BnF Gallica

Études médicales du professeur Ch. Lasègue. Tome 1 / [Publié par A. Blum]

Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque H. Ey. C.H. de Sainte-Anne

BnF Gallica

Lasègue, Charles (1816-1883). Auteur du texte. Études médicales du professeur Ch. Lasègue. Tome 1 / [Publié par A. Blum]. 1884.

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.

Lasegue Ch.

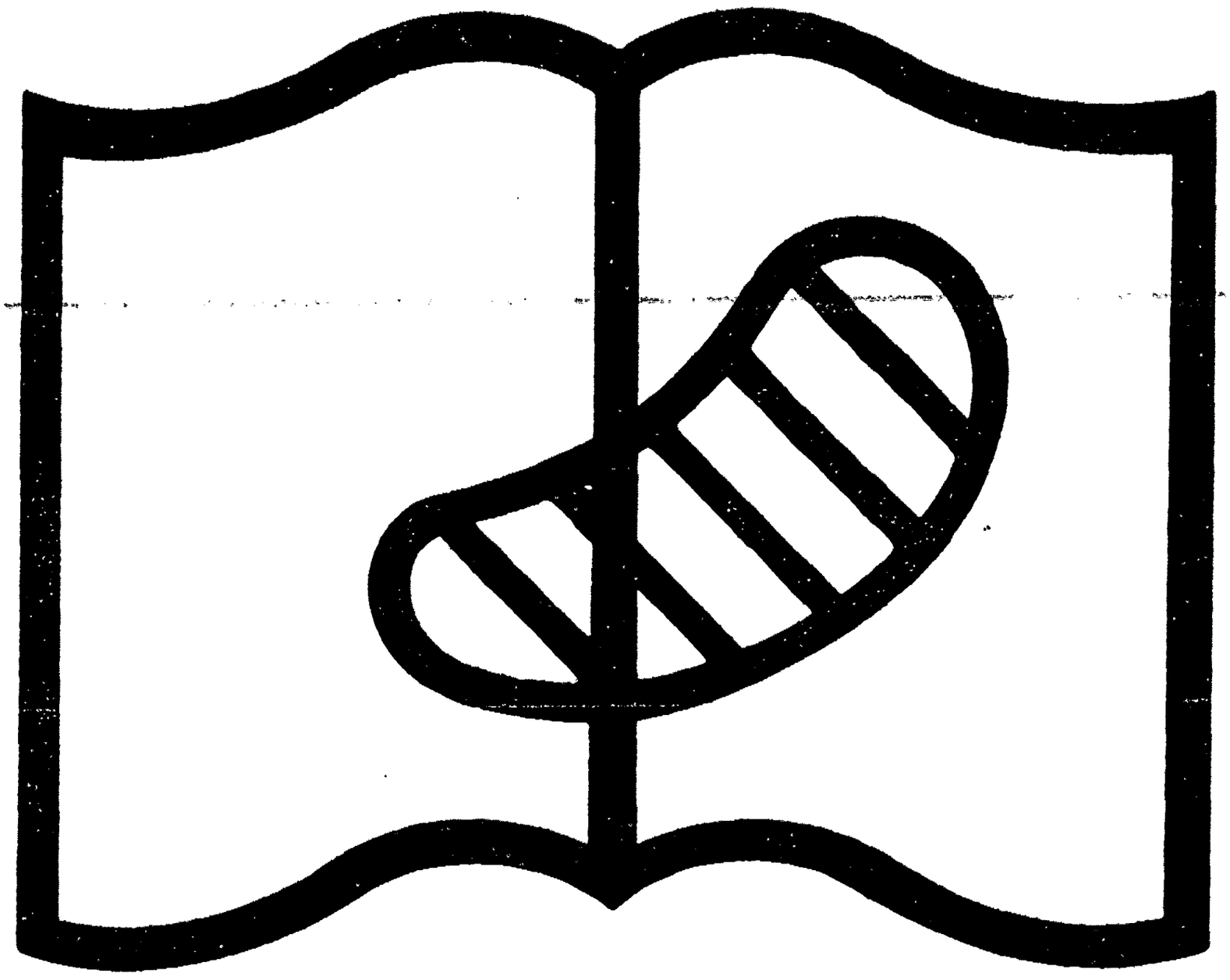
Etudes médicales.

Tome 1

Asselin et Cie

Paris 1884

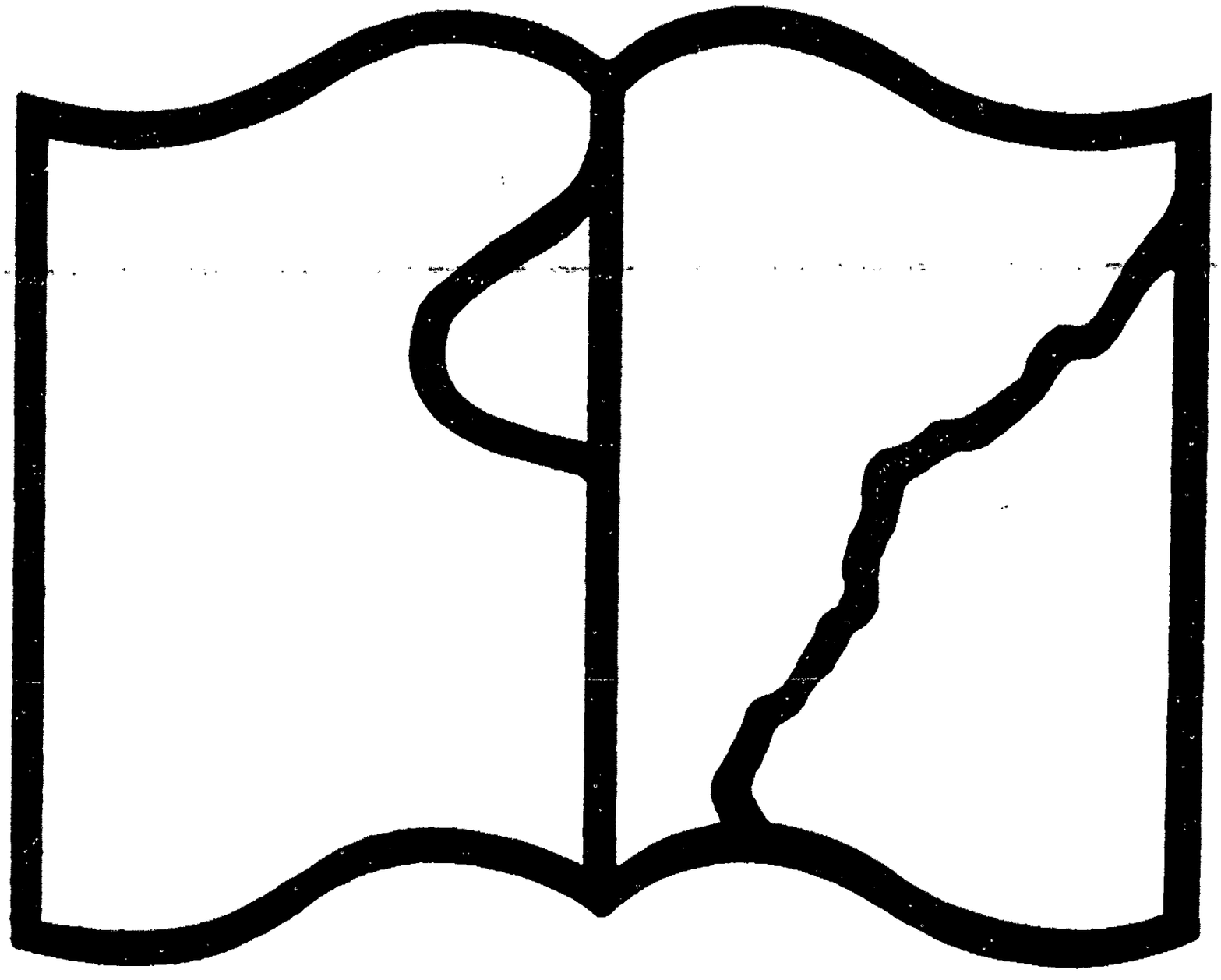
Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque H. Ey. C.H. de Sainte-Anne



Symbole applicable
pour tout, ou partie
des documents microfilmés

Original illisible

NF Z 43-120-10



Symbole applicable
pour tout, ou partie
des documents microfilmés

Texte détérioré — reliure défectueuse

NF Z 43-120-11

ÉTUDES MÉDICALES

DU

PROFESSEUR CH. LASÈGUE

8324-93. — Comm. Typ. et stér. Cadré

ÉTUDES
&
MÉDICALES

DU

PROFESSEUR CH. LASÈGUE

TOME PREMIER

PARIS
ASSELIN ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1884

Archives
BIBLIOTHÈQUE MUNICIPALE

PRÉFACE

La mort surprit le professeur Lasègue au moment où il parlait sérieusement de se retirer de l'enseignement.

Il estimait qu'après les fatigues d'une vie consacrée à la pratique et à l'instruction, il arrivait un moment où il devenait impossible de remplir consciencieusement la tâche de diriger les autres. Il pensait enfin qu'à un certain âge il faut faire place aux jeunes.

Ces idées il les partageait avec Trousseau son maître et nombreuses sont les analogies que présentent ces deux hommes qui seront la gloire de la médecine française et l'honneur de la profession. Bretonneau leur avait servi d'exemple et c'est dans les leçons du médecin de Tours que tous deux ont puisé l'esprit clinique et la méthode scientifique qui caractérisent leur enseignement.

Ils se faisaient gloire d'appartenir à cette école d'observation qui, à chaque époque, a compté d'illustres représentants et qui, quoi qu'on fasse, aura de fervents disciples, tant que la médecine aura pour but l'art de guérir.

Plaçant au second plan la médecine expérimentale qui déduit l'anormal du normal, la maladie de la santé, cette école considère que la maladie ne peut être étudiée que sur le malade; elle concentre là ses recherches et superpose

l'observation clinique à l'expérimentation. Pour elle la pathologie est une *science*, la médecine un *art*.

Lasègue ne pensait pas qu'il y eût antagonisme entre la science et la pratique et tout en tenant compte des recherches de laboratoire, l'étude même du malade était le point de départ et l'aboutissant de toutes ses recherches.

Mais pour lui l'observation n'était pas tout et l'observateur par son investigation doit jouer un rôle considérable. Il l'a bien montré dans les études si délicates qu'il a faites de l'hystérie, de la paralysie générale, des angines, etc.

A une grande facilité et une grande promptitude d'observation il joignait la correction du langage et l'élégance de l'exposition. C'est à ces qualités qu'il dut le succès immense et soutenu qu'il obtint dans ses cours de pathologie générale et de médecine mentale.

Il maniait la parole avec une facilité merveilleuse et si chaque leçon était pour lui un sujet d'inquiétude et d'émotion, il en était largement récompensé par l'assiduité de ses auditeurs et les applaudissements qu'ils lui prodiguaient.

Quand il fut nommé professeur, il renonça à la pratique journalière de la médecine pour se consacrer presque exclusivement à l'instruction.

Il aimait la médecine par dessus toutes choses et ses matinées étaient entièrement absorbées par son service d'hôpital. C'est là qu'il développait sans épargner ni son temps ni sa peine des vues originales, des conceptions nouvelles, poussant ses élèves dans une direction où chaque intelligence se meut à son gré, sans chercher à imposer la doctrine du maître comme un article de foi.

Son ambition était de rassembler autour de lui des intelligences vivant de la même vie, profitant de l'expérience du maître sans abdiquer leur spontanéité. Il voulait, prenant

au mot l'expression de famille médicale, que les élèves acceptassent respectueusement la tradition en réservant leur indépendance.

Il avait une manière d'observer et de voir qui lui était particulière. Le moindre symptôme devenait chez lui le point de départ d'une étude approfondie. Les idées qu'il énonçait sous une forme simple et facile avaient fait l'objet de méditations prolongées et étaient le résultat d'un labeur intellectuel considérable. Le professeur était inséparable du médecin : ils se complétaient l'un par l'autre.

Si Lasègue parlait de renoncer à l'enseignement ce n'était pas pour rester inactif. Il avait l'intention d'employer ses dernières années à reprendre ses travaux antérieurs, à les mettre à jour et à publier le fruit de sa longue expérience et de sa pratique consommée.

L'enseignement oral quelque brillant qu'il puisse être disparaît avec le maître. L'enseignement écrit reste le témoignage de l'activité scientifique et sous ce rapport le travail de Lasègue a été considérable. Il est peu de points de médecine auxquels il n'ait touché pour y présenter quelque vue nouvelle, quelque aperçu ingénieux. Depuis trente ans qu'il dirigeait les *Archives générales de médecine* il a publié de nombreuses études critiques et des travaux originaux, sans compter que, grâce à sa connaissance approfondie des langues étrangères, il fut un des principaux vulgarisateurs des théories nouvelles émises en Angleterre ou en Allemagne.

Le travail que Lasègue n'a pu mener à bonne fin, j'ai pensé qu'il était du devoir étroit de son élève, de son fils, de l'entreprendre. J'ai tâché de faire de mon mieux en réunissant les mémoires les plus intéressants, laissant de côté les articles de polémique ou d'actualité qui étaient dus

à la plume du journaliste plutôt qu'à celle du professeur.

Bien que souvent une bonne leçon puisse faire un mauvais article, j'ai intercalé dans cet ouvrage un certain nombre de leçons inédites recueillies et rédigées ces dernières années par ses élèves. On y trouvera des aperçus ingénieux, une manière originale d'envisager certaines questions, qui, je l'espère, doublera pour le lecteur le regret que Lasègue n'ait pu lui-même présider à cette publication.

J'ai été aidé dans ce travail par de nombreux élèves de M. Lasègue : Motet, Falret, Fernet, Legroux, Tapret, Hanot. Ducastel, Huette, de Beurmann, Frémy, de Brun, Marfan, Faisans, Queyrat, Charrin, Lermoyez, etc., je leur en témoigne toute ma reconnaissance.

Le zèle que j'ai rencontré chez tous ceux auxquels je me suis adressé m'a montré qu'ils avaient perdu un maître affectionné. Lasègue avait atteint son but : il avait réuni autour de lui une vraie famille médicale.

ALBERT BLUM.

(OCLC)

ÉTUDES

DU PROFESSEUR LASÈGUE

I. — ÉTUDES BIOGRAPHIQUES

ÉCOLE PSYCHIQUE ALLEMANDE.

STAHL.

En collaboration avec Morel.

Les différents systèmes qui, dans ces derniers temps surtout, ont présidé à l'étude de l'aliénation mentale, sont malheureusement peu connus en France. Soit que la préoccupation d'une direction nouvelle imprimée à cette partie de la science ait absorbé tous les esprits, soit qu'on ait été persuadé qu'il y avait peu d'emprunts à faire aux auteurs étrangers, on s'est renfermé dans l'observation présente et dans les inductions qu'il était légitime d'en tirer. Cette négligence de l'érudition, cette confiance dans ses seules forces qui accompagne toute impulsion neuve et puissante, a ses mérites et ses défauts. Aujourd'hui, cependant, que les diverses écoles sont mieux assises, que les questions commencent à recevoir des solutions, sinon plus définitives, du moins plus exactes, nous avons pensé qu'il ne serait

pas sans intérêt de faire l'examen des doctrines qui, dans ces derniers temps, furent professées en Allemagne surtout, en France et en Angleterre. C'est dans l'espérance de rendre quelques services à la science que nous commençons une série d'articles auxquels ces généralités serviront en quelque sorte de préambule.

Le traitement de la folie se fait aux mêmes conditions apparentes que toute autre thérapeutique médicale. Étant connus les symptômes et la terminaison, il s'agit, là comme ailleurs, de faciliter l'effort de la nature et d'appuyer l'action du médecin sur l'ensemble des phénomènes morbides que les observations antérieures, que les faits actuels nous fournissent : aussi, plus on augmentera la somme des éléments sur lesquels il est donné d'opérer, plus on ajoutera aux chances de succès. Déjà, sous ce point de vue, il est important de réunir des documents en grand nombre et de n'exclure aucune source d'investigation. Cependant si la médecine des aliénés a de frappantes analogies avec celle qui s'occupe des autres altérations maladives, elle en diffère par plus d'un point : ses ressources consistent non seulement dans l'emploi des moyens ordinaires, mais dans une tout autre forme de réaction, à laquelle on a donné, de notre temps, le nom de *traitement moral*.

Cette éducation spéciale et laborieuse par laquelle le médecin essaye de reformer, de reconstituer en quelque sorte l'esprit du malade, est tellement individuelle, qu'il semble impossible d'en établir la théorie aux mêmes conditions. Ainsi renfermé, comme l'*éducateur*, dans les limites de ses expériences personnelles, dominé par les formes de son caractère, le médecin est disposé à se créer sa science propre plutôt qu'à la demander aux autres. De là encore l'espèce de discrédit dans lequel l'érudition semble tombée de nos jours, et la nécessité de faire précéder par de courtes réflexions un travail si peu en harmonie peut-être avec les idées de notre temps.

Il est hors de doute que le traitement moral, dans son acception même la plus large, demande avant tout un esprit capable,

habile à saisir les nuances, prêt à tout événement, sachant profiter, par une sorte d'inspiration, de circonstances qui pour d'autres passent inaperçues. Ces qualités sont indispensables à quiconque veut tenter cette rude entreprise; mais, fussent-elles toutes réunies dans un seul homme, il n'en subira pas moins la double influence et des allures de son esprit et des idées dominantes de son époque. S'il essaye de s'y soustraire par la seule force de la réflexion, il y retombera toujours, à mesure que son énergie et son activité s'affaibliront dans les lenteurs et les difficultés de la tâche. Quand on pense aux obstacles dont s'environne toute éducation concentrée dans la seule personnalité du maître, on ne s'étonne plus de voir cette science avancer à peine au milieu du progrès de toutes les autres. Le médecin d'aliénés est arrêté par les mêmes empêchements, et s'il ne fait un violent effort pour sortir en quelque façon de lui-même, il use au bout de peu de temps presque toutes ses forces, et reste renfermé dans le cercle étroit qui s'est tracé autour de lui.

Le seul moyen d'y échapper est de faire un appel à des doctrines émises sous d'autres influences, et de redevenir d'autant plus volontiers l'élève d'une école, qu'elle s'est produite dans un ordre d'idées tout différent. L'histoire des systèmes qui règnent en aliénation mentale n'est pas seulement l'occasion d'un éclectisme plus ou moins indulgent, c'est le moyen de replacer son esprit dans des conditions nouvelles; mais il faut aborder cette étude avec des vues toutes spéciales.

Les opinions des auteurs ont par elles-mêmes une valeur que la critique apprécie. Si les anciens ont conseillé les frictions et les bains avec une vive instance, ce sont des faits dont l'origine est indifférente et que l'expérience peut juger ; si les saignées ont été vantées ou proscrites, c'est à l'observation de confirmer ou non leur opportunité. Sous ce rapport, l'histoire est de l'analyse : son premier, son seul mérite, est l'exactitude.

Mais le médecin qui s'adonne à la thérapeutique morale a besoin d'autres enseignements. Il faut qu'il trouve dans l'exposition d'un système non seulement les faits dégagés et mis en

lumière, mais l'ensemble des procédés par lesquels l'auteur est arrivé aux formes spéciales et toujours restreintes de son traitement. Obligé de faire en quelque sorte son intelligence en même temps que sa théorie, il doit rechercher quelle route a conduit dans la vérité, quelle route a mené à l'erreur. C'est une sorte de cours de logique appliqué à la spécialité si difficile qu'il cultive. Un semblable point de vue peut paraître étrange ; mais l'importance que nous lui prêtons sera confirmée par l'examen que nous ferons de chaque doctrine, en même temps qu'elle est déjà légitimée par le simple raisonnement.

Nous ne voulons donc pas nous contenter d'énoncer les faits, nous essayerons d'en expliquer la liaison. Chaque système peut se résumer dans un homme, et chaque homme dans un petit nombre de tendances. Il s'agit de juger les résultats et de remonter par les conséquences au principe. Par ce moyen, non seulement on évite de retomber dans les mêmes fautes en rentrant dans le même ordre d'idées, mais en même temps qu'on se garde des causes qui pourraient conduire à des erreurs, on entre dans la voie qui mène à des aperçus nouveaux. Si cette manière de voir n'a pas d'autre mérite, elle a du moins celui de nous faire toujours remonter aux sources. Des citations, des résumés d'emprunt ne sauraient suffire pour remplir une semblable indication. C'est l'écrivain, et l'écrivain lui-même, qui peut seul en fournir les éléments; et quand cette tâche est sérieusement remplie, on peut savoir quelque gré à ceux qui l'ont entreprise.

Une autre difficulté plus appréciable est celle qui consiste dans le choix des auteurs auxquels il convient de s'arrêter de préférence.

Nous avons dû, pour ne pas dépasser les limites imposées à toute publication périodique, nous renfermer dans l'étude des auteurs modernes.

L'antiquité (1), si riche en enseignements philosophiques, semble avoir laissé l'aliénation mentale dans un oubli assez fa-

(1) On peut consulter les *Recherches historiques* de M. le Dr Trélat sur l'aliénation mentale.

cile à comprendre. Il faudrait, pour donner le véritable intérêt au peu d'opinions que les anciens nous ont transmises sur la folie, les envisager plutôt au point de vue de la philosophie sociale que de la philosophie scientifique. Nous ne devons ni ne voulons entrer ici dans cet ordre de considérations.

D'une autre part, l'histoire de la médecine des aliénés aux quinzième, seizième et dix-septième siècles, tout en présentant des détails curieux, ne nous a pas paru susceptible d'une analyse critique de la nature de celles que nous indiquions au commencement de cet article. Ce n'est pas que quelques esprits éminents n'aient mis au jour des aperçus originaux, des idées pratiques, mais ces opinions isolées n'ont eu le plus souvent qu'une influence bien secondaire : nous en dirons d'ailleurs quelques mots, mais seulement pour constater ce qu'on pourrait nommer la période d'incubation de la science.

Arrive enfin l'époque, assez rapprochée de nous, où les observations commencent à se grouper, où les théories s'établissent, où la science, en un mot, devient une branche spéciale détachée de la médecine.

L'Allemagne peut réclamer une grande part dans l'honneur qui revient de droit à notre temps, pour les progrès immenses qu'a faits la thérapeutique des aliénés. Non seulement elle a pris part au mouvement commun qui se manifestait en France, en Angleterre, en Italie, en Hollande, mais, soit par les habitudes d'une éducation plus théorique, soit à cause de la direction de sa philosophie, elle a donné naissance à des systèmes plus définis et mieux délimités que nulle part ailleurs.

Or, c'est toujours une chose précieuse, dans l'histoire d'une science, de pouvoir rencontrer dès l'abord des catégories bien tranchées d'écoles et de doctrines qui rendent plus faciles les comparaisons ultérieures. Les divisions que nous aurions établies artificiellement, l'Allemagne nous les fournit toutes faites.

C'est donc par les médecins de ce pays que nous commencerons.

On sait que l'aliénation mentale, par les rapports plus intimes qu'elle entretient avec la connaissance de l'homme moral, s'est

toujours ressentie assez vivement de l'influence des systèmes philosophiques ou psychologiques : aussi les grandes divisions qui conviennent aux écoles de philosophie sont-elles également applicables à celles de la médecine des aliénés.

D'une part, le panthéisme, plus ou moins exclusif, avec ses conséquences, ses contradictions et ses vraisemblances; de l'autre le matérialisme physiologique ou sensualiste, avec ses emprunts, ses restrictions, ses prétentions à la méthode et à la certitude par l'observation et l'induction.

L'opposition souvent vive, toujours appréciable, qui sépare ces deux ordres d'idées, est un fait observé partout et de nature à frapper les yeux.

Seulement, en Allemagne, par un ensemble de circonstances dont nous ferons ressortir plus loin les principales, la distinction est plus saillante, l'exclusion plus prononcée que chez nous et surtout qu'en Angleterre.

L'école somatique d'aliénistes aurait pour représentants Nasse, Amelung, Grohmann, Friedreich, Jacobi, etc.

L'école psychologique compterait au premier rang Ideler, Heinroth, Hoffbauer, Reil, Benek, Langermann, etc., quoique les critiques allemands aient plutôt considéré ce dernier comme appartenant à une sorte d'école mixte, qui n'existe réellement pas chez eux, et qui renfermerait au contraire le plus grand nombre de nos écrivains spéciaux.

Les auteurs placés à l'un ou l'autre de ces deux points de vue si distincts se sont critiqués vivement, parfois même avec une âcreté dont Friedreich offrirait plus d'une preuve. Les concessions mutuelles ont été rares. Il en résulte que les travaux partis de ces deux centres indépendants n'ont eu que bien peu de réaction les uns sur les autres.

Nous sommes donc en droit d'isoler l'école psychologique allemande, de la considérer comme un tout unique, en dehors des doctrines somatiques contemporaines.

Mais s'il est permis de donner peu d'importance aux rapports qui s'établissent difficilement entre des systèmes produits dans

le même temps, mais sous des influences contraires; ce serait une grande faute, suivant nous, que de détacher une école de ses origines.

Qu'on nous permette donc, avant d'entrer dans les appréciations de détail, de rechercher à quelles conditions et pour ainsi dire au milieu de quelle atmosphère se sont développées successivement les idées dont Heinroth nous semble être la plus haute et la plus nette expression.

Au seizième siècle, qui commence en quelque sorte notre ère scientifique, commence aussi le mouvement qui doit dégager la science de l'aliénation de ses vieilles entraves pour la placer dans un sol où elle puisse devenir fertile. On trouve d'abord peu de livres écrits *ex professo* sur la folie. La plupart pouvaient se résumer dans le titre que Daniel Holbach donnait à son ouvrage : *De cognoscendis et curandis animi morbis ex sententia Galeni* (Venise, 1516). Presque toute la médecine, renfermée dans l'étude des œuvres des anciens, se perdait dans une admiration et dans une imitation serviles.

Il est hors de doute, et nous l'avons déjà noté, que dès lors des observations éparses, sans lien comme sans méthode, se rencontrent dans des traités généraux. On a cité, avec raison d'ailleurs, Michel Savonarola, J.-B. Montanus, qui, dès 1480, avaient donné des descriptions de quelques formes de manie.

Mais chez l'un tout se réduit à l'explosion des caractères les plus saillants de la lycanthropie et de l'érotomanie; chez l'autre, à quelques mots sur les maladies organiques concomitantes à la mélancolie.

Mercurialis, Albinus et bien d'autres, offriraient également quelques observations; mais ce n'est pas là qu'il faut chercher une impulsion profitable et capable de lancer la science dans une voie nouvelle.

Cependant, à l'occasion des auteurs modernes que nous examinerons, nous nous réservons de citer les anciens quand a comparaison sera utile : ainsi nous aurons occasion de parler plus d'une fois de Plater, l'auteur de la première classification des

maladies mentales; de Sennert, dont la thérapeutique est si riche, et de Morgagni, qui, dans ses lettres sur la manie et la mélancolie, nous a laissé des trésors d'observation.

On aurait donc tort, suivant nous, d'établir une descendance quelconque entre les écrivains auxquels on prête trop volontiers des mérites qu'ils n'ont pas, et les maîtres de la fin du dix-huitième siècle et du commencement du dix-neuvième.

D'un autre côté, ce serait une erreur aussi grande que de ne reconnaître aucun antécédent à ces progrès subits et rapides qui se sont manifestés si clairement et presque de nos jours.

L'école psychologique allemande dont nous nous occupons ici spécialement doit sa tendance, non pas à quelques faits plus ou moins bien relatés, mais d'une part aux grandes théories médicales, n'eussent-elles pas dit un mot de la folie, et de l'autre à la voie qu'ouvrirent, dès le seizième siècle, deux hommes dont les noms ne sont pas assez connus.

Nous voulons parler de la médecine légale, et des travaux de Weyer et de Zacchias.

Dès 1560, Jean Weyer, qui appartient à la France par ses études, à l'Allemagne par sa naissance, publia un livre *De prestigiis Demonum et incantantionibus*, où il s'efforçait de démontrer, contrairement à la législation régnante, que les malheureux accusés de magie n'étaient que des insensés.

Outre la portée philanthropique d'un pareil ouvrage, il eut le mérite d'appeler l'attention des légistes et des médecins sur les troubles qui, dans l'intelligence, résultent de l'aliénation.

Le premier ordre de phénomènes qui se présentait en pénétrant dans la science par cette voie que Weyer avait ouverte, c'était l'action de la folie sur la conscience et les facultés morales. Les perversions de l'entendement proprement dit ne venaient qu'en seconde ligne.

Or, en passant brusquement à Heinroth et à Ideler, nous retrouvons encore la même subordination, c'est-à-dire la folie envisagée plutôt au point de vue de la moralité qu'à celui de la raison.

En outre, Hoffbauer, qui fut aussi un grand légiste, nous servira, lorsque nous traiterons de ses doctrines, à montrer quelles étroites connexions on doit voir entre la médecine légale et l'étude de l'aliénation.

Nous avons dit qu'une autre source où l'école dont nous parlons ici semble avoir puisé les principes de ses opinions, ce fut surtout les grands systèmes qui, dès le seizième siècle, se produisirent dans le monde médical.

On conçoit qu'il nous est impossible de passer en revue tous les grands chefs d'école : il est évident d'ailleurs que ni les iatrochimistes ni les iatro-mécaniciens ne pouvaient avoir qu'une action négative pour concourir au développement des idées spiritualistes. Mais un homme auquel se rattachent profondément nos sympathies, à la fois philosophe et médecin, Stahl, vint imprimer une direction toute nouvelle.

Les doctrines de Stahl et des principaux philosophes de cette époque ont été, comme on sait, fécondées et préparées par le cartésianisme. L'application de la doctrine de Stahl à l'aliénation a été soupçonnée par Pinel lorsque cet illustre médecin dit que Stahl a transporté dans l'histoire de la manie les sombres heures de sa doctrine profonde et énigmatique.

Les Allemands de l'école psychologique le tiennent pour le père de la science de l'aliénation. Nous allons voir comme il a surtout aidé à son progrès et sur quel terrain il l'a placée.

Tout le monde sait sur quelles bases Stahl étaya sa grande œuvre médicale; mais il est arrivé à cet illustre auteur ce qui arrive aux esprits si puissamment systématiques. Comme toutes les parties de leur travail concourent vers un centre commun qui les relie, on se contente le plus souvent d'énoncer en quelques mots cette idée générale, toujours vague et incomplète si l'on vient à l'isoler, précise au contraire et nettement définie si on y rattache en quelque sorte tous ses aboutissants.

Après avoir cherché vainement dans l'anatomie, la chimie et les autres études accessoires, l'idée de la vie humaine et de l'unité scientifique d'où l'on pût déduire une thérapeutique

motivée, Stahl s'adresse à un autre ordre de considérations.

Mais si les résultats lui semblaient insuffisants, la méthode dut encourir le même reproche. Au lieu de l'observation minutieuse ennemie de la généralisation, il préféra une synthèse souvent hardie. De là les difficultés de son système; mais de là aussi la possibilité d'en déduire des applications à toutes les branches de la médecine, et en particulier à l'aliénation mentale.

Stahl admet que tout composé organique est porté par sa nature à une destruction prompte, immédiate.

La matière n'a pas en soi le principe de sa durée; mais en dehors d'elle il existe un principe supérieur de développement et de conservation d'où dépendent les relations matérielles, et qui lui assurent cette durée à laquelle elle ne saurait parvenir autrement.

La vie de l'homme se résume donc dans deux éléments :

La matière;

La force créatrice et conservatrice dont les divers organes ne sont en quelque sorte que l'expression particulière.

Le caractère propre du système est donc de trouver au milieu des modifications incessantes de la matière organique une loi qui domine son activité, qui la produise même et la dirige en vue d'un but pressenti. La tendance vers ce but unique explique alors la réaction mutuelle des diverses parties entre elles et l'action de l'ensemble sur les éléments isolés. Elle permet au médecin, quand il en a saisi la loi, de comprendre par la souffrance locale ou par les moindres manifestations d'un antagonisme maladif, ce que Stahl appelle l'impulsion pathologique générale. Rien qu'en posant ce point de départ et en apportant dans l'appréciation des états morbides une méthode jusqu'alors inconnue, Stahl rendait un signalé service. Mais si l'on veut bien nettement se rendre compte des intermédiaires par lesquels sa doctrine s'adapte à l'aliénation, et concevoir ainsi comment elle donne naissance à l'école psychologique allemande, il faut s'élever avec l'auteur à un autre ordre de considérations.

Nous avons dit que toute l'organisation physique était ordon-

née en vue d'un but ; existe-t-il également un principe d'unité dans les phénomènes de la vie morale?

Dans son système essentiellement théologique, et à mesure qu'il essayait de remonter vers la conception de la fin suprême de toute fonction, Stahl dut être frappé, et le fut en effet, des analogies que présentent dans leurs lois les organes du corps et les forces de l'intelligence.

Si l'état normal est soumis de part et d'autre à des conditions presque identiques, il en doit être de même de l'état maladif.

Stahl le comprit si bien que l'âme devint en quelque sorte pour lui le type des modes du développement pathologique, et qu'il fut conduit ainsi à confondre dans ses premiers mémoires l'âme raisonnante et le principe vital.

La force curatrice, conséquence de l'harmonie, telle que l'avait établie la nature, lui apparut au même degré dans les troubles de l'aliénation, et il pressentit l'intervention de la raison comme fondement de la thérapeutique mentale.

Si on descend dans les détails du système, on voit encore plus clairement combien dut être grande l'influence de l'école stahlienne.

En effet, après avoir montré quel est le rôle de l'âme présidant par sa force autocratique à l'activité générale, réagissant en vertu de sa puissance curatrice et conservatrice contre la corruption inhérente à la matière, il fallait expliquer l'intervention de la maladie.

L'intention de la nature est toujours bonne, *intentio bona:* pourquoi les résultats n'y correspondent-ils pas ?

C'est pour répondre à cette objection que Stahl, obligé d'abandonner l'observation, s'élance jusqu'aux plus hauts problèmes de la philosophie, quoique lui-même semble s'en défendre dans ses discussions avec Leibnitz. Il ne s'agit plus, en effet, de constater par un acte la limite d'action d'une force, il faut remonter jusqu'à la nature essentielle de la force.

Si le régime de l'économie est troublé, c'est, dit-il, que l'*idée* elle-même en est troublée. Or, quelle peut être l'origine de ce

désordre contraire au but primitif de la création, si ce n'est une sorte de désobéissance à la mission que l'homme avait reçue? Chemin faisant, Stahl cite la croyance, à laquelle il se rattache, de la faute originelle, comme explication suffisante : ailleurs il va plus loin en donnant toute tendance comme la source de tous les troubles.

Peut-être cette expression des idées de Stahl et de leurs conséquences ultimes semblera-t-elle avoir quelque étrangeté. Cela tient à ce que peu de critiques ont cherché véritablement quel lien unissait la médecine animique et les théories de l'aliénation.

Cela tient peut-être encore à ce que nous avons dégagé ces principes des applications auxquelles l'illustre auteur les rattache toujours, pour en démontrer la réalité expérimentale.

Il n'en est pas moins vrai que Stahl a eu le singulier mérite de donner à la philosophie appliquée sa méthode, d'en bâtir les fondements, et de poser les premières pierres de l'édifice scientifique dont il avait pour ainsi dire deviné le plan.

On pourra se convaincre de la haute influence qu'auront ces grandes conceptions à mesure que nous avancerons dans l'étude des écoles d'aliénistes qui se rattachent au même point de vue.

Stahl avait été forcé par la nature des choses d'arriver à la moralité, énoncée plus ou moins expressément, à la moralité indépendante des réactions extérieures plus ou moins accidentelles, comme principe de l'ordre dans la vie du corps et de l'entendement, et d'autre part à l'immoralité, comme cause unique de toute perturbation.

L'école psychologique allemande étendit cette loi davantage et en fit le principe du traitement de la folie. C'est ce point de départ, dont nous rapportons en grande partie l'honneur à Stahl, qui constitue pour nous le caractère de l'école par laquelle nous avons cru devoir commencer la série de ces Mémoires.

Il était naturel alors de choisir, pour le placer en tête, l'écrivain dont on pourrait dire qu'il a donné la formule transcendante de tout le système.

Heinroth, que la mort vient d'enlever au monde savant, avait

eu cette hardiesse, qui n'appartient qu'aux esprits supérieurs, de pousser ses croyances jusqu'au dernier terme où pouvait les mener la logique.

Penseur profond, chercheur érudit, il était homme à faire toutes les concessions de détail sans jamais en accepter aucune dans les principes.

Sa doctrine, citée bien des fois, l'a été trop souvent avec une sorte de raillerie facile d'ailleurs à déverser sur les systèmes sérieux et tellement pressés que ce n'est qu'avec effort qu'on en peut suivre la trame.

Sans accepter, bien s'en faut, toutes les idées d'Heinroth, nous les trouvons assez souvent vraies pour qu'elles soient toujours respectables. Aussi, en exposant avec conscience l'ensemble de sa théorie, nous croyons non seulement rendre quelques services à l'étude de l'aliénation, mais relever la mémoire d'un homme qu'on a plus souvent critiqué chez nous qu'on ne l'a lu.

Heinroth était né à Leipsig en 1773. Il est mort dans la même ville en octobre 1843.

Sa biographie, comme celle de la plupart des penseurs allemands, présente peu d'incidents remarquables. Attaché en qualité de médecin à un grand hôpital d'aliénés, il fut dans sa pratique ce qu'il était dans ses théories : hardi, consciencieux et sévère.

Il faudrait, pour tirer d'une biographie tout ce qu'elle renferme d'utile, pouvoir suivre cet esprit éminent dans son existence intime, assister en quelque sorte aux détails du traitement; voir, en un mot, comment le médecin et le philosophe avaient réagi l'un sur l'autre: on arriverait ainsi à juger par les faits la valeur pratique des idées générales, et à présenter, au lieu d'une appréciation toujours vague, des démonstrations inattaquables.

Malheureusement nous n'avons pu entrer dans cet ordre de considérations. Les renseignements fournis par les compatriotes d'Heinroth sont empreints d'une telle partialité qu'on ne saurait s'en remettre à leur exactitude; en outre, l'école fondée par ce

maître habile se tient toujours à une trop grande hauteur pour qu'on puisse lui demander des détails d'application minutieuse.

Un fait cependant que nous ne pouvons passer sous silence, c'est le séjour d'Heinroth en France, où il avait suivi les savantes leçons de Pinel et d'Esquirol. Quoique les éléments de ses doctrines, et surtout le point de vue auquel il se place, soient bien loin des habitudes scientifiques de notre pays, il n'en avait pas moins ressenti vivement l'influence de nos principes. Lui-même il y revient souvent dans ses ouvrages, et à propos de la thérapeutique morale, il insiste vivement sur les mérites particuliers de ce qu'il appelle l'esprit français, sur ses ressources ingénieuses, dont il avait eu tant d'exemples.

« Les opinions, dit-il quelque part en cherchant à caractériser « chaque école, les opinions sont plus ou moins mélangées d'er- « reurs et de vérités suivant le caractère national. — L'Italien « aime l'antiquité, le Français la nouveauté, l'Anglais les idées « positives et durables, l'Allemand aime tout : aussi les Italiens « sont restés stationnaires, les Français ont fait un pas, les Anglais « maintiennent leur position, les Allemands cherchent la leur. »

Les principaux ouvrages d'Heinroth, en exceptant ses travaux sur les œuvres de Georget, de Burrows et d'Esquirol, sont :

1807. Principes qui doivent diriger dans l'étude de l'organisme humain.
1810. Considérations sur l'étude des maladies en général.
1818. Étude des troubles de l'âme et de leur traitement.
1822. Traité d'anthropologie (2 vol.).
1823. Traité de l'étude de la santé de l'âme (2 vol.).
1824. De la vérité.
1825. Conseils aux médecins psychiques sur le traitement des maladies mentales.
1826. Système pour l'étude de la médecine psycho-légale.
1827. De la psychologie comme devant amener à la connaissance de soi.
1828. Des défauts de l'éducation et des conséquences qui en résultent.
1829. Recherches sur l'histoire, la philosophie et la foi.
1830. Histoire et critique du mysticisme chez tous les peuples connus et dans tous les temps.
1833. Bases de la psychologie appliquée à la criminalité.
1834. Du mensonge.
1834. De la conduite à tenir dans le début des maladies mentales.
1830. Étude de la véritable destinée de l'humanité.

Heinroth s'est, en outre, fait une réputation comme littérateur et comme poète : son livre de philosophie humoriste, intitulé *Treumund Wellentreter*, jouit en Allemagne d'une vogue populaire.

Toutefois l'œuvre la plus importante au point de vue de l'aliénation mentale, celle qu'on peut considérer comme résumant le système, c'est bien évidemment le Traité des troubles de l'âme.

Nous nous y attacherons de préférence dans le cours de cet exposé.

La plupart des médecins qui, dans notre pays, ont appelé la philosophie au secours de la médecine des aliénés, se sont placés au même point de vue. Il leur fallait plutôt une nomenclature des facultés normales de l'entendement qu'une systématisation complète et fortement coordonnée : aussi chacun accepta presque sans examen la psychologie qui lui était transmise par les hommes spéciaux. Pinel, on le sait, avait pour la métaphysique aussi peu de sympathie que Locke et Condillac, et de nos jours encore, à propos d'Heinroth lui-même, on a fortement protesté contre la philosophie nébuleuse et inintelligible de l'Allemagne.

Les doctrines sur la folie devinrent ainsi le reflet des opinions ou des tendances psychologiques contemporaines, sans qu'il y eût là autre chose qu'un emprunt fait pour le moment à des notions accessoires.

Le système d'Heinroth est en opposition complète avec une telle manière de voir. La raison en est facile à saisir : tandis que presque tous les médecins avaient appelé les enseignements philosophiques au service de la médecine toute faite, Heinroth prétendit constituer la médecine en vertu des principes de sa philosophie.

Si on se représente à quelles conséquences il fut conduit par ce renversement des idées reçues, on s'expliquera sans peine et l'accueil peu favorable que firent à ses ouvrages la France et l'Angleterre, et l'extrême importance qu'il attache à l'exposition de ses croyances philosophiques.

Pour nous, l'originalité de la doctrine d'Heinroth est toute dans la méthode qu'il créa de la sorte; et quelque grave objection qu'on ait eu droit de faire à ses opinions métaphysiques, il n'en garde pas moins le singulier mérite d'avoir ouvert une route qu'ont parcourue depuis la plupart des médecins-philosophes de l'Allemagne.

De ce point de départ exclusivement philosophique, il résulte que les éléments de sa théorie sont empruntés à un ordre de pensées auquel les médecins d'aliénés n'ont pas coutume de puiser les principes qui les dirigent.

De là vient aussi l'obscurité apparente que lui ont reprochée tous ceux qui voulaient isoler la partie purement médicale, et la juger en elle-même indépendamment de ses antécédents logiques. Vouloir apprécier Heinroth en dehors de ces préliminaires, c'est renoncer à toute critique légitime et motivée; nous dirons plus, c'est renoncer à l'intelligence du système.

Persuadé qu'il est impossible de transformer ainsi en simples détails pratiques des conseils généraux qui embrassent une large direction, nous avons accepté dans toute leur étendue les limites que le savant aliéniste s'était posées.

L'homme vit, dit Heinroth, en tant qu'homme, par la raison.

Mais si la raison est le dernier terme et le but supérieur de l'activité humaine, l'intelligence doit parcourir bien des degrés avant d'atteindre ce dernier échelon.

Qu'on examine, en effet, l'homme dans les phases de son développement, on verra par quelle progression l'entendement semble monter vers son but en se dégageant de plus en plus de ce qui pouvait l'en détourner.

Au premier degré, l'enfant n'a qu'une existence objective. Il est *tout sens*, comme dit Heinroth; son but, c'est la jouissance; son Dieu, c'est le hasard.

Au deuxième degré, l'individualité, perdue jusque-là dans le monde extérieur, se replie sur elle-même; le moi se dessine en opposition avec les phénomènes qui se passent hors de lui. L'homme, à la fois corps et âme, unité irrésoluble, qui se ren-

ferme sous la seule notion du moi, n'isole l'âme du corps que comme deux faces opposées du même objet, comme deux apparences, l'une interne, l'autre externe. « C'est un arbre dont les racines sont cachées dans la terre et dont le sommet est dans les cieux. »

L'âme, à la fois être sensible, connaissant, volontaire, se produisant sous cette triple forme, tend à absorber dans son activité propre tout ce qui n'est pas elle.

A ce deuxième degré, que ne dépassent jamais la plupart des hommes, la vie entière est remplie par des luttes ou des relations amies entre le moi et le non-moi. Il n'y a rien de plus pour l'homme que lui et le monde.

Mais, au-dessus de ces intermédiaires incomplets, jetés entre le point du départ et celui de l'arrivée, s'élève le dernier terme du perfectionnement humain.

L'opposition ne se manifeste plus entre le moi et le non-moi, mais dans le moi lui-même apparaît un élément d'antagonisme jusqu'alors inconnu.

« Un cri de réprobation s'est fait entendre; c'est la conscience (*das Gewissen*) qui vient prendre sa place et commander. »

Cependant, si on la considère comme une simple forme du développement du moi, la conscience n'est encore que le germe d'une action supérieure qui, de même que l'idée platonicienne, descend d'une origine plus élevée.

Elle est dans le moi « comme une *étrangère* à la recherche de quelque chose qui devrait être en nous, mais n'y est pas. » C'est un guide infatigable qui nous conduit toujours et nous rappelle, au besoin, dans la route que nous devons suivre pour arriver à notre but. Tant que nous nous laissons mener par elle, une merveilleuse harmonie s'établit entre nous et le monde extérieur; il y a unité dans la vie de l'homme, parce qu'il y a conformité avec sa mission.

Où règne la conscience, il n'y a plus de guerre; c'est le repos de la conquête, et la raison vient trôner sur les débris du moi et du non-moi, que la foi dans la conscience a dominés. Tant

qu'il fallait combattre contre lui-même ou au dehors, l'homme était incapable de s'élever à la connaissance suprême. A présent qu'il est libre, tout s'agrandit : l'entendement monte solennellement vers Dieu, et cette raison pure, dégagée d'entraves, n'est encore que la conscience se révélant dans sa plénitude.

A cette lumière soudaine, l'homme aperçoit le but final auquel il aspirait dans les vagues angoisses de son premier développement; la vie matérielle transitoire ne lui suffit pas : il a entrevu la vie pieuse, *la vie dans l'amour*, *la vie en Dieu*.

Telles sont les lois du progrès dans l'âme humaine, lois nécessaires, mais auxquelles l'homme peut se soustraire en vertu de sa liberté.

Ainsi vivons-nous sollicités par des forces diverses, suivant que nous choisissons l'inspiration divine ou les attachements terrestres, « car l'homme est placé dans ce monde sur le piédestal de l'attente. »

En résumé, l'individu suit, dans son développement, des phases successives, ou plutôt, pour parler le langage de Leibnitz, c'est une *évolution* de sa nature tout entière. Si l'on se contente, observateur attentif, de noter la façon dont cette évolution s'opère, on arrive à la psychologie, simple récit sans commentaire et sans interprétation. Si l'on veut, au contraire, pénétrer au delà, si, non content d'enregistrer le fait, on en cherche la cause et la loi première, on devient philosophe et l'on cesse d'être psychologue.

C'est ce que Heinroth fait franchement et sans restrictions; il ne lui suffit pas que l'intelligence humaine suive telle ou telle marche, qu'elle débute par les sens ou par la raison; il prétend expliquer pourquoi l'un a précédé l'autre. Il est conduit ainsi, par cette recherche continue et profonde, à découvrir au dernier terme de la science la moralité supérieure, comme principe des actes de l'homme qui vit en harmonie avec sa fin dernière : le bien.

Plus l'homme approche du bien, plus il entre dans l'essence de son être; plus il s'en éloigne, au contraire, plus il s'écarte

des conditions de son existence sur la terre et dans l'avenir. Si, séduit par les apparences, il croit suivre sa direction, se conformer à sa destinée en prenant tout autre chose que le bien comme mesure de ses perfections, il s'égare infailliblement.

Qu'il s'adresse au plaisir ou qu'il s'adresse à la raison, il sera toujours hors du vrai.

Le plaisir, en effet, n'est que la concordance de toutes les parties agissant simultanément en vue du bien.

La raison, c'est encore le bien ; c'est la conscience morale remontant jusqu'à Dieu, sa source.

Toute loi est donc subordonnée à la loi morale. La moralité doit être le but de tous nos efforts; elle est en même temps la mesure de notre amélioration. Plus nous vivons détachés de tout le reste, libres du monde, des sens, de notre individualité elle-même, pour tendre à nous abstraire dans cet attribut divin, plus nous sommes près de la perfection.

On comprend par ce rapide exposé pourquoi lorsque, dans les prolégomènes de ces études historiques, nous recherchions les origines de l'école psychique allemande, nous avons surtout insisté sur l'influence qu'exercèrent les doctrines morales et celles des légistes. L'entendement, en effet, est subordonné à la conscience; l'homme intelligent n'est que l'homme de bien, *vir bonus;* la moralité est la loi normale de l'activité humaine.

Après avoir vu comment le métaphysicien avait compris l'ensemble de la vie humaine, voyons quel profit le médecin va retirer de ces théorèmes philosophiques.

En effet, il s'agit avant tout d'une théorie de l'aliénation. A quelques considérations qu'elle emprunte ses origines, elle devient acceptable du moment qu'elle est vraie dans ses applications à la maladie : le seul critérium de ces propositions est dans la légitimité de leur pratique. Si Heinroth avait tenté seulement d'élever un de ces édifices philosophiques qui demeurent éternellement en dehors des réalités de la vie, nous devons le reconnaître pour être juste, il aurait peu ajouté aux acquisitions de la science; presque toutes ces choses ont été pensées et dites:

mais seulement elles ne l'avaient pas été, *ex professo*, en vue du traitement de la folie.

Pour le médecin, l'homme, indépendamment de toutes les modifications que subit sa nature, est placé dans deux états bien différents. L'opposition de ces deux états, la transition de l'un à l'autre, constituent l'objet de la science médicale : nous voulons parler de la santé et de la maladie.

Quelles conclusions générales Heinroth a-t-il déduites de ses prémisses sous le triple rapport de la santé, de la maladie et de la médecine?

Pour celui qui ne vit que de la vie du corps, la santé consiste dans l'accomplissement des fonctions organiques et le bien-être qui en résulte.

Celui qui vit de la vie de l'âme ne se contente pas de cette demi-santé. La conscience avait besoin, pour arriver à sa perfection, d'une sorte d'aspiration vers une sphère plus relevée. Tant que ce désir n'a pas été satisfait, il y a eu lutte et souffrance : dès qu'il est rempli, que l'homme a compris comment le bien est sa fin extrême, il en résulte un sentiment de bonheur intime que rien ne peut troubler.

La santé n'est donc autre chose que l'harmonie merveilleuse de nos pensées, de nos désirs, accompagnée de la jouissance qui s'attache providentiellement à l'accomplissement intégral d'une fonction. Avec elle et par elle, le corps est plus ferme, le sang circule plus librement, l'être, corps ou âme, en un mot, a reçu sa véritable impulsion.

Au contraire, l'état maladif commence quand les ressorts de l'organisme ont perdu leur unité d'action. Dès qu'il y a maladie, on éprouve un malaise intime, conséquence des entraves que la force vitale a rencontrées dans ses diverses manifestations.

La maladie est donc la suspension des forces de la vie, comme leur anéantissement est la mort.

Mais, de même que la santé procède primitivement de la satisfaction de la conscience, et que la vitalité irradie de la raison aux organes du corps, de même aussi la maladie ne saurait être

conçue comme localisée dans le corps; il faut remonter jusqu'à la raison pour en saisir la véritable origine.

Nous l'avons déjà dit : pour Heinroth, s'isoler du monde extérieur, se renfermer dans l'idéal du bien, élever enfin la conscience au-dessus des désirs et des tourments, c'est donner à l'être humain l'harmonie qui fait sa force et sa santé. L'homme qui vit en dehors du monde extérieur se suffit à lui-même; celui qui se laisse aller au monde, au contraire, est agité par des désirs sans cesse renaissants. La sensibilité s'exalte sans trouver de satisfaction, sans en avoir de possible. L'amour des choses terrestres, aiguillonné par le désir, essaye en vain de se fixer d'une manière durable : on souffre, on a des craintes, et le fruit de ce douloureux enfantement, c'est la passion.

La passion est donc une forme maladive qui prend sa source dans les troubles de la sensibilité. Variée suivant les objets sur lesquels elle se porte, elle est une dans son essence, et nous ravit toujours, avec le libre développement, le bonheur qui suit l'exaltation de la conscience.

Mais après que la passion a pris sa source dans la sensibilité, elle réagit de là sur toutes les autres facultés de l'homme; elle jette l'intelligence dans des erreurs profondes, véritable produit morbide; et quand la volonté, s'enchaînant à la passion, se complaît dans ces illusions dangereuses, elle les sanctionne de toute sa puissance.

Alors, pour emprunter à la théologie un mot qui manque au vocabulaire des philosophes, *le péché* fait son entrée dans l'âme, et à mesure que sa possession est moins contestée, il devient le vice. Le vice, dit Heinroth, est l'œuvre de la volonté; il s'élève, non pas hors de la raison, mais contre elle. La guérison en est toujours difficile, souvent impossible, par l'affaiblissement successif de la force morale, et en dernier lieu par son anéantissement.

Telle est l'origine de la passion. Née au moment où la conscience a disparu, elle se développe libre en apparence, mais en réalité poussée par une excitation extérieure à laquelle elle ne

saurait opposer de véritable résistance. La moralité s'éloigne peu à peu, et avec elle la raison sa compagne; reste seulement, et parfois, la prudence qui doit, comme dit Heinroth, protéger et défendre la maison. Une progression plus ou moins rapide mène une passion au vice, c'est-à-dire à son dernier terme.

Voilà donc la marche des états passionnés de l'esprit, et leur rapport avec l'état sain ou l'harmonie complète des facultés, telle qu'elle était sous l'influence de la foi morale.

Quand on a compris par quels procédés Heinroth croit nécessaire d'arriver à la théorie de la passion, il est facile de se rendre compte des moyens qu'il emploie pour théoriser la folie.

L'aliénation ne saurait être confondue avec le vice; elle en diffère par des caractères de degré et de durée qui sont mis en lumière depuis longtemps, et sur lesquels tous les médecins spéciaux ont suffisamment insisté; et si le résultat extrême, si le terme ultime des deux progressions n'est pas le même, il en résulte que les intermédiaires présenteront également des différences, dussent-elles provenir toutes deux d'un semblable point de départ.

En représentant notre pensée par une comparaison empruntée aux combinaisons numériques, nous dirons qu'étant donné un premier terme, deux séries également progressives sont instituées, mais avec des *raisons* différentes. L'une est celle qui mène au vice, l'autre est celle qui mène à la folie.

L'homme, privé de la force intelligente que donne le sentiment du bien, est obligé de demander à l'excitation artificielle l'élément actif de sa nature. La faculté par laquelle se transmet cette incitation, et qui prend le nom, malheureusement vague dans notre langue, de sensibilité (*Gemüth*), se tourne forcément sur les choses du dehors. En effet, obéissant à la nécessité qui régit tout être vivant, l'individu a besoin d'emprunter hors de lui ce qui doit continuer son exercice; il a renoncé volontairement à puiser à la source de la morale, la seule pure et durable : il lui faut recourir à des moyens artificiels pour *étancher sa soif de vivre*.

L'histoire des intermédiaires que l'esprit poursuit ainsi laborieusement avant d'être entraîné dans le désordre de la folie, constitue pour Heinroth la véritable théorie de l'aliénation. On le retrouve ainsi fidèle à la méthode sur laquelle nous avons tant de fois insisté : rechercher les lois de l'esprit *in actu*, et ne pas se contenter des inductions qui s'établissent sur l'esprit stationnaire. Toutefois il a besoin dès l'abord d'invoquer un postulat que lui concéderont difficilement un grand nombre de médecins aliénistes; c'est que l'origine des troubles de l'âme est tout entière dans ce travail intérieur, dans cette disposition intime; que tout le reste, accidents somatiques, événements malheureux, impressions violentes, éducation même, serait inhabile à créer l'aliénation sans cette diathèse morbide.

Ce principe une fois admis, et le but de la recherche étant légitimé, suivons Heinroth dans chacun des termes de la progression vers la folie, comme nous l'avons accompagné dans celle qui conduisait au vice.

Quand la sensibilité cesse d'avoir son guide naturel, sa première manifestation, ou pour mieux dire, son premier *moment*, c'est le tempérament ou le caractère qui, suivant l'expression scholastique, devient la matière dont l'égoïsme est la forme. En d'autres termes, l'individu se conformant à ses goûts personnels obéit dans chacun de ses actes à une passion égoïste. Comme, dans cet ordre d'existence, la liberté n'est jamais ni complète ni de longue durée, il en résulte que le caractère d'un tel état est essentiellement négatif, qu'il s'accompagne d'un vague sentiment de malaise ou d'incertitude.

Plus l'indécision augmente, plus la raison diminue pour faire place à la sensibilité; bientôt la sensibilité finit par régner seule et sans règles. Il ne manque à la folie pour se produire qu'un seul élément, c'est l'excitation.

L'incendie préexiste virtuellement et dans les matériaux et dans leur disposition favorable; l'excitation est l'étincelle.

Ainsi, la sensibilité (*Gemüth*) croît en raison de l'affaiblissement de la conscience; non pas qu'elle devienne plus active ou

qu'elle prenne une forme déterminée, mais elle exagère sa manière d'être préexistante. Principe essentiel dans la vie de l'âme, puisqu'elle se trouve au commencement de toute détermination, à l'origine de tout désir, la sensibilité devient le point de mire sur lequel le médecin doit sans cesse avoir les yeux. Le premier degré de la *préparation* de la folie est donc pour Heinroth la superposition des forces extérieures à celles de la raison; le second degré est la prédominance de la sensibilité et la disparition du seul élément conservateur, qu'il désignait vaguement sous le nom de prudence.

On comprend d'ailleurs que la lutte entre la raison persistante et la sensibilité peut être plus ou moins pénible, que les éléments d'excitation peuvent avoir une plus ou moins grande énergie.

Tous les troubles de l'âme ont donc pour double origine : la disposition préalable de l'esprit et l'excitation (*Reiz*). Mais pour que l'aliénation se produise, il est nécessaire qu'ils se trouvent en rapport à un degré suffisant et avec une puissance déterminée; il faut, en un mot, ce qu'Heinroth appelle l'état de maturité.

En effet, l'excitation peut être assez active pour occasionner la folie; mais la sensibilité n'est pas prête à recevoir sa funeste influence; elle tient encore aux vraies conditions de la morale par des liens plus ou moins faciles à détacher; elle a bien perdu sa véritable nature, mais, comme une constitution délabrée, elle lutte contre la mort avec des ressources extrêmes. Ainsi l'amour-propre, le désir de sa conservation, etc., sont les derniers efforts jetés entre la vie bien ordonnée et l'aliénation.

Du jour où la sensibilité a perdu son seul et faible soutien, la liberté disparaît de l'âme devenue la proie de l'excitation, et la sensibilité est violemment sollicitée hors d'elle-même ou anéantie, selon que l'excitation agit positivement ou négativement.

Il y a, en un mot, pour me servir d'une comparaison familière à Heinroth, neutralisation d'excitation et de sensibilité, et formation d'un nouveau produit dont les caractères sont tout autres; ce produit, c'est la folie confirmée.

