaucome et un médecin lui prescrivit alors de la morphine. Puis sa garde-malade, elle-même morphinomane, continua ces injections, si bien qu'elle en contracta rapidement l'habitude. Au début elle se procurait la morphine grâce à une ordonnance ; plus tard elle obtint qu'un pharmacien lui en délivrât sans prescription. Pour trouver l'argent nécessaire, elle vendait en cachette des peaux ou puisait dans le coffre-fort de son mari. Celui-ci pratiquait lui-même ces derniers temps les injections, mais jamais en quantité suffisante ; aussi sa femme inventait-elle toutes sortes de moyens pour se satisfaire : elle s'administrait par exemple la morphine contenue dans une bouteille, mettait de l'eau à la place et renversait le flacon pour que l'on crût à un accident. En l'espace de dix ans, elle usa pour plus de mille marks de morphine, au point d'ébrécher la situation pécuniaire de sa famille. La morphine constituait tout le but de son existence. Sa santé périclitait de plus en plus ; sous le coup d'une perpétuelle anxiété, elle ne pouvait pas vivre sans injection ; elle ne mangeait plus, ne dormait plus et se cachectisait petit à petit ; ses règles enfin étaient complètement suspendues.

L'année dernière la malade se mit à boire. Pour lui retirer sa morphine on ne recula devant aucune tentative, mais elles échouèrent toutes ; à la longue son mari se décida à l'amener à la clinique. Elle aurait absorbé alors de un à deux grammes de morphine par jour. Cependant nous avons réussi sans aucune difficulté à supprimer tout à fait en cinq jours l'usage du toxique, ce qui me permet d'affirmer que ce sont là des chiffres certainement exagérés. Nous n'avons eu à noter qu'un peu d'agitation, quelques accès d'oppression et de la diarrhée. Mais après toute cette

période de sevrage la malade s'est montrée fort irritable ; quoiqu'ayant souvent manifesté le désir de guérir, elle se promettait de se procurer de la morphine dès qu'elle le pourrait. Dans la suite son poids augmenta ; elle devint plus raisonnable et plus confiante ; la rechute, disait-elle, n'était plus à craindre. Elle ne resta pas davantage ici et avec l'assentiment de son mari quitta la clinique sans y avoir passé deux mois pleins. Dans ces conditions une récidive était évidemment fatale et la malade nous avoue avoir recommencé les injections dès son premier jour de liberté. Mais son mari ne s'en aperçut qu'au bout d'un an. Les troubles somatiques anciens ne tardèrent pas à renaître ; aussitôt qu'elle n'avait plus de morphine, elle était obligée de garder le lit, se sentant très déprimée et se plaignant de battements de cœur. Elle cherchait par tous les moyens possibles à trouver du toxique : « J'aurais volé, dit-elle ; un morphinomane n'a aucune pudeur. » Elle absorbait environ un gramme de morphine par jour, si nous l'en croyons. Nous avons tout d'abord réduit cette quantité du tiers et nous avons encore rapidement baissé les doses suivantes. La première nuit, elle fut déjà très agitée et accusa des douleurs dans les jambes, des sueurs et de l'oppression. « Vous ne pouvez vous faire une idée de mes souffrances, gémissait-elle ; personne ne peut m'aider, personne, pas même un ange du ciel. »

En dix-sept jours, la quantité de morphine tomba à 0 gr. 04. A ce moment la patiente vit des fourmis sur les draps et entendit son mari lui adresser des reproches. Deux jours auparavant, elle avait déjà brisé sans motif les carreaux d'une fenêtre. Sa confusion était complète ; elle parlait seule, tenait des propos incohérents, apercevait dans la tannerie de son mari les robinets des baquets de couleur grands ouverts et laissant couler tout le liquide ; elle chassait les punaises et autres insectes qui couvraient son lit. De temps en temps elle se ressaisissait ; elle craignait alors de devenir

folle et éprouvait, disait-elle, la sensation d'une grosse planche devant la tête. On constatait aussi qu'à certains moments ses mains se mettaient à trembler très fortement. En général elle ne savait pas où elle se trouvait; elle tutoyait le médecin et passait de la gaieté à l'effroi et à l'anxiété. Quand on lui appuyait sur les globes oculaires, elle avait l'impression de regarder de l'eau ; c'était du reste la seule hallucination qu'on pût provoquer. Mais elle demandait qu'un paravent placé en face de son lit l'empêchât de voir l'homme qui tenait devant elle un écriteau portant ces mots : « On ne doit pas se faire d'injections. » Cet état délirant se prolongea environ une semaine, avec des oscillations très variables ; aussi nous fut-il impossible d'abaisser la dose journalière de plus d'un centigramme. Aujourd'hui, comme vous le constatez, cette femme a repris possession d'elle-même, quoiqu'encore confuse et irritable. Je pense que dans deux ou trois jours, le sevrage sera terminé.

Le pronostic est ici beaucoup plus mauvais que chez notre précédent malade. Les doses de poison ont toujours été très élevées, et cela depuis plusieurs années ; de plus la patiente manque de retenue et a une grande faiblesse de volonté, symptômes qui, tout en relevant de l'abus de la morphine, préexistaient plus ou moins avant l'usage de cette dernière. La première tentative de sevrage a raison de son désir de briser les chaînes auxquelles la rive son intoxication. Enfin, dominée par son insatiable besoin de se procurer de la morphine, elle n'a déjà pas hésité à contrevenir aux règles de la morale, comme, hélas! il arrive souvent chez les morphinomanes dont l'appétit pour le poison n'est jamais assouvi. Cette perte du sens moral, chaque fois que l'intoxication morphinique entre en jeu, montre à merveille l'influence considérable du poison sur le psychisme de l'individu, malgré la conservation presque totale de la mémoire et de l'intelligence (1).

(1) D'après son mari, cette femme ne prendrait plus de morphine depuis six ans.

La période de sevrage se complique encore chez cette femme de l'adjonction d'un état délirant spécial. Il existe en effet assez communément chez les morphinomanes des troubles qui ne sont pas imputables au toxique. Ici notamment, l'ensemble du tableau clinique plaide en faveur du rôle surajouté de l'alcoolisme, et de fait la malade reconnaît elle-même avoir eu souvent recours à l'alcool pour calmer ses douleurs. Bien des fois c'est le médecin qui prescrit l'alcool et le patient ne manque pas alors d'associer les deux toxiques. La cocaïne de son côté ne vaut guère mieux. On l'a beaucoup prônée jadis comme le véritable antidote de la morphine, mais on s'est vite aperçu que le remède était pire que le mal. Notre malade, sur la recommandation d'un médecin, a également employé il y a sept ans la cocaïne. Le résultat ne s'est pas fait attendre : au bout de huit à quinze jours elle était inquiète et agitée et entendait des voix parler sur son compte. Son mari la menaçait ; elle se croyait au sommet d'une tour, entourée d'anges qui voulaient la précipiter dans le vide. Aussitôt l'usage de la cocaïne suspendu, les hallucinations se dissipèrent.

Examinez enfin ce jeune dentiste de 26 ans, sorti depuis peu d'un établissement spécial pour morphinomanes ; il nous offre un type clinique à peu près analogue au précédent. Morphinomane depuis quelques années, il entra dans ledit établissement il y a huit mois. Les deux premiers mois tout alla très bien, et cela jusqu'au jour où la dose quotidienne tomba à 0 gr. 02. Les premiers phénomènes de sevrage se manifestèrent à ce moment. Le malade aussitôt reprit 1 gramme de morphine, car, comme tous les morphinomanes, il avait mis en réserve une certaine quantité pour parer à toute éventualité. Il réussit à tromper le médecin assistant, qui « n'avait pas encore, dit-il, l'habitude nécessaire pour connaître à fond les morphinomanes. Du reste la majorité des malades trichaient et le médecin ne s'en apercevait pas ». Plus tard survint une inflammation de la paroi thoracique et à cette

occasion la dose journalière remonta à 1 gramme. Ultérieurement encore un autre malade qui, sous prétexte d'être à même de supporter son sevrage, se pratiquait aussi des injections, en fit un certain nombre à notre jeune dentiste afin de s'assurer sa discrétion. En un mot, la cure de notre sujet n'aboutit à aucun résultat.

Finalement le directeur le renvoya, arguant qu'il y avait impossibilité à le traiter par le sevrage rapide. Aucun médecin ne voulait plus à cette époque lui donner de morphine ; il but dans une pharmacie « un cognac opiacé » et acheta une solution de morphine et cocaïne dont il s'administra aussitôt une partie, gardant le reste pour son voyage. L'association de la cocaïne à la morphine lui avait été recommandée par son médecin comme susceptible de rendre les injections indolores. A peine avait-il quitté l'établissement qu'il s'aperçut avec effroi avoir oublié sa morphine. Il songea bien à renouveler sa provision dans une pharmacie, mais on le soupçonna d'être morphinomane et on ne lui délivra que 0 gr. 13 de toxique. Il retourna alors en cachette à la maison de santé et le surveillant lui remit une bonne quantité de poison. Il s'en injecta une assez forte dose pour être capable de supporter le voyage. Peu après, il s'endormit et tomba entre les mains d'un voleur qui lui déroba sa montre et son argent. Ayant porté plainte aux agents de police, il leur fit l'impression d'un malade et on le mena à l'hôpital. Là, il eut un délire si violent et si complet qu'on nous l'envoya il y a huit jours.

Chez nous cet homme était tout à fait perdu ; il ignorait où il se trouvait et n'avait aucune idée de sa situation. Quoique sa compréhension fût très obscure, il était poussé à parler par un besoin impérieux, par une sorte d'impulsion. Il entamait le récit des derniers incidents qui lui étaient arrivés, puis s'arrêtait sans plus savoir ce qu'il voulait dire. Il eut aussi des hallucinations qu'il nous raconta plus tard. A l'hôpital il voyait des rats, des souris, des chats sauter dans sa

cellule et grimper sur ses jambes en le mordant ; il criait alors et cherchait à se sauver. C'était du spiritisme, et ces animaux avaient traversé le mur au moyen de l'hypnotisme. Les draps de son lit prenaient l'aspect de deux hommes, dont l'un déjà autopsié. Il apercevait en outre, assis dans un trou de la cloison, un vieillard extrêmement âgé qui donnait une représentation. Une de ses tantes avait devant lui des rapports sexuels avec un gardien ; elle obligeait à l'imiter sa propre sœur qui n'avait qu'onze ans. Il entendait l'enfant crier et sa tante la consoler. Il dit alors lui-même à cette dernière de ne pas choisir des hommes aussi forts. Une autre enfant de six à sept ans était traitée de la même façon. La tante allait quérir les hommes dans la rue et les conduisait au lit où se trouvaient les petites filles. Il assistait aussi à un meurtre ; le militaire tirait un coup de feu et les pompiers envoyaient tant d'eau que sa cellule en était inondée. A la clinique, le malade voyait des poissons dans son bain, entendait tirer des coups de feu ou écoutait des voix venant du dehors. Au point de vue somatique, on relevait une hyperesthésie très marquée des gros troncs nerveux, un tremblement de la langue, plusieurs abcès et un embarras gastrique aigu. Les pupilles étaient très dilatées, bien que le malade prît 0 gr. 03 à 0 gr. 04 de morphine par jour.

Sans tarder, devant une telle excitation et un tel bavardage nous avons mis ce malade dans un bain ; nous l'avons nourri aussi substantiellement que possible avec la sonde après lui avoir lavé l'estomac et nous lui avons donné quelques petites doses de morphine et de caféine. Le lendemain même son état s'était considérablement amélioré. Il mangeait seul, les hallucinations avaient disparu ; cinq jours plus tard la morphine était complètement supprimée. Les troubles du sevrage, sueurs, bâillements, éternuements, ont été modérés ; mais persistent encore des idées un peu obscures et embrouillées. De temps en temps il était de mauvaise humeur, légèrement anxieux et surexcité ; il allait

même jusqu'à la menace. Il écrivait toutes sortes de phrases incohérentes et sans suite, répétait les mêmes lettres, changeait les syllabes de place. Son écriture était tremblée et incertaine. Ces troubles furent de courte durée. Son poids a augmenté de 6 kgr. 500 et il a recouvré le sommeil ; après six semaines de séjour ici, il est en assez bon état. Ses cicatrices seules rappellent la phase aiguë qu'il a traversée. Il se rend très bien compte de sa maladie et est plein de confiance dans l'avenir ; en jurant de ne plus jamais toucher à une seringue, il réclame sa liberté. Sa mère insiste dans le même sens. Après ce que je vous ai dit plus haut, vous comprendrez que nous n'accédions à son désir qu'à contre-cœur ; nous n'avons toutefois aucun droit de le retenir. En réalité, la cure a été beaucoup trop courte pour que la guérison soit définitive (1).

Dans cette observation, il faut relever l'accès de délire qui a duré dix jours et dont la vivacité rappelle jusqu'à un certain point le délire alcoolique. Il n'est pas impossible que le cognac opiacé en soit responsable ; mais certains traits me portent bien plutôt à incriminer l'action de la cocaïne. Toute cette série de troubles, sensations de morsure, histoires génitales, besoin de parler, de bavarder et d'écrire, dépendent bien plus du cocaïnisme que de l'alcool. Mais il est délicat de distinguer ce qui appartient en propre à chacune des deux intoxications ; ce que je puis en tout cas affirmer, c'est que cet état n'a pas pris naissance sous la seule influence de la morphine.

Ces exemples nous montrent la lourde responsabilité qui incombe aux médecins dans l'étiologie du morphinisme. Ils sont, il est vrai, eux-mêmes très souvent morphinomanes et sèment précisément alors autour d'eux le mauvais exemple. Leur faute est d'autant plus inexcusable que, mieux que personne, ils doivent savoir combien ce poison rend

(1) Malheureusement je n'ai plus eu de nouvelles de ce malade.

l'existence pénible. N'oublions pas non plus qu'il est extrêmement aisé de se procurer partout la morphine qu'on désire. Notre code est demeuré complètement impuissant sur ce point. Le seul moyen d'action vraiment efficace contre la morphinomanie est entre les mains des médecins ; ils ont l'obligation de bien envisager la résponsabilité qu'ils assument en usant de morphine couramment et longtemps chez un même malade.

VINGTIÈME LEÇON

État terminal de la paralysie générale.

Messieurs, les états terminaux des diverses maladies que nous avons l'occasion d'observer en clinique représentent, me semble-t-il, les phases les moins aléatoires et les plus caractéristiques pour l'établissement d'un diagnostic définitif. Nous avons vu bien souvent quels multiples aspects est susceptible de revêtir une même affection. La variabilité des tableaux morbides est telle que dans nombre de cas il paraît impossible de remonter à leur cause véritable et de déterminer le processus dont ils dérivent. Mais une fois les phénomènes concomitants disparus, persiste toujours, au moins dans les formes incurables, un syndrome mental particulier qui, lui, reflète la nature exacte du mal. La connaissance approfondie des états terminaux nous permet alors de préciser l'affection générale dans ses traits fondamentaux et de la dépister, quand bien même ces derniers seraient plus ou moins masqués par des symptômes surajoutés et transitoires. Grâce à l'analyse de ces troubles au déclin, nous arrivons à différencier et à isoler les signes cardinaux. Mais, sans parler de ce point de vue purement théorique, la simple étude des périodes terminales n'en offre pas moins une très grande importance. C'est elle qui donne au clinicien toute latitude pour prévoir la marche des faits qu'il constate, besogne qui en psychiatrie est peut-être d'un plus grand

intérêt qu'en médecine générale. Car en face de l'impuissance de nos moyens thérapeutiques, ne constitue-t-elle pas maintes fois la seule satisfaction réservée au médecin ?

La paralysie générale est une de ces affections où la période terminale est constamment uniforme et qu'on réussit par conséquent à reconnaître, malgré la complexité de ses formes cliniques. Idées de grandeur, délire de petitesse, phases d'excitation et de dépression, hallucinations, le tout aboutit à un état démentiel spécial des plus nets, accompagné de paralysies. La terminaison est toujours identique, à condition toutefois que ne survienne pas quelqu'autre incident. En outre, les cas si fréquents qui se résument uniquement en un affaiblissement progressif nous prouvent à l'évidence combien sont différents du fond même de la maladie les troubles qui sautent aux yeux dès le début et qui n'ont que la valeur de manifestations associées.

Voici par exemple un mécanicien de 41 ans, chez lequel vous n'avez aucune peine à diagnostiquer un état démentiel fort prononcé. Il répond lentement et péniblement aux questions qu'on lui pose. Il ne sait pas au juste où il est et se croit « dans une maison d'hydrothérapie où l'on traite des névropathes ». Les dates du mois et de l'année lui sont inconnues; il ignore également son âge, l'époque de son mariage, la durée de son séjour ici ainsi que les noms des médecins qui le soignent. Son instruction est aujourd'hui très précaire. Bien que lisant avec assiduité le journal, il s'imagine que le Wurtemberg est une république. « Le kronprinz va devenir président, dit-il, Georges ou comment s'appelle-t-il. » La bataille de Sedan aurait eu lieu le 10 ou 12 septembre et les autres batailles de 1870 furent livrées à Königgratz, à Belfort, à Saarlouis. Le moindre de ses calculs renferme des fautes grossières, ce qui ne l'empêche pas d'être toujours satisfait du résultat et de se considérer comme un calculateur de tête émérite. Son séjour parmi nous ne lui est pas désagréable ; tout en se refusant la qualité d'aliéné, il s'y trouve

très bien. Tout au plus serait-il un peu nerveux. Ouvrier fort actif dans une fabrique de papier, il a dû travailler de longues heures au milieu d'une extrême chaleur. D'une indifférence parfaite, il se s'occupe pas de sa santé et se laisse mener comme on veut, sans l'ombre de résistance.

Cette courte conversation met assez en relief les troubles prédominants de la mémoire et de l'orientation, l'affaiblissement du jugement et l'apathie pour que l'idée de paralysie générale vienne immédiatement à l'esprit. De plus, au point de vue somatique, nous notons une mollesse et un affaissement bien particuliers des traits du visage qui restent figés et sans expression. Le malade tire-t-il la langue, vous voyez des petits tremblements et des secousses sillonner tous les muscles de la face et du cou. La pupille droite est plus grande que la gauche ; toutes deux sont insensibles à la lumière. Un tremblement léger et continuel agite les mains ; la force musculaire est très affaiblie, les mouvements lourds et maladroits. Les réflexes tendineux présentent une exagération notable et vous pouvez provoquer un léger clonus du pied. Dans la station debout avec les yeux fermés, vous constatez aussi un certain degré de balancement. La sensibilité cutanée est singulièrement diminuée ; quand j'attire l'attention du sujet sur une épingle que je lui ai enfoncée dans la main à son insu, il manifeste un profond étonnement. La marche est pénible, l'écriture incertaine. Signalons enfin de sérieuses altérations du langage ; outre l'achoppement syllabique, que les mots un peu compliqués laissent aisément percevoir, l'aphasie y participe pour une part. Ainsi le malade est incapable d'indiquer les noms des objets qu'il connaît le mieux, mais il approuve aussitôt qu'on les lui nomme.

Un examen plus détaillé confirme donc de tous points notre diagnostic. Vous retrouvez tous les traits fondamentaux de la paralysie générale, sans que cependant vous releviez aucun délire ou aucune des modifications de caractère

observées chez les malades que nous avons vus autrefois. Il pourrait évidemment s'agir aussi d'une phase avancée de l'affection ; ce n'est toutefois pas le cas. Cet homme est né d'une union illégitime et n'a plus que deux parents éloignés, tous deux aliénés. Il y a un an et demi, c'était encore un ouvrier sobre, laborieux et tout à fait bien portant. Il est marié et a un enfant. L'affection actuelle a éclaté après un incendie ; mais il convient de remarquer que, voilà quatre ans, le malade eut déjà des accès de diplopie et que par moments il ne pouvait plus retenir ses urines. A la suite de la frayeur que lui causa l'incendie, il se plaignit de douleurs de tête, d'insomnie, d'inappétence, de constipation. Sa mémoire déclinait et il avait des périodes de dépression ; puis ces phénomènes disparaissaient et il se remettait à travailler avec une sorte d'ardeur fébrile. Lorsqu'on nous l'amena, il présenta à plusieurs reprises des accès d'étourdissement avec faiblesse et confusion mentale. Il était obligé de s'asseoir et avait alors des troubles aphasiques très accusés, le tout d'ailleurs ne durant pas longtemps. Il se remettait complètement en quelques heures. Il n'avoue pas la syphilis et prétend n'avoir eu qu'une blennorrhagie ; mais la diplopie rend très vraisemblable l'origine spécifique de sa lésion.

Si ces antécédents aident à notre diagnostic, ils ne nous révèlent pas l'existence de ces accès paralytiques qui se voient très souvent au début de la paralysie générale, accompagnés d'aphasie passagère. Au point de vue psychique, la maladie a pris les allures d'un simple affaiblissement démentiel progressif, abstraction faite des quelques crises de dépression qui surgissent presque régulièrement à ces premières périodes. Cette marche spéciale de la paralysie générale, à laquelle s'applique d'ordinaire l'expression de « forme démentielle » est à mon avis d'une énorme fréquence. Mais elle est observée bien plus par les neurologistes que par les psychiatres, car les troubles psychiques ne sont jamais très saillants.

Je dois vous dire que dans cette forme s'égrènent les variétés les plus disparates, tandis que la marche en est volontiers fort grave. La démence complète ne tarde pas à s'installer et la mort peut survenir avec une rapidité surprenante. Quelques mois suffisent dans bien des cas et l'on est alors tenté de conclure que la maladie était restée longtemps inaperçue. C'est là une erreur, j'en suis convaincu. De même éclatent très fréquemment des accès paralytiques ; les rémissions sont par contre rares. En d'autres circonstances la marche est encore plus prompte, à tel point que dans presque le cinquième des observations la mort arrive dès la première année. Citons parallèlement les faits, d'ailleurs en petit nombre, de formes démentielles qui ont une évolution prolongée et qui durent très longtemps. Nous ne savons malheureusement rien sur la raison de cette diversité. Chez notre malade, les symptômes primitifs de l'affection remontent assez loin, car la diplopie et les troubles vésicaux sont à coup sûr en relation avec la paralysie générale. Pareilles constatations se renouvellent souvent. Peut-être par suite de la lenteur d'apparition des signes de gravité du début, nous est-il permis d'espérer que chez lui l'évolution ne progressera qu'à la longue (1).

Cet état de démence simple peut également se manifester dans des formes de paralysie qui ont eu une allure clinique toute différente. Cette femme, âgée de 52 ans, commerçante, vous en offre un exemple caractéristique. Elle se trouve dans la clinique depuis six ans. Vous l'apercevez qui, voûtée, entre à pas lourds et embarrassés. Ses réponses, quoiqu'à peine compréhensibles, montrent qu'elle sait où elle est et n'a pas oublié les noms de quelques médecins qu'elle a vus antérieurement. Mais elle n'a aucune idée de la date du jour ni de son propre état. Il lui est impossible de dire son nom, son âge, l'époque de son mariage ; elle ignore comment s'ap-

(1) Le malade est mort trois ans et neuf mois après le début des premiers troubles psychiques.

pellent ses enfants et à quel moment elle est venue ici. Elle se croit très bien portante et ajoute n'avoir jamais été malade. Parfois un peu excitée, elle est en général indifférente à tout. Le souvenir de son mari et de ses enfants ne l'impressionne nullement. A quelques tournures de phrases on reconnaît les traces d'une certaine instruction. Elle entremêle à ses paroles des termes italiens et français. Prononce-t-on devant elle le mot « Artaxerxès », elle répond : « Annibal, Carthagène. » Elle lit assez couramment, mais sans comprendre le sens. Par moments, elle devient un peu opposante, refuse de donner la main et prétend qu'on l'a volée. Le reste du temps elle demeure apathique, insouciante et ne prête aucune attention à ce qui se fait autour d'elle.

Outre l'aspect endormi et stupide du visage, l'examen somatique décèle en première ligne des troubles considérables de la parole. L'articulation est extrêmement embrouillée et chaque mot est énoncé avec saccades et difficulté ; souvent même des syllabes sont interverties ou omises. La langue et les lèvres sont animées de trémulations, le pli naso-labial droit abaissé, la pupille gauche beaucoup plus large que la droite, toutes deux d'ailleurs étant complètement insensibles à la lumière. Il y a une grande diminution de la sensibilité à la douleur et une notable exagération des réflexes tendineux.

Cet examen rend indubitable le diagnostic de paralysie générale. Vous voyez comme à la fin de l'affection tous les signes pathognomoniques sont solidement groupés et s'affirment avec évidence, sans être masqués par des phénomènes concomitants. La malade descend d'une famille nerveuse et a toujours été vive, excitable, en même temps qu'adroite sur certains points. Elle avorta trois fois et a une fille atteinte depuis sa jeunesse d'une lésion cérébrale et médullaire chronique. Le début de sa paralysie générale date de huit ans ; dès cette époque éclataient des périodes d'aphasie temporaire. L'année suivante, un bouleversement total s'établit

dans sa manière d'être. Elle devint agitée, oublieuse, négligente, passant des lettres ou des mots entiers quand elle écrivait. Puis elle perdit tout à fait la mémoire des langues étrangères qu'elle connaissait ; elle n'était plus capable de chanter, ne manifestait plus aucun goût artistique, violait les lois de la morale et de la bonne éducation, se montrait brutale et grossière envers sa famille et ne se souvenait plus des règles de la civilité. En même temps son langage était absolument inintelligible et traînant.

C'est dans cet état qu'on nous amena la malade, déjà psychiquement fort affaiblie. Elle fut chez nous en proie à un délire de grandeur des plus stupides. Elle commença par parler d'une superbe propriété en Italie, de sa voix incomparable et de ses enfants de toute beauté. Plus tard, elle distribuait 1.000 litres de vin rouge et de champagne, et avait 3.000 caisses remplies de vêtements d'or, beaucoup de millions d'or, trente jolis doigts, quatre octaves dans la voix ; elle avait trois enfants de Bismarck et était encore enceinte de deux mois des œuvres de l'empereur. Elle sentait dans son corps des enfants de quatre pieds ; elle avait accouché 70 fois. Puis survinrent de légers accès paralytiques avec étourdissements, vomissements et rougeur très prononcée de la face. Elle avait en outre un énorme appétit et son poids, en l'espace de quinze mois, passa de 53 kilogrammes à 80 kgr. 500.

Mais à partir de ce moment elle tomba à 45 kgr. 500 en un fort court laps de temps. Simultanément, elle fut prise d'une vive excitation, d'anxiété, d'une confusion profonde ; elle ne mangeait et ne dormait plus, résistait à tout, était agitée ; elle tenta plusieurs fois de se blesser, de s'arracher la langue et les dents. Son délire, sans rien perdre de sa stupidité, revêtait surtout une note dépressive. Elle était morte et ne pouvait plus avaler. Il y avait des bandits ; l'homme allait être assommé ; les enfants étaient assis dans les cabinets. Cent mille impératrices étaient dans le calorifère ; on lui avait

volé dix mille mouchoirs de poche, coupé la poitrine et desséché le sang.

Au bout de quelques mois, fort lentement, la malade sortit de cette situation périlleuse. Cependant son poids ne dépassa jamais 50 kilogrammes. On put alors se rendre compte que l'affaiblissement intellectuel et les troubles physiques avaient fait des progrès excessifs. La patiente était en pleine démence. Depuis cette époque, son état n'a presque pas empiré (1). Dans cette observation, l'évolution est en contradiction directe avec les cas habituels, dans lesquels la mort survient au bout de trois ou quatre ans. Pareils faits ne sont pourtant pas rares, et il faut toujours compter avec la possibilité de voir l'affection s'arrêter dans certaines circonstances favorables. On ne manquera pas, il est vrai, en présence de ces formes de « paralysies stationnaires », de faire les réserves que comporterait une erreur de diagnostic, et j'insisterai surtout sur la confusion avec la syphilis de l'écorce. Chez notre malade la netteté du tableau clinique rend une telle hypothèse bien improbable. Malheureusement l'examen du liquide céphalo-rachidien ne peut pas, en l'espèce, lever les derniers doutes. Cet examen constitue en effet une méthode de diagnostic précieuse qui permet la différentiation des démences d'origine artério-scléreuse, alcoolique, traumatique ou catatonique avec la paralysie générale. Il est de règle qu'à l'état normal le liquide cérébro-spinal retiré par la ponction lombaire ne renferme presque aucun élément figuré ; chez les paralytiques, il contient toujours au contraire de nombreux lymphocytes. Notre sujet nous a bien fourni un résultat positif ; mais comme la syphilis, lorsqu'elle atteint la pie-mère, augmente

(1) La malade se trouve encore aujourd'hui, après 12 ans, à la clinique, complètement démente ; au point de vue somatique, elle est très affaiblie. Le bras droit est légèrement contracturé, et il existe probablement un anévrisme de la crosse de l'aorte. Une de ses filles mourut, et la nécropsie permit de constater les lésions d'une paralysie générale juvénile qui a pu être occasionnée par une syphilis héréditaire.

aussi la quantité des cellules blanches, la question ne saurait être tranchée dans cette observation.

Comme vous le voyez, toute une série de troubles pathologiques très disparates a fini par aboutir au seul tableau de la forme simple de la paralysie générale. Les diverses formes morbides que l'on note dans la paralysie générale, forme agitée, forme dépressive, etc., ne constituent pas par elles-mêmes des groupes bien délimités. Elles ne donnent que quelques renseignements grossiers sur la nature même du mal. Malheureusement il ne nous est pas encore possible aujourd'hui de proposer une meilleure classification.

Chez cette femme, la courbe du poids a suivi dans une mesure certaine les modifications de l'état mental. C'est là un fait de constatation courante. D'ordinaire en effet à telles périodes de la paralysie générale le poids du corps augmente beaucoup pour diminuer ensuite sans discontinuité, et cependant la nourriture reste presque toujours identique. Cette évolution est si commune qu'il est difficile d'y voir une affaire de hasard. Pour moi, il me semble hors de doute qu'il s'agit de modifications profondes de l'organisme non sans analogie avec ce qui s'observe dans le diabète ou dans l'alcoolisme. Ces phénomènes amènent à conclure que la paralysie générale n'est pas uniquement une maladie du cerveau, mais qu'elle est en relation directe avec des altérations générales de l'organisme, hypothèse qui, je crois, trouve encore sa confirmation dans la tendance des paralytiques à avoir des eschares, des des fractures de côte, et enfin dans la fréquence de l'albuminurie et des troubles vaso-moteurs.

Cette malade nous fournit en outre un exemple de paralysie générale chez la femme. Celle-ci ne se distingue pas essentiellement par sa marche de celle de l'homme. Si l'on a prétendu que l'évolution est plus lente chez les femmes et les idées délirantes moins accentuées, il faut plutôt attribuer cette distinction à la situation plus libre de l'homme.

Ce dernier s'expose davantage au début de son affection à des accidents qui en influeront défavorablement le cours ultérieur. Les excès génitaux et alcooliques jouent en particulier maintes fois un rôle très important. Dans le cas actuel la syphilis entre d'ailleurs aussi en ligne de compte, comme en font foi les avortements successifs de la mère et la maladie de l'enfant. D'ordinaire il est sans doute encore beaucoup moins aisé d'apporter la preuve évidente de cette dernière cause étiologique chez la femme que chez l'homme.

Voici enfin un facteur âgé de 50 ans qui vous offre l'image de la paralysie générale à sa phase ultime et dangereuse. Je suis obligé de le faire amener sur son lit, car depuis longtemps il n'est plus en état de marcher. En outre depuis hier il est sans connaissance et ne réagit plus à la parole ni même à la piqûre. Il a la tête renversée et penchée un peu à gauche; les yeux à peine entr'ouverts regardent en haut et également à gauche. Les pupilles dilatées restent complètement insensibles à la lumière. Les traits du visage sont affaissés et endormis, les lèvres et la langue desséchées et recouvertes de petites croûtelles brunâtres. De l'haleine se dégage une odeur puante et aigrelette qui rappelle celle que répandent d'habitude les aliénés affamés et se rapproche un peu de l'odeur d'acétone. La respiration est superficielle et ralentie, le pouls petit et fréquent, la température un peu élevée. Essayez de plier les membres : vous vous heurtez à un certain degré de tonus musculaire plus marqué à droite et cependant les réflexes rotuliens sont encore perceptibles. Remarquez comme au bout de quelques instants les yeux se portent brusquement à gauche et voyez le mouvement consécutif de la tête, toujours vers la gauche, bientôt compliqué de secousses convulsives. Les membres se contractent plus énergiquement et sont aussi le siège de légères secousses avec prédominance à droite. Le tout dure à peine quelques minutes et laisse le sujet à nouveau inerte.

Vous assistez là à une attaque paralytique. Ce qui la diffé-

rencie dès l'abord de l'attaque épileptique, c'est l'atténuation relative des mouvements convulsifs et la perte de connaissance plus profonde. Les convulsions se localisent à des territoires musculaires déterminés, procédant comme dans l'épilepsie corticale et se séparant essentiellement du syndrome de l'épilepsie classique où les convulsions sont d'ordinaire symétriques.

Parfois, il est vrai, les attaques paralytiques sont de tous points semblables aux accès épileptiques. Dans d'autres circonstances, c'est un accès apoplectiforme qui éclate : brusquement, les malades tombent à terre sans connaissance, ont de la respiration stertoreuse et succombent ; ou bien après un certain temps ils reviennent à eux, mais restent hémiplégiques et dans quelques cas aphasiques. La disparition rapide de ces divers symptômes doit toujours nous faire penser à leur nature paralytique. Nous avons autrefois déjà parlé de ces étourdissements avec perte de connaissance qui, eux aussi, trahissent leur origine pathogénique par des traces d'aphasie.

Chez notre malade la crise entière, constituée par une suite de petits accès, dure en moyenne 30 heures ; elle peut aussi persister plus longtemps dans certaines conditions, 8 à 10 jours, et même davantage. Le pronostic va chaque jour en s'assombrissant (1). Ce n'est pas l'affection cérébrale qui emporte en général les patients ; ceux-ci meurent le plus souvent de pneumonie par déglutition. La salive, souillée de toutes espèces de saletés, ne rencontre aucun obstacle pour traverser un gosier insensible et provoque dans les poumons des inflammations lobulaires. Les eschares représentent encore un autre danger. On éprouve les plus grandes difficultés à mettre à l'abri de cette complication ces malades gâteux qui ne s'aident pas spontanément. Les soins les plus minutieux, les bains continus qui sont un trai-

(1) Le malade est mort dans un accès le jour suivant.

tement de choix n'en ont pas toujours le pouvoir. Nous suspendons l'alimentation tant que les malades n'avalent pas ; il n'y a pas d'inconvénient à les laisser au début sans manger. Mais si l'accès se prolonge plus de 2 à 3 jours, on est obligé de les soutenir en les nourrissant à la sonde. De toutes manières, il est possible de leur faire absorber auparavant une certaine quantité d'eau, sous forme de lavements de sérum artificiel. Si le cœur est sur le point de faiblir, nous recourons aussi aux injections de sérum sous-cutanées. La cavité buccale demande à être tenue autant que possible avec la plus parfaite propreté, et cela par l'usage de lavages réitérés ; il faut enfin veiller avec attention à vider la vessie et le rectum, fort exposés à s'encombrer. Quoi qu'il en soit et malgré les soins les plus sérieux, les accès paralytiques sont d'une constante gravité. Réussit-on en effet à sauver la vie du malade, on voit que l'affaiblissement intellectuel a toujours gagné par la suite beaucoup de terrain.

Notre sujet a déjà eu il y a trois mois un accès paralytique de plusieurs jours. Le début de son affection remonte à un an et neuf mois. Sa mémoire baissait ; il commettait de nombreuses erreurs en comptant ; il écrivait et parlait avec peine. Bien que ces troubles progressassent de jour en jour, il ne se sentait pas atteint. C'est son premier accès qui nécessita son transfert à l'hôpital. On s'y rendit aisément compte de son affaiblissement mental ; il s'y montra en outre un peu agité et proférait quelques idées de grandeur. Il vint ici voilà sept mois complètement dément, avec des troubles violents du langage, se traduisant par une tendance très marquée à répéter les syllabes sans accent tonique. Il eut aussi des périodes d'aphasie. Ainsi il appelait les allumettes « des bouts de bois, de petits bouts de bois, des caisses de bois » ; une clef de montre « une montre à empereur, un remontoir de montre ». Les pupilles réagissaient encore un peu. La réflectibilité était telle que le moindre mouvement brusque pro-

duit près de son visage produisait un tremblement généralisé. L'asseyait-on sur une chaise, de façon à ce que la pointe des pieds touchât seule le sol, aussitôt apparaissaient des mouvements rythmiques de haut en bas qui aboutissaient au clonus du pied. La contraction et la faiblesse de ses jambes rendaient la marche et la station debout presque impossibles. Son poids diminua régulièrement de 10 kilogrammes, malgré une alimentation très substantielle. Il se montrait chaque jour de plus en plus affaibli et gâteux. Enfin ces derniers temps on put encore noter ce grincement de dents si spécial que l'on constate aux périodes terminales de la paralysie générale.

Cette perte complète de la vie psychique, jointe à la cachexie corporelle progressive et aux autres phénomènes paralytiques, sont les symptômes terminaux de la paralysie générale. On rapporte bien de multiples observations de paralytiques qui seraient arrivés à une période de calme complet ou même à une guérison absolue. Il y a pourtant un trop grand nombre de ces malades, Messieurs, qui finissent tristement, pour que nous ayons le moindre droit d'escompter une pareille éventualité. Il est d'ailleurs fort possible qu'existent quelques rares affections dont l'évolution présente à certaines périodes des analogies avec la paralysie générale et qui sont cependant d'un pronostic moins grave. Il me semble aussi, d'après ce que j'ai vu, que les malades qui souffrent de phénomènes paralytiques ne relèvent pas tous de la paralysie générale.

Peut-être un jour l'anatomie pathologique nous mettra-t-elle sur la voie en nous apprenant à différencier ces diverses formes. Pour l'instant, elle nous montre que la paralysie générale a pour base anatomique des altérations frappant toutes les parties importantes de l'écorce : les cellules nerveuses, les fibres ainsi que la substance grise qui se trouve entre les cellules. De plus, on note toujours une prolifération de la névroglie et une multiplication considérable des petits vaisseaux. A la fin se dessine une

rétraction énorme de l'écorce cérébrale, avec disparition plus ou moins totale des éléments qui représentent le substratum anatomique du psychisme. Les modifications anatomiques ne restent pas cantonnées à l'écorce; elles atteignent bien d'autres parties du cerveau : noyaux centraux, origine des nerfs; il n'est pas jusqu'à la moelle qui ne soit lésée, surtout dans ses cordons latéraux et postérieurs. Enfin les méninges et très probablement beaucoup d'autres organes ne demeurent pas intacts; mais je dois dire que sur ce point nos connaissances sont encore fort imparfaites.

Il y a là un ensemble de lésions anatomiques qui doit être considéré comme caractéristique de la paralysie générale. Sur la foi de l'examen anatomo-pathologique, on est en effet autorisé à cataloguer commes formes atypiques de cette maladie nombre de tableaux cliniques que la diffusion anormale de leurs altérations éloigne beaucoup cliniquement des cas ordinairement constatés. D'autre part, grâce à l'étude anatomique, il nous est aujourd'hui loisible de détacher du cadre de la paralysie générale toutes les formes associées qui n'en constituent pas une manifestation spécifique. En clinique, la délimitation de ces faits est encore très problématique. Il faut espérer cependant que petit à petit nous saurons déterminer ces nombreuses formes qui s'accompagnent de paralysie cérébrale progressive et dont l'origine syphilitique est prouvée par bien des observations cliniques et anatomiques. Nous serons alors à même de les distinguer nettement de ces autres formes qui s'en rapprochent par des analogies d'ordre clinique, mais qui reconnaissent une étiologie spéciale et dont la marche et la terminaison pourraient bien être également particulières.

VINGT ET UNIÈME LEÇON

État terminal de la démence précoce.

Messieurs, dans la paralysie générale la période terminale est toujours identique à elle-même, et cette invariabilité nous autorise à conclure, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'examen nécropsique, que les phénomènes cliniques observés, si multiples soient-ils, sont constamment dus à un processus anatomique de l'écorce cérébrale. Dans d'autres espèces de démence, pareille question est beaucoup plus difficile à résoudre. Les tableaux morbides terminaux que l'on rencontre sont extrêmement dissemblables ; il y manque cette unité grâce à laquelle se dépiste au premier coup d'œil la parenté qui relie entre eux des symptômes cliniques épars. Non seulement on relève dans les démences tous les degrés, depuis les formes les plus bénignes jusqu'aux plus graves, mais encore l'état terminal peut présenter un aspect spécial à cause de la persistance de quelques symptômes d'une période antérieure de l'affection. C'est pourquoi la marche et la terminaison de la folie revêtent des allures si complexes. Je me souviens encore trop bien avec quelle perplexité je cherchais pendant des années à opposer les uns aux autres ces nombreux cas d'affaiblissement mental qui peuplent les asiles de chroniques. Si l'on est tenté d'isoler certains groupes en se basant sur la différentiation des phénomènes, on est cependant bien obligé d'accepter, malgré cette diversité

extérieure, l'existence de traits fondamentaux qui se retrouvent toujours avec les mêmes caractères.

Il est des malades dont l'observation nous indique la voie à suivre pour nous orienter dans ce labyrinthe. Nous constatons alors que chez la majorité de ces sujets, dont la démence oscille dans de larges limites, on note des signes plus ou moins nets, mais caractéristiques, de démence précoce. Nous constatons alors, par un examen approfondi, que les distinctions les plus profondes au début n'empêchent pas la maladie d'imprimer à la démence terminale son même sceau uniforme. Aussi n'y a-t-il qu'un moyen de résoudre ce problème délicat autant qu'important : c'est d'expliquer les phases antérieures du mal par sa période terminale, au lieu de préjuger dès le début quelle sera cette dernière et quelle évolution y conduira. Il n'est pas un seul état démentiel qui à son déclin soit analogue à la fin d'autres affections mentales incurables ; chaque forme d'aliénation mentale, lorsqu'elle ne guérit pas, tend au contraire à une période terminale qui lui est propre. C'est là évidemment une loi qui n'est valable qu'en ce qui concerne les symptômes fondamentaux ; les signes secondaires se présentent de leur côté de manières bien disparates. Nous ne savons malheureusement que fort peu de chose sur ces symptômes cardinaux, si bien qu'en face d'un état terminal particulier nous ne sommes capables de sortir du doute qui plane dans notre esprit qu'à condition d'être au courant de l'histoire antérieure. Toujours est-il qu'en étudiant avec soin les signes cliniques dans un très grand nombre de cas, nous pouvons à peu près conclure de l'état terminal d'une maladie à ce qu'elle a été dans ses débuts.

En voici un exemple. Il s'agit d'une femme âgée de 57 ans, en pleine possession d'elle-même, connaissant très bien le lieu où elle se trouve comme la date du jour, bavardant avec grande facilité. Elle insiste tout d'abord sur sa bonne santé ; elle n'appartient pas à la clinique, mais attend sa

sortie qu'on ne tardera évidemment pas à lui octroyer. Par contre son mari était fou en l'amenant ici ; il courait avec d'autres femmes, dépensait des sommes énormes, tandis qu'elle n'a cessé d'être honnête et économe. De plus les voisins l'avaient insultée, et un passant aurait fait devant elle un geste inconvenant. Un jour qu'elle était allée à la mairie chercher un certificat de bonne vie et mœurs, elle avait dû rire malgré elle. Pareil fait lui était déjà arrivé au moment où on l'examinait, avec un miroir, dans un établissement où elle fut enfermée autrefois. Elle est mal vue des infirmières ; les malades lui disent des choses stupides ; on crache dans sa cuvette. La nuit son lit la brûle de façon surnaturelle ; il y a certainement quelque chose de particulier dans les matelas. Le médecin lui a abîmé le bras et lui a fait quelque chose aux yeux. Elle débite ces histoires dans un langage prolifique, poseur et emploie toutes sortes de phrases ambiguës. Elle met toujours une certaine hésitation à faire ce qu'on lui commande. « C'est inutile de me donner la main » ; puis elle la tend enfin toute raide. Au point de vue somatique, je n'ai à vous signaler que la pâle bouffissure de son visage et la petitesse de son pouls qui bat à 120 pulsations.

La malade se rappelle au mieux être déjà venue maintes fois à la clinique et se souvient des moindres détails. Sa mère était très dévote. Elle-même s'est mariée à 22 ans et a eu neuf enfants, dont six sont morts. A 38 ans elle a été atteinte d'une fièvre typhoïde et au cours de la convalescence apparurent les troubles psychiques. Je dois ajouter qu'elle a présenté également autrefois des stigmates fort nets pendant le premier mois d'une grossesse : les gens parlaient d'elle, l'injuriaient en plein visage, crachaient devant elle, se livraient en sa présence à toutes espèces de stupidités et cherchaient à lui faire dire du mal de l'empereur afin d'avoir l'occasion de porter plainte contre elle. Elle refusa de manger, ne dormit plus et il fallut l'amener à la clinique. Ici les persécutions ne se calmèrent pas ; elle eut plusieurs pé-

riodes d'agitation, avec cris et grimaces, pendant lesquelles elle s'arrachait les cheveux. Puis elle demeura quelques semaines sans parler, ne bougeant plus et conservant constamment la même physionomie abrutie. Quoiqu'améliorée dans une large mesure, elle resta mécontente, bougonne, sans vouloir convenir qu'elle avait été malade. Elle retourna dans sa famille six mois plus tard et continua à se montrer excitable, distraite et oublieuse.

Depuis sept ou huit ans, cet état n'a fait qu'empirer. Elle était inactive et ne proférait aucune parole, ou bien elle reprenait ses anciennes idées de persécution. Tout à coup, il y a quatre ans et demi, elle tenta de s'empoisonner avec des allumettes et plus tard elle essaya de s'ouvrir les veines. Son mari avait aussi remarqué une préciosité de langage qui n'existait pas autrefois. Lorsqu'elle revint à la clinique, elle tomba dans un accès de stupeur très prononcé. Elle se rendait compte à merveille de l'endroit où elle se trouvait, mangeait sans se faire prier et se tenait proprement. Toutefois pendant près d'un an elle ne prononça pas une parole ; blottie dans son lit et les yeux fermés, elle opposait une très grande résistance à tout ce qu'on lui demandait. La portait-on à grand'peine dans son lit, elle se levait aussitôt ; cherchait-on à lui ouvrir les yeux, elle s'arrangeait de façon à ce qu'on échouât. A la piqûre d'épingle aux endroits les plus douloureux, elle réagissait tout au plus par un clignement d'œil ou une légère rougeur. Les visites de ses parents la laissaient tout à fait indifférente. A table, elle mettait son nez dans son assiette et portait sa cuiller à sa bouche d'un mouvement lent et régulier. Elle se retirait dès qu'on entrait dans sa chambre. Elle gardait ses doigts serrés les uns contre les autres au point d'avoir des eschares. Son poids s'était abaissé de 16 kilogrammes.

On la transporta alors dans un autre établissement où son état se maintint stationnaire pendant un an. Puis elle se réveilla brusquement et demanda à sortir, car, disait-elle,

elle était très bien portante. Aujourd'hui encore, sans avoir rien oublié d'aucun des détails de son affection, elle ne veut pas avouer être malade. Elle explique qu'elle n'avait pas parlé dans l'espoir de revenir ainsi plus vite chez elle. Elle gémit ensuite amèrement de ce qu'on lui ait planté dans le front un morceau de fer et de ce qu'on ait essayé de la renverser. Il s'agit là de l'épingle avec laquelle j'avais examiné sa sensibilité.

Sur ces entrefaites elle retourna chez elle, il y a deux ans et demi. Elle s'y montra très excitée et violente et porta plainte au sujet de son internement, en réclamant 30.000 marks à titre de dommages et intérêts. Puis apparurent petit à petit des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité. Son mari ou les passants l'insultaient. Dans son lit, dans les chaises, dans le poêle se trouvaient des machines infernales au moyen desquelles on lui envoyait des rayons. Dans son propre corps, dans les conduites d'eau, dans les aboiements d'un chien elle reconnaissait des voix menaçantes, si bien qu'elle n'eut de repos ni jour ni nuit et voulut se laisser mourir de faim. Aujourd'hui elle nie ces symptômes et prétend n'avoir entendu que du bruit et des souffles pendant la nuit ; du reste elle ne laisse pas passer les propos de lèse-majesté. Elle reste à l'écart des autres malades, mais s'occupe de couture et écrit de nombreuses lettres, toujours identiques, où elle insiste auprès de son mari pour rentrer à la maison.