Telle est, exposée à grands traits, mais sans rien omettre des points essentiels, la théorie d'Heinroth.

On voit, et nous ne saurions trop le redire, que le système en entier porte sur la génération de la folie et sur la transition de l'état sain à l'état malade. Obligé de représenter un mouvement, Heinroth n'avait pas les facilités de classification que donne l'étude d'une nature au repos. La physiologie, et l'on peut appliquer ici ce mot, est autrement difficile que l'anatomie des affections morbides : aussi le reproche d'obscurité est-il un de ceux qui se sont reproduits le plus souvent, en France surtout et en Angleterre.

Une autre critique plus grave porte sur l'ensemble du système, et comme elle tient au fond même des idées et de la méthode, elle nous fournira l'occasion d'indiquer nos opinions personnelles sur la valeur des doctrines d'Heinroth.

Nous avons montré comment Heinroth établissait une double série progressive, qui, une à l'origine, se dédoublait bientôt pour conduire d'une part au vice, de l'autre à l'aliénation. Nous avons parcouru séparément chacune des deux routes, ce que l'auteur et les critiques ont toujours eu le tort de ne pas faire avec netteté. Les principales objections portent en effet sur la difficulté d'isoler les deux directions et sur leurs délimitations mutuelles. D'un autre côté, nous avons reproduit avec la plus rigoureuse exactitude et avec une insistance qui doit, au premier abord, sembler excessive, les principes généraux sur lesquels tout s'appuie.

Nous l'avons fait parce que, s'il était nécessaire de détacher les deux embranchements de la passion et de la folie, il ne l'était pas moins de faire ressortir leur origine unique et le pourquoi de cette unité.

Friedreich, un des chefs de l'école somatique allemande, s'est attaché avec une persistance particulière à combattre sur tous les points la manière de voir d'Heinroth.

Il est à regretter, suivant lui, que Heinroth ait dépensé tant de talent à étayer un système faux et immoral. Il rapproche même

ces doctrines des folies qu'avait déjà débitées Windeschmann dans son mémoire, *Sur quelque chose qui manque à l'art de guérir*, où il veut qu'on range l'exorcisme, les aspersions d'eau bénite, parmi les moyens rationnels de traitement moral. Friedreich sait bien qu'Heinroth est loin de pareilles idées; mais il semble redouter avant tout que les auxiliaires du traitement moral du médecin de Leipzig ne soient pour ses élèves des capucins ou des dominicains avec leurs auto-da-fé.

Une pareille manière de juger est si loin de la juste critique que, partout dans ses ouvrages, Heinroth insiste sur la double santé de l'âme et du corps, et sur la nécessité d'allier le traitement physique au traitement moral, et que Friedreich finit par envelopper dans une même proscription les trois grands maîtres de la médecine psychologique, Harper, Heinroth, Beneke.

Le premier reproche vraiment sérieux de sa critique est celui-ci :

Il est impossible de considérer la folie comme une maladie de l'âme.

En effet l'âme est une force, la force est un tout absolu, indivisible; admettre un état maladif dans une force, c'est conclure à sa destruction totale.

Il en résulte que l'immortalité de l'âme est une vérité inadmissible dès que l'on consent à lui prêter des maladies, et qu'au premier chef, le système d'Heinroth est immoral.

Au deuxième chef, il est faux. L'état de faute morale est confondu avec l'état mental des aliénés, et entre ces deux choses pas d'analogie. La preuve en est que des milliers de criminels ne sont pas fous et ne le deviennent jamais, que les enfants peuvent être fous avant l'âge du discernement moral, enfin, que des hommes honnêtes, au dire de tous, ont été frappés par une aliénation qui ne pouvait prendre sa source dans leur état de *péché* antérieur. Et à ce propos, il cite le fameux exemple tant de fois redit en Allemagne de la femme de Lavater.

Sans aucun doute, Friedreich a bien saisi le point difficile, mais on trouve de graves erreurs dans son interprétation. Si

pour Heinroth la perte de la moralité, le péché, pour se servir du mot même que préférait le maître, est la cause première de la folie, il n'en est pas l'explication immédiate. L'abandon des principes moraux a détourné la raison de sa droite voie; mais entre ce détournement et les troubles de l'âme, l'intervalle est encore immense, et souvent long à franchir. Heinroth manque, il est vrai, de précision dans la description des états intermédiaires, mais ce vague tient nécessairement à sa méthode ; il en a saisi, selon nous, la loi générale en prenant la sensibilité comme la chose essentielle à considérer dans la série des transformations.

Ideler, avec des allures plus psychologiques et des subdivisions mieux définies, a bien compris quel rôle immense la sensibilité jouait dans la période de transition ; comme Heinroth, il voit au passage de la raison à la folie un équilibre rompu dans l'harmonie primitive des facultés humaines et la prédominance des formes sensitives ; mais il s'arrête là.

Heinroth explique l'équilibre naturel par le gouvernement de la raison morale, sa destruction par l'empire de la sensibilité, qui se superpose à tout le reste, abandonne la liberté et se laisse dominer par les excitations du dehors.

L'honnêteté d'Heinroth n'est donc rien moins que la morale facile d'un homme qui ne commet aucun crime; elle réside dans l'essence de l'âme et non pas dans quelques actes plus ou moins réprouvés par nos législations.

Si Jacobi et Friedreich repoussent vivement la doctrine d'Heinroth, c'est qu'ils n'entendent pas sa moralité comme nous l'interprétons. La preuve en est dans la définition que Heinroth donne de la folie : « La perte de la raison (Vernunftlösigkeit) » n'est autre chose que la suspension de la liberté, *ayant des* » *conditions de durée* (daurende Unfreiheit), existant par elle- » même et pour elle (für sich), se liant soit à l'état de santé *appa-* » *rente*, *soit à l'état de maladie confirmée*, et altérant, dans la » sphère de l'influence maladive, le *sentiment*, l'*esprit* et la *volonté* » (Gemüth, Geist, Wille). »

En effet, on voit par là quelle extension Heinroth entend donner à sa théorie. La privation de la liberté est le fait dominant ; l'absence de moralité directrice est la cause première ; si à ces éléments on ajoute une suffisante durée, l'aliénation mentale est caractérisée dans son essence, mais non pas dans ses phénomènes secondaires et dans ses causes occasionnelles.

L'étude des conditions accessoires qui, pour Friedreich et Jacobi, constitue toute la science, n'appartient pas à la théorie abstraite et transcendante telle que la concevait Heinroth ; mais elle occupe sa véritable place dans les prolégomènes du traitement. — On s'explique ainsi facilement et le rôle fondamental qu'il attribue à la moralité, quand il s'agit des lois générales de la folie, et comment il peut, sans rien préjuger de leur intervention, passer d'abord sous le silence tant de lésions qui ne se lient qu'accidentellement à la production des troubles de l'âme, et dont on l'accuse de ne tenir aucun compte.

L'objection la plus redoutable, et nous convenons qu'elle est à peu près insoluble avec les seules données de la théorie du médecin philosophe, c'est donc celle que Friedreich opposait en première ligne : Pourquoi tout criminel n'est-il pas aliéné ?

La seule réponse à faire est dans l'établissement des deux séries divergentes qui conduisent ou au crime ou à l'aliénation ; mais, quoique les documents de toute espèce ne manquassent pas à Heinroth, à la fois médecin d'un asile d'aliénés et d'une prison, il n'a nulle part fait assez ressortir la différence qui sépare le coupable du malade dans les divers degrés qu'ils suivent presque parallèlement. On oserait à peine lui en faire un reproche, quand on songe aux immenses difficultés dont une semblable tâche doit être hérissée.

Quoiqu'il n'ait pas rempli complètement son programme, Heinroth n'en a pas moins eu le mérite de placer la science de l'aliénation sur un terrain fécond qui étend et ennoblit le but des études du médecin aliéniste. Groos lui a rendu justice sous ce rapport et a prêté à sa méthode l'appui de son autorité. Hein-

roth, dit-il, a émis une grande et féconde vérité en faisant dépendre les troubles de l'âme *du cours même* de la vie. Il répondait, par là, à cette proposition de Nasse, qui semble en contradiction avec la théorie d'Heinroth, quoiqu'elle y rentre véritablement, que *le péché* peut précéder la folie, mais n'en saurait être la cause (1).

Enfin, une objection saillante et sur laquelle Jacobi et Friedreich reviennent plusieurs fois, c'est qu'avec les idées d'Heinroth et de ses élèves le traitement devient impossible.

Pour examiner la légitimité d'un semblable reproche, il nous reste à suivre Heinroth dans les applications, à voir comment il entend la thérapeutique si complexe des aliénés, quelle place il laisse à la matière médicale, quelles influences il attribue au traitement spécial de l'esprit.

On sait combien c'est chose laborieuse que d'imposer des règles à l'éducation. En effet, l'éducateur est obligé de tenir compte de mille différences, de nuances fines presque insaisissables et qui ne sauraient s'écrire ou se résumer. Lui seul, il fait sa théorie en façonnant sa nature. Il est, en un mot, comme l'homme de bien qui ne saurait avec un code suppléer aux inspirations indéfinissables de son sens moral.

Le médecin d'aliénés est exactement dans le même cas. La prévision, c'est-à-dire la science, ne peut remplacer chez lui le tact et le sentiment instinctifs qui devinent plus qu'ils ne systématisent. Concevoir un type de traitement moral, c'est donc bien plutôt concevoir un type de médecin.

Le but est de faire rentrer dans sa route l'âme qui s'en est écartée, de l'amener à la santé en rétablissant l'harmonie. Le prêtre tout seul est incapable d'accomplir cette mission. Si la nature morale de l'homme est de son domaine, il cesse de lui appartenir dès que cette nature s'est anéantie.

Sera-ce le psychologue ou le philosophe qu'on appellera à l'œuvre? Mais ni l'un ni l'autre n'ont étudié les troubles de

(1) Groos, *De l'essence des maladies mentales*, Ueber das Wesen der Seelenstörungen. Heidelb. 1827.

l'âme ; hommes de cabinet, ils ignorent l'action, et l'action est le tout du traitement.

L'éducateur semble avoir plus de droits, mais on peut lui opposer les mêmes raisons qui faisaient écarter le prêtre.

Au médecin seul appartient cette pénible tâche. Il doit, dit Heinroth, avoir été formé à la pratique de toutes les maladies, parce que les troubles de l'âme sont souvent liés à des affections somatiques, et que, dans bien des cas, le seul moyen d'action est encore la médecine corporelle.

Il faut qu'il sorte de la classe des médecins, mais il faut qu'il en sorte pour imprimer à sa vie une direction toute nouvelle. Le médecin doit résumer en lui le prêtre, le philosophe et l'éducateur; mais la première, la grande éducation qu'il doit entreprendre, c'est la sienne.

Son devoir, c'est de vivre de la vie de la raison ou de la vie de la conscience, car l'une et l'autre sont identiques. Par là, il ouvre à son intelligence des routes qui autrement lui seraient inaccessibles. Dégagé des préjugés, des préoccupations égoïstes, des influences mesquines, il est libre comme l'est seul l'homme de bien.

Alors il saisit dans la grandeur de la sphère qu'il s'est tracée les forces qui régissent l'âme, force elle-même au même titre : il est frappé de la grandeur et de la déchéance du malheureux qu'il soigne, et s'anime à cette lumière de la raison qui éclaire et qui réchauffe. Et quand il a grandi de la sorte en liberté, en dignité morale, il agit déjà sur le malade rien que par la *sainteté* de sa personne.

Sans liberté, pas de volonté possible ; sans volonté pas de création, et ne pas créer quand il s'agit de refaire une intelligence délabrée, c'est ne pas être le médecin de l'âme.

Ces choses, et Heinroth le dit lui-même dans je ne sais quel passage d'un de ses livres, ces choses sembleront ridicules ; mais quand on se représente sérieusement quelle puissance gagne un homme à hausser ainsi sa mission pour embrasser d'un regard l'immensité ; quand on met d'un côté l'esprit qui cherche des

molécules pathologiques et de l'autre celui qui croit avoir le droit de commander à la force première, on sait ce que valent de pareils enseignements. Pour nous, nous croyons de grand cœur à des doctrines qui vous élèvent et vous développent à ce degré.

Ce n'est pas à dire qu'il faille se cloîtrer dans ces vastes conceptions, et laisser tous les moyens d'investigation qui sont entre nos mains. L'observation siège aujourd'hui à l'entrée de toute science; le médecin idéal tel que le veut Heinroth observera sans relâche, mais il le fera avec indépendance et profondeur.

Observer est le premier élément de la théorie; c'est sa condition extérieure; sans observation, pas de conception de l'ensemble; mais sans conception, nul ne peut observer avec fruit. Tout acte fait en vue d'un but doit y rentrer; il n'est bon qu'à ce titre; s'il demeure en dehors de son but, il reste improductif, quelle que soit sa valeur apparente.

Ainsi va l'observation, qui seule, sans guide, est minutieuse, superficielle et n'est plus l'élément de la théorie, parce qu'elle ne se prête pas à la conception et par suite à la généralisation.

Quand l'esprit s'applique aux premières données qu'il a acquises en observant, il se les approprie, il transforme les phénomènes en idées, il les pénètre de la lumière qui le remplit lui-même ou les laisse retomber dans les ténèbres d'un entendement imparfait.

La connaissance qu'il faut au médecin n'est donc pas seulement la notion passive des faits, mais le résultat de sa spontanéité. De là cette loi formulée par Heinroth que le médecin doit développer en lui les puissances de l'intelligence ou, pour mieux dire, les forces de l'âme tout entière. Cependant le but final de toute sa vie, c'est l'action, et la science n'est que le chemin qui mène à la pratique: aussi le médecin ne doit-il jamais délaisser la science pour marcher au hasard.

Un autre écueil aussi dangereux peut-être sera de vouloir traduire immédiatement la science par des actes. La théorie est un organe au moyen duquel on interprète les cas présents; elle n'est ni l'explication ni l'expression directe des faits.

Le médecin, écrivait Heinroth, qui s'approche du malade dans l'intention de le guérir d'après les règles de l'art qu'il s'est formulées d'avance et qui lui servent de mesure générale, unique, adaptée à toute circonstance, est un ignorant condamné à des efforts éternellement inutiles.

On conçoit comment, avec ces croyances qui sont vraies, il s'attacha de préférence aux généralités les plus hautes, et comment aussi, en passant outre à ces grands principes, on brise le fil qui seul nous guide dans les applications de la doctrine.

Un auteur compatriote d'Heinroth s'étonnait de la puissante énergie que déployait au lit du malade son maître, qui lui semblait condamné au repos d'un fatalisme mystique. S'il eût voulu pénétrer plus avant, il aurait sans doute compris qu'Heinroth, quand il était habile et hardi, n'était que conséquent. Cependant, tout en donnant le pas aux principes qui dirigent le médecin et président à ses convictions comme à sa pratique, Heinroth a consigné dans ses ouvrages un grand nombre d'indications spéciales qui forment, à son point de vue, une sorte de technique médicale.

Ces considérations offrent assez d'intérêt pour que nous les indiquions ici comme un complément nécessaire de notre analyse.

L'homme étant conduit à l'aliénation par la succession des phénomènes que nous avons précédemment indiqués, la prophylaxie consisterait à l'arracher à ces causes de maladie ; le traitement se composera de l'ensemble des moyens par lesquels on peut replacer le malade dans ses conditions normales.

Pour Heinroth, qui considère toujours la médecine corporelle comme un simple adjuvant de la médecine morale, la théorie doit se concentrer sur cette dernière. Mais quelles doivent être les limites de la médication? Sous quelle forme doit-elle agir dans les divers cas qui se présentent?

Disciple de Stahl sur beaucoup de points, Heinroth l'est encore en prêtant à la nature une puissance médicatrice sur laquelle l'art doit se guider. Il est des cas où il faut agir, il en est d'autres

où il vaut mieux demeurer simple spectateur, attendant le moment de l'action.

Si le médecin croit son intervention efficace, et elle peut l'être le plus souvent quand elle est appropriée à l'affection, deux méthodes se présentent à lui : agir directement, sans intermédiaires, sans moyens détournés, c'est là le plus haut degré de la thérapeutique ; agir indirectement, et dans ce cas il est urgent de tenir compte de toutes les circonstances.

La méthode indirecte est celle qui prend place immédiatement après l'expectation.

Dès que le médecin croit avoir suffisamment observé, il quitte l'observation, forme provisoire et négative, pour entrer dans la voie du traitement indirect, s'il ne lui est pas permis de mettre de côté tout moyen détourné d'action : cette méthode se compose de deux temps principaux.

D'abord combattre l'excitation ou la dépression pour la ramener à sa juste limite.

Si c'est l'imagination qui souffre, qui s'abandonne à de folles rêveries ou à des écarts de tout genre, les excitations des sens peuvent la rappeler à elle-même. L'imagination, en effet, emprunte au monde qui l'entoure tous ses aliments, elle transforme en produits nouveaux des éléments sans lesquels elle cesserait d'exister.

Les révulsions vives sont les plus profitables. Quand le raisonnement est perverti, les impressions sensibles sont d'un faible secours ; la raison doit combattre la raison, mais sans arguments directs, sans syllogismes qui aigrissent le malade : la finesse, le tact, l'à-propos peuvent seuls compter des succès ; et à cette occasion, Heinroth fait appel à l'esprit fécond en ressources des médecins français.

Lorsque la sensibilité est déprimée, le traitement devient plus difficile. *Le réveil* peut se faire par la joie ou par la douleur ; malheureusement la joie est d'ordinaire au-dessus de nos moyens ; reste la douleur. Heinroth, comme Ideler, ne recule devant aucune exigence pour relever la sensibilité chez les déments et les

mélancoliques. Il était d'ailleurs sévère, dur au besoin, dans sa pratique, et, maître de lui-même, comme un philosophe qui croit sa liberté pleine une nécessité morale et scientifique, il se commandait, suivant les circonstances, une nature dont il ne déviait pas.

Le deuxième temps, qu'il a désigné sous le nom de traitement formel, consiste dans l'emploi des substitutions de facultés.

Quelques mots feront comprendre le véritable sens de cette proposition.

L'esprit troublé ne l'est pas également dans toute son économie. D'abord, en procédant du général au particulier, on voit qu'une des trois grandes forces, intelligence, sensibilité, volonté, peut être atteinte plus expressément dans sa manifestation. Les autres ne demeurent pas étrangères et inattaquées, mais leur altération n'est que secondaire. En outre, dans la grande classe où les premiers désordres se sont établis, des facultés spéciales sont frappées par la folie, leur activité s'exagère, et, pour guérir le malade, il faut les remplacer par d'autres éléments qui se substituent en leur lieu et place.

Cette substitution est pour Heinroth le second moment de la thérapeutique mentale. Nous regrettons qu'il ne soit entré nulle part dans de suffisants détails à ce sujet; il donne des conseils et ne pose pas des règles. Nous retrouverons chez d'autres psychologues allemands le même défaut, et il est grave, car toute loi possible du traitement de la folie nous semble devoir être cherchée dans les principes qui président à cet échange de forces actives.

Persuadé comme nous le sommes de l'importance d'une théorie bien faite à ce sujet, nous croyons que l'on ne saurait trop s'élever contre la déférence des médecins pour les doctrines psychologiques toutes faites. C'est au médecin à faire son système, parce qu'il a besoin de l'établir pour lui-même et ne peut se contenter des opinions émises par des hommes étrangers à la science.

Le troisième temps enfin du traitement indirect peut prendre le nom de traitement individuel.

Le cadre se rétrécit ici de plus en plus, les idées acquièrent une précision apparente; mais, à mesure qu'elles se resserrent, elles perdent de leur véritable utilité pratique, et se soustraient à l'analyse.

Toutes les règles résident dans un certain nombre de points à bien étudier, il s'agit de mesurer l'influence de toutes les circonstances, du milieu, des événements contemporains, de l'éducation. Malheureusement les cas individuels sont impossibles à prévoir dans leur forme spéciale, et toute tentative de systématisation qui porterait sur elle est un effort perdu. Heinroth avait à un trop haut degré l'esprit scientifique pour se perdre dans ces détails, qui cependant composent, pour tant de médecins habiles, la science de l'aliénation.

La méthode indirecte doit donc parcourir tous ces degrés ; elle constitue pour la plupart des auteurs la thérapeutique entière de la folie ; elle n'en est pour Heinroth que la partie secondaire.

Au-dessus s'élève le traitement direct de l'âme, seule puissance digne de la lutte que le médecin doit soutenir.

Deux mots suffisent pour en résumer les conditions et l'énergie : la foi et la volonté. Par la foi, le médecin acquiert une force inébranlable.

Par la volonté, il devient actif et travailleur. La foi n'est qu'une force virtuelle, qui passe à l'acte par le vouloir.

Toute la médecine est dans ces deux termes ; si bien qu'après avoir exposé les formes diverses du traitement, nous voici revenus à notre point de départ : le médecin.

Le médecin est donc par soi et en soi le véritable agent, Heinroth va jusqu'à dire le seul; « car la volonté domine et gouverne par sa seule présence, et une âme saine est aussi bien capable de guérir au contact une âme pervertie qu'un esprit dépravé est susceptible d'en gâter un autre. » Heinroth semble s'être attaché à développer cette idée d'un livre fameux : Commencez par bien établir la paix dans vous-même, vous pourrez ensuite la procurer aux autres (*Imit. de J. C.*).

Nous espérons qu'en lisant cette exposition de la théorie

d'Heinroth, dégagée, comme nous avons voulu qu'elle le fût, de nos opinions personnelles, on se fera une juste idée d'un système au sujet duquel tant d'idées fausses ont eu cours.

Nous nous sommes abstenu de toute observation, quoique les doctrines qui font l'objet de ce travail rentrent dans une direction d'idées vers laquelle se portent également nos efforts et nos sympathies.

Une œuvre dogmatique se prête à des appréciations étendues, détaillées, motivées surtout ; une analyse, si longue qu'elle puisse être, exige pour première condition de sa netteté d'être entièrement libre de toute réflexion étrangère.

(*Annales médico-psychologiques*, 1844).

ÉCOLE PSYCHIQUE ALLEMANDE.

LANGERMANN ET IDELER.

Nous avons essayé, en exposant le système de Heinroth, de montrer à quels résultats pouvait conduire l'étude philosophique de l'aliénation considérée comme une altération maladive de la moralité. Je me propose aujourd'hui d'apprécier, avec Langermann et Ideler, l'intervention de la psychologie proprement dite dans la théorie et le traitement de la folie.

Les principes sur lesquels reposé l'observation de l'esprit humain sont peu élevés; ils se rapprochent des conditions habituelles de l'observation médicale. Aussi, parmi les médecins d'aliénés, en trouve-t-on un certain nombre qui reconnaissent volontiers l'utilité des notions psychologiques dans l'étude de l'aliénation mentale; la plupart, au contraire, repoussent comme sans application les données métaphysiques de la nature de celles sur lesquelles s'appuie Heinroth.

Sans partager, bien s'en faut, une semblable manière de voir, je me conformerai cependant aux opinions reçues, et j'entrerai ici dans des détails que nous avions laissés de côté jusqu'à présent, pour ne présenter qu'un aperçu plus général.

Ideler est, en Allemagne, un des représentants les plus distingués de l'école dont je viens d'indiquer la tendance. Pour lui, toute connaissance approfondie des aliénés doit avoir son point de départ dans la notion des phénomènes psychiques à l'état normal. L'anatomie, la physiologie, ne sont que des accessoires dont la valeur se montre plus ou moins clairement dans les cas particu-

liers, mais qui ne sauraient fournir les principes. La pathologie de l'esprit humain doit, en un mot, être ramenée aux mêmes conditions logiques que l'histoire de toutes les maladies. Or, si l'état malade se reconnaît et se juge par la comparaison avec l'état sain, que ce soit ou le corps ou l'intelligence qui souffre, il faudra toujours remonter par une investigation attentive aux lois de l'état normal. Dans les affections physiques, l'anatomie et la physiologie sont aptes à donner ces lois; dans les affections mentales, c'est à la psychologie qu'on doit les emprunter.

Toutefois, si on parvient à démontrer que les troubles de l'intelligence ont leur source dans des altérations organiques, et n'ont pas d'autre origine, le rôle que j'attribue à la science psychologique semble lui échapper : la méthode n'est plus seulement contestable, elle est vicieuse. Deux procédés se présentent naturellement à l'esprit pour résoudre cette difficulté.

L'un consiste à comparer les résultats que fournissent les autopsies et les observations. Si les mêmes phénomènes ne correspondent pas à des lésions analogues, s'il n'y a pas là le parallélisme, sur lequel seul on peut fonder la pathologie anatomique, on doit au moins concevoir des doutes, et ne pas accepter comme démontrées des lois auxquelles il manque ce qui fait les lois dans une science, la généralité : beaucoup de bons esprits ont préféré cette manière négative.

Ideler en adopte une autre plus directe et plus vraie. Au lieu de faire ressortir les contradictions de ses adversaires, il s'attache à mettre en lumière l'harmonie et l'unité de la méthode qu'il a choisie.

L'aliénation n'est pas dans l'intelligence un fait isolé, elle n'est pas seulement un symptôme, une traduction extérieure d'altérations accidentelles. Au contraire, dans ses formes, dans son origine, elle appartient à l'esprit, elle est une conséquence extrême, mais souvent possible à prévoir, de l'organisation morale. Une fois qu'on aura pu montrer comment et par quelles gradations l'intelligence se trouve ainsi menée d'elle-même à la folie, on aura fait voir en même temps qu'il est inutile de re-

courir à des explications étrangères à la science psychologique.

Ideler a toujours eu ce but présent à l'esprit, soit dans ses observations particulières, soit dans ses traités généraux. Il a voulu rendre évidentes les relations qui unissent l'esprit sain à l'esprit malade, et c'est une justice de dire qu'il l'a fait avec une grande habileté.

Malheureusement les tendances de son esprit ont été trop exclusives pour qu'il ne subît pas l'influence bonne ou mauvaise de sa méthode.

L'étude des facultés détachées, mises à part, comme autant de forces sans lien, ne pouvait convenir à un penseur éminent et naturellement systématique. Il lui fallait faire concorder toutes ces puissances diverses et ramener à une activité commune tous les moteurs qu'on avait isolés.

Ideler a déployé dans ce travail de coordination une finesse de vues, une profondeur de jugement qu'on ne saurait trop apprécier. Il a fait voir, et nous y reviendrons en son lieu, quelle merveilleuse harmonie s'établissait et à quelles conditions elle devait persister. Puis, suivant dans leur développement successif les facultés ainsi réunies, il a représenté leur accroissement inégal s'effectuant avec plus ou moins de vitesse, mais toujours au détriment de l'unité. Peu à peu la folie se glisse sous la forme de la passion, l'équilibre est enfin rompu, la maladie est déclarée. Mais, en attribuant ainsi à la nature même des forces de l'intelligence le principe de ces modifications successives, Ideler, qu'on me permette cette expression, fut trop psychologue pour être vrai. Sa science se basa sur l'établissement des degrés que chaque faculté a parcourus avant d'arriver à l'aliénation, et, comme toute science qui porte sur des intermédiaires à peine saisissables, elle manque de précision. La psychologie, en effet, telle qu'elle est aujourd'hui constituée, indépendante de la philosophie, est sans principes directeurs. Elle prétend trouver dans les faits ce qu'ils ne peuvent donner, c'est-à-dire leur but et la loi de leur production.

Tel est, suivant moi, le grave reproche qu'on peut faire au

système; il s'adresse à Ideler comme à la plupart de ceux qui ont adopté les mêmes erremens. Avec une apparente exactitude, puisque l'observation marche toujours à côté de la règle, on se trouve à la fin riche de détails précieux, mais sans critérium et sans principes. Toutes les pierres sont admirablement sculptées, il manque la puissance supérieure qui doit élever l'édifice.

Ces considérations préliminaires, qui résultent de l'étude consciencieuse des ouvrages d'Ideler, m'ont semblé nécessaires pour donner l'intelligence de l'auteur, qu'on peut juger diversement, au moins du point de vue où je me suis placé.

Toutefois, ce ne serait pas assez de connaître Ideler comme théoricien. On trouvera, je pense, quelque intérêt à voir comment il se représente la mission du médecin d'aliénés. Pour nous, en effet, il n'y a de science médicale vraiment puissante que celle qui vivifie le médecin chargé de la mettre en œuvre et qui donne non seulement des règles à son esprit, mais une direction et des inspirations à ses sentiments.

Cette tâche est ici rendue facile; Ideler avait eu pour maître un homme sur lequel se sont concentrées ses affections, et qui est devenu pour lui le type du caractère le plus digne, de l'âme la plus dévouée, de l'intelligence la plus heureuse que doive ambitionner le médecin qui se livre à la spécialité si pénible de l'aliénation.

En racontant ici la vie de Langermann et en exposant brièvement ses doctrines, je ferai mieux que si je citais Ideler, puisque je parlerai de celui qu'il avait choisi pour modèle.

Langermann était né le 8 août 1768. Il n'a pas laissé de livres, mais il a laissé un élève. Ideler prend plaisir à le comparer, sous ce rapport, à Socrate, avec lequel il avait, dit-il, plus d'une analogie. On doit convenir que si la comparaison est vraie, elle honore le maître, et n'est pas moins flatteuse pour le disciple.

Élevé à la campagne pour les rudes travaux de l'agriculture, transporté de là brusquement au milieu des études académiques, Langermann s'adonne à la musique, qu'il cultive avec passion. Plus tard il l'abandonne pour la jurisprudence. En sortant de

l'Université de Leipzig, il entre dans une nouvelle carrière et se consacre à l'éducation des enfants. Plusieurs années après, Langermann change encore de direction et se rend à Iéna, où il soutient sa thèse, *De methodo cognoscendi curandique animi morbos stabilienda*.

La médecine cependant, quoiqu'elle fût devenue son occupation principale, n'absorbait pas tous ses moments : il coopérait à la rédaction d'un journal littéraire et entretenait avec Schiller et Gœthe des relations qui ne finirent qu'avec sa vie.

Professeur d'accouchements, puis directeur de la maison d'aliénés de Saint-Georges à Bayreuth, enfin élevé aux plus hautes dignités médicales de la Prusse, Langermann trouva encore le temps de s'occuper de médecine vétérinaire. Il mourut le 5 septembre 1832.

Ces détails biographiques auraient peut-être peu d'intérêt, s'ils ne devaient servir à faire mieux connaître un écrivain dont les ouvrages peu nombreux n'ont pas eu de retentissement en France.

Un fait doit frapper cependant, c'est la diversité et la contradiction apparente de tant de directions suivies et abandonnées successivement par Langermann. Ideler l'a fait ressortir avec raison, et en généralisant sa pensée, on peut comprendre comment il veut que le médecin d'aliénés se prépare à sa mission.

Quand un homme ordonne d'avance son existence tout entière en vue d'un seul but, il arrive plus sûrement au terme de ses efforts. Ainsi peuvent faire un chimiste, un mathématicien, un astronome ; l'esprit saisit d'autant mieux que le champ de son observation est plus restreint : ses forces moins dispersées gagnent en énergie ce qu'elles perdent en étendue. Mais d'un autre côté, ces hommes assidus, renfermés dans le cercle de la pratique, deviennent hors d'état de s'élever à un point de vue général. Bientôt, comme on dit vulgairement, chacun tire à soi ; on exagère, et l'importance de la science qu'on cultive et, dans cette science, la valeur de ses propres recherches. Ces spécialités sont, par rapport à l'ensemble des connaissances

humaines, ce que sont les spécialités plus rétrécies pour chaque science en particulier.

Supposez le médecin d'aliénés entraîné par cette pente facile et séduisante, lui qui doit comprendre, et le mouvement de la société, et les mille relations des hommes, et les causes secrètes de leurs actes ou de leurs pensées, et surtout les lois les plus élevées qui président à l'intelligence; supposez le renfermé dans ce cercle artificiel, et voyez quelle sera la mesure de son influence. Quand on veut diriger les hommes, bien plus, quand on veut les ramener par sa propre énergie dans une voie qu'ils ont quittée, il faut, en quelque sorte, avoir voyagé dans les rangs et dans des professions diverses. L'esprit doit être habitué à saisir les influences des milieux où nous pouvons être placés, et à mesurer ainsi ce qu'il convient d'attribuer au caractère propre de chacun, et ce qu'on doit rapporter aux circonstances extérieures.

L'éducation médicale de Langermann, telle que la firent les circonstances, représente donc pour Ideler la multiplicité des connaissances par lesquelles il est nécessaire de se préparer au traitement de la folie. Si cette diversité d'études semble à tout homme réfléchi un antécédent singulièrement favorable, on comprendra plus tard quelle importance elle acquiert aux yeux du médecin psychologue.

Langermann y avait gagné d'ailleurs une merveilleuse indépendance. Entravé par le Conseil supérieur dans les formes qu'il voulut introduire à l'asile d'aliénés de Saint-Georges, il écrivait officiellement en 1798 : « Je n'oublierai jamais mon devoir au point de sacrifier mes vues d'amélioration à la crainte ou même à la certitude de déplaire à l'autorité supérieure, lorsqu'elle se laisse guider par les caprices de l'arbitraire. » En choisissant son maître comme le type de ce que doit être le médecin d'aliénés, Ideler se laissa facilement entraîner à idéaliser son modèle. Il prit plaisir à grouper dans un homme auquel le rattachait l'affection la plus vive un rare ensemble de qualités éminentes.

Qu'il me soit permis d'abandonner un moment cette forme

biographique étrangère à notre dessein, et d'esquisser à grands traits une sorte de physionomie du médecin, telle que l'école psychologique aime à le reproduire.

Il est d'autant plus pardonnable de s'arrêter sur ces considérations qu'elles se rattachent à l'essence même des doctrines que nous étudions. Un des plus beaux résultats des habitudes philosophiques est certainement d'agrandir la pensée et de rapprocher dans une même science des données qui semblent à peine devoir y prendre place.

Le médecin d'aliénés, préparé par une instruction riche et multiple, doit avoir acquis la plus sévère habitude de l'observation de soi-même. Son point de départ est dans le jeu de ses propres facultés. Il conclut de lui-même à tous les autres. Heinroth admet en apparence le même principe ; mais une recherche plus approfondie détruit bientôt ce semblant d'analogie. Pour Ideler, la légitimité de la conclusion vient de l'identité des facultés qui nous sont communes et qui diffèrent seulement dans leur subordination. Pour Heinroth l'induction n'est valable que parce qu'au-dessus des forces de l'intelligence il existe des lois et des axiomes qui dominent tous les phénomènes secondaires. Ideler veut que le médecin s'applique à établir dans son âme la plus parfaite harmonie ; il faut, comme on le dit avec bonheur, que son esprit se meuve dans une ellipse dont la logique et l'intuition constituent les deux foyers. Son caractère doit surtout être libre, l'indépendance de tout préjugé est sa première vertu.

Exempt de préoccupations métaphysiques, il apporte à l'observation de chaque malade une intelligence prête à juger sur les faits et non sur des suppositions faites à l'avance. Le médecin a donc développé tous les instruments dont il dispose, il les a amenés à leur plus haute perfection. Là finit, pour Ideler, son laborieux apprentissage ; là seulement il commence pour le véritable philosophe. En effet, est-ce assez d'ouvrir la route sans donner une impulsion aux hommes qui doivent la parcourir ?

Toute école essentiellement pratique a ce défaut qu'on re-

trouve dans celle que fondait Langermann. Elle craint de remonter plus haut que les faits, oubliant qu'au-dessus du phénomène il y a la loi qui le régit, et que plus on monte, plus l'horizon s'agrandit et plus la théorie embrasse d'applications à la fois.

Langermann n'a laissé qu'une thèse, dont j'ai parlé précédemment. Il serait sans profit de reproduire des idées que nous retrouverons développées dans Ideler. Elles peuvent d'ailleurs être ramenées à un petit nombre de chefs principaux que j'indique rapidement.

L'aliéné méconnaît réellement le but de la vie; il intervertit la vraie subordination qui doit régler les rapports de nos facultés.

Cette erreur, qui domine ses actes, n'est pas le simple résultat d'une faute de logique; car, de même que la vie de l'homme n'est pas ordonnée suivant la seule intelligence, de même les troubles les plus graves ne trouvent pas leur origine dans des altérations de la connaissance.

L'homme est dirigé vers le *vouloir*, dernier terme de son activité intérieure, par le désir qui le précède et le détermine. De la coordination des désirs dépend l'unité et par suite la régularité de l'existence humaine. La règle à laquelle tout vouloir, tout désir, tout acte même de l'esprit doit être soumis, est donnée par la conscience.

Le principe plus élevé de la moralité, qui sanctionne et même établit les lois de la conscience, est inutile à cette recherche.

Guérir l'aliénation, c'est la ramener aux conditions premières de l'unité, c'est rentrer dans les dispositions naturelles à l'esprit humain, c'est rétablir l'ordre au lieu du désordre.

La méthode de traitement consiste à parcourir de nouveau, mais en sens inverse, les intermédiaires par lesquels le malade était arrivé jusqu'à la folie. Comme on le voit, rien ne dépasse les bornes accoutumées de l'observation et de l'induction. Langermann demande, pour ainsi dire, qu'on examine chaque point éclairé, sous ses diverses faces, mais sans se préoccuper d'ail-

leurs ni de la lumière, ni de son origine, ni de son essence.

Telles sont en résumé les doctrines où Ideler a puisé les éléments de son système, et auxquelles il a emprunté sa direction. Elles conduisaient nécessairement à l'emploi d'un traitement individuel, plutôt qu'à l'adoption de principes abstraits. Cette tendance s'explique par les habitudes mêmes d'un enseignement clinique et s'accorde merveilleusement avec l'esprit indépendant de Langermann, qui ne voulut jamais s'astreindre à formuler ses opinions.

L'élève fut obligé de mettre plus d'ordre et de méthode et de revêtir les vagues aperçus de son maître d'une précision sans laquelle une exposition fût devenue impossible.

J'entrerai à présent dans l'analyse détaillée du système qui nous occupe, et je l'examinerai successivement dans ses deux divisions naturelles : psychologie de l'homme à l'état normal, psychologie appliquée à l'étude de la folie.

On comprendra facilement pourquoi je m'abstiens ici de tout détail biographique. Les livres des hommes vivants appartiennent à la critique dès qu'ils sont publiés ; les actes, au contraire, se rattachent par trop de liens aux sentiments intimes, pour qu'il soit possible de les apprécier isolément.

La psychologie a pour objet l'étude du moi humain dans toutes ses manifestations : science délicate, elle exige de celui qui s'y applique une grande habitude de s'observer soi-même et d'examiner les autres. Son but est l'établissement des lois qui régissent nos facultés, sa méthode est celle de toute science d'induction.

Elle a cela de particulier cependant, que l'observateur conclut hardiment des faits qu'il a reconnus en lui-même, à des phénomènes analogues qui doivent se produire chez les autres. C'est ainsi qu'il saisit les intermédiaires nombreux et mobiles dont aucun caractère extérieur ne révèle l'existence : aussi Ideler, conséquent à ses procédés scientifiques, veut-il, comme on l'a vu, que le médecin essaye en quelque sorte de tous les états de l'âme, afin d'arriver à la connaissance la plus complète.

La psychologie, d'ailleurs, diffère essentiellement de la philosophie proprement dite. Les écoles modernes la considèrent comme un premier degré qu'il faut franchir avant d'arriver aux solutions transcendantes; d'autres, comme Kant, dont Ideler adopte les vues, en font une science à part, indépendante de la métaphysique. Si l'on veut se représenter cette distinction dans un type plutôt que dans une définition générale, Ideler et Heinroth seront les représentants, l'un de la métaphysique, l'autre de la psychologie appliquée.

J'ai eu déjà l'occasion de montrer quelle influence la philosophie supérieure pouvait avoir sur l'étude de la folie. Pour apprécier également la valeur des données psychologiques, il est nécessaire d'indiquer et les limites de la science au point de vue de l'aliénation et les fondements sur lesquels elle repose.

L'observation de l'homme sain est possible, des conclusions légitimes peuvent être tirées des phénomènes. Ainsi les grandes divisions des forces de l'âme, en intelligence, sensibilité, volonté; la limitation même des forces secondaires, les principes d'une classification méthodique des facultés isolées, toutes ces choses sont hors de contestation. Mais leur vulgarité fait qu'elles seraient d'un médiocre profit. Il est inutile de constater ce que tout le monde admet sans exiger de démonstrations plus probantes. La psychologie appliquée à la folie doit donc s'attacher à d'autres éléments. Il faut qu'elle étudie moins la nature et l'essence des forces morales que le degré de leur activité : il faut qu'elle examine dans l'édifice intellectuel ce qui peut s'écrouler ou ce qui menace ruine, sans se préoccuper des fondements immuables et éternellement résistants.

Tels sont du moins les sentiments d'Ideler à ce sujet. Il veut qu'on laisse de côté, outre la morale, la théodicée et l'esthétique, tout ce qui tient à la logique, à la théorie du raisonnement, à celle de la synthèse et de l'analyse; en un mot, il n'admet dans son cadre que les forces qui président à la direction de l'esprit. Si donc on voulait esquisser, pour ainsi dire, le portrait psychologique d'un homme, avec les seules couleurs que

conserve Ideler, on devrait avoir la représentation, non pas de l'homme sous toutes ses faces, mais seulement de son *caractère*.

Cette délimitation exclusive ainsi tracée dans un but d'application est-elle vraie, est-elle légitime? On verra par la suite quelles imperfections elle introduit dans l'analyse. Néanmoins, si quelques points de vue sont ainsi sacrifiés, on n'en doit pas moins reconnaître que placer la sensibilité dans toute son étendue comme le principe actif, la force déterminante, la faculté qui domine toutes les autres dans la vie de l'âme, c'est établir la seule subordination conforme à la vérité. Faute d'avoir ainsi envisagé l'esprit humain, les idéologues se sont laissé entraîner à de graves erreurs dont quelques médecins d'aliénés subissent encore le contre-coup. On a cherché dans l'attention, dans la comparaison, dans la réflexion, des éléments de diagnostic ou de traitement qu'on n'y pouvait trouver. Des troubles, qui n'étaient qu'un produit secondaire, sont alors devenus le fait principal, et les médecins, conduits à d'autres fautes par cette première erreur, ont essayé de redresser par le raisonnement les folies qu'ils regardaient comme une simple lésion du raisonnement lui-même.

L'exagération contraire, qu'on pourrait reprocher à Ideler, n'est pas non plus exempte de toute conséquence fâcheuse. En réduisant les altérations de l'intelligence à un rôle plus que secondaire, on se prive d'un moyen de diagnostic et de classification souvent précieux. Dût-on croire que la sensibilité passionnée est la première origine de la folie, la réaction que subissent nos facultés raisonnantes est, du moins le plus souvent, la mesure de l'intensité de la passion. D'une autre part la démence, qui est à l'imbécillité ce que l'état d'enfance chez les vieillards est à l'ignorance de l'enfant, la démence ne porte presque toute que sur des lésions de l'intelligence, et cela est si vrai qu'entraîné par son système, le médecin de Berlin tient à peine compte des conditions particulières aux déments. Les formes logiques comprises à la manière des péripatéticiens sont, j'en conviens, d'un médiocre intérêt; mais, en se renfermant dans la sphère psychologique,

l'intelligence offrait des éléments d'analyse qu'Idoler évidemment a trop négligés.

La psychologie, concentrée dans les bornes que je viens d'indiquer, comprend l'étude des penchants, des sentiments, des dispositions générales de l'âme et des passions envisagés, soit isolément, soit dans les divers rapports qu'ils ont à soutenir.

Les penchants, étudiés au point de vue de la vie pratique, puisque tout autre est sans valeur dans cette doctrine, ne sont que les tendances par lesquelles nous sommes dirigés vers la satisfaction de nos besoins. Eléments primitifs de la nature humaine, ils se manifestent chez l'homme à des degrés divers et antérieurement à toute culture de l'esprit.

Leur but et leur résultat sont d'exciter notre activité et de provoquer le libre développement de nos facultés. Du moment que l'existence des penchants est constatée et qu'il est démontré que ce ne sont pas des créations artificielles, on ne doit tenter aucun effort pour les anéantir, même partiellement. Ils sont et se manifestent par le droit qu'a toute faculté spontanée de se produire.

Pour le psychologue, en effet, la raison d'être est toute et toujours dans le fait. Prouver qu'une force a agi, c'est prouver qu'elle était légitime. Si les considérations de haute moralité interviennent, c'est seulement afin de modérer les progrès de son développement, et non pour réduire au néant une forme quelconque de notre activité. Ce principe, incontestable au fond et qui semble se concilier si bien avec la pratique, entraîne à sa suite des difficultés sans nombre.

L'éducateur ou le médecin qui l'adopte dans sa rigueur finit bientôt par se perdre dans l'appréciation des degrés. La guerre qu'ils entreprennent contre les penchants nuisibles devient comme ces jeux d'escrime où le but n'est pas de frapper son adversaire, mais d'atteindre délicatement telle ou telle partie. Estimer l'intensité *légale* d'un penchant dans le caractère d'un malade, en étudiant seulement ce qu'on pourrait appeler l'équilibre psychologique, c'est faire un travail au-dessus de nos forces

d'appréciation. La moralité, cette mesure toute prête, nous offre un bien autre secours.

Pour Ideler, la règle et le principe directeur du médecin ne sont pas dans la loi morale. Tout penchant existe et doit exister. Tout penchant est bon par lui-même. La seule limite de son activité est dans la nécessité que les autres penchants aient aussi leur libre impulsion, puisque tous ont les mêmes droits.

Nos tendances sont donc placées sur la même ligne ou plutôt sur autant de lignes égales et parallèles.

Chacune marche, par sa nature, vers un développement illimité. Chacune par conséquent peut au même titre faire son apparition et dominer les autres.

De cette égalité de puissance virtuelle résulte dans l'individu le calme et le repos. Ce sont autant de forces qui sollicitent les deux plateaux de la balance à se mouvoir, et dont la somme maintient l'équilibre. La liberté intérieure est le produit de cette lutte continue.

Placez l'homme dans l'état social entouré d'êtres semblables à lui ; il se trouvera avec eux dans les mêmes rapports que ses penchants entretenaient dans son âme, c'est-à-dire que sa liberté extérieure sera assurée par le principe qui maintient sa liberté interne. Chaque homme ayant des droits égaux au développement de sa nature, l'équilibre résultera de l'opposition même des intérêts.

Telles sont, suivant Ideler, les lois générales qui président à l'organisation de nos forces actives. Il s'agit maintenant, après avoir exprimé ce qu'on pourrait appeler la formule abstraite du mouvement, de descendre aux cas particuliers.

L'équilibre parfait est au-dessus de la nature. Dans la réalité un ou plusieurs penchants dominent et entravent les autres. Les différents degrés de cette domination constituent autant de formes particulières, qui ont chacune leurs lois spéciales.

Ainsi la tendance à la liberté extérieure devient, dans son exagération, le penchant de la gloire, celui de la domination, celui de l'acquisition ou de la propriété, l'amour de soi et l'amour de la vie.

La nécessité d'un développement indéfini dans nos facultés entraîne le désir de connaître, la recherche de la vérité.

D'autres penchants enfin sortent du milieu où nous sommes placés et ne prennent plus leur source dans les conditions primitives de notre nature psychologique. Ce sont le sentiment religieux, les penchants sociaux et la tendance à l'imitation.

Je ne suivrai Ideler ni dans les détails ingénieux qu'il reproduit à l'occasion de ces diverses analyses ni dans les aperçus plus élevés qu'il présente, soit dans son *Anthropologie*, soit dans son ouvrage sur le traitement des maladies mentales.

J'ai l'intention de tracer les grands contours du système plutôt que de le suivre pas à pas dans chacun des embranchements. Mon but, je l'ai déjà dit, est moins de juger un homme que de faire ressortir les conséquences d'une doctrine nettement posée.

Jusqu'à présent, nous avons vu les penchants à l'état d'isolement analytique et dans le premier degré de leur manifestation. Mais quelque importance qu'on leur attribue, ils ne peuvent seuls constituer l'âme entière, et soit en vertu de leur nature, soit par suite d'excitations étrangères, ils sont susceptibles d'une exaltation plus vive. C'est en parcourant ainsi les périodes de leur accroissement que nous arriverons à la folie confirmée. L'aliénation n'est pas en effet une situation exceptionnelle greffée, pour ainsi dire, sur une branche étrangère : elle n'est que le summum des facultés naturelles successivement exagérées dans leur action.

On comprend qu'en vertu de ces idées, la psychologie normale a des liaisons si intimes avec l'histoire de la folie, qu'éclairer l'une, c'est forcément répandre quelque lumière sur l'autre.

Les penchants sont en rapport direct avec les sentiments et avec l'intelligence.

Le sentiment, si on me permet cette définition germanique, est l'expression subjective des diverses tendances.

Il se traduit dans ses deux points extrêmes sous la forme de la joie ou de la douleur.

Les intermédiaires échappent à une nomenclature méthodique; il faudrait presque, pour les représenter, les comparer, comme Fourrier le faisait, aux touches d'un clavier.

La joie est l'indice et la mesure de l'activité libre. Elle ne saurait devenir un but définitif, mais elle est un accompagnement et comme un symptôme. La douleur au contraire est la preuve que nous avons conscience d'une tendance entravée. Elle est aux penchants de l'âme ce que le vice est à la moralité.

Toutes deux réagissent par la loi de la spontanéité indéfinie sur nos penchants primitifs: l'une, pour produire l'excitation turbulente; l'autre, pour amener la dépression et les sentiments mixtes de colère, de dépit, d'orgueil, de crainte, etc.

Étant donné un caractère où prédomine tel ou tel de ces sentiments, on doit les tenir pour des éléments secondaires et rechercher plus haut le penchant ou la passion à laquelle ils se sont joints: seulement, comme ils ont eux-mêmes une influence réciproque sur les désirs qui leur ont donné naissance, il faut tenir un compte exact de leur intervention.

Ces principes sont importants par rapport à la sensibilité; ils le sont encore bien plus quand on les applique à l'intelligence.

La raison a cela de particulier, qu'elle obéit à des lois fixes et que ses combinaisons peuvent souvent être prévues. Cette stabilité est en opposition manifeste avec la mobilité excessive des éléments que nous venons d'étudier. Mais si les intermédiaires de nos raisonnements se soumettent à des règles géométriques, les prémisses s'y soustraient complètement.

Le penchant dominant détermine donc et la direction et l'activité de l'intelligence. Pour un observateur profond, l'un est la traduction de l'autre, chez les peuples comme dans les individus.

D'un autre côté, l'intelligence spontanée peut réagir à l'encontre de la passion; elle reprend alors son caractère de fixité et met une borne aux égarements. Cette opposition de l'entendement prend le nom de présence d'esprit; pour qu'elle s'exerce d'une manière efficace et que l'imagination ne vienne pas sans

cesse mettre obstacle à ses efforts, une condition est indispensable, suivant Ideler, c'est la connaissance de soi-même.

Nous voici donc au *nosce te ipsum*. Mais n'est-ce pas la lettre morte, plutôt que l'esprit de la formule de Socrate?

L'individu qui a étudié tous les replis de son être a distingué le penchant dominant et a rassemblé contre lui toutes les forces de son intelligence. Mais quel est le principe, quelle est la raison de cet effort? Ideler est contraint de revenir sans cesse à sa loi de spontanéité.

L'intelligence veut être libre comme le penchant; elle y a le même droit, car elle est aussi une faculté primitive. Si la lutte s'engage et si l'entendement triomphe, qui a décidé de la victoire? En plaçant toutes les puissances de l'âme sur un même plan, ne conclut-on pas à l'égalité définitive de leur influence?

Or, c'est là le défaut, et il est grand, de l'analyse psychologique appliquée à l'aliénation, que les faits acquièrent une même valeur logique et se placent naturellement sur le pied d'une égalité trompeuse.

L'intelligence résiste; les phénomènes le prouvent; la passion se révolte; les faits sont encore là pour le confirmer. Mais le comment et le pourquoi échappent sans cesse à l'observateur trop rigoureux pour être véridique.

Si on veut se convaincre encore mieux de l'insuffisance des procédés analytiques, on n'a qu'à poursuivre la combinaison des éléments dans ce qu'Ideler appelle la description de l'esprit et ce que nous pourrions nommer l'ensemble du caractère.

La notion du caractère résulte, dit-il, de la recomposition des éléments isolés; quand le rapport naturel est interverti, il y a folie.

Qu'on admette avec lui les variétés dans les degrés, la faiblesse et la force d'esprit, la rudesse et la douceur excessive, l'excitation et l'affaissement, qu'on fasse, ou non, correspondre ces variétés aux tempéraments physiques, on n'obtiendra jamais une loi d'après laquelle se dirige le médecin.

La nature une et complète de l'esprit n'est pas exprimée;

nous ne voyons que les instruments dont il dispose. La psychologie est à l'observation ce que la dialectique est à la philosophie ; c'est l'histoire des procédés, moins l'explication de leur valeur théorique.

En résumé, les conditions fondamentales de l'activité psychique peuvent être réunies dans ces lois :

1° Tout penchant est naturel et spontané dans son principe ;

2° Il est susceptible d'un développement illimité ;

3° Tout penchant satisfait se repose ;

4° De ces alternatives d'activité et de repos résulte la satisfaction successive de chaque tendance ;

5° L'équilibre normal ou la santé de l'âme dépend de la libre activité des penchants ;

6° Les autres facultés n'ont qu'une influence secondaire et reçoivent leur impulsion des tendances primitives ;

7° Elles sont néanmoins spontanées comme toutes les forces morales ;

8° Elles sont capables, en vertu de cette spontanéité, de réagir contre les penchants et de les modérer.

Le passage de l'état normal tel que je viens de l'exposer à l'aliénation proprement dite se fait par la passion.

La passion n'est qu'un degré supérieur du penchant.

Elle entraîne à sa suite une plus grande activité de l'intelligence et marche avec plus d'énergie à l'accomplissement de ses désirs.

Dans son accroissemont extrême, elle ne peut se résigner à attendre les lenteurs de la réflexion, elle la devance et reste ainsi maîtresse du terrain. Alors disparaît la présence d'esprit et avec elle le seul modérateur possible.

Les lois de la pensée, en contradiction avec la rapidité de la passion qui veut être satisfaite, ne peuvent se prêter à ses exigences : l'homme passionné brise bientôt tous les obstacles que la société ou la morale lui opposent ; il devient criminel ou aliéné.

Si la passion a été graduelle, si elle a conservé assez d'empire

sur elle-même pour donner place à la réflexion, le vice est sa conséquence; dans le cas contraire, c'est la folie.

La passion est donc déjà un état maladif de l'âme. Comme toute maladie, elle s'accompagne de phénomènes réactionnels. Ainsi l'inquiétude, les angoisses marchent toujours à sa suite. Le fou qui se croit dieu, qui règne en empereur, qui commande en général, qui se donne à lui-même des titres et des pouvoirs imaginaires, n'est jamais un homme heureux; car le bonheur est le résultat du libre mouvement de toutes les forces de l'esprit; la passion, au contraire, a pour premier effet de réduire à une sorte d'état négatif tous les penchants qui ne sont pas elle.

La croyance presque populaire, qui attribue aux passions une influence utile, est donc fausse, et se réfute par le fait même de l'anéantissement de toutes les autres tendances.

Un degré de plus conduit immédiatement à l'aliénation.

Le rétablissement de la santé morale se fait en parcourant, mais en sens inverse, les mêmes degrés: ou la passion se déprime sous la puissance d'une force extérieure qui la dompte, ou un penchant se réveille et vient par la lutte rétablir graduellement l'équilibre.

Le premier procédé est pour Ideler le plus sûr et le plus ordinairement praticable: il se prête mieux aux exigences de la société. C'est la pénalité, telle que la loi l'a faite, transportée dans l'éducation et dans le traitement de la folie.

Dans le détail de ses manifestations, l'état passionné représente exactement, mais avec une plus grande intensité, tous les penchants primitifs.

Telles sont donc les lois générales et particulières de la passion. Ideler fait preuve, dans leur exposition, d'une remarquable habileté. Ses observations, faites avec un soin minutieux, et dont quelques-unes ont été publiées avec les portraits des malades, sont souvent un chef-d'œuvre de pénétration et de finesse.

Son analyse ne va pas cependant encore assez loin. L'aliéné dominé par la passion des grandeurs est le plus souvent d'une inconséquence frappante avec l'exaltation de ses idées. D'où

vient donc qu'il n'essaye que faiblement de satisfaire ses plus violents désirs, tandis que d'autres, dans le silence et le recueillement, travaillent sans cesse à réaliser leurs sentiments?

Un principe d'activité, que tous les psychologues ont reconnu, et qui se prête merveilleusement à la théorie du traitement, rend compte de ces différences. Je veux parler de la volonté, qui n'est ni le penchant ni l'intelligence, et dont le savant professeur n'a peut-être pas assez exactement mesuré l'étendue.

J'ai exposé la psychologie normale d'Ideler, en faisant ressortir tous les points saillants, et en signalant de préférence les opinions qui donnent au système son originalité et son véritable caractère. On a pu voir dans cette analyse, nécessairement dégagée de tous les accessoires qui peuvent lui donner quelques charmes, à quelles conséquences conclut l'étude de l'homme considérée au point de vue exclusif de la psychologie.

Il me reste maintenant à faire voir l'observation conçue d'après les mêmes données aux prises avec la folie.

La pathologie mentale a presque toujours servi les erremens ou de la médecine corporelle, ou de la philosophie. Ni l'une ni l'autre de ces directions ne semble à Ideler suffisamment motivée.

La théorie des affections organiques tient par des liens étroits à l'étude de l'aliénation; mais elle reste, par la nature même de son objet, en dehors des conditions qui font de la science des maladies mentales une science distincte.

La philosophie, d'un autre côté, n'offre que des applications indirectes, des notions abstraites trop éloignées de la pratique pour qu'on puisse baser sur elle une doctrine et un traitement.

La psychologie seule, et celle qui traite des penchants de l'homme sous toutes leurs apparences, est capable d'éclairer et de guider le médecin.

La folie, en effet, qu'on l'enseigne ou dans l'histoire des nations, ou dans celle des individus, n'est que la passion, moins la présence d'esprit et par suite la responsabilité morale. Si elle se complique d'autres phénomènes, on ne doit leur accorder qu'une

valeur secondaire. Ainsi, la perversion de l'attention ou de la conscience sont des résultats d'une haute gravité pratique, mais accessoires seulement pour la théorie.

Ce n'est pas que l'aliéné doive être simplement pour le médecin une sensibilité malade; sa santé physique souffre souvent, et l'idée du bien-être organique est incompatible avec les altérations morales dont il est la proie.

Mais les affections physiques ont avec son état mental une relation si variable, si capricieuse, qu'elles ne peuvent rien expliquer. Ainsi, les maladies les plus graves n'entraînent aucune détérioration de l'intelligence, tandis que les plus profonds désordres se trouvent liés à des aliénations somatiques à peine prononcées.

Sans vouloir exclure l'influence du corps, Ideler le considère comme l'origine d'une folie symptomatique. L'aliénation idiopathique, celle sur laquelle doit reposer tout le système, est plus ou moins indépendante, mais l'est toujours à un haut degré.

Dans la folie idiopathique, le penchant passionné s'est emparé de l'âme; il est le ressort de toute son activité, le but de toutes ses tendances, le centre où aboutissent toutes les idées. Découvrir la nature du penchant dominant, c'est avoir la clef du caractère, la possibilité de rapporter chaque manifestation à son point de départ.