Il n'est pas douteux qu'il s'agisse ici d'un cas de catatonie. La longue évolution, le négativisme et la stupeur si accentués en font foi, ainsi que le début où les phénomènes de stupeur s'associent aux hallucinations auditives et aux idées de persécution. J'insiste particulièrement sur le fait qu'à un état de stupeur des plus nets succéda une période de dix années pendant lesquelles, à part de très légères modifications du caractère, ne se manifesta aucun trouble morbide digne d'être signalé. La rechute consécutive mon-

tra que ce n'était là qu'une fausse guérison. Cette observation, que beaucoup d'autres observations analogues pourraient confirmer, nous apprend quelle prudence il faut apporter à parler d'amélioration ou de guérison chez un catatonique.

Après la seconde récidive, nous voyons que la disparition brusque de la stupeur a laissé à sa suite un certain degré d'affaiblissement intellectuel. De plus cette femme n'avait pas conscience de son affection ; il lui était impossible de donner le moindre renseignement sur les mobiles de ses allures bizarres et elle se refuse à admettre l'origine pathologique des troubles dont elle est atteinte. Il est bien évident que la stupeur de la catatonie ne consiste pas seulement en hallucinations et en idées délirantes, comme différents auteurs l'admettent encore aujourd'hui ; elle consiste au contraire en une altération primitive de la volonté ; c'est un affaiblissement psychique particulier caractérisé par de l'amoindrissement du jugement, par une émotivité émoussée, par de l'excitabilité, du maniérisme, des traces de négativisme, tandis que la mémoire et l'intelligence sont à peine frappées. Tel est en effet l'état de notre malade. En même temps existent des hallucinations auditives auxquelles se joignent des idées délirantes, le tout rappelant ce que nous avons vu dans la forme paranoïde de la démence précoce. Cet ensemble doit être considéré comme la période terminale du mal. De nouvelles phases de stupeur ou d'excitation surgiront peut-être, l'affaiblissement gagnant de son côté, mais il ne faut plus compter sur la possibilité d'une amélioration sérieuse (1).

Voyons maintenant cette femme âgée de 36 ans qui nous offre un tout autre tableau clinique. Elle entre, un sourire honteux sur les lèvres et s'assied sans regarder autour d'elle. A peine arrive-t-on à en tirer quelques monosyllabes ; la plupart du temps elle est immobile, les yeux fixes

(1) La malade fut transportée dans un asile de chroniques. Elle retomba en stupeur et mourut quelques années après.

et sans expression. Elle se trouve « dans la chambre », dit-elle et a déjà été ici il y a quatre ans. Je suis le « Monsieur de Francfort ». Elle connaît aussi un autre médecin qui passait toujours dans la chambre. Elle ne sait pas son nom et ne se croit pas malade. A toutes les questions sur sa famille et ses antécédents elle répond : « J'ai des enfants qui sont à la maison. » Elle résiste à tout ce qu'on veut qu'elle exécute ; elle refuse de me donner la main. Subitement quand elle voit qu'on s'occupe d'elle, la voilà qui émet toute une série de propos incohérents : « Qu'ai-je besoin d'être couchée ici pour les vieux fous ! Je ne peux pas les nettoyer. De l'autre côté les vieux sont couchés, qu'est-ce que ça peut me faire ? Certes ils sont assez vieux, ils peuvent bien rester couchés. Une partie des hommes disent se coucher, mourir ou cadavre. » Et elle continue en riant : « Ils ont dit que les enfants pondent des cadavres, mais les enfants ne pondent pas des œufs. Ces gens-là sont beaucoup trop prétentieux. »

Il n'y a pas moyen de lui faire exposer la signification de ces phrases. Elle ne s'occupe pas de ce qu'on lui dit, regarde partout, se tient un instant tranquille, puis recommence à murmurer un tas de mots sans suite pour aboutir peu à peu à un véritable accès d'excitation. Très affaiblie et dans un mauvais état général, elle a allaité son enfant après son dernier accouchement, voilà un an et demi. Ses urines renferment de temps à autre du sucre.

Les propositions dépourvues de sens de la malade nous fournissent un point de repère important qui nous aide à nous rendre compte de son état. Ses paroles n'ont aucun rapport avec les questions posées ou avec les faits ambiants. En un mot, c'est de la confusion du langage. Cependant cette femme est parfaitement capable de suivre une conversation peu compliquée. Je dois vous faire observer en outre que dans les salles elle travaille très convenablement par moments, sans toutefois cesser de parler toujours

avec la même stupidité. Notons aussi les signes de négativisme et le refus de donner la main, de regarder son interlocuteur, de répondre à des questions qu'elle est parfaitement apte à comprendre ; signalons enfin sa complète indifférence et l'apathie qui perce dans toute sa conduite. Cette malade, qui est démente, a toute une série de symptômes que nous avons déjà rencontrés dans la catatonie et nous n'hésiterons pas à diagnostiquer chez elle : état terminal d'une catatonie incurable.

Une de ses tantes était débile. A la suite de couches, elle eut elle-même de petites convulsions avec battements de cœur, mais sans perte de connaissance. Il y a trois ans, ayant son enfant malade dans une autre ville et se trouvant sur le point de déménager, elle fut prise d'anxiété. L'avenir la tourmentait ; elle avait rendu son mari malheureux et négligé son intérieur. Force fut de l'amener à la clinique. Pleurnicharde et abrutie, elle ne savait plus ici où elle se trouvait, se plaignait de douleurs de tête, refusait de rester au lit, jetait son assiette par la fenêtre et renverversait les plats pleins de légumes. Tout à coup et sans raison, elle manifesta la plus extrême violence. Plutôt gaie que triste, elle était surtout indifférente, ou bien elle partait d'un éclat de rire qui se terminait par un bruyant « hurrah ».

Ses propos étaient déjà souvent empreints de la même incohérence et de la même stupidité qu'aujourd'hui. Elle lançait un morceau de pain à la tête du médecin et criait : « Voilà, prenez le bœuf. Je suis un bœuf, je suis un bœuf, prenez-moi, je suis un bœuf. » Plus caractéristique encore est sa tendance à répéter toujours les mêmes phrases. Nous avons déjà vu que c'est là une habitude des catatoniques. Une autre fois elle disait : « Je n'ai pas brillé, je n'ai pas désiré, je n'ai pas volé, je suis en pension, je n'ai jamais eu cela à la maison. Les fours ne sont pas des hommes. » A côté de la tournure recherchée des phrases, je vous prie de noter les

néologismes absurdes qui s'observent très souvent dans la confusion du langage.

Lorsque son mari venait la voir, elle restait indifférente ou au contraire était très excitée; elle avalait gloutonnement et salement les friandises qu'il lui apportait. Nous avons aussi relevé des hallucinations, d'ailleurs transitoires. Pour notre sujet les aliments enfin revêtaient un goût de mort; elle voyait son frère marcher au dehors et il lui fallait, racontait-elle, délivrer toutes les âmes. Enfin son pouls était notablement ralenti.

Après un séjour de six mois et malgré l'avis du médecin, son mari la ramena au logis. Elle continua à présenter des idées de persécution, avançant que ses enfants allaient être décapités. Bien que très oublieuse, elle s'occupait de son ménage; elle accoucha encore une fois. Mais ces derniers temps se dessinèrent des troubles très marqués; elle voulut entrer de force dans une école et on la trouva en train d'ouvrir un tombeau; il fallut la transporter de nouveau à la clinique, il y a quatre mois. A ce moment son état était analogue à ce qu'il est aujourd'hui; ses idées de persécution prenaient cependant une teinte génitale (1).

Lors de son premier séjour ici, elle avait déjà eu une syncope. Pareil accident lui était déjà arrivé plusieurs fois chez elle, compliqué même de convulsions. Nous pûmes observer récemment des crises analogues. La malade tombe sur le plancher et ferme les yeux, se débat, ne réagit plus aux piqûres ni aux pincements et murmure : « J'ai mal, oh ! ma tête. » Aux bras et aux jambes de légères secousses agitent les masses musculaires et les mâchoires sont fortement contractées l'une contre l'autre. La respiration, toute superficielle, devient irrégulière, entrecoupée de pauses prolongées; le pouls est petit; les pupilles réa-

(1) La malade se trouve depuis neuf ans et demi dans un asile de chroniques, démente avec confusion du langage, négativisme, maniérisme et de temps à autre périodes d'excitation.

gissent à la lumière. Le tout disparaît au bout de 15 à 20 minutes. Ces attaques ont une grande ressemblance avec ce que nous avons constaté dans l'hystérie. S'il est du reste possible qu'elles soient bien de nature hystérique, il ne faut pas oublier qu'elles ont débuté dans les suites de couches et les couches, nous le savons, représentent précisément un facteur important dans l'étiologie de la catatonie. J'ajouterai qu'au cours de la catatonie j'ai souvent noté des crises identiques, avec ou sans perte de connaissance et rappelant quelquefois l'épilepsie. Je connais de nombreux faits où des accès d'allure hystérique ont marqué la phase première d'une catatonie dont la démence fut des plus accentuées. Pour l'instant, nous ne sommes pas encore en état d'en fournir l'explication.

Le dernier de nos malades est un solide gaillard de 21 ans, ouvrier dans une fabrique de cigares. Par son allure nonchalante et stupide, il donne encore une plus profonde impression d'imbécillité. Il faut insister pour savoir comment il s'appelle. Il n'ignore pas où il est, connaît la date du jour et se souvient d'avoir déjà été ici, il y a cinq ou six ans ; mais il est incapable de dire notre nom. Il ne se sent pas malade et serait mieux chez lui, ajoute-t-il. Cet homme ne témoigne pas le moindre intérêt pour ce qui se passe autour de lui ; il ne parle pas spontanément, ne répond que par monosyllabes et la seule participation de son émotivité se résume en un sourire niais. Il exécute difficilement ce qu'on lui demande et tend la main avec raideur ; il est plein de manières et nettement cataleptique. En ce qui concerne sa vie antérieure, ses projets d'avenir, sa famille, impossible d'obtenir une seule parole. Cependant, quoique paraissant complètement abruti, cet individu trouve sur une carte géographique, sans peine et avec une rapidité étonnante, toutes les villes qu'on lui indique. De même ne commet-il pas d'erreur dans la solution des problèmes peu compliqués.

Voilà encore un cas d'idiotie acquise. Le malade n'a pas

toujours été dans l'état que vous voyez aujourd'hui; il n'aurait en effet jamais pu apprendre quoi que ce soit. D'autre part son absence d'émotivité, ses allures recherchées nous portent immédiatement à incriminer la période terminale de la démence précoce. Je vous fais remarquer en outre qu'il a une certaine bouffissure du visage. Vous apercevez enfin sur le cuir chevelu et sur la face de nombreux petits abcès dus à des grattages ; il s'est également arraché quelques ongles aux orteils. J'ai fort souvent observé cette tendance à des mutilations, parfois très douloureuses, aux périodes d'imbécillité de la démence précoce.

Deux tantes de notre sujet ont été épileptiques. Il a lui-même présenté dans sa jeunesse des accès épileptiformes et il y a sept ans a eu un érysipèle récidivant de la face. A l'école, ce fut un des meilleurs élèves ; il était assez timide et réservé. Voilà six ans, à la suite d'une chute sur la partie postérieure de la tête il fut pris d'anxiété ; son travail était pénible ; la nuit il voyait quelqu'un se pencher sur son lit ; il disait avoir fait la guerre et tué six diables. Puis il devint de jour en jour plus tranquille et il lui semblait que son esprit s'en allait. Il se mettait à faire l'exercice militaire pour amuser ses camarades de travail. A table il mangeait avec gloutonnerie, ce qui constitue un signe très fréquent de la démence précoce, alternant presque toujours avec le refus d'aliments.

A son arrivée à la clinique, il y a cinq ans, il paraissait aussi abruti qu'aujourd'hui. Il était opposant, répondait en termes incohérents et tenait des propos où se discernaient de la confusion du langage et de la stéréotypie. Il répétait à satiété : « Celui-ci est le Seigneur ; c'est un Seigneur », ou bien : « C'est pas la peine de le tuer — Français — ça devrait être tambouriné — je prends la sonnette. » Lorsque je lui demandais : « Où sommes-nous ici ? » — « Près du Seigneur », répondait-il. — « Dans quel pays ? » — « De Hiob », etc. Il ne manifestait pas trace d'émotivité, ne pré-

tait aucune attention à ce qui se faisait autour de lui et demeurait le plus souvent couché dans un coin, sans s'occuper de rien. Au bout de quelques mois, il reprit un peu d'activité et fit montre d'une foule de connaissances qu'on était loin de lui soupçonner. Mais sa conduite resta toujours aussi inepte et ses réponses aussi stupides. De temps en temps il était excité, crachait à la figure du médecin et brisait des vitres ; puis il se calmait et ignorait alors pourquoi il s'était livré à toutes ces violences. Il est possible qu'à ce moment il ait entendu des voix ; il avait très souvent de l'écholalie et une fois il chercha à s'étrangler.

Ce malade retourna chez lui neuf mois plus tard. Il fut en état de reprendre son travail, mais il y apportait plus de lenteur qu'auparavant. Il parlait peu et avait de fréquentes périodes d'excitation. Voilà plus d'un an, il devint très violent ; il se mit à aller sans cesse au café ; il lançait les ustensiles par les fenêtres, criait à pleine voix et paraissait être en proie à de très vives hallucinations auditives et visuelles. Il se disait ensorcelé ; il ne mangeait plus, ne dormait plus et on dut le ramener ici. A la clinique il savait ce qui se faisait autour de lui, bien que fort affaibli au point de vue mental et émotif. Il se rappelait son précédent séjour, mais sans être à même de fournir le moindre détail. Il prétendait être persécuté et torturé, passait la plupart de ses journées dans le lit, la tête enfouie sous les couvertures. Puis survenait une phase d'excitation aiguë : il criait par les fenêtres, gâtait, prenait des attitudes bizarres, grimpait aux barreaux de son lit, jetait les couvertures à terre et proférait de violentes menaces. Ou bien, vraisemblablement sous l'empire d'hallucinations auditives, il se plaignait de ce qu'on voulait lui couper le corps et lui arracher le gosier. Après quelques jours, il redevenait calme et retombait dans son désœuvrement imbécile. En fait de signes physiques, il présentait un dermographisme des plus prononcés, de l'exagération du réflexe du facial et de la bouffissure du visage. La

courbe de son poids suivait les périodes d'excitation (1).

Je viens de vous donner une description que vous pouvez prendre comme l'exemple d'innombrables cas du même genre. Le début est marqué par de la dépression avec anxiété ; bientôt apparaissent certains symptômes catatoniques auxquels succèdent la stéréotypie, la befehlsautomatie, des actes impulsifs, des manières, de la confusion du langage ; en fin de compte, ce sont des alternatives perpétuelles entre des états d'abrutissement apathique et des phases d'excitation stupide accompagnées de quelques hallucinations. Tous ces troubles n'empêchent pas l'instruction antérieurement acquise de demeurer parfaitement intacte. Les périodes d'excitation se retrouvent presque constamment à la terminaison de la démence précoce. C'est surtout dans les grands asiles qu'on voit des malades atteints de la sorte. A leur allure singulière, à la brusquerie avec laquelle ils entrent en excitation s'oppose ce fait qu'ils sont maîtres d'eux et capables de travailler, ce qui leur imprime un cachet bien particulier. Si différents que soient chez ces nombreux sujets tels détails symptomatiques, les signes fondamentaux et pathognomoniques, qui traduisent les altérations du sentiment et de la conduite, revêtent toujours un caractère identique.

(1) Le malade resta cinq ans dans un asile de chroniques et après une amélioration relative put rentrer à son domicile. Il travaille, mais parle peu et est facilement excitable.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

Troubles psychiques dans les affections organiques du cerveau.

Messieurs, je vous ai déjà dit qu'on réussirait un jour à isoler de la paralysie générale d'autres affections particulières de l'écorce cérébrale. Aujourd'hui déjà, remarquez-le, nous n'avons aucune peine à différencier de la paralysie générale les maladies où les altérations de l'écorce, au lieu d'être diffuses, sont au contraire bien localisées. Vous ne prendrez pas par exemple pour une paralytique générale cette paysanne âgée de 58 ans. Comme vous le voyez, le côté droit est complètement paralysé. Le bras droit est serré le long du corps, la main tombe cyanosée, un peu œdématiée et froide. En cherchant à étendre les doigts qui sont légèrement recourbés, vous vous heurtez à une grande résistance ; il faut une certaine force pour les déployer. La flexion du bras est également difficile ; la malade ne peut faire que des mouvements limités des doigts et du bras. Quand elle marche, elle traîne un peu la jambe droite. La sensibilité à la douleur, au toucher et à la piqûre d'aiguille, affaiblie à droite, est aussi un peu émoussée à gauche. Les réflexes rotuliens sont augmentés à gauche, diminués à droite ; du même côté on constate un léger clonus du pied. Il n'y a pas de troubles dans les mouvements des yeux et de la pupille ; le fond de l'œil est normal. Le pouls est assez plein et dur.

L'examen détaillé est rendu très délicat par l'aphasie de la malade. Les seuls mots qu'elle prononce, en les répétant constamment, sont : « Je veux aller au lit. » Cependant on s'aperçoit qu'elle saisit les questions peu compliquées. Elle tire la langue, elle tend la main qu'on lui désigne, si l'on prend soin de parler lentement et de bien articuler les mots. Elle a un penchant à toujours exécuter des mouvements identiques, alors même qu'on exprime le désir de les voir changer; elle ne comprend qu'au bout d'un certain temps ce qu'on lui demande. Mais il ne faut rien exiger d'elle de trop difficile. Elle fait un petit effort pour donner sa main paralysée. Si je lui dis de toucher son oreille droite avec sa main gauche, elle est toute désorientée ; elle tire la langue, ferme les yeux ou bien recommence un geste quelconque.

Il est naturellement très malaisé d'affirmer que cette attitude relève de l'incapacité à mener à bien les mouvements voulus. En un mot y a-t-il de la parapraxie ? Ou bien cette femme ne comprend-elle pas ce qu'on lui dit ? A chaque modification dans les exercices, elle est portée à continuer les mouvements antérieurs en les améliorant, ce qui semblerait plaider en faveur de la parapraxie. Mais dans ses très rares manifestations volontaires spontanées, nous n'avons pas observé de gêne à la mise en œuvre du mouvement conçu ou une exécution contraire au but fixé. De plus, il est tout à fait incontestable que la malade ne se rend pas exactement compte du sens des mots.

Lui met-on dans la main deux pièces d'or en la priant d'indiquer celle qui a le plus de valeur, elle ne voit pas de quoi il s'agit. Tantôt c'est l'une, tantôt c'est l'autre qu'elle dépose; ou bien des yeux elle interroge le médecin pour savoir ce qu'on lui veut. Mais lorsqu'elle connaît déjà les objets ou lorsque ceux-ci ont des caractères suffisamment tranchés, elle n'hésite pas et du premier coup conçoit de quoi il est question. Avec une clef par exemple, elle fait le simulacre d'ouvrir une porte ; elle prend une allumette dans une

boîte, ce qui nécessite de nombreux efforts, car elle n'a plus qu'une main libre ; de même elle ouvre un couteau à l'aide de ses dents. Elle reconnaît très bien un médecin qui l'a soignée jadis, lui adresse un signe de tête chaque fois qu'elle le rencontre et comprend parfaitement les conversations dont il est le sujet. Je lui demande de chercher le médecin de la salle qu'elle occupe ; elle le trouve sans aucune peine, de la tête lui fait un geste amical et, pleine de gaîté, répète sa phrase monophasique.

Cette femme comprend donc assez bien le sens général d'une phrase accompagnée de geste, mais ne saisit que très mal les mots en eux-mêmes. A côté de l'impossibilité de parler, coexiste par suite un degré assez prononcé de surdité verbale. Elle est presque toujours apathique, ne prête guère d'attention à ce qui se passe autour d'elle et dort pour ainsi dire tout le temps. S'occupe-t-on d'elle, elle est satisfaite ; la néglige-t-on, elle pleure comme elle fit un jour que l'infirmière avait oublié de la conduire au jardin avec les autres malades. Elle ne manifeste spontanément ni crainte ni désir. Elle n'est jamais agitée ; elle salue le médecin ; elle est propre, mange seule et se conforme toujours aux ordres qu'on lui donne.

Depuis quatre mois que cette malade est ici, son état n'a guère subi de modifications. Au début cependant elle gâtait et il fallut l'alimenter ; elle semblait plus affaiblie qu'aujourd'hui. Tout cet ensemble suffirait à éliminer l'idée de paralysie générale, car au cours de cette dernière les phénomènes dus aux lésions en foyer ont l'habitude, sauf de très rares exceptions, de rétrocéder rapidement. Il s'agit donc d'une lésion circonscrite du cerveau, occupant les régions voisines de l'insula, intéressant la troisième circonvolution frontale et une partie du lobe temporal. De fait la malade a eu deux ictus apoplectiformes : le premier, très léger, il y a huit mois, le second trois semaines plus tard. Elle continua tout d'abord à vaquer aux soins de son ménage ; mais après

la seconde attaque, survint l'hémiplégie droite avec perte de la parole. En même temps, elle était anxieuse, confuse, excitée ; elle voulait se tuer et se jeta même une fois dans la rivière ; elle en sortit d'ailleurs toute seule. Elle a toujours été bien portante et gaie ; dans sa jeunesse elle eut un enfant illégitime. Sa grand'mère fut aliénée.

Quoique n'existe aucun signe précis qui nous permette de déterminer exactement le processus anatomique qui a lésé le cerveau, nous sommes autorisés, grâce à ces accès répétés à début brusque et sans signe de compression cérébrale ainsi que grâce à la durée des troubles consécutifs, à nous arrêter à l'idée d'obstruction vasculaire. Les altérations des vaisseaux ne sont pas rares en effet à l'âge de notre malade. Ce n'est pas d'autre part une lésion circonscrite qui donne lieu à des modifications psychiques générales et surtout à cette apathie si prononcée. Il est très probable que tous les vaisseaux corticaux sont atteints et je crois que nous pouvons admettre que, sous l'influence de l'artério-sclérose, s'installent des troubles de la nutrition générale de l'écorce avec obstructions vasculaires locales.

L'alcool et la syphilis sont les causes les plus connues de ces altérations. Lors de la vieillesse et du retour d'âge, on observe encore souvent des lésions vasculaires dont l'étiologie reste ignorée. Chez notre malade la syphilis était possible et nous avons essayé l'iodure, malheureusement sans succès. Elle dit quelques mots nouveaux, fut plus active ; mais on ne saurait espérer que cet affaiblissement s'améliore. L'affection ira, bien au contraire, en augmentant, et tôt ou tard éclateront de nouveaux accès (1).

Voici un autre malade, électricien, âgé de 45 ans, chez qui l'interprétation du tableau clinique présente de nombreuses difficultés. Il entre à petits pas, l'air fatigué, et s'assied après nous avoir salués. Il nous donne sur son état des

(1) La malade mourut un an plus tard dans un asile de chroniques.

renseignements exacts, mais d'une voix un peu tremblée. Il est, dit-il, un enfant illégitime. Il exerça tout d'abord la profession de groom, puis celle de serrurier. Il ignore tout de ses parents et de sa famille. A 18 ans, il fut condamné à un an de prison pour avoir participé à un vol avec effraction. « Il était un vrai garnement qu'on aurait dû fouetter d'importance. » Il se maria quatre ans plus tard, mais divorça au bout de quelques années. « C'était comme un roman de concierge, mais je l'ai moi-même vécu. » Il eut deux enfants qui succombèrent. Par la suite, il obtint une place rémunératrice et y travailla régulièrement et assidûment. Sa santé fut parfaite jusqu'il y a trois ans. A ce moment il ressentit de violents maux de tête, surtout dans la région postérieure. Ceux-ci reprenaient presque quotidiennement, tantôt la nuit, tantôt le jour ; il les combattait avec de la migrainine, mais l'action de ce médicament s'épuisa rapidement et le malade n'éprouva aucun soulagement. Entré ici depuis sept mois, il avait peu auparavant perdu le sommeil et était allé souvent à l'hôpital où il ne faisait du reste que des séjours de courte durée. On lui aurait dit qu'il avait du sucre dans les urines. Il dormit une fois vingt-quatre heures sans arrêt ; à son réveil il était à peine en état de se tenir sur ses jambes. Finalement, contre son gré, on l'amena chez nous au milieu des aliénés. Il souffrait de douleurs intolérables et savait très bien qu'il allait vers sa fin. Il accueille d'un sourire les remarques qu'on lui adresse pour le consoler ; mieux vaudrait certes lui dire la vérité ; les médecins savent bien dans quelle piteuse situation il se trouve.

En causant plus à fond avec le malade de sa vie antérieure, on voit d'emblée combien ses phrases sont confuses et peu claires. S'agit-il de fixer une époque quelconque, il est plein d'hésitations ; il est incapable de citer le nom de son dernier patron, auprès duquel il est resté plusieurs années, non plus que de rien dire sur les événements im-

portants qui se sont déroulés au cours des années précédentes : il prétend qu'étant un pauvre ouvrier il n'a pas besoin de s'occuper de politique. Il n'indique ni la date du jour, ni le millésime de l'année, confond les noms des villes où il a passé récemment et ne sait expliquer comment il est venu à la clinique. Lui demande-t on s'il a eu des maladies vénériennes, il répond qu'il y a vingt ans il a contracté un chancre mou ; plus tard, il soutient que ce ne fut que trois ans avant son arrivée à la clinique et il parle en outre de deux blennorrhagies. Il fait encore quelques additions toutes simples, mais il se trompe dès qu'il lui faut conserver un chiffre dans sa mémoire. Il a une certaine conscience de ces troubles du souvenir et de la faculté de fixer quelque chose. « C'est ridicule, dit-il, pour un homme de mon âge d'être aussi désorienté. »

L'affectivité du malade est plutôt très déprimée. Bien qu'il ne comprenne qu'imparfaitement la gravité de son affection, dont il cherche toujours à expliquer les symptômes par des circonstances extérieures, il a pourtant le sentiment de son impuissance. Il se reproche de s'être masturbé, d'avoir été condamné, d'avoir perdu sa place ; il craint les suites graves de la migrainine dont il prenait de grandes quantités et ne veut plus en faire usage. On réussit d'autre part à le distraire et même à le faire rire, mais ce n'est qu'incidemment. La faiblesse de sa volonté est des plus évidentes. Il exécute sur-le-champ tous les ordres qu'on lui donne ; il se dit prêt à rester à la clinique, tout en se plaignant de son internement ; il n'émet aucune idée précise pour son avenir.

Nous avons déjà remarqué, au cours de notre conversation avec le malade, qu'il s'exprime lentement et difficilement ; il cherche souvent ses mots ; il commet des erreurs et dit par exemple « place honorifique » pour « place qui permet de vivre ». Maintes fois aussi il se trompe de syllabes et ne les intercale pas à leur place : c'est là un signe qui prouve la persistance de l'impulsion motrice. Tous ces symptômes

s'accentuent avec la fatigue du sujet, si bien qu'à la fin il devient malaisé de le comprendre. Lui dit-on d'écrire, on retrouve de suite des stigmates parfaitement analogues à ceux qu'on constate dans la parole : le malade commence par tracer son nom sans aucune peine ; au bout d'un instant, après quelques mots, c'est un griffonnage dans lequel on distingue encore au besoin quelques lettres, mais où l'ordre régulier et ordinaire des syllabes est modifié par l'interposition illogique d'autres syllabes et par la répétition des mêmes signes ; en définitive, fatigué, le malade laisse tomber son crayon à côté de lui.

L'examen somatique de cet homme, qui est bien bâti, dont la nutrition générale est bonne, permet de constater la persistance de la réaction pupillaire ; il existe de légers mouvements nystagmiformes dans le regard à droite, et peut-être une légère hémianopsie autant qu'on peut l'affirmer chez un sujet à jugement si affaibli. La sensibilité cutanée est un peu diminuée à droite. Vient-on à lui mettre un objet dans la main, il le reconnaît plus vite à gauche qu'à droite. Il n'a pas de paralysie ; cependant la force musculaire est fort affaiblie, surtout à droite. Tous les mouvements sont lents et maladroits et sa main ne peut même reproduire les plus simples. Sa démarche est tremblante et on note le signe de Romberg. Lorsque la main est étendue, l'extrémité des doigts est agitée par de menues oscillations. Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés. On ne constate pas d'autres symptômes nerveux. Les temporales sont très sinueuses et très visibles. L'artère radiale est dure. Le pouls, régulier et plein, bat à 72 pulsations. Le cœur est normal. L'urine contient des quantités d'albumine.

L'affaiblissement mental et surtout l'affaiblissement de la mémoire, joints aux signes d'une affection cérébrale grave comme celle que présente le malade, peuvent nous faire penser à une paralysie générale ; cette supposition sera plus légitime encore lorsque nous saurons que, deux mois après son

entrée à la clinique, il eut une syncope qui fut suivie le lendemain d'aphasie très marquée, avec hémianopsie, hypoesthésie et parésie du côté droit.

De temps à autre il était très confus et plusieurs fois eut des vomissements. Tous ces stigmates disparurent vite et presque complètement. Le mois suivant il eut une rétention d'urine transitoire, et six semaines plus tard un accès épileptiforme. Cette symptomatologie s'adapte entièrement au diagnostic de paralysie générale ; certaines particularités cependant différencient ce cas du tableau clinique de la paralysie générale. Psychiquement manquent toutes les idées délirantes, l'état cénesthésique relativement bon, le maintien en tous points ordonné et normal. Remarquons de plus que les troubles de la parole et de l'écriture n'ont pas l'allure ataxique et parétique du paralytique, mais qu'il y a plutôt de la paraphasie et de la paragraphie. De même cette fatigue, qui est ici si frappante, ne se présente pas avec ces caractères chez le paralytique.

Nous avons par suite à nous demander s'il n'y a pas lieu de donner une autre interprétation à ce tableau clinique. On songera en première ligne à une affection syphilitique, ensuite à une manifestation d'artério-sclérose. D'après les dires du malade, il est douteux qu'il ait eu la syphilis ; cependant, vu le mauvais état général, nous avons cru devoir entreprendre une cure mercurielle. Comme la santé du patient ne s'améliora pas, comme ses urines diminuèrent, comme l'albumine augmenta, nous dûmes interrompre le traitement et nous contenter d'une médication iodurée. Nous avons abouti à ce résultat de voir disparaître les phénomènes graves sans cependant que l'état antérieur fût le moins du monde modifié.

De cette expérience il fut impossible de conclure à l'origine syphilitique de la maladie, hypothèse qui du reste ne s'est jamais justifiée. L'idée d'une affection de nature artério-scléreuse prit alors plus de vraisemblance. En sa faveur plaidaient la présence de l'albumine dans l'urine et la flexuosité

des artères ; contre elle, l'âge relativement jeune du malade. La manière dont apparurent les symptômes en foyers, leur développement rapide et leurs modifications, de même que la conservation des réactions pupillaires, appuieraient encore cette donnée. Il faut ajouter que nous rencontrons relativement assez souvent au cours de l'artério-sclérose des idées délirantes et des hallucinations. Nous conclurons donc que nous n'avons très probablement pas affaire ici à une paralysie générale, non plus qu'à une affection syphilitique, mais bien à un processus d'artério-sclérose cérébrale ; nous ne pouvons toutefois pas dire pourquoi il s'est manifesté si tôt. Les causes de l'artério-sclérose sont en effet encore inconnues. Le pronostic est très grave. Il faut s'attendre à ce que la maladie progresse lentement et amène la mort au bout de quelques années à la suite de phénomènes en foyer (1).

Voici maintenant un maçon, âgé de 52 ans, qui nous amène à continuer notre discussion. Il entre, la boutonnière extraordinairement fleurie, en boitant et en faisant des mouvements maladroits. Il nous salue avec amphase et prolixité, tout en répondant de façon sensée et exacte aux questions qu'on lui pose. Il finit pourtant toujours par émettre des propos incohérents, par vouloir raconter des faits de guerre et proférer des provocations ; on devrait l'envoyer dans une ville d'eau pour ses rhumatismes, à Baden-Baden par exemple. On détourne sans effort le cours de ses idées, mais sur une nouvelle incitation de notre part il revient transitoirement à son idée première, pour la reprendre encore ensuite plus à fond ; il la répète presque dans les

(1) Malheureusement, lorsque nous eûmes à examiner ce malade, nous ne connaissions pas encore le précieux moyen d'investigation que fournit le cytodiagnostic. La présence ou l'absence de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien aurait grandement servi à trancher entre le diagnostic de syphilis et celui d'artério-sclérose. Le malade, quinze mois après son entrée à la clinique, mourut dans un asile de chroniques. L'examen de l'écorce montra l'existence indiscutable d'artério-sclérose.

mêmes termes. Dans ses discours il entremêle sans raison des mots dénués de sens comme « fasso, fasso soso » venant du mot « façon ». En l'interrogeant, nous voyons qu'il est bien au courant de la date de l'année, de l'endroit où il se trouve et des personnes qui l'entourent. Il vient d'une prison où on l'a « téléphoné » ; ce sont les gardiens qui faisaient cela ; ici encore il entend les voix du téléphone de là-bas ; « maintenant alors, avec le téléphone, voilà comme c'est : ici voilà mon lit et ici voilà la cloison qui est électrisée. Ici j'ai encore mes douleurs dans le dos et dans les épaules ; tout cela c'est la faute de l'électricité. Ici dans la porte il y a un levier ; on le pose, il roule et électrise. Cela provient de ce que dans la prison j'ai couché sur le lit du bas ; avec la secousse j'ai eu la chose dans la tête, dans les oreilles et dans les épaules ; je suis comme gelé. Ils parlent et entendent tout ce que nous disons ; j'entends tous les mots qu'ils disent et ils entendent tout ce que je dis ». Si on le prie de répéter ce que les voix disent, il s'arrête un instant, puis : « ils racontent quelque chose, ils bavardent, maintenant ils ont fini, maintenant ils ne peuvent plus rien dire, c'est ce que dit le docteur, maintenant ils parlent politique... la mère, c'est la même chose que si nous causions ensemble ». Il continue par une histoire confuse de Sybilla qu'un facteur lui aurait racontée. « L'empereur, le grand duc sont enfermés, et moi j'entrerai dans la pièce comme centre, puis je vais télégraphier à l'empereur de Russie comme soldat d'infanterie, afin qu'il soit enterré. Il est venu, puis a causé avec moi, il se nomme le tzar Frédéric. J'ai voulu épouser la princesse Marie-Thérèse Hildazar. Je ne me laisse pas contredire : le garde et le facteur qui ont fait l'histoire avec l'ambulance et avec le phénomène surnaturel. Ils ont été aussi enfermés avec la machine à électriser. »

Pendant qu'avec force gestes il nous expose toute cette histoire, le malade cherche son uniforme « de roi Halleluya de Portugal » qui est ici. En même temps, il réclame sa

pension de 800 marks, veut une permission pour aller épouser la princesse Karoline Victoria à Berlin ; il voyagera comme général de la Thann aussi longtemps qu'il ne sera pas couronné. Il nomme les médecins des médecins militaires ; il veut aussi emmener quelques malades afin de les établir dans plusieurs situations. Il veut organiser un congrès d'empereurs à Baden-Baden, où tous les princes et nobles de l'Allemagne apparaîtront pour l'installer empereur d'Allemagne comme empereur de Russie et de France.

L'affectivité du malade est plutôt excitée et facilement excitable. Il esquisse souvent un sourire irrésistible. « Il faut que je rie, ajoute-t-il ; je ne ris pas volontiers, mais je ne peux faire autrement ; ça va, ça vient comme la mer ». Il nous parle sans gêne comme à ses collègues, nous tape sur l'épaule, frappe avec force sur la table ; il est quelque peu abattu, mais son maintien est naturel et ordonné ; on ne remarque qu'un peu d'inquiétude et de tendance à bavarder.

L'examen somatique de ce solide gaillard bien bâti montre avant tout que sa boiterie est due à une ancienne coxalgie avec luxation de la tête fémorale en arrière et raccourcissement de la jambe de 7 centimètres. Le bras gauche est plus faible que le droit. Le malade prétend qu'il a souvent la sensation d'avoir de la fourrure sur lui ; il ne présente cependant aucun trouble de la sensibilité. Le côté gauche de la face est un peu plus flasque que le droit ; le réflexe rotulien gauche est exagéré. La réaction pupillaire se fait sans aucune anomalie. La parole est un peu embrouillée et pâteuse. L'écriture ne décèle ni irrégularité ni tremblement ; il y a bien quelqu'omission de lettres, mais il est malaisé de porter un jugement sur lui à cet égard, vu son instruction rudimentaire. L'artère radiale est flexueuse et dure, le pouls tendu et lent. Par ailleurs l'examen somatique est négatif.

En ce qui concerne les antécédents de notre sujet, nous apprenons qu'il a été malade pendant la campagne de 1870 et qu'il y a été fait prisonnier. Une arthrite purulente de la

hanche se développa à ce moment, qui se termina par un raccourcissement de la jambe droite. Le malade commença à boire en 1881 et alla s'affaiblissant de plus en plus. Il fut condamné soixante fois pour mendicité, tapage, disputes dans son ménage, injures, de temps à autre aussi pour blessures et vols de minime importance. Il fut de plus envoyé trois fois en prison, après déclaration du médecin légiste qu'il était non pas aliéné, mais ivrogne et simulateur. En prison il se signala dès l'abord à l'attention par un manque de souplesse à la discipline qu'aucune punition ne réussit à réprimer. Lorsqu'enfin, il y a sept mois, il se montra violent, refusa la nourriture, parla d'une visite prochaine de l'empereur, on le transféra à la clinique.

Ici, indépendamment de son bavardage uniforme et lent, il ne présenta d'abord rien de particulier. Il écrivait à toutes les autorités et personnes haut placées toutes sortes de lettres et de missives, dans lesquelles il racontait avec incohérence ses faits de guerre et sa prétention d'être traité et soigné dans une ville d'eau.

En même temps il manifestait sans cesse une gaîté bruyante, disait des plaisanteries lourdes et bêtes et faisait des discours aux malades ; il amassait des ordures dans ses poches, se parait de rubans qui servent à entortiller les cigares et en mettait d'autres autour des doigts. Par intervalles il émettait des idées délirantes des plus variables, semblables à celle qu'il expose aujourd'hui. Il descend d'un général russe et sa femme d'un général français ; il devrait être empereur d'Allemagne et empereur couronné, général en chef n'ayant rien à faire en temps de paix. Puis viennent les histoires de téléphone. Tous ces récits étaient débités sur un ton de plaisanterie, et on en dérivait le cours en quelques mots. Sa tenue était tout à fait ordonnée et il s'occupait beaucoup en travaillant dans les salles.

Cinq semaines après son entrée, le malade présenta brusquement une série d'accès convulsifs graves qui durèrent

dix-sept jours et se renouvelèrent jusqu'à quatre-vingts fois en vingt-quatre heures. Les accès débutèrent toujours par des mouvements des yeux en haut et à gauche. La tête se tournait à gauche ; puis le bras du même côté se levait et se fléchissait ; ensuite c'était la jambe gauche et enfin le bras droit. Puis apparaissaient des secousses violentes dans les bras et dans la face, surtout à gauche ; en même temps les deux jambes devenaient raides, tout le corps était énergiquement secoué, la mâchoire était contracturée et la respiration saccadée. Les convulsions cessaient au bout d'une minute et les pupilles, qui jusque-là avaient été très dilatées, réagissaient alors pour demeurer de nouveau immobiles. Après un stade de confusion de courte durée, le malade revenait à lui, reconnaissant son entourage, montrant qu'il comprenait ce que voulait le médecin, mais se refusant à croire qu'il avait eu des convulsions. Consécutivement, il était souvent confus et peu clair entre les accès, mais la plupart du temps son humeur restait bonne. Lorsque les accès eurent petit à petit disparu, on nota la persistance d'une paralysie avec contracture du côté gauche, anesthésie, exagération des réflexes rotuliens et signe de Babinski. Le fond de l'œil était normal ; le pouls était dur et tendu ; lent d'abord, il devint mou et était souvent très déprimé avec intermittences. Tous ces troubles disparurent rapidement et presque complètement. Depuis, l'état mental du malade a certainement beaucoup baissé. Les hallucinations auditives, les idées délirantes et incohérentes sont plus fréquentes ; la parole et l'écriture plus mauvaises.

Ce tableau clinique peut en imposer de prime abord pour une paralysie générale ; c'est ce que tendraient à prouver les idées de grandeur, stupides et faciles à modifier, les accès qui rappellent bien ceux de la paralysie générale, enfin les troubles du langage et de l'écriture. Néanmoins, il y a des données qui s'inscrivent contre cette façon de voir. Le malade a toujours exactement su où il se trouvait et connaissait

bien la date du jour. Il était en cela très différent du paralytique dont la conduite est tout l'opposé de la sienne. Malgré un affaiblissement démentiel très marqué, il est encore actif et vif, tandis que les paralytiques se comportent d'ordinaire de manière inverse. De même les hallucinations auditives, qui dominent ici la scène, sont très rares dans la paralysie générale, abstraction faite des formes associées au tabès. Les troubles pupillaires manquent en outre totalement et les modifications de la parole et de l'écriture sont minimes ; les accès enfin sont un peu différents des accès paralytiques et il est notamment fort particulier de voir que le sujet reprend vite connaissance entre chaque phase convulsive. Chez un paralytique qui a souffert de nombreux accès successifs persiste toujours quelque confusion. Les convulsions offraient aussi des analogies très accusées avec celles qu'on observe dans les cas de lésion circonscrite de l'écorce ; elles laissaient après elles, plusieurs mois durant, des symptômes paralytiques, ce qui est l'exception au cours de la paralysie générale.

Dans ces conditions, nous devons nous demander si nous ne pouvons pas fournir une autre interprétation de ce cas. L'état du pouls peut à coup sûr nous amener à penser à une affection cérébrale d'origine artério-scléreuse, mais nous nous heurtons encore à de nouvelles difficultés. Les légères altérations que semble avoir subi la mémoire, la violence des idées délirantes et surtout des hallucinations sensorielles, ne concordent pas avec une telle hypothèse. Celle-ci est encore démentie par les troubles du langage, plutôt ataxique et parétique, et par la longue série d'accès convulsifs qui se sont succédé sans laisser de séquelle sérieuse.

Mais ces signes mêmes, en se présentant à nous comme autant d'objections, nous fournissent peut-être un nouveau mode d'interprétation, car ils nous aiguillent du côté de la syphilis. Les faibles troubles de la mémoire, la conservation de la clarté et de l'activité psychique malgré un déficit indis-

cutable, les hallucinations auditives constantes qui rappellent jusqu'à un certain point la paralysie générale, les altérations à peine marquées du langage et de l'écriture, les convulsions qui représentent des phénomènes de lésion en foyer cadrent tout naturellement avec la conception d'une endartérite syphilitique. Un état démentiel peut en effet se développer, plus ou moins prononcé et aggravé de quelques troubles somatiques ; il dure de longues années, souvent même se complète par des hallucinations auditives permanentes. Le traitement antisyphilitique ne produit ordinairement aucune modification (1).

(1) Le malade mourut deux mois plus tard à la suite d'une nouvelle série d'ictus graves. On trouva un foyer apoplectiforme à la base du lobe frontal droit, des reins contractés, un gros cœur avec dégénérescence du myocarde, de l'endartérite de la crosse de l'aorte. L'examen microscopique de l'écorce montra une endartérite syphilitique très étendue. Malheureusement nous n'avions pas encore, pour éclairer ce cas de clinique, la ponction lombaire, qui nous aurait au moins permis d'écarter complètement le diagnostic d'artério-sclérose.

VINGT-TROISIÈME LEÇON

Démence sénile.

Messieurs, nous avons déjà eu l'occasion dans le cours de ces leçons de voir que la cause la plus directe de la mélancolie paraît résider dans les modifications somatiques liées à la vieillesse. Mais cette affection n'est pas la seule que nous rencontrions au retour d'âge ; l'organisme, affaibli dans sa résistance, devient en effet un terrain propice au développement de toute une série d'autres troubles psychiques. On observe le plus fréquemment des accès de folie maniaque-dépressive ou la paralysie générale, celle-ci surtout chez la femme ; plus rares sont l'épilepsie, les variétés de folie sans rapport avec l'âge du sujet, comme les intoxications. Il existe encore une catégorie de psychopathies qui, bien plus que la mélancolie, empruntent le cachet de l'affaiblissement intellectuel sensible même au cours de la vieillesse normale. Nous avons récemment parlé d'une de ces formes à propos du délire de persécution qui s'installe chez les vieillards.

Voici un ouvrier, travaillant dans le caoutchouc, qui présente un de ces tableaux cliniques. Il entre à pas petits, lents et lourds, la taille courbée ; il nous rend amicalement notre salut, nous tend la main avec confiance et se montre fort abordable et prêt à causer. Il nous indique exactement son âge, 86 ans ; mais il se trompe en retardant de

quelques mois la date du jour et en prétendant que notre conversation se passe 1991 ; il se reprend toutefois quand on lui en fait la remarque. Il ne sait pas depuis combien de temps il est ici, « un an ou six mois peut-être » ; il sait pourtant qu'il se trouve au milieu de malades « à cause de sa tête ». Il connaît les médecins de vue, tout en ignorant leurs noms ; de même, il s'est déjà rencontré avec l'étudiant qui l'interroge. Il n'a aucune notion de sa maladie ni de la manière dont elle a débuté, non plus que de son arrivée parmi nous. Lorsque nous lui rappelons qu'il y a huit mois il s'est subitement lavé avec son urine et qu'il en a bu, puis qu'il s'est cru obligé d'aller trois fois de suite à la gare et d'en revenir par un certain chemin, ses souvenirs se précisent quelque peu; mais il lui est impossible de dire pourquoi il a agi de la sorte : « Cela je n'en sais rien, aujourd'hui encore je n'en sais rien. » Lorsque je lui raconte qu'il a prétendu être le Christ et avoir été dans le ciel, il rit de bon cœur : « Comment, j'ai dit cela ? » s'écrie-t-il. Puis il reprend son sérieux et ajoute : « Mais je sais que ma femme ferma l'eau pour que je ne puisse pas me noyer . » Sur tout ce qui s'est passé les années précédentes, comme sur tous les événements politiques qui se sont déroulés il y a trente ans, il est capable de fournir des renseignements exacts, mais peu détaillés. Quant aux événements des années suivantes, nous ne savons plus rien. Son instruction, en calcul notamment, est encore passable ; toutefois il oublie déjà au bout de quelques minutes le peu de mots et de chiffres que nous lui demandons de retenir. Il n'a plus du tout souvenance de ce qu'il a fait les jours précédents ou même quelques heures plus tôt ; le lui rappelle-t-on, il semble en douter. Il répète souvent les mêmes histoires sans s'apercevoir qu'il vient de les raconter à l'instant même. Son humeur est enfantine et gaie ; parfois, quand on le contredit, il devient moins aimable et paraît agacé. Il désirerait rentrer chez lui ; si on lui objecte qu'il est encore malade, il se montre cependant

content et souhaite alors d'être bientôt guéri. Il s'était mis en tête que sa belle-fille, cette garce, lui aurait tapé sur les dents avec ses doigts et l'aurait ainsi rendu fou.

L'examen somatique décèle, avant tout, des signes évidents de sénilité : atrophie de la peau, des os, des muscles, artério-sclérose généralisée, trace de cataracte. La pupille gauche est plus large que la droite, la réaction à la lumière peu accusée des deux côtés. L'ouïe est affaiblie du côté droit.

L'interprétation clinique de cet état ne nous présenterait aucune difficulté alors même que l'âge de notre sujet ne nous aurait pas mis sur le chemin. L'ignorance des dates et de ce qui entoure le patient associée à la conservation de la compréhension et de l'excitabilité psychique, les idées délirantes juxtaposées à une certaine sensation d'être malade, l'absence d'intelligence de sa situation, la gaîté illogique, plus encore l'impossibilité absolue de fixer l'attention et la perte progressive de la mémoire qui garde cependant le souvenir des faits anciens, tout cela représente le tableau que crée l'exagération morbide des troubles normalement liés à la vieillesse ; nous désignons cet état sous le nom de « démence sénile ». Sans doute trouvons-nous dans la paralysie générale et dans la maladie de Korsakow une atteinte très marquée de la faculté de fixer l'attention. Mais dans la première de ces deux affections, sans parler des signes somatiques, existent, à côté de ces troubles si marqués de la faculté de fixer l'attention, une démence très prononcée, un abrutissement, une absence de compréhension, une difficulté et une lourdeur de l'esprit, une pauvreté des pensées. De plus, l'affaiblissement de la mémoire porte aussi sur les faits anciens et sur l'orientation dans le temps ; la faculté de compter est prise la première. La différenciation avec la maladie de Korsakow est encore plus délicate quand on ne prête pas attention à l'âge ou aux antécédents du sujet. Ici, les troubles de la faculté d'attention sont toujours très marqués, tandis que la perte de la mémoire est moindre que dans la démence

sénile ; le jugement est moins faussé ; quand elles existent, les idées délirantes sont loin d'être aussi stupides et perdues ; l'état d'esprit, au lieu de paraître enfantin comme chez le dément sénile, a plutôt le laisser aller humoristique et abruti du buveur.

En ce qui concerne les antécédents du malade, ajoutons qu'il appartient à une famille dont la santé est bonne, qu'il a eu trois enfants bien portants et qu'il ne buvait pas. Il travailla jusqu'à l'année dernière, mais depuis longtemps déjà il se plaignait de douleurs céphalalgiques, se levait la nuit, s'appliquait des linges humides sur la tête ; ou bien il émettait des injures non motivées, se trompait de domicile, était à la recherche de ses vêtements, ne trouvait plus ses affaires et le lendemain avait tout oublié de cette agitation nocturne pathognomonique de la démence sénile. Il y a huit mois environ, se manifestèrent les traits particuliers que je vous exposais tout à l'heure. Le malade se disait le successeur du Christ ; il recevrait un médaillon en or ; de temps en temps il était excité, se plaignait de sa belle-fille : c'était une grande pécheresse qui irait en enfer. Chez nous, lors de son entrée il y a sept mois, il se disait le fils de Dieu ; il allait souvent au ciel où il se trouvait encore la nuit dernière et il traversait l'air sur une voiture d'or. Il disait que le ciel était tout semblable à la terre ; seulement les fruits y étaient meilleurs et les habitants n'en mangeaient que la moitié, ce qui leur convenait mieux. Tout y était beaucoup plus beau. « Quand je pissais, il y avait beaucoup plus d'eau. » Au ciel, il n'y avait pas de mauvaises gens et pas de chemin de fer ; les gens devaient beaucoup travailler et n'étaient pas paresseux. Il avait délivré cette nuit sa femme qui se trouvait au ciel depuis douze ans. Le Saint-Esprit lui avait commandé de faire du bien et de reconstruire Mannheim. « Tous les gens riches qui avaient mangé de l'argent devaient l'aider à construire, Rothschild en tête ». Il n'était pas plus orienté sur le temps que sur le lieu de son séjour. La nuit il dormait

peu, marmottait tout seul et se frappait la poitrine. Il était d'humeur plutôt gaie, mais parfois devenait coléreux et injuriait les gardes qui « mangeaient tout et ne nous laissaient plus rien ». Déprimé et triste par moments, il ne disait alors pas un mot, restait couché les yeux fermés, résistait énergiquement à tous les efforts et, lorsque soudain il était de nouveau gai, il expliquait que l'Esprit-Saint avait été près de lui. Certains jours il refusait la nourriture ; le Saint-Esprit le nourrissait, il n'avait pas besoin de manger.

Petit à petit le malade prit mieux conscience de sa situation et disait qu'il était fou. Cependant çà et là il avait des idées délirantes sujettes à modifications. Sa femme revenait de la mort, lui avait rapporté deux distinctions honorifiques, il était président, etc. Il racontait aux autres malades de longues histoires sur ses voyages au ciel, faisait des descriptions invraisemblables et ne se souvenait plus de rien dans la suite. Il eut un jour un petit accès d'étourdissement (1).

Cette marche de l'affection répond pleinement à ce qu'on observe d'ordinaire dans des cas semblables. Ce qui y est particulièrement fréquent, ce sont ces oscillations entre les états délirants et normaux. Le développement rapide de l'affection peut sembler singulier ; il est cependant fort probable qu'il existait depuis longtemps de légers troubles analogues à ceux qu'on observe au cours de la vieillesse normale. La sénilité des vaisseaux est le substratum le plus facilement appréciable de cette affection ; mais il n'est pas douteux qu'en dehors de ces lésions vasculaires il y ait beaucoup de points de l'écorce cérébrale, du moins dans la démence sénile, qui soient détruits.

Vous aurez encore un type plus frappant de démence sénile chez cette femme de 72 ans, qui nous fut amenée il y a six mois. Elle a toujours été jusqu'ici saine de corps

(1) Le malade est depuis deux ans et demi dans un asile de chroniques.

et d'esprit. Mariée à 30 ans, elle eut quatre enfants dont deux sont encore vivants. A la mort de son mari, qui succomba au bout de sept ans de mariage, cette femme eut de grands soucis ; un changement énorme s'opéra en elle il y a un an. Mais depuis longtemps elle se plaignait de céphalées et d'étourdissements ; puis elle devint oublieuse, ne retrouvait plus sa maison, ne savait plus si elle avait déjà déjeuné, parlait beaucoup de ses parents, morts depuis longtemps, comme s'ils vivaient encore, confondait les noms de ses connaissances, ignorait la date du jour, prenait par exemple sa fille pour sa sœur ; enfin elle devint inquiète. En même temps elle se montrait excitable, coléreuse et méfiante, refusant de se coucher, s'occupant de tout et se levant bien avant le jour pour aller se promener sans but, à l'aventure. Son alimentation était des plus irrégulières.

Cette femme est petite, voûtée, ridée ; elle a des cheveux blancs, quoiqu'encore assez abondants ; son état général est très médiocre. Comme troubles somatiques, nous avons à noter un tremblement des mains suffisamment net et quelques intermittences cardiaques. Pour comprendre ce qu'on lui dit, on est obligé de répéter les questions et l'on voit sans peine qu'il lui faut vaincre une certaine difficulté ; il est évident d'après ses réponses qu'elle est ignorante du lieu où elle se trouve et de la date du jour. Elle se croit ici à un mariage ; toutes les personnes présentes lui sont connues et elle regrette son manque de mémoire qui l'empêche de les désigner. « Je ne suis pas capable de me mêler de cela. » Elle est si seule ; elle n'a pu s'occuper de rien. Comme quantième de l'année, elle indique tantôt la date de sa naissance, tantôt n'importe quel autre nombre ; une fois elle est âgée de 30 ans, une autre fois de 60, ou bien encore elle n'a pas 20 ans. L'appelle-t-on vieille dame, elle est très choquée. Les contradictions de dates les plus grossières passent totalement inaperçues à ses yeux. Ainsi sa fille est de deux ans plus jeune qu'elle ; vient-elle de nous apprendre qu'elle est

âgée de 60 ans, aussitôt après elle prétend que son père est dans sa soixantième année ; son enfant a 3 ans, etc. Elle explique qu'elle vit encore avec ses parents et ses grands-parents et donne son nom de jeune fille. Le grand-duc s'appelle Léopold et les pièces de monnaie sont encore des gulden et des kreuzer.

Elle est toute prête à se marier et même, ajoute-t-elle, un voisin vient déjà tous les jours prendre de ses nouvelles. Elle accepte du premier coup tout ce qu'on lui raconte. Elle a reçu des visites hier et elle s'est promenée. Elle va jusqu'à compléter les phrases que d'autres ont commencées ; elle fixe de la sorte le but de sa promenade et désigne les noms des personnes qui l'accompagnaient. Remarquez aussi ce trait important : c'est seulement lorsqu'il s'agit de faits d'ordre chronologique qu'elle se laisse aller à des stupidités. Lui affirme-t-on que la neige est noire : « Oui, répond-elle, si de la suie la recouvre. — Le sang n'est pas noir, mais pourtant foncé. — Les cerises sont bien vertes quand elles ne sont pas mûres, mais ensuite elles deviennent rouges. » Elle comprend très bien ces plaisanteries contradictoires et y répond avec bonne humeur. « Nous ne serons pas encore d'accord », dit-elle en riant, quand je prétends devant elle qu'un voleur est un honnête homme ; et si j'ajoute qu'elle-même est une voleuse, elle reprend, prête à la riposte : « Ça jamais ; mais je suis toute disposée à me laisser voler mon rhume. »

Ce qui est aussi très frappant, c'est la rapidité avec laquelle disparaissent les diverses représentations mentales que l'on provoque. En quelques minutes, souvent même instantanément, la malade oublie ce qui s'est passé. Le médecin vient-il de lui pratiquer une injection, elle se plaint de ce qu'une jeune fille l'ait piquée. Elle bâtit des histoires invraisemblables pour suppléer aux souvenirs disparus. Comme elle avait un jour noué son mouchoir autour de son pied, elle allégua successivement que son soulier s'était ouvert et qu'elle avait

dû le rattacher avec son mouchoir ; qu'elle s'était appliqué un pansement pour une écharde ; enfin que, le médecin lui ayant marché sur le pied, elle avait été obligée de se l'entortiller. Quand on lui met sous les yeux une série d'images ou d'ustensiles, cinq secondes plus tard elle n'est capable de désigner que le quart des objets qu'on lui a montrés ; après trente secondes, elle en a encore oublié un quart, et ensuite elle ne se rappelle plus du tout ce qui s'est fait devant elle. Elle a elle-même la sensation de la mobilité de ses représentations. « Je ne sais pas, dit-elle ; on ne peut plus se retrouver dans tout son intérieur. »

Quoique d'humeur toujours égale, elle a de temps à autre des accès de colère ; mais elle est volontiers gaie et aime la plaisanterie. Elle manifeste parfois une réelle agitation ; elle emballe alors ses affaires pour s'en aller chez ses parents assister à un mariage ; ou bien elle s'imagine avoir sous ses couvertures un enfant qui doit être baptisé ; elle devient grossière quand on veut la ramener dans son lit. Son sommeil est très troublé par cette excitation. Elle s'alimente bien néanmoins et se tient propre à condition qu'on prenne certaines précautions.

Ce qui domine dans ce tableau clinique, c'est l'altération si marquée de la mémoire d'acquisition. Les quelques représentations qui sont suscitées soit par l'entourage de la malade, soit par la malade elle-même, s'évanouissent si rapidement, qu'aucun souvenir ne persiste de ce qui vient d'arriver. Bien des signes, je dois l'ajouter, démontrent que cette femme paraît mettre beaucoup plus de temps que les sujets normaux à prendre conscience des impressions qui frappent son esprit, et nombre d'images s'effacent avant même d'avoir eu le temps de se graver dans son cerveau. On comprend dès lors comment, sous l'action simultanée de ces deux phénomènes morbides, cet état si particulier a réussi à se développer. A cette forme nous réservons le nom de « presbyophrénie ».

Ces troubles de la mémoire d'acquisition représentent le symptôme capital dans les variétés graves de la folie des vieillards ; à mon avis, chaque fois qu'on les rencontre au cours de la démence sénile à côté d'états de dépression ou d'excitation, on doit penser à la possibilité d'une évolution fâcheuse (1). Si l'avenir confirme cette manière de voir, nous aurons trouvé le signe important qui nous permettra de différencier la mélancolie, prise dans son sens ancien, de la démence sénile.

Il ne faut pas davantage nous dissimuler qu'il est souvent malaisé de mettre une étiquette sur les syndromes cliniques qui s'installent au seuil de la vieillesse. Prenons l'exemple de cette femme de 60 ans ; il ouvre la porte à toute une série d'hypothèses. La malade appartiendrait à une famille bien portante et aurait toujours été en très bonne santé jusqu'à ces dernières années. A ce moment elle devint méfiante et avare ; dans la crainte d'être volée, elle s'entoura de mille précautions inaccoutumées, surtout contre de soi-disant mauvais voisins. Quelques semaines avant son arrivée ici, il y a six mois environ, elle se calma ; mais elle fut alors frappée d'anxiété et se confessa. Une fois, elle sauta par la fenêtre pour aller prier un voisin de la prendre chez lui. La nuit suivante, très anxieuse, elle monta sur le toit afin de remettre son argent à un voisin, car le diable était là-dedans. Ce n'est qu'à grand'peine qu'on parvint à la faire descendre. Par instants, elle était de nouveau absolument sensée et se rappelait tout ce qu'elle avait fait auparavant.

A son entrée parmi nous, la patiente ne prononça pas une parole ; elle s'assit en travers de son lit et il n'y eut pas moyen de lui faire prendre une autre position. Le jour suivant elle se montra par contre plus docile, exécutant des ordres peu compliqués, mais continuant à ne pas parler ; elle se borna à ces mots brefs et brusques deux fois répétés : « Allez-

(1) La malade mourut au bout de trois ans dans un asile de chroniques. Elle était devenue de plus en plus démente et apathique.

vous-en. » De plus on notait une catalepsie des plus évidentes ; elle tenait ses bras élevés dans une attitude de prédicateur. Elle n'absorbait aucune nourriture et retenait ses urines, si bien qu'on dut la cathétériser. Plus tard, elle se blottissait par terre totalement nue ou se couchait sous son lit. Au bout d'une semaine environ, elle se remit à parler et s'excusa de tout ce qu'elle avait fait ; si elle n'avait pas mangé, disait-elle, c'est qu'elle n'avait nullement eu faim. Elle se souvenait de tout ce qui s'était passé ces derniers temps et reconnaissait son voisinage ; elle avait aussi un peu la sensation d'être malade, mais ne comprenait pas bien la stupidité de son maintien.

Le lendemain matin, elle était de nouveau cataleptique, muette et opposante ; assise sur son lit sans bouger, tenant sa natte dans sa main droite étendue, elle avait repris sa position favorite. Cet état resta soumis à de multiples variations jusqu'au jour où éclata une angoisse des plus vives. La malade semblait écouter des voix et disait en regardant au plafond : « Que voulez-vous donc ? Je viens tout de suite. » A d'autres instants elle était abordable, aimable, souriante et émettait à voix basse et rapide des réponses peu compréhensibles.

Depuis lors, sa situation n'a pas changé. Vous la voyez là, assise, qui ne se soucie nullement de ce qui se passe autour d'elle et ne répond qu'aux interpellations énergiques. Tout en connaissant le médecin qui la soigne, elle ignore son nom ainsi que celui des personnes qui l'environnent. Elle possède aussi des notions très confuses sur le temps ; elle s'excuse des erreurs qu'elle commet à ce sujet, en prétextant que depuis longtemps elle n'a pas consulté de calendrier ; elle est incapable d'indiquer l'année ou le jour de sa naissance. De son instruction, autant qu'on peut en juger par les quelques renseignements qu'elle fournit, ne subsiste que peu de chose. Elle paraît ignorer complètement sa position, reste apathique, ne pense à rien et n'émet aucun

projet d'avenir ; elle ne désire même pas retourner chez elle. D'ordinaire indifférente à tout, elle est par intervalles pleurnicharde et pusillanime, mais pour peu de temps ; un rien suffit en effet à la transformer et à la rendre gaie et bavarde, mais elle reste toujours très confuse. « Ma tête est bonne et bien portante », dit-elle. Les troubles somatiques se réduisent à un léger tremblement des mains ; cette femme a cependant été très affaiblie et son état général a été même si mauvais qu'on s'est vu contraint de la nourrir à la sonde.

Il est certain que cette malade est aujourd'hui tout à fait démente. On relève chez elle à un très haut degré l'impossibilité de se rendre compte de l'ambiance où elle vit, la perte de toute idée, la faiblesse du jugement, l'oubli des notions antérieurement acquises, la profonde atteinte de l'affectivité. Elle montra bien à quelques visites de son mari une certaine vivacité, mais l'apathie profonde et l'indifférence de l'état affectif n'en sont pas moins très nettes chez elle. Il est difficile de relier cet ensemble à la période démentielle terminale d'une mélancolie : il manque en effet la dépression caractéristique et les idées d'auto-accusation qui constituent dans la mélancolie le fond du tableau clinique, et surtout fait défaut ce besoin de causer qui porte si impérieusement les mélancoliques à communiquer leurs idées pleines de tristesse. Nous notons par contre ici toute une série de symptômes déjà rencontrés dans la catatonie ; je veux parler de l'apathie, du maintien si particulier, du négativisme, de la catalepsie, des hallucinations, de ces alternatives de stupeur maussade et d'affabilité.

Cependant, nous hésitons à invoquer dans ce cas la catatonie. Nous n'avons encore observé cette affection que dans le jeune âge. De plus certains symptômes appartiennent en propre à la démence sénile : perte complète de la notion du temps, oubli rapide des points acquis antérieurement, méfiance. La mémoire d'acquisition ne semble évidemment pas aussi lésée que chez notre sujet précédent ; mais ce n'est

peut-être là qu'une apparence, un examen complet ayant été impraticable par suite de la résistance et de l'apathie de cette femme.

Je dois ajouter que ce ne sont pas quelques signes catatoniques qui par leur présence suffisent à autoriser le diagnostic de démence précoce. Ils se retrouvent par exemple dans la paralysie générale. Il est même possible de supposer que nous serons à même un jour d'isoler une forme de démence sénile avec symptômes catatoniques, sans que cependant cette forme ait rien de commun avec la catatonie particulière aux jeunes sujets. Pour l'instant, je ne suis pas encore autorisé, à l'aide des symptômes cliniques, à affirmer pareille conception. Peut-être l'anatomie pathologique résoudra-t-elle le problème. Quoi qu'il en soit, autant que je puis en juger par ce que j'ai constaté jusqu'ici, ces formes comportent toujours un pronostic sévère ; elles aboutissent en général à une démence profonde et les signes catatoniques sont de moins en moins caractéristiques (1).

(1) La malade mourut au bout de deux ans dans un asile de chroniques, après avoir été complètement démente, apathique et négative.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

Démence épileptique.

Messieurs, nous avons déjà constaté à différentes reprises l'existence de phénomènes morbides qui ne se manifestent que par l'apparition d'accès plus ou moins réguliers, et vous connaissez plusieurs groupes d'affections mentales dont l'évolution est nettement périodique. Il s'agit cependant à coup sûr de troubles permanents du psychisme, mais qui en général sont impossibles à dépister dans l'intervalle des crises paroxystiques. C'est en somme un fait de même ordre que dans beaucoup d'autres fonctions : circulation, respiration, menstruation, sommeil, etc., sans que pour cela nous connaissions d'ailleurs la véritable cause qui régit la périodicité. A côté de ces observations, il en est toute une série d'autres où les accès périodiques s'accompagnent d'une altération persistante de la personnalité ; ce sont alors des décharges subites qui n'ont pas la valeur de symptômes autonomes, mais qui extériorisent simplement un état pathologique immuable. La démence précoce, à sa période terminale, en offre un exemple très instructif, avec ses phases d'excitation régulièrement récidivantes. Aujourd'hui nous avons à nous occuper d'un groupe de maladies dans lesquelles des troubles psychiques, toujours greffés sur un terrain débile, surgissent à intervalles variables pour rapidement remplir leur cycle évolutif.

Je vous présente, pour commencer, un ouvrier menuisier âgé de 18 ans qui depuis un an est revenu cinq fois à la clinique. Il appartiendrait à une famille saine ; il aurait toutefois perdu deux frères de convulsions. Il eut lui-même, à 6 mois, un premier accès qui récidiva d'abord au bout de quatre mois et ensuite tous les mois. Les accès étaient en général nocturnes et se succédaient en série. Mais ces convulsions se compliquèrent, voilà deux ans et demi et voilà un an et demi, d'hallucinations, d'angoisse, de confusion ; tel était l'état de notre sujet lorsqu'il nous fut présenté pour la première fois, il y a un an. Dans l'espace de quatre jours il eut six crises, après lesquelles on vit cet homme, jusqu'alors très tranquille et peu causeur, devenir anxieux et agité. Il se croyait sur le point de mourir, ne dormait plus, suppliait, implorait sa grâce ; un ouvrier cordonnier de ses voisins devait lui couper le cou, lui enlever les yeux avec un long couteau et les remplacer par des yeux d'animaux ; on lui avait retiré la gorge. Il entendait son patron dire : « Il vient de sur la terre. » Il était en outre tout à fait confus et égaré, la tête sans cesse étourdie. Le tout dura environ une semaine.

Ultérieurement éclatèrent d'autres crises analogues, qui presque toutes nécessitèrent le transport du malade à la clinique. Nous avons ainsi eu l'occasion de les observer souvent ici, et nous constations habituellement en même temps des accès convulsifs qui se prolongeaient pendant plusieurs jours. Le malade était confus, excité et émettait toutes sortes d'idées hypocondriaques : il était mort, n'avait plus de sang ; ses poings ne se fermaient plus, ses yeux s'agrandissaient ; ou bien on en voulait à sa vie ; on allait le fusiller, et déjà il apercevait des fusils braqués sur lui ; dans son excitation, il poussait des cris et courait partout solliciter du secours. Le calme renaissait après quelques jours, quelquefois même après quelques heures ; les idées délirantes persistaient plus longtemps, mais après leur disparition le malade reconnaissait lui-même avoir été « délirant », et son poids, qui

diminuait beaucoup pendant les accès, augmentait à ce moment.

Ces périodes surgissaient tous les trois ou quatre mois ; entre temps le malade avait des syncopes et de légères convulsions toniques et cloniques de quelques minutes de durée. Il présentait en outre des crises de sommeil pendant lesquelles il restait couché, sans réagir à la piqûre ou à la parole ; les yeux fermés il gardait et faisait des mouvements de défense lorsqu'on tentait de les lui ouvrir. La pupille demeurait sans cesse dilatée, mais se rétrécissait à la lumière. Notons aussi de petits symptômes cataleptiques passagers. La contracture musculaire empêchait l'examen des réflexes rotuliens ; le pouls enfin était rapide. Cet état persistait quelques heures ; revenu à lui, le malade se plaignait d'étourdissements transitoires, de tremblement et de faiblesse dans les mains. En un mot, il éprouvait des sensations identiques à celles qui annonçaient l'accès. Mais il ne perdait pas connaissance et récupérait facilement ses sens.

Cet homme est de petite taille et de mauvaise constitution. Vous observez chez lui des anomalies groupées sous le vocable de stigmates de dégénérescence : front étroit, racine du nez enfoncée, voûte palatine en ogive, oreilles mal plantées, etc. Les pupilles sont dilatées ; elles réagissent toutefois bien à la lumière ; les doigts tremblent, les réflexes cutanés sont exagérés. Sur toute la surface du corps, anesthésie complète. Des aiguilles enfoncées ici ou là dans les plis de la peau n'éveillent aucune douleur. La sensibilité au toucher ne semble pas diminuée. Psychiquement, c'est une certaine obtusion qui constitue la note dominante de la situation. Le sujet est cependant en pleine possession de lui-même ; il a conscience de la date du jour, du lieu où il se trouve ; mais il lui faut un certain temps avant de répondre aux questions ; malgré toute son attention, il ne les comprend pas toujours immédiatement et a beaucoup de peine à s'expliquer. Il a bien la sensation d'être malade et en con-

vient lui-même. Il est toutefois incapable de donner de grands détails sur son affection. Il croit par exemple que les derniers accès ont été insignifiants. Quant à ses périodes de confusion, c'est à peine s'il en a le souvenir. Ce qu'il disait alors, ajoute-t-il, n'était que l'expression de ce qu'il apercevait en toute évidence ; les gardiens avaient des revolvers pour le tuer ; il se trouvait au ciel et voyait Dieu ; tout ce qu'il pensait apparaissait immédiatement devant ses yeux; souvent par contre il était étourdi et ses idées s'embrouillaient.

Sans avoir été mauvais élève, il n'en possède pas moins une instruction très précaire. En dehors de ce qui se passe continuellement devant lui, il ne sait rien. Son intelligence, son jugement sont à peu près ceux d'un enfant de 10 à 12 ans. Indifférent à l'ambiance tant qu'il n'est pas personnellement en cause, il a cependant une vive affection pour sa famille, parle avec amour de son père chéri auprès duquel il voudrait bien retourner ; il est toujours heureux de recevoir des visites. Dans l'intervalle des accès, son attitude n'est passible d'aucun reproche. Bien que légèrement déprimé, il est serviable et de bonne humeur. Mais quand une crise se prépare, il s'irrite pour un rien et devient méchant. Sauf quelques petits travaux qu'on lui demande et qu'il exécute fort lentement, il est presque toujours inactif. Je tiens aussi à vous faire passer ses dessins, vraiment étonnants pour qui songe au développement si fruste de son intelligence. Il copie des images coloriées de plantes et d'animaux avec tant d'exactitude et de minutie qu'on a souvent grand'peine à les distinguer du modèle. Mais il est totalement incapable de construire un carré sur des mesures données, car tout ce qui exige un peu d'intelligence est au-dessus de ses moyens.

En présence de crises convulsives qui éclatent régulièrement à certaines périodes et qui, datant de la prime jeunesse, sont devenues de plus en plus fréquentes, on ne saurait

douter de la nature épileptique de l'affection ; les accès d'étourdissement et les états crépusculaires ne sont pas moins habituels au cours de cette névrose. Les attaques de sommeil, il est vrai, s'y rencontrent moins volontiers, et, jointes à l'analgésie, elles pourraient en imposer pour de l'hystérie.

Enfin, dans le courant de l'année dernière, nous avons vu s'installer un affaiblissement progressif, parfaitement caractéristique et tout différent des autres syndromes analogues que nous connaissons déjà. Il consiste en une obtusion intellectuelle, une sorte de maladresse mentale en plein contraste avec la conservation de la raison. De plus les limites de l'intellectualité sont des plus bornées, tout en laissant encore au malade un champ d'action suffisant pour lui permettre dans une certaine mesure de régler convenablement ses faits et gestes. C'est juste le contraire dans la démence précoce, où la persistance de quelques bribes d'une instruction poussée parfois très à fond côtoie l'impossibilité absolue de mener à bien les travaux les plus élémentaires. La mémoire est aussi fort endommagée, et les conceptions par suite assez restreintes. Mais, à l'inverse de ce qu'on observe chez les paralytiques généraux, le déficit porte sur les souvenirs anciens, les souvenirs récents n'ayant rien perdu de leur vivacité ; bien plus, quelques faits nouveaux et importants peuvent être encore emmagasinés.

L'affectivité n'a également subi qu'une atteinte partielle. Si, comme dans la démence précoce, elle est bien diminuée, elle n'en garde pas moins encore une réelle activité. A coup sûr l'égoïsme et l'entêtement se retrouvent à la base de la vie sentimentale du patient ; pendant ses accès, il est violent et excité ; à part quelques personnes et sa famille, son affectivité envers autrui est très atténuée. Par contre il est assez dévôt, ce qui est très fréquent chez les épileptiques. De légères craintes hypocondriaques ne l'empêchent pas d'envisager l'avenir sans trop d'inquiétude ; il n'aura, dit-il, que

« quelques crises très légères ». Rappelons enfin cette minutie exagérée qui ressort si clairement de l'examen de ses dessins ; c'est là un caractère commun à beaucoup d'épileptiques.

Cet ensemble symptomatique appartient en propre à la démence épileptique et on le retrouve avec plus ou moins de netteté dans tous les cas graves ou prolongés. Par plus d'un point il rappelle le tableau de la débilité congénitale ; mais ce qui l'en différencie au premier chef, c'est que les malades ont très franchement la sensation de leur affection. Cette démence évolue souvent avec une extrême rapidité et il lui suffit parfois de quelques années pour atteindre son apogée. Chez notre sujet, elle a fait d'énormes progrès depuis un an et elle va très probablement continuer à s'accentuer. Les divers médicaments, le bromure en particulier, qu'on oppose avec un certain succès aux accès convulsifs sont sans la moindre action vis-à-vis de cette démence et n'enraient nullement son développement ultérieur (1).

Voici maintenant une jeune fille de 26 ans que la clinique gynécologique nous a envoyée, il y a cinq semaines, et chez qui le diagnostic comporte plusieurs difficultés. Elle était à la fin de sa grossesse lorsqu'elle devint très agitée, confuse et anxieuse, et se mit à courir au hasard de droite et de gauche, si bien qu'on fut obligé de nous l'amener ici. Deux accès avaient déjà précédé le développement de cet état. Chez nous la malade était des plus confuses. A toutes les questions elle répondait : « Je ne sais rien. » Puis elle parlait seule entre ses dents d'un ton monotone et rythmé, comme si elle s'adressait à une autre personne. Ses propos étaient tout à fait incohérents : « Si, que dois-je ? — que fais-tu ? — il faut mourir, — ah ! que vois-je ? — je ne veux pas mourir, —

(1) Le malade se trouve depuis cinq ans et demi dans un asile de chroniques ; il travaille et dessine tout en étant complètement dément. Il présente encore des périodes de modification de caractère accompagnées de délire ainsi que d'attaques.

jolie école, — toujours reste assise, ah ! où dois-je ? — dois-je toujours chanter ? — ah ! la souris est morte — ne trouve-t-elle donc pas ? — faut toujours mourir, — ah ! je dois toujours danser, etc. » Et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elle se décide à nous répondre, mais tout à contresens. Elle est âgée de 100 ans, puis de 13 ans ; elle se trouve à Mannheim ; l'empereur était le père de son enfant. Par instants elle recommençait ses bavardages incohérents. Vraisemblablement ne comprenait-elle pas ce qu'on lui demandait, malgré ses efforts pour prendre part à la conversation qu'elle entendait autour d'elle.

Elle était d'humeur bien variable, subitement pleine d'angoisse, prête à danser et à chanter un instant après. Lui demandait-on d'exécuter un ordre, elle s'y prêtait sans hésiter. C'est ainsi qu'elle écrivait soigneusement et lisiblement son nom et les divers mots qu'on lui dictait. Mais dans une lettre qu'on lui fit écrire, ce n'était qu'un fatras d'expressions bizarres et de phrases sans rapport entre elles, souvenirs d'anciennes lectures ; elle la terminait en alignant des chiffres. Elle n'hésitait pas à tirer la langue, bien qu'on lui dit que c'était pour la piquer ou pour la couper ; cependant il n'y avait pas de véritable befehlsautomatie. Une analgésie complète et généralisée constitue le seul phénomène somatique appréciable.

Devant cet ensemble morbide que rien ne venait éclairer dans le passé, nous avions à discuter plusieurs diagnostics ; les crises antérieures ne nous apportaient en effet aucun appoint sérieux et pouvaient être aussi bien de nature hystérique, épileptique, catatonique ou paralytique. L'état d'obtusion intellectuelle, l'absence totale de suggestibilité, les variations de l'émotivité plaidaient contre l'idée d'hystérie ; nous ne retrouvions pas davantage ces formes dramatiques qui accompagnent d'ordinaire les états crépusculaires de cette névrose. Si le langage et l'écriture faisaient à coup sûr pencher la balance en faveur de la catatonie, le négativisme, les

manières, la befehlsautomatie et surtout la difficulté qu'éprouvait la patiente à comprendre ce qu'on exigeait d'elle représentaient autant de symptômes contraires à ceux qui s'observent au cours de la démence précoce ; dans ce dernier cas, l'absence complète d'attention n'empêche pas les sujets de se rendre très vite compte de ce qu'on leur ordonne. De même la lenteur et l'absurdité des réponses nous paraissent bien plutôt dépendre de la confusion intellectuelle que du négativisme, et encore une fois la malade cherche à saisir les diverses questions qui lui sont posées.

Le tableau clinique semblait mieux répondre à la notion de paralysie générale, et cependant nous avons encore rejeté cette hypothèse. Des signes somatiques suffisamment nets faisaient défaut ; tout au plus pouvait-on noter de l'analgésie, et celle-ci paraissait effectivement plutôt liée à la paralysie générale qu'à l'hystérie. Toutefois les réponses de la malade étaient bien plus incohérentes et plus confuses que celles d'un paralytique général qui aurait une égale activité d'esprit. Il y avait là une disproportion beaucoup plus en faveur de l'état crépusculaire que de la démence paralytique. On aurait à la rigueur pu songer à la confusion mentale qui succède à l'ictus apoplectiforme ; mais la confusion n'était pas assez prononcée dans notre cas et surtout on ne constatait pas les phénomènes paralytiques pour ainsi dire constants après l'attaque. Aussi le diagnostic d'état crépusculaire nous a-t-il, en définitive, semblé le plus fondé, et nous avons conclu à la rapide guérison de tous les phénomènes morbides.

Dès le lendemain en effet nous voyions s'évanouir les troubles de la conscience et nous apprenions alors que la patiente, issue d'une mère nerveuse, avait depuis l'âge de 15 ans des accès convulsifs récidivant toutes les trois à quatre semaines, quelquefois par série ; ils s'accompagnaient de pertes de connaissance et on constatait parfois des morsures de la langue ou d'autres blessures. Les convulsions

venaient-elles à manquer, la malade restait durant une semaine en pleine confusion. Son développement intellectuel a d'ailleurs été entravé par l'affection et son instruction s'en est de même fortement ressentie.

Examinez à son tour cette femme dont la constitution et l'état général sont excellents. Elle a récemment accouché sans aucun incident. Vous la voyez bien lucide, mais elle a à peu près l'intelligence d'un enfant de 10 à 12 ans. Bien qu'elle comprenne aisément les questions peu compliquées qu'on lui adresse, elle a cependant une instruction fort lacunaire et manque tout à fait de jugement. Elle ignore entièrement ce qui se passe en dehors de son cercle journalier. Elle s'exprime avec gaucherie, maladresse et par phrases uniformes et banales ; les lettres très soigneusement écrites qu'elle envoie à ses parents, — et leur nombre est considérable, — ne renferment que salutations et formules de politesse. Quant à sa grossesse, elle n'en tient pas compte. Elle a tant mangé, nous raconte-t-elle puérilement, qu'elle a engraissé au point de ne plus pouvoir boutonner ses vêtements. Sa mère un dimanche lui avait refusé de l'emmener avec elle à la promenade ; elle s'était alors assise sur un escabeau et avait regardé par la fenêtre. Elle a eu un amoureux qui lui répétait toujours : « Tu es une bonne fille. » Mais une de ses amies lui avait dit : « Ne va plus avec ton amoureux, car il court après d'autres filles. » Elle lui avait aussitôt écrit une lettre de rupture et ce fut l'amie qui alla ensuite avec lui. Son père lui avait donné son enfant. Le Christ lui était une fois apparu et lui avait parlé : « Tu ne seras pas battue, tu es une brave fille ; l'enfant vient du père. » Elle met un entêtement tenace à affirmer la véracité de ce récit. Elle est en général de bonne humeur ; mais elle est fort étonnée de voir que son accouchement n'a pas guéri sa maladie, comme elle en était persuadée. Elle se console en proclamant que ses accès sont beaucoup plus courts, tandis qu'en réalité ils sont très fréquents et très graves. Dans toute sa conduite

elle se montre docile, aimable et s'occupe spontanément de quelques petits travaux.

Vous n'aurez pas de peine à retrouver chez cette femme tous les caractères spéciaux à la démence épileptique, tels que vous les avez déjà vus chez nos autres malades : obtusion intellectuelle, rétrécissement du champ de l'esprit, faiblesse du jugement, contentement exagéré de soi-même, espoir de guérison, bigoterie et politesse poussées un peu loin. De plus, dans les courts intervalles où il nous a été possible de suivre la malade, nous n'avons pas noté d'irritation ou de tendance à l'excitation. Je dois ajouter que la plupart des épileptiques ne sont d'ordinaire excitables qu'à certains moments ; ce sont le plus souvent des gens aimables et prêts à rendre service, maladroitement et bêtement il est vrai. Sur la demande des parents, nous allons laisser sortir cette malade et nous n'instituerons pas chez elle le traitement bromuré, qui d'ailleurs ne nous permettrait pas grand espoir. Elle pourra fort bien s'y soumettre dans sa famille, à condition toutefois d'être placée sous la direction d'un médecin. C'est là un point essentiel et on ne saurait trop insister sur les dangers de l'intoxication bromurée ; établir un traitement de ce genre sans surveillance médicale, comme il arrive si souvent, constitue une tentative toujours périlleuse (1).

Dans les deux cas précédents, l'épilepsie a débuté pendant la prime jeunesse. Je vous montre par opposition un charpentier, âgé de 50 ans, épileptique depuis peu de temps seulement. Il appartient à une famille bien portante, est marié et a trois enfants en bonne santé ; quatre sont morts à la suite de convulsions. Quoique grand buveur, il n'a jamais cessé d'être un ouvrier régulier et laborieux. Il y a vingt ans, il est tombé d'un bâtiment de la hauteur de deux étages ; il est resté quelques jours sans connaissance, puis

(1) Deux mois après sa sortie, la malade a fait tomber une lampe à pétrole au cours d'une crise ; elle est morte des suites de ses brûlures.

s'est entièrement rétabli. Il a eu une pneumonie, voilà huit ans, au cours de laquelle éclata un délire assez violent : il se sauva deux fois pour aller travailler. Il y a trois ans, et sans motif cette fois, surgit un nouvel accès de délire qui dura quatorze jours et s'accompagna de douleurs de tête avec un degré d'angoisse assez marqué. A dater de cette époque, son caractère se modifiait par périodes : il devenait coléreux, agressif envers son entourage ; il accusait sa femme d'infidélité et la maltraitait, alors que d'ordinaire il vivait avec elle en parfaite intelligence. Voilà un an, il se plaignit de vertiges ; en rentrant chez lui il tomba et se mit à délirer, en proie à une grande excitation. C'est pour cette raison qu'on nous l'amena.

Il était en pleine possession de lui-même, mais de fort méchante humeur. Il ne se rappelait ni sa chute, ni son excitation. « J'ai eu quelque chose à la tête, disait-il, mais je ne sais pas ce que ça a été. » Une semaine environ échappait à son souvenir. Autrefois déjà il accusait des picotements et des secousses au niveau de son ancienne cicatrice ; il avait alors de fréquents étourdissements qui survenaient au milieu de son travail, qui lui faisaient lâcher ce qu'il tenait dans la main et à la suite desquels il ignorait complètement tout ce qui était arrivé. En quelques jours sa mauvaise humeur se dissipa. S'il eut encore ultérieurement quelques accès d'étourdissement, il n'offrit par contre rien de bien net, à part un certain affaiblissement démentiel ; au bout de quelques semaines d'observation, nous le laissâmes partir.

Mais bientôt apparurent des crises convulsives épileptiformes, parfois en séries qui se répétaient tous les cinq ou six semaines. En général le malade demeurait quelques heures en pleine confusion, errant sans but et émettant des propos incohérents. En outre depuis cinq semaines, sans cause aucune, il ne pouvait plus dormir ; il était excité et violent vis-à-vis de sa femme et de ses enfants ; il s'imaginait être au ciel, prêchait et obligeait sa femme à prier ; finalement il

mit le feu à son lit. On le fit alors de nouveau entrer à la clinique. Au début il était complètement perdu ; il reconnaissait pourtant les personnes qui se trouvaient avec lui, mais il voulait descendre à son atelier et, disait-il : « Ça l'avait repris dans la tête. » L'accès avait commencé par de l'angoisse, des frissons, des étourdissements. Il voyait un oiseau voler vers lui ; il avait entendu des voix, de la musique, des cloches. Il se souvenait bien du feu, sans en connaître la cause. Plus tard, il crut se rappeler qu'il avait eu l'intention de faire du café.

Aujourd'hui, vous le voyez, le malade est tout à fait lucide et maître de lui ; dans sa conduite rien ne mérite d'être relevé ; mais il ne comprend que difficilement ce qui se passe autour de lui et ses pensées sont longues à se coordonner. Il lui faut réfléchir longtemps sur les questions les plus simples et certains événements anciens le laissent fort perplexe. Ainsi n'est-il guère en état de nous fournir des renseignements sur son affection. De ses accès il ne connaît que les quelques détails que lui a appris sa famille, et encore ne s'en est-il pas vivement préoccupé. Il se plaint tout au plus pendant quelques heures d'étourdissements et de bouffées de chaleur à la tête. Du reste c'est à peine s'il parle ; quoiqu'il soit un peu apathique et abruti, rien dans son maintien n'attire l'attention ; il se livre enfin spontanément et régulièrement à quelques petits travaux. D'autre part, il affirme que son penchant à boire était sans importance. On éveille encore, il est vrai, de la sensibilité au niveau de son ancienne cicatrice, au côté droit du front, ainsi que sur une petite zone environnante, mais la pression sur ce point ne produit pas de crise convulsive.

Existe-t-il un rapport de causalité entre l'épilepsie du sujet et sa blessure de tête ? C'est là une question à laquelle il est impossible de répondre avec certitude. On est autorisé à supposer que, durant la longue période écoulée entre l'accident et les accès aigus, se sont manifestées de légères

crises nocturnes passées inaperçues. On peut admettre aussi que la chute a été la conséquence et non l'origine de l'épilepsie ; les cas de ce genre ne sont en effet pas rares. De plus il est un autre facteur très important : c'est l'alcool. Il me paraît d'ailleurs douteux que l'alcool ait seul engendré les convulsions, mais il faut nous demander si celles-ci sont bien sous la dépendance de l'épilepsie vraie. « L'épilepsie alcoolique » ne donne lieu qu'à des crises convulsives et on n'y retrouve pas tous les nombreux équivalents de l'épilepsie génuine : accès fugaces, périodes crépusculaires, dépression. Toutefois l'alcool aggrave constamment l'épilepsie vulgaire.

Dans notre observation, qui par bien des côtés se rattache à l'épilepsie véritable, les différents symptômes ne doivent à coup sûr pas être uniquement et infailliblement mis sur le compte de l'alcool. Tout d'abord il convient de ne pas négliger la chute de notre malade, susceptible d'avoir créé chez lui certaine prédisposition à l'épilepsie ; celle-ci aurait fait son apparition plus tard, s'installant sous l'influence nocive de l'alcool ; les idées de jalousie peuvent en tout cas sans hésitation être imputées au toxique. N'est-il pas loisible aussi de ne voir dans les troubles psychiques qui ont accompagné la pneumonie autre chose qu'un accès de delirium tremens ? En ce qui concerne la dernière crise délirante l'hypothèse n'est plus valable, et cependant il est encore des traits qui l'étaieraient. Mais le long laps de temps révolu depuis trois ans, la teinte religieuse si nette des derniers troubles mentaux, les altérations de la mémoire et enfin l'absence de la jovialité propre à l'alcoolique représentent autant d'arguments qui nous confirment dans notre idée primitive. Quoi qu'il en soit, nous recommanderons expressément au malade l'abstention complète d'alcool. Suivra-t-il et pourra-t-il suivre notre conseil ? Voilà malheureusement un point très douteux (1).

(1) Le malade est mort chez lui de phtisie quelques années plus tard.

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

Folie hystérique.

Messieurs, quelle impression pénible produit cette jeune femme, âgée de 30 ans, qui entre à petits pas, soutenue par une infirmière, et à bout de forces s'affaisse sur une chaise ! De taille élancée, elle se ratatine sur elle-même ; sa physionomie est pâle et tirée ; ses yeux baissés ne se détachent pas du sol ; de ses doigts grêles et très soignés elle joue nerveusement avec un mouchoir. Elle répond d'une voix faible, avec peine et sans élever le regard. Elle sait parfaitement où elle est, se rend compte de ce qui se passe autour d'elle et n'ignore pas la date du jour. Au bout de quelques minutes, elle ferme complètement les yeux ; sa tête penche en avant et elle semble plongée dans un profond sommeil. Ses bras sont flasques et retombent comme paralysés lorsqu'on les élève. Elle ne parle plus. Lorsqu'on écarte ses paupières, on voit les globes oculaires se tourner en haut ; les piqûres d'épingles ne provoquent qu'une réaction insignifiante. Jetons lui un peu d'eau froide sur le visage ; la voilà qui a une forte inspiration ; elle se lève, ouvre les yeux, considère l'ambiance avec étonnement et revient complètement à elle. Depuis sept ans, dit-elle, elle souffre de cette affection qui se caractérise par des « accès de sommeil » de ce genre. Ces accès sont fort irréguliers et sus-

ceptibles de se renouveler plusieurs fois par jour comme de durer de quelques minutes à une demi-heure.

Résumons le bilan de ses antécédents. Ses parents sont morts en très peu de temps il y a seize ans ; un de ses oncles paternels a tenté de se suicider ; un de ses frères mène une existence aventureuse. J'ajoute que ses deux sœurs, que nous connaissons, donnent l'impression d'être très nerveuses. A l'école elle avait de grandes facilités ; elle fut élevée au couvent et passa avec succès ses examens de sortie. Sous prétexte de soulager des maux de dents, elle absorba une grande quantité de chloroforme qu'elle se procurait en cachette. Plus tard on lui extirpa un polype du nez et les céphalalgies qu'elle accusait s'améliorèrent alors beaucoup. Chaque fois qu'elle souffrait d'une affection fébrile, elle délirait avec une extrême facilité. Il y a trois ans, elle alla en Hollande comme institutrice dans une famille ; mais bientôt elle tomba malade ; et voilà sept ans qu'elle passe sa vie dans telle ou telle maison de santé, à part de courtes interruptions. Entre temps elle fut placée en Moravie.

Au dire de son médecin et de ses parents, elle se serait plainte de maux de toutes espèces et aurait fait des cures merveilleuses. On lui extirpa le col de l'utérus et on lui mit un pessaire pour de violentes douleurs dans le bassin et des troubles de la menstruation dus à une sténose du canal cervical et à une rétroflexion de la matrice. Plus tard elle devint aphone et eut une contracture de l'avant-bras et de la cuisse gauches, sans localisation bien nette. Ces troubles furent traités par l'électricité, le massage et l'allongement sous chloroforme. Puis une série d'autres symptômes apparurent : serrement de cœur, gène de la respiration, modifications de la miction, paralysie fugitive de quelque territoire musculaire, syncopes, sensations désagréables tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, et surtout céphalée des plus pénibles. Du même coup s'opérait une énorme transformation dans son état d'esprit qui changeait à tout propos. Elle ne s'intéressait

plus qu'à l'atteinte de sa santé et prétendait que ses parents manquaient d'égards pour elle, quoiqu'ils n'aient reculé devant aucun sacrifice. Bains de soleil, bains russes, bains électriques, cures d'air, bains de mer, séjour à la Riviera, ils essayèrent de tout, mais sans résultat, ou plutôt avec des résultats transitoires.

Il y a deux ans les crises de sommeil devinrent plus fréquentes, et on dut amener la malade à la clinique. Ces « crises » éclataient brusquement, surprenant la patiente debout, au milieu de ses occupations et duraient pendant une heure. Elle ne tombait cependant pas et s'appuyait simplement contre un soutien quelconque.

A la clinique nous avons observé ces faits ; de plus survenaient quelquefois des accès de suffocation, que la simple suggestion pouvait modifier. Les essais d'hypnotisme n'aboutissaient qu'à de l'hypotaxie et l'amélioration produite par la suggestion était de courte durée. Les courants faradiques, les affusions d'eau froide furent par contre assez efficaces, même contre des poussées de paralysie qui s'installaient à certains moments. Au bout de huit mois la malade retourna auprès de sa sœur ; mais peu après on fut obligé de la conduire dans un autre établissement où elle ne séjourna pas loin d'un an. Elle rentra de nouveau dans sa famille pour revenir ultérieurement à la clinique.

Actuellement la malade, outre ses anciennes jérémiades, présente encore de grandes crises ; je vais tâcher de provoquer devant vous une crise de ce genre en comprimant la région ovarique gauche extrêmement sensible ; une pression assez légère est déjà très douloureuse ; au bout d'une à deux minutes, la physionomie change. La patiente se précipite ici et là les yeux fermés, et crie en français, presque sans s'arrêter, qu'il ne faut pas la toucher. « Tu ne dois rien me faire, chien, chien, cochon, cochon. » Elle appelle au secours, se défend, se retourne, comme pour éviter un attentat génital. Le moindre frôlement suffit à augmenter

son excitation et tout son corps se rejette en arrière. Puis brusquement, autre tableau : elle supplie qu'on ne la maudisse pas ; elle pleure, elle sanglote. Mais le tout ne tarde pas à s'évanouir, dès qu'on lui lance un peu d'eau froide sur le visage. Elle fait alors un brusque mouvement de retrait, se réveille en poussant un profond soupir et semble ne pas se rendre compte de ce qui se passe autour d'elle; elle n'est pas le moins du monde capable de donner sur cette crise le plus petit renseignement.