Non seulement l'intelligence et les sentiments, mais les forces organiques elles-mêmes, se moulent sur le type de la passion.

On reconnaît, dans ces idées, les enseignements de l'école de Stahl, dont Ideler est, dans sa Pathologie, le disciple avoué.

Si la passion absorbe tout le reste, la maladie entre violemment dans le cours de ses idées délirantes. Si, au contraire, des penchants parallèles persistent à un suffisant degré, une hésitation pénible vient assaillir l'esprit.

Ainsi, dans la forme religieuse, les passions qui portent l'homme à la volupté tourmentent sans cesse le malheureux qui ne peut s'y soustraire. Elles deviennent une cause d'inquié-

tudes renaissantes, de désespoir douloureux, et finissent par la mélancolie.

La passion qui tend à la folie présente d'ailleurs un caractère particulier. Elle se glisse furtivement, ou fait une brusque invasion ; mais, dans tous les cas, elle devance les prévisions du malade qui n'a rien fait pour s'y préparer.

La contradiction entre la violence du désir et l'imprévoyance ou l'irréflexion qui l'accompagne est donc un caractère pronostic de la prédisposition à la folie. L'homme vicieux ou criminel prépare les voies, prévoit les obstacles, calcule les chances, ajourne les effets et maintient ainsi son intelligence dans une activité qui la préserve.

En outre, comme la passion, si mal secondée, ne trouve pas à les satisfaire, l'aliéné éprouve tous les tourments d'un besoin qu'il ne peut réaliser. De là des défiances, des soupçons, des craintes continuelles qui ne font qu'aggraver sa position, en y ajoutant l'élément dépressif de la douleur.

L'intelligence est bientôt lésée.

Incapable de marcher de pair avec les mouvements tumultueux de la passion, elle se paye de vaines fantaisies. L'imagination crée ce que la raison ne peut exécuter, et ces deux états de dépression ou d'excitation mensongère ne font que confirmer la maladie en détruisant toute réaction salutaire.

En recherchant des causes plus prochaines, on voit comment les circonstances extérieures contribuent à aggraver les prédispositions fâcheuses.

En effet, l'équilibre des penchants n'est pas inné dans l'homme. La culture de l'intelligence peut seule l'établir en produisant la connaissance et par suite l'empire de soi-même.

L'éducation de l'enfant, bien comprise, serait donc la première de toutes les prophylaxies. Bien loin de s'opposer au développement d'un penchant exclusif, le plus souvent elle y contribue, ou par l'abandon moral de l'enfant, ou par l'excitation même d'une passion vive comme excitant de son activité; les relations solides, les influences mal senties des arts, les formes de gou-

vernement, les pratiques religieuses inintelligentes, sont autant d'aliments pour les troubles de l'âme.

La passion se développe sourdement; dès qu'elle a atteint un certain degré, elle entraîne un isolement forcé comme chaque passion exclusive et égoïste. La solitude, si redoutable pour l'homme sain, devient alors funeste à l'esprit déjà malade.

D'autres conditions, il est vrai, font obstacle. La passion en effet ne mène pas de sa nature à l'aliénation, mais à la satisfaction du désir par une activité bien entendue. Son développement successif d'une part, de l'autre la puissance spontanée de l'entendement, sont autant de motifs d'une résistance fructueuse.

Si, malgré ces empêchements, la folie fait des progrès, elle revêt avec plus ou moins d'évidence le caractère de la passion qui a dominé.

Les formes de l'aliénation ne sont donc que la reproduction, avec une intensité croissante, de celles de la passion, qui n'était elle-même que le penchant exagéré.

C'est en établissant cette série régulièrement progressive qu'Ideler montre avec une grande supériorité la justesse des opinions qu'il défend. Pourquoi chercher, en effet, dans des rapports éloignés une génération dont tous les temps peuvent être si clairement présentés?

La forme sympathique de la folie se prête moins facilement à une exposition théorique. Le fil conducteur nous manque et les intermédiaires nous échappent sans cesse.

On peut bien, en considérant les influences maladives, se rendre compte de l'atteinte profonde que subit la constitution morale par suite d'un affaissement ou d'une excitation prolongée; mais de ces vagues aperçus à des *lois positives*, il y a si loin, que la tentative d'une théorie serait sans chances de succès.

Ideler était d'ailleurs trop occupé de la démonstration de ses doctrines positives pour chercher à démêler des résultats négatifs.

Si on veut se représenter à l'esprit les données générales que

je viens d'exposer, on comprend sans peine ce que doit être le traitement.

La matière médicale y occupe peu de place ; les influences morales au contraire tiennent le premier rang. Leur direction est déterminée par le but que le médecin se propose : rétablir l'harmonie en arrêtant le développement excessif d'une ou de plusieurs tendances, et la rétablir à tout prix.

Mais autant il est facile de se rendre compte du résultat qu'on veut atteindre, autant il est laborieux d'en ressaisir les moyens.

La faute en est à la méthode.

J'ai essayé, dans tout le cours de cet exposé, de faire ressortir l'insuffisance de la psychologie, livrée à ses seules ressources. Cette impuissance est plus évidente encore quand il s'agit de rétablir l'équilibre que lorsqu'il suffisait de montrer comment il avait été rompu.

Les règles s'effacent pour céder leur place à des conseils. Le traitement individuel devient le seul possible, et alors il ne se prête à aucune théorie générale. En effet, lorsqu'on songe à la diversité des caractères, à la multiplicité des combinaisons, l'esprit s'effraye avec raison et recule devant la puissance d'intelligence qu'il faudrait pour ramener à des lois fixes toutes les relations possibles des penchants dans chaque individualité. Le médecin est obligé de faire appel à des principes supérieurs qui règlent au moins ces combinaisons hasardeuses ; il est forcé de voir dans son malade autre chose qu'un équilibre numérique à rétablir ; il dépasse les faits, mais alors, s'il a cessé d'être psychologue, il est devenu philosophe.

(*Annales médico-psychologiques*, 1845.)

RICHARD BRIGHT.

SA VIE ET SES ŒUVRES.

Bright a succombé, le 15 décembre 1858, aux suites d'une affection organique; il était âgé de soixante et onze ans.

C'est un devoir pour la presse médicale de rendre un dernier hommage à un médecin si justement illustre, et dont le nom restera éternellement attaché à une des plus grandes découvertes pathologiques de notre temps. Nous acquittons d'autant plus volontiers cette dette de reconnaissance, que nous n'avons à subir aucune des nécessités imposées aux discours officiels; indépendant de toute contrainte, disposant librement de l'éloge comme de la critique, étranger même à ces influences qui vous dominent à votre insu quand il s'agit d'un compatriote et d'un contemporain, nous n'avons pas à sacrifier l'homme scientifique à l'homme privé.

S'il ne nous a pas été donné d'assister à la pratique médicale de ce maître, nous avons assez vécu dans l'intimité de ses écrits pour avoir acquis le droit sinon de le juger, au moins de fournir à nos lecteurs les éléments d'un jugement sérieux et facilement impartial. Pour notre part, nous n'hésitons pas à le déclarer d'avance, et pourquoi le dissimuler? Bright est au moins à la hauteur de sa renommée, et ses ouvrages sont du petit nombre de ceux qu'on ne saurait trop relire et méditer trop souvent.

La biographie doit occuper peu de place dans cette notice toute dévolue à l'œuvre, qui dès aujourd'hui appartient à la postérité.

Bright, fils d'un négociant des environs de Londres, commença en 1809 à étudier la médecine sous la direction de Duncan et de Monro, l'anatomiste. Vers la fin de 1810, il interrompit le cours de ses études pour accompagner en Islande sir George Stuart Mackensie; on attribue à sa collaboration la partie consacrée à l'histoire naturelle dans la description publiée depuis par Mackensie.

A son retour à Londres, Bright vint s'établir chez un des officiers du *Guy's hospital*, dans l'hôpital même où devait s'accomplir presque toute sa vie scientifique. Là il fut l'élève de Currie et de Babington, et, dès le début, il paraît s'être livré, avec une ardeur qui ne s'est pas démentie, à l'étude de l'anatomie pathologique. On lit dans une des notices biographiques que M. Pettigrew se souvient avoir vu, à cette époque, un dessin de Bright représentant les granulations du rein, sur lesquelles s'était déjà fixée son attention. Après une année passée à l'école d'Édimbourg, il soutint sa thèse pour le doctorat le 13 septembre 1813, sous ce titre : *De Erysipelate contagioso*, et devint l'élève du Dr Bateman à l'hôpital des fiévreux de Londres.

Bright employa l'année 1814 à visiter l'Allemagne, la Hollande et la Belgique, se mettant en relation avec les médecins les plus réputés. En 1816, il fut reçu licencié au Collège royal de médecine, puis médecin adjoint au *Fever hospital*. Ce n'est qu'en 1824, et après de nouveaux voyages sur le continent, qu'il fut appelé à succéder au Dr Laird comme médecin de l'hôpital de Guy. Il s'y livra, avec le Dr Addison, à l'enseignement théorique et pratique de la pathologie. C'est alors qu'il commença, en collaboration avec son savant collègue, ses *Éléments de médecine pratique* (*Elements of the practice of medicine*), dont le premier volume seul, publié en 1837, est dû, pour la plus grande partie, à son collaborateur. Depuis peu d'années seulement, Bright avait renoncé à ses fonctions hospitalières et à son enseignement.

Tous ceux qui l'ont pratiqué s'accordent à rendre justice aux qualités morales dont Bright a fait preuve durant sa vie. Père d'une famille nombreuse, il aimait à passer avec les siens les

loisirs des longues vacances pendant lesquelles il se reposait, chaque année, des rudes exigences de la profession. Versé dans la langue et dans la littérature française et allemande, il avait encore à un haut degré le goût de la peinture et dessinait lui-même avec talent. Tous rendent également justice à sa haute probité médicale. Après des commencements assez laborieux, Bright avait acquis une grande position, les honneurs s'étaient accumulés sur sa tête, la fortune lui avait été amplement favorable ; mais, au temps même de ses plus pressantes occupations, il était resté le médecin et le consultant le plus consciencieux, n'épargnant jamais ni temps ni peine pour entrer dans les moindres particularités de la maladie pour laquelle on recourait à ses lumières.

Il est hors de doute que pour apprécier sûrement la valeur pratique d'un médecin, il faut l'avoir suivi au lit du malade, partageant avec lui la série de ses investigations, participant à ses doutes, s'associant peu à peu à ses convictions, contrôlées par une observation commune. Avec un écrivain didactique, ce serait hasarder beaucoup que de conclure du savant au praticien. Mais Bright n'était pas de ceux que leur génie appelle aux conceptions théoriques, et le côté clinique domine seul dans tous ses écrits. Le plus souvent il s'en tient au récit de quelques faits saillants entre lesquels il signale les points de ressemblance, tout au plus joignant à cette comparaison attentive quelques réflexions toujours sobres, mais aussi toujours riches en aperçus originaux ou remarquables dans leur concision, par un sens profond de la médecine.

Le génie de ces observateurs éminents qui marquent leur passage à la fois dans l'art et dans la science, et qui laissent après eux des notions simples, mais d'une vérité si vraie qu'elles ne seront entamées par aucun système, n'est pas facile à caractériser. Par un privilège qui appartient à tous les arts, leurs élucubrations ne vieillissent pas, on les dirait, après des siècles, enfantées de la veille ; mais la sûreté même et le peu de compréhension de leurs idées laissent à peine un accès aux études

critiques. Le plus souvent c'est par leurs excès ou par leurs erreurs qu'on arrive à juger les hommes, et l'examen des doctrines risquées est à la fois plus séduisant et plus aisé que celui de l'observation si sagace, mais si décisive ; en lisant les grandes œuvres théoriques, on se sent pris d'étonnement au moins, sinon d'admiration. En voyant poser des lois qui dépassent à peine les proportions d'un aphorisme, la chose paraît si naturelle qu'on inclinerait plutôt à s'étonner que la découverte n'ait pas été faite de prime-saut et presque de tout temps. Toute banale qu'est l'histoire de l'œuf de Christophe Colomb, le chapitre de ses applications n'est pas et ne sera jamais épuisé.

Bright appartient sans réserve à cette classe de médecins qui voient beaucoup, mais qui disserlent peu ; ce n'est ni par l'esprit philosophique ni par le dogmatisme qu'il brille. Toutes les fois qu'il se hasarde dans les généralités, il atteint tout au plus ces données moyennes qui touchent de près aux vulgarités ; quand au contraire il descend dans les détails, on le sent sur le vrai terrain de son intelligence. Il est, en un mot, plus pénétrant que profond. Il a d'ailleurs, comme tous les esprits supérieurs, une conscience instinctive de ses aptitudes, et il se maintient sévèrement dans la limite où il peut se mouvoir avec toutes ses forces. La seule incursion qu'il ait faite dans les régions de la philosophie médicale est peut-être la leçon d'ouverture de son cours de médecine. Il y montre le corps merveilleusement organisé pour son but et le compare longuement à une grande usine où chaque machine concourt au résultat définitif. Puis, après avoir payé un tribut d'admiration à cette organisation où se révèle une création divine, il a hâte de passer à de simples conseils sur la meilleure manière de recueillir des notes et de se comporter avec les fonctionnaires et les malades de l'hôpital.

Cependant on se tromperait en confondant avec l'absence de direction cette évidente inaptitude à formuler des principes. Bright raisonne peu sur la méthode, mais il n'y a pas d'esprit plus rigoureusement méthodique, et s'il n'a pas exposé les règles qui le guident, sa direction ne s'en manifeste pas moins,

constante et invariable, dans la succession de ses travaux.

Ce serait également définir inexactement ses tendances que de ranger, sans autre trait caractéristique, Bright parmi les anatomopathologistes. L'anatomie pathologique, glorifiée d'abord outre mesure, a fini par déchoir du rang où les circonstances l'avaient élevée ; mais, comme d'ordinaire, la réaction a dépassé la mesure : on a confondu dans une même défiance des modes d'étude que l'on réunissait à tort sous un seul nom, et que séparent de profondes différences.

L'anatomie pathologique, qui prétend suffire à tous les besoins de la science et qui substitue l'observation du cadavre à celle du malade, ne saurait être trop sévèrement jugée. Celle qui, moins ambitieuse, marche de pair avec l'examen clinique, ajoute ses enseignements à ceux que fournit l'étude des fonctions observées pendant la vie, celle-là est une partie intégrante et à tout jamais inséparable de la médecine.

C'est à celle-là que Bright a réservé toutes ses sympathies. Comme Laënnec, avec lequel il a plus d'une ressemblance, le fait anatomique est pour lui une des expressions de la maladie, sans être la maladie tout entière. La lésion, dégagée du symptôme, représente une lettre morte que la clinique viendra ou non vivifier, qui doit éveiller l'attention chercheuse du médecin, mais qui n'a de sens que le jour où on a su la discerner et la suivre chez l'individu vivant. Constatée isolément, elle est non seulement incomplète, mais incapable de se compléter sans le secours d'un autre mode de recherches. Bright n'était pas de ceux qui croient *a priori* qu'à force de pénétrer dans les profondeurs de l'autopsie, on parviendra à créer de toutes pièces la maladie qui répond à l'altération ; aussi, toutes les fois qu'il a signalé une lésion anatomique dépourvue de symptômes, il l'a présentée comme une pierre d'attente et non comme la base d'un édifice pathologique.

A ce titre, Bright est véritablement médecin ; il l'est encore lorsqu'il s'agit de l'interprétation des phénomènes morbides. La grande gloire d'Hippocrate, et ce qui assure à ses écrits une auto-

rité qui s'est perpétuée, c'est justement l'esprit médical, qui préside, dans ses œuvres, à la subordination des symptômes. Tandis qu'à diverses époques, et surtout de notre temps, on a voulu attribuer une égale valeur à toutes les manifestations pathologiques, les médecins praticiens se sont refusés obstinément à admettre cette égalité qui ne répondait pas aux nécessités dont ils avaient conscience ; ils ont persisté à soutenir que, parmi les symptômes, les uns étaient secondaires, les autres dominants, et qu'il existait des phénomènes d'une valeur exceptionnelle, pour lesquels il faut réserver la dénomination de *signes*. Bright est convaincu de la réalité de ces expressions significatives, qui à elles seules caractérisent une unité morbide, et il en poursuit la recherche avec une ardeur bien récompensée. Persuadé, comme tous les maîtres, par une sorte d'avertissement instinctif, qu'il est dans le vrai, il ne se tient pour satisfait que quand il a découvert le signe destiné à donner au médecin une certitude égale à celle que le chimiste tire d'une réaction décisive. Ce n'est pas qu'il considère ce phénomène caractéristique comme résumant la totalité de la maladie ; personne ne sent mieux que lui la solidarité de l'organisme, mais personne non plus n'a compris avec un sens plus pratique l'obligation pour le médecin de saisir des points de repère dans l'immensité de son observation.

Il ne suffit pas, en effet, lorsqu'on embrasse un champ d'études aussi large que celui de la médecine, d'enregistrer des faits à l'aventure, et d'attendre avec une patience inaltérable que la lumière se fasse pour éclairer ces richesses inutiles. L'observation n'existe qu'à la condition d'un observateur, et c'est bien le moins qu'on tienne compte, en fait de médecine, des obligations intellectuelles imposées au médecin. C'est, à mes yeux, un des grands mérites de Bright d'avoir fait une part si ample et si largement entendue à l'observateur, ne jugeant un fait pour solidement établi que quand il était d'une constatation possible et presque facile. Pour lui, et, s'il ne l'a pas dit, il a été sans exception conséquent avec ce principe, il ne suffit pas que la maladie existe, il faut encore qu'elle se révèle par un ou plu-

sieurs caractères assez précis, assez simples, pour préserver d'une inévitable confusion. Tant qu'on n'est pas parvenu à cette netteté de vues, dont les naturalistes n'ont cessé de nous donner l'exemple, on peut avoir recueilli des notions, on n'a pas institué des types définitifs.

Si ces considérations à peine indiquées semblent obscures, elles acquerront plus de clarté en suivant pas à pas chacune des recherches spéciales auxquelles s'est livré Bright. C'est par le détail, ainsi que je l'ai dit, que brille cet esprit supérieur ; aussi le juge-t-on mieux par une analyse que par une appréciation.

Bright s'est occupé à peu près exclusivement des maladies des organes abdominaux et de quelques affections cérébrales ; ses travaux sont dispersés dans divers recueils scientifiques, et lors même qu'il les a réunis dans des traités, il leur a laissé la forme de monographies indépendantes. J'avais songé d'abord à rapprocher les divers mémoires qui traitent de sujets analogues, mais cette coordination artificielle nuit plus qu'elle ne sert à l'intelligence du maître ; elle ne répond ni à sa méthode ni à ses aptitudes, et finirait par défigurer cette œuvre magistrale. Je me bornerai donc à résumer les principales publications monographiques de Bright, sans reculer devant la sécheresse apparente d'un semblable catalogue, et en suivant le classement que Bright lui-même a adopté dans la collection de ses mémoires.

Cases and observations illustrative of diagnosis where tumors are situated at the basis of the brain (*Guy's hospital reports*, t. IV). Deux faits dont il a été témoin, et qui présentent de notables analogies, lui ont paru propres à jeter quelques lumières sur le diagnostic difficile du siège occupé par certaines tumeurs de la base du cerveau. Dans les deux cas, les tumeurs étaient adhérentes à la portion pétreuse du temporal et exerçaient une pression sur le pont de Varole.

Les malades, qui ont succombé à peu près au même âge, étaient sains d'ailleurs, et par conséquent les symptômes qu'ils ont présentés étaient exempts de complications sérieuses dues à d'autres maladies. Chez tous deux, l'affection a été graduelle-

ment progressive; les organes des sens ont été atteints tout d'abord, plus tard la paralysie s'est étendue au mouvement et à la sensibilité ; l'intelligence n'a été troublée qu'à une période avancée et probablement sous l'influence d'un épanchement séreux dans les ventricules. Les symptômes ont essentiellement consisté dans une perte totale de la vue, une perte de l'ouïe complète dans une oreille, incomplète dans l'autre, une paralysie des extrémités, à laquelle les sphincters n'ont participé que momentanément.

Les deux malades étaient sourds de l'oreille gauche depuis plus de vingt ans, à la suite de commotions accidentelles. La cécité, sans qu'on puisse s'expliquer cette particularité, survint avant la surdité du côté droit et plus de deux ans avant la mort. Le sens du goût était également aboli, mais plus tardivement, et les malades avalaient, avec la même indifférence, les boissons qui leur étaient présentées, quelle que fût leur saveur. L'abolition des sens avait précédé de beaucoup la paralysie du mouvement et de la sensibilité, qui pendant longtemps étaient restés intacts.

A ces faits, Bright a joint quelques observations de lésions des parties supérieures de la moelle. Il note aussi accessoirement deux formes de troubles de la parole sous l'influence de lésions cérébrales; malheureusement il n'insiste pas sur ce symptôme important, et qui mériterait, à tant d'égards, d'être longuement étudié.

Observations on jaundice (*Guy's hosp. rep.*, t. III). Bright, dans ce court et remarquable travail sur la jaunisse, est plus doctrinal que d'habitude. La production de l'ictère est assez généralement rapportée à un de ces quatre ordres de causes: congestion sanguine du foie, obstruction des conduits biliaires, modifications chroniques dans la structure de l'organe, état inflammatoire. C'est à ce dernier élément pathogénique que Bright borne presque exclusivement ses recherches.

L'inflammation vraie doit être distinguée de cet état d'irritation chronique qui succède fréquemment à des abus de régime,

et qui finit par amener diverses formes de dégénérescence; mais, si légitime que soit la distinction, les deux formes passent de l'une à l'autre par des degrés peu sensibles. L'inflammation est ou graduelle ou presque soudaine; mais, quelle que soit la marche qu'elle ait affectée, elle peut devenir l'origine des plus graves perturbations. C'est à propos de ces phlegmasies hépatiques que Bright appelle l'attention sur les complications cérébrales, laissées jusqu'à lui presque inaperçues, et qui depuis ont servi à caractériser le type nouveau de l'ictère grave; c'est à ce sujet encore qu'il note la fréquence également méconnue des hémorrhagies et la signification importante de la fièvre dans la jaunisse.

En même temps qu'il coordonnait dans une même description un ensemble de symptômes assez uniformes pour constituer une espèce morbide, il poursuivait l'étude des lésions correspondantes. Le foie diminue de volume; la sécrétion de la bile, au lieu d'être surabondante, est insuffisante; la substance même du foie subit une désorganisation profonde. Les acini atrophiés ne sont plus susceptibles de recevoir la quantité de sang nécessaire à la sécrétion normale, ceux qui résistent se groupent le long des ramifications de la veine porte. Mais, par une contradiction qui depuis s'est volontiers perpétuée, en même temps qu'il admet la notable diminution du fluide biliaire, Bright incline à attribuer à l'excès de la bile dans le sang et à une intoxication consécutive les troubles du système nerveux.

Enfin, et cette opinion semble à première vue inadmissible, Bright suppose que la formation d'abcès hépatiques représente un terme plus élevé de l'inflammation, qui, à d'autres degrés, se serait traduite par la destruction intime de l'appareil sécréteur de l'organe. Il est certain que l'atrophie hépatique ne se termine jamais par la suppuration, et que ces deux lésions ne sont pas des échelons que parcourt un même processus pathologique; mais Bright prend les choses de plus haut, et par une théorie de pathologie générale qui ne lui est pas familière, il suppose que l'inflammation n'est pas aiguë ou chronique à cause de sa durée, mais en vertu d'une tendance propre, laquelle met un temps plus

ou moins long à parcourir ses périodes. L'atrophie répondrait à la forme essentiellement chronique, et ferait le passage entre l'irritation et l'inflammation phlegmoneuse.

Quoi qu'il en soit, il importe de respecter ces distinctions, qui, fussent-elles scientifiquement artificielles, sont utiles pratiquement et guident le médecin dans la médication. On ne saurait trop s'élever contre la thérapeutique à peu près invariable qu'on impose à toutes les maladies chroniques ou subaiguës du foie, sans indications de quelque valeur, et en particulier contre l'abus des mercuriaux. C'est en Angleterre qu'on a le plus abusé du calomel à haute dose; c'était bien le moins que la réaction vînt du même pays.

Le mémoire sur la jaunisse est suivi d'une note sur quelques affections malignes du foie, et de la relation de trois cas intéressants, mais sans épicrise.

Cases and observations connected with diseases of the pancreas and duodenum (*Medico-chirurg. transactions*, t. XVIII). L'étude monographique sur les maladies du pancréas devrait être, si l'espace ne nous l'interdisait, plutôt traduite qu'analysée; non seulement elle a une valeur scientifique considérable, mais à elle seule elle suffirait presque à donner une juste idée de la méthode et de l'esprit de recherche de Bright.

Un malade, atteint de diabète bien caractérisé et remontant à près d'un an, est affecté de jaunisse, et conduit à l'hôpital de Guy. L'état de la sécrétion urinaire s'améliore; on cherche à remédier à l'ictère produit par un obstacle au cours de la bile, lorsque, sans prodromes, le malade rejette, avec les matières fécales, une quantité de matière jaunâtre, ressemblant à du beurre fondu qui commencerait à se figer. Le même phénomène se reproduit à diverses reprises et à des intervalles plus ou moins éloignés. A l'autopsie, outre les autres lésions, on constate une dégénérescence squirrheuse de la tête du pancréas, envahissant aussi une partie du duodénum. L'année suivante, chez une femme pareillement ictérique, on observe les mêmes évacuations graisseuses, et l'autopsie montre aussi la même altération du

pancréas et du duodénum. Huit observations analogues sont recueillies dans le cours de peu d'années, et Bright fournit au diagnostic un signe caractéristique, dont l'expérience a depuis lors justifié l'exactitude.

La discussion à laquelle il se livre pour dégager, dans ces cas singulièrement complexes, l'élément essentiel de la maladie, est un chef-d'œuvre de logique médicale en même temps que de réserve; c'est avec les ménagements les plus précautionneux qu'il propose, comme explication de la présence de la graisse dans les selles, l'absence ou l'insuffisance du suc pancréatique, et, par suite, l'imperfection de la digestion des matières alimentaires. On sait quel chemin a fait depuis lors cette idée timidement hasardée par Bright; lui-même en appelait à de nouvelles expériences pour décider du rôle dévolu au pancréas, et de la part afférente à l'intestin. L'expérience physiologique a désormais tranché la question dans le sens où Bright inclinait à la résoudre.

Cases and observations illustrative of diagnosis when adhesions have taken place in the peritoneum (*Medico-chirurgic. transact.*, t. XIX). J'attacherais une moindre importance à ces recherches sur les adhérences du péritoine, bien que tel ne paraisse pas être le sentiment de l'auteur. Les conclusions se réduisent à peu près à la proposition suivante : Lorsque des adhérences se sont formées entre le péritoine et les viscères abdominaux, on éprouve au toucher, en palpant le ventre, une sensation toute particulière, qui varie entre la crépitation produite par l'emphysème et la sensation que donne le froissement d'un cuir neuf entre les doigts.

J'arrive enfin à l'œuvre capitale de Bright, l'albuminurie. Cette découverte si neuve, et qui suffirait amplement à la gloire d'un homme, est consignée pour la première fois dans le volume intitulé *Reports of medical cases*, etc.; 1827. Le tome II du même ouvrage, publié en 1831, contient quelques additions; mais c'est seulement dans les leçons faites par Bright en 1833 sur les fonctions de l'abdomen (*Gulstonian lectures*), et reproduites dans le *London medical gazette*, qu'on trouve un exposé dogmatique de ses idées. Deux articles, insérés dans les comptes rendus de l'hô-

pital de Guy (1836, t. I, et 1846, t. X), contiennent les développements fournis par de plus nombreuses observations. Si brèves que soient ces publications, on peut dire qu'elles ont épuisé la matière, et que les investigations ultérieures y ont ajouté peu de chose. On a commenté certains points, développé quelques propositions trop concises; mais aucun des commentateurs les plus autorisés ne peut se vanter d'avoir complété une doctrine complète du premier jet.

Il serait au moins superflu de reprendre en détail l'histoire si souvent reproduite de l'albuminurie; mais il est impossible, dans une notice consacrée à la biographie scientifique de Bright, de se contenter de cette simple mention. Je me bornerai à peu de mots, en renvoyant aux très courts mémoires originaux, qu'on ne saurait trop relire et méditer. Peut-être un jour traduira-t-on, en les réunissant, ces monographies, qui font époque dans la science, et qui, malgré l'immense retentissement qu'elles ont eu en Europe, restent encore inaccessibles à trop de médecins.

Le premier travail, celui qui figure dans le recueil des cas médicaux, renferme plus de faits que de réflexions. Après avoir traité des hydropisies en général, Bright étudie particulièrement les hydropisies qui sont sous la dépendance d'affections du foie ou des reins. Pour les dernières, dit-il, il en est dont je dois prendre seul la responsabilité, tandis que pour les autres je suis soutenu par l'autorité des médecins qui s'en sont occupés avant moi. C'est en 1813 qu'il aperçut pour la première fois une altération étrange des reins chez un hydropique; douze ans s'écoulèrent sans qu'il trouvât l'occasion d'observer une lésion du même genre, et le premier cas est celui d'un malade de l'hôpital de Guy, admis en 1825. On suit avec un intérêt presque anxieux l'évolution de cette idée féconde, qui sommeille pendant tant d'années, qui, d'abord à l'état de vague hypothèse, se développe et mûrit vite dans les observations qui se succèdent, et finit par atteindre, toujours sous la puissante impulsion de l'inventeur, cette perfection qui n'appartient qu'aux vérités inébranlables.

Dans son premier recueil de faits, Bright hésite encore; con-

séquent avec sa méthode accoutumée; il interroge les viscères qui peuvent avoir engendré l'hydropisie, et il se demande, après élimination, si c'est le foie ou les reins qui doivent être mis en cause. La question résolue en faveur des reins, il entre de suite dans la discussion des rapports de l'altération organique avec l'albuminurie; problème soulevé tant de fois, non encore résolu, mais que Bright tranche sans plus attendre, en admettant : que le trouble fonctionnel devance la dégénérescence; que la lésion matérielle est secondaire, consécutive; qu'elle est une expression ultime et ne doit pas être prise pour la cause de la maladie. Comme toujours, il y a à côté de ces indécisions des théories prématurées qu'atténuera une plus mûre étude. C'est ainsi que Bright se croit en droit d'établir trois variétés, sinon trois formes, de dégénérescence, et cette division, souvent reproduite, controversée ou développée par les auteurs, semble avoir acquis plus d'importance que ne lui en attribuait Bright lui-même, car il n'en touche plus un mot dans ses autres publications.

Le volume des *Reports of medical cases*, publié en 1831, est consacré presque exclusivement aux affections cérébrales et nerveuses, et contient, comme je l'ai dit, peu de notions relatives à l'albuminurie. Les leçons de 1833 occupent au contraire une place importante dans l'histoire de la maladie, et sont le premier, sinon le seul essai de systématisation pathologique.

« Après avoir esquissé la séméiologie générale des affections de l'abdomen, j'arrive, dit Bright dans sa seconde leçon, à une des sources les plus fécondes du diagnostic, l'examen de la sécrétion urinaire. Je ne puis traiter de toutes les indications que fournissent les urines, mais j'espère que vous serez indulgents, si je m'arrête un peu plus sur un sujet que j'affectionne (*one favourite topic*) : les signes diagnostiques à tirer de l'état albumineux de l'urine. Je suis profondément convaincu, quelque grande que soit la difficulté d'expliquer la dépendance des différents symptômes et de saisir le lien qui les unit, je suis convaincu que plus d'une maladie importante se développe en rapport avec les altérations des reins qui entraînent le mélange de l'albumine et de

l'urine, rapport qui, jusqu'à ce dernier temps, n'avait pas même été soupçonné. »

A la suite de cette modeste introduction, Bright expose le résultat des analyses faites par lui et par ses amis ou ses élèves, réservant déjà la part des albuminuries accidentelles, provoquées par des écarts de régime ou par des influences passagères. Il décrit ensuite les lésions du rein signalées par les autopsies, les principaux symptômes, et au premier rang l'anasarque ; il distingue la marche aiguë et chronique, note les temps d'arrêt ; il discute la gravité du pronostic, le plus ou moins d'indépendance de l'affection rénale ; il indique même sommairement, mais sûrement, la coïncidence des phénomènes cérébraux et surtout du coma, et la relation de l'albuminurie avec les maladies du cœur. Puis il termine en disant : « Quoique ce soit mon sujet favori, je ne veux pas y insister davantage, et je m'y suis arrêté déjà trop longtemps. » Or le tout, description et discussion, occupe environ cinq pages.

Trois ans plus tard, dans son premier mémoire, Bright a surtout en vue d'appeler l'attention sur les débuts de la maladie. La médication est restée impuissante peut-être parce qu'on n'intervenait pas assez tôt. La maladie est grave, fréquente, et mérite d'éveiller la sollicitude.

Le tableau qu'il trace de l'albuminurie succédant à la scarlatine ou débutant par une hématurie due à toute autre cause est un modèle achevé, et, malgré sa longueur, je n'ai pu résister au désir de le reproduire ici ; on aura d'autant moins à s'en plaindroque je me tiendrai ainsi pour dispensé de tout autre développement.

« Voici à peu près l'histoire de cette maladie et de ses symptômes.

« Un enfant ou un adulte est atteint de scarlatine ou de quelque autre affection aiguë. Ou il s'est livré à un usage immodéré des liqueurs alcooliques pendant des mois ou des années, ou il s'est exposé à quelque influence accidentelle ou habituelle ayant pour effet de supprimer la perspiration cutanée. Il s'aperçoit

que la sécrétion de l'urine s'est notablement accrue, ou il découvre qu'elle est colorée par du sang, ou, sans avoir fait aucune remarque de ce genre, il s'éveille un matin avec la face bouffie ou les malléoles enflées ou les mains œdémateuses. S'il lui arrive alors de tomber entre les mains d'un praticien qui soupçonne la nature de la maladie, on trouve que toujours l'urine contient une notable quantité d'albumine; le pouls est plein et dur, la peau est sèche : il a de fréquents maux de tête, et éprouve parfois un sentiment de pesanteur et de souffrance dans la région des reins. Sous l'influence d'un traitement plus ou moins actif, parfois sans traitement, les plus manifestes et les plus pénibles de ces symptômes disparaissent : l'œdème, qu'il ait été passager ou constant, cesse d'être observé; l'urine ne contient plus de dépôts rouges, et, suivant le degré d'importance qu'on a attaché à ces symptômes, on les perd de vue peu à peu ou on les oublie complètement. Cependant, de temps à autre, le visage redevient bouffi, la peau est sèche; les maux de tête se reproduisent avec une fréquence inaccoutumée, ou des envies d'uriner répétées troublent le repos de la nuit. Plus tard la coloration de la face se ternit, la sensation de faiblesse ou de douleur dans les reins va croissant; les maux de tête, souvent accompagnés de vomissements, ajoutent singulièrement au malaise général ; un sentiment de fatigue, de lassitude, de dépression, pèse chaque jour davantage sur les forces physiques et morales. On recourt à l'assistance de la médecine. Si la nature de la maladie est soupçonnée, l'urine est examinée soigneusement, et à chaque examen, elle contient de l'albumine, tandis que la quantité d'urée diminue successivement. Si, pour ranimer l'économie, on pratique une saignée, le sang est souvent couenneux ou le sérum est laiteux ou opaque; une analyse minutieuse y fait découvrir souvent une diminution sensible de l'albumine ou révèle quelquefois la présence de l'urée. Si la maladie n'est pas soupçonnée, le foie, l'estomac ou le cerveau, se partagent la sollicitude du praticien et le détournent parfois complètement du véritable siège de la maladie. L'œdème croît et décroît ; le malade devient gai ou au con-

traire mélancolique ; les sécrétions des reins et de la peau sont augmentées ou diminuées, quelquefois alternativement, d'autres fois sans qu'il y ait entre ces deux fonctions de relations apparentes. Tantôt le malade revient à une santé tolérable, tantôt il recouvre son activité, tantôt il est moins heureusement partagé ; l'œdème est plus considérable, l'urine devient rare, les forces vitales s'abaissent, les poumons s'œdématient, et il descend au tombeau dans un état d'asphyxie ou de coma ; ou un épanchement subit de sérosité dans la glotte interdit l'accès de l'air et amène une terminaison plus rapide. A-t-il résisté à ces mortelles atteintes, il est sujet à de constantes rechutes ; ou bien il avait presque oublié ses souffrances, quand il est saisi tout à coup par une attaque aiguë de péricardite ou par une attaque moins aiguë de péritonite, qui, sans l'avertir une seconde fois, lui enlève la vie en quarante-huit heures. S'il a échappé à ce danger, d'autres périls l'attendent : ses maux de tête deviennent plus fréquents, l'estomac est plus affecté, la vue indistincte, l'ouïe troublée ; tout à coup il est saisi d'une convulsion et devient aveugle ; il lutte contre l'attaque, mais les accès se répètent, et, avant qu'un jour ou qu'une semaine se soient écoulés, épuisé par les convulsions ou accablé par le coma, il clôt ainsi la pénible histoire de sa maladie. »

Le second mémoire se termine par les plus sages conseils sur le traitement. Bright y revient avec insistance, sur la conviction, qu'il a de tout temps exprimée, que la maladie est au début toute fonctionnelle, et que tant qu'elle garde ce caractère, elle n'est pas inguérissable. Les émissions sanguines, le séjour persévérant au lit, les purgatifs et les diaphorétiques, répondent successivement aux indications. Plus tard la médication a des chances de succès moins favorables ; mais, quel que soit le remède qu'on adopte, il faut, dit-il, avoir sans cesse présent à l'esprit qu'on doit l'administrer avec une patience et une persévérance exemplaires.

Je n'ai pas, encore une fois, la prétention de suppléer à la lecture des monographies dont j'ai pu à peine signaler l'excel-

lence ; mais, n'eussé-je réussi qu'à donner à quelques médecins le désir de remonter à la source et d'étudier l'œuvre du maître, que je croirais avoir accompli une tâche utile.

Outre les mémoires dont j'ai essayé l'analyse, et qui m'ont toujours paru, malgré leur concision, la partie la plus achevée et la plus importante des publications de Bright, outre les deux volumes de *Reports of medical cases*, dont j'ai plus que sommairement indiqué le contenu, Bright a, de 1841 à 1847, inséré, dans les comptes rendus de l'hôpital de Guy (*Guy's hospital reports*), une série d'articles sur les tumeurs abdominales, qui sont en réalité autant de chapitres d'un traité dogmatique ; j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rappeler ici les titres de ces fragments, inspirés par une vue méthodique facile à saisir. La plupart se refusent à une analyse, à cause de la multiplicité des questions qui y sont soulevées sans être définitivement résolues.

Les tumeurs ou la tuméfaction abdominale peuvent être le résultat de causes très diverses, que Bright passe successivement en revue, indiquant ce qu'on sait sur chaque ordre d'altérations pathogéniques, et tenant moins, comme toujours, à être complet qu'à rester original. Il y a, dans ces aperçus rapides, librement conçus et non moins librement exposés, une foule d'idées qui demanderaient à être reprises et développées ; malheureusement ces germes de doctrine ne mûrissent pas quand ils sont transplantés : celui-là seul qui les a fait éclore est capable de les féconder. Pour tout autre, ce sont des données plus ou moins ingénieuses, mais pleines de hasard, et, si on juge vite leurs côtés faibles, on ne saisit pas aussi facilement les points par lesquels ces vagues à peu près se rattachent dans l'avenir à de grandes conceptions.

Bright n'a rempli qu'en partie le vaste programme que lui-même s'était tracé, et qui embrasse tous les organes abdominaux pouvant donner lieu à de l'intumescence partielle ou générale. Il traite d'abord des kystes hydatiques développés dans la cavité de l'abdomen, et profite de 15 observations originales pour exposer les particularités les plus intéressantes à côté des géné-

ralités. Les maladies de l'ovaire lui fournissent l'occasion d'une discussion importante sur la nature intime des tumeurs ovariques ; il pose en fait que les kystes simples de l'ovaire sont rares, ou du moins atteignent rarement de grandes dimensions, et que les tumeurs volumineuses sont toutes de mauvaise nature, expliquant par là l'impuissance des traitements médicaux ou chirurgicaux et la tendance à la récidive.

La rate, les reins et le foie, fournissent la matière d'autant de monographies, illustrées par des planches exécutées sous sa direction.

Quels que soient les *desiderata* de ces mémoires, composés d'après des observations inédites, et dans lesquels il est fait peu d'emprunts à l'érudition, ils témoignent de la préoccupation persévérante qui a inspiré, on peut le dire, la vie scientifique de Bright. Les affections thoraciques ne sont pour lui que d'un intérêt secondaire, tandis que les maladies abdominales absorbent son attention. Concentré sur ce sujet à peu près exclusif, il conçoit sa pathologie générale, règle sa méthode, dirige ses recherches dans le sens où doit l'entraîner cette observation presque exclusive. En outre et comme la plupart des maîtres en médecine, Bright réserve pour les maladies chroniques ses meilleures sympathies, et quel champ plus large offrent, à ce point de vue, les maladies abdominales !

Une fois engagé, de propos délibéré, dans cette direction, il la poursuit avec une ardeur réfléchie, obéissant toujours aux mêmes principes, procédant toujours par les mêmes moyens. L'anatomie pathologique n'est pour lui que le corollaire de la clinique ; il ne lui suffit pas d'avoir en regard, d'une part des lésions, de l'autre des symptômes, il faut qu'il cherche un lien entre les deux éléments d'une même chose. Or, pour que la clinique marche parallèlement avec l'anatomie pathologique, il est de toute nécessité que le médecin reconnaisse pendant la vie l'existence de l'altération qu'il aura à constater après la mort. Bright dépense toutes les ressources de son esprit à chercher justement ces signes pathognomoniques, qui permettent d'affir-

mer d'avance la nature de l'altération ; les plus insignifiants en apparence sont ceux auxquels il s'attache de préférence, quand ils sont d'une perception facile, et c'est ainsi qu'il arrive à établir sûrement ses plus belles découvertes.

Faire marcher de pair la maladie et la lésion, c'est forcément élargir la sphère de l'anatomie pathologique, en ne la réduisant pas au simple inventaire des altérations ultimes. De même que la maladie marche d'un progrès incontestable, de même la lésion a sa marche obligée avant de devenir mortelle. Si l'observateur l'immobilise, c'est par une convention et pour faciliter son étude; mais elle a traversé des phases sans cesse renouvelées, et c'est à peine si la mort a clos la série de ses transformations. Pour suivre cette évolution non interrompue, ce n'est pas aux modifications le plus souvent inaperçues ou insaisissables des organes que le médecin doit emprunter ses documents. Combien d'organes d'une souveraine importance échappent aux investigations, et quand on est parvenu à les atteindre, combien souvent en est-on réduit à constater seulement l'augmentation et la diminution du volume. Bright s'est rendu compte, sans éprouver le besoin de le dire, de la nécessité d'une méthode à la fois plus sagace et plus sûre ; il a compris qu'à côté et au-dessus de l'altération matérielle de l'organe, le médecin devait placer le trouble concomitant de la fonction. Aussi l'étude des changements de texture ne le détourne-t-elle jamais de la recherche infatigable des désordres fonctionnels. Qu'il étudie le rein, le foie, ou le pancréas, il ne s'en tient pas à l'anatomie, mais il s'avance résolument dans la voie de la pathologie physiologique. A ce titre, il appartient comme Laënnec aux idées qui dominent à notre époque, et il sert de transition entre deux tendances : l'une dont il a subi l'influence contemporaine, l'autre dont il a saisi la vérité et qu'il ouvre à l'avenir.

J'ai tâché d'indiquer de mon mieux les principaux traits de cette grande figure médicale et de montrer l'idée mère à côté des résultats. Bright n'est pas de ceux dont la critique ait à découvrir le mérite ignoré : justice lui a été rendue de son vivant.

Mais, s'il est vrai de quelques grands hommes qu'ils ont passé méconnus au milieu de leurs contemporains, il ne l'est pas moins qu'une estime si haute et si unanime ne vient guère chercher des gens qui en soient indignes. En ne faisant que la part de l'éloge, je ne me suis d'ailleurs dissimulé aucun des côtés faibles qu'il eût été aisé de reprendre; il m'a paru profitable de faire ressortir les qualités dont a bénéficié la science, et je n'ai pas vu quels avantages il y aurait à signaler quelques imperfections.

(*Archives générales de médecine*, 1839).

ASILE CLERICAL (Sainte-Anne)
BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

GRAVES ET BRETONNEAU.

Lorsque, dans une même génération, deux hommes que séparaient leur éducation scientifique et le milieu où ils étaient appelés à vivre se rapprochent par leurs tendances et, tout en réservant l'originalité de leur nature, marchent dans la même voie, il n'est pas sans intérêt de faire ressortir leurs analogies et leurs dissemblances.

Dans cette comparaison, chaque individualité s'efface quelque peu ; mais plus la conformité est saisissante, plus la direction qu'ils ont spontanément adoptée acquiert d'autorité scientifique ; ce ne sont plus les aspirations d'un esprit obéissant au hasard de ses impulsions propres, c'est une méthode de recherche où deux hommes étrangers l'un à l'autre se sont rencontrés qu'il est donné de soumettre à l'analyse. De ce qu'une direction commune s'est imposée à chacun d'eux, il résulte nécessairement qu'elle repose sur des principes supérieurs, et qu'elle sort des limites étroites de la biographie pour entrer dans la sphère plus large de la philosophie de la science.

Graves et Bretonneau se prêtent à un de ces parallèles sincères et sérieux d'où sont exclus et les artifices oratoires, et les contrastes ingénieux, et les similitudes de fantaisie ; tous deux représentent, à des titres divers, de grandes figures médicales de notre temps : l'un qui a surtout laissé après lui la tradition verbale recueillie et fécondée par ses élèves, l'autre qui, plus heureux, a consigné, dans un livre destiné à devenir classique, le meilleur de son enseignement.

Ni l'un ni l'autre n'a les qualités qui font les hommes populaires en médecine. Pour comprendre leur valeur, il faut avoir longtemps vécu dans les intimités de la pratique et être parvenu à cette phase du savoir où on acquiert la mesure de son ignorance. A cette période, qui répond à la maturité médicale, on s'éloigne des traités didactiques pour se plaire aux libres causeries où l'écrivain raconte ce qu'il croit utile de dire, sans s'astreindre à emprunter à autrui ce que sa propre expérience n'a ni étendu, ni amoindri, ni même contrôlé. Mais combien parmi les médecins fatigués par les exigences de chaque jour restent encore soucieux de méditer et de s'instruire! On se leurre par un compromis de conscience en déclarant que l'expérience est désormais la source unique où il convienne de puiser, et une fois résolu à ne plus compulser, suivant la métaphore surannée, que le grand livre de la nature, on s'empresse de fermer tous les autres. Combien consentent à reconnaître que l'expérience d'un seul, si éclairée qu'elle soit, ne donne le dernier mot ni de la science ni de l'art, et que, s'il est nécessaire de voir, il ne l'est pas moins d'apprendre comment les autres ont vu et interprété les faits dont on est témoin!

Graves et Bretonneau appartiennent tous deux, par instinct plutôt que de parti pris et de propos délibéré, à une classe d'observateurs qui a compté à chaque époque d'illustres représentants, et qui aura ses fervents adeptes tant que la médecine aura pour but l'art de guérir. Le savant médecin de Tours avait d'ailleurs compris, avec son tact merveilleux, la sympathie doctrinale qui l'unissait au professeur de Dublin. Il aimait, dans ses causeries les plus abandonnées, qui revenaient toujours à la médecine, insister sur les mérites cliniques de Graves; il s'y complaisait avec ce laisser-aller qui lui était propre, passant d'un sujet à l'autre, et confiant à l'auditeur le soin de remplir les lacunes. M. Trousseau, mon maître affectionné, en rendant pleine justice à Graves, dans sa rapide et remarquable introduction, n'a fait que payer la dette que son maître lui avait léguée, et il l'a acquittée avec l'autorité de sa grande expérience clinique.

Ni l'un ni l'autre n'est entraîné par le courant des idées régnantes ; en contradiction presque flagrante avec le mouvement actuel des esprits, au moins par l'ensemble de leurs aptitudes, ils demandent à l'examen du malade plus qu'à toute autre notion la science de la maladie ; pour eux, qui n'est pas praticien n'est pas médecin ; ce n'est pas qu'ils ignorent ou qu'ils récusent les puissants auxiliaires que les sciences doivent et peuvent fournir, mais ils savent qu'elles sont plus aptes à éclairer qu'à fonder la médecine ; on peut dire d'eux ce qu'on a dit de la médecine elle-même, qu'ils sont tout entiers dans l'observation.

C'est une recherche instructive que de suivre pas à pas ces maîtres de l'art clinique, que de se rendre compte de leurs procédés, dont ils ne donnent jamais la clef, profitant ainsi non seulement de ce qu'ils enseignent, mais des instruments de leur savoir.

Ceux qui ont écrit sur les méthodes médicales ont commis, pour la plupart, une grave erreur ; il leur a paru qu'ils pourraient arriver à poser des préceptes absolus, et que les règles qui devaient servir à guider les novices continuaient encore à gouverner les médecins mûris par l'expérience. Pour arriver à cette décevante rigueur, ils ont été au-devant de tous les sacrifices, et leurs conseils ont été ou d'un dogmatisme intolérant ou d'une banalité insignifiante. On voit les uns prescrivant avec une solennité naïve de ne rien omettre, d'examiner organe par organe, région par région, de classer et de subordonner les symptômes dans leur ordre vrai et de se méfier des hypothèses : on entend les autres qui enjoignent de couler dans un moule uniforme tous les faits, assignant par avance ses droits, ses devoirs, et jusqu'à ses limites à la vérité ; à leur école tous les faits se ressemblent comme les miliciens d'un même régiment, et les monographies, conçues sur le même plan, n'ont ni plus d'invention ni plus de variété.

Ceux qui se bornent à réfléchir entrevoient bientôt la vérité, qui reste en dehors de ces conventions, et, satisfaits d'avoir

ordonné comme il convient leur activité, ils trouvent la chose si naturelle qu'ils n'éprouvent aucun besoin de la dire ; ils sont scientifiquement comme ces gens honnêtes qui, pratiquant assidument leurs devoirs, ne songent à rien moins qu'à faire un cours de morale.

Graves et Bretonneau sont du nombre de ces médecins qui d'ordinaire laissent après eux plus de notoriété encore que de travaux et qui sont moins des écrivains que des modèles à suivre ; si large qu'on fasse la part de leur originalité, ils obéissent à des errements qu'ont suivis, parmi leurs devanciers, ceux qu'on pourrait appeler les disciples de l'école du bon sens en médecine.

Cette méthode, la voici, à mon sens, dans toute sa simplicité : elle consiste à dégager l'observateur de l'observation, entité abstraite qui n'a pas de lois propres et qui obéit aux lois par lesquelles est régie l'intelligence humaine. En séparant ainsi ces deux termes, elle subordonne le second au premier, et elle introduit dans la science l'élément de la perfectibilité. L'observateur est mis en demeure de développer l'observation à mesure qu'il se développe lui-même ; à une lettre morte est substitué l'esprit de la recherche ; la rigueur immuable de la logique laisse une porte ouverte à l'invention, à l'activité personnelle, originale, du médecin, qui n'existe et ne s'exerce qu'à la condition qu'on ait fait la part de l'expérience.

Ce n'est donc plus à la médecine qu'il s'agit de donner l'impulsion, mais au médecin ; au lieu d'assigner d'avance une limite toujours la même à ses investigations, on se borne à guider ses premiers pas, et une fois sa marche assurée, on l'abandonne aux libres efforts de son intelligence.

De même que pour le littérateur la grammaire est l'antécédent obligé, de même le médecin a ses notions grammaticales, qu'il n'a pas le droit de méconnaître ou d'oublier ; mais ces éléments ne sont ni pour l'un ni pour l'autre le dernier terme.

La méthode de l'observation classique, une et invariable, répond à la première phase de l'étude, à l'adolescence scienti-.

flque. Elle enseigne à se garder des écarts, elle crée de saines et droites habitudes, mais ne va pas au delà.

Dans la seconde période de la vie médicale, nous entrons dans l'application des préceptes. L'invention n'est pas encore de mise. Il est temps seulement d'adapter les lois aux faits qui se déroulent sous nos yeux, d'en restreindre ou d'en élargir l'emploi. Qui de nous ne se rappelle comment, à cette époque, où la pratique vient se mesurer à la théorie, il accomplit la tâche laborieuse à laquelle il se sentait, en somme, si peu préparé; comment les malades, dans leur individualité, troublaient la sérénité des règles doctrinales; que d'hésitations, que d'incertitudes. Cependant l'équilibre s'établit, l'absolu perd de sa précision, et l'intelligence, longtemps flottante, finit par se reposer sur des notions mieux et moins définies. Pour les esprits de second ordre, ce temps de repos est le terme extrême du savoir. Il leur suffit d'avoir franchi ce passage difficile pour qu'ils se croient arrivés à la fin du voyage.

Pour les hommes richement doués, cet arrêt d'un instant n'a été qu'une étape où ils se sont retrempés pour une nouvelle excursion. C'est à partir de ce moment que leur nature originale se dessine : ils avaient été jusque-là pairs et compagnons de tous les autres, ils deviennent eux-mêmes. C'est alors aussi qu'il est fructueux d'assister à l'évolution de leurs progrès; au lieu de marcher sur le terrain battu, frayé bien avant eux, ils courent aux aventures, et, dans leur ardeur de découvrir, ils n'ont garde de fuir les hasards inséparables des découvertes. Ce qui est dûment et solidement établi n'est rien à côté du peut-être. L'hypothèse, qui leur était interdite jusque-là, devient l'instrument nécessaire de leurs élucubrations, les conclusions provisoires s'accumulent, les lois en projet, les idées qui attendent les mûres élaborations, les explications à reprendre, se groupent et se classent. L'intelligence est mouvante, active, sans repos, ardente et patiente au travail; bientôt, de ces richesses confuses se dégagent, à mesure que l'observation les consacre, des vérités dignes d'être formulées, bien qu'elles soient encore

loin du fini qui leur vaut l'autorité d'une notion classique.

De quelque nom que l'art s'appelle, on sent chez tous les maîtres cette vivifiante aspiration; sans elle on peut être un homme habile, mais on ne s'élève pas au-dessus. La question n'est pas d'avoir un système, d'échafauder un thème que la postérité classe à son rang dans le catalogue des doctrines. Les praticiens, qui sont les artistes en médecine, n'ont guère la chance d'attacher leur nom à une œuvre théorique; mais ils valent parce qu'ils affirment et surtout parce qu'ils entrevoient. On les reconnaît à un signe presque infaillible, c'est qu'ils appellent la recherche en éveillant la curiosité; il semble qu'en les lisant on ne se borne pas à les comprendre, mais on sent comme un reflet de l'esprit qui les anime; on devient, en leur compagnie, non seulement plus instruit, mais meilleur.

Cette sensation intime qu'éprouve tout homme dans le monde moral, on la retrouve moins distincte, mais non moins puissante dans le monde scientifique, et la provoquer est la marque des organisations supérieures.

Graves et Bretonneau sont du nombre de ceux qui ont transmis leur pensée sous cette forme pénétrante, et c'est pourquoi ils me semblent avoir rang parmi les maîtres de la médecine.

Pour qu'il en soit ainsi, il faut deux conditions qu'ils réunissent : une intelligence merveilleusement apte à l'observation médicale, un zèle qui réchauffe et qui tient l'esprit en haleine. Sans la foi dans la médecine, l'amour de connaître s'allanguit, l'étude dévie de sa direction clinique, l'art perd peu à peu sa raison d'être et se transforme en la science. Or la foi ne se mesure pas par les paroles, mais par les actes; les médecins comme Graves et Bretonneau demeurent, jusqu'à la fin de leur carrière, persévérants, sans défaillance, dans la pratique de la médecine, et le découragement ne devient jamais un des mots de leur vocabulaire.

Tous deux sont toujours et surtout préoccupés des actions thérapeutiques, ils y reviennent instinctivement, si loin qu'ils en semblent entraînés; mais, dans leur thérapeutique comme

dans leur pathologie pleine de vues et riche d'expérimentations incomplètes, on retrouve sans cesse des tendances alors même qu'on n'y puise pas des indications. De même qu'ils observent à leur façon, de même ils médicamentent suivant des errements qui leur sont propres et dont il n'est peut-être pas impossible de ressaisir l'esprit.

Si ces deux médecins éminents avaient voué leur prédilection aux mêmes maladies, s'ils avaient énoncé leur pensée sous une forme identique, il suffirait de comparer leurs œuvres pour être frappé de la conformité de leurs vues; mais, autant ils se rapprochent par le fond, autant ils s'éloignent par le détail; à l'application chacun reprend sa liberté, car il n'y a de principes vrais en fait d'art que ceux qui réservent l'indépendance. C'est déjà un enseignement que de voir deux hommes si bien d'accord sur les principes et qui n'abdiquent rien de leur personnalité.

Pour nous, Graves ne se peut juger que par ses œuvres; Bretonneau se juge par sa pratique dont le souvenir est vivant. Pour l'un la critique est celle d'un livre, mais d'un livre qui est une sorte de personnification; pour l'autre, elle est celle d'un homme, la biographie y occupe une place obligée.

Grâce à l'excellente traduction de M. Jaccoud (1), le traité de Graves est devenu accessible au plus grand nombre des lecteurs; mais, encore une fois, ces leçons de clinique médicale, justement parce qu'elles répondent à la dernière phase de la vie scientifique de leur auteur, ne s'adressent qu'aux médecins préparés par une longue expérience. Elles seraient pour les commençants d'une lecture presque dangereuse, parce qu'elles ne sont pas faites pour cette période de l'éducation médicale où le dogmatisme est de règle. Les pierres d'attente dépareraient pour eux le monument; il leur faut un ensemble, et la première qualité d'un livre à leur usage est de passer outre aux problèmes et de ne rien léguer au lendemain.

(1) *Leçons de clinique médicale de R.-J. Graves*, 2 vol. in-8, Paris, 1862, A. Delahaye.

En revanche, que d'aperçus et quel sens profond des questions à résoudre ; que d'histoires de maladies pressenties et à peine ébauchées, mais déjà saisissantes par ce qu'on y devine !

Il était d'usage autrefois de prendre le texte d'un maître pour le commenter et le développer à loisir. Un aphorisme d'Hippocrate suffisait à une leçon, sinon à un traité : ces commentaires sont passés de mode et on a eu cent fois raison d'y renoncer ; mais les œuvres comme celles de Graves se prêteraient encore, dans les conditions de la science moderne, à ces études librement approfondies. Elles tiennent leur importance de leurs imperfections mêmes.

Ce qui n'est qu'indiqué contient en germe des vérités que le travail des observateurs doit faire éclore, elles font songer et à ce titre elles poussent à la recherche plutôt qu'elles ne satisfont la mémoire érudite.

Le professeur Trousseau, bon juge en cette matière, a fait ressortir dans sa trop courte introduction les qualités éminentes qui distinguent le professeur de Dublin ; et, par une inspiration toute instinctive, c'est aux chapitres les moins didactiques qu'il réserve ses meilleurs éloges.