L'examen somatique, à part les quelques symptômes que nous avons déjà mentionnés, n'offre rien de particulier. Notre malade se borne à se plaindre d'une sensation de faiblesse générale ; aussi garde-t-elle souvent le lit ou bien demeure-t-elle étendue. Tous ses mouvements sont mous et sans force ; il n'existe toutefois pas trace de paralysie. Elle passe de fort mauvaises nuits ; elle se promène, réveille les infirmières et envoie chercher le médecin. Elle n'a que fort peu d'appétit ; entre les heures de repas, elle aime à grignoter toutes sortes de gâteaux, de fruits et de compotes que sa famille lui apporte sur ses instances.

Ce qu'il y a de plus saillant dans ce tableau clinique, ce sont d'abord les accès de la malade et les multiples troubles qu'elle présente ; c'est ensuite la facilité avec laquelle une influence extérieure modifie cette symptomatologie. Ces deux signes sont pathognomoniques de l'affection que l'on désigne sous le nom d'hystérie. A mon avis, cet ensemble morbide relève de phénomènes psychiques et se trouve sous la dépendance de représentations mentales qui s'accompagnent d'une impression émotive de forte intensité. Il n'est pas une seule de ces manifestations si variées et si diverses qui ne puisse être provoquée par un ébranlement émotif tant soit peu violent. Ce qui est pathologique, c'est qu'elles apparaissent sans raison ou pour un motif tout à fait futile. Dans les « grandes crises », la malade assiste une seconde fois, comme dans un rêve, à des événements qui

d'après ses affirmations auraient véritablement eu lieu autrefois. Il s'agit d'un examen gynécologique qu'un médecin hollandais aurait pratiqué d'une façon brutale et d'une malédiction qu'une de ses tantes aurait proférée contre elle.

Il est un fait qui démontre en toute évidence qu'une représentation associée à une puissante réaction émotive donne naissance à tous ces troubles ; c'est leur complète et subite disparition sous une influence psychique. Il est par exemple bien curieux de voir qu'une paralysie avec contracture de l'avant-bras droit a débuté chez cette femme après une question quelconque posée par un médecin, qui autrefois l'avait soignée pour un phénomène analogue. Le lendemain, elle avait la main si contracturée que ses ongles étaient rentrés dans la peau. Après que nous lui eûmes appris en quoi consistait la métallothérapie, une pièce d'or ou une clef appliquées sur son poignet dissipèrent les contractions en totalité. Le pinceau faradique a encore une action plus efficace. Son sommeil, qui résiste à tous les hypnotiques, devient excellent si on lui administre une potion renfermant de l'eau distillée avec une poudre sucrée quelconque, de même que par ce procédé disparaissent ses douleurs, dès que le médicament lui inspire confiance. Il est vrai que cette guérison n'est que passagère et en rapport avec son émotivité, toujours en équilibre instable. Au bout de quelques heures ou de quelques jours, avec ou sans cause, renaît tel ou tel symptôme de l'affection primitive.

Les phénomènes hystériques, avec tous leurs caprices, prêtent aisément au soupçon de la simulation ou tout au moins d'une façon d'être voulue et artificielle. Mais la volonté est impuissante à imiter beaucoup d'entre eux. D'autres sont ignorés des malades, comme la diminution du champ de la perception.

Ces faits constituent, à mes yeux, autant d'arguments en faveur de cette notion qu'entre toujours en jeu l'influence involontaire d'une très vive émotivité.

L'existence entière de ces malades montre bien encore ce que leur état a de pathologique. Voilà par exemple cette jeune femme qui, malgré ses réelles qualités, n'a jamais réussi à rester quelque temps dans une place et qui depuis plusieurs années court de médecin en médecin. Ce sont là des altérations de la volonté qui ne font jamais défaut chez les hystériques. En dépit des lamentations qu'elle ne cesse d'émettre sur son affection et qu'elle communique continuellement au médecin, par lettres ou par petits mots, elle ne trouve pas l'énergie nécessaire pour lutter contre ses troubles morbides ou les surmonter. Son mal lui procure une certaine satisfaction et elle résiste, à son insu, lorsqu'on s'efforce de l'en débarrasser. Toujours surgissent de nouveaux phénomènes extraordinaires ; il faut à toute force qu'elle voie le médecin ; elle désire instamment que son état soit remarqué ; sa maladie est devenue indispensable à sa vie.

A mesure qu'évolue son affection, la sentimentalité du sujet va se réduisant à un égoïsme étroit qui la porte à exiger l'exécution de toutes ses volontés. Elle s'arrange constamment pour obliger son entourage à la soigner ; nuit et jour, pour le motif le plus futile, elle demande le médecin auprès d'elle ; elle dépiste la moindre négligence. S'occupe-t-on d'une autre malade, elle en est jalouse ; à l'aide de plaintes, de racontars et d'injures, elle cherche à dominer le personnel infirmier. Tous les sacrifices consentis à son égard par les autres et surtout par sa famille sont bien naturels, et si par moments elle remercie celle-ci avec trop d'effusion, c'est avec l'espoir de se ménager des ressources pour ses nouvelles prétentions. Afin d'être assurée qu'on s'intéressera à sa personne, elle détaille, toujours avec exagération, les tortures de son esprit et de son corps ; ses crises ne perdent jamais leur caractère théâtral et à tout instant elle a soin de se mettre en pleine lumière. Elle est, dit-elle, une réprouvée, une maudite ; ou bien elle prend des allures mystérieuses,

pour laisser supposer qu'il y a dans son existence des actes épouvantables et charmants qu'elle ne peut confier qu'aux oreilles du médecin discret, l'ami de son âme.

La folie hystérique est l'expression d'une prédisposition pathologique particulière. Des causes extérieures ont le pouvoir de la provoquer, mais non de l'engendrer. Chez cette femme le début remonte à la première jeunesse ; aussi n'avons-nous aucun profit à attendre de la thérapeutique car nous ne changerons pas de fond en comble le psychisme de la patiente. Les malades chez qui les symptômes ordinaires de l'hystérie s'associent à l'égoïsme représentent un vrai calvaire pour leur famille et pour les médecins. On arrive bien à agir sur les symptômes, mais l'essence même, la base de l'affection ne se modifie jamais (1).

Pour vous permettre d'apprécier à quelle époque se manifestent déjà les premiers stigmates de l'hystérie, je vous présente une petite fille de 5 ans qui nous fut amenée il y a quelques jours. Comme vous le voyez, cette enfant, un peu petite pour son âge, est dans un parfait état général. Elle a jadis eu des accidents rachitiques qui ont laissé à leur suite un peu d'incurvation des jambes et une certaine augmentation de volume des épiphyses. Sans cesse en mouvement et pleine d'activité, elle comprend à merveille ce qu'on lui dit et reconnaît, sans difficulté ni erreur, les divers ustensiles et images qu'on lui met sous les yeux. Elle répond sans hésiter à ce qu'on lui demande. Peut-être cependant son instruction ne correspond-elle pas à son âge. Elle est en outre plus ou moins agitée et a de la tendance à bavarder et à grimacer. Elle est en général de bonne humeur, mais pour un rien elle pleure et devient colère. Cette enfant a aussi des penchants érotiques. Elle prend et caresse volontiers la main du médecin ; elle aime beaucoup cela, dit-elle. Elle se cache la figure en plaisantant et cligne de l'œil

(1) La malade est morte phtisique dans une maison de santé, un an plus tard, sans changement psychique.

entre ses doigts ; elle fait surtout son possible pour être remarquée. Sa conduite est néanmoins assez naturelle : elle mange convenablement, aime à jouer et se tient proprement. Le soir, il n'est guère aisé d'obtenir d'elle qu'elle se couche ; elle voudrait rester à bavarder et à s'amuser avec les autres malades. Elle est alors quelquefois très méchante ; elle pleure et griffe si on ne plie pas devant sa volonté.

Cette fillette est issue d'une famille normale, mais aurait eu des accidents de rachitisme assez graves. Il y a deux ans, après une attaque d'influenza, éclatèrent des crises convulsives d'une certaine violence pour lesquelles elle est entrée ici. Elle avait eu d'abord des douleurs de ventre, de la suffocation, des battements de cœur, de la rougeur de la face, des crises de sueur après lesquelles elle s'endormait toute pâle et comme morte. Il suffisait de l'asperger d'eau froide pour la réveiller ; elle ne se souvenait plus alors de ce qui s'était passé. Ces crises se répétèrent au bout de quelques semaines, furent de plus en plus fréquentes et finalement apparurent par séries de cinq ou six dans la journée. L'avant-dernière eut lieu voilà vingt-huit jours ; on amena l'enfant à l'hôpital et sa dernière crise se produisit il y a quatorze jours. Son développement psychique a subi un peu de retard ; elle a beaucoup oublié de ce qu'elle savait auparavant. Elle aurait été soignée autrefois pour une vaginite qu'elle aurait gagnée auprès d'une petite amie.

Nous n'avons malheureusement jamais pu observer aucune de ces crises ; mais d'après la description qui nous en est tracée, impossible de douter qu'il s'agisse là de phénomènes hystériques. La courte durée, la bénignité, la forme même des accès qui cèdent à l'aspersion d'eau froide plaident dans ce sens ; non moins caractéristique est cette succession de crises qui disparaissent complètement à l'hôpital. Un changement tout particulier s'opéra de plus dans la nature de cette enfant : elle devint fort vive et son humeur se modifia très rapidement ; elle cherchait à attirer l'attention sur elle ;

son développement intellectuel demeurait stationnaire : autant de traits que nous rencontrons bien souvent chez les enfants difficiles à élever. Nous sommes autorisés à attribuer à l'état maladif le léger retard qui a entravé l'éducation de cette fillette, ainsi que les autres anomalies de tous points analogues à celles que nous constatons chez les hystériques adultes. Elles ont donc un rapport étroit avec la maladie dont les crises sont l'expression. Toutes les modifications pathologiques qui se sont produites dans le caractère de l'enfant nous indiquent la possibilité pour l'affection de se développer ultérieurement. D'ordinaire ces troubles hystériques anodins d'une telle fréquence chez les enfants dont l'émotivité est si changeante, sont fort susceptibles de ne pas aboutir aux formes d'hystérie grave. Assez souvent les manifestations s'effacent définitivement après un traitement psychique. Éloigner les malades de leur famille, dans un hôpital par exemple, ne pas prendre garde aux différents symptômes, recourir à un peu de suggestion, avec ou sans hypnose, telles sont les pratiques qui suffisent en général pour obtenir des résultats définitifs et de longue durée. Chez les adultes au contraire, tous ces moyens ne mènent à rien ou tout au moins ne procurent qu'une amélioration transitoire (1).

On considérait autrefois l'hystérie comme une maladie spéciale au sexe féminin. Le terme hystérie vient du mot grec qui désignait l'utérus. Il est certain que chez la femme l'impressionnabilité est extrême ; un trouble psychique ou une altération somatique donnent donc facilement naissance à une de ces représentations accompagnées d'un processus émotif exagéré. C'est là un phénomène qui nous aide à comprendre en quoi consiste l'hystérie. Toutefois l'hystérie n'est pas rare chez l'homme, mais la symptomatologie en est plus uniforme. Voici un homme, âgé de 50 ans, qui nous fut amené il y a quatre semaines pour être examiné au point de vue

(1) L'enfant fut envoyée pour six ans dans un établissement d'idiots. On la fit sortir bien développée et en parfait état.

mental. Il avait stupidement et sans raison allumé un incendie. Rentré chez lui en état d'ivresse, il monta dans le grenier, imbiba de pétrole toutes sortes de vieux ustensiles qui ne lui appartenaient pas et en brûla quelques-uns. Quand sa femme, à ce moment gravement malade, lui demanda d'où il venait, il lui fit une réponse quelconque, puis il se mit au lit. L'incendie s'étendit rapidement et menaça la vie de la propre fille de notre sujet. On ne tarda pas à s'en apercevoir et on n'eut pas de peine à relever des traces de pas laissés par des chaussettes imbibées de pétrole, qui conduisaient jusqu'à la chambre du malade. Quand on arrêta ce dernier, il avoua sa faute, mais sans plus se rappeler aucun détail.

La mère de cet homme fut aliénée et il eut un neveu soigné ici même, à la clinique. Quant à lui, à l'âge de 19 ans, il se fit à la suite d'un accident une forte blessure à la tête, et il y a douze ans dans un nouvel accident il se fractura la deuxième côte. Depuis cette époque il est tout changé, et aussitôt après le second choc il se mit à geindre et à être anxieux. Il accusait des douleurs et des étouffements dont l'examen somatique ne rendait pas compte. Il craignait de plus être en état de travailler ; de fait, ses forces étaient très diminuées et il obtint une rente d'invalide de 30 à 50 pour 100. Il ne travaillait dès lors que fort irrégulièrement ; il se laissait nourrir par sa femme, errait sans but dans la ville, allait au cabaret et retirait de l'argent de la caisse d'épargne pour avoir de quoi boire, bien que toute sa famille fût dans une situation des plus précaires. Plusieurs fois, surtout à la suite d'excès de boisson, survinrent des crises au cours desquelles il tombait, se débattait et perdait la respiration. Ces derniers temps sa mémoire baissa beaucoup ; il ne s'occupait plus de rien, négligeait jusqu'aux nécessités pécuniaires ; il abandonnait tout à sa fille, elle-même souffrante.

A son entrée à la clinique le malade était assez confus ; il

avait besoin d'une réflexion prolongée pour répondre aux questions les plus simples concernant son passé. Il n'était même plus la moitié de lui-même, disait-il en pleurnichant. Au point de vue somatique, on constatait une diminution de la sensibilité sur la surface entière du corps, une exagération des réflexes, une parole saccadée et mâchonnée, un tremblement très accentué de tous les membres et surtout une grande maladresse dans les différents mouvements de préhension. Le lendemain s'ouvrit une période d'excitation immodérée avec nombreuses hallucinations visuelles. Le patient apercevait des animaux, en particulier des hannetons noirs qui couraient et volaient de tous côtés ; petit à petit s'évanouit la notion de l'endroit où il se trouvait. Au bout d'une semaine les hallucinations disparurent et il fut de nouveau à même de s'orienter. Ce tableau représentait un accès de delirium tremens. Nous observâmes dans la suite, par deux fois, des crises qui ressemblaient beaucoup à celles que sa fille nous avait décrites. Le malade se plaignait de ne pas être à son aise ; puis il tombait sur le plancher, se raidissait, remuait les bras et renversait la tête en arrière sur les oreillers. Sous l'empire de convulsions, ses yeux se tenaient fermés ; ses pupilles dilatées réagissaient mal à la lumière. Lui ouvrait-on les yeux de force, les globes oculaires se portaient en haut. Les piqûres d'aiguille, l'aspersion d'eau froide provoquaient des réactions défensives. Lorsque le médecin s'approchait du lit, les convulsions s'accentuaient ; et au contraire dès qu'on ne s'occupait plus du malade, le tout se calmait. Consécutivement ne persistait qu'un souvenir très confus.

Aujourd'hui notre sujet est de nouveau maître de lui, bien que gardant une certaine lourdeur d'esprit. Il parle avec insistance de son accident et des divers symptômes qui l'ont suivi. Son instruction est fort inférieure et son état d'esprit ne correspond nullement à sa situation actuelle ; d'ailleurs il ne pense guère à cette dernière et bâtit toutes

espèces de projets pour l'avenir ; on arrive très facilement en outre à le faire pleurer. Somatiquement, on relève toujours des troubles de la parole, du tremblement des mains et de la maladresse dans les mouvements qui s'accroit encore quand on attire sur elle l'attention du malade. L'écriture est presque illisible. La sensibilité à la douleur et au toucher est affaiblie sur tout le corps, sans que l'on puisse cependant exactement limiter de zone anesthésique. Le champ oculaire est rétréci de moitié environ ; l'odorat et le goût sont très émoussés.

Les crises successives dont a été atteint ce sujet sont suffisamment caractéristiques pour qu'il n'y ait pas à révoquer en doute leur origine hystérique ; les autres troubles somatiques viennent confirmer ce diagnostic. La seule présence du médecin réussit grandement à modifier les troubles moteurs ou les crises elles-mêmes. Une seule séance d'hypnose améliore beaucoup les troubles de l'écriture, ce qui est encore une preuve de leur nature psychique. Tous ces symptômes ont succédé au deuxième accident et il est fort probable qu'il s'agit ici d'un cas d'hystéro-traumatisme. La première fois — c'est là une observation des plus curieuses — aucun phénomène pathologique n'est survenu après une commotion cérébrale d'une incontestable violence. Ce n'est pas d'autre part la fracture de côte qui a donné lieu aux crises, à la parésie du bras et au tremblement, et il est indubitable que la cause, ou pour mieux dire l'agent provocateur de tous ces troubles hystériques, réside uniquement dans une grosse secousse émotive.

Le malade est devenu incendiaire sous l'influence d'un de ces états crépusculaires hystériques qui, chez lui, naissent d'ordinaire par l'effet de l'alcool. La chose est bien connue ; nous savons que l'alcool favorise dans une large mesure l'éclosion des symptômes hystériques et a une action néfaste sur la marche générale de l'affection.

L'accès de delirium tremens relève encore de l'abus de

l'alcool ; c'est également à ce toxique qu'il convient d'attribuer l'affaiblissement du sens moral et de la mentalité qui va progressant de jour en jour et correspond à l'abrutissement classique des buveurs.

Remarquez enfin que divers symptômes pathologiques ne se sont pas améliorés par la certitude où est le malade de posséder une rente ; pareil fait s'observe fréquemment. Peut-être faut-il derechef incriminer l'alcool, qui atténue la force de résistance du sujet et lui crée sans cesse de nouveaux soucis. Il est possible qu'après une longue abstinence, rigoureusement observée, survienne une certaine amélioration ; mais il n'y a pas à se dissimuler que les signes d'affaiblissement mental assombrissent singulièrement le pronostic (1).

(1) L'état du malade s'est beaucoup amélioré pendant son séjour à la clinique, bien que subsistât un certain degré de faiblesse intellectuelle et d'apathie. On le garda toutefois six mois dans un asile de chroniques à cause du danger qu'il présentait pour autrui ; puis il fut remis en liberté.

VINGT-SIXIÈME LEÇON

Folie consécutive aux traumatismes craniens.

Messieurs, nous avons déjà souvent eu l'occasion de constater l'influence que les traumatismes craniens graves sont parfois susceptibles d'exercer sur l'apparition des troubles mentaux. Il faut reconnaître cependant que cette relation de cause à effet a été bien exagérée, surtout lorsqu'il s'agit de psychopathies à évolution progressive et à éclosion plus ou moins tardive. Notre ignorance sur les origines réelles de la folie nous oblige à une extrême prudence en face de tous les cas où l'on s'est cru autorisé à fixer un rapport étiologique en dépit du temps écoulé. Pour que nous puissions accepter ce rapport, il est nécessaire que les troubles psychiques succèdent immédiatement au trauma et plus encore que les caractères cliniques soient parfaitement identiques à ceux fournis par d'autres observations où ne persiste pas le moindre doute. Ces deux conditions se trouvent, je pense, réalisées chez cet homme âgé de 44 ans, ferblantier, qui nous fut envoyé du service de chirurgie il y a huit jours. Voilà trois semaines ce malade, sortant de chez lui la nuit pour aller chercher de l'eau, glissa dans l'escalier et tomba d'assez haut. On le retrouva le lendemain matin sans connaissance et ce n'est qu'à la longue qu'il revint à lui. Il présentait une légère otorrhagie ; il eut vers midi quelques vomissements et chaque fois il aurait rendu la valeur d'une cuiller à soupe de sang. Dans

toute son histoire antérieure rien à relever, à part certains excès alcooliques qu'il supportait difficilement ; à la suite il était excité et maintes fois se montrait violent vis-à-vis de sa femme.

Dans la clinique de chirurgie, où il fut transporté tout d'abord, on nota sur la région pariétale droite une blessure par écrasement, grosse comme une pièce de 3 marks, avec gonflement et suffusion sanguine à la périphérie. Tout le côté droit de la face était fort douloureux et l'apophyse mastoïde très contusionnée, ainsi que le pavillon de l'oreille. Quelques caillots sanguins remplissaient le conduit auditif droit. Enfin la région correspondant à la troisième et à la quatrième côte gauche était très sensible. On ne percevait pas d'autres troubles directement liés à une blessure du cerveau. Par contre, le malade était assez agité pour que l'examen somatique fût des plus délicats. Il n'avait sur le temps que des notions empreintes de la plus extrême confusion ; il ne se souvenait ni des circonstances récentes de sa chute ni de ce qui était arrivé depuis lors. Il n'avait aucune idée de la gravité de sa situation et réclamait ses vêtements pour retourner travailler chez lui ; il déchirait son pansement, résistait à toute intervention, se levait la nuit. Sa blessure guérit rapidement et ses douleurs disparurent au bout de peu de temps ; mais son agitation et sa confusion ne firent que s'accroître. Il parlait d'une lettre qu'il aurait reçue ; il ignorait totalement depuis combien de temps il se trouvait à la clinique ; un soir enfin il s'échappa de la salle en pantoufles et en chemise pour aller se cacher dans un bâtiment en construction où, comme il l'avoua plus tard, son frère l'attendait avec une voiture. A la suite de cet incident, on nous l'amena ici.

Comme vous le voyez, cet homme est dans un état général assez précaire ; il a mauvaise mine, il est pâle ; s'il comprend bien ce qu'on veut de lui, c'est néanmoins avec une certaine lenteur. Il sait où il se trouve, connaît les médecins

qui le soignent et se rappelle tous les faits de ces jours derniers. En revanche, il est complètement désorienté dans le temps ; le renseigne-t-on même à ce sujet, il oublie bien vite ce qu'on vient de lui dire. D'autre part, il raconte à tort qu'hier sa femme est venue le voir et lui a promis de l'emmener aujourd'hui.

Capable encore de résoudre des calculs peu compliqués à l'aide de la table de multiplication, il se trouve embarrassé dès qu'ils nécessitent un peu d'attention ou de réflexion. Signalons un autre symptôme également de première importance : il ignore d'un bout à l'autre tout ce qui se rapporte de près ou de loin à sa chute ou à son séjour à la clinique de chirurgie. Il raconte une foule d'histoires de pure invention et chaque fois y apporte de nouvelles variantes. Tantôt c'est à trois heures qu'il est tombé dans la fabrique ; tantôt il aurait sauté une hauteur de trois marches sur une plaque de fer en courant après le train. Le pousse-t-on, il agrémente encore son récit d'une série de détails, profondément convaincu de la réalité de ce qu'il expose. Mais tout ce qu'il dit est très flou et imprécis. Il n'a pas la moindre sensation d'être malade et insiste naïvement pour reprendre son travail. Il perdra sa place s'il ne va pas à l'atelier ; on pensera, dit-il, qu'il veut être à la charge des siens. Quoique ne manifestant pas grande émotivité, il est plutôt de caractère pleurnichard. Le fait d'être dans un asile le laisse complètement indifférent et il ne prête guère d'attention à ce qui se passe autour de lui.

L'examen somatique montre à l'occipital droit une cicatrice récente et n'adhérant pas à l'os, ainsi que d'autres cicatrices plus petites sur l'arcade sourcilière. Le crâne est asymétrique ; les traits du visage sont affaissés. Il n'y a pas de signes de lésion en foyer. Les réflexes rotuliens et l'excitabilité musculaire sont assez exagérés. Au niveau de l'appareil auditif existerait une double lésion labyrinthique ; mais, au dire des spécialistes, elle n'aurait aucun rapport avec

la chute. Tous ces examens fatiguent visiblement le malade.

Quant aux troubles psychiques immédiatement consécutifs à la perte de connaissance et dus à la chute, ils sont caractérisés par une difficulté de la compréhension, par des lacunes dans la mémoire, même en ce qui concerne l'accident, par des modifications très accusées de l'attention et enfin par la substitution aux souvenirs réels, effectivement absents, d'autres souvenirs pleinement erronés. Il est encore un point d'un haut intérêt : c'est le manque de sensation d'être malade. D'après ce que je crois, l'ensemble de ces symptômes, que nous avons déjà rencontrés en partie tout au moins chez d'autres sujets, est caractéristique des commotions cérébrales ; le tableau clinique tout entier plaide en faveur d'une étroite relation étiologique entre la chute et la folie. Ces troubles peuvent d'ailleurs disparaître complètement au bout de quelque temps sans laisser la moindre trace ; il s'agit bien moins d'altérations sérieuses de l'écorce que de modifications anatomiques minimes susceptibles de guérison. Chez notre malade en particulier l'absence de fièvre et de signes de localisation en foyer nous incite à admettre une simple commotion cérébrale et il est très probable que tous les phénomènes actuels disparaîtront progressivement (1).

Je vous présente maintenant un jeune homme âgé de 18 ans, sur lequel j'ai à fournir un rapport médico-légal d'incapacité de travail. Il me servira d'exemple pour vous faire envisager l'avenir des malades qui ont été frappés de blessure grave à la tête. Cet homme appartient à une famille saine ; il reçut à l'école une instruction moyenne et s'y montra constamment travailleur et sérieux. Il tomba d'une échelle, voilà un an et demi, à la hauteur d'un quatrième

(1) Après quatre semaines de séjour, le malade a quitté la clinique. Il avait encore un peu de difficulté à comprendre et ne se souvenait toujours pas de son accident ; mais il était complètement lucide. Aujourd'hui, neuf ans plus tard, il continuerait à être très bien portant.

étage. La tête porta au niveau de la région frontale droite et on le ramena chez lui mourant ; tout le côté droit du visage était tuméfié ; on notait d'assez abondantes hémorragies buccales et nasales. Le malade ne recouvra ses sens qu'au bout de quelques jours et l'on s'aperçut alors qu'il était aveugle de l'œil droit. Son état ne s'améliora qu'à la longue, mais son père remarqua dès les premiers mois que son caractère était profondément modifié. Je dois ajouter qu'il se plaignait de violents maux de tête et qu'il toussait souvent en crachant un peu de sang. Aimable et gai jadis, il était devenu coléreux et excitable ; il était toujours fatigué, avait des étourdissements et ne réussissait pas à exécuter convenablement le moindre travail. Il dormait et mangeait bien, mais ses urines contenaient une petite quantité de sucre. L'examen ophtalmoscopique montra une atrophie du nerf optique et des lésions de la choroïde à droite, avec perte totale de la vision du même côté. Toutes ces lésions dépendaient d'une fracture de la voûte orbitaire qui intéressait le canal optique. Au dire du père, les troubles psychiques ne firent qu'augmenter.

Le malade, semblable à un enfant, ne travaillait plus ; il s'en allait souvent sans but, errant à l'aventure, et il fallait le chercher pour le reconduire à la maison. Il jouait comme un petit garçon et restait des heures à regarder des serins dans une volière. « Son intelligence ne marchait plus », dit le père en termes bien caractéristiques. Certains jours il était de mauvaise humeur et une futilité suffisait alors à le mettre en colère ; ou bien il se livrait à des « farces et des plaisanteries stupides » ; il tutoyait les gens âgés ; en un mot, il se comportait de manière déraisonnable.

On ne trouve plus aujourd'hui trace de l'accident en examinant ce garçon qui est de solide constitution et dont l'état général est excellent. L'œil droit toutefois est perdu et présente une légère parésie de l'abducens. La moitié droite du visage semble abaissée ; les réflexes tendineux de ce côté sont exa-

gérés et la force musculaire affaiblie. On ne décèle aucun autre trouble moteur ou sensitif. Le sucre de l'urine, qui au début était de 1 pour 100, a diminué de moitié aujourd'hui.

Le malade, en pleine possession de lui-même, sait où il se trouve et a une conception fort nette de sa situation. Il répond très bien à tout ce qu'on lui demande. Depuis son accident, dit-il, il souffre de douleurs dans la tête ; par intervalles il devient étourdi et voit tout tourner autour de lui, mais ne tombe pas. Il n'est plus en état de travailler et sa mémoire est fort affaiblie. Capable encore de compter, il ne nous indique ni le nom de la capitale du duché de Bade, ni celui du grand-duc, ni celui de l'empereur. Il ne connaît pas plus la capitale de la France ou celle de l'Autriche ; il ne peut citer que quelques noms de fleuves et de villes d'Allemagne. La guerre de 1870 est peu précise dans son esprit. Il récite sans se tromper les dix commandements ; il ne s'explique par contre pas pourquoi Pâques est un jour férié.

On peut se demander si cette ignorance est le fait de la maladie. Notre sujet ne fut pas à proprement parler un mauvais élève ; mais, comme le remarque très justement son ancien maître, beaucoup de jeunes gens, sans dispositions spéciales pour l'étude, oublient très vite ce qu'ils n'observent pas au cours de la vie journalière. Quoi qu'il en soit, l'impossibilité pour un homme sorti de l'école depuis quatre ans et assidu aux cours du dimanche il y a deux ans de relater le nom du prince, de l'empereur, des villes importantes de son pays, doit être regardée comme un phénomène pathologique.

Au premier abord, le patient ne se signale par rien de particulier dans sa conduite. Mais quand on le suit de plus près, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il n'éprouve aucun besoin de s'occuper et a plutôt tendance à flâner. En outre, il est d'un caractère exigeant et ne supporte aucune contradiction ; il est facilement grossier et brutal envers d'autres malades beaucoup plus âgés que lui ; il tutoie tout le monde et émet

les injures les plus ordurières lorsque quelque chose lui déplait. Il va jusqu'à provoquer autrui sans raison.

Ces remarques sont en parfait accord avec le récit du père du sujet. Nous avons aussi à prendre en considération les renseignements fournis par ses anciens maîtres, qui nous répètent avec insistance n'avoir eu qu'à se louer de leur élève dans sa jeunesse. Le changement de caractère dont parle le père nous apparait par suite comme très vraisemblable. Pareilles modifications de caractère ont été maintes fois constatées, ne l'oublions pas, après de graves blessures à la tête ; dans le cas présent nous relevons les traces d'une fracture du crâne, avec atrophie du nerf optique et sucre dans les urines. Zola s'est souvenu des observations de ce genre dans sa description bien connue de l'*Assommoir*. L'affaiblissement de la mémoire du malade, la pauvreté de ses représentations mentales, le manque d'excitation psychique, sa susceptibilité et l'absence de tout sentiment un peu élevé sont morbides et tiennent à sa blessure. Ces légers accès d'étourdissement qu'il signale ressortissent à la même cause. Il n'est pas rare en effet de voir survenir ces troubles épileptiques après cette variété de blessure, et les périodes de dépression dont le père du jeune homme nous mentionne la fréquence relative rappellent beaucoup ce que nous avons déjà rencontré chez les épileptiques ; mais ce sont là des données encore incertaines et notre observation est de trop courte durée pour que nous ayons noté une périodicité quelconque.

Il est bien probable que le malade a également souffert d'une hémorragie intracranienne qui a donné lieu à de la compression, d'où perte de connaissance prolongée. Mais les troubles psychiques actuels doivent-ils être considérés comme la suite de la compression elle-même ou comme le résultat des altérations de la nutrition créées par cette compression ? Sur ce point l'hésitation est permise. Des symptômes analogues succèdent à des blessures de tête

qui ne s'accompagnent ni d'hémorragie ni de lésions de l'écorce. Maintes fois, consécutivement à une violente commotion cérébrale qui n'avait engendré que de fines lésions, on a assisté à l'éclosion du tableau clinique que nous étudions ici, avec association courante de signes épileptiques et d'affaiblissement des plus marqués de la résistance à l'alcool. Il n'est pas rare que ces manifestations s'exagèrent longtemps encore après l'accident. Le pronostic est d'une extrême gravité ; par l'ablation chirurgicale des cicatrices qui provoquent la compression on obtient parfois une amélioration, mais elle ne persiste jamais que fort peu (1).

Les rapports entre le traumatisme et la folie peuvent revêtir des formes toutes différentes. Voici un ciseleur en bronze, âgé de 61 ans, qui nous fournit un exemple d'un genre bien caractéristique. Il nous a été amené ici pour examen médico-légal. Il y a huit mois environ, il fut victime d'un accident de chemin de fer avec sa femme et sa fille. Brusquement projeté par terre, il eut des contusions très sérieuses et même des plaies au genou et au bras droits, à la région zygomatique et à la partie droite du crâne, sans parler d'excoriations à la paume de la main. Toutes ces lésions guérirent fort vite. Mais aussitôt après l'accident, jeté par terre par la secousse, il perdit connaissance et resta évanoui quelques instants. Revenu à lui, il chercha sa femme et sa fille, celle-ci grièvement blessée ; à ce moment il entendit un médecin qui se trouvait là par hasard : « C'est encore le mari qui sera le plus touché. » Il était extrêmement excité.

Le malade se rendit bientôt compte qu'un changement important s'était opéré en lui. Comme il nous l'explique avec une certaine éloquence, il était devenu très oublieux et n'était plus capable de reconnaître les gens. Constamment mou et fatigué, il s'endormait dans sa chambre avant dé-

(1) Nous n'avons malheureusement pu avoir aucun renseignement sur ce qu'est devenu ce malade.

jeûner. Il lui fallait déployer une énorme tension d'esprit pour arriver à suivre une conversation, surtout au milieu d'une nombreuse société. Il s'était vu obligé d'abandonner les charges honorifiques qu'il remplissait, n'étant plus en état d'assister aux séances. De même il lui était impossible d'aller au café ; il s'y sentait immédiatement mal à l'aise et force lui était de retourner chez lui.

Il pensait beaucoup à son accident ; il en parlait souvent avec sa famille dont l'avenir le tourmentait d'ailleurs au plus haut point ; le procès en dommages et intérêts intenté contre la compagnie demeurait en suspens. Il avait grandement perdu de son aptitude au travail, et pourtant c'était encore dans son atelier qu'il se trouvait le mieux ; mais il était contraint de renoncer à tout labeur tant soit peu prolongé et il manquait de la sûreté de main et de la vigueur indispensables à son métier. Il n'éprouvait aucun attrait à causer et à occuper son esprit, car tout lui devenait pénible et tout l'émotionnait. Il ne lisait plus aussi aisément que jadis ; il ne tardait pas en effet à ressentir des maux de tête et ses yeux se fermaient. Venait-il à parler, il avait volontiers la sensation de quelque chose qui le piquait dans le gosier, et en réalité il s'arrêtait tout à coup au milieu d'un mot.

La marche était également difficile et provoquait des palpitations, des douleurs dans le dos, des crises de sueurs abondantes. Il lui semblait souvent être sur le point de faire une chute ; il ne pouvait par exemple monter sur une chaise sans être aussitôt pris d'angoisse et d'appréhension de tomber. Comme conséquence de tous ces phénomènes, le malade était sans cesse d'humeur taciturne.

Au point de vue somatique, cet homme, de petite taille et de bonne constitution, présente un tremblement très accusé des paupières, les yeux une fois clos ; de plus il a du tremblement de la langue, un léger strabisme, un affaissement des traits de la face, une diminution des réflexes rotuliens et des réflexes cutanés du côté droit et de l'hémiparésie du

même côté. Lui ferme-t-on les paupières, il a de grandes oscillations dans la station verticale et finit par tomber ; en outre il ne sait plus faire demi-tour. La sensibilité enfin est intacte. Pendant l'examen il se fatigue très vite ; son pouls est petit et rapide et le moindre effort imprime à son visage une vive coloration. Ajoutons que l'étude approfondie de l'appareil auditif montre une diminution très nette des fonctions du nerf auditif droit.

Nos précédents sujets, quoiqu'atteints de troubles graves aisés à mettre en évidence, n'avaient pas la moindre sensation d'être malades. Celui-ci émet au contraire de très violentes plaintes, et cependant les symptômes objectifs sont relativement fort peu de chose chez lui. Tout au plus l'inégalité des réflexes tendineux pourrait-elle porter à penser à une affection du système nerveux ; mais encore n'est-il pas sûr que cette inégalité ne soit pas fonction d'une contracture musculaire. Il est bien délicat aussi d'affirmer que l'hypoesthésie du nerf auditif ait une relation quelconque avec l'accident.

L'absence de tout symptôme objectif semble plaider en faveur de l'origine psychique du mal et on aurait quelque raison d'incriminer la simulation, tentée dans le but d'obtenir des dommages et intérêts beaucoup plus élevés. Cette question de la simulation a pris aujourd'hui une très grosse importance ; elle le doit à notre législation actuelle. On s'est par suite sérieusement appliqué à trouver des signes caractéristiques infaillibles. Jusqu'ici, je dois le dire, le résultat est minime parce qu'on s'est borné à les demander à la neurologie. Les plaintes proférées par notre patient sont semblables à celles qu'occasionne un gros souci ; elles puisent donc leur origine dans un état d'esprit pathologique. En fait, dans toutes ces affections qu'Oppenheim a parfaitement décrites sous le nom de « névrose traumatique », le principal rôle revient à un violent ébranlement de l'émotivité et la peur en est le facteur primordial.

Ces troubles apparaissent même indépendamment de toute blessure, voire de tout accident ; un grand danger est souvent suffisant. C'est pourquoi ici, abstraction faite des lésions superficielles qui ne représentent que des phénomènes concomitants et pleinement fortuits, les seuls symptômes constatables appartiennent au domaine de l'émotivité ; aussi n'y a-t-il pas possibilité à un examen somatique de déceler des signes pathognomoniques qui, en tout état de cause, échapperaient à l'activité volontaire.

En revanche l'ensemble du tableau clinique est toujours identique à lui-même, ce qui nous met en garde jusqu'à un certain point contre la simulation. Nous retrouvons régulièrement les différents stigmates qui témoignent d'une exagération de l'émotivité, avec ses effets secondaires sur l'aptitude au travail, sur le plaisir qu'on éprouve à vivre, sur l'état d'esprit, sur les différentes fonctions somatiques, sensibilité, motilité, circulation, etc. Cette excitation émotive semble provoquée et entretenue par deux facteurs : un très fort ébranlement émotif au moment de l'accident et la « lutte pour la rente » qui assombrit souvent si péniblement les conséquences de ce dernier. Il est certains cas, rares à la vérité, où l'assurance d'entrer en possession d'une rente a produit une notable amélioration de l'état général et qui paraissent ainsi confirmer notre hypothèse. Mais on soupçonne alors aussitôt qu'il s'agissait de simulation.

Pour en avoir le cœur net, il faut s'adresser à un procédé susceptible d'éclairer dans la mesure de nos moyens la vie de l'âme à l'état pathologique ; cette solution doit être demandée aux recherches de psychologie expérimentale Dans divers cas j'ai déjà eu recours à des examens de ce genre : je faisais pratiquer des additions de nombres d'un chiffre ainsi que d'autres expériences du même ordre. Ce sont des investigations dans le détail desquelles je ne puis entrer ici ; elles ont le gros avantage de nous conduire à des résultats où chaque faute voulue est du coup mise en pleine

lumière. Les personnes prévenues elles-mêmes ne réussissent pas à copier les troubles morbides véritables. En ce qui concerne spécialement notre malade nous avons clairement vu que ses plaintes sur son incapacité de travail reposaient bien sur une base effective. Avec la plus parfaite netteté nous avons constaté l'existence d'un énorme affaiblissement des facultés intellectuelles, en même temps qu'une tendance toujours croissante à la fatigue, sorte d'épuisement constamment en voie d'augmentation. Il n'y aurait aucun obstacle à instituer des expériences identiques dans les autres domaines psychiques; compréhension, mémoire, etc. A l'aide de toutes ces recherches la moindre supercherie s'impose immédiatement à l'observateur, comme en font aisément foi le manque de concordance des résultats envisagés dans leur ensemble et les écarts entre ces résultats et ceux d'expériences antérieures de même nature.

Sur l'avenir de notre sujet, impossible de vous rien dire en toute assurance. Son âge ne se prête guère à la prompte guérison de son état; mais s'il obtient gain de cause dans son procès et s'il est débarrassé de ce souci, une grande amélioration pourrait s'ensuivre (1). Dans bien des formes analogues l'évolution est cependant des plus tenaces. Pour l'instant, comme thérapeutique, rien d'autre à conseiller qu'une occupation suffisamment absorbante. Il convient aussi de ne pas oublier que l'hypnose a parfois une action bienfaisante; mais ici le résultat a été nul et nous n'en attendons aucun effet durable, tant que l'esprit du malade ne sera pas soustrait à l'inquiétude qui le domine.

On a toujours rattaché jusqu'ici à l'hystérie cette névrose traumatique ou mieux ce « Schreckneurose », et d'après Charcot tous les cas analogues en dépendent. On se fonde

(1) L'état du malade s'est considérablement amélioré dans les six années et demie qui viennent de s'écouler depuis l'heureuse issue du procès en dommages et intérêts. Cependant persiste encore un certain degré de rétrécissement des capacités intellectuelles et d'affaiblissement dans le domaine de l'émotivité.

sur cette notion que l'hystérie, auparavant latente, s'éveille et se manifeste sous l'influence du traumatisme. Il existe en effet des observations indiscutables où elle succède à un accident. Mais le tableau clinique qui se développe alors diffère foncièrement, à mon avis, par sa marche et ses caractères cliniques bien spécifiés de celui de l'hystérie en général, et cette synthèse des deux affections ne me semble pas comporter de grands avantages. J'ai bien plutôt la conviction qu'à approfondir les troubles d'origine psychique et les troubles particuliers de l'hystérie qui, eux, se caractérisent par une tendance constante à reproduire des symptômes d'affections psychiques de toute nature, on finira par dissocier une série de formes morbides, unies par de très proches liens de parenté et caractérisées par des modifications pathologiques sans aucun lien avec l'hystérie.

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

Obsessions et phobies.

Messieurs, en nous occupant d'hystérie nous avons vu qu'il existe tout un groupe de phénomènes psychiques dans lesquels le trait caractéristique du tableau clinique consiste essentiellement en un trouble particulier de la personnalité. Il ne s'agit plus là d'une maladie à évolution déterminée, mais bien d'une manière d'être permanente du psychisme de l'individu ; c'est à la naissance même que s'en rattache l'origine. Cet état crée un terrain des plus propices au développement d'accès morbides, variables dans leur fréquence comme dans leur apparition. Par toute une série de transitions, on passe ainsi de la prédisposition hystérique à cette autre forme d'altération de la personnalité désignée par Koch sous le nom « d'amoindrissement psychique durable » dont je vais vous montrer quelques exemples.

Voici tout d'abord un homme de 31 ans, exerçant le métier de professeur, qui est venu spontanément réclamer nos soins il y a quatre semaines. Maigre et élancé, le front bas, il présente un peu d'inégalité pupillaire et une légère exagération des réflexes rotuliens. Rien de plus dans l'examen somatique. Je dois cependant ajouter que les battements du cœur sont très rapides, si bien qu'au cours de l'interrogatoire ils ont atteint jusqu'à 120 à la minute. C'est là le fait d'un état émotif très prononcé. Du reste l'idée de venir

devant vous avait vivement surexcité le malade ; il s'enfonçait dans son lit, s'imaginant que cette présentation à la clinique lui coûterait la vie ; il demandait la permission de s'asseoir dans la salle avant le début de la leçon, afin de voir arriver progressivement les auditeurs; il avait peur de se trouver subitement en face d'un si grand nombre de personnes.

Cet homme, pleinement maître de lui, donne des renseignements clairs et précis. Une de ses sœurs, dit-il, présente une affection identique à la sienne. Quant à lui, il est malade depuis onze ans. Obéissant à ses aptitudes, il se lança dans le professorat ; la préparation des examens l'obligea à un grand travail cérébral. Peu à peu, il se sentit dominé par l'appréhension d'une affection grave et par celle de succomber à un coup de sang. Tous les conseils, tous les examens médicaux ne parvenaient pas à le rassurer. Un beau jour, — voilà sept ans de cela, — possédé par la crainte d'une mort subite, il quitta brusquement sa place pour rentrer dans sa famille. Il consulta médecins sur médecins et demanda des congés répétés et prolongés; s'il se remettait légèrement, c'était pour ne pas tarder à retomber. Il redouta bientôt de se trouver au milieu de grandes agglomérations d'individus ; puis se manifesta l'impossibilité de traverser seul une place de certaine étendue ou une rue un peu large. Il évitait de monter en chemin de fer, angoissé à l'idée d'un tamponnement ou d'un déraillement ; de même ne faisait-il pas usage des bateaux, qui auraient pu chavirer. Passait-il sur un pont ou patinait-il, il avait une sensation d'anxiété. Finalement il eut l'angoisse de l'angoisse, si bien que pour le motif le plus futile il éprouvait des battements de cœur et de l'oppression. Il est marié depuis trois ans, et pendant tout ce temps son état est resté stationnaire. Il vivait chez lui, doux et facile à conduire, mais « dénué de toute énergie ». Lorsqu'il se décida à chercher auprès de nous un soulagement à son mal, il ne se rendit à la clinique qu'en tremblant et hanté par la peur de la mort.

Il se considère lui-même comme un « froussard ». En même temps que pourvu de certaines facultés intellectuelles, il a toujours eu la phobie de toutes les maladies : tuberculose, apoplexie, etc. Il comprend très bien que ce sont là des appréhensions anormales, mais il n'a jamais pu réussir à s'en débarrasser. A la clinique, nous avons très facilement constaté cette angoisse. Ainsi, après chaque tentative thérapeutique, bains, enveloppements, médicaments, surgissait toujours l'idée que tout cela était trop fort pour lui et allait l'affaiblir. Il aurait voulu un infirmier sans cesse à ses côtés, en prévision du moment où il serait exposé à s'agiter. La vue des autres malades l'inquiétait beaucoup. Si la porte du jardin où il se promenait était fermée, il était empoigné par la pensée qu'il lui serait impossible de s'en aller en cas d'imprévu. Il en était arrivé ces derniers temps à ne plus sortir que rarement de la maison ; encore la porte devait-elle rester ouverte derrière lui afin de lui permettre, s'il survenait un danger, de revenir et de trouver rapidement un refuge. Pour se calmer, il réclamait constamment une petite bouteille « d'électricité bleue » qu'il avait apportée avec lui. Parfois, quand il était assis, il ressentait de violents battements de cœur; un jour quelques petits boutons d'acné furent pour lui un tel sujet d'angoisse qu'il fut incapable de marcher et de dormir. Il se rendait compte aussi que son regard se troublait ; c'était sûrement le début d'une affection psychique dont il avait contracté le germe parmi nous.

Il y a dans ce tableau clinique bien des traits qui rappellent l'hystérie, notamment ces appréhensions soudaines de maladies que réveille la moindre impression de hasard. Nous ne trouvons toutefois aucun des stigmates de l'hystérie. En outre, se place au premier plan une véritable angoisse qui ne vise pas seulement la peur du mal, mais encore celle d'autres dangers de toutes espèces ; d'un autre côté manque totalement ce plaisir à la souffrance bien spécial, si souvent constaté chez les hystériques.

Je dois enfin vous faire remarquer la complète uniformité des manifestations pathologiques. Bien que cette observation appartienne à la même famille que l'hystérie, nous ne devons pas moins la ranger dans un autre groupe morbide, assez bien différencié, auquel on donne le nom de « folie obsédante ». L'existence d'appréhensions qui s'imposent au malade caractérise précisément cet état d'ailleurs d'une extrême fréquence. Tous les raisonnements sont impuissants à les enrayer et elles dominent la vie entière du patient. Notre sujet sait fort bien qu'à la clinique il ne risque pas le moindre danger mais l'angoisse, plus forte que la raison, reprend toujours le dessus ; seule peut en triompher la certitude que la porte reste ouverte derrière lui en prévision d'accident et qu'il lui sera dès lors loisible de recourir à l'électricité bleue. Selon les prédispositions et le milieu, le cycle de ces phobies, qui consiste ici en phobies des larges espaces, des ponts, des chemins de fer, des foules, etc., est susceptible de varier à l'infini. Chez certains malades, on observe la peur de la saleté, du poison, des aiguilles, des vêtements, des orages, sans parler d'une foule d'autres formes.

L'affection qui nous occupe relève avant tout des modifications de l'ensemble de la personnalité. C'est d'ailleurs ce qu'il est facile de voir en remontant à l'origine des troubles morbides. Ceux-ci se développent ordinairement de bonne heure et durent toute l'existence avec des hauts et des bas. Dans les formes graves, du reste très rares, les phénomènes pathologiques peuvent être assez accusés pour s'opposer au libre jeu des fonctions cérébrales. Les malades sont alors entièrement absorbés par leurs appréhensions irrésistibles; il leur est interdit de se livrer à aucune idée, à aucun sentiment, à aucune espèce d'activité. A l'aide de paroles encourageantes, avec des moyens thérapeutiques d'ordre psychique, il y a souvent moyen d'obtenir une certaine amélioration. Chez notre sujet nous avons essayé l'hypnotisme

qui donne dans quelques cas des résultats rapides, mais passagers. A la suite de la première séance, nous avons effectivement noté un mieux très sensible; mais une nouvelle phobie s'est mise à surgir au sujet même de cette méthode de traitement. Le malade se persuada qu'elle ne valait rien pour lui, et il perdit en peu de temps la confiance qui est la base même de cette thérapeutique. Nous allons maintenant essayer de l'habituer à sortir librement de la clinique pendant un temps de plus en plus long, et nous tâcherons de combattre par des procédés analogues les autres phobies si variées ; mais il ne faut à coup sûr pas fonder trop d'espoir sur ce mode d'intervention. Mœbius recommande à ces malades un séjour prolongé dans une maison de santé spéciale, où il soit possible de les astreindre à un travail réglé sous la surveillance d'un médecin. C'est là une excellente manière de faire ; l'asile clinique qui remplit un autre but et dont les moyens d'action sont tout différents n'offre que peu d'utilité pour ce genre de malades (1).

Examinez, je vous prie, cet artiste, âgé de 35 ans, qui nous fut amené par la police avant-hier. Il était allé lui-même demander assistance au commissaire du chemin de fer ; brusquement il était devenu très anxieux, avait interrompu son voyage et errait à l'aventure à travers la ville.

Ce malade, vous le constatez, est très lucide et bien maître de lui ; il nous relate sa vie antérieure avec beaucoup de bon sens et de logique. Il y a sept à huit mois, il tomba d'un trapèze sur lequel il « travaillait » à la hauteur de vingt pieds. Il n'eut heureusement qu'une fracture du métacarpe, mais se fit en outre de violentes contusions à la région postérieure du crâne ; on retrouve encore aujour-

(1) Au bout de sept semaines nous avons dû renvoyer le malade dans sa famille. Il passait en effet tout son temps à chercher de nouveaux modes de traitement et il manquait à la clinique d'activité régulière, double condition qui avait sur lui une influence défavorable. Aujourd'hui, c'est-à-dire huit ans plus tard, il est de nouveau en service sans avoir trop à se plaindre. Sa sœur veut aussi réclamer nos soins pour des troubles analogues.

d'hui à cet endroit deux cicatrices non adhérentes à l'os. Après sa chute il resta longtemps sans connaissance ; au bout de trois jours il présenta un accès convulsif qui ne se renouvela pas. Depuis cette époque, il souffre d'une angoisse apparaissant dans des conditions bien particulières. Lorsqu'il se trouve avec plusieurs personnes, explique-t-il, il commence par ressentir comme une vive pression dans la tête ; puis il est obsédé par la peur de prononcer malgré lui des mots malsonnants et en particulier des paroles de lèse-majesté. Son angoisse est parfois telle qu'il est obligé de mettre son mouchoir devant la bouche. Il n'a cependant encore rien dit de répréhensible. Aussi depuis l'an dernier travaille-t-il uniquement à l'étranger, dans un milieu où il ne redoute pas d'être arrêté pour crime de lèse-majesté. De plus, à chaque lettre qu'il cachette, il est régulièrement hanté du désir de cracher dedans et se voit contraint de prier quelqu'un de fermer l'enveloppe à sa place. En se rendant dans une ville de l'Allemagne du Sud, où des amis l'attendaient, il éprouva un malaise lors de son passage à Heidelberg et fut repris de son angoisse. Craignant d'être arrêté, il descendit rapidement du train pour chercher de l'eau. Suivant les renseignements de ses compagnons de voyage, il aurait perdu la tête et aurait eu des convulsions. Du reste, il ne possède que des données fort incomplètes sur ces derniers événements ; mais à part une légère dépression on n'observe aucun trouble psychique bien évident. Somatiquement, on note un peu d'accélération du pouls, une exagération de l'excitabilité musculaire et des réflexes tendineux et cutanés, enfin de l'hyperesthésie surtout au froid. Les réflexes tendineux sont bien plus forts à gauche qu'à droite.

Vous voyez la crainte affecter chez ce malade l'allure d'impulsions. En l'analysant avec soin, on constate qu'il ne se sent pas en réalité poussé à exécuter les actes qu'il redoute, mais qu'il éprouve seulement la peur de les accomplir. Le processus se distingue de celui que nous avons

indiqué chez notre premier patient par un seul point : tandis que chez celui-ci le soi-disant danger venait de l'extérieur, il semble maintenant dépendre des actes mêmes du sujet. Il existe d'autre part des cas, heureusement rares, dans lesquels l'impulsion morbide est l'origine d'actes dangereux. L'action n'est pas alors redoutée, mais au contraire désirée; la résistance qui s'oppose à son accomplissement ne provient pas du sentiment, mais bien de la raison ; une fois vaincue la résistance qu'oppose cette dernière, l'action laisse après elle une certaine sensation de satisfaction. Dans le fait actuel, l'acte redouté ne va jamais par contre jusqu'à l'exécution. Les malades sont tourmentés par les alternatives les plus diverses, toujours en rapport avec des actes particulièrement désagréables et effrayants pour eux ; dans les impulsions pathologiques, le but de l'acte semble désirable, tandis que la raison et la réflexion le déconseillent.

L'interprétation de cette observation ne nous présente pas de trop grosses difficultés. Les accès convulsifs, qui se sont manifestés et répétés après l'accident, peuvent être regardés comme des manifestations épileptiques. Mais les craintes obsédantes, l'hyperesthésie cutanée, la langue intacte pendant les convulsions, les relations étroites de celles-ci avec l'angoisse, l'absence de tout autre signe épileptique nous conduisent à admettre un tableau clinique d'origine psychique dont une partie des symptômes doit appartenir à l'hystérie. Quant aux craintes, elles se rattachent bien plutôt à une entité morbide proche parente de l'hystérie, la folie obsédante, qui est comme elle une manifestation de dégénérescence. De même rencontrons-nous souvent des malades chez qui les stigmates de l'hystérie s'associent de façon variable à la folie maniaque-dépressive, dont les racines s'alimentent dans un même sol.

Grâce à la manière de voir à laquelle nous avons abouti, nous nous garderons d'exagérer le rôle d'une étiologie qui voudrait attribuer à la chute la cause des troubles observés.

Sans tenir compte de l'état de faiblesse psychique consécutif à la blessure de tête, nous savons pourtant que la « Schreck-neurose » se présente avec un tout autre complexus symptomatique. Au lieu de cet affaiblissement de l'activité psychique et physique, au lieu de la recrudescence de la fatigue, nous relevons ici des signes que nous avons souvent observés en dehors de toute blessure de tête. L'accident ne fut donc pas, pouvons-nous conclure, la cause déterminante des troubles psychiques ; ce fut la cause occasionnelle grâce à laquelle devait se manifester une prédisposition spéciale du patient. Cette conception est d'une grosse importance pronostique pour notre malade. Tandis que dans les formes graves de Schreckpsychose les troubles ne disparaissent que lentement et persistent même quelquefois indéfiniment, les troubles hystériques, quoique bien déterminés, n'en sont pas moins, nous le savons, très mobiles et faciles à modifier. Sous une influence psychique quelconque, ils peuvent durer très longtemps ou disparaître aussi rapidement qu'ils se sont manifestés. Aussi, dans l'observation actuelle, sommes-nous en droit d'espérer une certaine amélioration par un traitement psychique ; mais si nous comptons débarrasser notre sujet des symptômes cliniques, nous n'agirons pas sur la prédisposition hystérique, et tôt ou tard, avec ou sans motif, de nouvelles manifestations renaîtront. Ceci s'applique surtout aux craintes obsédantes qui, indépendamment des symptômes hystériques, ont une très grande tendance à se prolonger (1).

Voici maintenant une jeune fille de 26 ans, amenée ici il y a trois semaines par sa famille, et qui présente, elle aussi, une forme d'obsession très intéressante. De constitution délicate, de nutrition générale défectueuse, elle donne bien l'impression d'une malade ; son visage soucieux porte une empreinte de souffrance ; ses mains, ses doigts sont

(1) Nous avons entrepris chez ce malade un traitement hypnotique et nous avons réussi à le débarrasser de ses pénibles symptômes. Malheureusement il ne demeura plus ensuite qu'une semaine auprès de nous.

animés de mouvements ininterrompus qui trahissent quelque inquiétude intime. Très maîtresse d'elle et comprenant fort bien ce qu'on lui demande, elle ne répond cependant que par monosyllabes. Sa mère a eu un frère aliéné. Il y a dix ans, la malade, d'intelligence vive, toujours gaie et d'excellente humeur jusque-là, se montra très affectée à la suite d'une arthrite du pied droit qui nécessita un traitement prolongé. Aujourd'hui encore, l'articulation est raide et douloureuse. Cette jeune fille explique qu'elle n'est pas du tout une aliénée, mais bien une mauvaise personne, que l'on enverrait au diable si l'on connaissait ses péchés. Elle n'est pas digne des soins qu'on lui prodigue. Il lui est impossible de croire qu'on la considère comme malade ; tout est chez elle mensonge et fourberie. C'est là tout ce qu'on arrive à en obtenir ; elle ne sort pas de cette même réponse quand on revient à la charge. En définitive, ce que nous apprenons par elle se résume à ceci : elle est devenue indigne de se confesser et pour cette raison ne peut plus trouver le moindre repos. Dût-elle aller jusqu'au bout du monde, il faut qu'elle parte n'importe où ; mais elle ne saurait demeurer chez elle où elle a menti et trompé tout le monde ni rester ici où l'on est beaucoup trop bon pour elle.

D'après les renseignements qu'on nous a fournis, cet état de dépression s'est développé très lentement. Depuis un an ou deux, les parents s'étaient aperçus que le caractère de leur fille devenait inégal. La voyant prise de doute d'ordre religieux, ils l'adressèrent à des prêtres et l'envoyèrent en pèlerinage. Cependant le mal ne faisait que s'accroître ; l'agitation allait grandissant, l'appétit et le sommeil se perdaient de jour en jour davantage, bientôt les forces elles-mêmes diminuèrent. Elle se reprochait de nombreux péchés dont il lui était difficile de bien se repentir ; c'est pourquoi elle appartenait maintenant au diable. Elle était sans désir et sans volonté ; tout lui était indifférent ; sa vie antérieure lui revenait entière à l'esprit, même en ses moindres détails, au point

qu'elle s'étonnait elle-même de sa mémoire. Son cerveau travaillait malgré elle ; elle était envahie par des idées impures qui lui déchiraient le cœur. Aussi, pour ne plus pouvoir penser, se livrait-elle à un travail acharné, bien que travailler lui fût fort pénible.

Après de longues hésitations, elle se décide à me confier le sujet des idées qui la torturent. Toute une suite d'images sexuelles ne cessent d'assaillir douloureusement son esprit. Chaque objet qu'elle rencontre lui rappelle les parties génitales de l'homme, un manche de couteau, un court bâton, etc. Voit-elle une bande à pansement, elle songe qu'une verge peut s'y envelopper. Un crucifix éveille en elle la pensée de soulever le tablier et de saisir les bourses à pleines mains. Pour un même objet surgissent plusieurs idées analogues, qui sous les formes les plus diverses la poursuivent sans trêve et sans possibilité de s'y soustraire ; et, ajoute-t-elle, il y a quelque chose en elle qui la force à s'occuper de toutes ces questions, à en éprouver du plaisir ; sans cela ces pensées ne viendraient pas. Arracher la malade au terrible supplice qu'elle se crée est loin d'être une entreprise aisée ; elle y retourne constamment. Tout travail intellectuel lui est interdit, car par une curieuse association une image génitale se greffe sur chaque idée qu'elle perçoit, sans qu'aucun rapprochement puisse même être invoqué. De plus, elle a « le cerveau lourd » et elle ne se met pas à l'œuvre sans un grand effort sur elle-même, ne s'agît-il que d'écrire une lettre. Les différentes prescriptions médicales sont bien exécutées, mais avec toutes sortes de récriminations. Les bains lui font du mal, la viande lui est contraire. Toute sa manière de vivre doit évoluer suivant une direction bien déterminée; c'est là une condition indispensable sans laquelle elle irait plus mal. Comme troubles somatiques, je ne vous signalerai qu'un peu de raideur et de gonflement du cou-de-pied gauche, une légère tendance à la constipation et un sommeil très capricieux.

Tandis que dans le cas précédent nous nous trouvions en face de phobies avec anxiété, prenant naissance pour les motifs les plus divers, ici nous voyons par contre un groupe d'images s'imposer sans cesse à l'esprit de la malade, en se compliquant parfois de phénomènes impulsifs. Dans cette observation, les idées pénibles sont aussi puissamment dominatrices et persistent malgré tous les efforts de la patiente. Elle souhaite de tout cœur être délivrée de ces obsessions insurmontables, bien qu'elle prétende désirer s'intéresser à de pareilles matières et même en accepter la responsabilité. Entre les deux cas existe, il est vrai, une certaine ressemblance clinique, témoin les craintes hypocondriaques, la méfiance envers les médicaments, etc.; mais il est des différences importantes dans l'évolution de la maladie chez les deux sujets. D'une part, le tableau clinique offre un développement rapide et progressif ; de l'autre, c'est au contraire un état stationnaire qui dure de longues années sans modification. Ajoutez encore que l'agitation intérieure qui tourmente notre seconde malade est des plus accentuées. De même on retrouve, à un degré bien plus accusé que chez notre premier sujet, des troubles de l'état cœnesthésique, des idées de persécution bien caractérisées, de la paresse cérébrale, de l'exagération de l'émotivité, le tout contrastant avec l'incapacité d'expliquer cette manière d'être.

De ces faits nous pouvons, je crois, conclure à l'existence d'une affection très probablement curable. Nous avons le droit de rejeter l'idée d'un processus morbide permanent, identique à celui du malade précédent. Pareille assertion ne doit du reste pas se baser sur la nature des obsessions : ces dernières peuvent tout aussi bien témoigner d'une prédisposition, d'une « tare psychopathique » durables. Mais les phénomènes cliniques concomitants contredisent cette hypothèse et nous amènent à une toute autre interprétation du syndrome morbide. Nous avons ainsi un nouvel argument en faveur de cette règle que je répète si souvent : un symp-

tôme unique, si particulier soit-il, n'autorise jamais à porter un diagnostic ; une conception exacte d'une affection ne peut se baser que sur l'étude du tableau clinique dans son ensemble.

Et maintenant se pose cette question : de quelle entité relève notre cas ? En nous basant sur les notions exposées au cours de ces leçons, nous avons à envisager deux alternatives : la démence précoce et la folie à forme maniaque-dépressive. La solution est relativement aisée. Si dans chacune de ces maladies s'observe la perte totale du sentiment avec idées d'autoaccusation, il n'est pas moins vrai qu'on pensera bien plutôt à un accès de folie maniaque-dépressive, par suite de la paresse intellectuelle et de l'exagération si forte de l'émotivité ; celle-ci notamment s'est manifestée d'emblée à son maximum lors d'une visite de la mère de notre patiente. Enfin l'absence de toute anomalie et de toute trace de négativisme plaide encore en faveur de cette notion.

Il n'est pas rare de relever des observations de ce genre où des obsessions très violentes se développent pendant un laps de temps fort long. Ce qui caractérise ces faits, c'est leur évolution progressive, rapide, sans rémission ; c'est l'énorme dépression émotive ; ce sont les conceptions ralenties, la volonté émoussée ; ce sont enfin les idées de culpabilité. Il nous est donc permis d'espérer que chez notre malade les phénomènes actuels, malgré leur intensité, finiront un jour par céder (1) ; mais il nous faudra bien entendu nous attendre à voir apparaître tôt ou tard de nouveaux accès, semblables à celui-ci ou un peu différents

De la valeur clinique de l'observation se déduit sans peine la thérapeutique. Contrairement à ce que nous avons dit pour notre premier malade, le traitement à l'asile, l'éloignement de la famille, la surveillance au point de vue suicide, le repos

(1) Au bout de trois ou quatre ans de maladie, cette jeune fille a complètement guéri. Aujourd'hui encore, neuf ans plus tard, elle est en parfait état. Notre interprétation semble donc justifiée.

au lit sont des points de première importance. De plus, il convient d'apporter une grande attention à l'état de la nutrition ainsi qu'au sommeil. Nous pouvons également employer quelques sédatifs, et l'association d'opium avec un peu de bromure me paraît assez indiquée.

VINGT-HUITIÈME LEÇON

Anomalies congénitales.

Messieurs, des influences très variables modifient les prédispositions individuelles et en ajoutent de nouvelles à celles que transmet l'hérédité. Si les facultés propres aux parents, qu'elles soient bonnes ou mauvaises, saines ou pathologiques, se retrouvent chez les enfants, des causes multiples viennent encore orienter celles des descendants dans une voie déterminée. Ceux-ci présentent par suite une certaine ressemblance avec leurs ascendants, mais s'en différencient par plusieurs traits. La conséquence générale, c'est soit l'amélioration de la race, soit au contraire sa déchéance, « sa dégénérescence ». Que dans ce dernier cas se greffe l'intervention d'influences pathologiques, le produit de conception va porter en lui le germe de la disparition de la race, à moins qu'un sang neuf ne régénère cette dégénérescence progressive ou n'en amoindrisse les funestes effets. La dégénérescence se traduit en clinique sous les aspects les plus variés. Elle prépare un terrain très favorable au développement des affections mentales de tout ordre. Mais nous savons aussi qu'existe d'autre part toute une série de troubles psychiques qui prennent presqu'exclusivement naissance sur des milieux prédisposés, telles la folie maniaque-dépressive, l'hystérie, la folie obsédante. Ou bien la dégénérescence se traduit par une modification qui commence avec la vie, qui dure autant que

l'individu et se retrouve dans tous ses actes ; ou bien elle n'apparaît que par périodes, sous forme de phénomènes psychiques morbides et variables dans leur intensité. On est peut-être autorisé à distinguer les états morbides congénitaux et les personnalités pathologiques selon que les troubles apparaissent comme liés à un processus morbide ou à une anomalie individuelle. Il est toutefois bien difficile d'établir une scission très marquée.

Pour vous donner un aperçu de cet énorme domaine, j'attire tout d'abord votre attention sur ce jeune chimiste de 22 ans. Le tribunal nous l'envoya pour expertise médico-légale au point de vue mental. Il est accusé par un certain nombre de garçons de 10 à 14 ans d'avoir commis sur eux des attentats à la pudeur. Il les abordait d'ordinaire sur la voie publique, les chargeait de petites commissions, puis les attirait dans sa chambre où portes et fenêtres étaient soigneusement fermées. Après avoir échangé quelques propos fort innocents, il se mettait à les caresser, à les embrasser, à leur prendre les organes génitaux, à déboutonner leurs pantalons, enfin à les masturber. Il réussissait parfois à se faire également masturber et à les amener dans son lit, bien que les enfants ne montrassent d'ordinaire pas beaucoup d'enthousiasme. A la fin il leur offrait un petit cadeau, leur recommandait le silence et leur demandait de revenir le lendemain. Il écrivait de la prison à un de ces enfants pour le prier de l'excuser, l'assurant « qu'il l'avait beaucoup aimé » et terminait en lui envoyant un « baiser affectueux ».

Ces actes si spéciaux nous incitèrent à fouiller les antécédents de l'accusé. Son père était très coléreux ; un de ses frères mourut en bas âge de convulsions ; il aurait une sœur très « nerveuse ». Sa mère eut de fortes émotions pendant sa grossesse et l'accouchement fut très difficile. Enfant, ce malade fut extrêmement délicat ; il ne parla qu'à l'âge de 4 ans et dans la suite commettait maintes erreurs de prononcia-

tion. Il avait de fréquents maux de tête et se montrait fort timide et craintif. Il ne fit aucun progrès à l'école communale à cause de son défaut de prononciation et de ses mauvaises dispositions; aussi lui donna-t-on des leçons particulières. Plus tard on le changea souvent d'institution, car il se disputait sans cesse avec les professeurs et perdait beaucoup de temps à canoter à rame ou à voile. On finit à grand'peine par lui faire passer son volontariat. Il voulait être soldat, mais fut réformé pour rétraction de la main droite. Il fut alors mis dans un lycée, dépensa beaucoup d'argent, se fit passer pour comte ; il tenta de se suicider lorsqu'on découvrit sa supercherie. Malgré bien des efforts, on n'arriva pas à le garder dans plusieurs fabriques ; il restait en effet des journées et des semaines sans paraître au travail et réclamait constamment de l'argent. Il partit pour Brême, désirant gagner l'Amérique, et se donnait comme docteur en chimie, mais il manqua le bateau. De retour à la maison, il se montra très excité ; il ne correspondait avec ses parents que par lettres ; il exigeait de grosses sommes pour réaliser ses projets d'avenir, sans donner plus d'éclaircissements. Il parlait « d'une voix que personne n'entend », « d'impulsions secrètes vers quelque chose que je ne puis saisir et qui force la croyance et l'espérance à satisfaire l'âme et l'esprit lorsque cela prend ». Il allait avoir grand plaisir à résoudre le problème de la navigation aérienne au moyen d'expériences périlleuses mais importantes, car il avait dans le sang le désir d'accomplir des actes demandant une certaine hardiesse. La cause de ses échecs antérieurs ne lui incombait qu'en partie. Les professeurs n'avaient rien su faire d'un élève qui n'était pas construit « sur le même moule que les autres ».

Ses parents avaient remarqué depuis longtemps déjà qu'il aimait la fréquentation des jeunes garçons et les comblait de cadeaux hors de prix. Ces derniers temps, armé d'une jumelle, il montait presque tous les jours, à l'heure de la sortie des classes, sur un arbre du jardin du haut duquel

il regardait les garçons de l'école située en face de lui. Il cherchait souvent à faire connaissance avec eux, les faisait entrer dans le jardin de son père et les emmenait promener. C'est dans ces conditions que tombèrent par hasard entre les mains du père toute une série de notes très inquiétantes. Le malade y racontait tout d'abord comment deux enfants, dans « sa splendide salle de tapis et de glaces », étaient ficelés l'un à côté de l'autre sur le tapis, contre un oreiller haut et mou, de telle façon qu'ils pussent se voir dans les glaces, mais sans être à même de se lever. Comme ils commençaient à crier, le malade se mettait à genoux auprès du plus âgé, afin de « torturer l'autre moralement autant que possible ». Il sortait le pénis « Amor » du premier avec ses testicules et le masturbait ; puis il le laissait là, « le pantalon baissé, la chemise relevée, Amor tout à découvert », et faisait la même chose vis-à-vis du second avec « grand ravissement ». Grâce à l'assistance de deux autres enfants, les jeux se continuaient de diverses façons depuis 1 heure 35 jusqu'à 6 heures. Les moindres détails, comme les « pauses destinées à retrouver des forces », étaient strictement décrits. Il y avait même des tables qui résumaient les actes génitaux commis avec toute une série d'enfants, et les plus petits points y étaient relatés. Une description soignée des avantages physiques l'accompagnait. On lit aussi tout au long l'histoire d'un voyage en première classe que le malade fit de Heidelberg au château de Montfort, sur le lac de Constance, en se faisant passer pour comte. A Stuttgart, où le valet de chambre semble avoir joué le rôle de « rapporteur », un beau petit garçon, en train de se promener, fut pressé de venir en voiture avec lui. L'enfant but du vin contenant un narcotique et s'endormit ; il fut masturbé, tandis que « le blanc » recueilli dans une soucoupe faite « pour les épanchements d'Amor » fut renfermé. Les actes les plus minimes sont rapportés avec une précision étonnante. Dans ces notes se trouve encore une interminable énumération de palais et de do-

maines situés dans toutes les parties de l'Europe et de l'Amérique, avec la terminologie exacte de tout le personnel domestique depuis le « maréchal de la maison » et avec le nombre de chevaux, de canots, de vaisseaux, etc. L'ensemble a une valeur de 41.380.000 marks. Plus loin, c'est la description de biens et de fabriques atteignant 15.000.000 marks, d'une banque ayant sept succursales, de transatlantiques, de yachts de 12.821.000 marks. Citons de même un supplément où le malade rappelle une convocation secrète de l'empereur lui enjoignant d'aller à Kiel ; on y lit aussi son acceptation dans la marine et sa promotion dans deux ans au grade de lieutenant-capitaine, en même temps que sa nomination dans un « ordre très remarquable ».

Lorsque le père trouva ces factums, il comprit la nécessité de consulter un aliéniste. Après mille résistances, le malade fut donc amené à la clinique, mais, profitant d'un moment d'inattention d'un infirmier, il se sauva au bout de quelques jours. Il implora son père et lui fit toutes les promesses. Ce dernier essaya encore une fois de le mettre à la chimie, mais à peine deux mois s'étaient-ils écoulés que le patient fut arrêté pour attentat à la pudeur.

Le malade est tranquille et en pleine possession de lui-même ; il raconte clairement l'histoire de sa vie, mais en s'arrêtant, en hésitant souvent, en entrecoupant subitement son exposé. Sa mémoire est normale ; il a le caractère indifférent. De temps en temps il esquisse un sourire un peu gêné. Son maintien est en général naturel, peut-être un peu efféminé. Il reconnaît, sans chercher à se disculper, ce dont il est accusé et explique qu'il a toujours eu pour ses camarades une très chaude et très vive amitié ; c'est pourquoi se fit jour « le mauvais côté de sa passion » qui le poussa finalement aux actes précités ; cependant se livrait en lui un violent combat intérieur qui ne le laissait pas oublier sa vie manquée jusqu'ici. De fort bonne heure déjà, dans un pensionnat, il avait été entraîné par ses camarades à l'onanisme ; à d'autres

moments il s'était adonné à des distractions génitales avec des amis, mais plus tard n'y avait plus pensé. Il songeait bien davantage à une jeune parente qu'il épouserait encore volontiers aujourd'hui. C'est à Berlin qu'il commença à fréquenter des femmes ; mais sur ce point ses désirs se calmèrent rapidement, surtout après qu'il eût fait connaissance d'un jeune garçon de 13 ans qui l'attira vivement vers lui. Ces derniers temps seulement son penchant devint assez ardent pour lui enlever la notion de l'ignominie de ses actes et le pousser à l'accomplissement d'un forfait que lui-même ne comprend plus maintenant. Il est rempli de dégoût à l'idée de ce qu'il a exécuté. Il n'a eu aucune relation avec les adultes et n'a jamais ressenti aucune excitation génitale quand d'autres le maltraitaient ; il n'a jamais été attiré par les vêtements ou les travaux de femme. Ses descriptions, dénuées du moindre fondement réel, ne sont que de purs jeux de l'imagination. Il a dépeint tout cela parce qu'il en éprouvait du plaisir ; mais songer à le réaliser est idiot. Il a probablement été en proie à un accès « subit et momentané de folie morale » ; aussi, au lieu de l'enfermer dans une clinique, ferait-on bien mieux de l'envoyer au loin dans une expédition périlleuse ; une voix intérieure qu'on ne peut lui extirper lui crie : « Per aspera ad astra. »

A l'examen somatique du malade, nous notons qu'il est de constitution robuste et de bonne musculature ; il a une légère inégalité pupillaire, un phimosis peu développé et un épispadias. Les phalanges de la main droite sont un peu raccourcies et on voit les traces de l'opération d'une syndactylie du deuxième et du troisième doigt. La bouffissure des lèvres saute aux yeux et la voix a quelques notes en fausset. Ce sont là toutes les anomalies à noter.

La notion la plus frappante qui se dégage de l'histoire que je viens de vous retracer se trouve certainement dans l'irrégularité de la vie entière de notre sujet ; dans l'incapacité où il est de s'adapter à l'éducation générale et de se conten-

ter des prétentions de tout le monde ; dans ses pérégrinations d'école en école et dans ses changements perpétuels de carrière. Toutes ces difficultés prouvent combien le malade s'écarte de la moyenne des individus, et cet écart le classe dans la série de dégénérés, dont les stigmates éclatent très manifestement dans les anomalies physiques et dans le retard du développement psychique ; les anomalies génitales plaident dans le même sens. Nous savons, par des constatations nombreuses, que l'instinct sexuel se développe très tôt chez les dégénérés et qu'il conduit souvent à l'onanisme ; de là il oblique en général dans les voies les plus singulières. C'est le hasard qui dicte d'ordinaire au malade le chemin qu'il doit prendre ; l'excitation sexuelle peut de cette façon se manifester sur des personnes de même sexe ou sur des enfants. Le désir sexuel, par une sorte d'atavisme animal, s'accompagne en outre volontiers du besoin de subir des mauvais traitements ou d'en imposer aux autres, tels les sadiques et les masochistes. Enfin l'excitation sexuelle peut être si intense qu'il suffit, pour la mettre en éveil, d'un objet quelconque rappelant l'acte génital, comme certaines parties du corps, des morceaux de vêtements, des étoffes, une odeur ; en fin de compte, le réflexe génital n'est plus capable de s'éveiller naturellement et il lui faut de toute nécessité un point de départ anormal : c'est alors le fétichisme.

C'est très probablement après avoir fait la connaissance d'un garçon des plus attirants pour lui que notre malade vit se développer ce penchant sexuel qui plus tard ne se trouva plus satisfait que par ce genre de rapports. On note aussi dans ses écrits des traces de sadisme. On a cru autrefois que l'amour homosexuel était provoqué par une dysharmonie constitutionnelle entre une prédisposition génitale et les particularités de l'état physique. Un très grand nombre d'observations démentent cette façon de voir ; comme chez notre malade, on y relève une sorte de jeu de bascule entre les tendances homosexuelles et hétérosexuelles. De même remar-

quons-nous que l'instinct sexuel orienté dans le sens normal ou homosexuel s'établit de bonne heure chez les dégénérés et qu'il suffit d'influences quelconques pour assister chez eux à l'éclosion des aberrations les plus variables. Cette constatation va encore à l'encontre de l'hypothèse précédente. Dans le plus grand nombre de cas, il ne faut considérer comme cause fondamentale des anomalies génitales que la fausse direction prise par l'instinct naturel et l'instabilité de son équilibre, comme il arrive pour toutes les autres impulsions des dégénérés.

Ce qui est tout à fait surprenant chez notre sujet, c'est son besoin d'écrire des faits irréels en leur imprimant une allure de vérité qui s'accorde avec ses désirs et ses espérances. Lorsque je commençais à observer ces troubles j'étais enclin à le considérer comme un forgeur de chimères superposable à un paranoïaque au premier degré, mais je ne tardai pas à me demander si cette interprétation était justifiée. Ici se reflète sans doute cette déviation de la réalité, portant sur les actes et sur la pensée, si fréquente chez les dégénérés et favorisée peut-être par un armement insuffisant pour les batailles de la vie, alors qu'au contraire la vivacité de l'imagination et des instincts vitaux est particulièrement exagérée. Si dans ces conditions je ne peux pas prédire chez notre malade le développement d'une paranoïa, j'accepte difficilement qu'il puisse jamais arriver à gagner sa vie par un travail régulier ; de plus sa perversion sexuelle le conduira tôt ou tard à de nouveaux méfaits (1).

Voici un professeur libre de 49 ans, qui entre avec un air interrogateur et réfléchi. Il se trouve à la clinique pour examen médico-légal. Il avait fait sous les prétextes les plus

(1) Le malade mena une vie très agitée sans jamais pouvoir, malgré plusieurs tentatives, s'en tenir à une ligne régulière ; il changea de religion, entra dans un couvent pour quelque temps, fut interné à maintes reprises et poursuivi deux fois encore pour attentat à la pudeur, sans qu'il y ait de suite : une fois il s'agissait de garçons, une autre fois d'une petite fille. D'autre part rien n'a autorisé le diagnostic de paranoïa.

variés un grand nombre de commandes dans différents magasins, tout en étant complètement incapable de jamais payer. Il s'était présenté comme directeur d'une maison d'éducation et avait donné cette maison même pour garantie à ses créanciers ; il devait pourtant bien savoir qu'il n'obtiendrait pas la permission d'ouvrir une école. De plus, il avait demandé à instruire des étudiants en latin, en grec, en histoire ancienne, en français, en anglais, en hollandais, en italien, en droit et en économie politique. Comme l'exposé de ses antécédents avait éveillé des doutes sur son état mental, on nous l'envoya aux fins de rapport médico-légal.

En lisant les pièces du dossier, on constate que, fils d'un simple paysan, il fit preuve de telles dispositions qu'on le désigna pour poursuivre ses études. Il sauta la seconde classe et sortit du lycée avec le prix d'excellence. Plus tard il se destina à la théologie et à la philologie ; il suivit les cours à l'université de Heidelberg et à celle de Munich ; dans cette dernière ville il contracta une fièvre typhoïde. Il travailla à Iéna et à Utrecht, fut quelque temps professeur, puis alla à Strasbourg où il passa à 25 ans son premier examen de théologie. Pendant sa fièvre typhoïde, il eut une période où il fut « comme enragé ». On nous dit qu'à Strasbourg, sans y être invité, il entra de force dans la salle du conseil de la faculté de théologie et qu'il se serait présenté comme futur privat-docent. Etudiant, il travaillait énormément, mangeait peu pour être à même de s'acheter des livres et vivait très à l'écart. Une fois nommé vicaire, il se disputa avec ses supérieurs, obéissant en cela à son caractère impérieux et suffisant. Il changea souvent de place et écrivit des articles de journaux très acerbes ; il envoyait des cartes postales grossières au président du consistoire. On le destitua pour indiscipline ; il avait cependant des certificats de ses pasteurs qui le couvraient de louanges pour son activité et son zèle. Il finit par trouver une situation de pasteur dans un pays voisin ; mais là encore il passa d'une place à l'autre jusqu'au

moment où son esprit déraila complètement. Il fut condamné à une amende de 60 marks pour insulte à un employé en service public. A cette époque, il eut pendant plusieurs jours une phase de confusion mentale dont il ne garde qu'un souvenir imprécis. Il entra dans un lycée, mais y nourrit bientôt des rapports très tendus avec les autres professeurs. Donnant des leçons comme suppléant à Halle, il passa l'examen de professeur supérieur avec un médiocre succès ; il alla alors à Francfort où il se livra à l'enseignement privé. C'est là qu'il entra pour la première fois, à 32 ans, dans un asile d'aliénés ; il s'était fait enfermer dans une église, avait commencé à discourir pour essayer l'acoustique, car il avait reçu du pasteur l'ordre de présider à la communion. On ne put le faire sortir que par la force ; il poussait le cri de ralliement des Maures. A l'asile il se montra très exigeant et excité, le cerveau rempli de plans pour l'avenir et n'avait pas la sensation d'être malade.

Deux mois plus tard, on le transporta dans une autre maison. On y remarqua aussi qu'il avait une très haute opinion de lui-même, ce qui était en contradiction complète avec son extérieur négligé. Il était très bavard ; il aimait à discuter avec vivacité, usant d'arguments à effets et pleins d'exagération ; il criait plus fort que ses contradicteurs, développait toutes sortes d'idées et voulait se faire nommer privat-docent. Il menaçait de demander d'énormes dommages et intérêts pour son internement injustifié. Dans la suite son état fut sujet à des oscillations variables ; de temps à autre, l'excitation augmentait considérablement ; il déchirait les pages blanches des livres pour y écrire ; il émettait des gaz sans prendre de précautions, s'emparait de la nourriture des autres malades, amassait dans ses poches mille objets ne lui appartenant pas ; il était grossier et méchant, discourait seul et jacassait toute la nuit en donnant l'impression d'un être tout troublé et bouleversé. Son poids, qui avait beaucoup augmenté au début, baissa rapidement. Au bout d'un an survint une amélioration

progressive, et après un an et demi le malade s'enfuit en proférant réclamations sur réclamations pour avoir été privé de sa liberté.

Après avoir séjourné peu de temps dans plusieurs villes où il vivait comme professeur particulier, il épousa à 37 ans une femme qu'il dépeint comme très économe et timide ; il semble avoir été heureux avec elle. Dans les années suivantes, il fut condamné une fois pour faux, trois fois pour insultes à un employé dans l'exercice de ses fonctions, ce qui lui valut la dernière fois un mois de prison ; il fut enfin condamné pour usurpation du titre de docteur. A part cela, il avait à faire face à nombre de procès civils avec ses propriétaires, ses fournisseurs, car partout il étalait d'énormes prétentions sans nullement remplir ses engagements. Dans les pétitions sans cesse réitérées qu'il envoyait aux juges et aux employés de l'administration, il usait toujours d'un langage des plus arrogants ; il menaçait de s'adresser en haut lieu, récusait les juges et demandait qu'on remette la terminaison de ses affaires à une époque meilleure. Dans une plainte visant le chiffre soi-disant trop élevé de ses impôts, il désirait avoir des renseignements « du prince », à l'effet de savoir si les lois établissaient un système de brigandage qui, en pressurant les particuliers, les mettait « en conflit avec les lois contre l'usure » ; puis il réclamait au prince dans une note écrite sans soin « son bon droit ». Dans un autre écrit interminable, il insiste sur ce que les employés « agissent contre le droit, le devoir et la dignité de l'Etat », et sur ce que les décisions prises « insultent toutes les lois » ; il se défend dans une requête urgente contre « les manières inqualifiables et les théories gouvernementales d'un employé subalterne ». Il dépose une plainte contre le juge et contre le conservateur des hypothèques pour trouble dans son ménage, et il profère contre ce dernier de très violentes menaces. Pendant la séance du jugement il avait constamment recours à tous les moyens de procédure possibles. Il se laissa vendre pour

une amende de 2 marks et se fit contraindre sans raison à prêter serment alors qu'il l'avait déjà fait peu auparavant. Devant le juge, il fut très grossier et inconvenant ; il se mêlait menaça de tout, d'écrire à la presse, ferma violemment la porte et fut condamné pour insultes aux magistrats. Il proposa alors « de compenser » cette peine par celle qu'encourerait le juge contre lequel il avait déposé une plainte. Il revient à chaque instant d'autre part sur cette notion que pendant longtemps il a été en proie à une grande excitation et que par suite on ne peut lui « imputer pleine conscience de la portée de ses expressions ». C'est là le motif invoqué pour rendre impossible une action judiciaire contre lui ; on ne pouvait donc ni le punir ni lui appliquer en cas de condamnation toutes les peines judiciaires. Il développa surtout ces points dans une grande épître qu'il écrivit à la cour suprême et dans une demande en grâce qu'il adressa à l'empereur.

Sur ces entrefaites, nouvelles poursuites pour usurpation du titre de docteur. Il avait obtenu, disait-il, ce titre antérieurement à Philadelphie ; mais il avait perdu son diplôme. Pendant l'audience il se conduisit en homme fort excité : il parlait beaucoup, d'un ton vif, hautain et souvent arrogant ; il interrompait le président et les témoins. Lorsque la police vint chez lui pour fermer une école qu'il avait ouverte malgré la défense qu'on lui en avait faite en haut lieu, il barricada sa porte ; pendant qu'on la forçait, il obligea ses élèves à chanter une série de chansons joyeuses. Il traitait d'ailleurs ces derniers comme des prisonniers. Dans son nouveau lieu de résidence, il eut plusieurs fois maille à partir avec la justice et « il mettait singulièrement à l'épreuve la patience du juge qui s'occupait de lui ».

Comme on supposait avoir affaire à quelque anomalie psychique, le sujet fut examiné par plusieurs spécialistes qui aboutirent à des conclusions très disparates ; cependant on finit par arrêter les poursuites. Il faut noter qu'à ce moment il croyait comprendre, à la lecture de divers articles de jour-

naux, que le consistoire désirait se réconcilier avec lui. En voyant de plus des malades transférés de l'asile où il avait été placé dans un autre établissement, il interpréta ce transfert comme la preuve que le directeur de l'asile, qu'il avait violemment attaqué, avait perdu la confiance de ses supérieurs.

Les années suivantes le malade reprit son existence nomade. Il chercha à s'installer dans bien des endroits pour y donner des leçons, soit dans une école, soit à titre particulier. A maintes reprises son indiscipline et sa singulière conduite éveillèrent des doutes sur sa responsabilité et il essuya plusieurs renvois. On voulut une fois l'interdire, mais il quitta la ville. Partout il eut de nombreuses discussions. Il y a huit ans, il était simultanément sous le coup de plaintes pour escroqueries, duperies, coups et blessures, usurpation de titres, insubordination, détournements ; son état mental s'opposa chaque fois à la continuation des poursuites. Il y a trois ans, on relevait encore contre lui des plaintes pour duperies, vols, usurpation du titre de docteur en médecine et de directeur d'école, sans parler d'une masse de plaintes pour dettes. De plus il attaquait lui-même pour calomnies, pour faux serments par négligence, en connaissance de cause ou à l'instigation d'un tiers ; il ajoutait des insinuations à l'égard de ses juges et des procureurs. Il fut encore débouté et les poursuites arrêtées grâce aux troubles relevés dans son état mental ; mais il recommença son ancien genre de vie.

Lui donnons-nous la parole, il se montre d'une habileté consommée et en pleine possession de lui-même. Au début, il est vrai, il se tient un peu sur la défensive ; mais bientôt le voilà qui, chaleureux, cause avec des gestes empreints de vivacité et se dresse tout prêt à la riposte et à des descriptions longues et filandreuses. Celles-ci affectent toutes à peu près la même allure. Il laisse de côté ou atténue ce qui lui est défavorable et insiste complaisamment sur ses propres qualités. Tous ses ennuis sont dûs à la « dé-

veine » et surtout à son internement, ou encore à l'envie, à la mauvaise foi d'individus méchants ou peu intelligents. Pourtant il profita des faveurs d'hommes éminents qui feraient tout pour lui. Lorsqu'il passa son examen de professeur, il se plaignit de sa note peu brillante auprès du ministre des cultes de Prusse, et ce dernier lui aurait dit avoir fait « un faux pas » ; à titre de dédommagement il aurait voulu lui payer une demi-année de traitement. Son échec lui aurait été très sensible et c'est alors qu'il aurait contracté une maladie. Mais son entrée dans un asile n'était que le résultat d'une misérable intrigue : plusieurs médecins de l'établissement ne lui avaient-ils pas assuré qu'il était très bien portant ? Le directeur seul le retenait parce qu'un jour il l'avait appelé vaurien. Un de ces médecins n'a pas tardé à être nommé directeur, avoue-t-il avec un sourire entendu. Aussi dans la suite il aurait collectionné une série de certificats qui concluent à sa bonne santé physique. Quant à ses nombreuses fautes, il a pour les expliquer de multiples raisons ; il les interprète comme des actes de peu d'importance et foncièrement justifiés ; il y aurait été contraint par la vilenie et la méchanceté d'autrui. Ses racontars sont souvent loin de la vérité. Les dossiers, ajoute-t-il, fourmillent de mensonges et les papiers sont indulgents.

Le malade a le caractère fier ; il parle du haut de sa grandeur, avec beaucoup d'aplomb et esquisse souvent un petit sourire malicieux. Il ne se soucie pas de l'avenir ; son instruction et ses facultés l'empêcheront d'être à bout de ressources. Lui rappelle-t-on toutes ses vicissitudes et ses désillusions, il n'y apporte pas d'attention. Il paiera ses fortes dettes sans aucune peine dès qu'il ne sera plus empêché de travailler. Il n'a nulle conscience de sa triste situation et demande uniquement à n'être pas considéré comme un homme dangereux. Il s'est vite senti à l'aise dans son nouveau milieu et n'y éprouve pas la moindre gêne ; il intervient à tout propos et le plus familièrement du monde. Le juge

d'instruction intima l'ordre de le changer de quartier pour arrêter ses rapports avec sa femme qui venait lui causer de la rue : ce fut là pour lui une cause d'excessive agitation, et aussitôt le voilà qui écrit des lettres très virulentes au procureur général, aux deux ministères et au cabinet particulier du grand-duc. L'examen somatique nous a révélé comme signes physiques de dégénérescence une forte myopie, corrigée par des lunettes d'or, une petite cicatrice au front gauche, des dents mauvaises et négligées, un développement exagéré de la partie inférieure du visage avec lèvres proéminentes, des muscles masticateurs très saillants et une langue à musculature très épaisse.

Cette observation a été interprétée de bien des manières. On a plusieurs fois classé cet homme dans le cadre des quérulants, conception dont l'inanité est aisée à démontrer. Mais à part le fait qu'il n'a pas la sensation d'être malade, on ne peut pas parler de délire. Il n'y a pas de cohésion délirante entre toutes ses aventures judiciaires. Les prétextes les plus variés servent à faire éclore ces dernières et le patient n'en tient plus aucun compte dès que le procès est terminé, de quelque manière que ce soit. D'autres ont diagnostiqué d'abord un état placé à la limite de la santé et de la maladie, puis la manie chronique ; à l'asile aurait éclaté un accès de manie qui, au lieu d'aboutir à la guérison, aurait évolué vers la chronicité. Cette façon de voir est celle qui se rapproche le plus de la vérité. Il est incontestable que le sujet a été frappé à l'asile d'un accès de manie. La description en est bien caractéristique. Ces accès de manie guérissent d'ordinaire, il est vrai, ou se terminent par un accès de dépression. Or, abstraction faite de la dépression qui s'est manifestée après l'examen de professeur, nous ne savons pas qu'il y ait jamais eu d'autre crise de dépression. La guérison de son côté ne s'est jamais affirmée. Par contre, nous appuyant sur les détails des antécédents que nous connaissons, il nous faut déduire qu'après quelques oscillations de l'équilibre

psychique persiste, comme suite d'un accès grave de manie, un état chronique d'excitation maniaque peu marqué et peut-être variable dans son intensité ; c'est pourquoi cet homme n'éprouve pas le sentiment de sa maladie.

Il existe des observations analogues, mais elles ne sont pas très fréquentes. De même peut-on également observer le contraire et voir des maniaques demeurer tranquilles et même sauvages pendant les longues années qui séparent leurs accès. Je crois qu'à ces formes cliniques doivent se rattacher d'autres variétés : chez certains sujets un caractère d'une gaîté inaltérable coïncide avec un besoin d'activité inquiète ; chez d'autres, une sensation permanente de découragement, de manque de confiance en soi, est entrecoupée par un brusque bouleversement de tout l'être. La folie maniaque-dépressive dont est atteint un proche parent donne souvent la clef de ces troubles. Nous devons admettre que ces états continus d'excitation ou de dépression légère représentent le terrain morbide sur lequel viendront germer de graves accès de folie maniaque-dépressive. Il est loisible, dans cet ordre d'idées, de prononcer le mot de manie chronique ; je préfère cependant de beaucoup le terme « d'excitation constitutionnelle », qui désigne non pas la terminaison défavorable d'un trouble psychique non guéri, mais bien une prédisposition maniaque-dépressive, une sorte d'échelon vers la manie dépressive à son stade définitif. Les interminables récits de notre malade, sa mémoire lacunaire, les exagérations de son caractère, son excitabilité, sa vie dirigée sans esprit de suite et au cours de laquelle il finit par sombrer malgré de très heureuses dispositions, tout cet ensemble fait surgir à l'esprit de l'observateur les états hypomaniaques. Très remarquable est la première étape pathologique qui s'est accompagnée d'une confusion passagère tout à fait analogue à ce qui se voit au début de la folie maniaque-dépressive. La conduite de notre sujet à Strasbourg dénote un état hypomaniaque ; jusqu'à ce mo-

ment il n'avait rien présenté qui attirât sur lui l'attention et même, semble-t-il, avait toujours vécu à l'écart. Quant à son avenir, il y a tout lieu de présumer que l'état maniaque continuera ; mais il est possible aussi que se développent un accès aigu ou peut-être un état de dépression plus ou moins prononcé (1).

Comme parallèle au malade précédent, je désire vous présenter un employé de chemin de fer de 61 ans. Une de ses sœurs a été frappée de troubles mentaux au cours d'une grossesse et il a perdu un enfant de sept ans d'une affection cérébrale. Lui-même a travaillé toute sa vie avec régularité et sans à-coup ; c'était un homme « ponctuel » ; il est tombé malade pour la première fois il y a seize ans seulement. On a voulu à cette époque le rendre responsable d'un déraillement ; en même temps il fut congédié à l'improviste de son domicile. Ces incidents furent l'origine des phénomènes d'anxiété qui le mirent dans l'impossibilité de continuer son service et l'obligèrent à entrer dans un asile ; il en sortit tout à fait rétabli quatre ans plus tard. Pendant dix années il resta en excellente santé. Mais voilà deux ans, revenant d'une visite chez une aliénée qui habitait dans son voisinage, il fut tout à coup très excité, se plaignit d'oppression dans la poitrine, d'angoisse, d'insomnie et se mit à errer en tous sens et au hasard, sans pouvoir rester longtemps à la même place. Le tout se termina par le développement d'idées de suicide ; notre patient se borna toutefois à se faire avec une hachette une plaie au front en présence de sa femme. Ce fut là le motif qui permit de l'amener à la clinique.