Les leçons cliniques débutent par quelques généralités sur lesquelles il serait inutile de s'appesantir. Elles sont loin d'avoir la portée qu'on leur devrait attribuer, si elles exprimaient les principes de la médecine telle que Graves l'enseigne et la pratique. Le professeur de Dublin est un petit philosophe, et, au lieu de promulguer des lois, il finit toujours par donner des conseils ; en cela il est conséquent avec lui-même, et il a tellement conscience que la médecine agissante aboutit seulement à des préceptes, qu'il est peu disposé à établir des lois alors même qu'elles seraient à propos. Les cliniciens, habitués à vivre au jour le jour, préoccupés de l'application aux cas particuliers, soucieux de fournir à leurs élèves des notions dont ils profitent immédiatement au lit du malade, perdent peu à peu l'habitude des formules à l'usage de la science pure. Leurs avis ressemblent à des consultations plus qu'à des théorèmes, et, comme ils enga-

gent un avenir plein d'éventualités, ils ont des réserves incompatibles avec les principes absolus.

Graves a d'ailleurs une qualité ou un défaut qu'il tient à la fois de la direction de ses études et de sa nationalité : il n'épuise jamais un sujet. Le dicton : à bon entendeur, salut, pourrait servir d'épigraphe à la plupart de ses chapitres. Le lecteur est pour lui non pas un créancier, mais un donataire envers lequel il n'est obligé que dans la mesure de ses moyens; même sa condition de professeur ne lui impose pas le devoir étroit de tout savoir et de tout dire, il n'est pas de ceux qui laisseraient volontiers croire qu'en dehors de leurs leçons, il n'y a pas d'instruction possible.

L'enseignement clinique se produit, il est vrai, et se compose au hasard des événements, il a des libertés exceptionnelles; mais tout enseignement est ou la paraphrase d'un thème administratif ou la manifestation des qualités propres à l'enseignant. L'étudiant a des sources diverses où il peut puiser ses éléments d'instruction, et le professeur ne contribue que pour une part à son avancement scientifique; plus il obéit aux prédilections de sa nature, plus sa parole est incisive, plus ses conseils ont d'autorité, plus il forme des élèves, au lieu de se contenter de rassembler des auditeurs.

Cette qualité, car en somme c'en est une, est plus apparente dans les prolégomènes où elle était moins méritante. Le maître ne disserte pas, il effleure les questions, insistant sur ce qui éveille le mieux sa sollicitude, sur la botanique et sur la théorie chimique des miasmes, sur la nomenclature et sur l'anatomie pathologique. Dans cette course rapide où tant de choses sont passées en revue, Graves est plus paternel qu'original, et quand les vérités lui semblent bonnes à dire, il lui importe peu qu'elles aient des apparences de profondeur ou de nouveauté. Ce côté de son caractère, on le retrouve sous un autre aspect dans les leçons consacrées à la clinique proprement dite. Ses malades le touchent et l'intéressent par d'autres points que leur maladie. Les observations qu'il cite de mémoire ont habituellement quel-

que particularité prise ou de la personne du malade ou de ses alentours; on y sent encore l'attache qui a servi à fixer le fait dans l'esprit. Par là, Graves se rapproche des observateurs éminents des derniers siècles, on voit qu'il a vu et qu'il a retenu bien plus qu'il n'a écrit, et que ce n'est pas en feuilletant le registre des cas libellés par les assistants qu'il a constitué son savoir.

Il est cependant parmi les généralités une seule à laquelle il donne un ample développement; je veux parler de la circulation et de ses rapports avec l'inflammation.

On serait mal venu à rappeler la place énorme que l'histoire de l'inflammation occupe dans la pathologie. Élément essentiel ou accessoire, elle intervient à quelque degré dans toute maladie, et il n'est pas un de nous qui n'ait sur l'inflammation des idées fausses ou vraies, mais toujours pleines d'influence sur la direction de sa pratique. La part qui lui revient est si grande, qu'on peut, sans paradoxe, pressentir la théorie et la pratique d'un médecin, d'après le seul examen des opinions qu'il adopte sur la nature et l'évolution du processus inflammatoire.

Graves et Bretonneau devaient se rencontrer sur ce terrain; tous deux prenaient l'étude de l'inflammation pour point de départ, et c'est là que se concentre leur pathologie générale; mais, dès le début, chacun s'engage dans une route différente. Bretonneau, envisageant surtout l'inflammation dans ses produits, arrive à l'idée féconde des phlegmasies spécifiques; Graves, plus préoccupé des dernières phases, insiste davantage sur la période congestive, sur les phénomènes qui s'y rattachent et sur leur interprétation.

Graves innove peu à ce sujet, mais il s'assimile des idées déjà émises, de telle sorte que le chapitre qu'il consacre à ce problème, le plus décisif de tous, est un de ceux où il faut s'arrêter si l'on veut bien connaître l'illustre clinicien. Sa doctrine peut être résumée succinctement, parce que là, comme ailleurs, il passe outre non seulement aux banalités, mais aux données même les plus intéressantes, quand elles ne touchent pas à l'objet de sa démonstration.

La théorie de l'inflammation est inséparable de celle du système vasculaire et des modifications qu'il subit durant ce processus pathologique. Les petits vaisseaux dilatés admettent une plus grande proportion de sang, et ceux qui ne contenaient qu'un sérum transparent renferment des globules rouges. Il y a donc eu dilatation, mais l'accès et la progression des globules colorés ne dépendent pas uniquement de l'ampliation des vaisseaux.

Graves combat l'opinion de Marshal-Hall, qui, regardant les petits vaisseaux comme passifs, suppose qu'ils se distendent en vertu d'un simple élargissement mécanique; il s'élève également contre l'idée qui attribue à la *vis a tergo* la propulsion du sang à travers les vaisseaux. Le courant sanguin est susceptible d'un grand nombre de variations locales que la seule *vis a tergo* ne saurait expliquer, et il se produit des mouvements complètement indépendants de l'action du cœur; d'une part l'endosmose et l'exosmose, de l'autre le mouvement excité au contact du fluide avec les parois vasculaires, exercent une influence considérable sur la circulation capillaire; mais ce n'est pas tout. Il existe dans les petites artères et les petites veines une *sensibilité vitale* qui leur permet de modifier brusquement ou graduellement leur calibre, et par conséquent d'augmenter ou de diminuer la quantité du sang dans chaque organe et dans chaque tissu.

Non seulement la matière vivante peut accroître le volume des vaisseaux, mais elle peut, et c'est un fait surabondamment prouvé, former des vaisseaux dans une partie enflammée.

Les capillaires ont donc une force indépendante et une activité propre, leur turgescence ne s'explique pas plus par la dilatation des artères plus volumineuses que par le fait de l'impulsion du cœur; c'est par les capillaires, au contraire, que débute la dilatation qui s'étend d'abord aux petites artères, et de celles-ci aux branches plus considérables. Il suit de là que dans bien des cas de maladie, nous devons nous préoccuper surtout des agents de la circulation locale, et non pas du pouvoir impulsif du cœur.

En exposant la manière de voir que nous venons de résumer presque intégralement, moins les preuves à l'appui, Graves met en regard les explications proposées par les physiologistes, mais il passe sous silence les doctrines des médecins. C'est là cependant qu'il eût puisé les éléments de comparaison les plus précieux. Cette doctrine de la vitalité des capillaires a été déjà formulée et soutenue à l'aide d'arguments qui, pour être empruntés à l'observation pathologique, n'ont pas moins d'autorité. Hypothèse ou non, elle est la seule idée qui réponde aux phénomènes de la maladie, et quelques objections qu'ait élevées l'expérimentation physiologiste, elle n'a pas prévalu contre l'expérience médicale.

Il est curieux de voir surtout affirmer l'existence des circulations partielles et leur indépendance par les médecins qui ont le plus insisté sur l'unité de l'individu vivant et sur la solidarité de ses parties. L'illustre promoteur du *motus tonico vitalis* et du flux et du reflux de la circulation capillaire avait magistralement établi la théorie à laquelle Graves se rattache avec une ardeur si convaincue. Paine, dont j'aurais voulu résumer ici les opinions, si cette analyse n'avait de trop longs développements, Paine a écrit de belles pages sur les congestions antécédentes à l'inflammation, et combien pourrait-on citer d'auteurs qui, pour être moins explicites, n'en sont pas moins partisans de la vitalité propre des dernières ramifications du système vasculaire!

Malheureusement Graves est là, comme toujours, peu soucieux de parfaire une théorie. Il a sur le premier temps de l'inflammation une opinion dont il dit lui-même qu'elle résulte d'une longue méditation, mais il ne va pas au delà.

Il était donné à la science moderne de rechercher les lois qui régissent les temps des processus inflammatoires consécutifs à la congestion, d'étudier, avec les produits nouveaux qui en résultent, l'état des parties où ces produits se sont déposés, et c'est une des gloires de Bretonneau d'avoir montré le chemin. L'anatomie pathologique a jeté une vive lumière sur les conséquences de l'inflammation, elle n'avait pas les moyens de scruter

avec une égale autorité ses prodromes. L'observation du malade est là supérieure à l'autopsie; faut-il s'étonner que, quand on prenait pour point de départ exclusif l'observation de l'homme vivant, on ait admis d'emblée que les vaisseaux étaient doués d'une force et d'une sensibilité vitale, et qu'ils n'obéissaient pas à des conditions purement mécaniques?

Attacher une énorme importance au phénomène initial de la congestion et à ses plus proches conséquences, c'est donner une place éminente aux enseignements tirés non pas de la terminaison, mais de l'évolution de la maladie naissante; c'est élargir la sphère de la thérapeutique, condamnée si souvent à l'impuissance quand elle n'est appelée à intervenir que contre un fait accompli.

Après ces courtes généralités, Graves passe à l'étude des affections particulières, et celle à laquelle il consacre le plus de développement est le *typhus fever*. Nous avons déjà fait connaître, dans ce journal, à diverses reprises, notre sentiment sur les analogies et les différences du typhus fever et de la fièvre typhoïde; nous n'avons pas à y revenir, et nous nous associons pleinement aux judicieuses réflexions du professeur Trousseau : tous les préceptes de l'auteur sur le traitement de cette pyrexie s'appliquent si bien aux formes graves de notre fièvre typhoïde, que l'on consultera avec le plus grand fruit ce travail considérable. De plus, les principes relatifs au régime sont devenus le guide des praticiens de tous les pays; ce sont eux qui nous dirigent aujourd'hui dans le traitement de la fièvre putride. « Et pourtant, ajoute le savant médecin de l'Hôtel-Dieu, lorsqu'il professait la nécessité de l'alimentation dans les pyrexies à longue période, le médecin de Dublin, seul contre tous, battait en brèche une opinion qui paraissait justifiée par la pratique de tous les siècles; car la diète absolue était alors regardée comme une condition indispensable dans le traitement des fièvres. N'eût-il rendu d'autres services que de transformer complètement sur ce point la pratique médicale, Graves eût par cela seul acquis des droits imprescriptibles à notre reconnaissance. »

Graves ne s'est pas borné à régler le régime dans le cours du typhus ; il conseille aussi des remèdes auxquels il assigne des indications et dont il signale les bons effets. Si ses préceptes sur l'alimentation sont devenus un de ses justes titres de gloire, les médications qu'il recommande ont eu moins de succès et ne sont entrées dans la pratique classique ni de la France ni même de la Grande-Bretagne. Ce n'est pas qu'on ait opposé une expérience contradictoire à l'expérience du professeur de Dublin ; on a passé outre, et cette indifférence s'explique peut-être par des raisons sur lesquelles il n'est pas sans intérêt de fixer l'attention.

Je ne parlerai ni de l'huile essentielle de térébenthine employée contre les hémorrhagies intestinales et la tympanite, ni des vésicatoires, ni des purgatifs ou des émissions sanguines ; je tiens à limiter l'examen à l'usage de l'émétique et de l'opium, la seule médication à laquelle Graves attache assez d'importance pour réclamer instamment la priorité.

Quelle que soit l'efficacité du tartre stibié associé ou non à l'opium dans le traitement du typhus d'Irlande, donnerait-il des résultats analogues dans le traitement de notre fièvre typhoïde? N'y a-t-il pas dans le fait de la localisation intestinale une contre-indication absolue? Graves, qui s'élève contre l'abus des purgatifs, était-il bien autorisé à soutenir l'innocuité de l'émétique au point de vue des troubles digestifs?

Nous sommes peu habitués à l'association de l'opium et de l'émétique, et, bien que des médicaments vomitifs aient été, à diverses reprises, unis à l'opium dans des remèdes inscrits aux formulaires, peu de médecins sont devenus habiles à manier cette médication qui n'est pas entrée dans le courant de la thérapeutique ordinaire. Le tartre stibié est resté comme une sorte de spécifique, souvent contesté et réhabilité, dans le traitement de la pneumonie ; il a disparu de la thérapeutique des affections cérébrales, où il a, par intervalles, occupé une place importante. L'ipécacuanha l'a remplacé pour solliciter le vomissement au début des affections gastro-intestinales. On s'est accoutumé peu à peu à redouter les diarrhées séreuses et rebelles que le tartre

stibié provoque quand il transporte son action sur l'intestin.

Il y a dans ces craintes une portion de vérité et une portion d'erreur. Ceux qui s'exercent à doser l'émétique apprennent bientôt qu'on peut en régler les effets, sauf les plus rares exceptions; pour ma part, je l'ai usité même dans la médecine infantile avec des profits que ne compensait aucun dommage.

J'ai acquis en outre, par expérience, une confiance justifiée dans l'addition de l'opium au tartre stibié, ou plutôt (et la distinction est capitale) dans l'addition de l'émétique ou de l'ipécacuanha à l'opium. Ce n'est pas, en effet, pour atténuer l'action irritante des préparations antimoniées que l'opium doit leur être adjoint; il est alors d'un douteux service. C'est pour donner à l'opium des propriétés nouvelles qu'il convient de recourir à l'addition de l'émétique.

Le sens vrai de la médication est, à mon avis, dans cette subordination à peine entrevue et dont Graves lui-même ne me paraît pas s'être rendu un compte exact.

Et cependant quel médecin n'a été frappé des caractères qui distinguent l'opium des narcotiques avec lesquels il a tant d'affinité? Tandis que ceux-ci ont pour résultat définitif, comme la jusquiame et surtout comme le datura, de solliciter au moins la vomiturition ou d'appeler la diarrhée, comme la belladone, l'opium, à moins d'indigestion, éteint le vomissement et modère la sécrétion intestinale. Ajouter le tartre stibié aux opiacés, c'est, par une combinaison heureuse et vraiment thérapeutique, effacer à son gré la distance qui sépare l'opium des substances analogues tout en lui conservant sa spécificité d'action.

Je sais quelle défiance l'opium soulève en vertu d'une donnée théorique trop aisément acceptée, à savoir, qu'il détermine des congestions; je sais aussi que, mal administré, il est, comme tous les grands remèdes, plein de dangers. J'ai vu mon savant maître, dans le sens thérapeutique duquel j'ai une foi si grande et si peu aveugle, se défendre de l'emploi des préparations thébaïques et en circonscrire sévèrement les indications; j'ai vu, entre des mains inhabiles, l'opium devenir le plus malfaisant des

poisons, mais je n'ai pas été convaincu que ce fût la faute du remède. Sydenham, qui l'employait avec autant de hardiesse que personne, qui y avait recours dans les complications cérébrales de la variole, comme Graves dans les complications du même ordre du typhus, Sydenham a donné là un exemple trop peu médité et non seulement bon à suivre, mais à généraliser sous toute réserve. Les médecins anglais, qui en ont usé sans ménagement dans le traitement du *delirium tremens*, ne s'en sont pas moins loués, et c'est à leur médication devenue classique que Graves demande l'appui d'une incontestable autorité. Or dans quelle maladie peut-on, plus que dans la variole et dans le délire fébrile né de l'ivresse, redouter les congestions encéphaliques?

Pour saisir le mode d'action des deux substances combinées, il faut tout d'abord ne pas céder à l'entraînement des thérapeutistes inexpérimentés, qui font de l'opium un accessoire bon pour combattre les douleurs ou l'insomnie, et qui, au lieu de l'élever à la hauteur d'un remède, l'acceptent comme un simple palliatif. A ceux-là il est interdit d'en apprécier la valeur et par suite d'en saisir les indications.

Graves, à qui personne ne fera l'injure de le supposer en telle compagnie, et qui se sert de l'opium à titre d'élément essentiel d'une médication, est habile et ingénieux dans son dosage et son emploi. On le voit tantôt baissant la proportion de l'émétique à quelques centigrammes, tandis qu'il prescrit résolument plusieurs grammes de teinture opiacée, tantôt opérant le balancement inverse, mais toujours maître de son double remède qu'il modifie suivant les événements.

C'est là son mérite thérapeutique et il est considérable; c'est là l'explication des succès dont témoignent des observations saisissantes. Mais aussi malheureusement, ce sera la raison trop certaine du peu de popularité médicale de sa thérapeutique. Il ne livre pas une formule, il n'institue pas un composé tout fait, et je mets au défi le plus adroit compilateur d'un formulaire d'insérer le tartre stibié associé à l'opium dans les cadres tracés

à l'avance de ses prescriptions. Mais, en revanche, comme on assiste avec une anxieuse curiosité à ses tâtonnements, comme on sent qu'il soupèse le remède avant de l'ordonner, et quel enseignement utile et pratique on puise à cette école!

Si quelque chose dans la science mérite le nom de méthode, n'est-ce pas en somme ce procédé qui repose sur un principe, mais qui conduit à des applications variées suivant les cas et les individus, et relevant toujours d'une même idée thérapeutique?

J'ai insisté sur le mode de combinaison de l'émétique et de l'opium recommandé par le professeur de Dublin, moins pour faire ressortir la portée de cette médication, que parce que j'y vois la preuve du génie pratique de Graves. Si on a rendu service à la médecine en coupant court aux prescriptions surannées où les médicaments les plus discordants intervenaient dans un composé de fantaisie, on est tombé dans l'autre extrême, celui des remèdes purs, dégagés de tout adjuvant. L'opium est de toutes les substances actives celle qui montrerait le mieux au praticien l'exagération d'une réforme ainsi conçue, parce qu'il est le remède qui bénéficie au plus haut degré des associations bien ordonnées, soit qu'on lui adjoigne un corps déprimant et hyposthénisant comme l'antimoine, soit qu'on le mélange à des produits d'un effet tout inverse.

J'abandonne cette visée thérapeutique, bien que je sois loin de l'avoir épuisée, pour toucher quelques mots de la pathologie. Mon désir eût été de faire connaître l'homme plutôt encore que de résumer des conseils cliniques qui perdent dans une analyse leur sève et leur vie propre, comme des arbustes détachés du sol dont on retrancherait les racines. C'est surtout dans les aperçus jetés presque à l'aventure et en façon de hors-d'œuvre qu'on est frappé de la sagacité du médecin de Dublin. Que d'idées en germe qui depuis lors ont été fécondées et dont il avait eu les prémices!

L'espace me manque, et je me borne à recommander à ceux qui aiment à lire et relire la leçon intitulée : *des Rapports qui unissent entre elles les affections des divers organes*. Il y a là ma-

tière aux plus fructueuses méditations, ne fût-ce que les quelques lignes consacrées à la coïncidence des lésions du foie avec certaines affections scrofuleuses des os, et les quelques paragraphes où il est traité de ces maladies éruptives que depuis lors M. Bazin a si bien étudiées sous le nom d'*arthritides*.

Viennent ensuite, à l'occasion de la pathogénie des affections nerveuses, les remarquables indications sur les origines périphériques de certaines paralysies et tant d'autres vues profondes confirmées depuis ou attendant encore leur développement, et qui sont jetées à l'aventure sous forme de menus propos.

C'est à peine si nous avons jeté un coup d'œil rapide sur les richesses que renferme le premier volume, et déjà nous avons dépassé les limites habituelles de nos revues critiques. Le second tome n'est ni moins rempli ni moins instructif, mais il nous faut renoncer à en donner l'idée même la plus sommaire, et il est douteux que l'occasion se présente d'y revenir. Peu importe d'ailleurs ; on ne résume pas des traités ainsi conçus, et la seule tâche à imposer à la critique est d'intervenir à propos du livre et d'en signaler l'esprit et la portée. Quand elle a annoncé les mérites de l'homme et de l'ouvrage, toujours solidaires l'un de l'autre en pareil cas, quand elle a pour ainsi dire introduit le lecteur près de l'écrivain et qu'elle a secondé de son mieux leur première entrevue, elle a accompli la meilleure part de sa mission.

Graves est pour nous tout entier dans son œuvre. Comme les étrangers dont nous ignorons, avec la vie intime, les imperfections et les faiblesses, il nous apparaît déjà dans l'atmosphère plus sereine d'une postérité anticipée. La critique n'a pas à respecter les vertus de l'homme ou à excuser ses défauts ; elle est, par la force des choses, dans la situation qu'on impose aux jurys académiques comme une garantie d'impartialité, jugeant l'ouvrage sans connaître l'auteur.

Bretonneau, disparu depuis quelques mois à peine du monde scientifique, est encore vivant dans le souvenir de ceux qui l'ont pratiqué. Amis ou ennemis, enthousiastes ou hostiles, ses con-

temporains ont une opinion toute faite, ou, ce qui est plus dangereux encore, gardent une de ces impressions qui résistent obstinément aux appréciations posthumes ; ils attendent la critique, moins pour réfléchir et contrôler que pour voir jusqu'à quel point elle s'accorde avec leurs sentiments. Celui qui prend à tâche d'estimer la valeur scientifique d'un homme dans l'intimité duquel il a vécu n'est pas davantage à l'abri de ces irrésistibles influences ; il a peur d'être entraîné par ses sympathies affectueuses ou de rester au-dessous du vrai en se défendant contre lui-même.

Bretonneau a été peint de main de maître par ses deux élèves les plus illustres. A l'époque où je l'ai connu, il était déjà parvenu à l'âge qui modère les défauts, mais qui, chez tant de gens, éteint du même coup les qualités de la jeunesse. Et cependant, dans cette verte vieillesse, on retrouvait tant d'ardeur de savoir et d'instruire, tant d'amour de la science et de sympathie pour les idées jeunes, tant de libre fantaisie et d'imprévoyance, qu'on oubliait les longues années écoulées depuis la maturité du maître.

Evidemment Bretonneau devait à sa nature la meilleure part de son indépendance d'esprit ; il en devait un peu à sa position. Etranger à la vie officielle, n'ayant jamais subi les réserves auxquelles oblige la résidence dans un grand centre scientifique, il s'était développé au gré de ses instincts, et le milieu où s'était accompli sa vie scientifique n'avait contribué ni à exciter ni à régler son activité native. L'hôpital de Tours avait été son seul et suffisant théâtre. Là, entouré d'élèves à leur début, il se donnait à un enseignement, magistral au fond, si familier qu'il fût dans la forme. Ses auditeurs d'autrefois se le représentent encore dissertant, les pieds sur les chenets, s'oubliant à des causeries sans méthode et sans fin, s'absorbant aux investigations des autopsies, simple, bonhomme si ce mot n'avait été dévié de son sens, et se plaisant à son laisser aller, sans souci de se ménager une dignité de convention.

A côté de cette familiarité bienveillante dont les vieillards ont

presque seuls le privilège. Bretonneau gardait les élans d'une jeunesse ardente en toutes choses. Infatigable, tenace, persévérant dans sa recherche, comme le sont parfois ces esprits qui n'ont d'aventureux que les apparences, il ne reculait devant aucun effort. *Résurrectionniste* au besoin, il allait poursuivant son idée au travers des obstacles, fouillant les cimetières, en quête des épidémies, et associant son entourage à ses ardeurs toujours vivaces.

Ces qualités, si dominantes qu'elles soient, ne suffisent pas à caractériser un homme. Pour apprécier la part qui revient à ses instincts d'intelligence et de caractère dans sa direction médicale, il faut pénétrer plus avant dans l'étude morale du maître.

Résister au calme indifférent de la province, entretenir, par ses seules forces, une passion d'apprendre que rien ne vient du dehors encourager ou alimenter : c'est déjà la preuve d'une volonté supérieure et d'une foi robuste. Tout homme qui possède en lui assez d'énergie pour se suffire, qui n'a besoin ni de la lutte ni de la louange pour entretenir son zèle, doit avoir à quelque degré les petits défauts de ses grandes vertus. Cette vitalité si puissante, qu'elle résiste à l'isolement, ne se soutient qu'à la condition de n'avoir pas de défaillances ; il en est d'elle comme de la chaleur des voyageurs perdus dans les régions glacées, qui ne se préservent que par le mouvement, et qu'une heure d'assoupissement condamnerait à s'éteindre. La mobilité de l'esprit fait sa force ; il est nécessaire qu'une idée remplace l'idée qui s'épuise, qu'une passion en éveille une autre. La réflexion patiente, méthodique, sans excès et sans secousses, la curiosité qui attend les occasions, la recherche indécise qui réserve et ne s'avance qu'avec précaution, ne sont pas de mise. Les hommes ainsi doués sont plus près d'être des pionniers dans la science que des législateurs.

Bretonneau était un esprit de cette trempe. Mal habitué aux artifices académiques du langage, il ne dissimulait aucune de ses tendances instinctives, et sa conversation les exagérait plutôt que de les amoindrir. En une heure, on parcourait avec lui les idées les plus disparates, sans qu'il s'imposât le moindre effort

pour adoucir les transitions. Sa correspondance avait encore de plus libres allures; elle éclatait par étincelles, et si le lecteur, rompu à ces digressions, n'avait traduit ses paroles dans sa propre langue, il eût été bientôt incapable de comprendre.

Même dans sa vivacité remuante, dans la pétulance juvénile de son imagination, Bretonneau, qu'on nous passe le mot, n'était pas un homme tout d'une pièce. Ceux qui l'ont jugé dans de courtes relations, et sans prendre le temps ou la peine de rompre la surface, ont dû aboutir à des opinions bien diverses et facilement extrêmes. Pour les uns, il était d'une fantaisie sans tenue et sans contre-poids ; pour les autres, il avait l'œil incessamment fixé sur son but, si étranges que fussent ses écarts apparents. Il était en effet ces deux choses qui semblent inconciliables. Je n'en veux qu'un exemple qui, à lui seul, vaut bien des explications. Bretonneau était passionné pour certaines collections, son jardin renfermait des espèces rares ; il se plaisait à vous montrer une plante dont il possédait l'échantillon unique en Europe, et si vous témoigniez le caprice de voir de plus près, il était homme à couper la plante à sa tige pour vous la faire accepter.

Sa vie médicale s'est dépensée, en somme, à poursuivre un petit nombre de données fondamentales où le ramenaient ses plus vagabondes digressions; sous le désordre des broderies, on retrouvait intact le canevas.

Il avait, pour se maintenir dans sa ligne d'études, quelque chose de plus solide qu'une doctrine : c'était l'amour de l'art et de la science que la triste déchéance de la sénilité a pu seule éteindre en lui; c'était aussi une qualité rare et complexe qui ne se transmet ni ne se communique, parce qu'elle est instinctive: Bretonneau était né *observateur*.

A force de remanier le catéchisme de l'observation, on a fini par se persuader qu'observer est l'acte le moins original de l'esprit humain. Les règles, dit-on, sont absolues, elles commandent à toutes les intelligences, et, pour bien observer, la première condition est de dépouiller sa personnalité. J'ai cherché à indiquer, dans la précédente Revue, comment et Graves et Bre-

tonneau s'étaient soustraits, chacun à sa manière, à cette logique banale; comment, à mesure qu'ils s'élevaient au-dessus des notions élémentaires, ils acquéraient le droit d'être eux-mêmes et de rester dans le vrai. Chez Bretonneau, l'aptitude à observer était une faculté qui s'appliquait à toutes choses; il y déployait les ressources d'une nature vive et patiente, une adresse de voir, une prestesse de main, un sens exquis de l'expérimentation, et une sagacité non moins grande à profiter de l'expérience. A quelque objet qu'il appliquât son attentive investigation, il arrivait vite aux petites découvertes, et c'était une des maximes de son esprit, que les observations sont comme les graines dont on ne sait pas à l'avance quelle plante elles résument en germe.

Cette passion d'observer tient captives et subjuguées par les moindres incidents les imaginations les plus mouvantes, elle les attache et les rive aux faits. Bretonneau examinant et réfléchissant n'était plus l'homme de la causerie aventureuse. L'observateur bien doué, en arrêt pour ainsi dire devant un détail insignifiant pour un autre, n'est pas un spectateur passif. Durant sa contemplation muette, ses idées se déroulent, elles se croisent, se détruisent, se confirment ou se rectifient; il se fait une sorte de fermentation intellectuelle qui élimine les produits à rejeter et assure les combinaisons définitives. Puis, ce travail achevé, il n'est pas d'usage de mettre le public dans la confidence des préliminaires. Bretonneau n'avait pas le sens de cette seconde élaboration, il parlait juste comme les autres pensent, et par là s'explique encore le mouvement désordonné de sa conversation et de sa correspondance. Ses lettres sont pleines de doléances sur l'impossibilité où il est, et dont il a conscience, de rédiger les résultats de ses recherches; il essaye sans cesse, et, sans cesse découragé, il abandonne l'entreprise. Ses projets de mémoires ont à peine la cohésion de notes à consulter, et ses mémoires eux-mêmes ne sont guère que l'indication sommaire des points qu'il eût fallu développer.

On ne s'étonne pas, quand on pense à l'effort que coûtait à cet esprit facile la mise au point de ses idées, de le voir espérer

toujours une œuvre définitive qui ne venait jamais. Son livre, le seul qu'il ait publié, n'a lui-même ni commencement ni fin : il est écrit au courant de la pensée et non pas au courant de la plume. Les réflexions et les observations se suivent ou se devancent, les redites y fourmillent; mais chaque répétition a pour le lecteur attentif une part de nouveauté, elle améliore et corrige à la manière des éditions successives d'un traité.

Ces défauts, cette absence complète du sens académique, ne devaient pas peser lourdement sur l'enseignement tel que Bretonneau l'avait mis en pratique. Là les hasards de l'improvisation avaient leur excuse, sinon leur justification; les données indécises servaient au même titre que les propositions les mieux formulées : les unes fondaient le savoir des élèves, les autres éveillaient leur curiosité et stimulaient la recherche. L'enseignement trop dogmatique mène tôt ou tard l'auditeur à une sorte de paresse confiante, qui remplace l'activité du zèle par une conviction oisive. Les élèves de Bretonneau, élevés ainsi socratiquement, n'avaient rien qui leur limitât le libre travail; aussi se sont-ils engagés dans les voies les plus diverses, ayant peut-être peu de principes communs, mais retenant, sciemment ou à leur insu, quelque chose de l'esprit qui animait l'école de Tours.

Voilà sous quelques-uns de ses aspects l'homme scientifique, difficile à saisir, plus difficile encore à dépeindre; voyons maintenant le médecin.

A l'époque où Bretonneau commençait à prendre rang dans la science, on sait de reste quelle était l'influence de la doctrine de Broussais sur la médecine française. Ces deux hommes, qui n'avaient de commun ni les qualités ni les défauts, ne pouvaient se rencontrer sur le même terrain : l'un était un généralisateur rassemblant en faisceau les éléments pour les unifier, l'autre aimait à rompre le lien pour étudier un à un chaque menu fragment.

Broussais avait compris d'un coup d'œil, et c'est sa gloire, l'énorme place que revendique l'inflammation dans la pathologie; non seulement il l'avait signalée dominant les maladies des membranes séreuses et des parenchymes organiques, mais il lui avait.

pour la première fois, assigné, comme principal domaine, les membranes muqueuses et surtout celle de l'appareil digestif. Tandis que les anciens, préoccupés des sécrétions et des excrétions du tube digestif, s'étaient attachés de préférence au caractère catarrhal des lésions, Broussais prenait à tâche d'établir la prééminence de l'état inflammatoire. Quel que fût son siège, l'inflammation était identique, elle obéissait aux mêmes lois, suivait la même marche, s'accomplissait par les mêmes procédés, et se reconnaissait aux mêmes signes; les membranes muqueuses ne constituaient pas une exception, et, n'était la fréquence de leur inflammation jusque-là méconnue, elles rentraient dans la règle; la thérapeutique tenait de la pathologie son unité non moins rigoureuse.

Je ne commettrai pas la faute de discuter ici une théorie tant de fois débattue, ou d'exposer même sommairement ses côtés vrais et ses erreurs. Le résultat tout doctrinal de cette vie d'ensemble fut de ramener à un seul type les variétés ou les espèces dans lesquelles se subdivisaient les affections multiples des membranes muqueuses, et de les fondre dans le moule unique de la gastro-entérite, qui devait prendre entre les mains du réformateur des proportions si démesurément exagérées. Il n'y eut plus de classement, parce qu'il n'y eut plus de maladies; un seul processus morbide s'imposait à l'économie et se traduisait par des manifestations plus remarquables par leurs analogies que par leurs différences.

Cependant, et tandis que la doctrine de l'*unicité* des inflammations régnait presque souveraine, une épidémie de fièvre typhoïde, développée dans la Touraine, fournissait à Bretonneau l'occasion d'élever et de soulever, à l'encontre du système en honneur, une théorie plus humble dans sa forme, mais destinée à faire avec moins d'éclat un plus sûr chemin; je veux parler des inflammations que le maître appela lui-même inflammations *spécifiques*, préludant ainsi à sa doctrine de la spécificité des maladies, qu'un de ses plus illustres élèves a depuis étayée de l'autorité de sa parole et de sa science.

La première communication sur l'inflammation spécifique de l'intestin fut faite accessoirement et presque épisodiquement à l'Académie de Médecine, en 1826, à l'occasion de la diphthérite ; la première monographie sur ce sujet fut écrite par M. Trousseau et insérée au tome X de la 1re série des *Archives* (1826).

L'idée mère fut que le tégument interne était, aussi bien que l'externe, sujet à des inflammations diverses et spécifiques. La pathologie cutanée, fondée sur l'étude des lésions propres à chaque élément anatomique de la peau, servit à la fois et de point de départ et de terme de comparaison ; n'était-il pas permis d'espérer qu'un jour on pourrait également isoler les affections des diverses parties dont la réunion constitue la membrane muqueuse du tube digestif, et rattacher à chaque altération ainsi spécialisée les symptômes qui lui correspondent? Il était possible, dès à présent (les faits remontent à 1813), de distinguer une maladie dont le siège semble être exclusivement dans les glandes de Peyer et de Brunner, et pour laquelle Bretonneau proposa le nom de *dothinentérie*.

On ne peut méconnaître que l'opinion publique fut peu disposée à reconnaître le service que le médecin de Tours rendait à la science.

« En attendant, disait le Dr Trousseau, que ce praticien distingué ait mis la dernière main à son ouvrage, j'ai voulu donner une esquisse de ses travaux, autant pour éveiller l'attention des médecins sur une affection aussi fréquente que mal étudiée jusqu'ici, que pour assurer au Dr Bretonneau la propriété d'une découverte que l'on voudrait encore lui ravir. »

L'ouvrage ne fut ni achevé ni livré à la publicité par les raisons diverses que j'ai signalées tout d'abord, et qui empêchaient Bretonneau de mettre la dernière main à une œuvre scientifique, tant il était persuadé que le temps et l'expérience donneraient plus de perfection à son travail. La priorité qu'on voulait ravir en 1826 fut à peine mise en discussion, et la génération actuelle a oublié d'attacher le nom de Bretonneau à une des grandes découvertes de la médecine de notre temps.

C'est qu'aussi on se souvient mal de l'état de la science à propos de la fièvre typhoïde, aux premières années de notre siècle. Les connaissances vraies et définitives ont cela de particulier, qu'on passe outre à leur généalogie, à moins que, venues de l'étranger, elles n'aient été importées avec leur cachet d'origine. Si Bretonneau avait eu ce don qui lui manquait, de donner à ses idées une formule absolue, s'il avait su, comme Bright, ne pas attendre, pour être affirmatif, que l'œuvre fût complète, il aurait attaché son nom à la découverte imprescriptible des lésions intestinales de la dothinentérie. Je ne l'ai jamais entendu se plaindre de l'injustice oublieuse de ses contemporains ; mais j'ai vu ses élèves, et ce témoignage est meilleur, convaincus tous, au même degré, que les droits de leur maître à la priorité étaient inattaquables.

En décrivant, avec une exactitude que l'avenir devait confirmer, les lésions des glandes de Peyer et de Brunner, en suivant pas à pas, jour par jour, les transformations morbides, Bretonneau jetait un jour inattendu sur des obscurités profondes. On avait bien entrevu les altérations, on les avait à peu près constatées, mais sans avoir la conscience de leur valeur.

Broussais dit quelque part qu'il est disposé à croire que les ulcères intestinaux ont leur siège dans les cryptes muqueux; mais bientôt il se ravise, et, dans la crainte de compromettre son système, il déclare que la gastro-entérite, complication ou élément essentiel de toutes les fièvres, crée au même titre la gravité de la variole, de l'intermittente pernicieuse, et celle de la fièvre typhoïde. Le traité classique de Petit et Serres sur la fièvre entéro-mésentérique, moins doctrinal et partant moins absolu, est plein d'indécisions : on y lit que les ulcérations sont une complication due le plus souvent à l'abus des purgatifs, que les boutons intestinaux peuvent préexister à la fièvre ou lui succéder, et que dans quelques occasions ils représentent une métastase syphilitique ou dartreuse. Les auteurs n'ont pas assez rompu avec la tradition pour supposer qu'une espèce morbide puisse réunir dans son unité les fièvres ataxique,

ataxo-adynamique, putride ou muqueuse, de leurs devanciers.

Bretonneau est au contraire d'une décision sans réserve; il soutient résolument que l'éruption intestinale est une, qu'elle accomplit ses phases à la manière de la variole, et que les états divers qu'on rencontre, suivant que la mort a lieu à une époque plus ou moins avancée de la maladie, sont seulement des phases d'une évolution continue. S'il commet la faute de localiser trop exclusivement la lésion dans l'intestin, il eut raison de la commettre : c'était le seul moyen de fixer l'esprit et de mettre l'ordre dans la confusion.

Un autre s'en fût tenu là, et, satisfait d'avoir pour ainsi dire donné un corps à son idée, il eût non seulement décrit de toutes pièces la lésion, mais, affirmant que le débat était clos désormais, il eût fermé triomphalement les portes du temple de Janus.

Bretonneau, et c'est la qualité des cliniciens, comprit qu'il avait entre les mains une part de la vérité, sans se vanter de la tenir entière : il n'avait évidemment ni pressenti, ni encore moins connu les localisations multiples de la fièvre typhoïde; mais il entrevoyait un rapport saisissant entre cette fièvre et les autres fièvres éruptives. Admettre cette analogie, c'était implicitement supposer que, comme ses congénères, la fièvre typhoïde ne doit pas se résumer et s'abstraire dans une seule classe d'altérations, qu'elle appelle deux ordres de localisations : les unes caractéristiques, et servant presque, comme un manomètre, à mesurer la tension de la maladie; les autres passagères, transitoires et variables, suivant les périodes de prodrome, d'augment, de stase ou de décroissance de la maladie.

Qui voudrait nier que cette assimilation féconde est au plus près de la vérité? Qui n'est frappé de la ressemblance qu'ont entre elles les affections zymotiques, et que de déductions n'eût pas su tirer Bretonneau de sa pensée première, s'il avait en même temps marqué la place de l'éruption cutanée, dans la dothinentérie, à côté de l'éruption intestinale!

On a souvent répété, dans les traités de pathologie générale, que les épidémies fournissent au pathologiste les sources les

plus abondantes d'enseignements. Il y a sur ce chapitre des phrases toutes faites qui se redisent : accumulées, condensées dans l'espace et dans le temps, les observations acquièrent une valeur et une saillie que n'ont pas les faits isolés; on voit d'autant mieux qu'on voit davantage.

Quelle que soit la part de vrai et de faux que comporte cette opinion, Bretonneau fut de ceux qui se passionnent pour l'étude des maladies épidémiques; il s'y livrait avec une ardeur que les fatigues de la profession n'arrivaient pas à refroidir, et je crois n'être que juste en le considérant comme un des plus grands épidémiologues de notre temps. Peut-être aussi ne peut-on pas trouver un meilleur modèle pour établir enfin sous quelles réserves l'observation approfondie des épidémies sert au progrès de la médecine. Il n'est pas sans inconvénient d'introduire dans la pathologie, comme autant d'espèces définitives, les variétés accidentelles des affections épidémiques. Bretonneau, assistant à une épidémie de fièvre typhoïde à localisation intestinale prédominante et presque exclusive, ne fait entrer dans la description ni les accidents pulmonaires, ni les taches spécifiques, à leur rang d'importance. La même tendance, provoquée par les mêmes raisons, devait plus tard se reproduire dans ses recherches sur la diphthérie.

Si le monde médical n'a pas payé sa dette de reconnaissance à Bretonneau pour la découverte du siège anatomique de la fièvre typhoïde, il a glorieusement inscrit son nom au frontispice de l'histoire de la diphthérie.

Sur ce sujet, qui fut la préoccupation de sa vie entière, Bretonneau ne se contenta pas de répandre ses idées dans le cercle étroit de son hôpital, pour abandonner à d'autres le soin d'une plus large diffusion : il écrivit un livre, *le seul qui soit sorti de sa plume*; il rassembla des faits, en déduisit une pratique et une doctrine, et son traité est le point de départ de tout ce qui a été dit ou fait, confirmé ou infirmé, depuis 1826.

Il semblerait que pour une œuvre qui remonte à moins d'un demi-siècle, accessible à tous et d'un facile accès, on n'a qu'à

renvoyer le lecteur à ses souvenirs. Malheureusement l'usage n'est plus de remonter aux sources, on s'en tient aux compilations ou aux vagues réminiscences d'une tradition sans contrôle. Combien de médecins, parmi les plus instruits, ont lu le *Traité des inflammations spéciales du tissu muqueux, et en particulier de la diphthérite?* Que d'opinions contradictoires ont été prêtées au maître, que de choses on a découvertes, sans s'enquérir s'il en avait eu les prémices, que de prétendues erreurs on a réfutées, sans se donner la peine de feuilleter ces quelques cent pages pour savoir s'il en était vraiment responsable!

Le livre de Bretonneau est tout l'homme; la méthode classique n'a rien à voir dans le désordre de ces fragments sans autre lien que celui d'une idée. Les deux mémoires lus à l'Académie de Médecine, en 1821, y sont reproduits, commentés, amplifiés, complétés par deux autres mémoires inédits et enrichis de notes, d'observations et de pièces justificatives. Peut-être eût-il été plus convenable, écrit-il dans l'introduction, de les refondre dans une monographie de l'inflammation pelliculaire; mais, entraîné par d'autres occupations, il a préféré n'y rien changer et consacrer une *troisième section* aux développements qui n'avaient pu trouver place dans les deux premières parties. Cette marche est peu régulière, ajoute-t-il; il en résulte que le sujet est traité à plusieurs reprises, mais il a pensé que le lecteur aimerait à voir progressivement se développer les résultats.

C'est cette troisième section, toujours ouverte aux développements dont l'avenir doit se charger, qui tient l'écrivain en suspens et qui l'arrête au seuil d'une publication dogmatique. L'*exegi monumentum* est un mot qui n'appartient pas à son vocabulaire; chaque fois que Bretonneau entame un exposé dogmatique, fût-ce dans ses lettres les plus familières, il réserve les droits de cette troisième section, dont l'hospitalité est prête pour l'inconnu. De temps à autre, il y dépose un aperçu incomplet, peut-être ingénieux, une expérience à revoir, en prévoyant le jour où, comme les enfants économes, il brisera

l'enveloppe, et trouvera cette menue monnaie de l'observation convertie en une somme ronde.

Le traité de la diphthérie n'est lui-même qu'un appendice, un extrait d'un recueil d'observations sur les phlegmasies spéciales des membranes muqueuses. Il est inspiré juste par le même principe que les recherches sur la dothinentérie : les inflammations des membranes muqueuses sont aussi variées que les phlegmasies de la peau; quand les nosographes ont dépensé tant de savoir et d'efforts pour classifier les affections inflammatoires de la peau, pourquoi ne pas essayer la classification des maladies du tissu muqueux?

Voilà comment cette intelligence, si mobile et si vagabonde en apparence, garde obstinément son point de mire, et quelque aventureux que soient ses écarts, elle n'en détourne pas les yeux : d'une part, décomposer les lésions suivant les éléments anatomiques et les fonctions physiologiques ou morbides qui appartiennent en propre à chacun d'eux; de l'autre, soumettre à une révision la multiplicité des maladies similaires, qu'on isole arbitrairement, et qui doivent rentrer, à titre de variétés tout au plus, dans l'unité mieux définie de l'espèce. Pour la fièvre typhoïde : lésion spéciale et spécifique de certaines glandes de l'intestin, nécessité de réintégrer dans la dothinentérie les fièvres putrides, ataxiques, adynamiques, etc., caractérisées par la lésion fondamentale. Pour la diphthérie : sécrétion spéciale et spécifique, même obligation de reconnaître que la gangrène scorbutique des gencives, le croup, l'angine maligne et l'angine gangréneuse, ne sont qu'une seule et même espèce de phlegmasie.

Une série d'épidémies de croup qui envahirent la Touraine de 1818 à 1825 a fourni à Bretonneau les matériaux de ce que pour tout autre on pourrait appeler une monographie; lui-même, avant l'arrivée de la légion de la Vendée, n'avait pas vu deux cas de croup. C'est parmi les soldats qu'apparaît d'abord l'inflammation pelliculaire des gencives chez la plupart, et chez un petit nombre l'angine diphthéritique (1 sur 9 environ). Puis le mal gagne

et s'étend aux environs de la caserne; mais, en ville, la gangrène scorbutique est l'exception et le croup devient la règle. Cette première transformation de la maladie n'échappe pas à la sagacité de l'observateur, et il ne tarde pas à voir que ces deux affections jugées si différentes ne sont que des modifications d'une seule et même phlegmasie : l'inflammation diphthéritique.

En suivant fait par fait, détail par détail, la description des observations recueillies durant l'épidémie de Tours en 1820 et 1821, celle de Laferrière en 1825, celle de Chenusson en 1826, on assiste à l'évolution des idées du maître. Son but ou plutôt l'excuse du désordre de son livre était, disait-il, « qu'il entendait associer le lecteur au progrès de ses propres connaissances, et lui faire plus aisément parcourir le chemin que lui-même avait parcouru lentement et sans autre guide que son désir de connaître. » Et en effet, on a peine à se défendre d'une sorte d'émotion; il semble qu'on soit, avec le médecin de l'hôpital de Tours, mêlé aux graves événements qui se déroulent devant lui. Les conclusions sont partout et nulle part, les réflexions se confondent avec le récit; mais le tout vit et se meut avec une ardeur si vraie qu'on en subit l'entraînement. Lorsqu'après trente-six ans, on relit ces pages rédigées à la hâte, aujourd'hui que les questions relatives à la diphthérie ont été rebattues, que les solutions n'ont plus besoin d'explication ou de préliminaires, ni le fond ni la forme n'ont vieilli. L'observation sincère et qui voit juste a ce privilège, que le temps agrandit ou transforme ses déductions, mais n'en atteint pas la substance.

Bretonneau, témoin d'une épidémie qui, comme toutes les maladies épidémiques, portait l'empreinte de son génie particulier, fit pour la diphthérite ce qu'il avait fait pour la dothinentérie; il généralisa les données de son expérience, et la diphthérie de la Touraine entra de toutes pièces dans la science comme le type définitif de la maladie. C'est sur ce fond si savamment élaboré que nous étions accoutumés à vivre, tandis que l'affection, modifiée plutôt que métamorphosée, s'éloignait peu à peu des règles qu'il avait établies. Des formes inconnues

furent signalées, des exceptions vinrent infirmer les principes; parmi les lois, les unes eurent besoin de corollaires, les autres durent être complètement révisées. On accusa Bretonneau de n'avoir pas noté des phases dont il n'avait pas été témoin, d'avoir attaché trop d'importance aux manifestations locales, d'avoir trop affirmé que les pseudo-membranes débutaient par le pharynx, et enfin d'avoir méconnu la nature intime et profonde de l'altération du sang.

L'infatigable chercheur n'avait pas attendu ces reproches pour améliorer son œuvre. Il était, je l'ai dit et redit, trop amoureux du nouveau et trop enclin à l'observation pour qu'une description fût une lettre morte; il suivit avec une paternelle avidité l'histoire d'une maladie à laquelle se rattachaient tant d'efforts et de souvenirs. Ses mémoires, insérés en 1855 dans les *Archives*, témoignent des changements que le temps et l'investigation persévérante avaient amenés dans sa manière de voir. Les amis qu'il associait, dans ses causeries intimes, aux diverses phases de sa pensée, savent avec quelle profondeur de vues il avait élargi la sphère de ses premières conclusions.

Il faudrait, pour montrer comment s'accomplissait en lui le travail de maturation, reprendre un à un les problèmes que les affections diphthéritiques soulèvent ou laissent encore irrésolus; mais ces graves matières ne sont pas de celles qu'on traite sous forme d'épisodes.

Quels que fussent les amendements par lesquels il corrigeait les imperfections de son œuvre primitive, Bretonneau était resté fidèle au principe fondamental qui gouvernait toutes ses croyances en médecine; il avait conservé intacte la foi dans la spécificité des maladies, et en particulier de la diphthérite et de la dothinentérie. Ce qu'il écrivait en 1826, dans son traité, était resté pour lui une formule imprescriptible:

« La spécificité des maladies est prouvée par une telle masse de faits, que peut-être il n'y a pas une vérité mieux démontrée et plus féconde. Elle a été plus ou moins explicitement reconnue dans tous les âges; les noms divers donnés aux phlegmasies cu-

tanées en font foi, et les médecins mêmes, qui refusent de l'admettre lorsqu'elle contredit leurs théories, lui rendent hommage dans leur pratique. C'est sur la notion plus ou moins exacte, nette ou confuse, avouée ou tacite, d'un caractère spécifique, qu'a toujours reposé le diagnostic de la plupart des maladies : sans cette notion, l'issue du plus grand nombre ne peut être prévue ; sans elle, le choix, l'à-propos des moyens thérapeutiques restent toujours indécis, et, loin de pouvoir compter sur leur succès, on ne sera pas même assuré de leur innocuité. »

Il n'est personne qui ne sache avec quelle fermeté de conviction les élèves les plus autorisés ont persévéré dans la doctrine du maître, et quels arguments de tout ordre ils ont accumulés en sa faveur.

Et cependant, avec tant et de si solides appuis, la théorie de la spécificité n'est restée ni si inattaquable ni si indélébile qu'il le supposait. La tendance de la science moderne a été de rechercher les intermédiaires par lesquels s'établit la transition des espèces dans la série pathologique aussi bien que dans la série animale ; ces unités absolues, qui servent à merveille les classifications, ont perdu de leur rigueur devant une étude plus profonde, mais surtout plus philosophique.

Aujourd'hui la question n'est plus à poser dans les termes où la formulait Bretonneau, et, sans sortir du cadre de la diphthérie, il nous paraît impossible d'accepter sans réserve l'affirmation doctrinale qui, en 1826, avait sa raison d'être. Pour nous, l'inflammation croupeuse ne représente pas une entité indépendante, sans connexions, identique à elle-même du commencement à la fin de son processus ; autant il est légitime d'en assurer le diagnostic différentiel, autant il est nécessaire en même temps de se rappeler que le diagnostic se constitue en vertu des dissemblances, et qu'il est dans sa loi logique de reculer au second plan les analogies des affections qu'il met en parallèle.

Pratiquement Bretonneau avait raison, et c'est merveille de voir avec quel sens il insinue que la spécificité reprend ses droits

dans la pratique alors même qu'elle est infirmée par la théorie ; au fond, on aurait tort de s'en tenir à ce dogme plus nosologique que médical, et qui voudra méditer l'ouvrage du médecin de Tours sentira combien de difficultés honnêtement exposées sont incomplètement résolues, combien d'obstacles sont tournés plutôt que franchis, et combien la démonstration de la spécificité laisse encore d'incertitudes.

Maître de mon jugement, n'acceptant qu'avec des restrictions profondes la doctrine de l'espèce en pathologie, j'ai toujours admiré la hardiesse avec laquelle Bretonneau avait mis en avant cette idée magistrale. Qu'on veuille bien se reporter, pour le croup comme pour la dothinentérie, aux opinions confuses qui s'entremêlaient au commencement de ce siècle, qu'on prenne la peine de relire Huxham et François Home, qu'on parcoure le rapport sur le concours ouvert par l'Empereur, qu'on examine ceux des mémoires qui ont été publiés par leurs auteurs, et on comprendra qu'en affirmant la spécificité du croup sans concession et sans compromis, Bretonneau a bien mérité de la science.

Si cette grande et puissante hypothèse n'est pas la vérité, elle est au moins ce qu'on pourrait appeler le *pabulum veritatis*. De même que les matériaux de l'alimentation ont besoin, pour s'assimiler, de subir le travail successif de la digestion, de même les idées doivent, pour être profitables, passer par des phases diverses d'élaboration : leur qualité première, c'est d'éveiller le goût, de solliciter l'appétit de la curiosité, de s'ouvrir la voie qui les introduit dans la science ; le temps se charge du reste. N'est-ce pas par des transformations de ce genre et qui n'ont rien d'aventureux qu'ont passé toutes les fécondes découvertes ?

La spécificité fut le passe-port de la diphthérie ; grâce à cette séduisante assertion que la maladie était sans analogue, on s'ingénia à la discerner, et bientôt on déclara qu'il serait humiliant de ne pas la reconnaître. Du jour où ses caractères spécifiques furent ainsi arrêtés, on ne songea plus à la confondre avec les spasmes du larynx, avec les angines de divers ordres ou avec les

autres inflammations laryngées, et il fut admis, par une erreur tout d'abord salutaire, que le croup, spécifique même dans son germe, n'était jamais la complication ou la terminaison des autres affections angineuses.

Avec la spécificité, la notion de la contagion fut importée comme une conséquence nécessaire. Les maladies spécifiques impliquent, quoiqu'on s'en défende, l'arrière-pensée d'une germination analogue à celle des végétaux nuisibles dont il est périlleux de transplanter la graine ; avec elle l'étude des manifestations locales de l'affection devint l'objet de l'attention la plus assidue : n'étaient-ce pas les phénomènes locaux qui fournissaient le meilleur appoint à la définition de l'espèce ? On perdit un peu de vue les conditions plus générales et la participation de l'économie au travail morbide, mais on y gagna d'être délivré d'une phraséologie de tradition qui dispensait de la recherche.

Dans cette découverte qui est sa gloire, Bretonneau se révèle d'emblée, avec les qualités qui font les grands médecins, et qui n'excluent ni les imperfections ni les faiblesses ; il n'avait pas été moins heureusement inspiré dans ses travaux sur les lésions intestinales de la fièvre typhoïde, et que d'aperçus pleins de profondeur et de sagacité lui devrait la science, s'il lui avait été donné de réunir les qualités du vulgarisateur à celles du clinicien.

On a dit de Bretonneau qu'il avait eu l'heureuse chance de rassembler des élèves devenus depuis des hommes éminents, et que sa réputation s'était grossie de leur renommée. Peu de gens, en effet, ont eu cette fortune ; mais, parmi ceux auxquels elle est échue, qu'on cite un maître sans talents supérieurs. Bretonneau, pauvre médecin, relégué dans sa province, n'avait rien de ce qui commande la flatterie ou enfle l'expression de la reconnaissance ; il a été jugé au vrai par les juges les plus compétents, par des médecins associés à sa pratique hospitalière, familiers avec ses opinions, et qui avaient acquis par leurs propres mérites le droit de se taire, sans avoir à emprunter un reflet à la célébrité du maître.

J'aurais voulu montrer Bretonneau aux prises avec la thérapeutique, comme je l'ai fait voir s'avançant d'un pied ferme sur le terrain de la pathologie; c'est là que ses ressemblances avec Graves eussent été surtout nombreuses et frappantes. Mais cette nouvelle étude exigerait trop de développement; le peu que j'ai dit longuement suffira, je l'espère, à caractériser le médecin et à faire pressentir ce qu'était sa thérapeutique.

De l'homme je garde un souvenir assez plein d'affection et de respect pour être incapable d'esquisser une froide et sèche biographie; j'ai pris à tâche, après bien des hésitations, de ne voir dans Bretonneau que ce qui devait lui survivre à lui-même, sans toucher à sa vie privée. On reprochait à un critique du dernier siècle la sévérité de ses appréciations, et on en appelait à la postérité de la solennité de ses jugements. La postérité, répondit-il orgueilleusement, c'est moi : *ego sum posteritas*. Ne peut-on pas, dans un tout autre esprit, jeter un voile sur la vie intime et devancer la postérité, qui décline ces détails, comme en dehors de sa judicature?

(*Archives générales de médecine*, 1862.)

L'ÉCOLE DE HALLE.

FRÉDÉRIC HOFFMANN ET STAHL (1).

Messieurs,

On raconte, et c'est, je crois, Pétrone qui nous fait ce récit, qu'un affranchi de la décadence avait une telle habileté, qu'il prétendait transcrire l'*Iliade* et l'*Odyssée* en caractères assez menus et sur un papyrus assez fin pour faire tenir les deux poèmes dans la coquille d'une noisette. La tâche que j'entreprends ressemble presque à celle que cet affranchi se vantait d'accomplir. Il s'agit en effet de faire tenir dans une heure de leçon l'exposé des plus grandes doctrines qui ont divisé, qui divisent, et qui probablement diviseront toujours la médecine, et de les montrer se développant l'une en face de l'autre. Ce problème, le hasard l'a résolu, en se jouant, pour ainsi dire, le jour où il a réuni dans la petite ville de Halle le *vitalisme* et le *mécanisme*.

Un jour, en 1693, il prit fantaisie à Frédéric I^er^, à cette époque électeur de Brandebourg, et qui devait être le premier roi de Prusse, de rassembler dans cette petite ville, que ne recommandaient ni sa position géographique, ni ses antécédents universitaires, les éléments d'une Faculté qui éclipsât les autres.

C'était un prince à grandes idées, dont on raconte qu'il dépensa tant d'argent le jour de son sacre, qu'il épuisa toutes les finances de la monarchie naissante. Toujours est-il qu'en fondant

(1) Dans sa thèse inaugurale Lasègue a étudié à fond la doctrine médicale de Stahl, et son influence sur certaines écoles médicales. A. B.

à Halle cette petite école, il eut la main singulièrement heureuse.

Il s'enquiert de tous côtés, il cherche, au gré de son inspiration, des hommes qui puissent créer le mouvement et la vie dans cette université sans passé. Il ne s'adresse ni aux professeurs illustrés par leurs travaux, ni aux maîtres de la science. Il appelle à lui un tout jeune homme qui venait de finir à peine ses études à Iéna, Hoffmann, qui avait alors trente ans. Dès le début de sa carrière, Hoffmann s'était fait remarquer à Iéna par son savoir et son talent : car, avant de se risquer à l'enseignement officiel, il avait commencé par l'enseignement particulier, où l'homme, jeune encore, sans titre, sans autorité, donne à ceux qui viennent l'entendre le meilleur de son savoir et de son zèle.

Par une coïncidence heureuse et fortuite, cette petite école, ainsi née de la volonté d'un prince, sans précédents, sans rien au monde qui justifiât son existence, a compté une série d'hommes illustres qui se sont succédé jusqu'à la première moitié de notre siècle.