Examinons ce malade. De prime abord, on est frappé par l'augmentation considérable des différents diamètres craniens. Du reste, c'est un homme solidement bâti, paraissant relativement jeune pour son âge et en bonne santé. Il comprend tout ce qu'on lui dit et y répond avec beaucoup de

(1) Le malade a continué sa vie d'instabilité et n'a pas tardé à retomber en conflit avec la justice.

calme ; il a nettement la conception d'être malade. Manquant de goût pour quoi que ce soit, il n'est pas à même d'éprouver le moindre plaisir. Au niveau de la région cardiaque, il ressent une angoisse qui le tourmente jour et nuit et s'exagère le matin ; toujours préoccupé à en triompher, il a fini par perdre toute faculté de travail. Cette angoisse l'enserre souvent au point qu'il a peine à réprimer ses cris, et par moments il ne lui est plus possible de se contenir tant il est effrayé. Ajoutez encore de mauvaises pensées qui l'assaillent et le trouvent sans résistance. C'est là une question sur laquelle il faut renoncer à avoir de plus amples renseignements ; mais à coup sûr il s'agit d'idées de suicide. A deux reprises, dit-il, il a vu une étoile passer devant ses yeux et simultanément lui a pris l'envie de se suicider : c'était comme un ordre intérieur. Il n'a jamais souffert avec une telle intensité ; certes le voilà maintenant incurable. Le bruit lui est insupportable, de même que la musique. Il ne lui est pas davantage loisible de se rendre à l'église car il y est trop impressionné.

Ses membres se mettent souvent à trembler spontanément. Est-il couché, il éprouve un choc ; ses mains se rapprochent d'elles-mêmes l'une de l'autre ; sa bouche s'ouvre sans qu'il le veuille ; sa tête tombe en arrière. En réalité, on observe çà et là des mouvements, des balancements de tête et quelques contractions dans différents groupes musculaires ; il ouvre parfois la bouche toute grande pour respirer largement. Sa nutrition générale est en excellent état et son poids a augmenté de 10 kilogrammes avec lenteur, mais régularité ; seul son sommeil est mauvais et à maintes reprises il pousse des gémissements.

Le tableau clinique reste ici aussi uniforme que possible ; à peine y avons-nous noté quelques variations sans importance depuis que le malade est entré chez nous. Il ne ressemble à aucune des formes de folie que nous avons décrites jusqu'à présent. Les états de dépression qu'a présentés le

malade ne sont probablement que l'exagération d'une manière d'être qu'il a eue toute sa vie. « Je puis dire que je suis né dans l'angoisse », dit-il lui-même. Nous désignons ce syndrome, qui se manifeste sans arrêt pendant toute l'existence et qui nous apparait comme l'expression d'un état dégénératif, sous le nom de « dépression constitutionnelle ». Nous pouvons nous demander si les différentes phases prises dans leur ensemble forment une unité clinique. Chez quelques malades, on voit se développer sur ce fond une folie obsédante bien caractérisée ; chez d'autres s'installe un état d'abattement, et l'absence de la joie de vivre conduit à une restriction progressive de tous les rapports sociaux qui elle-même aboutit, en fin de compte, à l'isolement complet du monde extérieur. Mais il est aussi un groupe important d'observations dans lesquelles des oscillations très marquées, ainsi que peut-être les brusques revirements de caractère des malades, éveillent l'idée d'une étroite parenté avec la folie maniaque-dépressive. Nous avons souvent vu des cas de manie périodique prendre naissance sur un fond de dépression chronique. Nous sommes donc bien forcés d'accepter que, si les faits de « manie périodique » germent sur un terrain d'excitabilité, il existe aussi des faits de dépression qui ne sont que l'exagération d'un état de dépression constitutionnelle. Et en effet, à côté des cas plus ou moins purs de manie périodique, nous observons des cas de « dépression périodique » ; ces deux formes peuvent éclore sur un terrain constitutionnel d'excitation ou de dépression. Le tableau de la folie maniaque-dépressive est complété par ces faits à peine esquissés. Cette conception ne représente sans doute encore pour l'instant qu'une tentative qui nous aide à mieux envisager cette ébauche comme une forme de prédisposition morbide. L'avenir nous indiquera jusqu'à quel point il nous faudra persister dans cette façon de voir.

Quoi qu'il en soit, notre sujet offre un exemple de dépression périodique. Chaque accès ne se distingue que très vague-

ment de l'état ordinaire du malade, et cela précisément parce que sa manière d'être normale a été modifiée par tous les accès antérieurs. De plus, nous notons toutes sortes de troubles psychiques, d'impulsions, comme du reste nous en notons souvent dans la folie maniaque-dépressive, ce qui prouve la communauté d'origine de ces deux formes de dégénérescence. Cette fois encore les plaintes disparaîtront petit à petit, sans que pour cela nous soyons en droit de croire à une véritable guérison (1). Le traitement consiste, selon l'intensité des symptômes, dans l'isolement à l'asile, dans l'alitement, dans de petites doses d'opium, dans des distractions et des occupations.

(1) Le malade fut mis en liberté après un séjour de deux ans à l'asile. Il allait un peu mieux, mais plusieurs années plus tard il était encore « très souffrant ».

VINGT-NEUVIÈME LEÇON

Anomalies psychiques.

Messieurs, il n'est pas d'aliéniste qui ne se soit entendu reprocher, soit sérieusement, soit par plaisanterie, de voir partout des aliénés. Quiconque s'est occupé de psychiatrie ne niera cependant pas que les troubles mentaux ne puisent leurs racines les plus profondes dans des actes qui se retrouvent chez les individus bien portants. Partout où nous cherchons à établir une limite entre l'état psychique normal et pathologique, nous nous heurtons à une zone intermédiaire au niveau de laquelle se fond insensiblement ce qui est normal et franchement morbide. La difficulté s'accroît encore dès que la distinction porte sur des états anormaux datant de la naissance, et non plus sur des maladies déterminées dans lesquelles le diagnostic est facilité par la comparaison possible avec le moment où le patient était en bonne santé. Comme étalon susceptible de marquer les traits pathologiques chez tel sujet, nous pouvons prendre les particularités qui le distinguent de la moyenne des autres personnes au point de vue de l'utilité pratique. En outre, le jugement des psychiatres doit tenir compte de ce que certaines facultés, selon l'époque et les circonstances, sont plus ou moins importantes pour la vie en général. Ajoutons que les stigmates qui permettent de discerner un malade des gens que nous voyons tous les jours ne s'étendent pas à la fois et au même degré

sur toutes les facultés. Nous rencontrons bien au contraire dans le vaste cadre des anomalies psychiques, comme dans celui des anomalies par dégénérescence, tous les mélanges possibles d'insuffisance et de faits contraires à la normale avec des prédispositions égales ou même supérieures. Ces diversités d'allure se revêtent de couleurs dont la gamme est bien plus riche que chez les individus sains, parce que l'intensité et la variabilité des nuances morbides ont pour se jouer un plus vaste espace devant elles. Mais, pour des raisons bien compréhensibles, toutes les anomalies ne passent pas devant les yeux du psychiatre. Il a surtout à examiner celles qui ont occasionné un acte tombant sous le coup des lois et exigeant un avis médico-légal sur la mentalité de l'inculpé. Nombre de ces anormaux sont encore à même de soutenir la lutte pour la vie, sans se montrer inférieurs au gros public, mais en se singularisant. Souvent aussi ils succombent à leurs malformations psychiques, et selon les circonstances éveillent la pitié, sont méprisés ou même dédaignés.

Pour vous donner au moins un exemple d'un de ces dégénérés aussi nombreux que variés, occupons-nous d'abord de cet ouvrier de précision, âgé de 33 ans, qui vient échouer chez nous pour quelque temps après avoir vagabondé de tous côtés.

Sa mère eut une sœur et une tante aliénées. Dans son enfance, il eut des convulsions coïncidant avec la dentition ; plus tard, il tomba d'un arbre et demeura longtemps sans connaissance. Ce fut toujours un enfant agité et insupportable ; à chaque instant il manquait l'école ou bien il s'en échappait. Tout en ayant certaines facilités, surtout en mathématiques, en littérature et en dessin, il était incapable d'un travail longtemps suivi. Il ne se trouvait bien nulle part, ne savait pas se dominer et était pris de colères stupides qui obligeaient à le changer d'école ou de pension. Parfois même lorsqu'il ne se plaisait pas dans un établissement, il dispa-

raissait pendant quelques semaines et finissait par revenir chez ses parents qui habitaient très loin. Son instinct sexuel s'éveilla fort vite. Il se masturbait beaucoup, et il était encore écolier qu'on dût déjà le soigner pour une blennorrhagie et l'opérer d'un phimosis. Il urina longtemps au lit. A 20 ans il fit une année de service militaire, pendant laquelle il subit plusieurs punitions pour ivresse ou pour manque à l'appel du soir. Il en arriva à être condamné pour insubordination aux arrêts de forteresse ; un conseil de guerre l'acquitta enfin comme « esprit anormal ».

On essaya alors de le placer en qualité de volontaire dans différentes fabriques ou ateliers et dans une école professionnelle ; mais il ne pouvait rester nulle part. Il abandonnait son travail et courait boire ou se livrer à quelque excès sexuel. Il blessa un jour avec son couteau un garçon qui le mettait à la porte d'une maison publique où il était entré sans argent. De temps en temps il retournait chez ses parents, mais ne tardait pas à les abandonner « à cause de ses mauvaises relations avec son père ». On l'interdit et peu après, alors qu'il avait 24 ans, on l'arrêta et on l'enferma dans une maison d'aliénés. Une fois sorti, il vola à sa famille une certaine somme d'argent et la dépensa inconsidérément dans des établissements mal famés. On l'interna de nouveau pendant trois ans. A l'asile, il s'occupait de musique, de mathématiques, de sténographie, de langues étrangères, mais tout son maintien avait quelque chose d'enfantin. Rien ne l'arrêtait; il accablait de railleries et de menaces les malades ou les infirmières et semait partout le désordre. Plein de prétention et d'orgueil, échappant à toute direction, complètement inconscient de son état, il promettait souvent en toute sincérité de s'améliorer ; mais il était constamment ressaisi par ses anciens penchants.

Lorsqu'il fut rendu à la liberté, on se remit à lui chercher un emploi de tous côtés, mais sans résultat. Sa vie désordonnée et ses démêlés réitérés avec la police l'empêchaient de trou-

ver une situation convenable. Il fut condamné pour blessures. Il passa ensuite l'examen de mécanicien. Il faisait des dettes et menait une vie insensée. « On buvait ferme et j'étais toujours au premier rang », disait-il. Dans une place qu'il occupait, on le remercia parce qu'il sortait sans permission et visitait avec trop d'assiduité les maisons de tolérance, avec lesquelles « il avait déjà fait connaissance autrefois ». Interné pour la troisième fois, il s'enfuit et dès lors s'adonna à une existence de pure vagabondage. Pour se procurer le nécessaire, il vendait le peu qu'il possédait et jouait du piano dans des cafés. Avait-il gagné quelque argent, il s'empressait de le dépenser avec des prostituées. Comme conclusion, il fut arrêté et condamné pour escroquerie. Il trouva le moyen d'échapper à un individu chargé de le ramener chez son père et obtint un nouvel emploi dont on le congédia bientôt toujours à cause de ses excès. A ce moment, seconde condamnation pour escroquerie. Puis il recommença sa vie de vagabondage. Enfin la famille d'un de ses amis lui offrit de le faire travailler et de l'entretenir. Mais malgré les meilleures résolutions, il ne put y rester longtemps; il s'enivrait sans payer ce qu'il buvait; il fut arrêté et recondamné deux fois dans l'espace de deux mois. Sur les instances des siens, il finit par consentir à rentrer à la clinique, d'autant plus qu'il avait été écrasé en état d'ivresse.

C'est du malade lui-même que nous tenons la plus grande partie de ce récit; il est en effet complètement lucide et en parfaite possession de soi. Il expose tout cela avec habileté, et sauf de légères inexactitudes sur les dates précises qui marquent les tranches de cette vie si tourmentée, il jouit d'une excellente mémoire. S'il taxe d'exagération les observations que nous ont transmises les asiles où il a été traité antérieurement, il ne cherche cependant aucune excuse à son genre d'existence. Au contraire, il se complaît de toute évidence à raconter son histoire et se considère presque comme un héros. Il n'y a pas chez lui le moindre signe de

honte ou de repentir, et ses promesses pour l'avenir ne sont que des phrases grâce auxquelles il espère reconquérir son indépendance. « Ruse vaut mieux que violence, » dit-il au besoin. Il ne comprend pas du tout qu'il est incapable de vivre en liberté, malgré les nombreuses tentatives qui en ont fourni la preuve. Sans tenir compte de ses aventures antérieures, il soutient qu'aussitôt muni de travail il sera sans peine en état de gagner son pain. Et en réalité, il exécutait si bien certains travaux qu'on le payait très largement.

Un jour qu'on lui avait accordé une permission, il en profita pour se livrer à quelque escroquerie et ne fut pas embarrassé pour découvrir alors une habile justification. Emportant l'argent qu'il avait gagné, il traîna ensuite dans la ville et joua du piano dans les cafés, jusqu'à ce qu'il nous fût ramené par la police. On ne lui avait fourni aucun renseignement précis, nous explique-t-il, sur l'avenir qu'on lui réservait, et s'il avait eu la plus petite promesse de sortie dans quelques semaines, voire dans quelques mois, il n'aurait donné prise à aucun reproche. Au point de vue somatique nous n'avons à relever qu'une légère inégalité pupillaire.

A n'envisager que l'instruction de notre sujet, sa mémoire, sa façon d'être si naturelle, la cohésion de ses idées, en un mot tous les traits qui sautent immédiatement aux yeux, vous aurez quelque peine à admettre qu'il s'agisse d'une anomalie psychique. Mais l'ensemble de la vie du malade et sa conduite dans le passé mettent bien en valeur les différents troubles dont il est atteint.

Les gens qui ont pu l'observer de près sont tous arrivés petit à petit à la même conception. Nous sommes vraisemblablement en face d'une instabilité de la volonté qui remonte à la jeunesse et laisse cet homme dénué de toute résistance devant la moindre séduction. Il semble que les sentiments moraux ne se soient pas développés chez lui ; il ne comprend pas et ne voit pas tout ce qu'il y a d'indigne et de honteux dans sa vie ; il pense même avec une certaine satisfaction à

ses aventures antérieures et rien ne l'arrête, ni égards envers ses parents, ni idée de son propre avenir; il cède sans hésiter au caprice de la minute présente.

A cet égoïsme aveugle il allie une haute estime de soi-même; il manque en outre de toute considération vis-à-vis de ses semblables qu'il ne cesse de harceler de ses taquineries. L'alcool le rend enfin très excitable, et sous l'influence de ce toxique il s'est livré à de violents attentats. Tous ces symptômes tendraient à incriminer une origine épileptique, et cela d'autant plus facilement que les dérèglements éclatent volontiers par accès et que le malade doit avoir eu autrefois deux attaques avec perte de connaissance. En tout cas son instabilité morbide, qui l'a mis dans l'impossibilité de trouver une situation correspondant à ses autres aptitudes, n'est pas un phénomène épileptique, mais bien un signe de dégénérescence. Ajoutons cependant que les dégénérés présentent souvent des symptômes épileptoïdes (1).

Voici un autre malade qui, doué de dispositions très heureuses, est également incapable d'activité ordonnée. C'est un comédien âgé de 30 ans. On nous l'a conduit il y a trois semaines, parce que sous un faux nom il avait volé une bague de diamants à une prostituée. Il avait mis cet anneau à son doigt, sans plus de façon; puis il fixa rendez-vous à cette femme, qui attendait de lui d'autres services, dans un hôtel renommé où il oublia de se rendre. Quand on l'arrêta, il prétendit qu'elle avait voulu lui donner un cadeau; entre temps du reste il avait vendu le bijou. Dans la prison, il esquissa une tentative de suicide qui, de l'avis du médecin, ne devait pas être prise au sérieux; il entra dans une période d'excitation des plus violentes, avec accès convulsifs répétés, si bien qu'on dut l'amener à la clinique.

(1) Ce malade resta quelque temps encore dans un autre établissement. De temps en temps et sans régularité aucune, surviennent des périodes de dépression avec excitabilité qui permettent toujours d'invoquer l'hypothèse d'épilepsie. Il y a trois ans il partit en Amérique avec l'assentiment de ses parents, et il y gagne sa vie en jouant du piano.

Cet homme, légèrement pâle, a un état général bien touché et est vêtu avec une recherche de mauvais goût ; il est totalement rasé ; dans toutes ses manières, il offre le tableau typique de l'acteur déchu. Il parle d'abondance et avec faconde, se sert de phrases ronflantes et pleines de prétention ; il cherche à nous en imposer par toute une série de révélations extraordinaires sur sa vie. Il est resté au lycée jusqu'à seize ans et entra tout d'abord dans la marine. Après avoir étudié la médecine à Chicago, à Strasbourg et à Leipzig, il passa ses premiers examens à Wurtzbourg. Tour à tour le voici acteur, cocher, garçon de café, chercheur d'or dans l'Afrique du Sud, balayeur à New-York. Là il lie connaissance avec un Russe qu'il accompagne dans sa propriété ; il apprend le russe et pendant quelque temps est interprète à Téhéran.

L'amour de l'art le rappelle sur les planches. Il joue en Russie, puis vient à Bruxelles, où de misère il finit par échouer comme commissionnaire. Sur ces entrefaites, il est en rapport avec Coquelin qui l'engage au Théâtre-Français et avec lequel il part pour une tournée artistique en Asie. Dans la suite, il tient des rôles de première importance sur presque toutes les scènes marquantes d'Europe. Il épouse alors une fille de très bonne famille, « un ange de pureté et d'innocence » ; il en eut quatre enfants, qui tous moururent peu après leur naissance.

Lorsqu'il parle du bonheur indescriptible de sa famille, c'est avec une profonde émotion ; il se plaint de la destinée, ajoutant que son vieux père et sa bonne mère auraient du chagrin à voir leur fils aujourd'hui. Quant à son arrestation, voilà quelque chose de bien insignifiant. Il pensait simplement faire un peu de genre avec cette bague ; il n'a jamais eu l'idée de la garder et la seule nécessité l'a forcé à la vendre. D'ailleurs il est très honnête, et une fille publique ne saurait lui être comparée. « C'est un être dont l'existence entière a été guidée par la puissance extraordinaire des débauches amoureuses. »

Rapprochons de la réalité cet étonnant récit ; nous n'avons pas de difficulté à reconnaître qu'il est en pleine contradiction. Le malade l'avoue d'ailleurs sans peine et recommence toute une série de mensonges pour expliquer que des considérations spéciales l'ont obligé à retoucher l'exposé de certains détails. Ce qu'il raconte alors est un nouveau tissu de hâbleries ; il présente l'histoire de sa vie de mille manières et à chaque variation donne sa parole d'honneur qu'il s'agit de l'expression de l'exacte vérité. Les renseignements fournis par la justice permettent de saisir d'emblée le mobile auquel il obéit en nous relatant toutes ces inventions. Il est évident en effet que nous sommes en face d'un chevalier d'industrie qui depuis de nombreuses années a commis, sous les noms les plus divers et un peu de tous les côtés, des escroqueries multiples à la suite desquelles il s'empressait de disparaître. Il a des dettes partout et son casier judiciaire est très chargé.

Mais il n'éprouve pas trace d'embarras en apprenant de nous que nous n'ignorons pas quelle a été son existence. Il n'en continue pas moins à mentir de toutes les façons ; ou bien il reprend ses aventures sous un autre jour ; parfois encore il affecte un air contrit et veut s'excuser, la misère ou des motifs différents l'ayant poussé à de telles extrémités. Et il insiste toujours sur sa parfaite honnêteté ; il n'a jamais cessé d'être un homme d'honneur. Dans tout cet entretien, il fait preuve d'une habileté et d'une vivacité de répliques surprenantes. Il parle parfaitement l'allemand, le russe, le français, passablement l'anglais, le polonais, le roumain, le hongrois, l'italien, le suédois et quelque peu le grec, le latin et l'hébreu. Il a aussi des connaissances, mais très superficielles et très lacunaires, sur plusieurs branches de la science ; il met tous ses efforts à étaler devant nous son savoir médical. Avec beaucoup d'adresse, il réussit à en imposer à son entourage et s'attire ainsi des sympathies ; mais il ne tarde pas à être familier et importun, dès qu'on lui témoigne un peu d'amabilité.

Nous avons eu l'occasion d'assister ici à une série « d'accès » au cours desquels il se lamentait, se livrait à mille jérémiades et réclamait de la morphine. Beaucoup de médecins fort distingués lui auraient recommandé ce médicament comme indispensable. Il menaçait enfin de se suicider et devenait grossier, agressif, violent, mais se calmait après une injection d'eau distillée. Il a probablement eu autrefois plusieurs accès de même ordre, car il a souvent été interné dans des asiles. Une de ses propriétaires prétend qu'il était épileptique. Une fois il demeura complètement muet pendant un certain temps, incapable d'émettre aucun son et de comprendre ce qu'on lui disait. Il écrivit plus tard sur un papier : paralysie des cordes vocales. On ne peut pas obtenir de lui de travail sérieux; il lit des romans, fume, bavarde ; il joue du piano assez convenablement et non sans talent ; il ne déclame pas trop mal, s'occupe de son entourage et cherche autant que possible à s'amuser.

Doit-on considérer cet homme comme un véritable aliéné ? S'agit-il d'un escroc de naissance auquel, malgré ses nombreuses qualités, manque totalement le sentiment du devoir ? Sa vie entière porte l'empreinte de son irrégularité et de son amoralité. Il est incapable d'une activité ordonnée; il ne peut rester longtemps nulle part et se trouve dans la perpétuelle obligation de changer. Sa mémoire est excellente, mais il se plaît à étonner ses auditeurs par de nouvelles inventions. Il n'a pas la moindre notion de l'inconvenance de sa conduite. Quoique paraissant très ému quand il raconte ses récits imaginaires, toute émotivité lui est cependant parfaitement étrangère. La note dominante chez lui, c'est le peu de fonds de son esprit, qui lui fait raconter toutes sortes de hâbleries insensées et éparpiller l'argent acquis sans aucun remords à l'aide de vols et d'escroqueries. Le considère-t-on uniquement au point de vue juridique, il apparaît comme un vulgaire escroc, comme un criminel; mais il lui est impossible de ne pas donner au

médecin l'impression d'un être congénitalement incomplet; tous les principes d'éducation qu'on lui inculque, toutes les punitions qu'on lui inflige, toute l'énergie qu'il est susceptible de déployer n'arrivent pas à le mettre en état de mener une vie régulière. Avec ce malade nous sommes sur les frontières « du mensonge pathologique et de l'escroquerie ». Certains symptômes plaident nettement chez lui dans le sens de l'hystérie. La paralysie des cordes vocales nous semble toutefois être encore une duperie. Il ne recherche pas une jouissance personnelle, mais il obéit à un besoin irrésistible qui le pousse à cette existence errante et aventureuse. Il n'a pas le pouvoir de se fixer ici ou là. Ce penchant entraînera à coup sûr des conséquences fatales, car si cet individu est pathologique pour l'aliéniste, le juge aura toujours tendance à y voir un escroc rusé et dangereux (1).

Je vous présente maintenant un paysan âgé de 64 ans qui, depuis vingt ans, ne cesse d'occuper médecins et magistrats. La question qu'on se pose est toujours la même : est-on en face d'un aliéné ou d'un individu méchant? Les réponses ont été variables. Le malade appartient à une famille de grands dégénérés. Son père était fou et s'est suicidé. Un de ses frères était tout à fait bizarre : très avare, il était la risée de tout le monde. Sa mère eut des accès d'aliénation mentale et mourut d'un « transport au cerveau ». Une de ses sœurs devint folle après ses couches et il a un frère idiot dans un asile. Après avoir subi quelques condamnations anodines, il commença à quarante-deux ans, époque où il recueillit un héritage paternel assez important, l'interminable série de ses aventures judiciaires, si bien qu'il est maintenant complètement ruiné. Son dossier, que nous n'avons pas encore en entier, contient 81 condamnations,

(1) Le malade fut condamné quelques années plus tard par les tribunaux de Vienne. Dans la suite il se fit annoncer un jour chez moi sous le nom de mon confrère le docteur B... et mit beaucoup d'insistance pour être reçu. On le renvoya malheureusement avant que j'aie pu lui causer.

41 plaintes déposées par lui et 110 procès civils. Il fut condamné 65 fois à des amendes insignifiantes, car jusqu'à 45 ans ses délits étaient de peu de gravité. Il s'agissait presque toujours de délits de campagne : il passait sur les champs mitoyens des siens, labourait hors des limites de ceux-ci, laissait ses vaches manger le fourrage de ses voisins, fauchait en dehors de ses biens. Se disputait-il avec un acheteur à qui il avait vendu un lopin de terre, il en coupait immédiatement les récoltes. Une fois entre autres, il arracha tout un champ de pommes de terre.

Un deuxième groupe de condamnations se rapporte à des vols sans intérêt et à de petites escroqueries. Il prenait des instruments sans être vu et s'en servait ensuite ; il volait des œufs à ses voisins sous prétexte que ses poules les avaient pondus; il subtilisa des outils à la prison et mettait de lourdes chaînes dans du foin qu'il faisait peser pour le vendre. Signalons aussi quelques faux; il signa des lettres et des mémoires de noms d'emprunt. Il lança un très grand nombre d'accusations erronées et injurieuses. Il les adressait surtout au garde champêtre qui l'avait si souvent incriminé et à diverses autres personnes avec lesquelles il avait eu maintes discussions. Il accusait de parjure les témoins qui déposaient contre lui et de faux un voisin qui lui avait reproché un vol de raisins. Il en accusait deux autres d'incendies ; l'un de ceux-ci avait en effet brûlé un tas de foin pourri que le malade avait malhonnêtement coupé dans son champ. Le tuteur de son frère se serait livré à des détournements; un de ses ennemis serait responsable de tapage nocturne, d'attentats à la pudeur, de corruption et de concubinage. En une seule année il évoqua 22 plaintes semblables et 15 rappels de plaintes analogues, plaintes au procureur et au ministère. Il accusait encore le maire et le greffier de viol parce qu'ils auraient tous deux tenu dans la mairie des propos inconvenants à sa femme. Il accusait enfin de meurtre par imprudence un voisin qui l'avait malmené de telle façon que

mort s'ensuivrait. Peu auparavant, il avait porté une plainte retentissante contre les mauvais traitements que sa femme lui faisait subir. Ses dires s'appuient tous sur le témoignage de gens qui ne savent rien la plupart du temps ou sont prêts à faire des dépositions franchement contraires aux intérêts du malade. Il a recours à tous les modes de jurisprudence, malgré le peu de fondement de ses allégations. Celles-ci ont parfois trait à des événements très anciens. C'est ainsi qu'il obtint d'un tanneur 5 marks de dommages et intérêts au sujet d'une peau qui se serait perdue il y a dix ans. Ce dernier aurait été un parjure et il l'attaqua à l'aide de toutes sortes d'artifices de procédure.

A ces histoires qui mettaient notre malade en guerre perpétuelle avec son entourage, s'ajoutaient des condamnations pour menaces, insultes, querelles. Il souillait la porte de ses voisins, posait des excréments sur le loquet des portes, écrivait et collait des affiches remplies d'injures, brisait une serrure, se laissait aller à des menaces. Enfin on était forcé de lui infliger de perpétuelles contraventions aux ordonnances de police : il s'abstint d'un exercice d'incendies ; il attachait des tuyaux sales à la fontaine publique pour amener l'eau à son fumier, ne payait pas les impôts sur les chiens et le tabac, ne déclarait pas ses ouvriers ; il creusa sans permission un trou pour en extraire du calcaire ; il conduisait sa voiture dans le village sans s'inquiéter des règlements de police et il laissa une voiture pleine de fumier contre la porte d'un de ses voisins.

Les procès civils n'étaient pas moins nombreux. Il en trouvait une source intarissable dans l'administration légale de la fortune de son frère qui était interdit. Chaque intervention du tuteur, qui s'efforçait de lui faire remplir ses obligations, était l'occasion d'une série de plaintes soutenues avec une extraordinaire opiniâtreté et dévorant toujours de très grosses sommes d'argent. Toutes les conventions étaient inutiles : le malade ne les exécutait pas. Il déposait d'autres

plaintes ou contraignait ses adversaires à agir de même. Le boucher, le boulanger, le médecin, le pharmacien s'adressaient aussi à la justice, car sous les prétextes les plus futiles il refusait de les régler. De même ne voulût-il pas payer une vache au bout de plusieurs années, arguant qu'elle n'avait pas de valeur, bien qu'entre temps il l'ait revendue et ait gardé un veau dont cette vache avait vêlé.

A la suite de ces procès sans fin qui, abstraction faite de la perte de temps demandée par les écritures, les interrogatoires et par la soutenance même de la cause, arrivaient souvent à gaspiller une somme bien supérieure à celle qui était en jeu, le malade perdit toute sa fortune, au point de devoir être admis au bureau de bienfaisance. Sa femme, après avoir cherché pendant longtemps à le détourner de ces procès ridicules, essaya de lui venir en aide en transférant à son nom par une opération adroite le reste de la fortune. Elle finit par tomber elle-même malade, atteinte probablement d'un véritable délire processif ; elle entama, seule ou avec son mari aveuglé, toute une série de nouveaux procès se rapportant à la conversion de la fortune passée à son profit. Ils furent tous menés avec une extrême passion, jusqu'au moment où on interdit les deux malades.

Quant à notre patient, son entourage le regardait comme un « très méchant plaideur », incapable de s'habituer à l'ordre et de passer son temps autrement qu'en procès et en disputes. Cependant sa femme déclara qu'il était déjà nerveux il y a dix ans. Il dormait mal, se levait chaque nuit entre une ou deux heures, se préparait alors à manger et bibelotait tout rempli d'inquiétude. Il s'acheta des objets de la plus complète inutilité, et a dépensé 6.000 marks en pure perte. « Lorsqu'il a une contravention, il n'imagine pas qu'il sera puni. Est-il condamné à une amende, il se sent très atteint et ne peut arriver à comprendre pourquoi il est frappé ; il se plaint alors de ce que tout le monde le poursuive. » Son interdiction parut nécessaire. Les rapports médicaux différaient

entre eux ; l'un le prétendait atteint d'état crépusculaire à retour périodique ; un autre niait toute maladie, n'admettant que la ruse et la malice. Lui-même, dans une de ses nombreuses plaintes, excipait comme « argument principal » de son irresponsabilité et ajoutait ne pouvoir par cela même être condamné. Il répétait si souvent qu'il avait des troubles psychiques qu'on l'amena à notre clinique, il y a sept ans, pour y être examiné ; on dut le forcer à venir ; au dire du médecin régional, il avait peur que l'on démasquât sa simulation.

Après le rapport médical qui ne résolvait pas la question d'aliénation dans le sens légal du mot, les anciennes discussions reprirent de plus belle jusqu'à la demande en interdiction. Celle-ci voit éclore les mêmes expertises contradictoires, et c'est pourquoi nous avons à faire un nouveau rapport sur le compte de ce sujet.

Cet homme, de corpulence moyenne, d'état général mauvais, très vieilli, a écouté toute cette exposition sans exprimer le moindre signe de participation intérieure. Les traits du visage sont ridés, les mâchoires édentées ; les oreilles sont grandes, écartées de la tête et ont le lobule soudé ; la pupille droite est plus large que la gauche, l'acuité visuelle un peu diminuée, la radiale et la temporale sinueuses et dures ; à part une double hernie inguinale, il n'y a pas d'autres anomalies physiques à noter. Le sommeil n'est pas troublé ; le poids du corps a légèrement augmenté depuis le dernier séjour à la clinique.

Adressons-nous la parole au malade, nous le trouvons en pleine possession de lui-même, mais on doit le pousser pour obtenir une réponse un peu précise. Il paraît endormi et ennuyé et ne donne que des renseignements vagues et indéterminés ; il est avare de paroles. Petit à petit il s'excite un peu ; on voit alors qu'il se rappelle très bien tous ses procès et qu'il présente souvent sa défense avec les tournures de phrases qu'on lit dans les pièces des dossiers. Sans doute il dit souvent qu'il ne se souvient plus de telle ou

telle circonstance, car sa mémoire est devenue si mauvaise : « Souvent quand quelque chose arrive, je ne le sais plus bien. » Cependant la plupart du temps, par une question détournée, on se rend compte qu'il n'ignore nullement ce dont il s'agit. Par contre ses connaissances sur les divers événements et sur tous les points n'ayant pas un rapport étroit avec la vie des paysans sont très précaires ; le calcul présente pour lui de réelles difficultés, mais il arrive la plupart du temps à exécuter correctement une opération. Aux élections il a voté « comme le pasteur l'a ordonné ».

Il est entraîné dans ses procès malgré lui. « Je n'ai jamais eu tort, » dit-il. C'est toujours aux autres qu'incombe la cause de ses condamnations. Il n'y a là que « mensonges et histoires bêtes »; le tribunal a été mal renseigné; on l'a faussement accusé. « Ce qu'on potine sur mon compte ! » Il ne sait pas comment de tels malheurs ont pu lui arriver; « les gens étaient contre lui; » on ne peut plus obtenir justice. Il ne pouvait cependant pas accepter d'être condamné pour des actes dont il était innocent. Ses plaintes n'étaient jamais admises parce que de faux témoins déposaient toujours à l'encontre de la vérité. Il n'était pas examiné comme il fallait ; les témoins n'avaient pas prêté serment. « Si ces messieurs du tribunal avaient été là eux-mêmes, les choses se seraient probablement passées autrement. » Toutes les accusations qu'il avait portées, il s'était senti obligé de les formuler, car il ne peut souffrir l'injustice ; il avait quelquefois bien pu être un peu léger. Il fallait bien croire les gens qui auparavant lui avaient tenu un récit exact de tous ces incidents, sinon on ne pouvait plus croire le pasteur dans sa chaire. On doit donc porter plainte chaque fois qu'on voit un fait contraire au droit. Le pousse-t-on dans ses retranchements en lui montrant, preuves en mains, l'inanité de quelques-unes de ses assertions, le voilà qui se met à soupirer : « Si seulement on n'était pas sur la terre ! Si seulement le bon Dieu m'enlevait de ma misère ». On peut

croire ce qu'on veut, et on devrait plutôt lui couper la tête. Il lui reste encore aujourd'hui l'espoir que le grand-duc examine son affaire. Il sera satisfait de sa décision. Il n'est pas aliéné, mais seulement de mauvaise humeur par instants et abattu. Il voudrait encore avoir sa maison et ensuite s'en aller à pied en Palestine ou à Rome. S'il s'est toujours laissé passer pour fou, c'est qu'on se défend comme on peut.

Chez nous le malade n'entretient guère de relations avec son entourage; il ne parle et ne lit pas spontanément; il demeure machinalement à la fenêtre pendant des heures entières.

L'hérédité très chargée du sujet nous amène déjà à penser que nous sommes en face d'un état mental anormal. Cette hypothèse se transforme en certitude dès qu'on fait entrer en ligne la faiblesse de jugement dont il témoigne en poursuivant sans raison le cours de ses querelles stupides, son imperfectibilité qui ne le rend pas plus prudent après chaque contretemps, l'entêtement opiniâtre enfin avec lequel il néglige ses propres intérêts. Toute sa conduite rappelle de prime abord celle des quérulants. Nous retrouvons en effet des traits communs; il a la même haute opinion de sa personne, une égale susceptibilité contre le préjudice fait par les autres; il y a chez lui la même impossibilité de comprendre et de respecter les droits d'autrui. Les désagréments enfin que lui attire son besoin de discussion ne sont aussi à ses yeux que la résultante de méchantes persécutions.

Cependant, malgré toutes ces analogies, manque chez notre malade un stigmate pathognomonique des quérulants : le délire. Il se croit, il est vrai, persécuté par ses voisins, mais force nous est d'admettre que ceux-ci, qui le regardent comme un individu querelleur et mauvais, n'en usent pas aimablement envers lui. Ce qui fait avant tout défaut dans notre observation, c'est une sorte de cohérence présidant à la succession de tous les procès, c'est leur développement progressif se greffant sur un point de départ de nature délirante. De plus tandis que le quérulant, en de-

hors de tout ce qui touche à son délire, est paisible et tout disposé à vivre tranquillement, nous voyons notre malade en disputes et tiraillements perpétuels avec tout le monde. Le cercle de ses ennemis s'agrandit de jour en jour pour des causes déjà bien déterminées ou pour de nouvelles querelles; la direction de ses attaques varie fréquemment. Les autorités et les juges n'y sont pas mêlés. Enfin le malade n'a pas dans l'excitation du combat cette suffisance tranquille grâce à laquelle le quérulant est assuré de la victoire finale, malgré toutes les machinations de ses ennemis; il éprouve au contraire une inquiétude continuelle, qui lui semble une torture dont rien ne réussit à le débarrasser. C'est pourquoi son affection n'empire pas, bien que pour des raisons faciles à comprendre ses rapports avec son entourage soient naturellement devenus à la longue de plus en plus délicats.

Il existe donc plusieurs motifs pour nous empêcher de considérer notre sujet comme un quérulant; il appartient bien plutôt à un petit groupe de malades que nous nommons « pseudo-quérulants ». Ce sont des prédisposés pathologiques qui ont un invincible penchant aux querelles, mais sans association de délire. L'évolution graduelle des symptômes a été exagérée chez notre patient, semble-t-il, par l'animosité des rapports extérieurs, puis par la perte de sa fortune et enfin par les altérations anatomiques liées à l'âge. Il est en outre très intéressant de noter que sa femme, qui cherchait au début à le retenir, a présenté au bout de quelques années et à la suite d'un procès un vrai délire de quérulance, condition favorable pour entraîner dans son délire d'autres individus. Ici la chose était d'autant plus facile que le mari était extraordinairement prêt à subir une telle influence.

TRENTIÈME LEÇON

Criminels pathologiques et vagabonds.

Messieurs, nous avons déjà vu que la prédisposition morbide, expression de la dégénérescence, enlève à l'individu toute activité tendant à un but utile. Elle ne dote pas seulement le malheureux qui en est atteint d'un fardeau qui entrave chacun de ses pas et le laisse derrière ses compagnons plus favorisés, mais elle est encore un grand danger pour l'ensemble de la société. Nous savons par de précédents exemples combien des anomalies psychiques fort différentes s'opposent à l'adaptation de l'individu à une existence normale et l'amènent à entrer en conflit avec l'ordre légal. En outre, à côté de ces gens pathologiquement incapables de se conformer aux conditions fondamentales de la vie régulière, il en est d'autres, nous l'avons dit, dont les instincts sont antagonistes de la société. C'est ainsi que nous assistons à l'élaboration des diverses modalités du criminel d'habitude qui, de par ses prédispositions originelles, ne peut arriver à mener une existence ordinaire. D'un autre côté nous observons des criminels de vocation qui ont des inclinations toutes particulières au crime. Délimiter ces personnalités morbides de celles que nous sommes habitués à juger d'après la moralité du code mondain est ici aussi délicat qu'en matière de facultés intellectuelles.

Faisons par exemple entrer cette petite mère de 54 ans,

pâle et fatiguée. Elle s'assied en nous saluant poliment et répond à nos questions avec clarté et précision. Vous aurez de la peine à croire que cette femme est accusée d'avoir allumé six incendies et qu'elle a passé 24 années de sa vie dans les prisons et maisons de correction. Pendant ces 20 dernières années, elle n'a guère eu que 15 mois de liberté.

En examinant son dossier et en entendant ses propres réponses, nous voyons se dérouler le triste tableau de son existence. Son père était alcoolique et voleur ; sa mère mourut jeune et une de ses tantes aurait été aliénée. Ses frères et sœurs ont disparu ; un seul de ses frères a pu être retrouvé : c'est un alcoolique qui fut condamné pour vol et adultère. L'éducation de cette femme a été déplorable. Dès son plus jeune âge on lui apprenait à voler et sa première condamnation remonte à sa dix-neuvième année. Puis se succédèrent des condamnations pour vols, fraudes et des contraventions aux règlements de police. A 23 ans, elle eut la syphilis. A 24 ans, elle alluma son premier incendie. La malade avait eu une discussion avec sa belle-mère qui, pendant que son propre mari était aux travaux forcés, vivait maritalement avec un homme dont la femme était également au bagne. Sa belle-mère lui ayant alors interdit l'entrée de sa maison, elle mit le feu à un hangar de son jardin pour se venger et l'empêcher d'habiter son logis. Selon son habitude, elle ne tarda pas à avouer son crime et fut alors condamnée à quatre ans et demi de travaux forcés.

Quatre mois après sa mise en liberté, elle alluma un second incendie. Elle le reconnut au bout de deux ans afin de sauver une personne qui avait été incriminée. Elle vécut en bonne intelligence avec son mari, mais pendant un court laps de temps seulement, car il la quitta dès qu'il apprit ses tristes antécédents. Elle voulut le retrouver; ses recherches furent infructueuses dans le village où elle le supposait réfugié. Elle entra alors dans une telle fureur qu'elle incendia la maison d'un parent de son mari et même une

étable dont le propriétaire n'avait avec lui aucun lien de parenté. Elle fut pour ce fait condamnée à trois ans de travaux forcés. Libérée depuis trois mois, elle déclara à Strasbourg que le matin un nommé Stein avait mis le feu à deux baraques. Mais pendant son interrogatoire elle confessa que ce Stein n'existait pas et qu'elle était elle-même la coupable. Elle avait rempli de papiers des boîtes à ordures qu'elle avait placées près de la devanture, de façon à ce que le feu puisse y prendre. « Je faisais cela en pleine réflexion, en parfaite raison, tout simplement par insolence. » Après avoir regardé le feu pendant quelques instants, elle s'en alla, mais revint aussitôt. C'est alors qu'elle eut « un sentiment d'inquiétude, comme si tout le monde l'observait et la reconnaissait »; aussi affirma-t-elle plus tard avoir assisté au début de l'incendie et savoir quel était le coupable. En même temps elle demanda s'il n'était pas venu de renseignements de sa propre demeure. On apprit alors qu'elle avait loué une chambre sous un faux nom et qu'elle l'avait abandonnée il y a deux jours après avoir payé son loyer, tout en y laissant ses affaires. Comme elle était ensuite restée quelques instants au coin de la rue à regarder la fenêtre de sa chambre, sa propriétaire s'aperçut qu'elle avait brûlé son lit avec une bougie. « Je ne sais pas du tout pourquoi j'ai allumé ce feu ; je n'avais aucune raison de faire du mal à ces gens », disait notre malade. Son irresponsabilité n'ayant pas été reconnue, on la condamna à huit ans de travaux forcés.

Elle alluma un nouvel incendie quatre ans plus tard pendant qu'elle purgeait sa peine. A trois heures du matin le feu se déclara soudain dans le magasin aux provisions où elle avait été occupée dans le courant de la journée. Son allure inquiète attira rapidement l'attention sur elle, d'autant plus qu'elle était restée habillée sur son lit toute la nuit. Pressée de questions, elle finit par avouer : « A la vue de charbons rouges dans le fourneau, j'eus brusquement l'idée de mettre le feu et je ne pus y résister. En prenant mon

pot à eau, je transportai sur une pelle trois morceaux de charbons ardents. Je les jetai dans un seau rempli de chiffons et je couvris le tout avec d'autres seaux vides. Je suis incapable d'indiquer le mobile de cet acte; il me fut impossible de lutter contre la tentation ; j'avais l'impression qu'une force invisible me poussait. Que Dieu me vienne en aide ! » Elle rétracta plus tard cet aveu et aujourd'hui encore elle ne veut pas en convenir. Elle essaya aussi de se suicider, se bornant d'ailleurs à se blesser au poignet avec des ciseaux. Elle fut encore condamnée à 5 ans de travaux forcés.

Sur ces entrefaites elle demeura un an en liberté. Elle entra au service d'un aubergiste qu'elle quitta à la suite d'une querelle avec sa femme. En fouillant dans sa malle on trouva quelques objets qui parurent avoir été volés. La nuit suivante elle mit le feu à la maison et se sauva, ayant entendu dire qu'on voulait déposer contre elle une plainte pour vol. Une fois arrêtée, elle fit des aveux immédiats. Elle aurait voulut se suicider, disait-elle, et aurait été très anxieuse. Puis son frère lui aurait conseillé de « le faire ». Elle aurait perpétré beaucoup plus d'incendies qu'on ne croit; il y en aurait eu au moins vingt. La première fois ce fut à l'âge de 5 ou 6 ans, et le spectacle du feu lui procurait toujours grand plaisir.

« Aujourd'hui encore, j'ai brusquement envie de voir brûler ceci ou cela; c'est comme une idée fixe et je me sens poussée par une force invisible, surtout lorsque j'ai des allumettes dans ma poche. » Cette idée vient avec une rapidité foudroyante. « Si je réfléchissais, je ne le ferais certainement pas. » Elle avait parfois un peu bu auparavant; dans d'autres cas elle avait agi sous l'empire de la colère.

Quoique cette femme ait appris peu de chose à l'école primaire, elle n'en a pas moins une instruction bien au-dessus de la moyenne, acquise à la maison de correction. Ses récits sont même pleins de vivacité. Elle a d'ordinaire un caractère égal et aimable, mais sujet à de fréquentes vicissitudes. Elle

est quelquefois irritée et se livre même à certaines violences; aussi était-elle souvent punie aux travaux forcés. A d'autres moments elle est gaie, voire insolente, ou bien au contraire pleurniche et se désole en prenant une allure théâtrale. Elle menaça à plusieurs reprises de se suicider et, comme jadis en prison, essaya de se pendre chez nous. Elle eut quelques hallucinations oniriques : dans la nuit deux diables l'avaient poussée; des personnes lui criaient devant les fenêtres qu'elle avait tué sept enfants et mis le feu à plusieurs maisons. Son avenir ne la préoccupe nullement; elle ne se croit pas aliénée; elle ne manifeste aucun regret de ses actes. « Je ne les comprends pas encore aujourd'hui, dit-elle; je crois que je n'ai jamais rien fait, puisque je ne puis faire du mal à une bête. »

L'état physique de cette femme est moyennement satisfaisant. L'examen somatique révèle une absence de réaction pupillaire à la lumière, une exagération des réflexes rotuliens, avec quelques cicatrices blanches sur la poitrine et un épaississement de la peau au niveau du tibia droit. Quoiqu'elle se plaigne avec force et insistance de toutes sortes de douleurs pénibles à localisations très diffuses, il est impossible de constater de vrais troubles de la sensibilité.

Le trait le plus frappant dans l'histoire de cette malade, c'est évidemment son penchant persistant à allumer des incendies; c'est lui qui a présidé à la destinée de cette femme. Nous sommes sans aucun doute conduits à présumer qu'il y a là un phénomène pathologique : il nous suffit de remarquer que notre sujet agissait dans certains cas sans motif apparent, que les mobiles dans d'autres circonstances ne sauraient être acceptables. Les récidives dont rien ne parvenait à triompher apportent encore un gros appoint à notre hypothèse. Cette impression prend définitivement corps au récit de la patiente qui nous expose les impulsions qui l'incitaient à allumer le feu, et nous n'avons pas de raison de révoquer ses paroles en doute. Nous connaissons

en effet un petit groupe de personnalités morbides dont l'anomalie psychique consiste précisément à commettre des actes impulsifs dangereux pour autrui, sans aucune justification. Il semble que les plus répandues de ces impulsions soient celles qui poussent à provoquer des incendies. Celles qui tendent à l'empoisonnement sont de même bien fréquentes. Il est de ces malades qui tuent de sang-froid toute une série de personnes qu'elles ne connaissent pas ou pour qui même elles ont de l'affection. Je doute qu'on puisse ranger dans cette classe les kleptomanes, car il est difficile de faire abstraction chez eux de l'intérêt personnel. On note souvent chez ces criminels-nés des perversions sexuelles. Certains kleptomanes par exemple sont volontiers des fétichistes. Nous touchons ici à la transition qui unit les criminels de vocation aux autres impulsions criminelles pathologiques. C'est dans ce groupe qu'il faut placer les auteurs de crimes sexuels. Toutes ces formes offrent un stigmate commun : l'absence de mobile légitime coïncidant avec une impulsion puissante qui exige l'exécution immédiate d'un acte réprouvé par la raison. Dans ces cas, comme dans d'autres d'ailleurs, l'alcool et l'émotivité diminuent, semble-t-il, la résistance du malade aux impulsions morbides.

Chaque aliéniste, chaque employé de prison connaît des histoires semblables à la nôtre. Aussi n'avons-nous pas besoin de chercher d'autres explications. Les quelques symptômes hystériques, les modifications de caractère indépendantes de toute règle, les petites menaces de suicide, les hallucinations oniriques doivent être interprétés ici comme des signes de dégénérescence. Les hystériques sont aussi parfois des incendiaires pathologiques, mais leurs actes relèvent régulièrement d'états crépusculaires; le récit de cette femme montre au contraire qu'elle a agi dans une période d'excitation du sentiment, tout en restant en pleine possession d'elle-même. L'absence de réaction des pupilles à la lumière pourrait faire penser à la paralysie générale; mais,

outre que nous ne constatons pas d'autre stigmate, cette affection n'expliquerait pas l'origine juvénile de la tendance incendiaire. Le trouble pupillaire est probablement une séquelle de l'ancienne syphilis.

L'état que nous venons de décrire relevant d'une anomalie psychique est, par cela même, entaché d'incurabilité. Il faudra interner cette malade dans un asile parce qu'elle est trop dangereuse pour autrui (1).

Voici maintenant un homme à l'aspect pâle et sombre, à la taille rabougrie. Je le prie instamment de bien vouloir nous exposer l'histoire de sa vie si mouvementée; il n'y consent qu'à contre-cœur. Il nous répond, pour débuter, en quelques mots brefs, d'un ton dédaigneux et acerbe. Mais voyant que nous lui causons gentiment, il devient plus aimable et trouve bientôt un certain plaisir à s'expliquer à sa façon. Il parle avec clarté, avec certaine expression et beaucoup de souplesse. Nous apprenons qu'il est enfant naturel et a été élevé par des étrangers. Il fut puni la première fois à treize ans comme voleur. C'est pourquoi il tomba dans la misère et fut obligé de commettre toujours de nouvelles fautes contre le droit, d'autant qu'il était d'un caractère passionné et insouciant. Son père adoptif était resté malade au lit pendant de nombreuses années; sa mère adoptive, qu'il évoque avec quelque affection, n'avait pas eu le temps de s'occuper beaucoup de lui, ayant à gagner la vie du ménage et à diriger son intérieur. « Dans cette liberté je demeurai complètement livré à moi-même, sans direction ; c'est là la cause des malheurs qui devaient m'advenir plus tard. Mes mauvaises dispositions purent entièrement se développer sans qu'on sans aperçût ; ma mère était d'une si grande bonté qu'elle croyait ne rien devoir me refuser. » Elle le laissait employer à son gré l'argent qu'il réussissait à gagner

(1) La malade se trouve depuis deux ans et demi dans une maison d'aliénés sans avoir subi de changement.

ici ou là, et elle cherchait même par de petits sacrifices à lui procurer tout ce que possédaient les enfants plus aisés. « Je parle de cela uniquement pour que personne, en jugeant ma vie, ne soit autorisé à dire que mes parents ont eu sur elle une mauvaise influence. » Il avait bien travaillé en classe, « mais on pensait de lui qu'il aurait pu être un des meilleurs élèves, s'il avait eu plus d'attention et de zèle et s'il était venu plus régulièrement à l'école ». Il a commencé de bonne heure à aimer le plaisir et cherchait à se le procurer par les moyens les plus illégaux. Ses parents étaient faciles à tromper et avaient pleine confiance en lui. « C'est ainsi que je tombai sur une pente qui me mena vers une route glissante. » Puis les fautes se succédèrent. « En jugeant d'après les pièces du dossier beaucoup de personnes, je l'ai remarqué, ont tendance à se faire sur mon compte une idée erronée. Elles ne voient chez moi qu'un penchant naturel au crime ; c'est faux. Par suite de différentes circonstances mes heureuses qualités ont été entravées dans leur développement, tandis que les mauvaises ont été favorisées par d'autres événements. Le point de départ de tous mes défauts, c'est le besoin de jouissance. » Lors de son premier emprisonnement, se voyant enfermé dans une cellule et dégoûté de la nourriture, il aurait été pris d'un état anxieux avec agitation ; il aurait ensuite complètement perdu connaissance. Quand il revint à lui, il se trouva couché, souffrant de la tête et entouré de médecins, du directeur et du gardien de la prison.

Il fut dans la suite souvent condamné pour vol et mendicité ; on l'incarcéra trois fois dans une maison d'arrêt. Il avoue ses fautes sans hésitation, mais aussi sans le moindre remords. Il cherche à les expliquer comme les suites naturelles de ses prédispositions et de son éducation. Il insiste surtout sur les condamnations qui, après la mise en liberté, sont un obstacle pour ainsi dire absolu à quoi que ce soit. « Dans les dossiers c'est toujours par la paresse, le besoin de jouissance,

la légèreté, la vengeance, l'avarice qu'on explique les crimes et les délits; ce sont les circonstances qui ont presque toujours, favorisé l'épanouissement des mauvaises prédispositions, et n'est plus alors qu'une question de temps pour être en conflit avec la loi. » Lui-même n'aurait jamais agi par « grands principes », mais aurait toujours obéi au caprice du moment. La vie des prisons qu'on vante comme si humaine n'est pas du tout pratique. « On ne donne aucune occasion aux jeunes prisonniers de se préparer à leur future existence. Au contraire, l'apprentissage est le plus souvent interrompu par l'emprisonnement et la vie entière d'un homme est brisée par une faute de jeunesse. On est emprisonné pour un manque d'éducation; on perd les plus belles années de sa jeunesse; il est alors tout naturel que se développe un besoin de liberté absolu, et avec lui germe déjà la graine d'un second crime. » Les prisonniers libérés sont ou bien des individus qui perdent rarement l'occasion de commettre un acte défendu ou bien qui la cherchent et l'attendent toujours. Il en est enfin qui, après leur mise en liberté, choisissent pour gagner leur pain une profession malhonnête, tels les pickpockets, les cambrioleurs, qu'ils travaillent seuls ou en bande. « Celui qui a été souvent puni ne peut plus rompre avec le passé. » On l'accueille partout avec méfiance ; il n'éprouve jamais de satisfaction intime et il ne peut résister aux tentations que lui offrent ses anciens camarades, toujours prêts à partager avec lui chaque heureux hasard et chaque butin.

En nous fournissant ces explications, il ajoute toutes sortes de remarques critiques sur les différents établissements de correction ; il insiste surtout sur ce point qu'on n'y a plus de volonté, qu'on ne peut y trouver aucune justice, qu'on y est brutalisé et que la santé en souffre. La dernière fois, il fut condamné pour avoir cassé une vitre dans un moment d'ivresse. On le plaça, contre toute équité, dans une maison de correction. Aussi fit-il une scène épouvantable au

juge et porta-t-il plusieurs fois plainte au ministère. On l'envoya alors dans une maison d'aliénés quoique nullement fou, pour l'empêcher de parler des abus qui se passent dans les prisons. Il ressentait par contre des souffrances physiques, des maux de tête, de nombreux troubles d'estomac. Dans sa famille on était sujet à une maladie nerveuse, consistant en douleurs dans différents endroits du corps; son père en était mort, de même qu'un frère naturel atteint d'épilepsie. On ne saurait mieux faire pour l'instant que de le rendre à la liberté pour lui permettre de trouver une situation régulière; il recouvrerait de la sorte la gaîté.

Nous nous sommes procuré les notes délivrées à notre malade pendant sa scolarité: elles sont très mauvaises et on y relate maintes absences non motivées. Plus tard sa vie ne fut qu'une suite ininterrompue de condamnations à la prison ou aux travaux forcés. A 25 ans, il avait déjà passé 9 ans en prison pour vols, souvent avec des complices. Il volait par effraction ou grâce à des circonstances favorables des objets de valeur insignifiante. L'argent ainsi obtenu était vite dépensé pour faire la fête. Durant ces 9 dernières années il ne subit qu'une condamnation à de la prison pour vols de peu d'importance, mais il eut 19 condamnations légères pour mendicité et fut dirigé trois fois dans des maisons de correction. A la prison on le tint pour un malfaiteur dangereux, démoralisé et paresseux. Il fut souvent puni pour paresse et refus d'obéissance; il tenta un jour de s'évader et fut fort malmené. Dans une maison de travaux forcés on le plaça quelque temps à l'infirmerie; son état d'excitation lui valut en effet d'être regardé comme un esprit anormal.

Les plaintes réitérées à propos des régimes qui lui sont appliqués constituent un point fort intéressant chez lui. Dans une lettre écrite il y a 16 ans déjà, il affirme fermement avoir été condamné à tort, tandis que des délits qu'il avait commis avaient passé inaperçus. Il essaya plus tard à maintes reprises de faire reviser son jugement pour obtenir telle ou telle

procédure. Au moindre préjudice, vrai ou faux, il ne manque pas de se plaindre et de revendiquer ses droits, presque toujours de façon très adroite et très efficace, en s'appuyant sur le code, les lois, la morale, le droit. Il se montre très obstiné et déclare ne pas vouloir se laisser abattre par une plainte ; il se défend, par tous les moyens. « Si l'on me cherche chicane parce que j'ai fait ceci ou cela, ça m'est égal ; vous pouvez me punir pour cela, même devant les juges. Mais me maltraiter volontairement parce que je me plains, c'est-à-dire parce que je soutiens mon droit et ne me laisse pas opprimer, voilà ce que je ne laisserai pas faire ; ça ne fait pas bien. » Il a écrit toute une série de réclamations analogues ; le ton en est très déterminé et elles sont pleines de phrases à tournure acerbe. Elles ont trait à son dernier séjour à la maison de correction et s'attaquent aux employés et aux médecins de cet établissement. A la suite de ces plaintes on le supposa atteint de paranoïa et on l'adressa à notre clinique.

Chez nous, il était tout d'abord réservé. Il proférait sur sa santé toutes sortes de plaintes de nature hypocondriaque, mais on ne releva d'autres lésions qu'un certain degré d'anémie. Il se mit bientôt à travailler avec zèle : il copiait des poésies, fit un abrégé d'un livre psychiatrique qu'il se procura avec l'aide d'un autre malade et nous traçait des descriptions détaillées de sa vie. Dans un de ses récits il dit entre autres : « Pendant ma jeunesse et jusqu'à l'âge de 24 ans je me suis laissé complètement diriger par les impulsions sensuelles qui ont été la source de toutes mes fautes. J'aurais été pourtant à cette époque très accessible à la morale. Mes actes étaient la résultante du caprice du moment. Si j'avais été guidé selon les principes de la morale, les mauvaises impulsions auraient été étouffées à coup sûr ; mais ma situation était déjà si difficile à cette époque qu'il m'eût fallu une énorme patience, sans même aucun espoir de réussir. Mon tempérament était et est encore

facilement excitable et il m'était malaisé de négliger et de réprimer ce que j'éprouvais de désagréable. On trouve souvent dans mon existence des traits de passion impulsive et sauvage, une ténacité inébranlable dans certains de mes penchants, des conceptions de différentes sensations qui bientôt deviennent des habitudes. Petit à petit mille espèces de bizarreries arrivent à se constituer. Je dois avouer que je suis agacé et excité longtemps et en vain pour des causes de la plus complète futilité ; je suis alors de mauvaise humeur durant des journées. »

Notre patient a toujours eu un extérieur absolument correct, tranquille et poli, mais il était froid et peu sociable même vis-à-vis des autres malades. Il était volontiers mécontent des gardes ; il formulait contre eux des réclamations basées sur des motifs très précis et se montrait hostile et méfiant à leur égard.

La relation qu'il nous fait de son existence nous prouve que la cause de ses malheurs ne réside pas dans un manque d'intelligence. Il accuse lui-même son besoin de jouissance et l'absence d'énergie sur soi qui l'empêchent d'agir « selon les grands principes ». Malgré cela, ce n'est pas un de ces individus impulsifs et sans tenue qui se laissent mener et entraîner par le hasard, comme l'établissent avant tout la ténacité et l'opiniâtreté qu'il déploie dès qu'il se croit tant soit peu lésé. C'est pourquoi il est difficile d'acquérir de l'influence sur lui ; il est obstiné et entêté. Il est tout à fait à l'antipode de la morale courante et il la rend responsable de sa vie ratée. Il apporte une certaine satisfaction à se poser en martyr qu'on diffame et qu'on maltraite à tort ; il a donc de lui-même une opinion singulièrement démesurée et n'éprouve aucun regret véritable.

De plus existe un contraste surprenant entre la notion nette et exacte qu'il a de sa situation et l'impossibilité totale où il est de faire état de cette notion, non par suite de faiblesse ou manque de volonté, mais par défaut d'action des

règles morales sur son psychisme. Le désir de sortir de cette misère, qu'il estime à sa juste valeur, n'a jamais été assez intense pour que le regret de sa conduite passée ait réussi à fouetter sa volonté. Le besoin de liberté, la considération de ses concitoyens, l'appât d'une position indépendante n'ont pas été assez violents pour le décider à réfréner ses envies impulsives et à leur résister avec l'énergie nécessaire. Aussi maintenant que son passé a rendu presque impossible le retour à une vie réglée et ordonnée, souffre-t-il moins de cet état de choses que de petits ennuis journaliers et ne se donne-t-il pas la moindre peine pour essayer par un moyen quelconque de revenir à des mœurs plus honnêtes. Nous sommes donc en face d'un amoindrissement du sens moral s'associant à un développement normal de l'intelligence, démontré par l'intérêt qu'apporte le malade à s'occuper de travaux intellectuels et par le zèle qu'il y consacre.

On peut se demander si ces phénomènes doivent être considérés comme pathologiques. L'expérience journalière de la vie normale nous montre combien les prédispositions morales et intellectuelles sont indépendantes les unes des autres. L'insuffisance de l'une de ces deux facultés ne devient morbide qu'en atteignant un certain degré conventionnel. Toutefois une dysharmonie trop grande entre elles a la valeur d'un signe de dégénérescence, façon de voir que viennent confirmer les rapports étiologiques étroits observés dans d'autres variétés de dégénérescence. Chez notre malade, l'état pathologique se révèle très nettement par les périodes d'excitation, cliniquement inexpliquées, par les modifications du caractère et par les traits à allure hypocondriaque et quérulante. Les formes les plus graves d'anomalies du sens moral sont désignées sous le nom de « folie morale ». C'est là un terme qui comprend d'ailleurs des états très différents, notamment l'instabilité simple et l'excitabilité constitutionnelle. Englobe-t-on sous l'étiquette de folie morale les malades semblables à celui que je vous présente aujourd'hui, ce

terme s'applique dès lors aux criminels-nés, qui se tracent une voie dans laquelle ils persistent sans que les pr incipes moraux exercent jamais aucune influence à leur égard. L'éducation ne peut avoir de prise sur eux ; ils sont foncièrement imperfectibles. La majorité de ces dégénérés peuple les maisons de correction. Un petit nombre seulement a des phénomènes pathologiques assez marqués pour entrer dans les asiles (1).

Voici encore un autre malade qui appartient à cette classe des ratés de la nature. C'est un homme de 44 ans, d'aspect bienveillant, vieilli avant l'âge, récemment entré ici pour alcoolisme chronique. Il témoigne un peu de gêne au début de la conversation, mais ses gestes s'animent bientôt et il nous raconte l'histoire de sa vie avec une volubilité souvent entrecoupée de larmes à peine retenues. Son père, de nature timide et douce, est mort de bonne heure ; sa mère, très coléreuse et très passionnée, se remaria plus tard. En parlant de lui, il dit « être lâche comme un lièvre, d'un esprit pas du tout entreprenant ». Enfant, il vivait à l'écart et recherchait la solitude ; il ne s'est jamais battu ; tout au plus se serait-il mis une fois en colère comme un roquet qui aboie. « Quand il s'agit de faire quelque chose, il ne faut pas compter sur moi », dit-il.

Le métier de boucher ne lui convenait nullement. Il le quitta ; mais il ne resta pas davantage boulanger. Il mena une existence précocement vagabonde et la continua jusqu'aujourd'hui, avec quelques courtes interruptions. Au début il voyageait en compagnie d'autres vagabonds. Assez joli garçon, il satisfaisait leurs désirs sexuels et en revanche n'avait rien à payer. Plus tard il vécut seul. Bien que dépourvu du sens de l'orientation et sujet à s'égarer à chaque instant, il se sentait poussé par un irrésistible besoin de voir le monde.

(1) Le malade s'est enfui quelques semaines plus tard. Il fut condamné à un an et demi de prison pour vol. On le considère comme paranoïaque.

Il était incapable de demeurer dans un endroit, dût-il même y jouir d'une place fixe et agréable; la raison en était, dit-il, « une épouvantable légèreté », héritage de sa mère. « Tout était déjoué par une inquiétude nerveuse, par la chasse, la poursuite de distractions et de changements. A 20 ans j'étais encore comme un petit enfant ; le peu d'intelligence que je possède ne m'est venu que ces 10 dernières années. » Il ne séjournait nulle part plus de six mois. Il abandonna son pays, a Saxe, et pendant des années voyagea à pied dans toute l'Allemagne, l'Autriche, la Hongrie, l'Italie, la France. Il se joignit quelque temps à une troupe de Bohémiens. Il gagnait son pain comme il pouvait, en fabriquant des jouets de bois ou de carton. Il n'avait pas le courage de s'astreindre à un travail sérieux. « Plus maladroit pour tout qu'un enfant de 12 ans, il n'avait aucune disposition pour un métier quelconque. Dès qu'une occupation devenait un peu monotone, il ressentait pour elle un dégoût insurmontable. Il lui manquait l'élément de plaisir ou d'intérêt indispensable dans chaque variété de travail. » Il avait tout essayé, mais avait toujours compris qu'il était inutile ; il en concluait que la réussite du travail « était plus sûre sans lui ».

Une fois tombé dans la misère, il n'eut d'autres ressources que la mendicité quoique, elle aussi, lui fût bien pénible. « Aujourd'hui encore, je ne puis parvenir à adresser la parole à un tiers. Cela me semble contre nature. J'éprouve une sensation révoltante dès que je dois faire appel à la pitié de quelqu'un ; c'est une sorte de honte et de fierté. » Suivant l'exemple de ses camarades, il apprit à vaincre ce sentiment en buvant de l'alcool. « Quand j'ai bu, ça m'est égal ; lorsque je n'avais pas d'argent, j'aimais mieux jeûner que de m'abstenir de boire. » Sa « lâcheté notoire » le gênait beaucoup pour chercher du travail ou exercer les fonctions de colporteur. Lui répondait-on grossièrement ou ses prières n'aboutissaient-elles pas immédiatement, il était aussitôt démoralisé. Il buvait pour se donner du courage, tant et si

bien qu'il ne passa plus une journée sans être pris d'alcool, de vin ou de bière. Il délira à maintes reprises, surtout quand on l'emprisonnait pour mendicité et vagabondage, ce qui lui arriva 20 à 30 fois. D'après ses dires, il n'aurait jamais subi d'autres condamnations. Avait-il du travail, il buvait moins et délaissait notamment l'alcool qui lui était fort désagréable. Mais sur les grands chemins et dans les auberges, où l'on buvait beaucoup et partout, il ne tardait pas à recommencer. Au point de vue génital, il se bornait à la masturbation qu'il pratiquait depuis sa jeunesse. Ses rapports avec les femmes ont été rares par suite de l'intervention d'une excessive timidité. Il aimerait bien épouser une belle jeune fille, mais, s'il savait assez bien causer, il était totalement incapable de faire « aucune demande en mariage ». Maintenant qu'il n'était pas saoûl, il éprouverait du dégoût à avoir des relations avec des hommes.

Il y a environ 15 ans, il apprit à la prison de ses codétenus à modeler de la mie de pain pour faire des fleurs et des statuettes; il avait acquis une adresse étonnante. En nous présentant ces petits chefs-d'œuvre, paniers de fleurs, groupes d'arbres avec des gnomes, « scènes de chasse et scènes de guerre », il a les yeux brillants et se montre rempli d'enthousiasme. « Dans mon affaire, je sens que j'ai autant de valeur qu'un autre ; j'ai alors une confiance en moi-même qui remplace ce sentiment d'esclave d'autrefois. » Son habileté lui fait espérer un avenir meilleur. Il veut se délivrer de la boisson. « Peut-être la joie du succès chassera-t-elle les démons qui me tourmentent plus vite que je me le figure. » « J'ai maintenant la certitude que seul mon art peut me procurer le moyen d'atteindre le but tant souhaité. Je ne demande que de pouvoir être un homme parmi les hommes. Je n'attache aucune importance aux jouissances matérielles; je méprise au contraire le luxe et la commodité. J'aspire à l'estime des autres. Je voudrais ne plus être en proie à cette sensation si pénible qui fait que je suis à mes yeux moins

qu'un homme, cette sensation qui consiste à fuir devant chaque jean-foutre, cette impression inexplicable par laquelle je redoute autrui comme ayant sur moi une influence énorme, ce mélange de servilité, de crainte, de honte, d'angoisse, de pusillanimité et d'anthropophobie. » Le théâtre a pour lui un attrait particulier. « Il fut un temps où je récitais par cœur toute la première partie du Faust de Gœthe. C'est précisément dans le Faust de Gœthe que je me suis forgé ma philosophie. Mais, mon Dieu, j'ai donc trop peu d'instinct pour comprendre tout cela. Puis dans le fond cela n'a pas d'importance, puisqu'aucun mortel ne connait l'acte de vérité. » « J'ai choisi l'Italie comme séjour d'hiver. Plus tard, lorsque les choses religieuses auront plus de succès, je trouverai là un vaste champ pour mon art. »

Somatiquement, ce malade n'a qu'un tremblement à menues oscillations de la langue et des doigts, une légère instabilité quand il a les yeux fermés. Pendant tout le temps où il est resté ici, il a été tranquille et poli, sans rien présenter d'anormal. Il a travaillé avec grand zèle à la confection de nombreuses petites œuvres artistiques en mie de pain et écrit avec habileté les détails de sa biographie.

Le diagnostic de ce malade serait très incomplet si on se contentait de mentionner l'alcoolisme. L'alcoolisme est chez lui, comme chez 70 p. 100 des vagabonds, la cause de la triste démoralisation à laquelle il est progressivement arrivé. Mais sa biographie montre clairement que son vagabondage reconnaît une origine bien différente et que l'étiologie de son alcoolisme est toute autre. Il était incapable de conserver une situation parce qu'il ne sait pas s'adapter à « un travail qui soit un métier », parce qu'il est atteint d'instabilité et qu'il a l'horreur de toute contrainte. Ces particularités le cataloguent dans le groupe des vagabonds ordinairement dénommés « clients d'Orient », par allusion à leur besoin de voyager sans direction qui les entraine au loin et plus spécialement vers le Sud. A son incapacité de gagner son pain

s'oppose sa très vive activité intellectuelle, qui ne l'empêche pas de s'enthousiasmer pour les poésies et les questions philosophiques, malgré sa misérable condition, qui lui donne aussi son habileté et sa persévérance à cultiver son « art » personnel. Chez cet homme existe, semble-t-il, une dégénérescence partielle qui l'a desservi pour se créer une situation dans l'existence.

Mais ce qui l'a surtout entravé, c'est ce manque de confiance en lui qu'il dépeint et déplore de mille manières. Il a été en toutes circonstances hors d'état d'arriver à une position, de surmonter les obstacles qui s'opposaient à son but et de leur résister. Les plus petites difficultés de la vie le décourageaient à tel point qu'il était immédiatement intimidé et avait peur d'assumer la moindre responsabilité. C'est toujours sur cette idée que repose son aversion « contre chaque contrainte ». Il ressent très vivement ce qu'a d'humiliant une semblable prédisposition, expression d'une dégénérescence psychique très répandue. Il a fini par tomber ainsi dans l'alcoolisme qui émoussait l'exagération de sa susceptibilité vis-à-vis de toutes les exigences du monde extérieur et abattait sa pusillanimité. Sous l'influence de l'alcool, il se trouve mieux à même de satisfaire aux obligations de son état de vagabond, de colporteur et de mendiant. Son habile talent pour son « affaire », qui s'affine chaque jour, lui a fait prendre quelque peu confiance en lui-même ; il espère avoir trouvé en elle l'appui qui l'empêche de retomber dans les misères de la grande route (1).

Je viens de vous présenter un exemple de ce petit peuple si curieux des vagabonds. Il vous enseigne combien peu répond à la réalité l'opinion ordinairement formulée sur leur compte. La majorité des vagabonds est constituée par des débiles qui, pour tel ou tel motif, ont été privés de soutien familial. Leur inaptitude à trouver une occupation, les mau-

(1) Nous allons essayer de le soutenir le plus possible dans ses efforts.

vaises fréquentations, l'influence démoralisante de l'alcool les conduisent inéluctablement de la grande route à la prison et à la maison d'arrêt. Un autre groupe est représenté par des épileptiques qui doivent à leur maladie ou à leurs accès de dépression de n'être gardés nulle part. Nous relevons aussi un grand nombre de buveurs qui ont connu des jours meilleurs et auxquels l'alcool a enlevé toute force et tout désir de travailler. Citons encore la classe assez importante des déments hébéphréniques qui, soit insensiblement soit après des troubles mentaux aigus, sont devenus enfantins et incapables de tout labeur ; chez eux éclatent d'habitude dans la suite de courtes périodes d'excitation, des hallucinations et des idées délirantes. En outre on rencontre ici et là parmi les vagabonds quelques cas de démence paralytique ou syphilitique. Quant aux autres, ce sont des psychopathes de tous genres. Nous venons d'étudier un type de ces individus dont les bonnes dispositions ont été annihilées par des associations morbides ou par l'insuffisance d'autres qualités. Vous reconnaîtrez vous-mêmes qu'il n'y a pas moyen par les précédés courants, privation de liberté de courte durée, discipline sévère et redoutée des prisons, de remettre dans le droit chemin cette cohue composée d'éléments si disparates. Pour arriver à restreindre les limites de ce vaste territoire que couvre le royaume du vagabondage, il faudrait traiter séparément et selon des indications spéciales les vagabonds de chaque catégorie, tous imbriqués les uns au milieu des autres. Les examiner scientifiquement, c'est esquisser le premier pas dans cette voie.

TRENTE ET UNIÈME LEÇON

Imbécillité. — Idiotie.

Messieurs, au cours de ces leçons vous avez déjà bien des fois remarqué combien les idées du public sur l'état des aliénés répondent peu à la réalité. Vous avez vu très souvent ici des sujets qui, de prime abord, ne semblent présenter aucune anomalie. Les renseignements qu'ils donnent sont sensés ; leur tenue est irréprochable. Beaucoup d'entre eux ont nettement la sensation d'être malades ; il en est même qui comprennent de quel genre d'affection ils sont atteints. Cependant un examen minutieux décèle sans peine l'existence de troubles morbides et une façon d'être qu'on ne rencontre jamais chez les gens bien portants. Il n'en est plus de même pour d'autres variétés de folie, à cheval sur les frontières qui délimitent assez arbitrairement le domaine de la mentalité normale. S'il est aisé de différencier de la masse des hommes qu'on rencontre chaque jour dans la vie les individus placés tout au bas de la pente qui conduit aux formes incontestablement morbides, il y a par contre toute une série de faits intermédiaires qui par bien des points se rattachent à la normale, en même temps qu'ils contractent de grandes analogies avec les cas pathologiques.

Interrogeons cette jeune femme de 36 ans qui s'assied en vous saluant avec amabilité. Tout en tenant compte de sa timidité, vous n'avez pas de difficulté à constater qu'elle rentre

dans la catégorie des débiles. Elle sait bien où elle se trouve, connaît toutes les personnes de son entourage et les désigne sans effort ; mais lui demande-t-on le millésime de l'année, elle hésite ; elle ne commet guère d'erreur toutefois sur le mois et le jour. En ce qui concerne son âge, elle répond à quelques années près. D'autre part elle nous fait de son existence passée un récit acceptable au besoin, quoique incohérent et incomplet. Elle n'a plus ses parents. Son père, sans être un ivrogne, buvait beaucoup et vivait en mauvais termes avec sa mère. Elle a perdu trois frères ; trois autres sont encore vivants et en bonne santé. Elle avait de la peine à suivre à l'école les progrès de ses compagnes, à cause d'une maladie d'yeux, dit-elle. Après la mort de ses parents (elle n'en peut fixer la date qu'approximativement), elle commença par habiter chez son tuteur, puis essaya de se placer comme domestique ; mais au bout de deux mois elle dut quitter sa place. On la mit dans une maison d'incurables, car elle présentait la désagréable particularité de mettre un enfant au monde presque tous les ans. Depuis l'âge de 20 ans, elle eut huit enfants. Deux d'entre eux sont morts. Quant à l'âge des autres, à leur nom et à la localité où ils se trouvent, ce sont autant de points sur lesquels elle ne nous fournit que des renseignements très imparfaits. Elle s'enfuit un jour de l'établissement où elle se trouvait, mais y revint spontanément fort peu de temps après.

C'est un infirmier de cette maison qui la rendit mère de son dernier enfant ; aussi résolut-on de la placer ailleurs. Elle n'ignore nullement qu'elle a commis une faute ; elle avait en effet, pour obtenir son pardon, promis à l'administrateur du bureau de bienfaisance de ne plus recommencer. L'infirmier, continue-t-elle pour s'excuser, s'était engagé à l'épouser. Elle-même espérait bien, après son mariage, sortir de l'établissement ; mais quand elle fut enceinte, son fiancé partit. Elle comprend à merveille qu'accouchant tous les ans elle ne peut rester en liberté et ne s'effraie pas da-

vantage à la proposition de demeurer une année entière à la clinique. « On verra alors, dit-elle, comme je sais tricoter de jolies chaussettes. » De plus elle se trouve en excellente santé. « Je ne suis pas malade et je peux travailler », ajoute-t-elle. Il est très facile à ses yeux de gagner sa vie, comme marchande de légumes ou comme domestique.

Elle n'a pour ainsi dire pas d'instruction. Elle compte bien un peu, mais se trompe dès qu'une certaine réflexion est nécessaire. Elle ignore le nom du grand-duc et même celui de l'empereur ; elle ne connaît pas le fleuve qui traverse Heidelberg. Elle est du reste totalement incapable de dire quoi que ce soit sur aucune ville et aucun pays. C'est encore l'instruction religieuse qu'elle ignore le moins ; mais elle récite ses prières en automate et n'y apporte pas la moindre intelligence. Par contre elle est très adroite dans les travaux domestiques et s'y adonne avec courage et bonne volonté. Partout où s'en offre la possibilité, elle prête son aide sans marchander. Les autres malades font-elles quelque chose de mal, elle s'en aperçoit bien vite, cherche à s'interposer et au besoin défend le médecin contre leurs grossièretés. D'humeur gaie et contente, elle est libre de tous soucis. De temps à autre, son caractère se modifie légèrement ; elle réclame ses enfants et veut sortir de la clinique, car elle sait gagner sa vie. A l'examen somatique, on est immédiatement frappé par le peu d'élévation du front et la petitesse du crâne. Le visage a une expression stupide ; à part une voûte palatine franchement ogivale, il n'y a pas d'autre stigmate digne d'être relevé.

Vous n'avez pas grand mal à voir que nous sommes ici en face d'un cas de débilité simple. Par l'ensemble de sa mentalité la malade donne tout au plus l'impression d'une enfant de 8 à 10 ans ; son instruction est même encore plus rudimentaire. Pour ce qui est au contraire du côté manuel, elle s'en tire beaucoup mieux qu'on ne l'attendrait de son manque d'intelligence et de la naïveté de son jugement. Elle

a la même conception de ses aberrations génitales qu'un enfant de ses petites fautes, heureuse d'avoir été pardonnée une fois de plus et tout à fait inconsciente de la portée morale de ses actes. Quant à sa vie ultérieure, à son avenir, ce sont des points qui ne l'inquiètent pas. Comme un enfant, elle se laisse guider par les circonstances. A envisager les choses dans leur ensemble, il y a chez cette malade un arrêt complet de développement portant sur toute la personnalité psychique ; elle représente un degré extrême de l'insuffisance intellectuelle qu'on retrouve si souvent, mais moins prononcée, chez beaucoup d'individus soi-disant normaux que nous qualifions d'imbéciles ou de débiles.

Notre observation actuelle se distingue de toutes les formes de débilité mentale que nous avons étudiées jusqu'ici en ce qu'à l'inverse de ces dernières elle n'est pas consécutive à des troubles psychiques aigus : délire, hallucinations, dépression, etc. Entre l'intelligence, l'émotivité et la volonté de notre malade et celles des sujets frustes qui rentrent encore dans le cadre de la normale, il n'y a qu'une différence de degré et non de nature. Nous ne relevons notamment pas trace de ce contraste, primordial et constant chez les débiles acquis, entre les connaissances emmagasinées et la pénurie des moyens d'action. Nous voyons en effet de tous côtés sombrer dans la vie des sujets dont les connaissances acquises sont encore très appréciables. Notre malade est au contraire à même de satisfaire sans effort aux diverses nécessités quotidiennes de l'existence ; il s'en faut cependant de beaucoup que son développement intellectuel soit suffisant en matière d'idées ou de notions générales. On ne saurait comparer tout ce dont elle est capable au peu qu'elle sait ; et si le nombre toujours croissant de ses enfants illégitimes ne l'avait amenée à la clinique, elle n'aurait pas eu de peine à trouver une petite place au dehors. Cette possibilité de diriger son existence dans le domaine de la pratique, malgré l'absence complète de facultés psychiques plus élevées, cons-

titue le signe pathognomonique de la débilité congénitale que nous nommons « imbécillité » ; nous l'opposons par là aux démences acquises dont les caractères sont très différents. Mais bien entendu les imbéciles sont sans défense devant d'autres exigences de la vie. C'est ainsi que notre malade a échoué dans la lutte sur le terrain génital ; d'autres également mal armés, succomberont à l'alcool ou à la séduction de l'oisiveté (1).

Lorsque l'imbécillité relève d'une altération de l'écorce acquise dans le bas âge ou congénitale, elle échappe à toute espèce de traitement médical. Les quelques facultés existantes se développent toutefois plus ou moins sous l'influence d'une éducation spéciale. Dans les écoles ordinaires, les enfants imbéciles ne font en général aucun progrès et retardent leurs condisciples. Aussi certaines villes ont-elles déjà commencé à isoler les enfants anormaux et arriérés pour leur fournir, dans des classes particulières, une instruction dont le programme et les méthodes sont en rapport avec leurs aptitudes d'assimilation.

Restent les formes invétérées d'imbécillité congénitale pour lesquelles cet enseignement est à son tour insuffisant. L'éducation doit être alors donnée dans un établissement spécial par des maîtres qui auront eux-mêmes été éduqués dans ce but. Voici un homme de 24 ans qui, depuis l'âge de 7 ans, vivait dans un de ces établissements d'idiots. Dès son enfance, on avait constaté chez lui une absence complète de facultés intellectuelles. Malheureusement nous ne savons rien de précis sur sa vie antérieure. Il nous fournit bien quelques renseignements sans difficulté. Mais ceux-ci ne consistent qu'en une série de phrases entrecoupées, sans aucune tenue. Il sait d'où il vient, « d'un établissement pour les enfants ». Il ajoute cette remarque : « J'ai déjà appris et je fais bien attention. Je pouvais apprendre beaucoup de choses extraordinaires. » De fait il a appris à lire, à écrire, à

(1) Au[illegible] changement n'est survenu dans l'état de la malade, placée dans un asi[illegible] chroniques.

compter. Il sait exactement le nom des personnes qui l'entourent, mais ne comprend pas la raison d'être de l'asile où nous nous trouvons, qu'il appelle hôpital. Il nous indique son âge sans se tromper. Il n'a par contre aucune idée de la date du jour, sans ignorer néanmoins dans quel mois nous sommes. S'il connaît le jour de sa naissance, il est incapable de dire, même approximativement, la date de l'année.

Lui montre-t-on des images, il les reconnaît et les désigne sans commettre d'erreur. Il y ajoute même de petites réflexions prouvant qu'il a compris ce qu'il a vu. Par exemple : « Des canards nagent sur l'eau ; le chat aime bien à boire le lait. » Il arrive aussi à lire les mots, mais à la manière des enfants qui épellent en mesure les syllabes. Il parvient, toujours de la même façon, à lire un verset de la bible ou des couplets de chanson. Sur notre demande il s'assied, joint les mains, penche un peu la tête et récite d'un bout à l'autre l'évangile de Noël ; l'on s'aperçoit aisément qu'il comprend assez bien ce qu'il dit. A côté de ces notions d'ordre religieux sur lesquelles il ne cesse de revenir : vision du ciel, de l'enfer, de Jésus, des anges, etc., il garde quelques souvenirs de ce qu'on lui a enseigné dans l'établissement où il était : « Coudre, tresser des bandelettes bleues, rouges et blanches, faire un peu de cuisine, nettoyer les escaliers, arranger le jardin, préparer la pâte pour faire le pain, prier Dieu. » Il a reconnu sans hésitation et a accueilli avec joie son ancien gardien en chef. Lorsqu'il s'agit de chiffres simples, il est à même de les additionner sans faute, mais lentement et à l'aide de ses doigts. Quant à l'argent, il ne connaît rien au delà d'un mark. « Si quelqu'un veut savoir, dit-il, je peux bien compter. Si l'on me demande combien font 300 pfennigs, je réfléchis tout seul, je dois faire bien attention et je dis 3 marks. Si l'on demande 800 pfennigs, on dit 8 marks ; pour 1.000 pfennigs, on dit 10 marks ». Il considère une pièce de 10 marks comme un pfennig en or, mais est incapable d'en fixer la valeur.

Le nom du pays où nous vivons lui est inconnu. « Je n'ai pas eu aussi beaucoup de temps, » dit-il. Le nom du grand-duc ne lui est pas plus familier. « Là bas, répond-il, ils n'ont pas dit comme cela ; mais l'empereur, je sais bien, c'est Frédéric-Guillaume. Le grand-duc, lui, habite Carlsruhe ; il est né le 9 septembre ; je veux aussi te dire de suite, pour que tu puisses l'écrire, que l'empereur habite Berlin. » Il n'ignore pas les points cardinaux et au milieu d'une chambre s'oriente fort exactement. Le plus souvent de bonne humeur, il se comporte comme un enfant, visiblement fier qu'on s'occupe de lui. Il aime bien à jouer sur une petite flûte une mélodie très simple ; d'autres fois il souffle dans une bouteille pour imiter le sifflet ou dans ses mains appliquées l'une contre l'autre pour rappeler le chant du coucou. Si tout le monde l'applaudit, il ressent une joie d'enfant. Ses gestes et sa mimique sont vifs, expressifs.

Le langage du malade, vous l'avez déjà remarqué, est très spécial. C'est qu'en effet il lui est impossible de bâtir correctement une phrase. Les mots se suivent en général au hasard, mais de façon à laisser encore assez bien deviner ce qui manque. Au premier abord, cette confusion dans la parole fait un peu songer à celle des catatoniques ; elle s'en différencie cependant en ce que des mots placés sans ordre se dégage malgré tout un sens qui les rend compréhensibles. La manière de s'exprimer de notre sujet se rapproche plutôt du jargon d'illettrés qui ont incomplètement appris une langue étrangère, rien qu'à l'entendre parler. Veut-on savoir son âge, il répond en phrases décousues. « Si vous savez une fois combien je suis vieux, écoutez, combien vieux suis maintenant, etc. » Il parle très vite, avec prolixité et quelquefois même en s'embrouillant ; il intercale volontiers aussi des locutions explétives toutes faites et souvent prononcées devant lui par ses maîtres, telles : « Faire attention..., salut..., le bon Dieu est tout-puissant sur terre, beau temps, bien faire attention, appris à l'école, ai aussi appris à dessi-

ner, je puis aussi lire le latin, bonjour. En hiver j'ai fendu du bois avec une hachette ; il a bien travaillé. »

Comme vous le voyez, la conversation du malade est très diffuse ; son cerveau a d'ailleurs très peu d'acquis ; les mêmes idées, les mêmes tournures de phrases se répètent sans cesse. Quant à son écriture, elle est grande, régulière, très lisible et bien soignée ; il trace les lettres avec lenteur, mais sans hésitation. Son style a beaucoup d'analogie avec son langage : absence presque complète de construction des phrases, manque d'enchaînement dans le cours des pensées, uniformité et pauvreté de l'idéation. Mais il est doué de dispositions très réelles pour le dessin, comme en témoignent ses nombreuses esquisses coloriées : reproductions enfantines de maisons, d'arbres de Noël, d'anges, de voitures et d'une foule d'objets de la vie journalière. La forme en est bien rendue et dans l'ensemble l'expression en est claire. Ce sont probablement là des répétitions d'exercices qu'on lui avait enseignés à l'école ; il y trouve l'occasion de se livrer à toutes sortes de réflexions amusantes, ainsi qu'il faisait déjà pour les autres images qu'on lui montrait.

Comparé à la malade précédente, cet homme offre un arrêt bien plus précoce dans l'évolution intellectuelle ; la différence, il est vrai, n'est guère appréciable dans le domaine de l'idéation. De plus nous constatons chez lui les résultats d'une laborieuse éducation de plusieurs années. Notre femme avait au contraire pu apprendre quelque chose à l'école communale ; elle était à même de se rendre compte des faits d'ordre courant, ce qui prouve que, pour n'avoir pas gardé beaucoup de l'instruction reçue, elle a cependant, vu son état, un certain degré d'intelligence. Le malade actuel n'a réussi à s'assimiler que des données matérielles ; tout ce qui exige un peu d'intelligence, même dans une très faible mesure, est au-dessus de ses moyens. Ajoutons qu'il connaît divers détails se rapportant en général à la Bible ; ce n'est d'ailleurs chez lui qu'affaire de pure mémoire. Mais

rien ne met mieux en relief son état d'infériorité que le développement rudimentaire de son langage. Toutes les méthodes d'éducation ne l'ont pas empêché de s'exprimer comme un enfant de 4 à 5 ans. Aussi pouvons-nous sans hésiter rattacher ce cas aux formes graves de la débilité congénitale, désignée d'ordinaire sous le nom « d'idiotie ».

L'idiotie relève évidemment d'une lésion précoce et généralisée de l'écorce cérébrale. Si on a presque toujours tendance à incriminer une difformité par arrêt de développement, il semble toutefois qu'il s'agit le plus souvent d'une véritable maladie caractérisée par une perte plus ou moins complète du tissu cortical. C'est très fréquemment avant la naissance que s'installe cette lésion, quoiqu'elle ne remonte dans bien des cas qu'aux premières années de la vie. De plus il ne faudrait pas croire que l'existence de paralysies étendues soit indispensable : ainsi l'examen somatique de notre sujet ne décèle aucun stigmate digne de mention, exception faite pour la voûte palatine en ogive. Néanmoins persiste chez lui un symptôme de l'affection cérébrale, symptôme maintes fois observé et considéré comme l'indice d'un pronostic défavorable dans la marche ultérieure du mal; je veux parler des accès épileptiformes. Ces accès se sont montrés dès la jeunesse ; nous les voyons ici se produire environ toutes les quatre semaines, isolés ou à l'état de crise. Entre temps, éclatent des phases d'excitation anxieuse et de colère, durant lesquelles le sujet a peur d'être tué, crie de toutes ses forces, devient violent et récalcitrant, — tous phénomènes assez intenses par instants pour avoir justifié son transport à la clinique. Ils apparaissent la nuit pour se terminer au bout de quelques heures.

L'affection de cet homme, par sa nature même, est incurable. L'éducation a déjà donné tout ce qu'elle a pu. Du reste, bien qu'incapable de gagner sa vie par lui-même, le malade est en état d'utiliser son habileté en tel ou tel sens, dans un atelier quelconque. Mais les phénomènes épileptiques doi-

vent toujours faire redouter dans l'avenir une rétrocession possible des facultés intellectuelles (1).

En admettant que l'idiotie représente tous les troubles qui mènent à la démence dans le cours de la première enfance, arrêtant ainsi dans l'œuf le développement des facultés psychiques, il est difficile de n'y voir que l'expression d'une seule et même maladie. Bien plus probablement convient-il de considérer le tableau clinique de l'idiotie comme dépendant de processus morbides très variés, encore que nous ne soyons pas capables de les distinguer les uns des autres. Et en effet, envisagés isolément, les cas d'idiotie se différencient entre eux non seulement par la notion de degré, mais aussi par l'allure clinique qu'affecte la démence.

On nous a amené, il y a quelques semaines, ce jeune garçon de 12 ans issu d'une famille tout à fait dégénérée. La mère a séjourné de longues années dans un asile ; le père paraît avoir eu des troubles psychiques intermittents ; un de ses parents s'est suicidé ; le grand-père était extrêmement nerveux ; il est lui-même le sixième de huit enfants, et sur les huit les cinq derniers sont tous débiles et d'intelligence médiocre. Né à terme, il eut au bout de quatre semaines des convulsions qui se renouvelèrent pendant plusieurs mois. Il n'apprit à parler que fort tard et son éducation fut des plus pénibles. C'était un enfant difficile à tenir, mobile, superficiel, prompt à se mettre en colère. A l'école il ne fit aucun progrès ; on le regardait comme un élève distrait et paresseux. S'il avait voulu, disait son professeur, il eût été à même de très bien faire. Ces temps derniers, il n'allait plus en classe et se roulait sur le plancher quand on voulait l'y forcer.

Depuis deux ans, il se sauvait de la maison sitôt qu'il se sentait débarrassé de toute surveillance. Il finit par passer la nuit dehors, errant à l'aventure, se cachant, grimpant dans

(1) Le malade est hospitalisé depuis cinq ans dans un établissement de chroniques, sans que son état ait subi aucune modification.

les greniers, se blottissant dans les caves et dans des trous ; il rentrait en fin de compte aussi sale que déguenillé. Toute tentative pour l'améliorer échouait infailliblement et les bonnes paroles ne l'influençaient pas plus que les menaces, même accompagnées de violences. Aux exhortations qu'on lui prodiguait il se bornait à répondre : « Je ne veux pas et ne veux pas ». Il ne témoignait aucune affection à ses parents ; tout au plus en montrait-il un peu à son frère plus jeune que lui. Il jouait cependant volontiers avec les autres enfants. Il était fréquemment pris d'un fou rire non motivé qui se prolongea une fois toute la nuit. Son sommeil était agité, son appétit irrégulier. Pendant les repas il ne pouvait rester à table. D'un caractère éminemment irritable, il était sujet à des colères terribles et stupides au cours desquelles il brisait ce qui lui tombait sous la main et jetait pas mal d'objets par la fenêtre. Grossier dans son langage, il mentait avec une grande facilité. Comme un beau jour enfin il menaça de mettre le feu à la maison, force fut de le conduire à notre clinique.

Ce jeune garçon, vous le voyez, est de petite taille pour son âge ; son état général est mauvais. Il donne l'impression d'un enfant de 8 ans. Le crâne est asymétrique et beaucoup moins développé que celui d'un sujet normal. Ajoutons les dimensions exagérées de l'oreille, l'étroitesse des yeux et nous en aurons fini avec les malformations physiques. D'autre part notre patient est conscient de l'endroit où il se trouve ; il sait par qui il a été amené et nous indique également les noms des autres malades et des gardiens auxquels il a affaire. S'agit-il de problèmes simples et portant exclusivement sur les points qu'il a appris, il les résout rapidement et sans peine ; les additions et les soustractions lui semblent plus difficiles que la table de multiplication. En géographie il est d'une ignorance à peu près absolue. Il ne saurait dire quelle est la capitale du duché de Bade ou de l'Allemagne. De même c'est à peine s'il a entendu parler de la bataille

de Sedan. L'empereur se nomme Frédéric. L'Allemagne est gouvernée par Bismarck. Il ne connaît qu'un nombre restreint d'ustensiles d'usage journalier ; il est bien plutôt au courant des animaux, sans pouvoir toutefois différencier ceux qui vivent dans l'eau de ceux qui habitent sur terre. Les dix commandements sont pour lui lettre morte et ses idées en matière religieuse sont vagues et puériles. Pécher, c'est laisser gâter du pain ou tuer des oiseaux. Il possède bien la notion de ce qu'on ne doit pas faire, mais il lui est impossible d'en fournir l'explication.