C'est d'abord Hoffmann, le doyen ; Stahl, qu'il appelle près de lui ; Reil, que peu d'entre vous connaissent, même de nom ; l'auteur de la théorie des fièvres, le fondateur du *Journal de physiologie* et le disciple de Kant ; esprit ingénieux et profond, qui importa dans la médecine les principes de la plus grande doctrine philosophique de notre temps ; Kurt Sprengel, l'auteur de l'*Histoire pragmatique de la médecine*, qui non seulement n'a pas été remplacée, mais qui certainement n'a pas été égalée depuis ; Meckel, l'anatomiste ; puis Krukenberg, dont le nom eût acquis plus de notoriété, s'il eût écrit des livres au lieu de faire des élèves.

La petite école de Halle n'a, pour ainsi dire, qu'une unité géographique ; il n'existe entre ces hommes aucun lien de doctrine. Chacun y vit pour son propre compte, libre, indifférent à la tradition, indépendant de ses prédécesseurs. Chacun étudie et enseigne suivant sa pensée. « Vienne qui voudra, entende qui pourra, comprenne, comme dit Stahl, qui saura comprendre. » Tout professeur est le maître de sa théorie comme de sa prati-

que ; il réserve ses droits à l'originalité, dont il est si jaloux, qu'on dirait qu'il eût eu peur de se compromettre en citant ses devanciers.

Dans ses nombreux écrits, Stahl ne prononce pas le nom d'Hoffmann, et de son vivant Hoffmann ne laisse pas publier son *Traité de la différence entre la doctrine médico-organique et la doctrine mécanique*, le seul où il discute les opinions de son collègue.

C'est dans cette école de Halle, où la série des médecins éminents se continue sans que la chaîne soit jamais rompue, que j'ai choisi deux hommes : Fr. Hoffmann et Stahl.

Hoffmann était né en 1660. L'enseignement libre qu'il avait commencé à Iéna pouvait tout au plus avoir préparé sa renommée. Professeur ordinaire de médecine théorique et de physiologie, deux enseignements regardés à cette époque comme solidaires l'un de l'autre, il est bientôt promu au décanat.

De sa biographie j'ai peu de choses à vous dire. Hoffmann était ce que nous sommes tous, un bourgeois inconnu, menant une vie modeste et dépourvue d'incidents. Son père était médecin comme lui ; il épousa la fille d'un apothicaire. D'une constitution délicate, il maintient sa santé par l'assiduité du travail et par cette sobriété en toutes choses dont il fit plus tard le premier précepte de la médecine. Nommé doyen, il rédige les statuts de la Faculté, il organise le travail commun ; il rassemble les éléments d'une bibliothèque, transportant dans l'administration la qualité souveraine du médecin de se plaire aux détails.

Son premier acte, et il n'est pas sans grandeur, c'est d'appeler un émule, un rival, dont il sait l'ardeur et le mérite, aux succès duquel il a assisté et qui va lui disputer la prééminence dans l'opinion.

Cependant sa renommée grandit par l'enseignement. Le roi de Prusse, gravement malade, le mande à Berlin en 1708. Là il se trouve en lutte avec le médecin ordinaire du prince, Gundelsheimer, un élève de Tournefort, mieux fait que lui aux habitudes de la cour ; et, le roi guéri, Hoffmann demande comme une

faveur de retourner à Halle, heureux de retrouver ses élèves, de reprendre ses études, et disant, comme le médecin Paplus, l'ami de Kepler : « *In aulis est splendida miseria.* »

Son existence se partage entre l'école et les eaux minérales, qu'il fréquente assidument, dont il expérimente les vertus, dont il vante l'efficacité avec une conviction persuasive.

C'est quand il s'est livré pendant trente années de sa vie à ce travail incessant, qui n'épuise pas son zèle, c'est à soixante ans seulement qu'il se sent la maturité suffisante pour écrire un vrai livre. Il commence en 1718 son *Medicina systematica*, grande œuvre, œuvre durable, riche en conseils cliniques et fructueuse encore à lire de notre temps; car c'est le privilège de la pratique, en médecine, de ne pas vieillir à la façon des systèmes.

Hoffmann consacre ses dernières années à ce traité, qu'il termine octogénaire; puis quand il a fini, n'ayant pas d'autre mission à remplir dans le monde, il s'éteint à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

Doyen de la Faculté de médecine, Hoffmann s'était hâté d'attirer près de lui son ancien camarade Stahl, élève comme lui de Wedel, et qui lui aussi avait débuté par un modeste enseignement où l'on sentait en germe cette puissance d'intelligence qui devait plus tard croître et fructifier. Stahl accepte fièrement, sûr de l'avenir : « J'avais, dit-il, des élèves à Iéna, j'en saurai bien trouver à Halle. » Stahl quitte la cour de Weimar et vient à Halle, enseignant au même titre que le doyen la médecine théorique et la physiologie.

Le cours des deux jeunes professeurs se compose d'un petit nombre de leçons, et leur auditoire se compose d'un petit nombre d'élèves.

Il a semblé à quelques écrivains que leur mérite ne suffirait pas à la gloire de ces deux grands hommes, et qu'il fallait y joindre l'éclat et la popularité d'un grand enseignement. Schultz, un biographe d'Hoffmann, raconte avec orgueil qu'il y avait alors à Halle six comtes, dix barons, une foule d'auditeurs de l'ordre équestre qui remplissaient les maisons, les amphithéâtres

et les temples des muses, et qu'il était sorti de l'école de Halle plus de héros en médecine que de guerriers tout armés du cheval de Troie.

Stahl n'a pas plus de biographie que Hoffmann. A voir les portraits qui ornent le frontispice de leurs ouvrages, on reconnaît déjà la différence qui sépare ces deux hommes. Hoffmann a la physionomie ouverte, souriante. Stahl, au contraire, maigre sous la grande perruque dont les boucles descendent sur ses épaules, a l'aspect froid et mécontent d'un individu qui demande peu au monde extérieur, et ne se met pas en quête de sympathie.

Dans sa vie, rien à noter. Né en 1660, il était fils d'un modeste employé, secrétaire d'une église presbytérienne. Il avait puisé près de son père, et dans l'éducation de la famille, des croyances religieuses rigides, absolues, comme celles qui convenaient à un esprit peu pitoyable aux convictions des autres, et l'habitude d'une foi passionnée sous sa froideur, sans concessions et sans compromis. Il appartenait à l'école des plus fervents piétistes, et parmi ceux qui ont écrit sa vie, non pas à la manière des biographes qui louent, mais à la façon des historiens qui critiquent, quelques-uns ont attribué une part de sa célébrité à ce que des piétistes aussi ardents que lui étaient venus se grouper autour de son enseignement. J'ai quelque peine à croire que ces motifs aient attiré à Halle un tel concours d'étudiants en médecine.

Comme son doyen, Stahl vivait de peu, sans grands événements. Comme lui, il avait été appelé à Berlin vers la fin de sa carrière. Bien qu'accueilli avec une faveur marquée, il n'avait pas eu le singulier honneur dont Hoffmann venait d'être gratifié, quand le roi, ayant fait construire un pavillon dans un de ses châteaux de plaisance, fit placer le portrait d'Hoffmann en regard du sien, pour montrer qu'il y avait entre eux deux le lien d'une ineffaçable reconnaissance : noble exemple qui n'a pas, que je sache, trouvé depuis un imitateur.

Après avoir enseigné pendant vingt-quatre années, Stahl se retira à Berlin, où il mourut à l'âge de soixante-quatorze ans.

Historiens ou critiques, il en est peu qui aient connu Stahl au vrai. Hoffmann lui-même lui prête des doctrines dont il eût décliné la responsabilité, et depuis lors on a trouvé plus facile de le combattre que de l'apprendre. Si la vérité dans l'histoire ne s'acquiert qu'au prix d'une étude impartiale et approfondie, je puis me rendre le témoignage que j'ai tout fait pour remplir cette double condition. Familiarisé avec les idées du maître par la longue fréquentation de ses écrits, je n'en dirai ni le bien exagéré qu'ont pensé ses rares partisans, ni le mal qu'ont répété ses adversaires.

Pour bien comprendre la portée d'un système en médecine, il faut le voir à l'œuvre. La science pure, dans les régions supérieures où elle se maintient, se dégage de toutes les attaches; la science qui s'applique est obligée de faire acception des personnes : ce n'est pas elle qui commande, c'est nous qui l'assouplissons à nos goûts, à nos instincts, à nos passions. Si dans une heure de fantaisie il vous plaisait de dépouiller les héros de l'histoire de leur armure pour les revêtir de la robe de médecin, croyez-vous que Fabius Cunctator eût traité ses malades à la façon d'Annibal? Savoir le caractère du médecin, c'est prévoir ses tendances médicales, et je ne sache pas de plus décisive épreuve à imposer à un système que de le voir en action aux mains de celui qui s'en est fait le promoteur.

Hoffmann a l'expression facile, il est éloquent et disert; sa latinité est claire et limpide; il écrit aussi bien, sinon mieux, que Stahl, sans périphrases, sans néologismes et surtout sans germanismes. Son esprit net ne se plaît pas aux circonlocutions, sa phrase a la décision de son intelligence; tout ce qui dépasse la mesure le gêne; il détourne les yeux des grandes visées, qui le troubleraient, plus habile à tourner qu'à escalader les obstacles. Son esprit se réduit volontiers aux côtés pratiques qu'il assaisonne de généralités toujours accessibles. En somme, c'est une nature peu philosophique; s'il philosophie parfois, c'est presque malgré lui, et comme s'il se sentait frappé au coude par son collègue, qui l'avertit qu'il ne suffit pas de prescrire, qu'il faut en-

core dogmatiser; qu'au-dessus de la pratique il y a la théorie, qui la résume ou qui l'éclaire, et que l'expérience s'acquiert, mais ne s'enseigne pas.

Vous voyez le contraste de ces deux caractères. L'un allant droit au fait, rendant la science attrayante à force de la rendre aisée, ne demande à ses auditeurs ni trop de contention d'esprit ni trop d'efforts de zèle.

L'autre, au contraire, est petit, maigre, exigeant : philosophe en vertu d'un instinct, ardent à toutes les choses qu'il pense, praticien autant que son collègue, mais quittant la pratique au jour, à l'heure où il lui plaît de la quitter, pour se lancer à corps perdu dans les aventures de la doctrine, dans les hasards de sa libre réflexion.

Parmi les philosophes de la science, il en est qui ont eu la singulière fortune d'entraîner le monde à leur suite. Voyageurs aventureux, ils se plaisent aux terres inconnues, dédaignent les routes frayées, mais les horizons qu'ils découvrent ont je ne sais quelle splendeur qui vous attire. Ils marchent au grand jour, vous associant d'esprit et de cœur à leurs plus hardies entreprises. Ce sont les poètes de la science; avec eux on est ébloui; on ne discute ni ne disserte, on obéit docilement avant de se demander si l'on est convaincu; au lieu de contredire et d'attendre, on s'incline sur leur passage.

Stahl n'est pas des gens si bien doués. Sa pensée souterraine semble fuir la lumière; au lieu de s'élever dans les espaces, il creuse incessamment dans l'ombre, cherchant le filon de la vérité. Sa marche est lente, inquiète; il avance d'un pas, et se recueille. Ce n'est pas encore assez. Stahl sent que l'édifice de la médecine ancienne n'a plus de bases; il entend craquer autour de lui les vieilles doctrines qui s'écroulent; il travaille, il fouille comme le mineur qui fraye sa voie sous les décombres, et le jour où il entrevoit enfin la lueur de la vérité, il s'écrie : Je n'ai pas sauvé ma théorie, j'ai sauvé la médecine.

Ces natures supérieures ont deux faces. Critiques impitoyables, ils attaquent avec l'âpreté agressive de tous les croyants;

la contradiction leur semble moins une injustice qu'une injure; ne pas les suivre, c'est les abandonner lâchement : on dirait qu'aimant mieux l'hostilité que l'indifférence, ils prennent à tâche de se créer des ennemis.

D'autre part, ils ont la foi robuste qui renverse les obstacles, ils s'avancent détruisant tout devant eux et s'imposent. Le passé n'a plus de raison d'être ni d'excuses; ils apportent au monde la vérité tout entière qui les a illuminés et qu'on n'a ni vue ni entendue avant qu'ils l'eussent révélée : c'est leur force qui justifie leur orgueil.

Stahl est ainsi fier de sa mission. C'est un théoricien obstiné, philosophe médical comme je ne sache pas qu'il y en ait eu depuis.

Je viens d'exposer l'homme, venons maintenant à la doctrine.

L'époque où l'école de Halle se constituait, période de transition, et partant d'indécision et de doute, il régnait encore un certain nombre d'idées empruntées à la tradition; mais la foi dans les anciens avait disparu : on les citait, on ne les méditait plus. Il faut cependant remonter haut, si l'on veut comprendre le sens de la révolution qui s'accomplit; il faut, si l'on veut pénétrer dans les profondeurs de la doctrine, s'attaquer au problème le plus ardu que soulève la philosophie médicale.

Les anciens avaient supposé dans le monde une sorte de puissance intelligente et suprême, de quelque nom qu'il plaise de l'appeler, qui avait réglé toutes les choses et assigné à chacun des êtres de la création sa fonction dans l'ensemble. Le monde avait été ordonné en vue de l'homme. Le soleil s'élevait au-dessus de nos têtes pour nous éclairer, les plantes nous devaient leur ombrage; les animaux naissaient pour aider à nos besoins ou suffire à notre nourriture. Tout était conçu suivant un plan tracé d'avance, tout répondait à une destination.

Cette croyance avait sa grandeur, elle ouvrait aux aspirations de la poésie le domaine qu'elle fermait à la science.

Cependant, parmi ces êtres ainsi gouvernés par l'autorité de la nature qui leur avait assigné leur emploi, un certain nombre échappait à la loi. Pourquoi ces pierres étrangement agglo-

mérées? pourquoi ces métaux cachés dans les profondeurs de la terre? pourquoi tant d'éléments inutiles, tant d'empêchements apportés au travail de l'homme qui devait être le maître de la création?

Du jour où l'on se prit à douter, on se demanda si la cause finale suffisait à justifier l'existence de tant de matériaux improductifs, la succession de tant de phénomènes inexplicables. On chercha et l'on admit qu'il fallait reconnaître dans la nature deux puissances : l'une, la nature autocratique et prévoyante, poursuivant son but défini; l'autre, le hasard, le *Fatum*, ne reconnaissant pas de destination préétablie, et laissant à l'intelligence le libre champ de l'imprévu.

Il s'agissait dans ce domaine nouveau de poursuivre la recherche des faits qui n'avaient plus de raison d'être; de substituer à la méthode philosophique l'investigation scientifique, qui ne sait que ce qu'elle a vu, qui ne raisonne pas, mais qui observe; qui ne devine pas les lois *a priori*, mais qui les promulgue quand elle a laborieusement constaté leur existence.

A mesure que la science dégagée de ses entraves assure sa marche, elle empiète sur le terrain des causes finales. Le nombre des êtres soumis au hasard, sans destination fixe, livrés au libre examen et dont on ne sait que ce qu'en apprend la recherche, qui sont parce qu'ils sont et non parce qu'ils doivent être, va croissant. Bientôt on se demande de quel droit on a fait deux parts, et s'il est bien nécessaire d'aller demander aux causes finales l'explication de phénomènes dont la science trouvera le dernier mot.

Cependant, si large que fût la part faite au *Fatum*, il existe une classe d'êtres qui se soustraient aux peut-être du hasard. Pour eux, alors même qu'on ne remonte pas jusqu'au principe supérieur qui les régit, il est impossible de méconnaître qu'ils ont été constitués en vue d'une fonction. A ces êtres, on donne le nom d'êtres organisés, reconnaissant par cette dénomination, qui a cette valeur ou qui n'a pas de sens, qu'ils ont reçu une destination déterminée.

Je m'excuserais de ces généralités, si elles n'étaient indispensables à l'intelligence de la doctrine.

Il existe dans le monde, il existait pour les anciens, il existait surtout au regard des médecins philosophes du XVIII^e^ siècle, toute une classe d'êtres qui, sans échapper aux lois physiques et chimiques, s'isole des substances inorganiques et relève d'une cause finale.

Stahl s'empare magistralement de ces idées; il y entre de plain pied et va droit au principe. Un esprit de cette trempe n'abaisse pas les problèmes pour adoucir la pente qui mène à la solution. Quelles que soient ses erreurs, quels que soient les excès où le portent ses qualités, il a la hardiesse qui se complaît au danger. La première question qu'il pose, et de sa solution va dépendre la théorie de sa médecine, c'est celle-ci : Qu'est-ce qu'un être organisé?

L'eau qui coule dans les rivières, le vent qui souffle à la surface des mers, obéissent aux lois fatales de la nature. L'eau suit le mouvement que lui imposent les conditions physiques qui règlent son écoulement; le vent est poussé suivant des combinaisons qui nous échappent, mais qui n'ont ni raison d'être ni destination. Un jour, un homme vient : il enferme dans un canal cette rivière qui coulait au gré des lois physiques; il oppose à son cours un obstacle qui la modère; il l'oblige à lui fournir juste la quantité de force qui convient à ses besoins. Au-dessous de la digue il installe une roue; au-dessus de la roue, un moulin. A la fatalité, il substitue l'organisation; il remplace le hasard par la prévision, l'*a posteriori* par l'*a priori*.

Le marin sait bien que le vent souffle impétueux ou timide, mais toujours indomptable; il n'a pas l'orgueil de dominer ses hasards : à son frêle navire il attache un mât, à son mât une voile; à l'arrière il appose un gouvernail, et, sans qu'il ait songé à créer une force nouvelle, le vent devient un instrument à son usage.

A partir de ce moment, la rivière n'est plus la rivière, le vent n'est plus le vent : tous deux n'appartiennent plus au monde fatal, ils

sont des instruments ou, ce qui est synonyme, des organes.

L'organisation commence du moment qu'une intelligence est intervenue, et que, sans commander aux forces sur lesquelles elle n'a pas d'action, elle a mis en plus, et comme un facteur nouveau, la prévoyance.

Or, qu'est-ce, en serrant toujours de plus près le problème, qu'un être organisé? Une machine construite de telle sorte que, d'une part, elle n'a pas d'autres forces que celles qui sont inhérentes à la matière, que ses éléments ne sont pas soustraits aux lois imprescriptibles de la physique et de la chimie, mais qu'elle a sa raison d'être. L'animal a des yeux pour voir, des oreilles pour entendre, des membres pour agir. Je le sais, je le savais *a priori* avant que l'expérience m'eût instruit des procédés par lesquels s'accomplissent ces fonctions. La science a donné le comment, nous ne l'avions pas attendue pour affirmer le pourquoi.

L'être organisé emprunte au monde extérieur les éléments de son activité; il est soumis à toutes les combinaisons, obligé à tous les échanges; mais il est organisé, c'est-à-dire qu'*a priori* il doit se servir, conformément à leur destination, des instruments ou des organes dont il a été doté. A ce titre il se sépare du reste de la création; il a sa science à part, comme il a ses moyens et son but.

C'est sur cette distinction fondamentale, sur cette conception de l'organe et de l'être organisé, que repose la doctrine de Stahl : *Theoria medico-organica*.

Parmi les êtres organisés, l'homme tient le premier rang; il représente l'expression la plus haute de l'organisation; il doit avoir un but à atteindre, une mission à remplir, ou autrement il est la plus impossible des existences, une machine sans destination. La montre que vous portez dans votre gousset perd son nom le jour où elle ne marque plus les heures; elle rentre dans la condition des métaux qui la composent, et ne reconnaît pas d'autres lois que celles qu'il appartient au physicien de déterminer. Lorsqu'au lieu d'être muette, elle donne l'heure, si sou-

mise qu'elle soit aux influences des agents physiques et chimiques, elle leur échappe par un côté : ce n'est plus le physicien qui la règle, ce n'est plus le chimiste qui en décide ; en tant que montre, elle revient de droit à qui? à l'horloger.

Stahl, la première fois qu'il introduisit dans la science ce personnage nouveau de l'horloger, n'apporta pas seulement une métaphore, il imposa, sous une forme saisissante et populaire, un principe qu'il va poursuivre dans toutes ses conséquences et qu'il ne délaissera pas avant d'avoir épuisé ses applications.

L'organisme humain, lui aussi, doit être réglé suivant sa fin. Il obéit aux variations obligées de la matière ; mais la matière qui le compose ne rend pas compte de son mode d'existence. A ce mécanisme complexe, multiple, délicat, il faut non plus un observateur qui constate, mais un ouvrier qui, sachant les usages et le pourquoi des organes, les corrige, les incite ou les ralentisse. Cet homme, l'horloger de la machine humaine, c'est le médecin. Lui seul l'a étudiée au point de vue de sa destination vraie ; lui seul a eu intérêt à approfondir le jeu des rouages, à méditer sur l'emploi de ses organes, à apprendre l'utile et l'inutile, le nuisible et l'avantageux.

Et voilà comment, à la suite de ce maître de la pensée, le médecin entre dans la science, non pas comme un accessoire, mais comme une autorité nécessaire. Il emprunte aux savants de même que l'organisme emprunte aux forces de la matière ; mais il ne partage ni n'abdique. Lui seul a le droit de dire : Je ne sache personne qui connaisse de l'organisme au même titre que moi ; nul autre n'a charge de sa destinée. On interroge le physicien et le chimiste, on ne les consulte pas. Le médecin est là pour son propre compte, son savoir est à lui et son expérience est sans analogue.

Le corps de l'homme ainsi construit, ainsi ordonné, n'est organisé que parce qu'il a une destination, c'est la condition suprême : hors de là il est matière. Eh ! Messieurs, qui le sait mieux que vous? Le jour où l'homme est devenu le cadavre étendu sur la table de nos amphithéâtres, quand il a cessé d'ap-

partenir à la vie pour rentrer confondu dans le monde inanimé, vous l'avez vu dépouillé de cet attribut étrange, incompréhensible, qui s'appelle la vie. Lui, qui tout à l'heure avait ses lois propres, ses attractions et ses répulsions, ses fonctions qu'il accomplissait plus ou moins, il va subir la plus triste, la pire des décompositions auxquelles il vous soit commandé d'assister. A peine la vie s'est-elle retirée de lui, à peine a-t-il perdu ses droits à l'organisme, que les nécessités de la matière s'emparent de lui.

La putréfaction commence d'emblée, et elle semble avoir revêtu là un plus triste caractère que celui qu'elle aurait partout ailleurs. Il est impossible d'être le spectateur indifférent de l'immense distance qui sépare l'individu vivant de l'individu mort. Il y a des sentiments que, grâce à Dieu, la science n'a pas le devoir d'annuler.

Du moment où l'homme a été exclu par la mort de la classe des êtres organisés, il est rejeté dans le vaste creuset où doivent se confondre et disparaître toutes les choses de la nature. Mais ces forces auxquelles il paraît succomber, contre lesquelles il a semblé, par une image familière aux médecins, lutter pendant la vie, elles n'avaient ni cessé ni suspendu leur action fatale. Elles gardaient leur autocratie à laquelle il n'est donné à aucun être créé de se soustraire, et cependant le corps se conservait et se maintenait sans être entamé par cette corruption toujours imminente.

Qu'est-ce donc que la vie?

C'est cette résistance, cette conservation quand même, ce maintien. Si bien que la définition de la vie sort de l'école sous cette formule d'un aspect scolastique : La vie c'est la conservation du corps corruptible qui dure sans que cesse sa corruptibilité. La fatalité de la matière est toujours là, vigilante et active, mais il existe un je ne sais quoi qui l'élude jusqu'au jour où la vie lui cédera la place et où la mort lui rendra son empire.

Voilà donc les deux éléments essentiels de l'organisme définis

et constitués. D'un côté, l'agrégat matériel et brut muni des forces inhérentes à la matière; de l'autre, la machine avec ses organes, résistant et remplissant, malgré tout, sa fonction : à savoir, la vie.

De notre temps, il s'est trouvé des médecins assez chimistes et des chimistes assez philosophes pour comparer l'organisme vivant à une machine à vapeur. Le combustible introduit et brûlé par la respiration, sans cesse renouvelé dans le foyer qu'il alimente, apporte la chaleur et le mouvement. Le moteur est au centre et les organes dociles agissent sous son impulsion. Ah! s'il avait été donné à Stahl de connaître cette hardie comparaison, avec quelle ardeur il en eût accueilli l'idée! Oui, ce que vous dites est pris de haut, c'est la vérité vraie. L'homme est une machine qui tient sa vie du dehors, qui n'agit qu'à la condition qu'on lui fournisse ses matériaux. Vous avez vu juste, vous avez compris le moteur et sa transmission, vous avez fait à chaque facteur sa part, vous n'avez oublié qu'une chose, une seule : le chauffeur.

En fait, comment cette machine va-t-elle à son but, d'où vient que sa puissance s'arrête, qu'elle s'accroît ou qu'elle se modère en proportion des besoins? Est-ce le charbon qui vient de lui-même se présenter à l'orifice aux heures opportunes?

Stahl ne sait jamais s'arrêter à mi-chemin, il se demande qui est chargé de veiller, de proportionner les forces actives aux effets qu'elles doivent produire. Quel régulateur, aussi essentiel que le moteur et le mouvement, intervient pour mettre son intelligence au service du mécanisme, pour inciter ou ralentir la marche de cette machine vivante qui n'a pas sa pareille au monde? Où le chercher, où le trouver? Au-dessus ou à côté des forces qui régissent la matière, il lui en faut une qui régisse l'organisation, qui ne crée rien, qui ne dispose d'aucun agent nouveau, mais qui dirige et qui gouverne. C'est alors, contraint par la logique et comme malgré lui, que cet esprit positif avant tout, adversaire impitoyable des entités de convention, installe dans l'organisme une sorte de pouvoir exécutif, ou, pour

garder la comparaison, un chauffeur intelligent qui ne peut être que l'*âme*.

Avec ce dernier terme, sa théorie physiologique est bien près d'être achevée.

L'homme est un organisme ; matière, il se conforme aux lois de la matière ; organisme, il a une destination qui est de vivre, une intelligence ou une âme qui veille à ce qu'il ne s'écarte pas de son but.

La science de notre temps n'aime pas ces audaces, elle tient moins à escalader les hautes régions qu'à les gravir d'un pas lent et sûr. La notion de la vie, elle la cherche dans son expression la plus réduite, dans les êtres où elle se manifeste à ses moindres degrés; plus elle a abaissé le niveau de cette inconnue qui la trouble, plus elle se sent à l'aise sur le terrain des phénomènes physico-chimiques, son véritable domaine, où les sentiers lui sont familiers.

Stahl n'a pas de raison pour procéder avec tant de réserve. Les théories mécanico-chimiques de ses contemporains, leurs explications physiologiques, empruntent plus à l'imagination qu'à l'expérience et se payent de subtilités enfantines. Hardiesse pour hardiesse, il lui convient mieux d'aller droit à la manifestation la plus complexe de la vie, et il demande la solution du problème à l'homme comme au plus vivant de tous les êtres. C'est là, dans la personnalité intelligente la plus achevée, qu'il puise les éléments de sa démonstration, n'éliminant rien, ne détournant les yeux d'aucune des faces de la question, et ne se tenant pour satisfait que quand il a associé dans une synthèse indivisible les deux éléments dont se compose l'*homo duplex* : la matière organisée et la volonté intelligente.

Des actes qui s'accomplissent en nous, il en est dont nous savons seulement qu'ils s'exécutent, mais il en est d'autres sur lesquels nous nous sentons mieux renseignés.

Qu'un objet extérieur vienne frapper nos sens, il agit par son contact. L'onde sonore a fait vibrer le tympan, l'ébranlement s'est transmis au cerveau, et le phénomène s'impose à nous.

Si le bruit est léger, si celui qui le perçoit est distrait, ou qu'il lui plaise d'être indifférent, tout disparaît avec la sensation. Que ce bruit léger éveille son inquiétude, l'impression n'a pas varié, mais l'homme s'émeut; il met en jeu toutes ses ressources; il va, vient; il appelle à son aide ses organes et n'a ni repos ni trêve, jusqu'à ce qu'il ait apaisé son anxiété curieuse. Comment rendre l'impression responsable à la fois et au même titre, et d'une perception passive et d'une activité si mouvante? Comment, se demande Stahl, excuser cette inexplicable contradiction, si l'on n'accorde à l'homme un pouvoir intelligent qui conçoit, une volonté qui exécute, une autocratie qui gouverne ses actions? Comment admettre que dans l'homme tout est fatal, et qu'organisés ou non, les êtres se ressemblent de tout point, sauf la stabilité et la multiplicité des combinaisons?

A l'acte obligé il oppose l'action volontaire, l'arbitraire, pour prendre son langage, à la fatalité, et avec une infatigable persévérance, il en poursuit l'analyse. Il montre le mouvement s'exécutant au gré de celui qui l'a voulu, suspendant à son caprice les lois de la pesanteur; il fait voir l'individu, imprimant à ses muscles juste la force qu'il faut pour lancer la fronde ou pour soulever un fétu, et cela sans avoir rien appris, ni de la structure de ses membres, ni des lois de la physique, ni des moteurs qu'il met en œuvre.

Puis quand Stahl a ainsi glorifié la volonté, exalté l'intelligence, il a peur, il recule devant les entraînements de sa pensée. Cette âme, complément de l'organisme, ne va-t-elle pas absorber l'organisme tout entier, et commander à la matière au lieu de profiter de ses puissances?

Si Stahl eût commis cette faute, qu'on ne se lasse pas de lui reprocher, il eût peut-être mieux servi sa gloire. Philosophe, il aurait été classé au rang des maîtres dont les écrits se commentent, et dont les doctrines se racontent de générations en générations. Mais, si philosophe qu'il soit, il est, avant tout, un penseur qui médicine, aimant la médecine par-dessus toutes choses, et ne croyant à la valeur des idées que quand elles sont

utiles au médecin. C'est par l'histoire de la fièvre tierce, dit-il, que j'ai été conduit à comprendre la vie de l'homme, et c'est par la science de la vie que je veux arriver à comprendre la fièvre tierce. Aussi son âme perd peu à peu le meilleur de son idéalité ; attachée à la substance corporelle par un lien indissoluble, elle lui emprunte plus encore qu'elle ne lui donne, elle n'est que la servante maîtresse qui a plus d'occasions d'obéir que de commander. Ce n'est pas lui qui, au moment de franchir le seuil et de contempler enfin la vie dans son essence immatérielle, sent faiblir son courage et défaillir sa foi, ce n'est pas lui qui eût donné à son système organicien le nom perfide d'animisme.

Il a composé sa machine vivante, instruments, but, direction, mais il manque un dernier élément pour la compléter. La machine est construite ; la chaudière bout, la vapeur est engendrée, les organes sont prêts à fonctionner ; que va-t-il se produire de plus? Le mouvement. C'est le mouvement qui maintient, qui conserve la vie, et qui enchaîne les lois physiques ; c'est par l'étude des mouvements que le passage se fait, dans son esprit, de la physiologie à la médecine.

Le mouvement, terme générique usité par tous les physiologistes du dix-septième siècle, et emprunté par eux aux physiciens, leurs contemporains, a son expression la plus directe et la plus saisissante dans la circulation ; le cœur bat incessamment et renvoie le sang qu'il a reçu ; la chaleur, la constitution chimique du sang, sont sous la dépendance de cette mobilité nécessaire à la vie. Que le sang s'arrête, et à l'instant il a perdu ses propriétés; ses combinaisons cessent, sa consistance change, ses affinités sont autres. Mais à ce mouvement, l'âme dirigeante n'a rien à voir. Le cœur bat sans nous, malgré nous ; il est de tous les organes celui qui se prête le moins à l'arbitraire. C'est là, du premier mot, une pierre d'achoppement.

Stahl était non seulement un esprit profond, mais, comme tant d'autres philosophes, c'était aussi un homme habile. Il s'étonne que la plus importante de toutes les fonctions, la circulation,

échappe ainsi au gouvernement de la volonté. Alors, laissant de côté toutes les hypothèses *a priori*, il pénètre au vif de la médecine proprement dite, et à la place d'une théorie pleine de conjectures, il établit un fait définitif qui, une fois entré dans la médecine, n'en sortira plus et qui projette une vive lumière sur la physiologie pathologique.

En dehors de la grande circulation qui s'accomplit avec le cœur pour centre et les vaisseaux pour agents secondaires, il existe une circulation d'un autre ordre dont le pouls ne donne ni le rhythme ni la mesure, qui n'a ni uniformité ni rigueur monotone. C'est sur ce terrain mal exploré que Stahl appelle la recherche, il y revient sans cesse et sous les formules les plus diverses, à propos de la doctrine, à l'occasion des cas particuliers. Les images, dont il n'abuse guère, ne lui coûtent pas pour fixer les esprits. Tantôt il compare cette circulation au flux et au reflux de la mer : « *de æstu maris microcosmici* » ; tantôt il insiste sur la tonicité : « *motus tonico-vitalis* » ; tantôt sur la nature des mouvements et sur leurs effets ou sur les changements qu'ils produisent dans la crase du sang.

Entre les artères et les veines est interposé tout un ensemble d'appareils, système capillaire des modernes, tissu spongieux plus ou moins réceptif où viennent aboutir les dernières ramifications, d'où partent les premiers ramuscules des grands vaisseaux. Là est en réalité l'officine où le fluide sanguin s'élabore. La grande circulation s'y épuise quand le tissu capillaire se dilate et fournit un déversoir, elle s'y ravive quand il se contracte pour résister à la pression. Il n'est pas un réceptacle passif, mais une substance vivante, libre de ses mouvements, contractile, recevant ou refusant le sang que les vaisseaux lui empruntent ou lui apportent. Le flux et reflux du sang dans le tissu intermédiaire est soumis à des variations dont la circulation centrale subit de loin le contre-coup, mais qu'elle ne régit pas.

C'est là, dans le mouvement tonique, qu'il faut chercher les premières manifestations par lesquelles s'essaye la maladie, c'est là qu'il faut s'adresser pour la combattre à son début avant que

de simple fluxion elle soit devenue la lésion définie. Le médecin a pour devoir non seulement d'en constater l'existence, mais d'en déterminer les lois, car rien dans le corps humain ne se fait à l'aventure ; vous pouvez détacher les parties du tout pour les commodités de l'étude, mais à la condition que vous aurez hâte de les faire rentrer dans l'ensemble.

La meilleure gloire de Stahl, ou tout au moins la plus indiscutable, est d'avoir essayé la théorie de ces congestions partielles, de leur mode de production, de leur influence sur le mouvement du sang et, comme on disait alors, sur son épaississement et sa déliquescence, de leurs conséquences diverses, suivant la structure et la fonction des organes : hémorrhagies, sécrétions augmentées ou diminuées, tension fluxionnaire des parties, altérations et dégénérescences.

Lui-même a raconté comment il avait été conduit à ces données qui résument sa médecine. Il rapporte qu'étant enfant il avait vu un de ses parents, goutteux et demi-perclus, guérir à la suite d'un accident dont on lui cachait la nature. Plus tard il apprit que les congestions des reins, que les flux goutteux des jointures avaient été remplacés par un flux hémorrhoïdal. Et alors, avec cette ardeur inquiète et chercheuse dont je vous ai marqué les grands traits, il poursuit, il creuse, il travaille, et ce fait est la clef qui lui ouvre la porte de la théorie générale.

Les maladies aiguës débutent par des fluxions évidentes, mais les maladies chroniques ne trouvent-elles pas leur explication dans d'autres modes du *motus tonico-vitalis*?

Stahl a tracé magistralement le tableau des maladies chroniques qui relèvent, non pas de la grande mais de la petite circulation. Un individu a d'abord une congestion rénale, le sang afflue dans le tissu capillaire, la sécrétion est modifiée, altérée. C'est la gravelle qui commence la scène que viendra peut-être plus tard terminer un calcul. La gravelle a ses fluctuations; mais bientôt le malade souffre de digestions difficiles, de flatuosités qui l'oppressent, de malaise abdominal, d'inquiétudes, de spasmes, d'angoisses, le système de la veine porte est troublé

dans son mouvement tonique, c'est la gravelle hépatique ou l'hypochondrie. Un jour il se plaint d'une douleur inconnue dans le gros orteil, de chaleur, de tension congestive, la goutte a fait son apparition. Puis les hémorrhoïdes, les diarrhées, sans inflammation, l'asthme et le reste. Dans cette série où la fluxion sanguine a changé de nom chaque fois qu'elle changeait de siège, la grande circulation n'intervient pas, elle garde sa solennelle régularité, redoublant seulement de vitesse ou ralentissant sa marche selon le mouvement que lui imprime cette *vis a tergo*.

J'ai esquissé à grands traits cette doctrine, qui n'a pas ses racines dans la philosophie mais dans l'observation médicale; j'ai essayé de vous faire voir sur quels principes elle repose, quelles conséquences pathologiques elle entraîne. Je ne me dissimule ni les imperfections ni les insuffisances d'un exposé rapide que je ne suis pas maître de compléter.

Le grand côté du système comme de tous les systèmes vitalistes, c'est d'avoir rehaussé la dignité de l'homme et d'avoir exalté la mission du médecin. Il y a, dans ce respect de la vie, une grandeur de sentiment qui vous pénètre, une aspiration élevée hors de laquelle il n'y a ni médecine ni médecin. La vie, pour nous, c'est l'œuvre capitale, l'arche sainte. Quand le malade vous mande près de lui, qu'il vous invoque comme la Providence, il vous dit, de son geste ou de la parole : Je vous ai appelé pour me soulager ou me guérir. Considérez-moi, l'homme malade, l'homme vivant, comme le plus pressant de vos problèmes, comme la première de vos inquiétudes, comme le plus noble de vos soucis.

Pour le physicien ou le chimiste, tout est bien, ou plutôt rien n'est bon ou mauvais ; l'utile et le nuisible sont des mots exclus de leur vocabulaire. Que leur fait que l'acide carbonique se combine ou non avec les bases, que leur importe que les astres roulent de la façon qu'il leur plaît? Ils constatent à posteriori les phénomènes qui s'accomplissent ; ils les enregistrent et les classent; ils ont raison, c'est leur droit, c'est leur mandat.

Pour nous, du jour où la médecine s'est affirmée, elle n'a

justifié son existence qu'en posant parmi les choses de son savoir deux éléments essentiels, qui troubleraient la sérénité des autres sciences. L'un s'appelle le bien-être, la santé, la joie de l'individu et de la maison ; l'autre, la maladie, le mécontentement, la tristesse ou la terreur : le bien opposé au mal. Dès le moment où nous touchons le pouls du malade, nous pensons : il est mauvais que cet homme souffre, et nous lui donnons des remèdes ou des paroles consolantes. Arbitres du médicament, nous nous séparons encore du physicien qui, assujetti aux lois fatales de la matière, n'a mission, ni de les éluder, ni de les combattre.

Du point de vue du vitalisme, l'homme se présente à nous comme une unité indissoluble. Sa personnalité n'est pas une convention, mais la condition première de l'existence ; rompre l'individualité, c'est nier le principe même de la vie. Plus la pensée s'arrête sur l'ensemble harmonieux de l'être vivant, moins on consent à y voir une agrégation fortuite d'organes indépendants ; pour assurer l'autocratie du principe vital, il faut que toutes les parties reconnaissent son autorité et soient solidaires.

Ainsi prise de haut, la médecine, science de l'homme un et indivisible, ne se résigne pas à faire des maladies autant de produits parasitaires, végétant isolément sur le point où le hasard a déposé leurs germes, bons à classer comme les plantes, sans tenir compte du sol où ils prennent racine. La médecine est la médecine, et non pas la nosologie.

Enfin, pour qui veut entendre le vitalisme organique à la façon de Stahl, l'organe instrument d'une fonction doit la remplir ; s'il l'accomplit, tout est bien ; s'il y manque, il a mal agi. La notion de l'utile et du nuisible n'est pas une concession faite aux caprices du malade ; elle s'impose au médecin comme elle commande à l'ingénieur ; constater le fait sans tenir compte du but ; noter les mouvements ; analyser les rouages sans se demander s'ils conviennent à leur destination, c'est oublier la vie, méconnaître l'idée fondamentale de l'organicisme, et nier du même coup la mécanique et la médecine.

J'ai dit les beaux côtés. Tournons la médaille.

Si le vitalisme donne à la vie une solennité qu'elle n'a pas dans les autres doctrines, c'est qu'il prend son type dans la sphère la plus élevée où il nous soit permis d'atteindre. L'homme physique est construit sur le modèle de l'homme moral; au-dessus des organes qui se meuvent, et de la matière qui s'agite, trône un principe supérieur qui les mène. Qu'on l'appelle l'âme ou la nature prévoyante, il a les attributs de l'intelligence et du sens moral. Les lois qu'il promulgue peuvent se codifier, mais elles sont antérieures à tous les codes, absolues, imprescriptibles. Absorbé dans la contemplation, le vitaliste dédaigne le monde extérieur; il est toujours plus près de la foi que du doute qui est le commencement de la science; sa doctrine a les dogmes d'une Eglise et les intolérances d'une religion.

Laissez-moi vous résumer sous une forme mystique l'antagonisme des deux écoles opposées: le vitalisme et le matérialisme, pour prendre ce terme en dehors de toute mauvaise acception. Le vitalisme, c'est Marie assise aux pieds du Seigneur, absorbée, étrangère au reste du monde; le matérialisme, c'est Marthe, qui reste dans la vie réelle, et pourvoit aux soins de la maison.

Plus la vie est une œuvre achevée, plus le principe qui préside à ses destinées a de prévoyante sagesse, plus il faut qu'on sente les effets de sa puissance bienfaisante. L'optimisme est l'aboutissant obligé du système. La maladie ne se comprend pas; elle n'a pas plus d'excuse que le vice; on la tolère, mais il semble qu'elle ne se soit glissée dans l'économie que par fraude, dans un moment où la vigilance du principe vital sommeillait. Chaque fois qu'il constate une lésion ou un désordre, le vitaliste serait tenté de penser ce que disait le peuple sous les régimes absolus, à toutes les exactions des agents subalternes : Ah! si le roi le savait.

A force d'être assuré qu'il tient en main toute la vérité, le vitalisme jette à peine un regard de dédain sur les modestes événements qui se passent dans les régions inférieures de l'organisme. Comment voulez-vous qu'un homme qui démontre com-

CLINIQUE Sainte-Anne

plaisamment avec quelle habileté nous faisons mouvoir des muscles, dont nous ne savons ni la forme, ni la structure, ni la fonction, s'applique à pénétrer dans les secrets intimes de l'anatomie.

Stahl, avec sa verve critique, n'a pour les anatomistes que des mots insultants. Lui qui fut avec Becher le chimiste le plus illustre de son époque, à ce point que le grand honneur de la théorie de Lavoisier fut tout d'abord d'avoir détrôné la doctrine stahlienne du phlogistique, il raille aussi impitoyablement la chimie, science agréable, mais qui n'a rien à faire avec la médecine : *Nego ad medicinam facere.*

A force de nier le monde extérieur et de le traiter sinon en ennemi, du moins en étranger, le vitalisme, qu'il sorte de l'École de Montpellier ou de la petite Université de Halle, exclut peu à peu de la science nos meilleurs moyens de connaître. Immuable dans sa foi, il repousse le progrès, qui le condamne à son tour et passe outre à ses objections. De part et d'autre est-ce justice? Je ne juge pas le fait, je l'expose.

J'aurais voulu vous montrer face à face, en présence dans les deux chaires parallèles, les deux doctrines rivales, celle de Stahl et de Frédéric Hoffmann. Le temps ne me l'a pas permis. Hoffmann, du reste, est d'un plus facile accès, et vous pourrez l'étudier aisément dans ses ouvrages. C'est l'homme de notre temps. Empruntant à Stahl l'idée fondamentale qu'il convient d'écarter de la médecine tout ce qui lui est étranger, la première chose qu'il en écarte c'est l'âme. Les lois qui président à la matière n'ont pas d'exceptions dans le corps humain ; les actions volontaires, les passions et les mouvements de l'âme nuisent plus qu'elles ne servent, et troublent les actions du corps. La circulation, qui pour lui aussi résume la physiologie, est réglée par les lois de l'hydraulique. Il marche dans cette voie sans détourner les yeux, sans être découragé par les absurdes fantaisies des physiciens et des chimistes contemporains ; sa foi n'est pas dans le présent, mais dans l'avenir.

Je m'arrête. Il m'a paru qu'en retraçant devant vous, à grands

traits, l'esprit plutôt que la lettre de la doctrine de Stahl, en rendant justice à un homme qui n'a trouvé justice nulle part, je remplissais presque un devoir pieux. Je sais ses erreurs, ses fautes et ses dangereux entraînements ; mais quelle grandeur, quelle aspiration vers le vrai, quel zèle !

Stahl s'est plaint amèrement qu'on le dédaignât parce qu'au lieu de redescendre la science, il posait des problèmes inaccessibles à la plupart des médecins de son temps. Il a dit de lui-même qu'il était : *Vox rauca in deserto*. Votre affluence et votre attention sympathique sont déjà une réparation pour sa mémoire. Si la voix rauque est restée, on ne pourra plus dire qu'elle prêche dans le désert.

(*Conférences historiques*, 1865)

ELOGE

DE

M. LE PROFESSEUR TROUSSEAU

PRONONCÉ

A la Faculté de médecine le 14 août 1869.

MESSIEURS,

Cette solennité, que chaque année ramène, ne semble-t-elle pas avoir perdu quelque peu de sa grandeur et de son prestige? Le concours des élèves est moins empressé, leur participation plus mouvante et moins passionnée qu'autrefois. Je le regrette, et avec moi le regretteront tous ceux qui prennent à cœur la solidarité médicale et qui s'inquiètent, comme le père de famille s'afflige, en voyant ses enfants moins assidus au foyer de la maison.

La corporation médicale qui s'apprête à vous ouvrir ses rangs, vous convie à suivre son exemple. Ses membres, autrefois dispersés, se rapprochent, s'unissent et mettent leur zèle en commun. S'associer n'est pas pour eux une affaire de calcul, mais de sentiment. Du jour où la confraternité s'organise et devient l'Association, elle ne court plus le risque d'être une fiction ou un rêve.

Pour que l'œuvre d'unité qui est un des signes et qui sera une des gloires de notre temps, s'accomplisse, ne faut-il pas que les élèves aspirants à la profession s'imprègnent de son esprit, et se hâtent de serrer d'avance le faisceau que l'avenir ne

saurait plus rompre? Ici, dans cette école où furent élevés vos pères, les étudiants sont nos hôtes, et de part et d'autre hospitalité oblige. Aux plus jeunes les hommes mûris dans la vie tendent la main en leur disant : Soyez les bienvenus. Aujourd'hui il y a des maîtres et des élèves ; il n'y aura demain que des confrères : le jour est proche où il n'y aura que des amis.

Voilà pourquoi nous aimons ces assemblées, et nous vous conjurons de n'en jamais compromettre ni le sens ni la cordiale tradition. Voilà pourquoi, bien que cet honneur soit doublé d'une tristesse, c'est encore pour moi une tâche plutôt bénie que redoutable de prendre ici la parole au nom de la Faculté.

L'usage exige que la seule réunion, la seule où il nous est donné d'entrer en communion de sentiments avec vous, soit consacrée à la mémoire d'un des maîtres qui ont laissé, dans nos rangs étroitement serrés, un vide douloureux. Devant cette pieuse coutume il est tout naturel qu'on s'incline avec respect et sans arrière-pensée.

De toutes parts cependant les questions nous pressent et les problèmes nous invitent. La science est au plein cœur d'une transformation plus superficielle peut-être que profonde, mais à laquelle il serait coupable de demeurer indifférent. L'enseignement et l'institution de la profession sont livrés à des débats où se croisent les passions et les arguments. L'honorabilité même des médecins est mise en jeu, et on s'interroge pour savoir s'ils sont dignes du droit que la loi leur confère. Dans ces courants contraires, la jeunesse obéit volontiers à des impulsions hâtives ; où d'autres attermoient hors la mesure, elle n'hésite pas assez et ne se complaît qu'aux problèmes qu'elle accepte pour résolus. Ne serait-ce pas l'heure d'arrêter un moment sous vos yeux les solutions qui se meuvent trop rapides pour qu'on en mesure à loisir la consistance et la solidité?

L'obligation traditionnelle qui m'interdit ces brûlantes questions, je ne m'y soumets pas, je l'accueille avec reconnaissance ; elle me fait un devoir de vous entretenir d'un maître dont la mémoire est présente et vivace, d'un homme auquel ma vie est

reliée par une attache que l'ingratitude seule aurait pu rompre, d'une des gloires médicales de la Faculté. Sous cette robe qu'il me léguait en mourant comme un témoignage de son insatiable amitié, il me semble, ainsi que disait Montaigne, que je suis revêtu de son souvenir, et qu'une fois, encore, il lui est donné de revivre et de me soutenir de son encouragement affectueux.

Trousseau, vous aviez dit son nom, avait résolu qu'au jour de ses funérailles pas un discours ne serait prononcé au pied de sa tombe entr'ouverte. Il entendait finir comme il avait vécu, indifférent aux orgueils, plus étranger encore aux vanités. C'est bien le moins qu'aujourd'hui, dans l'amphithéâtre où l'autorité de sa parole n'est pas éteinte, au nom des intérêts de la science où se concentraient tous ses efforts, nous acquittions envers lui la libre dette de notre gratitude. Louer ceux qui ont dévoué les forces de leur intelligence à l'avènement de la médecine, devant un auditoire de médecins, c'est montrer le but, marquer la route à qui se sent la résolution de s'inspirer des nobles exemples.

De la vie de Trousseau je n'ai rien à vous dire. Les amis ne savent pas se plier aux impartialités convenues des biographes. Mêlés aux plus intimes émotions, ils croiraient presque, en pensant tout haut, divulguer ou trahir le secret des confidences. Quand commence pour un homme la magistrale indifférence qu'on délègue à la postérité, sa personnalité est effacée, et il ne reste de sa nature morale comme de son visage que les lignes saillantes. Pour les amis, la postérité ne commence jamais, et les traits cachés dans l'ombre sont ceux que se plaisent à évoquer leurs affectueuses réminiscences.

Aussi bien qu'aurait-on à raconter? L'existence des travailleurs assidus qui reprennent chaque matin, avec le courage de la veille, le fardeau de la journée, est pauvre d'événements. Ce qui fait leur puissance, c'est que rien ne les lasse, pas même le retour monotone de leurs efforts. Les œuvres de dévouement les plus hardies, les plus froides abnégations sont si simplement accomplies par eux, qu'on semblait les attendre, et qu'elles ne

surprennent personne. Quand Trousseau tout jeune homme partit avec ses compagnons pour le champ d'épidémie de Gibraltar, quand il allait courant les campagnes de la Touraine en compagnie du croup, dont il savait, de reste, la virulence contagieuse, il eût trouvé bien étrange qu'on songeât à l'en glorifier. Si plus tard quelqu'un avait osé vanter devant lui ces courageuses initiatives, avec quel dédaigneux étonnement il aurait reçu ses imprudentes félicitations? Je ne me sens pas le cœur d'imposer à sa mémoire des éloges que lui vivant eût repoussés comme une sorte d'humiliation.

D'ailleurs les événements ne valent pas par ce qu'ils sont, mais par ce qu'ils ont produit. Le hasard d'un applaudissement, la bonne fortune d'une rencontre, un obstacle inattendu, voilà ce qui règle l'avenir des hommes illustres aussi bien que celui des gens perdus, ignorés dans la foule. A l'âge où on se croit une vocation, ne ressemblons-nous pas, à notre insu, au voyageur qui dans un carrefour hésite à choisir sa voie. Au départ les routes se touchent, un rien, un caprice résout l'indécision; cent pas plus loin il est déjà trop tard, on ne consent plus à revenir en arrière.

Trousseau eut l'heureuse fortune de trouver, à ce moment décisif, un guide, un ami, un second père, qui l'adopta pour son enfant dans la science et lui épargna les impatiences et les anxiétés du début. Bretonneau avait acquis déjà une notoriété qui préparait sa célébrité future. Il avait les qualités qui servent à fonder, non pas les systèmes, mais les écoles, parce que ce sont celles qui attachent les élèves.

Tous deux appartenaient à la même race de la Touraine, ingénieuse, fine par l'intelligence et jusque par la physionomie, croyante sans être volontiers crédule, et aiguisant toute foi d'une pointe de scepticisme.

Hors de là, leurs caractères avaient peu de ressemblance, juste ce qu'il en faut pour que la docilité ne soit jamais servile et que l'autorité persuade au lieu de commander. Trousseau éprouva d'abord pour son maître, et que de fois il me l'a conté,

la déférence affectueuse qui cimente les amitiés entre des hommes d'âges différents. Quelle que fût devenue sa situation, à quelque degré qu'en avançant dans la vie se soient rapprochées les distances, il ne s'est jamais départi, non seulement de l'affection, mais du respect.

C'était pour nous, les témoins de cette liaison si profonde, une leçon muette, la meilleure de toutes en matière de sentiments.

Et quand plus tard le vieillard moins sûr de son intelligence, s'appuyant sur son élève comme s'il avait été rajeuni par sa faiblesse, lui demandait de lui rendre l'appui moral qu'il lui avait prêté, quel honnête et touchant spectacle ! Heureux temps, heureux hommes d'avoir ainsi vécu l'un à l'autre indispensables.

L'influence de Bretonneau sur Trousseau fut énorme. En retour Trousseau s'acquittait en réchauffant le zèle du maître, en vulgarisant sa pensée, en déclarant à toute heure et partout le chiffre de sa dette et la profondeur de sa reconnaissance. Bretonneau s'était comporté comme un père ; Trousseau fut le plus dévoué des fils, et ainsi leur part devint égale.

Bretonneau restera une figure médicale, moins peut-être par ses travaux que parce qu'il fut un des grands éducateurs médicaux de notre temps. On ne comprendrait ni l'œuvre ni la direction scientifique de Trousseau si on ne savait comment et dans quel esprit il avait été élevé.

Au premier quart du XIXe siècle, les doctrines, pour prendre l'expression populaire, se disputaient une place au soleil. Livré à ses seules inspirations, l'étudiant devait, à cette époque de luttes incertaines, éprouver d'étranges perplexités. Broussais comptait des adeptes, mais n'entraînait plus de prosélytes. Église triomphante, son école avait perdu les vertes allures des systèmes militants. En vain l'illustre médecin du Val-de-Grâce acérait les hardiesses de sa critique, il n'était déjà plus du mouvement et ses meilleurs élèves avaient vieilli avec lui sinon avant lui. L'anatomie pathologique, aux mains de Bayle, de Laënnec,

et plus tard de Cruveilhier, ouvrait des horizons inconnus. Elle prenait l'initiative du progrès, et vous savez si depuis elle a été dépossédée de sa prépondérance. La clinique s'était enrichie de méthodes inespérées qui avaient transformé l'observation en la reportant résolûment des phénomènes subjectifs à l'observation objective. La recherche se concentrait sur des maladies jusque-là confusément étudiées, où chaque éclaircie jetait l'éclat d'un jour inattendu. Les croyances traditionnelles étaient elles-mêmes représentées par des adhérents aussi convaincus, aussi jeunes que les novateurs et qui, sans nier le progrès, s'insurgeaient contre les tendances exclusives.

Seule, la thérapeutique ne recueillait pas sa part de l'activité commune; elle ne pouvait être que le couronnement, et on discutait sur les fondations de l'édifice.

L'histoire de cette époque ardente et anxieuse n'est plus à raconter, et cependant, absorbés dans la contemplation de la médecine parisienne, nos historiens n'ont-ils pas vu les choses de trop près pour embrasser leur ensemble. Pendant que Paris agissait, l'étranger restait indifférent et la province se recueillait. Chaque nationalité scientifique, bien plus, chaque agglomération de travailleurs, jalouse de liberté, s'éclairait à sa propre lumière.

Bretonneau fut un de ces chercheurs auxquels il plaisait mieux d'être le premier de la bourgade que le second dans Rome. Serré de moins près par la nécessité d'opter pour un parti, il suivait à loisir la pente de son originalité. L'isolement de la province a des défauts que compense un inestimable avantage. Les hommes d'action y avancent lentement; mais, s'ils cheminent à pied, au moins marchent-ils à leur pas. Ainsi, libre d'allures, plus observateur que philosophe, plus causeur que didactique, Bretonneau avait des principes à la façon dont les gens honnêtes ont des règles morales, presque sans le savoir.

Trousseau trouve là tout prêts les éléments d'une méthode, c'est-à-dire les instruments du travail, et il se mit à l'œuvre avec la volonté que nous lui avons tous connue, qu'aucune déception

ne rebutait, que ne décourageait aucune lassitude. Il devait à sa forte éducation médicale de n'avoir pas seulement la conscience du but, mais la foi dans les moyens.

C'est une histoire vieille et toujours rajeunie que celle de l'artisan qui part, le cœur agité d'espoir et de regrets, léger de son bagage, à la recherche de l'inconnu. Si la chance est contraire, il disparaît dans le nombre ; si la fortune le soutient et l'élève aux grandes situations, comme on aime à se retourner par la pensée vers ses humbles commencements !

Trousseau vint à Paris, salué d'un dernier adieu par les amis et par le maître ; sûr de lui-même, plus sûr encore des idées médicales qui composaient son bagage et dont l'inventaire est facile.

Deux principes résumeraient les autres : la pathologie est une science, et la médecine est un art. Pour édifier la science, il faut détacher de l'ensemble et définir les types qui sont pour le médecin ce que sont les espèces pour le naturaliste. De ces types morbides aucun n'est légalement constitué que par l'observation du malade.

Voilà les règles qui présidèrent à toute sa vie scientifique en lui imprimant sa direction. C'est bien le moins qu'elles servent de thème à quelques commentaires.

Trousseau, nature essentiellement agissante, n'avait de goût qu'aux notions qui se résolvent dans des actes. La contemplation n'était pas, comme on dit aujourd'hui, son affaire. Il existe dans chaque science, à l'usage de ces esprits pratiques, des données générales intermédiaires entre la théorie et l'application. Telle est la question de savoir si la médecine est un art ou une science. Pour le philosophe, le problème serait de dernier ordre et la solution dépend de l'opinion qu'il s'est faite sur le vaste ensemble des connaissances humaines. Pour l'homme d'action, la question résolue dans un sens ou dans un autre décide de sa carrière : elle en fait un mathématicien ou un ingénieur, un savant ou un médecin.

Le mandat de la science est d'emprunter à l'étude des faits le

secret des lois qui les gouvernent. Pouvoir législatif par excellence, elle s'efforce à corriger ou à augmenter les articles de ce recueil toujours ouvert, qu'au commencement de notre siècle on appelait avec plus de justesse encore que d'emphase *le Code de la nature*.

La mission de l'art, pouvoir exécutif, c'est d'utiliser la loi, d'en poursuivre l'application sous le détail mouvant des phénomènes. Et de la sorte, l'art dépense tout ce que la science a capitalisé.

Que le même homme, génie d'exception, double en sa personne le savant et l'artiste, la chose est possible; mais chez qui, dans la répartition des forces de l'intelligence, les deux parts sont-elles égales?

Il est convenu, aux yeux de certaines gens peu habiles aux définitions, que la science équivaut à la certitude comme l'art est le synonyme de l'illusion. Que de fois n'a-t-on pas reproché à Trousseau ce qu'on appelait dédaigneusement ses caprices d'artiste; que de fois le nom de fantaisiste lui fut infligé comme un stigmate. On aurait dit, à les entendre, que lui, une intelligence positive jusque dans la passion, il passait sa vie à se laisser bercer par des rêves d'une imagination en belle humeur.