Cet enfant a le caractère gai ; il se plaît ici et n'éprouve pas la moindre nostalgie du foyer. Il ne réclame jamais ses parents ; lorsque ces derniers viennent le voir, c'est à peine s'il les regarde. Il s'est vite mis au niveau de son nouveau milieu ; il ne ressent aucune timidité à s'entretenir avec les adultes ni aucune appréhension à regarder les agités aux dépens desquels il se divertit. Qu'un malade vienne à l'interpeller brutalement, à lui adresser des menaces, voire à le battre, il n'en sera nullement ému ; mais il ne faut pas lui demander d'effort, même minime. Ainsi en présence d'un travail déterminé, il ne bouge pas ; il oublie rapidement la tâche imposée et s'occupe à toutes sortes d'enfantillages. Il lit couramment et, lorsqu'on l'y oblige, il est bien en état de répéter les phrases entières presque mot à mot, mais sans y avoir compris goutte ; le lendemain il a tout oublié. Il met une certaine familiarité dans ses allures. Il vient au-devant du médecin, l'accompagne dans sa visite, le questionne, se mêle à la conversation et ne demande qu'à se faire employer pour de menus services.

Étudie-t-on ce malade au cours de la vie réglée qu'il mène à la clinique, on ne trouve presqu'aucun trouble à relater dans la sphère de la mémoire non plus que dans l'aptitude à s'assimiler les choses d'une extrême simplicité. Le jugement et les facultés intellectuelles sont au contraire très inférieurs et correspondent à peu près à ceux d'un enfant

de 5 à 6 ans. Mais ce qui domine la scène morbide, c'est le manque d'affectivité, l'indifférence la plus complète envers ses parents. De plus, ce jeune garçon ne se sent pas du tout dépaysé chez nous ; il n'a aucune appréhension en face d'étrangers ni même en face d'individus qui le menacent. On n'arrive pas enfin à le décider à travailler et à s'instruire ; c'est là un symptôme poussé même à l'excès, à l'inverse de ce qui se passait chez notre précédent malade. Les énormes lacunes de l'intelligence sont masquées, il est vrai, à un examen superficiel par une mémoire étonnante.

L'affaiblissement psychique revêt dans ce cas une allure particulière qui par plus d'un point pourrait rappeler la démence précoce. Dans celle-ci et surtout à sa période terminale, on constate en effet l'absence complète d'émotivité et de jugement contrastant avec la conservation presque parfaite de la mémoire. Mais nous ne retrouvons pas chez notre malade, abstraction faite de ses fugues, le maintien bizarre et la façon d'être toute particulière à la démence précoce. Il ne serait cependant pas impossible qu'il y eût une certaine parenté entre ces formes d'idiotie et la démence précoce. Il existe sans aucun doute tout un groupe de faits où sur un fond d'imbécillité remontant à l'enfance viennent se développer plus tard des troubles catatoniques. Les convulsions dont notre sujet fut atteint au début de la vie marquent peut-être l'installation d'une affection cérébrale aux suites de laquelle nous assistons aujourd'hui. En poussant davantage son instruction dans un établissement d'idiots on pourrait probablement obtenir de bons résultats, grâce à l'intégrité de sa mémoire. Sa sentimentalité serait-elle également susceptible de s'affiner quelque peu ? C'est là une question dont nous devons malheureusement considérer la solution comme très problématique (1).

(1) Depuis huit ans ce garçon se trouve dans un établissement d'enfants arriérés à titre d'apprenti jardinier. Il est encore un peu irritable et distrait, mais il fait preuve de zèle et de bonne volonté.

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON.

Crétinisme. — Conclusions

Messieurs, cette jeune femme de 32 ans, qui clôt aujourd'hui la série de nos observations cliniques, offre un aspect bien particulier. C'est un être invraisemblable, de très petite taille, dont le corps a des contours on ne peut plus informes. Bien qu'elle ne mesure que 137 cm. 5 de haut, la circonférence atteint 108 centimètres au niveau du nombril, et 104 centimètres au niveau de la poitrine. Elle pèse 70 kg. 500. La longueur des bras est de 27 cm. 5; celle des cuisses de 54 centimètres. La tête, fort volumineuse par rapport au reste du corps, mesure 58 centimètres de tour et repose presque directement sur un buste large et gros. Les bras et les jambes sont très courts; les mains et les pieds sont graciles comme ceux d'un enfant.

Lorsqu'on y regarde de plus près, on voit que cette disproportion entre la tête, le corps et les extrémités est due à un épaississement excessif de la peau. Le squelette est très mince, les muscles peu développés; par contre sur la poitrine, le ventre, les bras et les cuisses viennent saillir de gros bourrelets de peau. A la nuque ce matelas adipeux est si marqué que, vu de profil, il peut en imposer pour une cyphose de certaine importance. Les seins pendent et forment deux sacs mous et flottants; sur les bras s'étalent

des masses cutanées si tendues qu'il est impossible d'y dessiner aucun pli. Le cou épais et grossier disparaît en grande partie sous un double menton gigantesque, qui s'étend d'une oreille à l'autre.

Le visage est large et aplati, les yeux proéminents, les joues bouffies et dures, la racine du nez enfoncée, large et épaisse, le nez lui-même petit et retroussé. Les maxillaires supérieurs font une bosse; les pavillons de l'oreille n'existent pour ainsi dire pas. Les cheveux et les dents sont bien développés, les sourcils peu fournis; le visage a une expression figée et on ne lit aucun jeu de physionomie sur ses traits massifs. La peau épaissie est si tendue que la pression la plus énergique n'y laisse nulle part d'empreinte. Toutefois les bras, les jambes, les yeux ne sont pas gênés dans leurs différents mouvements; de même les réflexes ne sont pas altérés. Il est fort difficile d'avoir des renseignements exacts sur l'état de la sensibilité, car la mentalité de la malade est trop affaiblie. Essaie-t-on de la piquer avec une aiguille, elle enlève brusquement la main ; mais elle laisse enfoncer l'aiguille quand on détourne son attention. La percussion des rameaux du facial produit de légères secousses dans la lèvre supérieure. Le pouls est petit et facilement dépressible.

L'examen psychique est fort malaisé. La malade regarde partout autour d'elle avec curiosité, mais ne prend pas garde aux questions qu'on lui adresse. De temps en temps elle fait une réponse, plaisante le plus souvent et à côté du sujet. Elle s'appelle « personne », est âgée de 45 ans. Elle est née le 45 août; elle est la fille du régiment et aurait été chez elle conductrice de bestiaux. Insiste-t-on, elle devient colère et grossière, se lève non sans peine et se met à courir à petits pas. Désire-t-on l'examiner, elle quitte aussitôt sa chaise, donne des coups et crie : « Va-t'en; assez. » Mais tout cela n'est qu'enfantillage et on finit par l'étudier sans difficulté. A beaucoup de questions elle répond : « Je ne

sais pas. » Ou encore elle émet une suite de phrases incohérentes.

Il n'y a pas moyen de savoir pour l'instant si elle se rend compte de l'endroit où elle se trouve. Je dois ajouter, d'après ce que j'ai eu l'occasion de lire et d'observer, qu'elle n'ignore pas où elle est et connaît les gens qui l'entourent. En général de bonne humeur, elle rit ou d'une voix criarde chante un refrain populaire. Elle n'exécute pas immédiatement ce qu'on lui demande ; elle écarte la main qu'elle va tendre et la frappe ensuite avec brusquerie. Par moments elle répète les mots et les questions qu'elle entend et a un penchant très marqué à accoupler des rimes, par exemple : « Monsieur le professeur, docteur, coupeur ». Elle écrit son nom au tableau et résout quelques calculs; mais toute autre investigation sur son instruction reste sans résultat, et l'on n'obtient qu'un rire idiot et un claquement de langue spécial dont elle accompagne toujours ses refus.

Dans tout son ensemble, cette femme donne sans peine l'impression d'une démente assez avancée. Par plus d'un côté elle rappelle la démence précoce : le rire niais, l'écholalie, le négativisme pourraient y faire penser. Mais l'état somatique est si particulier qu'il doit dominer notre examen. Un épaississement si prononcé de la peau ne se rencontre que dans le myxœdème et nous trouverons sans doute ici une altération bien nette du corps thyroïde.

En effet, nous sentons sur la partie gauche de la trachée une petite tumeur dure, grosse comme une pomme, qui correspond très probablement au corps thyroïde calcifié. La taille de nain de la malade, l'élargissement de son crâne prouvent que le fonctionnement de la glande était déjà supprimé dans la jeunesse. Nous ne sommes pas en présence d'un myxœdème ordinaire, mais bien d'une de ces formes qui se manifestent chez les enfants et que l'on désigne sous le nom de « crétinisme ».

Le crétinisme est une affection endémique, fréquente surtout au pied des hautes montagnes et atteignant également les animaux. Le facteur de transmission semble être l'eau de boisson. Le corps thyroïde dégénère d'abord ; les troubles du squelette et de la peau relèvent de l'arrêt de son activité. Notre sujet appartient à un pays et à une famille où il y a déjà eu du crétinisme et des troubles psychiques en relation directe avec cette maladie. Son père et un de ses frères sont des débiles. Un oncle maternel, un de ses cousins du côté paternel sont des circulaires.

Dès son enfance, cette femme était très inférieure au point de vue psychique et avait un caractère des plus difficiles. Ses règles se montrèrent à 18 ans ; elles furent très irrégulières et disparurent longtemps pour reprendre l'année dernière. Depuis l'établissement de ses premières menstrues, elle se plaint de maux de tête et d'insomnie, accompagnés de nombreuses périodes d'agitation ; c'est pour ces troubles qu'on nous l'amena il y a huit ans. A cette époque, elle avait déjà le même état mental qu'aujourd'hui. On notait en outre de vagues idées de persécution et de grandeur ; elle parlait d'attouchements sexuels, de parures d'or. Le plus souvent excitée, elle bavardait avec incohérence, faisait des associations par assonance et cherchait à plaisanter ; elle tirait la manche du médecin, prenait son mouchoir dans sa poche, lui donnait de petites tapes ; elle courait les vêtements dégrafés ; elle déchirait ses habits, ses couvertures, ses draps et se masturbait beaucoup. Elle éprouvait aussi un grand plaisir à contempler ses traits informes dans les carreaux. A d'autres moments elle était moins agitée ; de mauvaise humeur alors, elle refusait tout ce qu'on lui présentait ; elle demeurait d'ailleurs aussi affaiblie au point de vue intellectuel et émotif. Les visites de sa famille la laissaient complètement indifférente. Elle gâtait souvent, quelquefois même à dessein. Sur ce point cependant on réussit assez bien à l'éduquer. Le sommeil et l'appétit

étaient très bons. Depuis son entrée chez nous son poids a augmenté de 21 kgr. 500.

En face de cette situation, il était tout naturel de tenter la médication thyroïdienne. Chaque essai provoqua une notable perte de poids qui, la première fois, atteignit 10 kgr. Les règles revinrent régulièrement, quoique suspendues depuis deux ans. On n'avait à espérer aucune amélioration de l'état mental. Plus tard, un nouvel essai thérapeutique de ce genre fut moins heureux. La malade accusa une grande fatigue et dut garder le lit ; son pouls devint plus fréquent ; telle eut des poussées d'œdème et il fallut interrompre le traitement. Elle avait cependant compris l'influence salutaire exercée par les premières cures et demandait souvent qu'on la fit maigrir encore. Chez les enfants, la médication thyroïdienne amène d'ordinaire la disparition totale des phénomènes pathologiques. Mais dans notre cas les altérations de l'écorce sont de date trop ancienne et ne sont guère susceptibles de rétrocéder (1).

Le crétinisme est une des rares variétés de folie dont l'étiologie ne prête pas à contestation. Pour que la maladie éclate, il faut que l'action de la glande thyroïde soit abolie. Et comme l'ingestion de corps thyroïde d'animaux fait disparaître les différents symptômes, nous sommes en droit de conclure que la glande fournit à l'organisme un produit nécessaire à son bon fonctionnement. Secrète-t-elle une substance indispensable au développement du corps et des tissus ou détruit-elle des produits de désassimilation ? Cette seconde hypothèse a pour elle plus de vraisemblance, mais la question est encore discutée. Quoi qu'il en soit, le crétinisme et le myxœdème nous montrent quels troubles graves peuvent découler du non-fonctionnement d'une petite partie de l'organisme et surtout comment la folie peut s'ensuivre. Le

(1) La malade se trouve à la clinique depuis 12 ans sans présenter la moindre modification.

mode d'altération de la glande thyroïde est du reste de peu d'importance : tuberculose, syphilis, intervention chirurgicale, tumeurs, poisons endémiques du crétinisme, causes extérieures très diverses, tous ces facteurs créent des symptômes cliniques identiques, à condition bien entendu de léser une même fonction dans la série des échanges organiques et de déterminer les mêmes adultérations physiologiques.

La notion de ces relations étiologiques est encore récente, et il est fort possible qu'on aboutisse à de semblables conclusions pour d'autres formes de folie. Peut-être sommes-nous en droit de proposer une explication de ce genre en matière de paralysie générale. Ainsi que nous l'avons déjà indiqué autrefois, la paralysie générale est loin d'être une affection localisée à l'écorce cérébrale. Tous les tissus de l'organisme sont atteints de telle façon qu'on ne saurait regarder leurs différents troubles comme secondaires à l'affection de l'écorce. Ici encore doit intervenir une modification générale et profonde dont l'origine nous est jusqu'à ce jour complètement inconnue. Par contre nous tenons déjà un facteur étiologique éloigné : la syphilis. Mais la paralysie générale n'est pas, tant s'en faut, un phénomène uniquement syphilitique. Les recherches anatomiques, le peu d'influence du traitement en font foi. Il existe vraisemblablement un élément intermédiaire qui permet au poison syphilitique d'engendrer une maladie générale de l'organisme.

La pathogénie d'une foule d'autres affections est mille fois plus obscure. Sans raison saisissable s'installe une démence particulière, avec lésions graves des parties importantes des centres nerveux. La démence précoce, dont le domaine est si vaste, appartient à cette catégorie. Bien qu'il y ait entre elle et la paralysie générale de nombreuses analogies cliniques, on n'a pas encore trouvé la moindre cause extérieure susceptible de donner naissance, d'une manière ou d'une autre, à sa

symptomatologie. Nous savons seulement que l'époque de la puberté est propre à son développement, ce qui est du reste aussi le cas de la folie maniaque-dépressive. De plus, les fonctions de reproduction chez la femme et le séjour dans les prisons favorisent son éclosion. L'absence de causes extrinsèques et les rapports qu'affecte cette maladie avec des bouleversements bien déterminés de l'organisme prouveraient peut-être que son origine première réside dans des modifications des échanges organiques. Ces mêmes remarques peuvent s'appliquer à tout un groupe d'idioties. Elles sont encore de mise en face des lésions corticales d'artério-sclérose et notamment en face des altérations vasculaires engendrées par les sécrétions surrénales.

En ce qui concerne l'épilepsie, on est allé encore plus loin. On a prétendu que cette névrose serait produite par une toxine élaborée directement dans l'organisme. On a même isolé des substances auxquelles on a accordé le rôle principal dans l'étiologie de l'affection, et on a institué un traitement spécial bâti sur cette conception. Mais une grosse difficulté ne tarde pas à surgir, car il n'est nullement prouvé par la clinique que l'épilepsie constitue une entité morbide nettement définie.

Nous abordons ici un terrain très vaste où nous ne possédons que des présomptions fort incertaines. Il est néanmoins un petit groupe d'affections cliniquement analogues dans lesquelles on ne saurait révoquer en doute la cause extrinsèque qui a engendré la démence. Je veux parler des démences consécutives aux infections aiguës, en particulier à la fièvre typhoïde et à la variole, ainsi que des variétés d'idioties secondaires à des encéphalites. Nous y voyons comment l'agent nocif amène des désordres graves de l'écorce, soit en agissant directement sur elle, soit en provoquant des lésions d'autres organes auxquelles succède le tableau clinique d'une démence incurable. On ne peut alors nier l'action pathogène du poison, et c'est là un fait

qui nous autorise à présumer que la démence précoce est occasionnée par une intoxication de l'écorce dont nous ne connaissons pas encore l'origine réelle.

Il est cependant relativement rare que les affections aiguës se terminent par une démence chronique. Les troubles produits par l'intoxication disparaissent d'ordinaire assez vite ; et notamment les troubles mentaux susceptibles de se manifester au cours du rhumatisme articulaire et de l'érysipèle ne passent jamais à l'état chronique. Ce sont là des constatations qui nous apprennent que les intoxications graves de l'écorce sont capables de s'effacer petit à petit et ainsi nous sommes en état d'expliquer les périodes de rémission si souvent observées dans la paralysie générale et dans la démence précoce. Au cours de cette dernière maladie surviennent tôt ou tard des récidives presque constantes, ce qui prouve que, par opposition à ce qui se passe dans les affections aiguës, la source du poison n'est pas tarie et peut toujours se remettre à couler.

Dans les intoxications exogènes nous notons la même distinction. Les troubles pathologiques disparaissent vite quand ils ne relèvent que de petites doses de poison, absorbées en une fois ou par minimes quantités réitérées ; les symptômes persistent au contraire en cas d'absorption continue. Pour tout un groupe d'affections, alcoolisme, morphinisme, cocaïnisme, etc., nous sommes en droit d'espérer à mon avis que les études cliniques augmenteront la somme de nos connaissances. L'effet suit la cause avec une si parfaite régularité que nous n'avons pas à hésiter à conclure de l'un à l'autre et inversement. De plus, nous provoquons à volonté les mêmes troubles psychiques par l'ingestion de petites doses de poison, et avec ce procédé nous décelons jusqu'aux moindres détails de l'action nocive du toxique, tant en clinique qu'en psychologie expérimentale.

Mais il nous apparaît clairement que dans les expériences

de cette nature on doit se garder de confondre les résultats directs avec les résultats indirects. Les symptômes que l'on observe dans l'intoxication éthylique sont beaucoup plus nombreux que ne tendrait à le préjuger l'étiologie toujours identique. Les résultats fournis par l'expérimentation psychologique ne se retrouvent que dans l'ivresse et la démence alcoolique simple. Les autres manifestations éthyliques, comme le delirium tremens, la psychose de Korsakoff, le délire alcoolique ne donnent pas lieu à des manifestations toujours identiques à elles-mêmes. Aussi arrive-t-on sans effort à se convaincre que les troubles si disparates en face desquels on se trouve, loin de relever en ligne droite de l'abus de l'alcool, dépendent de diverses lésions de l'organisme immédiatement créées par l'usage habituel et continu du toxique. Les rapports de cause à effet sont par conséquent analogues peut-être à ceux qui unissent la démence des crétins à l'intoxication endémique ou bien à ceux qui, croyons-nous, relient la syphilis à la paralysie.

On a l'habitude aussi de rattacher à une intoxication d'origine interne les troubles psychiques qui succèdent aux grandes fatigues, et surtout à un surmenage intellectuel excessif ou à de fortes secousses morales. On prétend alors que les produits de désassimilation se sont rapidement accumulés sans être suffisamment éliminés ou neutralisés, d'où leur action nocive sur l'écorce cérébrale. Quoiqu'entourée encore de beaucoup d'obscurité, une telle pathogénie n'est pas inadmissible, notamment dans les cas d'épuisement nerveux aigus ou chroniques. Il ne faut pas négliger davantage l'énorme diminution des matériaux de réserve, susceptible sans doute de tenir un rôle capital.

Parallèlement à l'influence des poisons, nous nous rendons compte dans une certaine mesure des modifications psychiques consécutives aux lésions grossières de l'écorce : hémorragie, ramollissement par arrêt de la circulation, compression, destruction ; peut-être même pourrait-on men-

tionner les soi-disant commotions cérébrales. Bien moins claires sont les modifications progressives de l'écorce survenant chez les gens âgés dont nous avons dépeint les troubles psychiques. Est-ce le tissu nerveux lui-même qui est atteint ? Les vaisseaux doivent-ils être les premiers incriminés ? Ou enfin la vieillesse est-elle seule en cause ? Autant de questions qui demeurent sans réponse. Les troubles psychiques de la sénilité sont toutefois si variés et si multiples dans leurs formes et dans leurs développements qu'ils sont très probablement régis par des données étiologiques distinctes.

En dehors des facteurs d'ordre pathologique et des accidents de toutes espèces qui surgissent au cours de l'existence, il convient de faire une part considérable aux prédispositions personnelles dans la genèse des différents modes de psychopathie sénile. Comme dans tous les genres de folies, ces prédispositions tiennent d'autant plus de place que l'origine effective de l'affection est réduite au minimum. A un pôle se groupent les maladies dues aux toxiques, qui à grosses doses impressionnent les cerveaux les plus résistants ; à l'autre se rangent les affections qui ne reconnaissent d'autre pathogénie que la prédisposition individuelle. Au cours de ces dernières, les causes extrinsèques se bornent à un rôle occasionnel, et encore celui-ci fait-il maintes fois défaut. Dans cette classe prennent place la folie maniaque-dépressive, la paranoïa, l'hystérie, la névrose traumatique, quoique cette névrose subisse facilement l'influence de nombreux agents provocateurs.

Il existe encore bien des anomalies psychiques où l'influence prépondérante, pour ne pas dire exclusive, revient aux prédispositions pathologiques : telles les obsessions, les phobies, les impulsions, telles enfin ces variétés de débilité mentale et d'anomalies psychiques qui remontent à la naissance. Ce ne sont plus des affections à évolution régulière, mais des états pathologiques qui durent la vie entière avec des alternatives de haut et de bas. Ils évoquent l'expression

d'une dégénérescence qui n'est pas la propriété du seul individu, mais dont ce dernier a hérité pour la léguer à son tour à ses descendants.

Jetons un coup d'œil sur le chemin qu'ensemble nous avons parcouru. Nous avons appris tout d'abord que l'ingestion de certains poisons, agissant à doses plus ou moins réitérées, produit des lésions profondes de l'écorce cérébrale ; des poisons analogues proviennent de l'atteinte générale de l'organisme ou d'une insuffisance de la désassimilation. Ils agissent avec d'autant plus d'intensité que les tissus ont épuisé leurs réserves. Cette hypothèse a reçu sa démonstration pour le crétinisme, et elle est confirmée par de nombreux faits justiciables d'une explication analogue. A côté des intoxications, rappelons les lésions destructives et séniles de l'écorce dont l'intervention est considérable dans l'étiologie de la folie. Les maladies mentales se répartissent enfin en une troisième catégorie fondamentale ; celle-ci comprend les états pathologiques qui débutent dès la naissance ; la marche en est lentement progressive ou se caractérise au contraire par des accès dont la répétition n'est soumise à aucune règle.

Tels sont, dans leurs traits essentiels, les différents groupes cliniques que nous pouvons établir aujourd'hui en psychiatrie. Nous ne possédons nulle part d'étiologie indiscutable et notre tâche consiste à isoler des tableaux dont la symptomatologie, l'évolution et la terminaison traduisent exactement l'origine univoque ou distincte. Sur le terrain de la clinique, il nous arrive certainement à chaque pas de nous heurter à nombre de constatations pleines d'obscurité. Nous sommes encore loin de connaître avec exactitude les causes, les symptômes, la marche et la terminaison des diverses formes morbides, et nous n'avons pas actuellement le droit de fonder un système. Nous nous sommes limités à un aperçu ; les progrès de notre science sont appelés à le transformer et à l'élargir dans ses détails, peut-être même dans ses grandes lignes.

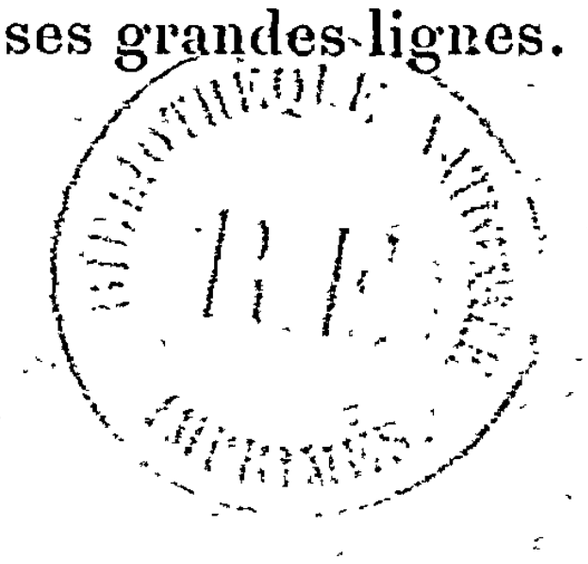
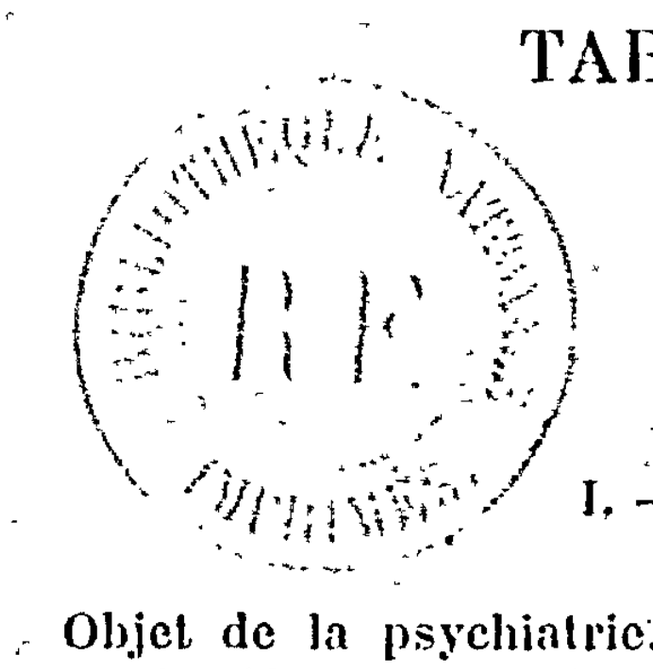


TABLE DES MATIÈRES



I. — *Introduction. — Mélancolie.*

Objet de la psychiatrie. — Les maladies mentales au point de vue scientifique et pratique. — Rôle du médecin. — Mélancolie simple avec anxiété et délire d'auto-accusation. — Mélancolie avec idées de suicide. — Mélancolie avec idées délirantes. — Étiologie. — Influence de l'âge. — Terminaisons. — Traitement 5

II. — *États circulaires dépressifs.*

Stupeur circulaire. — Entrave de la volonté. — Folie maniaque-dépressive. — Périodicité. — Courbe du poids. — Stupeur circulaire avec entrave de la pensée. — Légers états de dépression circulaire avec délire d'auto-accusation. — Délimitation de la mélancolie. — Formes légères de folie maniaque-dépressive. — Traitement . . . 17

III. — *Démence précoce.*

Démence simple. — Apathie. — Impossibilité de fixer l'attention. — Rire, grimaces, jeux de mots. — Prétendus rapports avec l'onanisme. — Début avec dépression. — Befehlsautomatie, catalepsie, écho-praxie. — Hallucinations, idées de persécution. — Début brusque, rémissions. 29

IV. — *Stupeur catatonique.*

Stupeur et négativisme. — Stéréotypie et négativisme. — Affaiblissement des sentiments. — Terminaisons de la stupeur catatonique. — Association de Befehlsautomatie et de négativisme. — Salivation. — Rapports avec les suites de couches. — Contracture des muscles péribuccaux. — Particularités de la démence 40

V. — *États de dépression dans la paralysie générale.*

Analogie avec les autres états de dépression — Signes somatiques. — Réflexes pupillaires, réflexes tendineux, analgésie. — Démence paralytique. — Rapports avec la syphilis. — Terminaison de la maladie. — Démence avec idées hypochondriaques — Affaiblissement de la mémoire — Troubles du langage et de l'écriture. — Troubles vésicaux. — Symptômes catatoniques. — Traitement antisyphilitique. — Métasyphilis. — Dépression du début. — Diagnostic avec la dépression circulaire. — Prédisposition et syphilis 51

VI. — *Folie épileptique.*

Troubles du caractère chez les épileptiques. — Périodicité. — Syncopes, états crépusculaires. — Relations avec l'alcoolisme. — Épilepsie après blessures de tête. — Excitabilité. — Équivalents. — Association du délire épileptique avec le délire alcoolique. — Petit mal. — États d'ivresse pathologique. — Délire. — Traitement 64

VII. — *Excitation maniaque.*

Hypomanie. — Alternance avec les périodes de dépression. — Excitation aiguë. — Pronostic. — Impossibilité de fixer l'attention. — Fuite des idées. — Transformation de l'humeur. — Besoin d'activité professionnelle. — Accès graves et accès bénins. — Manie périodique. — Traitement bromuré 76

VIII. — *États mixtes maniaques-dépressifs.*

Stupeur maniaque. — Formes diverses de la stupeur. — Entraves de la volonté et de la pensée avec humeur gaie. — Transformation de cet état. — Folie maniaque-dépressive avec idées délirantes. . . 88

IX. — *Excitation catatonique.*

Confusion du langage. — Coprolalie. — Impulsions. — Maniérisme. — Transformation en stupeur. — États graves d'excitation catatonique. — Traitement. — Rémission avec changement du caractère. — Excitation peu marquée avec hallucinations et idées délirantes 100

X. — *Délire de grandeur dans la paralysie générale.*

Particularités des idées de grandeur dans la paralysie générale. — Achoppement syllabique. — Paralysie classique. — Alternatives de dépression et de mégalomanie. — Rémissions de longue durée. — Diagnostic par les signes physiques. — Paralysie avec agitation, paralysie galopante 112

XI. — *Troubles psychiques d'origine alcoolique.*

Delirium tremens. — Désorientation. — Hallucinations. — Actes délirants. — Délire d'activité professionnelle. — Pronostic. — Délire

lucide. — Troubles somatiques. — Rapports avec l'alcoolisme. — Traitement. — Délire alcoolique. — Hallucinations rhythmées de l'ouïe 125

XII. — *Folie consécutive aux maladies aiguës.*

Délire du début de la fièvre typhoïde. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. — États d'affaiblissement infectieux après l'érysipèle. — Paralysie psychique. — Confusion aiguë après une attaque de rhumatisme articulaire aiguë. — Incapacité de se déterminer — Amentia de Meynert. 139

XIII. — *Les délires.*

Délire paralytique. — Association avec le délire alcoolique. — Délire catatonique. — Diagnostic avec le délire épileptique. — Marche dans quelques cas. — Traitement. — Délire épileptique . . . . . 1'2

XIV. — *La folie puerpérale.*

Fréquence. — Démence catatonique dans les suites de couches. — Question de la démence aiguë. — Influence de l'accouchement sur l'affection. — Ictus. — État d'épuisement dans les suites des couches. — Délire de collapsus. — Traitement. — Folie choréique consécutive à une attaque de rhumatisme articulaire aiguë après l'accouchement. — Étiologie vraie et fausse. — Association avec l'épilepsie. — Traitement. 166

XV. — *Paranoïa.*

Variabilité de l'importance clinique des idées délirantes et des hallucinations. — Délire de persécution systématisé et fixe avec idées de grandeur, sans modification extérieure de la façon d'être. — Interprétation délirante du monde extérieur. — Délire systématisé. — Absence d'hallucinations. — Erreurs de souvenirs. — Marche lente. — Délire de quérulance. — Lutte pour le droit. — Forme de la dégénérescence. 180

XVI. — *Forme paranoïde de la démence précoce.*

Catatonie avec idées délirantes. — Développement après un accès de stupeur et de dépression. — Disparition du délire. — Démence paranoïde. — Développement de nombreuses idées délirantes variables et fantastiques. — Délire uniforme de longue durée avec hallucinations. — Croyance délirante à une influence étrangère exercée sur le corps ou sur l'esprit 193

XVII. — *Sur différentes formes de délire.*

Délire d'influence dans la paralysie générale. — Tabès et paralysie générale. — Délire de persécution sénile. — Délire de jalousie. — Troubles psychiques et délire dans la polynévrite. — Troubles du souvenir. — Rôle de l'alcool 206

XVIII. — *Alcoolisme chronique.*

Alcoolisme aigu. — Influence tardive de l'alcool. — Affaiblissement de la volonté chez l'alcoolique. — Excuses du buveur. — Traitement. — Formes graves d'alcoolisme. — Délire de jalousie de l'alcoolique. — Son danger. — Alcoolisme périodique. — Dipsomanie. — Relation avec les modifications du caractère. — Base épileptique 219

XIX. — *Morphinisme et cocaïnisme.*

Forme légère de morphinisme. — Suite d'un traitement d'une blessure. — Cicatrices des injections. — Signes d'intoxication chronique. — Besoin de morphine. — Sevrage. — Traitement. — Rechutes. — Formes graves de morphinisme. — Instabilité de la volonté. — Délire alcoolique développé pendant le sevrage. — Cocaïne. — Association du morphinisme et du cocaïnisme. — Délire toxique dû à la cocaïne et à la morphine associées. — Responsabilité du médecin . 231

XX. — *État terminal de la paralysie générale.*

Importance de la marche et de la terminaison au point de vue pratique et clinique. — Terminaison de la paralysie générale. — Particularités de la démence avec paralysie. — Forme démentielle de la paralysie générale. — Forme à marche lente. — Forme à marche rapide. — Démence paralytique simple après une période de dépression et d'excitation avec idées délirantes. — Courbe du poids. — Nutrition. — Paralysie générale féminine. — Ictus paralytique. — Forme des ictus. — Traitement. — Terminaison. — Anatomie pathologique. — Paralysies générales atypiques 244

XXI. — *État terminal de la démence précoce.*

Variabilité de la terminaison. — Formes de la démence. — Démence catatonique à développement par étapes. — Démence catatonique avec confusion du langage et création de mots nouveaux. — Ictus catatoniques. — Démence catatonique avec excitation périodique. . 258

XXII. — *Troubles psychiques dans les affections organiques du cerveau.*

Démence apoplectique avec monophasie. — Artério-sclérose cérébrale. — Diagnostic avec la paralysie générale et la syphilis cérébrale. — Syphilis cérébrale 271

XXIII. — *Démence sénile.*

Démence sénile simple. — Troubles de la mémoire de fixation — Fabulation. — Presbyophrénie. — Catatonie sénile 286

XXIV. — *Démence épileptique.*

Altérations permanentes se manifestant par des accidents périodiques. — Particularités de la démence épileptique. — Difficultés de la compréhension. — Rétrécissement du jugement et de la sensibilité. — Entêtement, pédanterie. — Excitabilité, cagoterie. — Période crépusculaire grave dans un cas de démence épileptique avancée. — Diagnostic. — Épilepsie tardive. — Blessure de tête et alcool. — Signes pathognomoniques de l'épilepsie alcoolique 298

XXV. — *Folie hystérique.*

Hystérie grave. — Accès de sommeil, états crépusculaires. — Suggestibilité. — Nature de l'affection. — Caractère hystérique. — Hystérie infantile. — Association avec l'imbécillité. — Hystérie mâle. — Suite d'un traumatisme. — Association à l'alcoolisme. — Incendie dans un état crépusculaire 311

XXVI. — *Folie consécutive aux traumatismes craniens.*

Confusion mentale traumatique. — Troubles du souvenir. — Démence post-traumatique. — Troubles du caractère. — Ébranlement cérébral. — Névrose traumatique. — A propos de son identité. — Méthode d'examen psychique. — Pronostic et traitement. — Ses rapports avec l'hystérie 321

XXVII. — *Obsessions et Phobies.*

Infériorité psychique. — Obsessions diverses. — Hypochondrie. — Traitement. — Hystérie traumatique avec obsessions. — Obsessions dans la folie maniaque-dépressive. 337

XXVIII. — *Anomalies congénitales.*

Dégénérescence. — Psychopathe avec penchant homosexuel. — Diverses formes des anomalies psychiques. — Sadisme. — Masochisme. — Fétichisme. — Développement du fétichisme. — Excitation constitutionnelle. — Ses rapports avec la folie maniaque-dépressive. — Dépression périodique. — Modification constitutionnelle du caractère. 350

XXIX. — *Anomalies psychiques.*

Délimitation de l'anomalie. — Instabilité. — Menteurs et escrocs pathologiques. — Différence de l'interprétation du juge et du médecin. — Pseudo-quérulants. — Diagnostic du délire de quérulance . . . 370

XXX. — *Criminels pathologiques et vagabonds.*

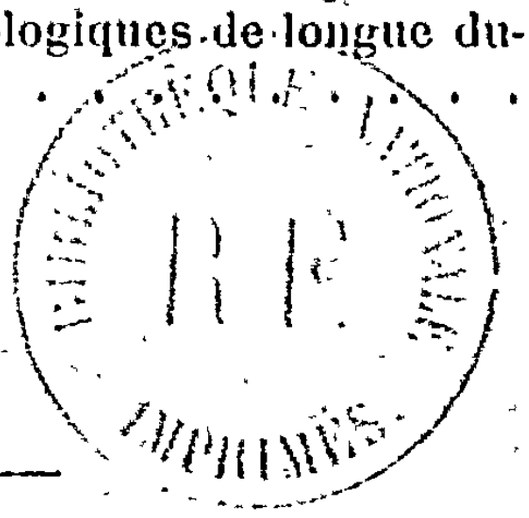
Criminels par habitude et criminels professionnels. — Impulsions incendiaires. — Criminels par impulsion. — Rétrécissement du sens moral. — Folie morale. — Criminels-nés. — Vagabonds psychopathes. — Rôle de l'alcool. — Classement des vagabonds. 387

XXXI. — *Imbécillité. — Idiotie.*

Débilité simple congénitale. — Délimitation de la débilité congénitale avec les états normaux et avec les états acquis de faiblesse mentale. — Rôle et résultats de l'éducation. — Idiotie. — Développement incomplet du langage. — Signes physiques de l'idiotie. — Association avec l'épilepsie. — Idiotie avec perte du sens moral. 406

XXXII. — *Crétinisme. — Conclusions.*

Imbécillité, nanisme, myxœdème. — Crétinisme endémique. — Traitement thyroïdien. — Classement des troubles psychiques d'après l'étiologie. — Destruction d'organe particulier dans le crétinisme. — Modifications de l'organisme dans la paralysie générale, la démence précoce et l'épilepsie. — Infections. — Toxiques. — Leurs conséquences immédiates et éloignées. — Épuisement. — Lésions importantes de l'écorce. — Commotion cérébrale. — Prédispositions morbides. — Accès périodiques et états pathologiques de longue durée. 419



BIBLIOTHÈQUE NATIONALE IMPRIMÉS

ERRATA

LEÇON I.

Page 7, ligne 17. — Au lieu de : *ne pourraient probablement qu'apporter*, lire : *apportent sans doute toutes deux.*

Page 10, ligne 12. — Supprimer : *Un de ses frères s'est suicidé dans un instant d'angoisse.*

Page 13, ligne 12. — Lire : *chez les gens en bonne santé, ainsi que des troubles du sommeil...*

Page 13, ligne 14. — Au lieu de : *du*, lire : *au.*

LEÇON III.

Page 34, ligne 32. — Au lieu de : *pour les uns..., pour les autres*, lire : *par les uns..., par les autres.*

Page 39, ligne 13. — Au lieu de : *cas*, lire : *pas.*

LEÇON IV.

Page 45, ligne 1. — Au lieu de : *il le laisse retomber lourdement et demeure* lire : *il le laisse retomber lourdement et le membre demeure.*

LEÇON V.

Page 52, ligne 11. — Au lieu de : *témoigne d'ailleurs bien le fait d'un affaiblissement*, lire : *témoigne d'ailleurs bien d'un affaiblissement.*

LEÇON VI.

Page 67, ligne 19. — Au lieu de : *elles*, lire : *ils.*

LEÇON VIII.

Page 97, ligne 9. — Au lieu de : *étudiante*, lire : *étudiants.*

LEÇON X.

Page 113, ligne 21. — Au lieu de : *bien davantage à la légère, l'incitation*, lire : *bien davantage à la plus légère incitation.*

LEÇON XI.

Page 127, ligne 10. — Au lieu de : *ces*, lire : *ses*.

Page 131, ligne 12. — Au lieu de : *Aussi peut-on, dans le cas actuel, parler « d'un délire d'occupation »*, etc., lire : *Aussi peut-on dans le cas actuel parler « d'un délire professionnel » ; au premier plan se manifeste la nécessité d'apaiser le besoin d'alcool.*

Page 134, ligne 21. — Au lieu de : *impossible*, lire : *possible*.

LEÇON XIII.

Page 160, ligne 28. — Au lieu de : *et le rappliquons à intervalles rapprochés*, lire : *et même à intervalles plus rapprochés.*

LEÇON XIV.

Page 167, ligne 1. — Au lieu de : *Disons de suite*, lire : *Disons tout de suite*

Page 171, ligne 13. — Au lieu de : *dans les premiers temps de sa grossesse* lire : *dans sa première grossesse.*

LEÇON XV.

Page 181, ligne 17. — Au lieu de : *acquérerait*, lire : *acquerrait.*

Page 185, ligne 21. — Au lieu de : *bien attiré franchement*, lire : *bien franchement attiré.*

Page 186, ligne 28. — Au lieu de : *un affaiblissement démentiel assez prononcé*, lire : *un certain degré d'affaiblissement.*

LEÇON XVIII.

Page 225, ligne 4. — Au lieu de : *complètement*, lire : *largement.*

Page 227, ligne 2. — Au lieu de : *sommes-nous*, lire : *nous sommes.*

Page 227, ligne 16. — Au lieu de : *bien pensante*, lire : *normale.*

Page 228, lignes 34 et suivantes. — Au lieu de : *dypsomanie*, lire : *dipsomanie.*

Page 230, ligne 17. — Au lieu de : *du lit*, lire : *au lit.*

LEÇON XX.

Page 244, ligne 22. — Au lieu de : *des faits qu'il constate*, lire : *de faits analogues.*

Page 252, ligne 13. — Au lieu de : *mesure certaine*, lire : *certaine mesure.*

LEÇON XXI.

Page 258, ligne 5. — Au lieu de : *processus anatomique de l'écorce cérébrale*, lire : *processus anatomique unique de l'écorce cérébrale.*

Page 267, ligne 10. — Au lieu de : *l'épilepsie*, lire : *l'hystérie.*

LEÇON XXII.

Page 271, ligne 19. — Au lieu de : *les réflexes rotuliens sont augmentés à gauche, diminués à droite*, lire : *les réflexes rotuliens sont conservés à gauche, augmentés à droite.*

Page 277, ligne 3. — Au lieu de : *on retrouve de suite*, lire : *on retrouve tout de suite.*

LEÇON XXIII.

Page 290, ligne 29. — Au lieu de : *dans la démence sénile*, lire : *dans les affaiblissements séniles.*

LEÇON XXIV.

Page 300, ligne 8. — Au lieu de : *les yeux fermés il gardait*, lire : *il gardait les yeux fermés.*

Page 305, ligne 3. — Au lieu de : *représentaient autant de symptômes contraires à ceux qui s'observent au cours de la démence précoce*, lire : *faisaient défaut, alors que ces symptômes existent dans la démence précoce.*

LEÇON XXVIII.

Page 361, ligne 4. — Au lieu de : *il se mêlait menaça de tout*, lire : *il se mêlait de tout, menaça.*

Page 364, ligne 15. — Au lieu de : *Mais*, lire : *Mis.*

LEÇON XXIX.

Page 377, ligne 2. — Au lieu de : *qu'il est*, lire : *qu'ils sont.*

Page 381, ligne 21. — Au lieu de : *Il n'était pas examiné*, lire : *Elles n'étaient pas examinées.*

LEÇON XXX.

Page 395, ligne 4. — Au lieu de : *et n'est plus*, lire : *et ce n'est plus.*

Page 396, ligne 35. — Au lieu de : *son jugement*, lire : *ses jugements.*

Page 399, ligne 25. — Au lieu de : *dans*, lire : *avec.*

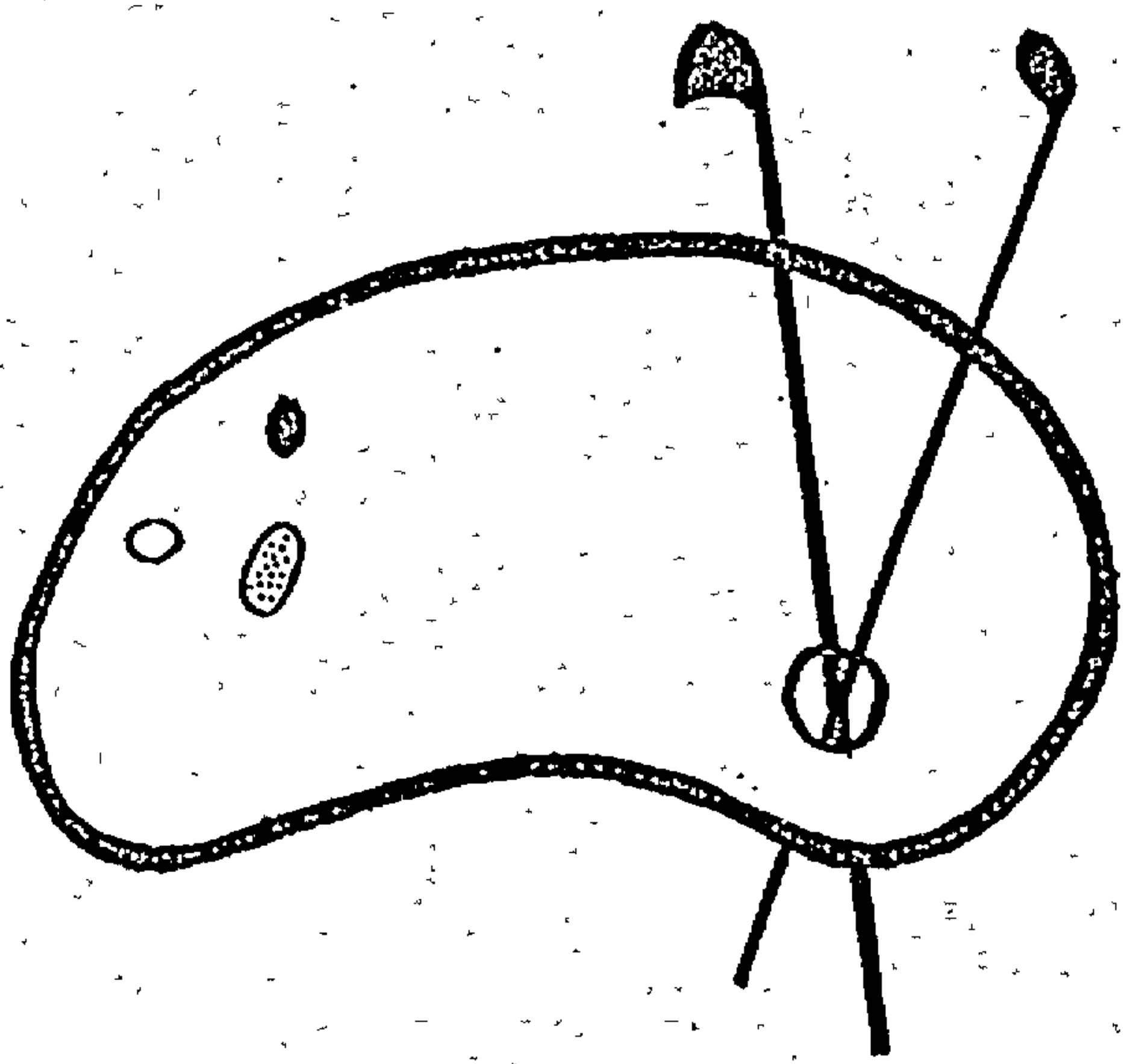
Page 404, ligne 1. — Au lieu de : *qui ne l'empêche pas de s'enthousiasmer*, lire : *qui lui permet de s'enthousiasmer.*

LEÇON XXXI.

Page 415, ligne 2. — Au lieu de : *possible*, lire : *encore plus marquée.*

9-8-06. — Tours, imp. E. ARRAULT et Cie.

DÉSACIDIFIÉ A SABL
EN : 1994



ORIGINAL EN COULEUR
NF Z 43-120-8