Non, l'art ne consiste pas à courir les aventures de l'esprit à l'instar des enfants prodigues. Non, ce grand mot qui répond à une grande chose ne figurera jamais dans le vocabulaire des propos offensants. Être un artiste en médecine comme ailleurs, c'est, obéissant au programme que ce titre implique, agir et pratiquer conformément aux prescriptions de la science. Comment et par quels degrés l'ouvrier s'élève-t-il à la dignité de l'artiste, le maçon à la hauteur de l'architecte, sinon en demandant à la science toujours et partout ce qu'elle peut donner?

Voilà quelle fut, au vrai, la maîtresse aspiration de Trousseau: il lui plaisait d'être le marin plutôt que l'astronome, et de cultiver son champ plutôt que d'herboriser. Voilà pourquoi artiste fut-il, quand tant d'autres n'ont été et ne seront que des artisans.

Ceux qui nient que l'art existe et qu'il est d'un long apprentissage, accorderont sans doute l'autre moitié de l'axiome hippocratique. La vie est courte, et personne ne le sait aussi tristement qu'un médecin. Dans le laboratoire de la médecine comme dans un vaste atelier où la besogne presse, rien ne se fait que par l'organisation et la division du travail. A chacun sa tâche; aux jeunes gens les notions encyclopédiques, aux hommes mûrs les prédilections légitimes et les libres options.

Figurez-vous un moment, et cette fois par un caprice de l'esprit, Trousseau répudiant sa maxime, tranchant le fil qui lui servait de guide et reniant l'art au nom de la science, adieu l'ingéniosité de la recherche, la hardiesse de la prévision, le sens de l'à-peu-près, notre sauvegarde dans les cas douteux, et les qualités qui signalèrent sa grande personnalité. On n'est quelqu'un en ce monde qu'en sachant être soi-même.

Les mobiles qui nous incitent tiennent de plus près au sentiment qu'à la philosophie, et ne représentent que les prolégomènes du savoir. Ils supposent une conscience plus ou moins vague de l'œuvre à accomplir. L'ouvrier qui lève sa pioche a d'avance une opinion sur le terrain où va frapper son outil. De même le médecin, du jour où il se décide à intervenir, s'est fait sciemment, ou à son insu, une opinion nécessaire et nécessairement confuse sur la maladie.

Trousseau, moins hésitant que Bretonneau, s'était muni d'une théorie pathologique.

Pour lui, la maladie envisagée dans son acception absolue, élevée à la hauteur d'une entité abstraite, eût semblé pure matière à dissertations.

Comme il fallait à son réalisme une base à fleur de terre, un terrain accessible à nos sens et à nos moyens cliniques d'investigation, il abaissa le niveau du problème. Qu'on la définisse à son gré, la notion de la maladie toujours défectueuse ne vaut qu'à titre d'hypothèse. Tant déniée il y a quelque trente ans, tant rehaussée aujourd'hui, à juste raison, l'hypothèse est l'antécédent indispensable de toute recherche scientifique. Les pro-

verbes avaient appris depuis longtemps qu'on ne trouve que ce qu'on cherche, la logique eût pu ajouter qu'on ne cherche que ce qu'on s'attend à trouver.

Pour Trousseau, la meilleure des définitions, supposition ou non, c'était la plus féconde. Frappé, comme tous les hommes de sa génération, des progrès immenses soudainement accomplis par les sciences naturelles, il demanda aux naturalistes de lui prêter provisoirement leur levier et leur point d'appui. Le levier, c'était l'observation; le point d'appui, c'était l'immuable pérennité de l'espèce.

Chaque maladie, on dirait plutôt chaque malade fut censé appartenir à une espèce morbide dont il s'agissait de saisir l'état embryonnaire, et de poursuivre l'évolution.

La doctrine n'était pas nouvelle dans l'histoire de la médecine; elle portait un nom, et les plus justes critiques ne lui avaient pas été épargnées. Elle avait succombé déjà sous l'accusation fondée d'attribuer à la maladie une sorte d'indépendance parasitaire et de la détacher de l'organisme.

Broussais, au nom de la physiologie, l'avait harcelée de ses plus mordantes épigrammes, lui reprochant de créer des êtres de raison et de sacrifier à une ontologie démodée.

Aux yeux de Trousseau, ces objections étaient vaines; il ne tenait à rien moins qu'à s'affilier à un système. L'hypothèse de la spécificité, et dans sa pensée ce ne fut pas davantage, lui était commode, elle s'adaptait à ses études favorites et leur donnait un support. Que de fois il revenait avec une sorte de complaisance sur la comparaison de la maladie et de l'espèce végétale. Toutes deux avaient des caractères fixes, un commencement, un milieu et une fin. Toutes deux obéissaient dans leur progression à des lois qu'il était urgent de promulguer, qu'il devenait imprudent ou dangereux d'enfreindre. La variole et les fièvres éruptives dont personne mieux que lui ne pénétra les secrets lui fournissaient un thème de prédilection. Il aimait à les montrer végétant, s'accroissant jusqu'à leur complète efflorescence, et finissant par modifier l'organisme qui n'avait d'abord été pour

elles qu'un terrain presque indifférent, et qui, ainsi transformé, cessait d'être apte à les reproduire.

Je ne consentirais pas plus qu'un autre à absoudre les erreurs du parasitisme morbide. Mais en même temps, et comme tout médecin curieux de l'histoire des doctrines, je ne puis méconnaître la puissance des prémisses qui ont frayé la voie à tant de conclusions inattaquables.

S'il plaisait de se laisser entraîner aux séduisantes antithèses de tous les dilemmes et de toutes les dichotomies, on pourrait faire deux parts des théories médicales. Les unes considérant la maladie comme un des modes du fonctionnement normal, ou plutôt niant la maladie et substituant sur le frontispice de leur école le nom de physiologie à celui de pathologie. Les autres accordant à la maladie, pour les besoins de l'étude plutôt qu'en vertu d'une démonstration, une réalité objective, lui prêtant presque la vie et composant leur vocabulaire en conséquence.

Les problèmes de cet ordre s'éternisent et ne s'éteignent que pour renaître. Leur vitalité tient à ce qu'ils ont un pied dans les sphères les plus élevées de la science, tandis que l'autre repose sur le ferme terrain des applications pratiques. Toute donnée générale qui porte sur une pareille base est inébranlable. Je veux bien que la spécificité morbide se perde dans les nuages au delà des régions où il est sage à la science de prétendre; mais à son autre pôle, et c'était le seul sur lequel Trousseau fixât les yeux, elle a pour aboutissant une méthode.

La médecine physiologique déniant à la maladie toute existence et même toute raison d'être, fait appel aux procédés d'investigation des physiologistes. L'expérimentation est sa méthode, et son axiome est que l'anormal se déduit du normal, la maladie de la santé.

L'autre médecine, la médecine pathologique, considérant la maladie comme une unité artificielle, mais soumise à des lois préfixes, ne trouvant pas où prendre la maladie ailleurs que chez le malade, concentre là sa recherche, et à l'expérimentation elle superpose l'observation clinique.

Entre les théoriciens inconciliables qui de chaque côté poussent les choses à l'extrême, il existe une discipline scientifique, école du bon sens s'il en fut et qui n'attend pas qu'on lui enseigne à quel point il est imprudent de lâcher la proie pour l'ombre.

Trousseau, malgré les aspirations fantaisistes qu'on lui impute, appartenait de cœur et de fait à cette école qui représente, et le mot dans ma bouche est une louange, ce que j'appellerai la bourgeoisie médicale. Qu'ils fussent inscrits sur les contrôles de la physiologie ou sur ceux du vitalisme, expérimentateurs ou philosophes, les savants et habiles ne comptaient pour lui que si l'observation du malade était leur centre d'opérations.

Ainsi continua-t-il la tradition des maîtres cliniciens, gens patients et de sang-froid, amis du nouveau sans en être amoureux, défiants du passé sans en être détracteurs, habitués à guetter les occasions à l'affût, plus expérimentés que dogmatiques, et approvisionnés de connaissances qui se transforment mieux en préceptes qu'elles ne se formulent en lois.

Là, pas de systèmes d'une intolérante autocratie, pas d'affiliation qui oblige, mais la vérité cherchée simplement, accueillie avec respect, d'où qu'elle vienne et devenant d'emblée la maîtresse du logis, parce qu'elle n'a pas à en expulser un dogme ou une doctrine.

Aussi, Trousseau se sentait-il lié par une attache étroite à la Faculté de Paris, l'expression la plus haute de ses croyances. La Faculté, alors dans tout son éclat, ne consacrait-elle pas par son enseignement, par la pratique de ses professeurs, par leurs écrits, et surtout par la coopération de ses élèves, son ferme attachement à la médecine par la médecine, c'est-à-dire à l'observation. De toutes les parties du monde, les disciples se rassemblaient autour d'elle pour se pénétrer de son esprit. Depuis l'amphithéâtre de dissection jusqu'aux cliniques, la vie débordait dans la population jeune, entraînée, et qui d'instinct comprenait qu'elle commençait l'avenir. Grâces et justice soient rendues à cette époque forte de son zèle, et à cette École qui dispersa sur la France toute une génération de médecins, nos

devanciers, ou nos contemporains, acclimatés par leurs solides études à la pratique et qui élevèrent de tant de degrés le niveau de la profession.

Le dévouement de Trousseau pour l'école où s'était achevée son éducation fut égal à celui qu'il professait pour le maître des premières années. Des deux parts, il obéissait à l'affectueuse gratitude où se plaisait sa nature. Même aux plus mauvais jours de la maladie, il parlait avec émotion de la Faculté, de ses espérances et de ses inquiétudes, interrogeant sur les moindres événements et ravivant notre confiance, par instants, peut-être moins affermie que la sienne.

Ces sentiments qu'exaltait alors l'ardeur de la jeunesse, il les éprouvait non plus profonds, mais plus enthousiastes, quand vint le jour tant souhaité qui devait réaliser le plus caressé de ses rêves et clore son ambition :

Trousseau fut nommé professeur à la Faculté de médecine.

Enseigner, c'était sa joie, parce qu'il sentait que c'était sa mission; des qualités qui signalent le professeur, aucune ne lui manquait. Il avait le geste, la voix, l'allure. Sa parole scandée, tantôt froide, tantôt frémissante, commandait la curiosité et assujettissait l'attention. Causeur facile et d'un esprit mouvant, il se redressait dans sa chaire avec une solennité qui imposait, parce qu'elle était sincère.

Trousseau possédait au suprême degré l'éloquence de l'enseignement, un art sans analogues, où certains défauts sont des mérites, où la tiédeur et la réserve ne sont pas de mise. Il savait user des hardiesses du langage et ne reculait pas à propos devant la brutalité de l'expression, frappant ainsi un coup décisif, mais le frappant juste. Les jeunes auditoires, et entre tous les médecins, rompus à un réalisme qui dédaigne les périphrases, aiment mieux les condiments robustes que les tempéraments du discours. Trousseau, par un tact qui appartient aux orateurs privilégiés, n'excédait jamais la mesure; il était familier sans devenir trivial, solennel sans rien emprunter aux exagérations du théâtre.

Ces dons, si brillants qu'ils apparaissent, ne sont encore que secondaires. Ce qui fait le professeur, ce n'est pas la parole, mais l'idée, et à l'inverse des artistes, les enseignants de la science ont tort quand l'ouvrage surpasse la matière.

Trousseau, passez-moi ce mot emprunté au jargon du métier, s'entendait comme personne à faire une leçon. Là, rien ne s'improvise, et tout coûte une patiente élaboration. Sa vie s'employait presque à son insu à préparer son enseignement. Chaque notion qu'il acquérait par la pratique ou par l'étude, était maniée, travaillée, assouplie jusqu'à ce qu'elle prît la forme voulue et devînt enseignable. Servi par une mémoire prodigieuse, toujours alerte, toujours présente, il excellait à grouper les faits analogues, plus enclin par la nature de son esprit aux rapprochements qu'aux généralisations. Les histoires de maladies qu'il invoquait, concises et topiques, n'étaient pas les preuves à l'appui d'une assertion, elles formaient autant d'échelons par lesquels l'auditoire était conduit de la base au sommet n'avait plus qu'à conclure.

Sa méthode se conformait ainsi à celle des cliniciens qui exposent plus qu'ils ne dissertent, on eût dit en l'écoutant que le malade attendait à la porte ou qu'on venait d'assister en commun à une observation dont il s'agissait de résumer les traits essentiels.

Pour mettre en œuvre ces procédés d'enseignement d'une décevante simplicité et dont l'expérience seule révèle les délicatesses exigeantes, il fallait le concours d'aptitudes dont Trousseau était doué; mais il ne fallait pas moins que ces qualités innées eussent été rehaussées par une laborieuse culture.

Celui qui n'a jamais passé par les rudes épreuves du professorat ne soupçonne ni la grandeur ni les difficultés de la tâche. Sous le laisser-aller apparent de l'improvisation disparaît et doit se dissimuler l'effort de la veille. Il en coûte pour effacer la trace que laisse l'huile de la lampe, comme auraient dit les anciens, et qui ne voit que la broderie ignore le travail dépensé pour assujettir et consolider le canevas.

Puis, quand il a jeté au vent d'une publicité restreinte le meilleur de son savoir, que reste-t-il au maître de la récolte dispersée? L'écrivain bâtit sur la roche, son œuvre se répand par le monde à toute heure, en tous lieux. Les déboires de l'indifférence il les ignore, il ne compte pas du doigt les places vides et ne sonde pas de l'œil les assistants inattentifs. Lui mort, ses écrits demeurent, et les lois ont réglé le droit à cet héritage. Avec l'enseignant tout vit, après lui tout s'éteint; son œuvre est celle d'un prodigue, et même de son vivant l'idée qu'il vient d'émettre est à peine énoncée qu'elle appartient déjà et pour toujours au domaine public.

Les acteurs, gens de passage comme nous, trouvent des critiques qui épuisent des trésors de sagacité à aviser et à décrire les moindres procédés de leur talent. On enseigne aux élèves les traditions de la scène curieusement recueillies, on les discipline à l'exemple des plus illustres. C'est bien le moins qu'une fois par aventure, il soit permis de disserter sur les qualités d'un des maîtres de notre enseignement, de celui qui fournirait aux jeunes professeurs le plus achevé des modèles.

Et pourtant, quand je me reporte vers ces jours de splendeur où le succès débordait l'attente, où souriait la seule popularité enviable, celle que confèrent les auditoires suspendus à la parole de l'orateur, je me demande si c'était là pour lui, si ce doit être pour nous, l'idéal de l'enseignement.

Trousseau, démonstrateur par nature, plus habile peut-être à penser tout haut qu'à réfléchir tout bas, avait à son usage deux chaires d'instruction médicale. L'une à l'École, l'autre à l'hôpital. C'est là, au lit du malade, qu'il fallait l'entendre et le juger. Qui de nous a oublié les longues matinées où, libre de contrainte, redevenant écolier et cachant plus volontiers son savoir que son ignorance, il initiait ses élèves à l'apprentissage de la pratique!

Comme il se plaisait à raconter tout ce qu'il avait appris ainsi de son vieux maître, au hasard des entretiens familiers, alors que Bretonneau, les pieds sur les chenets devant l'âtre de la pharmacie, devisait sur toutes choses en médecine.

Dans ces conversations intimes, on s'instruit juste autant qu'on enseigne, l'interlocuteur est partie prenante, et les questions frappant comme l'acier sur le briquet font jaillir des étincelles. Puis, l'application est présente, le doute, ce commencement de la sagesse pour le médecin, est permis parce que chaque cas particulier est en clinique une façon d'exception à la règle. Dans les combinaisons infiniment multiples auxquelles se prête l'organisme humain, tout malade a sa portion de personnalité. Il est lui, par sa maladie comme par les traits du visage, analogue et jamais identique aux autres.

Le talent du clinicien consiste à ne sacrifier ni la loi générale au fait particulier, ni l'individu à la loi générale; mais que de délicatesse pour maintenir l'équilibre! Aussi, comme on s'associe chaudement à un effort plein de hasards et qui a pour enjeu la vie ou la santé d'un homme!

Trousseau se plaisait visiblement aux causeries où se déployaient les ressources infinies de son esprit ingénieux, oubliant les obligations du dehors et la distance qui nous séparait de lui.

Plus j'avance dans la vie, et plus je suis profondément reconnaissant de cet enseignement inappréciable, où les idées s'infiltrent si droit et si avant dans l'esprit que bientôt on ne sait plus ni qui vous les a enseignées, ni même si on ne les a pas découvertes. Sous cette forme familière, l'instruction change de nom, elle s'appelle l'éducation.

C'est qu'en effet, dans les salles étroites et sombres de Necker, Trousseau ne rassemblait pas des auditeurs, mais il formait des élèves. Combien parmi les hommes de la génération présente, sont sortis de la modeste école, emportant avec eux les outils de leur futur labour : l'appétit de la recherche, l'habitude de l'observation consciencieuse, le sens des indications, et par-dessus tout le sentiment d'une charité affectueuse, mais impérieuse au besoin, parce qu'elle est responsable.

Sur ce théâtre de l'hôpital où le drame du vivre et du mourir se joue à découvert, nul n'est maître s'il n'est médecin. On agit d'abord, quitte à philosopher ensuite s'il en reste le loi-

sir. Le fait est là qui absout ou qui condamne brutalement.

Être médecin, n'est-ce pas le dernier terme de nos aspirations, celui qui les résume toutes? J'ai connu à Trousseau cette ambition, je ne lui en ai pas su d'autre. Les honneurs le touchaient peu, les dignités qui ne doublent pas le travail et n'élargissent pas le devoir, jouissances stériles à l'usage des vanités en quête du repos, le laissaient moins qu'indifférent. Modeste sous sa trompeuse solennité, timide sous l'excès apparent de son assurance, il ne s'entendait ni à flatter les autres, ni même à se laisser flatter par eux. Qui a recueilli dans ses épanchements les plus intimes un mot, rien qu'un mot, où perçât la pointe de l'orgueil?

L'indépendance et l'humilité, voilà d'abord les pierres de touche du médecin. L'indépendance, parce que responsable devant sa conscience, il n'a en dehors de ses pairs et de lui-même, à attendre de personne un conseil, un appui, encore moins à subir un ordre. L'humilité, parce que la tâche est pesante et que la lutte qu'il soutient excède incessamment les forces de son zèle.

A ces qualités qu'il eût annulées, s'il avait eu la faiblesse d'en faire montre, Trousseau joignait encore, et sans en être enorgueilli, ce je ne sais quoi qui commande le succès du praticien.

Il semble s'être introduit dans nos mœurs académiques une convention qui touche de plus près à la pruderie qu'à la franchise, et qui distrait de l'éloge ce qu'on se plaît à nommer le hasard du succès. Tant qu'on ignore à quel prix et de quel droit la chance s'est montrée flatteuse ou prodigue, réussir n'est qu'un fait dont décideront les enquêtes. Mais, quand la notoriété du médecin n'emprunte rien ni aux compromis ni aux aventures, quand la confiance de la corporation a devancé celle du public, pourquoi l'exclure de la louange?

Le concours des malades, leur affluence autour de l'homme désigné par l'admiration compétente de ses confrères est un hommage légitime. Ne dites pas que l'intrigue supplée trop souvent au talent. A ce compte être célèbre deviendrait une faute,

tant il y a de célébrités mal acquises. Le succès de Trousseau, sa haute situation dans le monde n'étaient en somme qu'un reflet de son autorité parmi nous. Qui donc osera le blâmer d'avoir reçu de la nature les attractions qui secondaient ses mérites : la puissance persuasive de la parole, la sagacité dans la recherche et la hardiesse dans la décision !

Les prophéties du médecin se jugent à courte échéance, et comme il s'agit de la guérison ou de la mort, nul n'a besoin d'être un savant pour en estimer la valeur.

Mais le monde n'attend pas seulement ces décrets suprêmes derrière lesquels le médecin s'efface et disparaît comme le magistrat. La famille anxieuse supplie, elle espère à l'encontre des pires appréhensions ; elle exige, et c'est son droit qu'on intervienne.

Là, commence le rôle du thérapeute, et Trousseau n'était pas de ceux qui pensent que tout est fini avec l'examen ; pour lui, tout recommençait avec le traitement.

Presque à son arrivée à Paris, le hasard l'avait associé à un homme plus voué à l'action qu'à la théorie, original, primesautier, de la classe des gens qu'on ne connaît qu'après les avoir pratiqués longtemps, et qui échappent à la postérité, parce que, vivant au jour le jour, ils n'ont rien épargné pour elle.

Récamier n'eut sur son jeune collègue qu'une influence : il l'avait enhardi et familiarisé avec les risques aventureux de la thérapeutique.

Un ami dévoué, un collaborateur éminent, Pidoux, a raconté d'une façon magistrale l'histoire de ces commencements dont il était le témoin assidu, et résumant d'un mot son éloge : quand on veut, dit-il, mesurer la valeur d'un homme, on n'a qu'à le supprimer par la pensée et à supposer qu'il n'a pas existé. En examinant ce qui manquerait au domaine qu'il cultivait, s'il fût mort avant d'agir, on a l'idée juste de ce que cet homme était et de l'action qu'il a exercée.

De Trousseau, en effet, ce qui restera lorsque auront disparu ses disciples et leurs élèves, n'est-ce pas son œuvre thérapeu-

tique. Il est accepté que les génies eux-mêmes de l'art ou de la science résument leur existence dans une conception idéale ou réalisée. Ainsi Trousseau, en attachant son nom à la trachéotomie et à la thoracentèse, a frayé la voie encore ouverte de la chirurgie médicale.

Mais, lui vivant, que de données fécondes, que d'aperçus aux larges horizons, que d'applications ingénieuses transmises par la parole et soustraites à la rigueur des formules écrites.

Comment s'étonner que, franchissant l'École, sa renommée s'adressât à ceux qui souffrent et qui réclamont du médecin le secours de son assistance quand elle avait pour point de départ la science du traitement? Ajoutez l'activité infatigable de l'homme toujours prêt à se multiplier; l'exactitude poussée jusqu'à la ponctualité, l'obéissance impassible aux dures obligations que la profession impose, et vous aurez le secret de ces réussites où le hasard n'a rien à prétendre, où l'intrigue ne serait pas seulement une superfétation, mais un non-sens.

Et cependant, au plein de son activité qu'on eût pu dire triomphante, quand il avait réalisé l'idéal du médecin, illustre, entouré, flatté par la respectueuse déférence de ses pairs, et par la croissante affluence des malades, Trousseau sentit, pour la première fois de sa vie, décliner ses forces.

Déjà ses amis s'étaient inquiétés, ils découvraient sur les traits de son visage une fatigue dont lui seul n'avait pas conscience. Son intelligence gardait intacte sa verdeur, et la lutte contre lui-même n'excédait pas son énergique volonté.

S'il avait renoncé à une lourde part de ses occupations, c'était de son plein gré, sans avoir peur de la surcharge. De tout temps, il avait annoncé qu'à l'heure dite, il se démettrait de ses fonctions comme d'un dépôt qu'il se faisait un devoir de restituer à des mains plus jeunes. L'heure venait de sonner et il s'était tenu parole.

Il dit adieu à l'École, il quitte l'hôpital sans jeter en arrière un regard d'amertume, avec une abnégation qui tenait sa grandeur de sa simplicité. Son existence avait deux parts réglées d'avance,

une finissait pour laisser commencer l'autre, et il entrait dans la retraite comme les enfants entrent dans l'adolescence, par la plus naturelle des transitions.

A partir de ce jour, il nous parut tout rasséréné; sa causerie intime était plus magistrale et plus paternelle à la fois. D'acteur, il s'était fait, de parti pris, spectateur de l'activité des autres, les exhortant dans leurs défaillances et les applaudissant dans leurs succès. Jamais, durant les luttes les plus passionnées, l'envie n'avait pénétré dans son âme, et ceux qui l'ont connu le rediront avec moi; mais, au fort de l'action, l'esprit est plus tendu et l'occasion plus pressante. Le repos lui avait donné l'aménité indulgente que les hommes qui touchent à la vieillesse reportent sur les enfants.

La maladie s'insinua doucement dans cette constitution robuste; si insidieuse qu'elle lui épargna le choc des premières inquiétudes. Peut-être fut-il le dernier à s'apercevoir du mal dont les siens hésitaient à se tourmenter avant lui. Pâle, amaigri par le jeûne que lui commandait une indifférence croissante pour la nourriture, exempt des accidents décisifs qui marquent le début des lésions organiques, il ne se décida qu'à force de sollicitations à un court séjour au bord de la mer près d'une famille amie.

Là, sa santé se raffermit, l'entrain et le contentement de vivre se réveillèrent, la nourriture mieux souhaitée et plus abondante lui rendit ses forces. S'il avait douté un moment, il reprit l'espérance et recommença le cours de son assiduité laborieuse.

Hélas! ce fut pour peu de temps. Un avertissement de ceux qu'il pouvait moins que personne méconnaître, lui signifia qu'il n'avait plus qu'à se résigner. Je le vois encore, le jour qui ne sortira jamais de ma mémoire où, me prenant par la main : « Mon ami, me dit-il, une phlébite s'est déclarée cette nuit, j'en souffre à peine, mais j'en ai trop appris sur ce signe pour ne pas comprendre à demi-mot. » Sa résolution était prise et son courage était prêt.

A dater de ce moment, il envisagea la maladie avec une déci-

sion attristée qui était aussi loin du désespoir que de la sécheresse du stoïcisme. J'ai assisté comme vous tous à l'attente de bien des hommes qui savaient la mort prochaine; j'ai admiré l'impassibilité et le sang-froid de bien des gens au cœur fortement trempé. Jamais, non, jamais il ne m'a été donné d'être témoin d'un plus noble et plus touchant spectacle.

C'est une grande bravoure de courir au-devant du danger, mais c'est un plus sublime effort de l'attendre froidement, dignement, quand on sait que pas une chance n'atténue la menace, quand on calcule jour par jour le progrès de la déchéance et qu'on sourit tristement aux siens en les consolant et en leur permettant de vous consoler.

Trousseau n'eut pas une heure, un instant où on le sentit se raidir sous le mal et renouveler sa provision d'énergie. A sa famille désolée il parlait, s'ingéniant par un artifice de charité à se réjouir avec elle des moindres amendements; à ses élèves il racontait de sa voix déjà moins vibrante les phases de la maladie, pensant qu'en écoutant comme une dernière leçon la parole du maître, ils oubliaient sa souffrance.

Puis, ayant assez vécu, il s'éteignit après deux jours d'agonie.

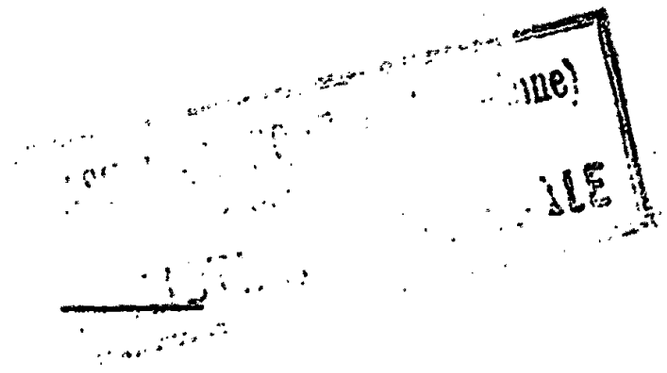
Vous savez quel concours attristé s'empressa à ses funérailles, malgré le temps sombre et la pluie battante; comment sa volonté formelle et respectée avait exigé qu'aucun discours ne fût prononcé. Nous l'avons quitté sans un mot de souvenir, et en s'éloignant, chacun de nous se demandait s'il était mieux de se séparer ainsi froidement, le cœur gonflé et d'emporter chez soi le trop plein de ses regrets.

Il l'avait voulu, mais ses amis et ses élèves, s'inclinant devant sa décision suprême, n'avaient pas abdiqué leurs droits à la reconnaissance. Aux hommes publics il faut des témoignages de gratitude publique, et les douleurs intimes ne sont pas leur suffisante récompense. Une souscription fut ouverte : de toutes les régions de la France, pauvres villages et riches cités, des disciples se souvinrent et envoyèrent leur offrande. Aujourd'hui, le buste du maître, vivant et destiné à faire vivre sa mémoire, figure dans

la salle de nos actes. N'est-ce pas une pieuse pensée que de consacrer ainsi l'attachement d'une corporation au maître dont elle est fière et qu'elle décrète avoir bien mérité d'elle?

Pour moi, pardon si je m'oublie à ces réminiscences dont vous m'en voudriez de me défendre, il me semble que je lui dis adieu pour la seconde, hélas! pour la dernière fois. Son souvenir se détache de ma pensée, comme s'il ne m'appartenait plus, pour devenir le vôtre. Je vous le lègue, afin qu'il fructifie.

Puisse son nom rester comme un symbole de l'amour passionné du devoir médical et de la foi convaincue dans la médecine. Qu'autour de l'École dont il fut un des glorieux représentants, se groupent tous ceux qui ont à cœur d'allier la pensée à l'action, la pratique à la science, et la science au dévouement.



LOUIS ET L'ÉCOLE MÉDICALE D'OBSERVATION.

Le Dr Louis vient de succomber sous le coup de l'âge, plus encore que de la maladie, laissant après lui des élèves et des amis dévoués, qui ont rendu à sa mémoire le pieux témoignage de leurs profonds regrets.

De l'homme je n'ai rien à dire, ne l'ayant pas connu personnellement, et je ne puis que m'associer, comme toute la corporation, aux sentiments exprimés par son savant disciple et son cordial ami, le Dr Barth. Chaque homme qui a appartenu à la vie publique est soumis à un double jugement : celui des familiers qui ont pénétré dans les intimités de son existence, et celui de l'opinion qui voit les choses de plus loin, peut-être de plus haut, et qui rend des arrêts définitifs.

Louis s'était retiré volontairement, écrasé par un chagrin au-dessus de ses forces, et qui fut immense jusqu'aux degrés extrêmes des défaillances humaines. Réfugié dans le cercle de sa famille médicale, la seule descendance qui lui restât, il n'avait, pour la génération présente, qu'une sorte de vitalité posthume, comme tous ceux qui échangent la lutte active contre la retraite. Ses amis continuaient à l'entourer de leur respectueuse affection ; les autres lui rendaient par anticipation la justice de la postérité, en admirant les qualités de cet esprit froidement amoureux du vrai, plus grammatical que philosophique, plus calculateur scientifiquement qu'imaginatif.

Louis est certainement une des grandes figures médicales de

notre époque. Laisser s'éteindre une pareille intelligence sans indiquer au moins la part qu'elle a prise au mouvement contemporain, serait manquer au devoir du journalisme.

A l'époque où Louis fondait l'école qui pendant longtemps ne porta pas d'autre nom que le sien, la médecine subissait une transformation bien autrement profonde que celle à laquelle nous assistons aujourd'hui. Dans l'état actuel des esprits, la question n'est pas d'améliorer, mais de renouveler la face de la pathologie, en effaçant le passé pour lui substituer l'avenir d'une science physiologique à échéance illimitée.

En attendant que ce possible se réalise, le médecin, semblable à l'industriel qui vit sur le gain du jour, sans capital acquis, n'a qu'à se résigner au provisoire. Il espère le Messie sans savoir l'heure de son avènement.

La science des vingt premières années de ce siècle n'avait pas de si hautes et de si lointaines visées : et, en parlant de la science, je n'entends que l'ensemble des connaissances qu'on désignait alors sous le titre de sciences naturelles. La botanique, type et idéal dépossédé depuis de sa prééminence, avait donné l'impulsion et fourni le modèle d'une méthode de recherche employée même dans les sciences philosophiques, et sur laquelle reposait la psychologie détrônant la métaphysique. Le précepte fondamental était de ne rien abandonner aux interprétations, de ne se fier qu'au témoignage des sens, de ne hasarder aucune hypothèse et de coordonner, suivant des lois préfixes, tous les faits enregistrés de manière à ce que rien ne fût perdu, rien ne fût omis, rien ne fût déclassé. — Fatigué des aventures, l'esprit scientifique demandait à se recueillir.

Cette période, éminemment brillante pour la science française, fut celle de l'observation et du classement. Elle réalisait pour la première fois, sous une forme pratique, les élucubrations baconiennes.

A Louis revient l'honneur d'avoir voulu faire entrer la médecine dans la voie du progrès. Intelligence excellemment et exclusivement logique, il ne se borna pas à profiter du mouvement, il

entendit lui assigner des règles ; il ne se crut pas quitte en acceptant implicitement une méthode, mais il en promulgua la formule, et, à ce titre, il devint un vrai chef d'école.

On pense bien que je ne veux pas, tardivement, reprendre l'histoire ou la discussion du numérisme, de ses avantages et de ses imperfections ; le numérisme a eu le tort de toutes les formules logiques, de disparaître après avoir séduit une demi-génération ; il ne compte plus ni partisans, ni adversaires : il ne représentait qu'un procédé. L'idée-mère de laquelle il dérivait lui a survécu. L'école de Louis entendait réglementer un des modes de l'acquisition scientifique ; mais, qu'on variât ou non sur l'application, elle admettait comme un principe indiscuté et indiscutable, l'autorité suprême de l'*Observation* en médecine.

L'observation ! une puissance devant laquelle on s'inclinait alors, autorité si bien assise qu'elle commandait la foi, et que ceux mêmes qui s'insurgeaient contre l'exclusivisme de l'école de Louis, se croyaient tenus d'affirmer leur respect et leur confiance dans l'infaillibilité de l'observation médicale.

Les temps ont changé, la science s'est frayé un nouveau chemin dans la voie de l'expérimentation. La mort de Louis fournit l'occasion regrettée, mais légitime, de s'enquérir de la valeur vraie de l'observation réduite à ses seules ressources. On peut l'estimer ou par ce qu'elle a déjà donné, ou par ce qu'elle vaut comme mode de l'activité intellectuelle et par ce qu'elle reste capable de produire.

En fait, les recherches de Louis sur la phthisie et la fièvre typhoïde, ses deux œuvres maîtresses, sont des monuments impérissables. On les lira ou on ne les lira pas, on les citera plus ou moins, elles constitueront toujours un fonds que la tradition se chargera de préserver. Je ne crois pas qu'il y ait pour un savant un plus solennel honneur que celui d'avoir si bien saisi la vérité, que la vérité qu'il a mise en lumière lui survit sans recourir à la garantie de son nom.

Combien de praticiens parmi nos devanciers de la veille ont

suivi utilement la trace du maître, se dégageant de l'étroitesse de son méthodisme systématisé, travaillant au gré de leurs aptitudes, mais se maintenant, malgré quelques dissidences, dans les limites de l'orthodoxie! L'observation pure ou se croyant telle, n'a certainement été rien moins qu'improductive. Nous vivons actuellement sur l'héritage qu'elle nous a légué et que chacun a fait fructifier diversement.

Quand on veut apprécier le mérite d'une méthode scientifique, il suffit, par un artifice de l'esprit, de la supprimer pour un moment, elle et ses produits, et de voir quelle lacune laisse dans l'évolution de la science cette disparition imaginaire. Qu'on prenne la médecine avant la glorification de l'observation élevée à la hauteur d'un article de foi, qu'on essaye de renouer les croyances médicales du dix-huitième siècle avec nos notions présentes, et on verra combien est large le vide qui reste à combler.

Ce n'est pas qu'on n'ait observé bien avant, ce n'est pas que les individualités supérieures aient fait défaut, mais le mérite de la logique, la qualité dont elle tient sa raison d'être, c'est de faciliter la recherche aux intelligences du second ordre. On peut dire que la certitude de toucher le but en se conformant aux règles établies fut un encouragement pour les médecins qui se seraient perdus ou auraient craint de se perdre sans direction. A la suite des chefs de l'école vint une sorte de bourgeoisie laborieuse, étrangère aux discussions de principes, mais satisfaite d'apporter sa pierre à un édifice dont elle supposait le plan définitivement arrêté. Ce fut là, si on me permet de le dire, l'esprit réellement français de la méthode que Louis avait formulée.

Chez nous, au moins parmi les médecins, chacun entend garder le *quant à soi*, un mot de notre langue. Le travail en commun a peu de chances de succès, la collaboration autoritaire en rencontre encore moins. Les élèves, auditeurs attentifs, plus enclins par nature à la critique qu'à la docilité passive, ne se résigneraient pas à n'être que les auxiliaires du professeur. Ce

besoin d'individualité plutôt encore que d'indépendance, on le retrouve à un égal degré partout ailleurs que dans le monde médical. D'un autre côté, la corporation a peu de goût et peut-être peu d'aptitude aux élaborations philosophiques ; qu'on lui fournisse une formule générale qui réponde à ses sympathies et qui ne gêne pas ses inclinations personnelles, elle en demande rarement davantage.

La doctrine de l'observation satisfaisait sans réserve à ces aptitudes instinctives. Le domaine de la science médicale, décomposé en une série de petites cultures indépendantes, laissait, pour continuer la comparaison, un champ libre à chaque travailleur. Si peu qu'il produisît, il le produisait de sa propre initiative.

On n'a pas assez tenu compte du service ainsi rendu et dont, à mon sens, on doit être reconnaissant à l'école. Si la science ne s'enrichit pas d'œuvres hors ligne, nées sous son influence, le savoir se dissémina, l'activité pour la richesse s'entretint et ainsi se constitua une génération de médecins, vivaces, plus travailleurs dans la solitude que soucieux de la publicité, et qui est l'honneur de notre pays.

J'ai cherché à indiquer en quelques traits les résultats avantageux de la méthode dont Louis fut le promoteur, par ses efforts et par ceux de ses élèves. Louis n'avait aucune des puissances d'intelligence ou de caractère qui aboutissent aux autocraties doctrinales. S'il plaisait de définir son rôle scientifique par un contraste, on pourrait dire qu'il fut juste à l'antipode de Broussais, son contemporain. L'un philosophe, affirmant les lois et les promulguant, l'autre hostile aux généralités, naviguant toujours au plus près et bornant ses aspirations théoriques à donner la technique de la manœuvre.

Le côté faible, car s'il n'est pas de feu sans fumée, il n'est pas, comme on dit, de tableau sans ombre, le côté faible, ce fut la persuasion de toute l'école, maîtres et élèves, que le problème de l'investigation médicale était à tout jamais résolu. On se figura qu'en se préservant des erreurs, qu'en excluant toute fan-

laisie, en proscrivant toute hypothèse, en interdisant tout parti pris de doctrine, on avait sauvé la science. On avait ainsi supprimé les éléments périlleux du mécanisme scientifique, éteint le feu et réduit le mouvement.

Peu à peu le zèle se refroidit, on se fatigua de la contemplation du détail. Les monographies composées sur un modèle uniforme, de fragments numérotés, ne trouvèrent plus de lecteurs : à force de réserves on s'arrêtait à des inventaires sans conclusion dogmatique. La monotonie de la méthode applicable à tous les sujets amenait une confusion inévitable, les symptômes catalogués presque sans subordination et sur le même plan manquaient d'attaches pour la mémoire. Le tout était froid, impassible comme l'aspect du maître.

Etait-ce là tout ce que l'observation pouvait donner ? Ceux qui prétendent que l'arbre se juge à ses fruits devraient se rappeler que tant vaut la culture tant vaut l'arbre. Pour montrer quelle fut, pour moi du moins, la faute et dans quelle mesure l'école méconnut la nature et le maniement de l'observation, il est nécessaire d'abandonner l'examen des faits pour l'étude philosophique de l'observation en elle-même.

Comme toutes les opérations intelligentes, l'observation se compose d'actes multiples enchaînés par un lien nécessaire. Qui détache un chaînon, rompt forcément la série.

Observer n'est pas percevoir. En supposant qu'on accepte, assertion plus que douteuse, que la perception est toute passive, on ne saurait à aucun prix étendre à l'observation cette passivité. Déjà, lorsque les sens entrent en fonction, on distingue le fait de l'impression matérielle, et la participation active du sujet percevant. Aucune langue ne confond l'action de voir avec celle de regarder, l'action d'entendre avec celle d'écouter. Dans le premier cas, le phénomène s'accomplit à l'aide de deux facteurs, la matière sensible et l'organe; dans le second, un troisième agent intervient : la volonté, qui prépare l'activité de l'organe, l'aiguise, l'entretient, la modère ou l'annule au besoin. Écouter ne consiste pas seulement à ne rien omettre des sons qui

parviennent à l'oreille, c'est encore éliminer incessamment une série de bruits adventices, que l'auditeur exclut et dont il ne tient pas compte. Cette analyse reproduit des données si banales que je n'insiste pas.

Même avec le concours de la force additionnelle qu'on appelle l'attention, l'intelligence se tient encore bien au-dessous de la somme d'efforts combinés et réglés que l'observation exige.

Il suffit de s'en rapporter au langage, qu'on ne sait trop consulter quand il s'agit de psychologie appliquée. Attentif est-il quelque part synonyme d'observateur? L'attention est un simple fait de volonté sentimentale, l'observation ne mérite son nom que si elle représente un ensemble d'opérations raisonnées ayant, conformément à la loi de tout raisonnement, un commencement, un milieu et une fin, des prémisses et des conclusions.

Ce fut l'erreur de l'école de Louis, de méconnaître ce caractère fondamental et d'avoir cru qu'en supprimant elle simplifiait. La faute avait été prévue par les philosophes, qui non seulement l'avaient signalée, mais dénommée. L'école prit un des temps de l'observation pour l'opération tout entière; elle énonça formellement que le raisonnement n'avait pas à intervenir et que tout se réduisait à la perception du fait simplement constaté. Elle aboutit ainsi à la reproduction photographique, qui eût marqué le dernier terme de ses aspirations. Descriptive en se considérant comme observante, elle épuisa ses efforts dans le travail préliminaire de la simple énumération (*enumeratio simplex*), ajoutant non sans quelque naïveté qu'en bannissant le raisonnement, on s'épargnait tout danger de mal raisonner.

Si l'erreur se fût bornée là, elle n'eût eu pour effet que d'infirmer l'autorité de la méthode. Mais, en circonscrivant dans des limites étroites et artificiellement réduites le domaine de l'observation, l'école la discrédita. Ceux qui prirent les choses au pied de la lettre, et ce furent surtout les adversaires, en vinrent bientôt à s'étonner qu'on osât asseoir la science sur une pareille

base. Que devait-on espérer d'une accumulation indéfinie de matériaux? Le but de la science n'était-il pas de trouver les lois et convenait-il de s'absorber dans un travail de manœuvres d'où l'architecture était exclue? L'observation ainsi conçue, instrument d'un moment, ne devait-elle pas faire place à un mode supérieur de recherches? Ainsi s'éleva, sur les ruines de cette observation rétrécie et méthodisée à l'excès, la croyance dans l'expérimentation comme le seul procédé efficace dont pût user la médecine.

On n'observe qu'à la condition de satisfaire à la totalité d'un programme, qu'il n'est peut-être pas impossible de résumer dans les propositions suivantes :

1° Tout observateur agit en vertu d'un parti pris, d'une supposition systématique, d'un but qu'il poursuit. L'indifférence, envisagée à tort comme une des garanties de la réalité, ne contribuerait à rien moins qu'à annuler toute activité de l'esprit. La curiosité est à la recherche ce que l'appétit est à l'alimentation, un incitant de sentiment dont les données échappent au méthodisme des logiciens, mais qui domine et commande la tension intellectuelle.

Mettez en présence du même fait d'observation des individus, quels qu'ils soient, animés par des intentions diverses, et vous aurez autant d'observateurs que d'observations. Qu'on suppose un moment le malade considéré par le directeur de l'hôpital, par l'infirmier, par ses parents ou ses amis, par ses héritiers ou par le médecin, et qu'on se représente les traits communs qui se retrouveront dans chaque description!

L'exemple peut être emprunté non plus à des cas imaginaires, mais à des notions réelles. Lorsque le régime des aliénés fut soumis à une indispensable réglementation, et qu'au lieu d'être confondus avec les coupables, les fous furent réunis sous la protection d'une législation spéciale, la médecine mentale reprit l'observation des malades à ce point de vue nouveau. Entre les médecins, les uns, en trop petit nombre, continuèrent la tradition de l'observation pathologique; les autres n'eurent en vue

que d'assurer l'exécution des mesures administratives. On s'appliqua, dans cette dernière catégorie, à discerner les formes de la maladie incompatibles avec la liberté, les tendances à l'excitation et aux impulsions nuisibles ou dangereuses. On observait toujours avec les mêmes instruments intellectuels, mais on se proposait un but particulier. La médecine déplacée céda le pas à une sorte de pathologie administrative, justement regrettable, sous le coup de laquelle nous nous débattons encore presque sans succès. La science était arrêtée, on avait fait fausse route, bien qu'on n'eût logiquement péché contre aucune des règles de l'observation.

La curiosité qui assiste et préside au premier temps de l'observation serait stérile si elle n'était ordonnée. La race éteinte des simples curieux de la nature n'a jamais produit que des étonnements sans portée.

L'observateur vrai est muni par avance d'une quantité le plus souvent énorme de notions indistinctes ou qui attendent une preuve pour passer de l'état embryonnaire des conjectures à l'état adulte de la vérité confirmée. Ces notions provisoires ne manquent pas d'analogie avec celles du sens commun dont chaque homme porte en lui une collection incomparable. Sans ces préliminaires, observer est une œuvre d'enfant.

Parmi ces peut-être, quelques-uns sommeillent oubliés en apparence; les autres se réveillent au contact du fait. Toute observation est un effort vers une solution d'un problème entrevu ou formulé. Il n'est pas besoin d'être un psychologue longuement expérimenté pour saisir le fonctionnement de l'intelligence s'attachant à l'observation du malade et pour voir par quelle curieuse série d'oscillations ou de perceptions vagues on passe en un court espace de temps.

Le mécanisme, ou si on aime mieux la méthode opératoire, est exactement la même que dans l'expérimentation. La distance qu'on a cherché à élargir outre mesure entre ces deux modes de recherche existe à peine si, au lieu d'envisager la matière expérimentable et la matière observable, on étudie le procédé

mental dont se servent les expérimentateurs et les observateurs. Tous deux partent d'une hypothèse. L'expérimentateur plus libre dans son choix limite sa curiosité. L'observateur, contraint à accepter les faits que lui apporte le hasard des événements, doit avoir constamment à sa disposition une série de conceptions hypothétiques entre lesquelles il choisit selon les circonstances. Aussi lui faut-il des qualités d'esprit plus mobiles; sa réserve est plus abondante, mais plus mêlée; il est forcé, si on excuse le mot, de chasser à la fois le poil et la plume.

Ne saisit-on pas d'emblée combien ces conditions complexes se retrouvent dans la médecine comme dans toutes les sciences appliquées? Un stock de connaissances assez profuses pour s'adapter à tous les possibles, assez vaguement définies pour se prêter aux variations des individus pathologiques.

J'ai connu de grands observateurs médicaux, des hommes pour le génie limité desquels je garde une profonde admiration. J'ai étudié avec passion leur nature plus encore que leurs procédés; tous étaient riches jusqu'à l'excès de notions encore trop incomplètes pour être dogmatisées, mais dont chacune, pour ainsi dire, attendait avec impatience son complément. C'étaient des hommes de conversation incomparables, de petits enseignants *e cathedrâ*.

Le travail le plus difficile n'est peut-être pas, en matière d'observation, d'ajouter des faits nouveaux au trésor du savoir acquis, c'est d'en éloigner les acquisitions parasitaires qui obstruent le chemin. La subordination presque instinctive se fait sous cette forme commerciale : effets acquittés, effets à acquitter, profits et pertes. C'est par ce classement, dont les règles nous échappent, que l'observation s'individualise et que chaque investigateur maintient sa personnalité et entretient son zèle.

L'école de Louis n'eut pas le sens de l'impérieuse nécessité d'une méthode plus ou moins correcte de classification comme élément de la méthode d'observation. N'acceptant pas l'idée téléologique, elle en répudiait les conséquences.

Tout fait observable, sans distinction, devait être catalogué,

sous le prétexte qu'on préparait ainsi la tâche de l'avenir. L'observateur, s'assimilant par anticipation à la postérité, procédait en économisant au profit de ses successeurs. Il collectionnait, le mot est déjà trop explicite, il ramassait, quitte à renvoyer l'élaboration au lendemain.

L'observation devint par là une sorte d'opération mécanique à laquelle tout homme eût été apte, pourvu qu'il apportât des intentions honnêtes et des organes des sens régulièrement conformés. Les matériaux ayant été rassemblés, rangés par catégories d'organes, on les conservait pour un usage ultérieur. Puis, le jour où il convenait de les utiliser, on les chiffrait au lieu de les classer. Cette comptabilité semblait alors emprunter à la rigidité du chiffre une sorte d'exactitude dont personne au fond n'était dupe.

J'ai déjà montré ailleurs combien cette organisation du travail était défectueuse, comment elle abaissait le niveau de l'observation et surtout de l'observateur, et à quel point elle s'écartait de la méthode suivie par les maîtres en observation; je n'y reviendrai pas.

2° Une autre propriété de l'observation, et celle-là trouve encore son application par excellence aux êtres vivants, c'est qu'elle ne peut porter que sur des phénomènes en mouvement. Qui a jamais prétendu *observer* un minéral immobile par nature, si attentive ou si profonde que fût son étude?

L'observateur est de toute nécessité un chercheur expectant; or, on n'attend que les êtres ou les choses qui se déplacent. Il y a là une donnée singulièrement curieuse et sur laquelle personne, à ma connaissance, n'a fixé l'attention.

L'observation est un mode d'étude en rapport si étroit avec la vie que, dès que l'animal a cessé de vivre, elle-même cesse de fonctionner. On n'a jamais dit qu'on observait un cadavre. L'anatomie pathologique a d'autres procédés à son service, mais, si elle compte des savants, elle ne fournit pas matière à des observateurs.

Dans la langue usuelle, charger un homme d'une observation,

c'est lui imposer le devoir de suivre toutes les migrations de l'individu ou de la chose supposée mouvante qu'il a mission de ne pas perdre de vue. Dès que l'objet observable s'arrête, l'observation devient suspensive ; elle recueille les souvenirs, en induit de nouvelles combinaisons, elle multiplie les *desiderata* ; mais, dans cette œuvre préparatoire, elle se recueille plutôt qu'elle n'agit.

On n'observe en réalité qu'à la condition que l'observateur soit réputé fixe, qu'il dispose d'une certaine somme de temps, et que l'observé s'agite sous son regard. Chacun de ces éléments, qu'il est facile de retrouver par l'analyse, échappe à un examen superficiel. Qu'on réfléchisse un moment à la description analytique de sa propre observation en prenant l'exemple au hasard, et on verra que c'est bien ainsi qu'agit le mécanisme intellectuel.

Lorsque les psychologues du commencement de ce siècle introduisirent l'observation dans les phénomènes dits de conscience, qui se passent dans notre for intérieur, ils indiquèrent en bons termes le double rôle de l'observant et de l'observé : l'homme, dirent-ils, est à la fois acteur et spectateur. Quand l'acteur ne joue plus, le spectacle est clos. On peut reprendre à l'état de souvenir toute l'activité passée, on peut multiplier les associations d'idées, on peut grouper sous des types divers de raisonnement les conceptions acquises ; toute cette élaboration intellectuelle ne donne pas la relation de l'acteur et du spectateur et n'a rien de commun avec l'observation.

La dépense d'inventions sans consistance, d'hypothèses ingénieuses, de démonstrations avortées, d'attentes et de déceptions que coûte l'observation excède la prodigalité.

Il est de notion vulgaire que la pathologie fournit à la physiologie une part, précieuse entre toutes, de ses éléments d'étude : la physiologie de l'intelligence n'a pas moins à emprunter à la maladie, et le médecin qui veut se rendre compte du jeu de tous les rouages que l'observation met en œuvre a mieux à faire que de méditer les analyses des philosophes. La pathologie tient à

sa disposition une catégorie de malades dont on pourrait dire qu'ils sont atteints d'une suractivité morbide de l'observation. J'entends parler des hypochondriaques.

Dévorés d'une curiosité inquiète, doués d'une sensibilité physique et morale excessive, aux aguets des moindres incidents de leur santé, qui sonnent pour eux comme autant d'avertissements, exploitant à leur dommage le peu de connaissances dont ils disposent, ardents et infatigables à la recherche, sans pitié pour leur entourage ou pour eux-mêmes, ils observent à dépasser les maîtres et raisonnent en aliénés. C'est en les suivant avec une patience égale à leur curiosité insatiable, en écoutant sans interroger, qu'on voit, dans la sphère étroite où ils s'agitent, combien il en coûte, pour observer, de puissance et de contention d'esprit, de conceptions éphémères, interrompues et reprises, d'efforts en pure perte, et ce qu'il faut entendre par les collections de qualités flottantes qu'on appelle la sagacité.

Et c'est là ce qu'on se représenterait comme l'équivalent d'une perception qui aurait tout à gagner à être passive!

Puis, lorsque le travail de l'observateur s'est immobilisé dans une constatation écrite, de ces efforts il ne reste qu'une sorte de lettre morte: les résultats bruts n'éveillent chez le lecteur que la curiosité qui s'attache aux faits dont il n'est pas le témoin: on lui rend compte de la pièce.

L'observation écrite exige, pour être profitable, une seconde élaboration. Qui la raconte rassemble des notes à l'usage de sa mémoire personnelle, mais il faudra plus qu'un hasard pour qu'il tombe juste dans le joint de son lecteur. Est-il un de nous qui accorde qu'on apprend à observer les malades par la lecture des observations, et a-t-on jamais osé croire que ce travail ingrat entre tous avait pour récompense un surcroît d'acuité de l'esprit d'observation?

Toute observation écrite, je ne dirai pas intéressante, mais seulement lisible, doit se transformer en un exposé dogmatique et devenir, non plus un récit, mais une leçon. L'auteur n'étant plus sollicité par le va-et-vient des événements est rentré en lui-

même, il a classé et coordonné ses matériaux, il cesse d'observer pour raisonner et pour conclure. Que les conclusions figurent dans le texte, que le texte représente une pièce à l'appui des conclusions, peu importe. Toujours est-il que celui qui n'a à son service que des observations recueillies à la manière des écoliers doit les consacrer à l'avantage de sa propre instruction sans prétendre intervenir dans l'éducation des autres.

On a dit avec raison que chaque perception des sens impliquait une théorie et une croyance préalables. La loi s'adapte encore plus impérieusement à l'observation. Pour voir, il faut savoir, et pour bien voir il faut croire à ce qu'on sait, déclarant que tel phénomène observé est exceptionnel ou constant, lié ou non à tel ou tel entourage, en un mot théorisant sur le fait et sur ses connexions de coïncidence ou de causalité.

L'école de Louis se persuada et entendit nous persuader le contraire. Mais, éclairée sur le mode d'acquisition, elle ne se rendit pas meilleur compte du mode de transmission des données observables. Il fallait considérer l'observation écrite comme un produit fabriqué, elle n'y vit qu'une matière première. Il lui sembla qu'on bénéficierait autant des observations des autres que des siennes, et peut-être même qu'un jour viendrait où il suffirait de feuilleter incessamment le recueil des faits compendieusement relatés. C'était, en réprouvant le caprice, inventer une intelligence humaine de fantaisie et de la même manière que certaines gens ont prétendu faire de la médecine sans médecins, instituer une observation sans observateurs.

Le sens de la culture de l'observateur manqua en effet complètement à l'école. Louis et avec lui quelques autres s'imaginèrent, par une illusion fréquente et tout inexpérimentée, qu'ils avaient découvert la raison de leurs qualités natives et qu'ils allaient les transfuser dans leurs élèves. C'est une des grandes erreurs des maîtres en médecine et en bien d'autres sciences, de confondre l'éducation avec l'instruction. En fait d'observateurs, on ne forme pas aisément des élèves autrement que par l'exemple. De tous les enseignements, le plus défectueux serait, à mon

avis, de donner à croire aux étudiants qu'on leur a livré le secret de la réussite infaillible.

3° L'observation exige deux termes : l'observateur, le seul dont j'ai parlé longuement sans dépasser les premières couches de l'étude, et la matière observable.

De ce second point, je n'ai rien à dire ici. L'école de Louis, plus psychologique peut-être qu'elle ne le supposait, entraînée au plus fort du courant de son époque, n'a contribué en rien au perfectionnement des intermédiaires entre l'objet et l'observateur. La découverte des faits nouveaux mis en évidence par la chimie et la physique appliquées la laissèrent assez indifférente. L'exactitude que Louis tenait pour la qualité fondamentale, sinon exclusive, de l'observation, ne fournit guère un levier pour la découverte ; moins on a d'exigences à satisfaire, plus il est aisé d'être complet.

Logicien et grammairien, ennemi de la théorie moins par raison que par nature, passionné à froid, Louis avait à cœur de codifier la médecine et d'empêcher surtout qu'elle ne s'abandonnât aux aventures. Il comprenait d'instinct, comme tous les hommes supérieurs, qu'on n'entraîne les esprits qu'à la condition de se porter aux extrêmes, les gens des moyens termes sont moitié indépendants, moitié indifférents et ne se laissent pas mener.

L'observation, avec les caractères que j'ai indiqués et qui lui appartiennent en propre, est et sera toujours le principal instrument de recherche en médecine. Si j'énonçais une conviction personnelle, elle serait d'une valeur plus que douteuse, mais on s'en rapportera plus sûrement à l'examen sincère de ce qui se passe. Parmi ceux qui nient la puissance durable de l'observation, les habiles s'en servent sans en convenir, et les malhabiles l'emploient sans s'en douter.

L'expérimentation grandit, pleine de promesses comme toutes les méthodes jeunes. Ses partisans exclusifs entrevoient l'époque prochaine où, après avoir dépossédé l'observation, elle régénérera la médecine. Je ne crois pas pour ma part que ce rêve se

réalise, et si large que soit le domaine qui s'ouvre devant les expérimentateurs, il me paraît possible d'en marquer d'avance la frontière. Les observateurs conserveront assez de terrain pour le cultiver fructueusement et pour garder place au soleil. Observer et expérimenter sont deux procédés logiques, destinés à devenir connexes et non pas à s'exclure, l'un poursuivant la recherche du *pourquoi*, l'autre en quête du *comment*.

Aussi, sans illusion sur la portée de la méthode dont il fut le promoteur, je n'en suis pas moins reconnaissant à Louis d'avoir eu la foi robuste dans l'autorité de l'observation. Ceux qui se trompent comme lui en épuisant leur vie à démontrer qu'ils avaient raison, rendent à la science un double service : ils l'accroissent par des acquisitions de détail, et ils aident à faire découvrir le vrai chemin.

(*Archives générales de médecine*, 1872.)

DUCHENNE DE BOULOGNE

SA VIE SCIENTIFIQUE ET SES ŒUVRES.

(En collaboration avec le docteur J. Straus.)

Un journal scientifique manquerait à un devoir de reconnaissance s'il n'adressait un sympathique adieu à ceux de ses collaborateurs que la mort enlève à l'œuvre commune. Quand l'écrivain a pris place aux premiers rangs des travailleurs d'une génération, quand à son nom se rattachent d'imposantes découvertes, ce n'est plus un témoignage affectueux, c'est un acte de justice que de rendre à la mémoire du savant l'hommage qui lui est dû.

Duchenne de Boulogne était un des nôtres; la plupart de ses mémoires ont été publiés dans les *Archives*, et ses livres n'ont été souvent que le développement d'idées dont il avait ici déposé le germe; c'est bien le moins que nous rappelions dans nos *Archives* ses titres à une célébrité déjà conquise et que l'avenir confirmera.

Il était né à Boulogne-sur-Mer le 17 septembre 1806. Sa famille habitait la ville depuis la première moitié du XVIII^e^ siècle et lui-même avait gardé pour sa ville natale un filial attachement. Il était bien en effet de race boulonnaise, et par les aptitudes de son esprit, et par les habitudes du caractère, et par sa stature physique. De taille au-dessous de la moyenne, trapu, actif dans ses mouvements, lent dans sa parole, ayant gardé, malgré sa longue absence, un reste d'accent du pays, il représentait la physionomie qu'on eût volontiers prêtée à son père le capitaine

marin Jean Duchenne. Sa jeunesse s'était passée exempte d'incidents; reçu bachelier à Douai à l'âge de dix-neuf ans, il était venu à Paris pour y étudier la médecine, sans autre ambition apparente que celle de retourner dans sa patrie pour s'y livrer à la pratique. Il revint en effet à Boulogne en 1831 et s'y fixa jusqu'en 1842. Quelques essais d'électropuncture entrepris à l'occasion d'un malade auquel il donnait ses soins semblent avoir, vers 1835, éveillé sa curiosité scientifique et décidé de sa carrière. A partir de ces premières tentatives, Duchenne s'adonna de plus en plus à l'étude des effets thérapeutiques de l'électricité. Boulogne n'offrant pas un champ favorable à des recherches spéciales, Duchenne résolut de s'installer à Paris.

Il n'est aucun de ses contemporains qui ne se rappelle ses débuts. Ni l'âge ni le succès n'apportèrent d'ailleurs de changement à ses laborieuses habitudes; tel qu'on l'avait connu à ses commencements, tel on le retrouvait trente ans plus tard.

Le 17 septembre 1875, il succombait à une hémorrhagie cérébrale, après avoir souffert pendant quatre années d'une affection grave qui s'était atténuée à la longue, mais qui avait donné à ses amis et à lui-même les plus sérieuses inquiétudes.

La vie de Duchenne se résume pour nous dans son existence scientifique, et la biographie du savant est pleine d'enseignements précieux. La conscience du but qu'il voulait atteindre et qu'il a dépassé le soutenait contre tous les découragements, et la ferme notion des moyens à employer le préservait des écarts : sa volonté sans défaillance prenait d'emblée son point d'appui sur une méthode dont il ne s'est jamais départi. S'il n'est pas donné de s'assimiler les qualités intellectuelles d'un homme, sa pénétration dans la recherche, sa sagacité dans l'observation, sa rectitude dans l'appréciation des résultats obtenus, au moins peut-on bénéficier de ses procédés de travail. Duchenne avait réglé sa manière de vivre ou plutôt de s'instruire à sa façon, il n'avait visé aucune des situations officielles, et on pourrait presque dire qu'il avait pris ses précautions pour être garanti de ce qu'il eût regardé comme une entrave. Libre, n'étant pas

astreint par un service hospitalier, étranger à l'enseignement oral, où se dépensent tant d'efforts, il se mouvait à son gré dans sa sphère tracée d'avance. Tous les matins, sauf les plus rares exceptions, il visitait un ou deux hôpitaux, choisissant les cas les plus favorables à ses études, consultant les ébauches d'observations déjà recueillies, aussi honnêtement habile à profiter des données positives que des aperçus indécis. En retour il apportait et mettait libéralement au service de tous sa mémoire médicale qui s'enrichissait chaque jour et son expérience technique. Ses idées, ses notions acquises, ses travaux en voie d'élaboration, se produisaient à découvert au cours de ces causeries familières, mais on n'avait pas pour lui plus de réserves ou de réticences. Il existait à Paris peu de salles d'hôpital où il ne trouvât un sympathique accueil, et celles où il était *chez lui* suffisaient amplement à son activité. C'est ainsi que Duchenne put rassembler une collection immense de matériaux, qu'attaché à un hôpital, il eût été hors d'état de réunir. Donnant et recevant par ce mutuel échange, il avait réalisé au mieux le programme que se sont proposé les académies, moins le hasard des communications et la solennité des débats.

On comprend qu'il lui déplût d'enchaîner une liberté si productive par des obligations officielles; on comprend aussi que le désir d'être associé aux corps académiques le sollicitât peu. De nombreuses Sociétés savantes, depuis celle de Boulogne-sur-Mer jusqu'à celle de Moscou, l'avaient nommé membre titulaire ou correspondant; ces choix honorifiques pouvaient le flatter, mais ne le détournaient pas de sa voie.

Croire que cette conquête hospitalière se soit accomplie sans difficultés, ce serait témoigner d'une médiocre connaissance de la nature humaine. Il avait fallu soutenir une lutte et subir bien des humiliations, il avait fallu obtenir, outre le concours du chef, l'assentiment plus délicat des élèves. Duchenne avait à son service la persévérance qui triomphe des pires obstacles, il lui manquait la souplesse de caractère qui évite les conflits. On se figure combien il a dû souffrir, à l'occasion d'oppositions

manifestes ou latentes, et de longues années se sont écoulées avant qu'il eût acquis à l'hôpital son droit de bourgeoisie.

Le *courage* scientifique dont Duchenne fut une si remarquable expression exclut les solennelles aventures, il s'épuise dans une résistance impassible et n'en impose pas moins de douloureux sacrifices. Peu d'hommes ont, au même degré, abdiqué leur susceptibilité légitime ou opposé au mauvais vouloir une volonté en apparence toute passive; le succès finit par récompenser ses peines, et quand il l'eut atteint, la tâche était devenue aisée.

Parmi les jeunes médecins de sa génération et de la nôtre, combien en trouverait-on qui se soient résolus à suivre son exemple? La vie se dépense à préparer les épreuves des concours, et quelle place est ménagée aux libres initiatives pendant cette laborieuse opération? Les candidats auxquels la chance est restée contraire se retirent fatigués, presque honteux; il leur coûte de franchir le seuil de l'hôpital pour se retrouver au second rang, en face de compétiteurs plus heureux. Le respect humain aidant et aussi les exigences de la clientèle, on se renferme peu à peu dans le cercle de son observation limitée, et on accumule des partis pris où il aurait fallu récolter des matériaux.

Duchenne eut le mérite, et c'en est un, car il est presque le seul qui ait poursuivi une pareille entreprise, de ne jamais se contenter du capital de faits qu'il avait amassé. Empruntant aux gens d'affaires leur activité insatiable, il ne se trouvait pas encore scientifiquement assez riche aux derniers jours de sa vie : c'est ainsi que nous l'avons vu, même épuisé par la souffrance, ne rien abandonner des ardeurs de sa jeunesse.

Il est d'un grand enseignement de le suivre dans ce qu'on pourrait appeler ses procédés d'acquisition, il n'est pas moins instructif de rechercher comment et par quelles successions d'idées il exploita les matières premières qu'il emmagasinait sans cesse.

Duchenne était parti de la thérapeutique et, après un long séjour dans la pathologie, il avait abouti à l'anatomie patho-

logique, obéissant à son goût ou entraîné par le mouvement des esprits.

La fréquentation assidue des travailleurs ses confrères l'associait forcément à toutes les nouveautés, et il n'avait aucune raison pour lutter contre le courant. Ses fortes qualités d'observateur le servaient près des médecins comme près des malades.

Aussi son œuvre peut-elle se diviser en deux parts : l'une originale, toute personnelle, l'autre, de reflet, inspirée à son insu par le hasard des entretiens ou née sous l'influence encore plus inconsciente de son milieu scientifique. De là des revendications de priorité auxquelles échappent d'ailleurs ses meilleurs travaux; de là des querelles dont le souvenir est effacé, mais qui, loin de le décourager, avivaient son zèle. Les disputes jalouses des savants ne sont-elles pas un aiguillon nécessaire, et combien d'hommes éminents surtout par leur productivité qui, au lieu de se plaindre des âpretés de la critique, devraient les bénir! On a si mauvaise grâce à hasarder son propre éloge, que celui qui vous fournit l'occasion d'affirmer l'originalité, la solidité, l'inattendu de vos travaux, vous rend un amical service. A force d'avoir à plaider *pro domo sua*, on apprend au monde que l'on est propriétaire.

Influencé ou non par son entourage, Duchenne restait maître de sa direction dans la mesure assez limitée où l'est tout explorateur. Le trajet qu'il accomplit, en passant de la thérapeutique à la pathologie et de celle-ci à l'anatomie pathologique, ne suivit pas un itinéraire d'aventure. Il avait conscience de ces virements; mieux que personne, il s'en rendait compte.

Tout homme qui, après avoir mis en œuvre un ou deux médicaments de prédilection, n'éprouve pas le besoin de remanier la pathologie est un chercheur à courte vue; nos classifications faites en vue d'une destination spéciale se transforment chaque fois que la destination change.

Déjà la nosologie de l'anatomo-pathologiste n'est pas celle du clinicien, mais la thérapeutique, dans la sphère limitée,

presque exclusive où Duchenne la renfermait, a des exigences toutes spéciales. Peu expérimenté des agents autres que l'électricité, il ressemblait aux médecins des eaux minérales, avec cette différence qu'il choisissait à son gré ses malades.

Le problème thérapeutique posé dans ces conditions exceptionnellement simples se réduit à une formule : dans quel cas le remède est-il efficace?

Pour le praticien libre de se mouvoir dans le domaine presque indéfini de la matière médicale, la question se pose et se résout différemment. Si le traitement adopté n'a pas réussi, il y a lieu de le remplacer par un autre; l'insuccès d'aujourd'hui peut être le succès du lendemain, en faisant appel à d'autres ressources. La pathologie plane au-dessus de la thérapeutique, on accuse plus volontiers l'insuffisance des moyens que l'imperfection des notions pathologiques, et c'est sur le traitement que se concentrent les réformes.

Avec un remède unique et la ferme résolution de s'y tenir, la thérapeutique s'immobilise, et c'est elle qui commande la pathologie : les maladies se divisent en deux classes : celles qui profitent de la médication, celles qui lui sont réfractaires. Le remède n'est plus seulement un modificateur, il devient une pierre de touche.

L'électricité offre, sous ce rapport, des facilités que sont loin de fournir les eaux minérales et même les procédés hydrothérapiques. Prompte dans ses effets, d'un maniement commode, n'exigeant pas le déplacement des malades, elle est d'une pratique plus aisée que l'emploi même des moyens pharmaceutiques; sa sphère d'action est réduite comme celle de toutes les médecines locales qui n'ont pas à compter avec les vagues impressions de l'organisme. Aux mains des thérapeutistes spéciaux, plus versés dans la technique de leurs appareils que dans l'étude des espèces maladives, l'électricité était restée un problème, et le bien qu'on en pensait compensait tout au plus le mal qu'on en pouvait dire.

Duchenne comprit vite les raisons de cette infériorité, et au-

dessus du traitement, il s'ingénie à fonder ce qu'il conviendrait presque d'appeler la pathologie électrique.

C'est par cette porte à peine entr'ouverte avant lui qu'il pénètre au plein de la pathologie nerveuse.

Si on veut se représenter ce qu'était, à l'époque de ses premières recherches, la notion des maladies du système nerveux, on aura l'idée du progrès accompli et auquel il a si puissamment concouru.

L'électricité passant ainsi de la condition de moyen curatif à celle de moyen d'exploration et de classement pathologique n'étendait guère son action au delà des troubles du mouvement, et encore ne pouvait-elle s'adapter qu'aux troubles par insuffisance. Les spasmes, les contractions, les contractures, tous les modes de surexcitation motrice, lui échappaient. C'est dans ce vaste domaine des paralysies, des parésies, des atrophies que se déploya l'activité de Duchenne.

Le manuel opératoire de l'électricité, telle qu'il l'employait, imposait la méthode. Il s'agissait d'opérer sur des surfaces réduites ou sur des éléments définis : les actions d'ensemble n'étaient que la somme des actions partielles du courant. Il était interdit de procéder du centre à la périphérie, et en prenant la périphérie pour point de départ, on n'exerçait qu'une influence secondaire sur la circulation, sur les branches nerveuses, sur la peau elle-même : le muscle était l'objectif à la fois de l'expérimentation et du traitement.

Convaincu de la nécessité de prendre le système musculaire pour la base et pour le couronnement de son édifice scientifique, Duchenne entreprit la série de ses magnifiques travaux sur la physiologie et l'anatomie de l'appareil musculaire. Il relégua au second plan le système nerveux, dont il reprit plus tard l'étude avec un même succès. Sa gloire sera d'avoir apporté l'ordre au milieu de la confusion, et la physiologie ne lui restera pas moins redevable que la médecine. Avant ses travaux, le fonctionnement physiologique des muscles isolés, la coordination et la synergie de leurs contractions, la part relative de chacun d'eux dans

les mouvements de tout ordre et de toute région, des membres, du tronc, de la face, étaient vaguement indiqués. Les erreurs auraient fait nombre, si on ne s'en était préservé en se bornant à des généralités ou à des à peu près. Il classa, définit, et ne posa pas une loi dont il ne fût à même de démontrer la justesse. La tâche était lourde, et la preuve c'est qu'après lui peu de médecins pourront continuer et entretenir la tradition. D'ordinaire, quand un savant a ouvert la voie, beaucoup se pressent sur ses traces, ici le chemin est trop ardu pour que la foule s'y précipite.

Duchenne a lui-même exposé, avec la rigueur méthodique qui lui était propre, la marche qu'il entendait imprimer à ses recherches et que nous venons d'indiquer. Il écrivait, en tête de son traité de l'électrisation localisée (1855) : « Diriger et limiter la puissance électrique dans les organes, c'est ouvrir à l'observation un champ inexploré. La localisation de cette puissance permet, en effet, d'étudier certaines propriétés physiologiques des organes ainsi que leur perturbation. » Lisez muscles au lieu d'organes et vous aurez le résumé de son œuvre.

Plus loin, il ajouta : « J'ai pu créer une sorte d'anatomie vivante de l'homme, j'ai déterminé d'une manière exacte l'action isolée et individuelle de tous les muscles. Il ne m'appartient pas de juger du mérite de ces recherches, cependant je puis dire que si les faits qui en ressortent sont exacts, la physiologie musculaire aura changé de face. »

Dans la dernière période de sa vie scientifique, Duchenne se désintéressa peu à peu de la clinique ; à l'étude du système musculaire il substitua celle du système nerveux, et se prit d'une ardeur toute juvénile pour l'anatomie histologique. C'était une conversion tardive, et, malgré les qualités de description, d'examen, malgré le talent photographique dont il fit preuve, il n'arriva qu'à confirmer des idées qui n'étaient pas les siennes. Le moment de la critique n'est pas venu, et l'éloge, si bien justifié, ne représente pas une de ces complaisances dont bénéficient les oraisons funèbres. Il est certain que Duchenne a sa place assurée à la tête du progrès que nous avons vu naître, qui se poursuit

sous nos yeux et dont la France a le droit d'être glorieuse. Ses monographies, ses mémoires nombreux, condensés dans les éditions de ses traités qui se sont succédé, resteront comme un monument ou, pour employer une expression consacrée par l'usage, comme une de ces mines inépuisables où les contemporains et les générations à venir trouvent toujours quelque filon nouveau à exploiter.

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.

Nous avons indiqué l'esprit général qui a présidé aux travaux de Duchenne; nous avons essayé de montrer par quelle progression il s'était élevé à la hauteur où il avait conscience d'être parvenu ; nous n'aurions rempli que la moitié de notre tâche si nous nous renfermions dans cet aperçu général. Les villes qui, en témoignage de reconnaissance, dressent des statues à leurs grands hommes ne vont pas au delà d'un hommage symbolique ou, si nous osions emprunter ses termes à la science, au delà d'un *schème*. Nous pouvions mieux, et nous n'avons pas hésité à reprendre une à une chacune des œuvres écrites de Duchenne. Biographie et bibliographie sont presque synonymes quand il s'agit d'un savant et d'un écrivain.

L'analyse des travaux de Duchenne n'a d'ailleurs pas de côtés ingrats. Rien n'appartient à un passé déjà lointain ; tout y est contemporain, vivant ou vivace. Nous n'avons garde de nous excuser si, rompant avec les habitudes, nous donnons ici ce qu'on appelle, du vivant des aspirants aux situations officielles, un relevé des titres scientifiques.

La première publication de Duchenne date de 1847; elle est intitulée : « De l'art de limiter l'excitation électrique dans les organes, sans piquer ni inciser la peau, nouvelle méthode d'électrisation, appelée *électrisation localisée*. » (Comptes rendus acad.

des Sciences, 1847, et *Arch. gén.*, 1850 et 1854.) — Dans ce mémoire, Duchenne expose les principes de sa méthode d'électrisation localisée, qu'il n'a cessé d'employer depuis presque exclusivement, tant comme méthode diagnostique que comme moyen thérapeutique, et qu'il a peu modifiée dans ses recherches et ses publications ultérieures. Vu l'importance technique de cette méthode, on nous permettra d'y insister quelque peu.

Malgré le premier enthousiasme médical et thérapeutique éveillé par la découverte de l'électricité statique d'abord, du courant galvanique plus tard, l'électricité n'avait pas encore réussi à pénétrer dans la pratique, faute d'appareils commodes, faute surtout de notions suffisantes sur le mode d'action et d'application de cet agent. L'électro-puncture, proposée par Sarlandières et Magendie, était un procédé trop douloureux, trop incertain et trop dangereux parfois pour que l'emploi pût s'en généraliser, et on y renonça promptement. Après toutes ces tentatives isolées et sans écho, c'est à Duchenne que revient le mérite d'avoir définitivement introduit l'électrisation dans la pratique médicale.

L'idée fondamentale de l'électrisation localisée, telle que l'a comprise et pratiquée Duchenne, repose sur le fait d'observation suivant : Si l'on place les deux rhéophores *humides* d'un appareil à induction sur la peau bien *humectée*, le courant traverse la peau sans exciter, d'une façon appréciable, la sensibilité cutanée (directe ou reflexe), mais *localise* son action sur les muscles ou les nerfs sous-jacents. C'est là la donnée expérimentale qui a surtout servi de moyen de recherche à Duchenne, et qui forme la base de toute sa méthode. On a beaucoup discuté jusqu'à quel point on pouvait ainsi, selon l'expression de Duchenne, « gouverner l'électricité à travers les organes et lui imposer des limites. » Au point de vue pratique, cette localisation existe, assez rigoureuse pour qu'avec une certaine habitude on puisse à volonté exciter tel ou tel filet nerveux, tel muscle ou même tel faisceau musculaire. Au point de vue absolu de l'électro-physiologie scientifique, la méthode de l'électrisation loca-

lisée a ses lacunes et ses illusions (1), mais c'est assurément le meilleur moyen d'exploration électrique applicable chez l'homme, à travers la peau intacte, moyen dont la puissance ne saurait être contestée si l'on songe aux résultats que Duchenne a su en obtenir.

C'est surtout sur la valeur thérapeutique de l'électrisation localisée que Duchenne a insisté, et, sans renouveler ici la querelle des courants induits et des courants continus, il est permis de rappeler que ces derniers, dans maintes circonstances, jouissent d'une efficacité que Duchenne a vainement revendiquée pour sa méthode favorite. A tout prendre, excellent moyen d'exploration électro-physiologique, la faradisation localisée, au point de vue de la puissance comme de l'innocuité thérapeutique, doit céder le pas au courant galvanique. Si Duchenne, jusqu'à la fin, s'est refusé à cet aveu, il faut surtout l'attribuer à l'assimilation presque involontaire qu'il établissait entre ces deux modes d'utiliser l'électrisation localisée ; et il devait lui en

(1) C'est ainsi que, pour Duchenne, la faradisation localisée, telle qu'il la pratiquait, c'est-à-dire à travers la peau mouillée, mais intacte, est un criterium presque absolu de l'état anatomique du muscle ainsi interrogé ; quand « *la contractilité électrique* » est abolie, le muscle, en tant qu'organe contractile, n'existe plus. Ainsi formulée, cette proposition n'est pas entièrement vraie, comme l'ont établi les recherches expérimentales d'Erb et surtout de M. Vulpian. Ainsi, dans les paralysies consécutives aux lésions ou à la section d'un nerf moteur ou d'un nerf mixte, la contractilité électrique, comme l'enseigne Duchenne, est rapidement abolie ; seulement, lorsque chez l'animal placé expérimentalement dans ces conditions, au lieu d'explorer le muscle à travers la peau, on incise celle-ci et l'on fait agir le courant faradique directement sur le muscle mis à nu, on provoque facilement des contractions, preuve que le muscle n'a pas perdu ses propriétés contractiles ; l'examen histologique, du reste, en montrant l'intégrité d'un certain nombre de fibrilles, devait faire pressentir ce résultat. (Vulpian, *Influence des traumatismes des nerfs sur les propriétés physiologiques et la structure des muscles*, *Arch. de physiol.*, 1872.) Ce fait expérimental, ainsi que le fait remarquer M. Vulpian, n'ôte rien à la valeur *clinique* des observations de Duchenne ; il n'en demeure pas moins constant que, cliniquement, la perte rapide de la contractilité électrique, constatée par la faradisation localisée, est un excellent signe, non seulement diagnostique, mais pronostique, de certaines paralysies liées à des lésions profondes et persistantes des nerfs périphériques. Ce sont là, somme toute, les notions qui intéressent surtout les médecins bien plus que la nature intime des processus électriques ou histologiques qui se passent dans les muscles paralysés, et ces notions, nous les devons à la faradisation localisée.

coûter de concéder l'infériorité thérapeutique d'une méthode à laquelle il croyait devoir ses plus belles découvertes. Du reste, il intervient là une sorte d'engouement de technicien auquel de plus grands esprits n'ont pas su échapper : ce dont Laënnec était fier par-dessus tout, ce n'est pas de la découverte de l'auscultation, mais de celle de l'auscultation *médiate ;* et pour ce génie si clairvoyant, il semble presque que l'instrument prime la méthode. Ainsi de Duchenne, qui n'a jamais su ni voulu séparer sa cause de celle de l'électrisation localisée ; et plus tard, quand, en rassemblant ses mémoires épars, il en aura fait un livre volumineux, et qui, avec de faciles modifications, eût été un admirable traité des maladies nerveuses, ce sera toujours sous la rubrique « électrisation localisée » que le spécialiste s'affirmera, au détriment de l'ampleur du cadre et, somme toute, de la portée définitive de l'œuvre.

Duchenne, en effet, n'a publié qu'un seul traité *ex professo* et franchement didactique ; peu connu du grand public, ce livre est un véritable chef-d'œuvre : nous parlons du *Traité de la physiologie des mouvements* (1). Là, mieux que dans ses autres publications, apparaît le génie d'observation, le procédé particulier de Duchenne ; c'est sur ce terrain de la myologie, qui est le sien propre, qu'il convient surtout de l'étudier. En commençant par là, nous ne commettrons qu'une infraction apparente à l'ordre d'exposition chronologique ; aussi bien est-ce surtout à rendre la physionomie générale d'une œuvre, à faire assister à son évolution que la critique doit s'appliquer.

La myologie a été un objet de prédilection pour beaucoup de physiologistes, surtout ceux du siècle dernier ; et quelle étude, en effet, pouvait mieux sourire aux aspirations iatro-mécaniciennes de l'époque ? C'est en se conformant à ces idées, en envisageant le point d'attache précis des tendons, la direction des fibres, la disposition des leviers osseux, que Winslow, Borelli, Sabatier, Bichat, cherchèrent à déterminer les fonctions

(1) *Physiologie des mouvements, démontrée à l'aide de l'expérimentation électrique et de l'observation clinique.* Paris, 1867.

des muscles ; les propriétés physiologiques étaient déduites, comme un corollaire, des particularités anatomiques et de la disposition mécanique des muscles. « Aussi, dit Duchenne, quelle fut bientôt ma surprise lorsque je vis sortir de mes expériences électro-musculaires des faits imprévus qui déjouaient tous les calculs de la mécanique ! » « Je choisirai comme exemple, continue-t-il, le diaphragme. Borelli, on le sait, a prouvé par les calculs les plus exacts que l'action propre du diaphragme est de resserrer la base de la poitrine. Eh bien, je ferai voir expérimentalement que, chez l'homme et chez les animaux, grâce à certaines dispositions particulières, le diaphragme est appelé à remplir physiologiquement et accomplit réellement une fonction diamétralement opposée à celle qu'on devait lui attribuer, d'après les données tirées de l'attache et de la direction de ses fibres. »

Si Duchenne, en explorant un à un, à l'aide de la faradisation et en faisant jouer individuellement les muscles de chaque région, n'avait fait que rectifier ainsi des erreurs d'autant plus fâcheuses qu'elles reposaient en apparence sur des données d'une précision mathématique et qu'elles s'abritaient sous l'autorité de grands noms, il eût déjà rendu un service signalé. Mais il n'eut garde de s'en tenir là et d'essayer, avec cette donnée unique, de *remettre à neuf*, selon son expression, une grande partie de la physiologie des mouvements. Il comprit bien vite que l'exploration électro-musculaire, excellente pour faire connaître l'action propre d'un muscle isolé, ne suffit pas, le plus souvent, pour rendre compte du véritable rôle de ce muscle dans l'ensemble des mouvements physiologiques. Empruntons-lui un de ses exemples : « Le deltoïde, dit-il, est élévateur du bras sur l'omoplate. En effet, si je le mets en contraction continue par la faradisation localisée, l'élévation de l'humérus a lieu ; mais en même temps l'omoplate prend une attitude vicieuse, et il se produit une subluxation. Était-ce avec une telle expérience que je pouvais apprendre ou démontrer les fonctions du deltoïde? » (*Physiol. des mouv.*, préface, p. 9.)

De ce fait, et d'autres analogues, il conclut que les contractions isolées des muscles ne sont pas dans la nature, qu'elles ne produisent que des attitudes vicieuses, des déformations, et que, pour produire un mouvement correct, physiologique, il faut le concours, la synergie de plusieurs muscles, qu'*a priori* l'on pourrait envisager comme antagonistes. Or, cette synergie, l'exploration électro-musculaire ne pouvait la révéler, et l'observation clinique seule pouvait fournir les éléments du problème. « L'observation clinique, dit-il excellemment, offre l'avantage de faire connaître les troubles qui surviennent dans les mouvements lorsqu'un muscle entre seul en action, le concours d'autres muscles venant à lui manquer consécutivement à leur atrophie ou à leur paralysie... Que l'on fasse élever le bras à un homme atteint d'une paralysie ou d'une atrophie du grand dentelé, on verra se reproduire exactement la même difformité, les mêmes accidents que si l'on faisait contracter isolément son deltoïde par la faradisation. N'est-il pas évident ici qu'en rapprochant l'expérience électro-musculaire et le fait clinique, on arrivera à cette conclusion, que c'est l'action synergique du grand dentelé qui permet au deltoïde de remplir sa fonction principale (l'élévation du bras) sans occasionner la difformité ou la subluxation qui résulte de son action isolée ? »

Il est impossible de dire plus juste : jamais le contrôle nécessaire et réciproque de l'observation clinique et de l'expérimentation n'a été plus nettement affirmé, jamais aussi il n'a été plus utile et plus ingénieux. On peut dire que, grâce à ces travaux accomplis par Duchenne avec un admirable esprit de suite, la physiologie musculaire a été complètement remaniée, et là encore on lui doit d'avoir substitué à l'induction anatomique et aux conclusions *a priori* de ses prédécesseurs, l'analyse vraie et l'observation des faits.

La loi des synergies, des associations et des antagonismes musculaires se dégage de ces recherches et est formulée avec une netteté que l'on chercherait vainement dans les écrits antérieurs. Cette notion capitale, si intéressante au point de vue de

la physiologie générale, a été le point de départ d'études cliniques remarquables, celle de l'incoordination, notamment, celle des spasmes fonctionnels et d'autres troubles moteurs sur lesquels nous aurons à revenir.

C'est surtout au point de vue de l'analyse spéciale de l'action des divers muscles et groupes musculaires de l'économie que ce livre de « la physiologie des mouvements » est une œuvre originale et qui résume dans une certaine mesure l'œuvre multiple de Duchenne. Chacun de ces chapitres est une monographie qu'on oserait volontiers qualifier de parfaite. Quoi de plus achevé, par exemple, que l'étude des muscles de la main? Ce sujet avait exercé, à deux mille ans de distance, la sagacité de deux grands hommes, et cependant Duchenne a pu dire, sans exagération, que « malgré l'admirable discours de Galien, malgré le beau travail de Ch. Bell, la main, telle qu'on l'a comprise physiologiquement jusqu'à nos jours, ne serait qu'une griffe difforme plus incommode qu'utile. » Ceux qui savent apprécier la délicatesse d'analyse partout où ils la rencontrent et pour lesquels il n'y a pas de petits sujets, se prendront toujours d'admiration en relisant les pages consacrées par Duchenne à l'action des muscles interosseux, des lombricaux, des extenseurs commun et propres des doigts, des muscles du pouce. Les mêmes réflexions s'appliquent au chapitre consacré aux muscles du pied, aux muscles de la respiration; et ce qui anime surtout ces considérations physiologiques, ce qui leur prête une signification et une portée inattendues, c'est l'application clinique qui est toujours là, nette, précise et démonstrative, comme pour prouver que ce ne sont pas là de vaines spéculations, mais des notions pleines d'intérêt pratique, et indispensables à tout observateur exact.

En effet, les déformations si multiples des mains, les différentes *griffes* pathologiques, ne seraient encore que des sortes de bizarreries, de véritables énigmes, si Duchenne n'en avait donné la clef, grâce à ses recherches myo-physiologiques; comment comprendre la « griffe du cubital » si l'on ignore le rôle des in-

terosseux et des lombricaux? Comment interpréter l'aspect de la main dans l'atrophie musculaire progressive, sans la connaissance préalable du jeu des muscles de l'éminence thénar? Les mêmes réflexions s'appliquent avec plus de vérité encore aux déformations et aux déviations, congénitales ou acquises, si nombreuses que l'on observe aux extrémités inférieures. Les chirurgiens savent bien de quels progrès l'étude des déviations articulaires et osseuses, des pieds-bots et des torticolis est redevable à Duchenne. « On peut se représenter, dit-il, les muscles qui environnent une articulation ou un os mobile comme autant de ressorts qui, pendant le repos musculaire, maintiennent le membre dans son attitude normale. Un de ces ressorts vient-il à faiblir, l'équilibre de ces forces toniques musculaires est rompu et le membre est entraîné d'une manière continue dans des directions vicieuses... Sans la connaissance exacte de ces faits, il est impossible d'expliquer le mécanisme de certaines difformités ou déformations, d'en établir le diagnostic exact, et en conséquence de leur opposer un traitement rationnel. » La genèse du pied-bot valgus par la paralysie du long péronier latéral, celle du pied creux par la prédominance d'action et la contracture du même muscle, les nombreux et ingénieux appareils de *prothèse musculaire* qu'il a imaginés, les principes si judicieux « d'orthopédie physiologique » qu'il a formulés, tous ces travaux dérivent directement de cette source première et inépuisable de la plupart de ses découvertes.

Avant de quitter ce sujet, il est une autre face sous laquelle nous avons à envisager le talent de Duchenne et où l'on sera frappé de le voir évoluer avec une aisance et une supériorité inattendues : nous voulons parler de l'application qu'il a faite de l'analyse électro-physiologique à l'expression des passions et à la pratique des arts plastiques. De bonne heure cette idée le préoccupa et il en parle avec enthousiasme : « S'il était possible de maîtriser le courant électrique, pour la face en particulier, on pourrait, comme la nature elle-même, peindre sur le visage de l'homme les lignes expressives des émotions de l'âme.

Quelle source d'observations nouvelles ! » Ce projet fut réalisé douze années après, par la publication du traité du mécanisme de la physionomie humaine (1).

Avant lui, le peintre Lebrun, Camper, Moreau (de la Sarthe), Ch. Bell avaient traité du rôle des muscles dans l'expression de la physionomie, sans grand résultat cependant ; car, l'électricité leur faisant défaut, ils en étaient réduits à de simples inductions basées surtout sur la direction des fibres de tel ou tel muscle ; quelques-uns se servaient de la formule de Camper et, se guidant sur la disposition des plis du visage, attribuaient la production de ces plis et du mouvement expressif qui les accompagne à la contraction du muscle perpendiculaire à la direction du pli.

Ici encore, les recherches de Duchenne font époque ; grâce à l'examen électro-physiologique des muscles de la face, il a pu, selon son expression, leur faire *parler* le langage des passions et des sentiments. Nous ne saurions entrer dans le détail de cette analyse pleine de finesse et qui révèle chez l'auteur une singulière aptitude à l'observation psychologique. Le résultat myologique essentiel de ces recherches est la donnée suivante, que rien assurément ne faisait prévoir, et que Duchenne lui-même qualifie de paradoxale en apparence : contrairement à ce qui se passe pour les membres, où chaque mouvement exige le concours synergique de *plusieurs* muscles, à la face « il est des muscles qui jouissent du privilège exclusif de peindre, par leur action *isolée*, une expression qui leur est propre. » Il existe donc pour la face une véritable localisation musculaire, chaque passion ayant son muscle propre, son muscle d'expression qui occupe généralement les parties supérieures de la face, la région sourcilière et orbitaire. C'est ainsi que le frontal est le muscle de l'attention, le sourcilier celui de la douleur, le pyra-

(1) *Fonctions des muscles de la face démontrées par l'électrisation localisée* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1851, t. XVI, p. 609). — *Mécanisme de la physionomie humaine*, avec 144 fig. photographiées. Paris, Jules Renouard, 1862. — Presque tout le texte de cette édition de luxe a paru réimprimé à la fin du *Traité de la physiologie des mouvements*. Paris, J.-B. Baillière, 1867.

midal du nez celui de l'agression, etc. Si le reste de la physionomie paraît modifié pour s'harmoniser avec l'expression du muscle en question, « ce n'est là qu'une illusion produite par l'influence des lignes du sourcil sur les autres traits du visage. » Telle est la notion fondamentale et certes bien inattendue que Duchenne développe surtout dans ce livre curieux et que les récents travaux de Ch. Darwin et de M. Luys ont pleinement confirmée.

Un chapitre intéressant est celui qui est consacré à l'étude de quelques antiques, l'*Arrotino*, le *Laocoon*, la *Niobé*, où Duchenne se montre bon connaisseur et sait concilier tout le respect que méritent ces grands chefs-d'œuvre avec la liberté d'appréciation d'un critique d'art physiologiste. S'il s'aventure jusqu'à corriger tel pli du front du *Laocoon*, il s'en excuse finement, pensant « qu'une main profane seule pouvait se permettre cette hardiesse ».

Il est temps d'aborder le côté essentiel de l'œuvre de Duchenne, la partie proprement pathologique. Nous suivrons dans cet exposé, sauf quelques variantes, l'ordre adopté par l'auteur lui-même dans les différentes éditions de son *Traité d'électrisation localisée* qui n'est que la collection de ses mémoires originaux.

Dans ce classement, qui n'a pas de grandes prétentions à être méthodique, Duchenne commence par l'étude des *paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs mixtes*, début rationnel, car ce sont là des conditions pathogéniques qui, par leur simplicité, se rapprochent de celles que l'on obtient dans les vivisections. La lésion, la contusion, la commotion des nerfs périphériques (mixtes) déterminent dans les parties animées par ces nerfs des troubles de la motilité, de la sensibilité et de la nutrition (trophiques); ce sont les troubles moteurs, les paralysies que Duchenne a surtout envisagés, au point de vue spécial de la symptomatologie électrique des muscles auxquels le nerf se distribue. Les formules générales qui résument ses recherches sont les suivantes : dans les paralysies par lésion

périphérique (traumatique) des nerfs, la contractilité électrique des muscles est abolie ou notablement affaiblie; c'est ce qui distingue ces paralysies de celles d'origine cérébrale, rhumatismale ou hystérique; plus tôt et plus complètement un muscle a perdu sa contractilité électrique, plus longtemps il restera paralysé et plus il sera menacé dans sa structure. L'intégrité de la contractilité électrique des muscles paralysés consécutivement à une lésion traumatique des nerfs est un signe favorable.

La plupart de ces propositions sont vraies *cliniquement*, et entre autres confirmations, elles ont acquis celle de M. Weir-Mitchell, dont la compétence est si grande en cette matière. D'une façon générale, on peut admettre que quand un muscle paralysé perd rapidement et complètement sa contractilité faradique, cela tient à ce que ses connexions avec son centre trophique (cellules motrices de la moelle) sont interrompues ou compromises. Cependant, nous le répétons, les recherches d'Erb et de M. Vulpian ont montré que l'état de la contractilité électrique, quand l'exploration se fait à travers la peau intacte, ne fournit pas, comme Duchenne incline à le croire, des notions absolues sur l'état anatomique du muscle ainsi exploré; et, à ce point de vue, l'électrisation localisée ne justifie pas entièrement la qualification d'*autopsie sur le vivant*, que Duchenne lui avait attribuée dans les premiers entraînements de sa découverte.

C'est ici que viennent se placer naturellement les recherches de Duchenne sur la paralysie du nerf facial, celle du nerf radial et les paralysies saturnines.

La symptomatologie générale de la *paralysie du nerf facial*, tracée de main de maître par Ch. Bell et par Ph. Bérard, n'est redevable à Duchenne que d'un petit détail qui est le suivant: dans certains cas de paralysie faciale, on constate de l'épiphora, qui fait défaut dans d'autres cas; cela tient, ainsi que l'a montré Duchenne, à ce que, chez les premiers, le muscle de Horner est paralysé et ne fait plus plonger les points lacrymaux dans le sac lacrymal; tandis que, chez les seconds, ce petit faisceau musculaire a conservé sa contractilité.

La faradisation, en revanche, lui a permis d'établir des distinctions capitales. Dans les paralysies faciales de cause cérébrale (il en existe sans paralysie concomitante de membre du même côté), la contractilité électrique des muscles paralysés est intacte; dans l'hémiplégie faciale symptomatique d'une lésion des pédoncules cérébraux ou de l'étage supérieur de la protubérance, et alternant avec une paralysie des membres du côté opposé, on constate à la face l'abolition de la contractilité électrique des muscles paralysés, tandis que les membres paralysés du côté opposé conservent leur irritabilité électrique normale. Dans l'hémiplégie faciale liée à une lésion organique de la septième paire au delà de son émergence du bulbe, les muscles paralysés sont privés de leur contractilité électrique. Enfin dans la paralysie faciale rhumatismale (*a frigore*), il faut distinguer deux variétés : l'une, bénigne, où la contractilité électrique des muscles est à peine diminuée; l'autre, grave, où elle est notablement affaiblie ou abolie; cette dernière est rebelle et souvent incurable.

La contracture tardive, qui s'empare fréquemment des muscles atteints d'hémiplégie faciale, a été étudiée par Duchenne avec un soin particulier; au nombre des causes qui la favorisent ou la déterminent, il mentionne une intervention électrique intempestive.

C'est dans la description de la *paralysie saturnine* que, selon nous, se révèle surtout le talent propre de Duchenne, et ces quelques pages rappellent involontairement ces bijoux finement ciselés, que leur exiguïté n'empêche pas d'être des chefs-d'œuvre. On sait que le poison plombique a pour propriété de frapper de préférence certains muscles des extrémités supérieures; grâce à l'exploration faradique (les muscles paralysés par le plomb perdent rapidement leur contractilité électrique), Duchenne a pu suivre pas à pas les diverses étapes de cette localisation; il a montré que tous les extenseurs de la main sur l'avant-bras ne sont pas pris à la fois ni indifféremment, mais que le plus souvent les muscles sont envahis dans l'ordre sui-

vant : l'extenseur commun des doigts d'abord, puis les extenseurs propres de l'index et du petit doigt, puis le long extenseur du pouce. « Les radiaux se prennent ensuite ; ils peuvent être affectés à la fois ou isolément. Dans ce dernier cas (phénomène constant jusqu'à présent), c'est le second radial qui est atteint le premier ; et lorsque, étant lésés simultanément, ils le sont d'une manière inégale, c'est encore le second radial qui est le plus malade... Chez tous mes malades, les supinateurs et l'anconé ont conservé leur contractilité électrique dans son intégrité, quoiqu'ils soient, comme les autres, sous la dépendance du nerf radial. »

Nous n'avons pas reculé devant cette énumération, car elle montre la précision presque mathématique que Duchenne a su donner au diagnostic anatomique et sa merveilleuse aptitude à créer des types. Tous ceux qui ont observé beaucoup de paralysies saturnines ont pu constater que, deux fois sur trois, elles obéissent rigoureusement à la distribution indiquée par Duchenne. A côté du type, il n'a garde d'omettre les exceptions, qui sont nombreuses, et dans lesquelles les muscles de la main, du bras, les péroniers (Gubler), sont envahis, et même où la paralysie se généralise quelquefois.

Nous pourrions parler, avec les mêmes formules admiratives, de la description de la paralysie (*a frigore*) du nerf radial, de son diagnostic d'avec la paralysie saturnine des extenseurs, de la paralysie du cubital, etc., etc. ; de même, l'étude des paralysies et des contractures partielles, du diaphragme, du grand dentelé, des péroniers, etc., nous offre encore ce caractère de sûreté, nous dirions volontiers infaillible, en matière de pathologie musculaire. Mais les détails dans lesquels nous sommes entré suffiront, sans doute, pour montrer quel relief et quel intérêt Duchenne a su donner à des sujets relativement secondaires, si tant est qu'il puisse s'en rencontrer dans les choses de la médecine.

Nous arrivons aux grandes formes morbides découvertes par Duchenne, et ici il nous sera permis d'être plus sobres de détails,

puisqu'il s'agit de faits généralement connus et qui depuis longtemps ont occupé la critique.

C'est par ce qu'il a appelé l'*atrophie musculaire progressive*, que Duchenne a débuté dans cette voie de découvertes successives, qui ont imprimé à son œuvre quelque chose de l'allure retentissante des vrais novateurs. Tout le monde connaît aujourd'hui cette maladie étrange dont il a si bien décrit la physionomie : chez un adulte, un homme le plus souvent, quelques muscles de l'éminence thénar perdent leur relief et commencent à s'atrophier : cette atrophie gagne les interosseux, l'éminence hypothénar, puis au hasard, quelques muscles de l'avant-bras et du bras; limitée d'abord à un côté du corps, bientôt les muscles homologues du membre du côté opposé se prennent à leur tour. Puis c'est le tour des muscles du tronc, du trapèze, des pectoraux, du grand dorsal, des muscles du cou, de ceux de l'abdomen, enfin de ceux de la cuisse et de la jambe. Cette ruine successive des muscles met deux, dix, vingt années et plus à évoluer, sans fièvre, sans troubles généraux, sans gêne de la défécation ni de la miction; ce n'est que quand les muscles respirateurs, les intercostaux et surtout le diaphragme se prennent, que le péril est imminent et que la moindre bronchite devient mortelle. Telle est, à larges traits, l'histoire de l'atrophie musculaire progressive.

Aucun de ces caractères n'a échappé à Duchenne; il insiste sur la distribution bizarre de l'atrophie, qui ne répond nullement à celle des troncs nerveux et qui fait que tel muscle peut disparaître complètement, tandis que le voisin, animé par le même nerf, conserve tout son volume. Il montre surtout qu'il s'agit là d'*atrophie*, et non de *paralysie;* que le fait initial et dominant, c'est la destruction, la dégénérescence du muscle qui conserve sa contractilité volontaire ainsi que sa contractilité électrique, tant que quelques fibrilles demeurent épargnées. Depuis les contractions fibrillaires et les tremblements vermiculaires qui annoncent le début de la maladie, jusqu'aux déformations, aux attitudes vicieuses, aux déplacements des leviers osseux qu'en-

traînent la destruction de certains muscles et la prédominance tonique de ceux qui sont demeurés sains, tout dans la description de cette maladie est achevé, et aucun trait ne manque au tableau clinique. La question de priorité ne saurait être sérieusement soulevée ; si le mémoire d'Aran (*Arch. gén.*, 1850) est la première publication relative à cette maladie, il a été fait, en grande partie, d'après les observations recueillies par Duchenne et repose sur des constatations électro-musculaires que, seul, il pouvait fournir à cette époque.

L'étude de cette maladie a été pour Duchenne un objet de prédilection, en ce sens qu'elle intéressait directement, par la répartition capricieuse de la lésion, sa curiosité de myologiste ; elle lui a fourni des notions précieuses sur l'action individuelle des muscles et par une méthode qui est en quelque sorte la contre-épreuve des résultats que donne l'électrisation localisée : au lieu de conclure à l'action de tel ou tel muscle par sa contraction isolée, il pouvait, dans le cas spécial, la déduire des déformations et des troubles moteurs qu'entraîne sa destruction atrophique.

Il est une maladie de l'enfance, caractérisée : « 1° par la paralysie musculaire survenant tout à coup après la naissance et sans cause connue en général, avec fièvre et quelquefois sans fièvre appréciable, avec diminution plus ou moins grande de la contractilité électrique ; 2° par l'atrophie simple, à des degrés divers, des muscles paralysés et par l'altération de texture de ceux qui sont complètement privés de l'influx nerveux central ; 3° par la rétraction secondaire et lente des muscles dont les antagonistes atrophiés ou dégénérés ne modèrent plus suffisamment la force tonique, et conséquemment par la déformation des parties, par des changements dans l'attitude des membres et par la formation de pieds-bots ; 4° par l'atrophie des parties du squelette dont l'innervation fait plus ou moins défaut. » Telle est, en quelques lignes empruntées à Duchenne lui-même, la caractéristique générale de ce qu'il a désigné sous le nom de *paralysie atrophique de l'enfance*. Ce n'est pas qu'avant lui la maladie n'ait

été observée et décrite par Heine, par Rilliet et Barthez, sous le nom de paralysie essentielle de l'enfance; par Bouvier et par M. H. Roger; mais, comme le fait remarquer Duchenne, nombre de questions n'avaient pas même été abordées et ne pouvaient l'être sans l'aide de l'exploration électro-musculaire. Reprenant cette étude d'après ses observations propres, relatées en grande partie dans la thèse de son fils (1), Duchenne a introduit dans la symptomatologie de la maladie les notions suivantes: si la fièvre initiale est la règle, elle peut faire quelquefois défaut ; la durée en est très variable, depuis une heure jusqu'à onze jours. Assez fréquemment, des convulsions et des contractures précèdent ou accompagnent la fièvre; la paralysie débute tantôt d'emblée par son maximum, d'autres fois, mais plus rarement, elle ne l'atteint que graduellement, au bout de deux ou trois semaines. Dès le septième jour, les muscles profondément atteints et destinés à périr peuvent avoir complètement perdu leur contractilité électrique; sur ces muscles, l'atrophie est très rapide, aussi rapide qu'à la suite des lésions traumatiques des nerfs chez un adulte. Jamais cependant, à l'inverse de ce qui se passe dans ce dernier cas, les muscles qui doivent guérir ne recouvrent la contractilité volontaire avant la contractilité électrique. A toutes les périodes de la maladie, l'immunité des fonctions de la vessie et de l'intestin persiste.

Si nous avons insisté sur la paralysie atrophique de l'enfance et si nous l'avons rapprochée de l'atrophie musculaire progressive, c'est que ces deux maladies ont, dans ces derniers temps, été le point de départ de recherches anatomo-pathologiques de la plus haute importance, recherches auxquelles Duchenne est à peu près demeuré étranger, il est vrai, mais qui se rattachent étroitement à la systématisation et à l'interprétation de son œuvre.

Se basant sur la distribution capricieuse de la lésion musculaire qui n'affecte aucun rapport apparent avec le système ner-

(1) Duchenne (de Boulogne) fils, *De la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance*. Paris, 1861.

veux, Duchenne regardait l'atrophie musculaire progressive comme une affection idiopathique des muscles ; il est vrai que Cruveilhier dès 1853 émettait l'opinion que l'altération musculaire pouvait probablement dépendre d'une lésion spinale, et en 1860, dans un cas d'atrophie musculaire, M. Luys constatait, « au niveau des racines antérieures atrophiées, dans les cornes antérieures, la disparition des cellules nerveuses. » Malheureusement le cas observé n'était pas un cas pur, car l'auteur note que « les cellules nerveuses des régions *postérieures* correspondantes étaient également méconnaissables. » Ce fait, tout en affirmant la nature spinale de la maladie, ne pouvait donc servir à une localisation précise. Pour ce qui est de la paralysie infantile, elle était regardée comme *essentielle*, c'est-à-dire myopathique, par les uns, comme spinale par les autres, mais sans preuve convaincante. Des recherches anatomiques récentes poursuivies avec autant de persévérance que de talent mirent en lumière un fait important : dans la paralysie infantile (Vulpian et Prévost, Charcot et Joffroy, Parrot et Joffroy, Roger et Damaschino), ainsi que dans l'atrophie musculaire progessive (Lockhart-Clarke, Charcot et Joffroy, Hayem), la lésion initiale est une altération, primitivement et systématiquement confinée pour les formes pures du moins, dans les grandes cellules des cornes antérieures de la moelle, altération qui évolue suivant le mode aigu dans la paralysie infantile, d'une façon chronique, mais progressive, dans l'atrophie musculaire.

Ce que nous tenons surtout à faire remarquer, c'est que les beaux travaux de localisation spinale qui font l'honneur de la jeune école de la Salpêtrière, s'ils ont singulièrement éclairé la pathogénie et facilité la compréhension des types morbides créés par Duchenne, n'ont rien retranché ni ajouté d'essentiel au tableau clinique qu'il en a tracé ; ce sont des cadres anatomiques, que ses descriptions cliniques sont venues remplir comme d'elles-mêmes, et son œuvre y a puisé une sanction nouvelle et définitive, celle des faits anatomo-pathologiques.

Cela est si vrai que, dans la dernière édition du Traité de

l'électrisation localisée, Duchenne a pu faire une place importante à l'exposé de ces données anatomiques récentes, sans se voir condamné, dans ce travail de remaniement, à sacrifier aucun point essentiel de ses descriptions cliniques. En revanche il a pu, mettant à profit ces enseignements anatomo-pathologiques, jeter quelque lumière sur le groupe confus de faits qu'il a désignés du nom de *paralysie générale spinale* et constituer ainsi, à l'aide de données cliniques déjà anciennes, mais mieux interprétées, des chapitres d'attente pour des formes pathologiques nouvelles, auxquelles il ne manque plus que la confirmation de l'autopsie. C'est ainsi que, sous le nom de *paralysie spinale antérieure aiguë* de l'adulte, il décrit un processus identique, à peu de chose près, à la paralysie atrophique de l'enfance et il localise très rationnellement la lésion dans le système antérieur de la moelle; de même, sous la rubrique *paralysie générale spinale antérieure subaiguë*, il désigne une paralysie atrophique toute particulière, qu'en 1853 il avait distinguée de l'atrophie musculaire d'une part, de la myélite diffuse de l'autre, et dont la symptomatologie s'explique facilement par l'hypothèse d'une lésion du système spinal antérieur. Une autopsie d'un cas analogue, pratiquée récemment, a justifié ces prévisions anatomiques (Cornil et Lépine).

Quel que soit l'avenir réservé à ces tentatives de localisation spinale, tout le monde admirera avec nous la sincérité et le zèle que Duchenne a apportés dans l'adaptation de son œuvre aux progrès récents de l'anatomie pathologique; cette dernière manière du maître n'est pas la moins intéressante à étudier, et elle témoigne de la souplesse singulière de son talent et de l'ardeur de sa curiosité scientifique.

La structure anatomique du bulbe a été l'objet presque exclusif des recherches de ses dernières années et la mort l'a surpris dans son travail de prédilection; prédilection bien justifiée du reste de la part de celui qui, le premier, a décrit la plus importante des paralysies bulbaires, la *paralysie glosso-labio-laryngée*.

La description de cette maladie est peut-être, de toutes celles qu'on lui doit, la plus parfaite, celle où ses qualités d'analyse fine et d'observation perspicace se montrent avec le plus d'éclat.

Quoi de plus frappant que le tableau qu'il trace de cette curieuse affection, gênant d'abord l'articulation des consonnes linguales, plus tard celle des labiales, plus tard la faculté d'articuler en général ; « bientôt la déglutition est atteinte et devient de plus en plus difficile : la voix est nasonnée, et le mouvement de diduction de la mâchoire inférieure se paralyse peu à peu ; dans une période plus avancée, la puissance expiratrice s'affaiblit, ainsi que la phonation ; dans une période ultime, les fonctions cardiaques sont quelquefois profondément atteintes ; enfin le cœur cesse tout à coup de battre, et conséquemment la mort est instantanée. » Et il ajoute : « Je n'eus pas plus tôt exposé l'étude clinique de cette maladie, que je fus *tourmenté* par le désir de rechercher l'explication physiologique des symptômes... Cette explication, les travaux sur la structure normale du bulbe dus à Stilling, à Luys, à Lockhart-Clarke et ses propres recherches la lui faisaient pressentir ; elle a été donnée complète et décisive par une autopsie de M. Charcot, où la lésion atrophique des cellules des noyaux bulbaires a été constatée (*Arch. de phys.*, 1870). Duchenne lui-même, en collaboration avec M. Joffroy, a pu depuis, dans un cas nouveau, vérifier l'exactitude de cette localisation anatomique.

La dernière découverte importante de Duchenne est celle de la maladie qu'il a désignée du nom de *paralysie pseudo-hypertrophique* ou *paralysie myo-sclérosique* (*Arch. gén. de méd.*, 1868) ; du reste il l'avait déjà nettement entrevue dès 1861 et décrite sous le nom de *paraplégie hypertrophique de l'enfance*. Paralysie curieuse entre toutes, particulière aux enfants et aux adolescents, qui débute par un affaiblissement des muscles des membres inférieurs et du bassin ; mais qui, au lieu de s'accompagner d'amaigrissement et d'atrophie, est caractérisée par l'augmentation excessive de volume des muscles atteints ; il en résulte « que les membres inférieurs paralysés sont énormé-

ment développés et contrastent par leur grosseur avec la maigreur relative des membres supérieurs, où la force motrice est normale. » Cette hypertrophie, du reste, n'est qu'apparente et tient à un développement excessif du tissu connectif interstitiel. Cette affection, grave dès le début, est généralement progressive et aboutit à une terminaison fatale. L'anatomie pathologique, jusqu'ici, a été muette sur la cause centrale de la maladie; la moelle a été trouvée intacte.

Nous avons jusqu'ici omis de mentionner l'étude la plus populaire de Duchenne, celle qui a surtout contribué à fonder sa célébrité, l'*ataxie locomotrice progressive;* nous l'avons fait à dessein, car ceci nous ramène à la question, tant de fois débattue par la critique, des droits de Duchenne à la priorité de cette découverte. Pour quiconque a parcouru, dans la 2e édition du Traité de Romberg, le chapitre consacré au *tabes dorsalis*, aucun doute ne saurait subsister; c'est bien une maladie, une entité morbide, et non le symptôme ataxie que vise la description de Romberg : les principaux signes de la maladie, les douleurs fulgurantes, les troubles de la vision, le contraste entre l'impotence des muscles pendant la marche, et leur énergie quand on les explore le malade étant couché, tout s'y trouve, même l'indication des crises gastriques si bien étudiées récemment par M. Charcot; comme caractéristique anatomique, la dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moelle est nettement indiquée.

Or la date de cette édition est 1851; celle du premier travail de Duchenne, sur le même sujet, 1858; le fait chronologique de priorité n'est donc pas discutable. Mais il est certain aussi que Duchenne n'a pas eu connaissance, au moment où il publiait ses recherches, de l'ouvrage du médecin allemand; et du reste, combien sa description si vivante, si minutieuse est supérieure aux quelques pages pressées, écourtées, que Romberg consacre au tabes ! En accordant même que Duchenne n'ait fait que développer les sortes d'aphorismes par lesquels aimait à procéder le professeur de Berlin, il est permis de dire qu'ici le commenta-

teur a singulièrement surpassé l'original. Et celui qui voudra se faire une idée vraie de l'ataxie locomotrice, ce n'est pas dans la sèche esquisse de Romberg qu'il la puisera jamais, mais bien dans le tableau si ferme, si magistral, si conforme à la réalité clinique que Duchenne en a tracé.

(*Archives générales de médecine*, 1875.)

LE BRAIDISME.

Ce nom, probablement ignoré des lecteurs étrangers à l'histoire du système nerveux, est peut-être plus familier que la chose même à ceux qui se sont occupés de ces études. Il représente une des phases les plus instructives de l'évolution du magnétisme animal et nous a paru mériter un exposé tout impartial.

En juin 1842, un modeste praticien de Manchester, le docteur Braid, soumettait à la section médicale de l'Association britannique ses recherches sur ce qu'il appela le *névro-hypnotisme*. Il s'offrait à répéter devant une commission spéciale ou devant la section elle-même ses expériences. On répondit à sa demande par un refus formel, et l'Association passa outre. Braid n'était pas homme à se décourager pour si peu. L'offre qu'on avait officiellement déclinée fut acceptée par quelques membres moins indifférents ou moins hostiles. Ce fut son premier essai de publicité, qui n'eut d'ailleurs qu'un médiocre retentissement. Convaincu, d'autant plus dévoué à son œuvre qu'elle était moins favorablement accueillie, le médecin de Manchester se fit, comme il est arrivé à tant d'inventeurs, le propagateur infatigable de ce qu'il tenait pour une découverte; il multiplia les séances expérimentales à Liverpool, à Londres, à Manchester ; il eut recours aux journaux, d'ailleurs peu sympathiques, et se décida à publier son livre intitulé : *Neurypnology, or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism*, un titre qui n'a pas besoin d'être traduit.

L'inspiration lui était venue au cours d'une *conversazione*, organisée en 1841 par Lafontaine, venu en Angleterre pour y ré-

pandre la notion du magnétisme et donner des séances, presque des représentations publiques. Né ou importé en France dès sa naissance, le magnétisme animal a fait de notre pays sa patrie d'adoption, et on peut dire que, s'il a rayonné dans ce monde, c'est en partant de ce centre où il venait se retremper à l'occasion. Vérités, absurdités, erreurs calculées ou inconscientes, théories mystiques, tentatives d'interprétations raisonnées, presque tout l'édifice a été dessiné, élevé au delà de ce que comportaient les fondations, et s'est effondré à Paris. Braid est le seul étranger qui, hors du continent, ait de haute volée abordé la recherche, et son intervention a été magistrale en ce que, déplaçant l'objectif, il a fait litière des anecdotes, rejeté les pouvoirs occultes, et réduit le magnétisme aux proportions des sujets accessibles à la science.

La première, ou tout au moins la plus sérieuse tentative faite pour donner au magnétisme animal une base scientifique, avait été celle de Eschenmayer, Kieser et Nasse, tous trois professeurs distingués, l'un à Tubingue, l'autre à Iéna, le troisième à Halle. Leur journal, fondé en 1817 sous le titre : *Archives du magnétisme animal*, a vécu plus longtemps que la plupart des publications de ce genre et a fini, comme toujours, par se perdre dans les récits ou les fantaisies de rédacteurs sans compétence. En matière de sentiments, les engouements durent peu, et les trois rédacteurs n'avaient pas réussi à faire passer le magnétisme du domaine de la foi dans celui de la raison. L'introduction, sincère avec un mélange de naïveté, mériterait d'être reproduite, si l'épreuve avait abouti. On y retrouve la phraséologie scientifique allemande avec des formules presque contemporaines, tant l'esprit d'une nation se modifie peu par le temps et s'adapte dans son intégrité aux sujets les plus divers ! Il s'agit de la lutte de la vie moderne, de ses aspirations vers les mystères les plus voilés et de la culture des intelligences appelées à élucider les problèmes du magnétisme en même temps que ceux de la politique. La physiologie doit, après avoir discerné le faux et le vrai, poser les lois fondamentales.

L'hypothèse pleine d'illusions était que l'étude des phénomènes électriques, tels qu'on les devine dans le fonctionnement du système nerveux des animaux et surtout de l'homme, fournirait la clé, qu'on ouvrirait avec elle la porte aux applications thérapeutiques. C'était vouloir résoudre l'inconnu par l'inconnu, et de cette honnête entreprise il n'est rien resté, pas même le souvenir, quoique le recueil contienne des observations du plus haut intérêt.

Vinrent ensuite les rares, mais longues discussions des académies, mauvais endroits pour les débats, qui aboutissent habituellement à une négation. Tout rejeter en pareille occasion est aussi puéril que tout accepter. Les assemblées délibérantes scientifiques, peut-être aussi les autres, préfèrent les décisions absolues aux recherches patientes, et, parmi les orateurs, les plus affirmatifs ou les plus sceptiques sont les mieux venus de la galerie. Inutile de rappeler les rapports successifs auxquels le magnétisme animal a donné lieu en France depuis 1784, soit devant la Faculté, soit devant l'Académie de médecine, tantôt sous forme de violents réquisitoires, tantôt avec de douteuses réserves. Si les supercheries étaient démasquées par de solides enquêtes, la vérité était dans l'ombre, et, l'ennemi repoussé, le vainqueur n'avait conquis aucun territoire. Plus inutile encore d'esquisser l'histoire du magnétisme animal. Il faut, pour disserter utilement sur ces problèmes obscurs, deux conditions : l'une, de remonter aux sources, et l'autre de répéter les expériences, en éloignant les mensonges d'abord et ensuite le douteux et le superflu.

Braid se défend d'être un magnétiseur dans le sens populaire du mot; après avoir été convaincu qu'il s'agissait de fantaisies et de billevesées (*collusion or delusion*), il s'est converti sans réserve. Tout individu magnétisé est, de ce fait, placé dans une condition de sommeil étrange, obéissant à des lois fixes, quant à sa production, à sa durée, etc. Endormi (et qui peut contester la réalité de l'endormissement ?) le patient présente des phénomènes divers, tantôt manifestes et permanents, tantôt indécis,

transitoires, en rapport, à la façon du rêve, avec des aptitudes nerveuses, souvent insaisissables à cause de leur mobilité et de leur personnalité. Le premier point, le point essentiel, est d'étudier isolément le fait, sommeil ou hypnotisme, quitte ensuite à pousser plus loin les investigations.

Voici dans ses moindres détails la méthode employée par Braid pour provoquer l'hypnotisme; je traduis littéralement : « Prenez un objet brillant (je me sers ordinairement de mon lancetier) entre le pouce, l'index et le médius de la main gauche; tenez-le à une distance d'environ 8 à 15 pouces des yeux, assez au-dessus du front pour produire le plus grand *strain* possible sur les yeux et les paupières et pour permettre au patient de maintenir le regard fixé sur l'objet.

« Il importe de bien faire comprendre au patient qu'il doit tenir les yeux fixés strictement sur l'objet et l'esprit concentré (*riveted*) sur l'idée de cet objet.

« Par le fait du consensus des deux yeux, les pupilles se contractent d'abord; peu à peu elles commencent à se dilater, et après que leur dilatation est devenue considérable, elles sont soumises à des mouvements oscillatoires. Si, à ce moment, l'index et le médius de la main droite, doucement écartés, sont portés de l'objet vers les yeux du patient, il est très probable que les paupières se fermeront involontairement par une série de vibrations.

« Au cas où l'occlusion n'aurait pas lieu, où le sujet laisserait les globes des yeux s'agiter, demandez-lui de reprendre l'expérience; surtout expliquez-lui qu'il est autorisé à fermer les paupières quand les doigts s'avancent vers ses yeux, mais que les globes oculaires doivent rester fixes et que l'esprit doit être rivé à l'idée de l'objet tenu à distance des yeux. En général, les paupières se ferment par des secousses, vibrations, ou en vertu d'un spasme.

« Après douze ou quinze secondes, en soulevant avec douceur les bras et les jambes, on s'aperçoit que le patient a de la disposition à les maintenir dans la posture où ils ont été placés, si

l'opération a agi efficacement. Au cas contraire, engagez-le à voix basse de garder les jambes dans l'extension ; le pouls s'accélèrera vivement et la rigidité des membres ne tardera pas à se manifester. On trouve alors que les organes des sens, sauf la vue, que la sensibilité au froid, au chaud, à l'action musculaire, que certaines facultés mentales, sont *prodigieusement* exaltés. Comme il arrive après l'ingestion du vin, de l'alcool, de l'opium, cette excitation passagère est bientôt remplacée par une dépression qui excède de beaucoup celle qui accompagne le sommeil naturel.

« L'opérateur peut, à cette seconde période, substituer à la torpeur et à la rigidité un redoublement de mobilité et de sensibilité. Il suffit qu'il dirige un courant d'air sur le ou les organes qu'il veut mettre en action, sur les muscles cataleptisés, auxquels il rendra leur souplesse. Je me déclare absolument incapable d'expliquer le *modus operandi* du courant d'air et ses effets extraordinaires, mais il n'existe aucune difficulté à reproduire les mêmes effets par les mêmes moyens, que ce soit moi ou tout autre qui opère, que le courant d'air soit produit par le souffle des lèvres, par un soufflet, par le mouvement de la main ou d'un objet inanimé.

« L'étendue et la soudaineté de ces changements sont si étranges qu'il faut en avoir été témoin pour croire à leur possibilité. »

La manœuvre, comme on le voit, est très simple ; elle diffère à ce point de vue des passes magnétiques et des méthodes complexes conseillées et employées pour créer le sommeil artificiel. On doit savoir gré à Braid de s'en être tenu à ces indications. Plus tard, après avoir multiplié des essais, analysé avec une sagacité croissante chacun des phénomènes, il arrivera aux données subtiles. Il sera aussi intéressant de le suivre sur ce second terrain qu'il l'est d'assister aux tentatives élémentaires. Qu'il soit possible, par la simple concentration de l'œil et de l'esprit, de provoquer un sommeil spécial, la chose n'est actuellement mise en doute par personne. Non seulement le fait

est avéré, mais les moyens par lesquels on le réalise sont nombreux et divers. Réussissent-ils tous à produire le maximum des résultats ?

L'observateur devra distinguer deux temps dans ce qu'on me permettra, faute d'un meilleur mot, d'appeler l'opération : d'abord l'hypnotisation ou l'endormissement, et en second lieu les phénomènes spontanés ou provoqués qui se succèdent pendant la durée du sommeil. Braid avait imaginé une façon de vocabulaire à son usage; on peut le rappeler, moitié à titre de curiosité, moitié pour montrer l'importance attachée par lui aux différents stades : *hypnotiser*, déterminer le sommeil nerveux; *hypnotisme*, le sommeil lui-même; *déshypnotiser* ou réveiller; *hypnotiste*, l'opérateur qui pratique le névro-hypnotisme.

Dans quelle proportion des individus d'âge, de sexe, de conditions sociales variées subissent-ils l'influence de l'hypnotisation faite par les moyens qui viennent d'être indiqués? J'ai déjà montré comment Braid avait procédé pour vulgariser sa méthode, les oppositions railleuses qu'il avait rencontrées et le scepticisme tantôt scientifique, tantôt populaire et bourgeois, qu'il avait eu à combattre. A chaque séance, il se met à la disposition des assistants, demandant qu'ils fassent eux-mêmes le choix des sujets à influencer. Ce sont des enfants, des adultes, des gens étrangers à toute notion ou des incrédules forts de leurs connaissances relatives; rarement il aboutit à un insuccès, tout en admettant des degrés dans l'intensité de l'influence. C'est ainsi qu'à une de ses conférences publiques de Manchester, quatorze adultes, hommes de bonne santé, inconnus, se présentent et dix sont résolument hypnotisés; à Rochdale, vingt étrangers sont mis en expérience et endormis dans une soirée; à Londres, le 1er mars 1842, seize succès sur dix-huit expériences pratiquées également avec des adultes. Dans une autre occasion, le résultat est encore plus saisissant. Trente-deux enfants sont réunis dans une chambre : aucun d'eux, bien entendu, n'a le moindre soupçon du mesmérisme ou de l'hypnotisme : en moins d'un quart d'heure, tous sont hypnotisés et main-

tiennent étendus leurs bras frappés de rigidité cataleptique.

Les animaux sont également influencés par les mêmes procédés. Que l'opérateur agisse en plein jour, pendant la nuit, le milieu n'y change rien si les conditions indispensables sont remplies, à savoir, l'abstraction du monde ambiant, la fixité de l'œil et des idées, tous *desiderata* plus faciles à réaliser dans l'isolement qu'au milieu d'une assemblée nombreuse et mouvante. A la rigueur, le seul élément de la concentration mentale peut suffire, les aveugles et les patients auxquels on a bandé les yeux n'étant pas forcément plus rebelles que les voyants. Cependant, dans la majorité des cas, l'intervention de la vue joue un rôle si important qu'on doit ne rien omettre pour régler son action. La posture la plus favorable est de faire diriger les yeux un peu en haut et de provoquer un léger strabisme convergent.

Quelques observations ou plutôt quelques anecdotes empruntées à Braid serviront à la démonstration et tempéreront un peu l'aridité de cet exposé du manuel opératoire.

« Après ma conférence à Londres, un gentleman exprima à M. Walker, qui m'assistait, le très vif désir d'être hypnotisé par moi, les tentatives des plus habiles magnétiseurs ayant échoué. « Asseyez-vous, dit M. Walker, et je vous hypnotiserai moi-même en une minute. » Quand j'entrai dans la chambre, j'aperçus le patient assis, les yeux en arrêt sur le doigt de l'opérateur. Je sortis un instant, et en rentrant quelques minutes après, je trouvai M. Walker immobile, presque endormi et ayant le doigt dans un état de rigidité cataleptique. Je repris l'expérience et, avant trois minutes, le malade était endormi et absolument cataleptisé. La faute de M. Walker avait été de tolérer du bruit dans l'appartement, de ne pas placer les yeux du sujet dans la meilleure direction. » Un autre fait est plus curieux. « Je fus informé, dit Braid, qu'un enfant de cinq ans et demi avait assisté à une de mes expériences et en rentrant le soir avait proposé à sa bonne de l'hypnotiser. Celle-ci, ne supposant pas qu'elle éprouvât la moindre sensation, s'y prêta de bonne grâce et tomba rapidement dans le sommeil, avec les phénomènes nerveux les

plus accentués. J'étais peu disposé à croire et je soupçonnais quelque malentendu. Le lendemain, j'allai rendre visite aux parents et demandai à l'enfant de renouveler l'expérience, qui, cette fois encore, réussit au mieux. »

Plus tard, la servante ainsi hypnotisée par hasard devait fournir à Braid un de ses sujets de prédilection. Toute personne même étrangère aux choses de la médecine pourra tenter avec succès la méthode de Braid, en se bornant à solliciter l'hypnotisme et la catalepsie.

Autant Braid est précis sur le mode d'opérer qu'il préconise, autant il l'est peu sur les détails de l'observation, pendant la première période, la seule dont je traite actuellement. Il suffit, sans autre précaution, d'appliquer la pulpe de deux doigts sur les yeux d'un malade couché et auquel on ne demande pas de participer autrement à l'épreuve qu'en se laissant faire passivement; si le sujet est propice, au bout de quelques secondes, on voit se manifester les premiers indices de l'hypnotisation. Les globes des yeux s'immobilisent : c'est là, et Braid l'avait justement noté, en y insistant peu parce qu'il n'agissait pas par le contact, la condition *sine qua non*. Tout malade dont les globes oculaires s'agitent ne sera pas ou n'est pas encore sous l'influence. Presque immédiatement la respiration devient plus *haute*, la face et le devant de la poitrine sont légèrement injectés, le malade semble se défendre en exécutant quelques mouvements indécis ; la respiration devient sonore, cette phase dure moins de deux minutes, et, sans les marques d'excitation que Braid déclare prodigieuses, le sujet entre dans le sommeil artificiel avec plus ou moins de raideur cataleptique. Nous verrons ultérieurement ce qui peut se passer pendant le sommeil ainsi provoqué et les moyens propres à déshypnotiser le malade.

J'ai été surpris de voir l'agitation dont Braid paraît faire cas sans d'ailleurs la décrire, manquer dans toutes mes expériences et dans celles plus nombreuses encore que j'ai fait exécuter par mes élèves. Était-ce dû à l'inhabileté de l'opérateur ou à l'imperfection de la méthode encore plus rudimentaire que celle de

Braid ? La question pouvait aisément se résoudre en changeant l'opérateur ou en suivant à la lettre les prescriptions de Braid. J'ai fait l'un et l'autre et, malgré ma meilleure volonté, je n'ai pas réussi à déterminer une crise d'agitation, ni extrême ni même moyenne. Les plus excitables sont restés bien loin de l'agitation qui marque le début de l'endormissement chloroformique. Les résultats obtenus par Braid doivent-ils toutefois être mis en doute ? Avec un observateur de cette sincérité, la critique doit n'avancer que prudemment vers la négative. D'autre côté, je m'étonne de ne trouver nulle part l'exposé, même sommaire, des phénomènes d'agitation qui caractériseraient l'entrée en matière.

Convient-il, faute de mieux, de supposer qu'il existe des hommes appelés par un côté quelconque de leur nature, inconnu, mystérieux, à dominer le système nerveux des sujets sur lesquels ils expérimentent, faculté singulière, sorte d'ascendant dont l'équivalent se retrouve en tant d'occasions solennelles ? Le problème a été soulevé nombre de fois, et Braid a considéré comme son meilleur titre de gloire de l'avoir définitivement résolu. L'aborder à présent, ce serait rompre un exposé déjà si difficile à ordonner méthodiquement.

Le patient a été hypnotisé, il a cessé d'appartenir à la vie réelle pour entrer dans un état sans analogue, semblable par certains aspects au sommeil naturel, dissemblable par d'importantes particularités, et exigeant une étude propre. Que va-t-il se passer pendant la durée plus ou moins longue de ce sommeil spécial ?

La première manifestation, la plus constante, est la rigidité cataleptique; tantôt générale, tantôt partielle, tantôt absolue et tantôt incomplète. L'aspect de l'hypnotisé cataleptique est si étrange que c'est assez de l'avoir observé une fois pour s'en souvenir toute sa vie. Le malade, immobilisé, ressemble exactement aux mannequins dont se servent les peintres. Les articulations ont perdu en partie leur élasticité ; lorsqu'on cherche à les fléchir, elles opposent une molle résistance, les membres gar-

dont indéfiniment — indéfiniment n'est pas trop dire — la posture qu'on leur a donnée. Décrire toutes les attitudes possibles de ces façons de tableaux vivants serait enfantin et inutile. Debout, le malade reste en parfait équilibre si on a eu soin de lui assurer une base de sustentation; couché, il se prête aux positions les plus étranges. Il est toujours surprenant de voir un homme étranger à ce qui se passe en lui et autour de lui, ramené pour ainsi dire à l'état d'une masse plastique qu'on modèle à son gré, le sujet n'étant ni résistant ni docile, mais simplement passif. La contraction musculaire ou la tension des muscles, phénomène réputé actif par excellence, se maintient, chose bizarre, juste au même degré, tout le temps que dure ce mode de catalepsie. Le muscle a exagéré sa tonicité et perdu ce qu'on a appelé ingénieusement le sens de son activité.

Lorsqu'un modèle vivant de sculpteur ou de peintre a été astreint pendant un certain temps à une pose même peu tourmentée, la fatigue s'accumule peu à peu, affectant d'abord les membres dont la posture exigeait le plus grand effort de tension et finissant par gagner ceux qui n'étaient obligés qu'à une immobilité passive. Le cataleptique hypnotisé ignore la fatigue; vous êtes maître d'étendre son bras dans une position qui provoque à l'état normal le maximum de lassitude, d'attacher un poids à la main suspendue et déviée par la contorsion la plus bizarre : ni un frémissement ni un indice quelconque ne trahit une sensation. L'homme est de fer ou de bois. Et cela peut durer pendant des heures sans interruption d'une seconde.

Cette sorte de catalepsie est l'attribut exclusif des hypnotisés ; on la trouve survenant en apparence spontanément chez des individus atteints d'affections nerveuses ou cérébrales, mais cette spontanéité illusoire tient à un défaut d'observation. Parmi les cérébraux, quelques-uns, sans entrer dans le détail des événements pathologiques auxquels ils sont soumis, vivent dans un état permanent de subhypnotisme : éveillés, ils le sont à demi : endormis, ils le sont à l'excès. Un incident quelconque, le fait de l'occlusion, même volontaire, des yeux suffit pour les hypno-

tiser; leur intelligence engourdie s'absorbe volontiers dans une idée unique et indifférente; ils réunissent donc la somme des conditions exigées pour que les phénomènes de l'hypnotisation apparaissent. Efforcez-vous de les tenir en éveil, et il ne surviendra pas de catalepsie. Une autre donnée curieuse, c'est que jamais le sommeil naturel, dans quelque condition de fatigue qu'il se produise, ne s accompagne d'un état cataleptique, même indécis. Il peut emprunter au sommeil provoqué quelques-uns de ses caractères, la ténacité, la résistance à ce qu'on pourrait nommer les agents réveilleurs, comme la lumière, le bruit, le mouvement, la station, la douleur, etc., mais rien de plus.

Braid a bien vu les phénomènes cataleptiques, mais il en a laissé une description au-dessous du médiocre. L'étude de la catalepsie, manifestation prépondérante de l'hypnotisme, appartient à sa première manière, c'est-à-dire au début de ses recherches. Plus tard, il ne lui suffira pas d'avoir constaté des faits positifs, mais froidement limités; il entrera dans le domaine de l'étrange, et ces états élémentaires perdront pour lui le meilleur de leur intérêt.

A l'inverse de la rigidité, l'hypnotisation peut déterminer la résolution et la flaccidité des membres, avec une égale insensibilité à la fatigue comme à toute excitation périphérique. Ces cas sont beaucoup plus rares, et quand on en rencontre un, il est sage de s'enquérir des antécédents. On trouve alors que le sujet était déjà un malade ou tout au moins présentait des particularités semi-pathologiques, comme la tendance aux défaillances et surtout la possibilité de tomber en collapsus sous l'influence d'un hypnotisme rapide et inconscient.

Il importe, dans l'histoire longue et complexe des sommeils artificiellement provoqués, de ne pas omettre, à titre de simple appendice, le récit des hypnotismes du second ordre, mal distincts, venant à leur heure, au hasard d'un incident, sans l'intervention d'un tiers opérateur. Le malade seul, livré à sa propre observation, atteint d'un malaise qui lui interdit de s'observer, est réduit à une notion très confuse des hypnotismes bâtards et

ALE CLINIQUE
BIBLIOTH... ...D SALE

passagers sont matière à étude pour tous ceux qui s'intéressent aux capricieuses déviations du système nerveux.

Braid, qui s'est abstenu de ces visées, peut-être de parti pris, plus probablement parce que son objectif était ailleurs, rapporte un fait curieux qui a trait justement aux hypnotismes avec flaccidité musculaire. Il s'agit d'un patient qui, hypnotisé par les procédés ordinaires, était, dit-il, disposé à devenir un grand cataleptique (*strongly cataleptic*) et qui, grâce à une modification dans la méthode, resta tout au contraire trois heures et au delà profondément endormi, avec les muscles détendus et la respiration fort adoucie. Cette exception, il l'attribue à la position dans laquelle les yeux furent placés pendant l'opération, les paupières closes, les yeux portés en haut et dirigés comme s'il s'agissait de voir un objet à grande distance. De la santé antérieure du sujet il n'est pas dit un mot. Braid, à la manière de tous les inventeurs, ne consent pas à supposer l'intervention d'une autre influence que celle qu'il met lui-même en jeu.

Voilà donc deux *modus vivendi* de l'hypnotisé. Ce sont les types vulgaires et classiques que le premier venu, patient et opérateur, est presque constamment en mesure de réaliser. J'ai rappelé que la constitution antérieure du sujet n'était pas à négliger, que, suivant ses aptitudes nerveuses, il apportait plus ou moins de résistance à l'épreuve.

Savoir les dispositions nerveuses d'un individu n'est pas chose toujours facile. Aucun signe extérieur n'en témoigne, et les gens ont souvent de bonnes raisons pour dissimuler une pointe de nervosité qu'ils considèrent comme une tare ou comme une menace. Les médecins seuls ont qualité pour instituer cette enquête rétrospective ; mais quand ils sont devenus hypnotiseurs ou magnétiseurs, la plupart ont cessé d'être médecins. L'important pour eux est d'évoquer un état qui touche au merveilleux ; les considérations accessoires nuiraient à l'éclat du fait fondamental. Tous cependant, médecins ou non, ont été contraints de reconnaître et n'ont pas hésité à déclarer que certaines personnes subissaient avec une facilité exceptionnelle

l'influence hypnotique. Les magnétiseurs, plus enclins à tenir compte des puissances de l'opérateur que de la réceptivité de l'opéré, considérant le premier comme le cachet et le second comme la cire, n'ont pas davantage essayé de le nier. Il est acquis que les femmes d'abord, que les jeunes sujets ensuite, adolescents dont le tempérament touche par tant de côtés à la complexion féminine, sont particulièrement aptes. Braid se borne presque à mentionner le fait, qui le gêne visiblement.

La seconde prédisposition est d'un autre ordre. Tout individu déjà soumis à une expérience acquiert un surcroît d'aptitude, et à mesure que les expérimentations se sont multipliées, il devient de plus en plus docile. Ceux qui sont rompus à ces façons d'exercice deviennent les vrais *sujets*, et le nom leur en est resté. Je ne parle pas des cas où la supercherie s'en mêle et où la première condition pour tromper le monde est d'être un jongleur habile. L'opérateur et l'opéré, en pareille circonstance, se valent presque toujours au point de vue de la probité ; mais de telles fraudes, laborieusement conduites, accomplies en vue d'un succès d'argent ou de tout autre, ne s'appliquent qu'aux grandes occasions. Quand il s'agit d'un hypnotisme réduit aux modestes proportions d'une curiosité satisfaite, la chose n'en vaut pas les frais : on est dans la vérité en affirmant que la simulation est exclue, et d'ailleurs elle serait aisément déjouée par tout homme du métier.

L'entraîné, et le mot n'est pas excessif, devient-il seulement un prédisposé, une pâte plus molle, ou aiguise-t-il son système nerveux par la série des secousses qu'il lui imprime de manière à en obtenir des effets qu'un néophyte en hypnotisme ne réaliserait pas ? Assurément oui, et ici commence une évolution nouvelle de l'hypnotisation ; je n'ai parlé que des patients vulgaires, écoliers ou apprentis, à peu de chose près conformes au type commun. Avec ceux-là, les expériences renouvelées donnent des résultats monotones. L'expérimentateur se lasserait vite de constater le sommeil lourd et la catalepsie rigide ; de temps en temps il voit poindre au-dessus de cette uniformité des traits

inattendus et éclatants. Comme malgré lui, sa pente est vers la recherche du merveilleux, comme, en qualité d'inventeur, il éprouve le besoin incessant de découvrir, il se hâte de négliger les chemins battus, il aspire à étonner davantage des gens déjà surpris, mais dont l'étonnement s'épuise vite, et qui passent sans ménagements du scepticisme à la croyance et de la conviction à l'indifférence.

Braid semble s'être défendu longtemps, et après une lutte où il était peut-être impossible qu'il eût le dernier mot, il a succombé. J'entre donc dans le récit assez scabreux de la deuxième phase de sa vie d'hypnotiseur ou de sa seconde manière. Le contrôle me fait défaut. Autant il m'était aisé, autant même il entrait dans mon devoir d'enseignant de constater des faits précis, autant j'ai cru prudent de me défendre des subtilités, des arguties, des appréciations aventureuses. En fait de gens nerveux, le conseil populaire d'en prendre et d'en laisser est le seul sage; il est nuisible d'être un incrédule; il est dangereux d'être un adepte. Ce n'est pas à dire que je n'aie été témoin d'expériences sans nombre, que je n'aie assisté à des phénomènes si extraordinaires qu'ils déconcertent encore mon jugement: il s'agissait de cas d'exception, d'individus privilégiés chez lesquels, sous l'influence d'un sommeil artificiel, spontané ou provoqué, se développaient des miracles de sensibilité ou des puissances intellectuelles inexplicables. Ces *casus rariores* ne se racontent pas: le médecin en reste le spectateur inutile, et quelle que soit à la longue la richesse de ses observations, il n'en tire aucun parti parce qu'elles ne se prêtent ni à un classement ni à une coordination scientifique.

Avec Braid, il en est autrement; son ferme propos est de montrer que ces prétendues exceptions deviennent la règle entre les mains d'un homme qui sait manier l'hypnotisé, et cela sans moyens mystérieux, en ayant recours à des procédés définis, accessibles à tous et appelant un contrôle auquel jusqu'à ce jour tous les gens de science se sont refusés. Pourquoi? nul ne le sait, mais on en trouverait la raison.

Lorsque le patient est dominé par le grand hypnotisme, que sa vue est annulée, ses yeux convulsés, ses sens inertes, ses membres raidis, comment le soustraire à cette dépression qui ne tarderait pas à devenir inquiétante si on n'en prévoyait l'issue? La découverte la plus curieuse peut-être dont on soit redevable à Braid renverse les plus ingénieuses combinaisons. Rien ne vit plus, et il faut trouver un agent assez énergique pour revivifier le patient, chez lequel toutes les fonctions auxquelles nous empruntons nos excitations familières sont éteintes. Les bruits les plus aigus, les douleurs vives, les sollicitations de la parole, le laissent insouciant ; un souffle sur les yeux rompt le charme ; le sujet se frotte les yeux et passe sans transition d'un sommeil léthargique au libre réveil. C'est une résurrection instantanée.

Ce *Lebens-Erreger* est unique, insensé, et vrai sans réserves. Je me rappelle, qu'un jour un de mes élèves, qui a rédigé une bonne thèse sur l'hypnotisme, endormit une malade et oublia de la réveiller. C'était jour de visite à l'hôpital. Les parents arrivent, entourent la malade muette et immobile, qu'ils essayent inutilement par les stimulants accoutumés de rappeler à elle-même. L'étonnement, la terreur les envahit et, les propos aidant, on croit à un sortilège. Le directeur de l'hôpital, mandé et moins défiant, interroge la sœur qui le renseigne, mais comment sortir de cette impasse? Il envoie chercher l'élève, qui résout instantanément le problème. L'endormissement durait depuis quatre heures sans trêve ; le réveil s'accomplit sans commotion.

Voilà le fait brut, et il est considérable, parce qu'au lieu de répondre à un hasard, il est absolu. La possibilité de couper ainsi court à l'hypnotisme a été une véritable révélation. Qui que ce soit peut souffler sur les yeux du patient avec la bouche, un soufflet, un éventail, l'effet si décisif est toujours le même. Est-on, après une si concluante expérience, en droit de supposer que la personne de l'opérateur joue un rôle prépondérant, que sa volonté exerce un empire merveilleux et que sa seule autorité a créé un état que le premier venu dissipe par un désenchantement presque ridicule? Que devient alors la théorie de l'influx

magnétique, et Braid n'a-t-il pas accompli une œuvre méritoire en démolissant ainsi et d'un seul coup l'échafaudage et en prouvant que, l'opérateur étant indifférent, le résultat dépendait de l'opération?

Dans une des *conversazione* qu'il organisait tantôt à Manchester, tantôt à Liverpool ou à Londres, Braid, au lieu de faire porter le souffle sur les yeux, le dirigea sur le bras du cataleptisé. A sa grande surprise, il s'aperçut que la rigidité avait fait place à une flaccidité complète. La chose est vraie, mais loin d'être constante. L'expérience renouvelée sur d'autres points donna des résultats analogues. Ce fut pour lui une pénétration dans un monde de phénomènes nouveaux. L'hypnotisme avait envahi l'économie nerveuse tout entière, mais, au lieu d'être une unité, l'hypnotisé lui apparut comme une sorte de fédération organique composée des diverses provinces qui pouvaient être détachées de l'ensemble et subir une influence qui n'excédât par leurs limites. Il ne s'agissait que de tracer isolément la configuration de chacune des parties, de chercher les agents efficaces et de mesurer leurs effets. La première pensée fut, comme on le voit, de procéder à des hypnotisations partielles, sans modifier ni au fond ni en apparence l'état général. Ce n'était que la moitié de la tâche. Si on réussit à réduire partiellement dans un bras, par exemple, les phénomènes actifs à leur minimum, on peut par d'autres manœuvres locales les développer jusqu'à leur maximum. Dans les deux cas, on réagit sur la périphérie en respectant le centre: les résultats sont contrastants, mais la loi reste. Et ce centre lui-même, pourquoi le soustraire à la règle commune? pourquoi ne pas le subdiviser en organes plus ou moins indépendants, sur lesquels on exercerait une action isolée?

En 1842, la phrénologie trouvait en France un certain crédit; moins goûtée en Angleterre, pays défiant et qui ne s'approprie qu'à la longue les découvertes des autres peuples, elle avait néanmoins éveillé la curiosité. Les magnétiseurs anglais et américains en avaient tiré, sous le nom de *phréno-magnétisme*, quel-

ques indications. En même temps, la psychologie, codifiée par l'école de Dugald-Stewart, aboutissait, moins la localisation cérébrale, presque aux mêmes données que la phrénologie. Les facultés étaient envisagées comme autant de facteurs presque indépendants ; on se plaisait à scinder l'intelligence et la sensibilité, avec l'espoir qu'en étudiant séparément chaque sentiment ou chaque faculté, on en faciliterait l'analyse, quitte à rassembler plus tard les fragments. Les psychologues traitaient de la mémoire, du jugement, de l'association des idées, et les médecins d'aliénés, entraînés par le courant, croyaient bien faire en assignant à chacune de ces divisions artificiellement circonscrites les maladies qu'elles comportaient. La pathologie exploitait ainsi, selon l'usage de tous les temps, une physiologie attrayante par sa simplicité et lui apportait l'appoint d'observations recueillies à la légère, mais avec la meilleure foi.

Braid n'avait qu'à emprunter aux phrénologues leur carte topographique du cerveau et à appliquer la pierre de touche de ses manœuvres hypnotiques à chacune des facultés intellectuelles et morales, découpée par Gall à l'emporte-pièce, munie de sa définition et de sa description conformes au programme des botanistes d'alors et pourvue de son foyer. Un scrupule qui semblerait étrange partout ailleurs qu'en Angleterre le retenait. En s'appuyant sur la phrénologie, ne risquait-il pas de passer pour un matérialiste? Braid s'en défend en invoquant les arguments habituels qui militent en faveur de l'esprit commandant à la matière et se résumant dans la formule du *Mens agitat molem*. Sa profession de foi n'a qu'un intérêt de curiosité : c'est un petit philosophe comme un petit physiologiste. Les explications banales lui suffisent ; non seulement il s'en contente, mais il s'en réjouit, bien convaincu de l'irréfutable autorité de son argumentation. Un homme qui jongle incessamment avec le mystérieux, l'étrange, l'inexplicable, a quelques droits à ne pas se montrer plus exigeant.

Ces prémisses étaient indispensables. J'aborde maintenant l'exposé des expériences que j'ai avoué tout d'abord n'avoir pas

contrôlées. Le récit des faits sera suffisamment instructif pour se prêter à peu de commentaires.

« Ma première tentative faite en vue de provoquer des phénomènes phréno-hypnotiques eut lieu à Liverpool, en 1842 ; elle ne réussit pas. Après avoir répété les essais en public ou en particulier avec le même insuccès, je finis par croire que les opérateurs qui prétendaient avoir eu meilleure chance avaient été le jouet de *lusus naturæ*, dupes de leur patience ou d'eux-mêmes. J'y revins sans me décourager. L'idée mère était qu'en exerçant pendant l'hypnotisme une pression sur des portions différentes du crâne ou de la face, on excitait chez les patients des idées et des sensations variables suivant le point où avait lieu le contact. Les résultats étaient indécis, sinon contradictoires. J'ai découvert depuis la cause du désaccord ; la faute avait été de ne pas opérer au moment opportun du sommeil artificiel et, depuis lors, le succès a répondu à mon attente. Chez un sujet hypnotisé depuis quelques minutes, j'exerce une légère pression sur les os du nez ; aussitôt le patient part d'un violent éclat de rire qui cesse ou reparaît suivant que je suspends ou que je reprends la pression. Ce brusque passage d'un rire explosif à la gravité ou plutôt à l'absence de toute expression propre aux hypnotisés dépassait toute croyance. La prestion sur le menton était immédiatement suivie d'une respiration supérieure. En pressant avec le doigt sur les points du crâne signalés par les phrénologistes comme le siège d'appétits définis, on faisait passer le sujet par toutes les combinaisons de sentiment qu'il plaisait de susciter. Le toucher du point dévolu à la *combativité* amenait à l'instant une transformation de toute la contenance. De placide l'individu devenait féroce d'esprit ; son visage se colorait, sa respiration était anxieuse, il grinçait des dents et si les bras n'étaient pas en raideur cataleptique, il affectait des gestes menaçants. Le tout s'exécutait sans prononcer une parole, en présence d'un auditoire compétent et sur un homme absolument étranger à toute notion phrénologique ou psychologique. Réveillé, il était absolument igno-

rant de ce qu'il avait pu faire ou dire pendant le sommeil. »

Les épreuves se multiplièrent ; le zèle de Braid redouble à mesure qu'il croit avoir assuré la démonstration. Il convoque à ses séances les spectateurs ; il va de Liverpool à Manchester et à Londres, colportant sa découverte, et, malgré tant d'efforts, après avoir sollicité la critique sous toutes les formes, il n'arrive guère qu'à remplacer le scepticisme absolu par un doute hésitant. Étrange destinée, commune à tous ceux qui, comme lui et moins sincèrement que lui, ont été entraînés dans le tourbillon du magnétisme.

Ces expérimentations, qu'on les interprète comme on voudra, sont curieuses. Dût-on n'en pas tirer d'autres conclusions, elles prouveraient à quel degré de déception honnête un observateur qui, par plus d'un côté, est un maître, peut se laisser entraîner. Je tiens à rapporter encore quelques exemples. — Mlle Col se soumet pour la première fois à l'hypnotisation. En quelques minutes, elle est endormie. Deux doigts sont posés sur le point affecté à la *vénération*. Immédiatement son aspect se transforme ; elle se lève doucement de sa chaise, s'avance avec majesté vers la table située au milieu de la chambre. Là, elle tombe sur les genoux et représente au degré le plus saisissant le type de l'adoration mystique. A son réveil, oubli complet de ce qui s'est passé. « Quarante-cinq sujets m'ont fourni, dit Braid, la possibilité de réaliser à mon gré ces étranges phénomènes. »

Dans une autre *conversazione*, il éveille par la pression, chez une assistante inconnue et hypnotisée, le sens de l'*acquisivité*. La jeune femme dérobe leur mouchoir à deux dames, une bague à un spectateur. On touche alors le point correspondant à la *conscience*, immédiatement le sujet témoigne de l'anxiété, elle se lève, cherche à rendre à leurs possesseurs les objets qu'elle vient de s'approprier ; ceux-ci ont changé de place, elle les cherche, les retrouve et restitue ses larcins. Chez une mère de famille, hypnotisée pour la première fois, la pression sur le siège phrénologique de la *bienveillance* détermine

une explosion de larmes ; elle tire sa bourse et en sort quelques pièces de monnaie qu'elle distribue par la pensée à des pauvres. Un sujet en catalepsie a par hasard appuyé son propre doigt sur le foyer de la *philogéniture*. Il s'agite aussitôt sur sa chaise, en faisant le geste de bercer un enfant ; peu à peu les mouvements s'accélèrent, on cherche sans succès à prévenir une convulsion imminente en éloignant la main qui résiste et qui se détend enfin par un souffle sur le bras.

Braid est persuadé, mais on dirait qu'il éprouve le besoin d'excuser sa conviction. « Si je puis, dit-il, croire en quelque chose à l'évidence fournie par mes sens, je ne vois pas comment je pourrais douter du rapport qui existe entre certains points du crâne et les manifestations mentales qu'on provoque en agissant sur ces points durant l'hypnotisme. »

Pour les critiques, probablement peu nombreux, qui voudraient tenter l'aventure, je rappelle la méthode : mettre le patient en état d'hypnotisme par les moyens déjà indiqués; étendre les bras pendant une minute ou deux, les abaisser doucement ; laisser le sujet au repos absolu durant quelques minutes ; appliquer un ou deux doigts sur le point central du foyer phrénologique en exerçant une légère pression. Si la contenance témoigne que l'effet attendu est réalisé, s'en tenir à cette manœuvre. Au cas contraire, frictionner doucement le point comprimé et à voix basse interroger le patient sur ce qu'il éprouve, ce qu'il désire, ce qu'il aime ou ce qu'il voit, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une réponse décisive.

On ne me pardonnerait pas de pousser plus loin l'analyse et de reproduire le catalogue des fonctions intellectuelles et morales dressé par les phrénologues, revu et corrigé par Braid. Je ferai pareillement grâce au lecteur des interprétations où figure une théorie du système nerveux ganglionnaire, des actions réflexes, etc., qui, même si elle était prouvée, éluciderait peu la question.

Le complément obligé de toute investigation du genre de celles que poursuivait Braid : magnétisme animal, mesmérisme, som-

nambulisme, fascination, est l'application de l'agent si énergique et si puissant au traitement des maladies. Sous leur forme brutale et grossière, les miracles du cimetière Saint-Médard étaient excusés, justifiés, je dirai même glorifiés par les cures non moins miraculeuses dont l'honneur lui revenait. Malheureusement ou heureusement la thérapeutique, représentée par ses deux termes: le malade et le médecin, a encore moins de fixité que l'aspiration vers l'inconnu. Elle débute par une foi improvisée, le résultat favorable obtenu ne représente pas un fait, mais la règle. Puis les essais se multiplient avec des fortunes diverses : plus la confiance a été sereine, plus la défiance, dès qu'elle s'insinue, en trouble la limpidité; du peut-être qui d'abord a fait pénétrer le doute on passe vite à un scepticisme impitoyable. Tout crédule est un incrédule en herbe, d'autant plus âpre qu'au lieu d'accorder qu'il s'est trompé, il accuse les promoteurs du remède de l'avoir trompé sciemment.

En principe, l'hypnotisme doit guérir, donc il guérit; tout remède qui entre dans la thérapeutique sous cette formule est à mes yeux condamné d'avance.

« J'expose, dit Braid, aux médecins en général mes vues sur ce que je considère comme un agent doué d'une puissance extraordinaire dans l'art de guérir. Je supplie qu'il soit bien entendu que je répudie l'idée d'élever cet agent à la hauteur d'un remède universel. Tout au contraire, je maintiens qu'il requiert l'*acumen* et l'expérience d'un médecin, seul apte à décider des indications. » Il ajoute, avec la douteuse modestie d'un guérisseur convaincu : « J'ai moi-même rencontré des cas où je considérais comme dangereux d'en faire usage et, dans d'autres conditions, je me suis refusé à courir les hasards d'une opération que les patients auraient voulu me voir pousser à l'extrême. »

L'hypnotisme réunit par conséquent les qualités fondamentales qui recommandent un remède au public : il est utile souvent et parfois dangereux.

Les observations rapportées par Braid rentrent dans le cadre classique des affections nerveuses, personnelles, mobiles, échap-

pant à toutes règles venues on ne sait d'où, évoluant on ne sait comment et guérissant on ne sait trop pourquoi. Aucune ne m'a paru mériter d'être reproduite. Ce serait un travail profitable, mais long et difficile, que de soumettre à une critique les faits honnêtement racontés par les médecins magnétiseurs, hypnotistes, etc., ou par les magnétiseurs étrangers à la médecine, en laissant de côté les curations miraculeuses. La plupart des aspirants aux médecines d'exception ont épuisé, avant d'en venir là, une série indéfinie de médecines et de médicaments. Lassés par les contradictions ou les redites des consultants, ils attendent un homme nouveau, parlant une autre langue que celle dont ils ont réprouvé la monotone insignifiance, plus hardi que les demi-novateurs, vite impuissants à soutenir leur rôle. Ce messie, n'ont-ils pas chance de le trouver dans la personne du magnétiseur? Néophytes au début, renégats le lendemain, ils appartiennent à une tribu nerveuse dont l'histoire commande l'intérêt et ne sera jamais plus exactement écrite que celle de toutes les populations flottantes.

J'ai exposé sommairement et sincèrement l'œuvre de Braid; il me reste à indiquer la part qui revient au médecin de Manchester dans le progrès de notre savoir sur le système nerveux et comment se justifie une si longue analyse appliquée à une œuvre apparemment si petite.

Le premier mérite de Braid est d'avoir renversé à tout jamais l'idole du magnétisme en sapant le piédestal, en substituant à ses prétendus pouvoirs occultes des forces encore mal définies, mais soumises au contrôle de tous et sans côtés mystérieux. A partir du jour où il accomplissait, au fond de sa province, cette révolution dépourvue d'éclat, il ouvrait les voies à la recherche sérieuse et posait les fondements d'un édifice qu'avant lui aucun savant n'eût rêvé de construire. On avait protesté, dénoncé les supercheries, accumulé les défiances et abouti à des négations. Les académies s'étaient dépensées en commissions et les commissions en blâmes ou en railleries. Il n'en restait pas moins le *quid ignotum* dont pas un observateur impartial ne pouvait con-

tester la réalité; l'ivraie et le bon grain continuaient à pousser côte à côte, l'un préservant l'autre.

On accuse les croyants d'être impitoyables, l'accusation frapperait peut-être plus juste encore sur les incrédules. Dugald-Stewart, auquel Braid emprunte l'épigraphe de son livre, a écrit quelque part : *Unlimited scepticism is equally the child of imbecillity as implicit credulity ;* j'ajouterai que l'absolu dans l'incrédulité n'est pas seulement le bouclier derrière lequel se réfugient les imbéciles, mais qu'il coupe court à tout progrès. Le chercheur, détourné par le respect humain auquel nous sacrifions tant de bonnes intentions, se décourage d'avance. Il faut une force de volonté bien ferme, presque un courage robuste, pour affronter des dédains préparés et lutter seul, savant modeste et ignoré, contre les habiles parvenus qui savent d'abord jusqu'à quel point il est permis de savoir.

Braid est incessamment préoccupé du discrédit qu'il va encourir; il sent bien que le courant lui est contraire, et son appel incessant à l'impartialité des médecins garde toujours les allures d'une supplication : « Je soumets au public et à la considération bienveillante et candide de mes frères en médecine ces résultats, en les priant d'étudier le sujet froidement, avec un honnête désir d'arriver à la vérité. Ayant été moi-même un sceptique, je suis prêt à faire toute concession raisonnable aux autres. » Un mot de Treviranus, le botaniste, clora agréablement les réflexions qui précèdent. Un élève de Mesmer, ou Mesmer lui-même, lui demandait le fond de sa pensée sur les phénomènes magnétiques : « J'ai vu, répondit-il, beaucoup de choses que je n'aurais pas crues à l'énoncé de votre opinion. En bonne conscience, je n'ai ni l'espoir ni le désir que vous croyiez davantage à la mienne. »

Au surnaturalisme, tué tant de fois, mais toujours vivant, il fallait substituer des données positives, jouer, comme on dit vulgairement, — et le mot n'est pas excessif en fait de magnétisme, — cartes sur table. On doit à Braid cette justice de déclarer qu'il n'a détruit que pour construire. La part de la vérité, il l'a éta-

blie avec une rare correction en éliminant les erreurs et, travail plus méritoire encore, les inutilités ; puis, le terrain déblayé, il a posé simplement les premières assises.

Il est acquis à présent que, dans l'opération de l'hypnotisme, le patient est seul actif, que les événements singuliers qui s'accomplissent en lui et qui troublent si profondément l'économie de sa vitalité nerveuse naissent en lui et que le rôle de l'opérateur se borne à les faire éclore. La loi ainsi formulée s'applique-t-elle à tous les magnétismes, à tous les somnambulismes provoqués? On pourra répondre que l'hypnotisme et le mesmérisme font deux, que les phénomènes nerveux, sensoriels, intellectuels et moraux produits par les magnétiseurs sont tout autrement solennels que les humbles résultats obtenus par les procédés de Braid. Lui-même s'est chargé de la réponse, qu'il donne timide et presque cauteleuse. On sent que les magnétiseurs, ayant été raillés, discrédités ou diffamés avant lui, sont devenus, par ce côté, des compagnons d'infortune envers lesquels on ne se sent pas le cœur de se montrer agressif. « Les mesmériseurs, dit-il, affirment positivement qu'ils sont en mesure de produire certains effets que je n'ai jamais été capable de produire par ma méthode, comme de dire l'heure à une montre tenue derrière la tête ou posée sur le creux de l'estomac, de lire des lettres closes ou des pages d'un livre fermé, de percevoir ce qui se passe à des milles de distance, de connaître et de guérir les maladies des autres sans culture médicale et de magnétiser les patients à plusieurs milles de distance sans leur participation. Maintenant, je ne considère pas comme séant de repousser les assertions *en cette matière*, de gens de talent et d'un crédit hors de doute, *en d'autres matières*, seulement parce que je n'ai pas été personnellement témoin des phénomènes. En supposant que, dans l'état actuel de mes connaissances, je veuille bien admettre la réalité de certains phénomènes déterminés par d'autres, je pense fermement que la plupart, sinon tous, se prêtent à une explication simple, naturelle et différente de celles que soulèvent les magnétiseurs. »

Le sol ainsi dégagé, Braid établit définitivement les bases expérimentales de l'hypnotisme et simplement de tous les modes de somnambulisation. Il est évident qu'on pourra davantage et mieux; mais il est certain que ce qu'il a vu est bien vu, ce qu'il a fait bien fait et désormais acquis à la science. A partir de ses investigations et des démonstrations auxquelles elles aboutissent, les propositions suivantes sont hors de discussion.

Il existe un état du système nerveux, ayant avec le sommeil naturel des analogies, en différant par des caractères propres. Cet état, désigné sous le nom d'hypnotisme ou sous tout autre, est constitué dans sa forme typique par la cessation complète de la vue, par la suspension plus ou moins complète, plus ou moins persistante, pendant l'hypnotisation, des autres sens et de la sensibilité générale, par l'absence de toute activité intellectuelle spontanée et par une tension des muscles, une rigidité des articulations de nature cataleptique. Cet état se produit spontanément ou sous des influences indéterminées chez certains malades. Il peut être provoqué en dehors de toute maladie, en dehors même d'aptitudes exceptionnelles ou rares par une méthode formulée avec ses détails et d'un facile emploi.

Le programme est d'agir sur la vue et d'en arrêter le fonctionnement, soit par l'occlusion des yeux, soit par la fixation de l'œil sur un objet, et en même temps de suspendre tout mouvement physique ou intellectuel pendant l'opération. Comme il a été endormi, le patient est réveillé par une manœuvre non moins précise et d'une simplicité presque puérile. L'entame de son sommeil ne ressemble que de loin à celle du sommeil naturel; le passage du sommeil artificiel à la veille se fait exactement comme dans les conditions normales. Le sujet se frotte les yeux, jette autour de lui quelques regards indécis et reprend la possession de lui-même.

Une fois éveillé, il ne sait rien et ne garde aucun souvenir de ce qui s'est passé durant l'hypnotisme ; il ignore même, à moins que quelque circonstance extérieure ne le lui révèle après coup, qu'il a été endormi.

Pendant cette suspension de la vie de relation tout entière, est-il possible, en frappant sur quelques touches de ce clavecin muet, d'en tirer des sons? quelques facultés peuvent-elles rentrer en fonctions sous l'influence de manœuvres nouvelles? Le fait n'appartient plus à la critique, mais au contrôle. Or il est d'expérience historique qu'en fait de magnétisme, les vérifications ont lieu par intermittences, on pourrait presque dire par accès. Il faut, pour se résoudre à les accomplir, ou la foi préalable, ou le courage de résister au respect humain. L'expérimentation côtoie de si près la crédulité, ou, comme disait Braid, la *delusion*, que peu d'hommes, au cours d'une génération, se risquent à l'entreprendre souvent et surtout se résolvent à la prolonger.

(*Revue des Deux-Mondes*, octobre 1881.)

ASILE Cl... (Sainte-Anne)
BIBLIOTH... MÉDICALE

II. — ÉTUDES DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

THROMBOSE ET EMBOLIE.

J'ai cherché à exposer ici, sous une forme concise, toute une doctrine.

La plupart des systèmes en médecine ont débuté par de petits commencements et n'ont pris qu'à la longue de plus larges proportions. Quand la théorie est arrivée à maturité, on oublie les origines ; mais, tant qu'elle est en élaboration, qu'elle s'essaye pour ainsi dire, il est de devoir de la suivre pas à pas et de parcourir avec l'auteur les degrés que lui-même a successivement franchis.

Les travaux du professeur Virchow sont d'autant plus dignes de cette étude, que le savant écrivain a une personnalité mieux dessinée. Élève d'abord et déjà maître illustre dans une école vouée sans réserve à l'esprit moderne de la médecine allemande, Virchow semble un anatomo-pathologiste exclusivement préoccupé de recherches microscopiques, d'expériences de laboratoire, d'applications étroites de la physiologie expérimentale à la pathologie ; ses mémoires sur les transformations de la fibrine, sur la leucémie, sur les cancroïdes, etc., représentent assez bien cette direction sévère, et justifieraient le titre de *Médecine scientifique* que Virchow lui-même a donné à la collection de ses œuvres.

Sous cette apparence, se dissimule, ou à son escient et par une habileté bien entendue ou sans que l'auteur s'en soit rendu compte, une nature ardente, prompte aux conclusions, et pour laquelle les faits sont aisément les auxiliaires des idées. Pas une

opinion n'est avancée sans preuve, rien n'est livré au hasard des conjectures ; mais que de fois la démonstration suffit incomplètement à ce qu'il fallait démontrer !

C'est toujours un enseignement utile que celui dont nous sommes redevables aux théoriciens qui, comme Virchow, ont peine à s'arrêter à mi-route. Ils nous apprennent comment il n'y a pas et il n'y aura jamais de méthode assez puissante pour enfermer dans ses barrières ces esprits qui sentent le besoin de les franchir. Les plus arides descriptions de l'anatomie pathologique, la microscopie la plus minutieusement exacte, n'ont été que des occasions, et c'est en prenant un pareil point de départ qu'il est arrivé à risquer la solution des problèmes les plus ardus de la pathologie générale.

Il m'a paru que résumer seulement les dernières conclusions qui sont probablement loin d'être le dernier mot de la théorie, ce serait ôter à l'œuvre son caractère, au professeur son individualité. J'ai préféré marcher pas à pas sur ses traces, travail plus ingrat, mais plus profitable, et dont ceux qui voudront bien lire cette analyse me sauront quelque gré. J'ai hâte de dire que, malgré leur portée, ces opinions n'ont ni obscurités calculées ni terminologie bizarre ; elles attachent quelquefois par leur vérité, souvent par leur hardiesse, toujours par le talent de l'exposition ou de la déduction.

Les recherches sur la thrombose et l'embolie embrassent une période de dix années, de 1846 à 1856; publiées par fragments, elles ont été réunies, condensées et complétées par Virchow lui-même dans un recueil de dissertations choisies, où ses principaux travaux sont rassemblés et où elles occupent la plus large place (1). Ce serait faire montre d'une érudition au moins inutile que de vouloir s'étayer sur d'autres documents. Voici d'ailleurs la liste des mémoires qui composent ce qu'on peut appeler le corps de doctrine.

(1) *Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medicin;* Francfort-sur-le-Mein, in-8, VIII-1024 p.; 1856.

1° Sur l'oblitération de l'artère pulmonaire, 1846;

2° Nouvelles recherches sur l'obstruction de l'artère pulmonaire et sur ses conséquences;

3° De l'artérite aiguë, 1847;

4° Occlusion de l'artère mésaraïque, 1852;

5° Phlogose et thrombose;

6° Embolie et infection.

On voit, rien qu'en parcourant les titres de ces publications successives, comment, parti du simple fait de l'occlusion de l'artère pulmonaire par un obstacle situé à l'intérieur du vaisseau, Virchow arrive graduellement à la théorie de l'infection.

Cette progression rapide, et qui s'expliquerait surabondamment par l'enchaînement logique des idées, tient à la nature du sujet. En adoptant le nom nouveau de thrombose, en consacrant celui d'embolie, qu'il n'a pas introduit dans la science, Virchow a moins découvert un monde de phénomènes nouveaux qu'il n'a agrandi le terrain que d'autres avaient parcouru avant lui.

Ce n'est pas la première fois que la question des corps étrangers, introduits, par une cause ou par une autre, dans telle ou telle partie du système circulatoire, conduit à de plus hauts problèmes, et peu d'auteurs ont séparé la théorie de l'infection purulente de celle des inflammations ou des obstructions veineuses. De même pour les vaisseaux artériels et pour les rapports encore si controversés entre l'artérite et la gangrène, entre le ramollissement cérébral et la dégénérescence de quelqu'une des branches artérielles qui se distribuent au cerveau.

Contrairement aux habitudes de ses compatriotes, le savant professeur a donné peu de place à l'histoire des opinions de ses devanciers; après avoir fait remonter à plus de dix ans ses recherches sur la phlébite, après avoir essayé d'y rattacher comme études préliminaires ses travaux sur les globules incolores du sang et sur la fibrine, il ajoute : « A l'époque où je commençai mes recherches, je trouvai toute l'histoire des inflammations du système vasculaire dans une étrange confusion; des observations insuffisantes, des doctrines incomplètes, étaient indiquées

d'une façon presque insoluble. Il y aurait grande injustice à ne pas reconnaître que parmi les précédents observateurs, beaucoup avaient très exactement étudié un point isolé ; mais par contre, tous ceux qui se donneront la peine de tenter cette revue rétrospective ne tarderont pas à se convaincre que ces vérités partielles s'étaient perdues dans une masse de demi-vérités ou d'erreurs dont il était difficile de les dégager. » Quelques pages à peine sont consacrées à un très sommaire aperçu des doctrines de Hunter, de Baillie, de M. le professeur Cruveilhier, et Virchow finit par réclamer en termes exprès et formels la priorité des idées dont je vais rendre compte.

I. *De l'oblitération de l'artère pulmonaire et de ses conséquences.*

En 1846, époque où parurent les deux premières monographies dont j'ai donné les titres, la notion des occlusions de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins était fort peu avancée, et aujourd'hui même beaucoup de médecins instruits sont restés étrangers aux travaux dont ce point de pathologie a été l'objet.

Dans le petit nombre de cas signalés, on admettait que l'obstruction de l'artère pulmonaire avait reconnu pour causes ou : 1° la compression d'une des branches de l'artère, ayant déterminé la formation d'un caillot consécutif, comme il arrive à la suite des ligatures artérielles ; 2° une inflammation du vaisseau, par l'absorption de substances délétères ou s'étant étendue par contiguïté, arrêtant la marche sanguine, et par suite amenant la coagulation ; 3° un état particulier et indéterminé du sang qui, sans lésions obligées des solides, produirait des caillots ; enfin 4° l'obstruction serait due à l'introduction dans l'artère pulmonaire de masses plus ou moins compactes, charriées par la circulation, et venant s'arrêter, s'enclaver dans le vaisseau.

Sans discuter la valeur relative de chacune de ces interprétations, qui peut avoir sa part de vérité, Virchow se posa le problème sous une autre forme : il se demanda si ces caillots, qui avaient causé l'obstruction, s'étaient développés primitivement

au point où on les constatait ou s'ils y avaient été transportés de quelque autre lieu ; avant de discuter sur les phénomènes qui leur avaient donné naissance, il lui parut nécessaire de rechercher dans quel point ils avaient pris leur origine.

Tout en suivant ainsi un procédé irréprochable au point de vue de la méthode, le célèbre professeur usait d'un artifice logique qu'il importe de signaler, parce qu'on le verra se reproduire plus d'une fois. Étant donnée l'étude des obstructions de l'artère pulmonaire, il est ingénieux de s'enquérir d'abord d'où est venu l'obstacle, et de ne pas se hâter de conclure *a priori* que, l'obstacle siégeant dans un point, c'est là qu'il s'est formé ; mais il est assez douteux que telle soit la marche suivie dans le cours de ces recherches. En constatant l'existence de caillots déposés, sous n'importe quelle influence, dans un point du réseau veineux, en voyant ces caillots susceptibles de se déplacer, on arrive à se demander jusqu'où ils peuvent poursuivre leur émigration. Or l'artère pulmonaire est anatomiquement un des derniers termes de leur trajet. Ainsi formulée, la proposition est identique à celle à laquelle Virchow est conduit ; mais elle perd tout son brillant, et, à la place d'un aperçu original, on ne trouve plus qu'une conclusion toute naturelle.

Je n'aurai garde de revenir sur ce subterfuge involontaire, mais j'ai tenu à en faire mention. Virchow excelle en effet à présenter sous un jour nouveau, sous un aspect qui lui est propre, les faits ou les lois que d'autres avaient ou seulement entrevus ou mis à peine en lumière. Cette qualité toute méritante n'en est pas moins une de celles dont il est bon d'être prévenu. Je reviens aux obstructions de l'artère pulmonaire.

J'ai dit qu'elles pouvaient être primitives ou secondaires ; peut-être pourrait-on s'exprimer plus rigoureusement en disant que les caillots sont, relativement à l'artère qu'ils obstruent, indigènes ou exogènes, c'est-à-dire nés au dedans ou en dehors de ce vaisseau. Or Virchow, la question étant ainsi clairement posée, ne la résout pas moins catégoriquement lorsqu'il énonce le principe suivant :

Les caillots ou bouchons fibrineux déjà anciens, c'est-à-dire existant, depuis un assez long temps avant la mort, dans l'artère pulmonaire, que l'obstruction artérielle ait précédé l'altération du parenchyme ou qu'elle en soit indépendante, ont toujours été formés primitivement dans un point du système circulatoire, situé au-dessous du poumon, c'est-à-dire dans les veines ou dans le cœur droit : de là ils ont été transportés par le torrent circulatoire au siège qu'ils occupent.

Les preuves à l'appui sont de celles qui appelleraient dès à présent la discussion, si les occasions d'y revenir ne devaient pas être nombreuses.

Toutes les fois que l'auteur a trouvé de ces coagulum dans l'artère pulmonaire, il a réussi à en découvrir d'autres dans le courant du sang veineux (le système de la veine porte étant évidemment mis hors de cause). Il va plus loin, et il affirme que de l'existence d'un bouchon fibrineux siégeant dans l'artère, on est autorisé à conclure qu'on en retrouvera d'autres dans le système veineux. Sur 76 autopsies faites dans une année à l'hôpital de Berlin, il y avait 18 fois des caillots veineux et 11 fois des caillots de l'artère.

Les bouchons fibreux, lorsqu'ils sont récents, remplissent tout le calibre du rameau de l'artère pulmonaire, où ils siègent sans adhérer jamais aux parois et sans que les parois soient altérées; plus tard ils s'agglutinent par une face à un point de la membrane interne, qui n'est pas non plus modifiée.

Ces coagulum ne débutent pas par les capillaires; mais on voit, d'après la position qu'ils affectent, qu'ils ont traversé des vaisseaux de plus gros calibre et qu'ils se sont fixés dans les branches que leur volume ne leur laissait plus franchir; on en rencontre même, ce qui est plus décisif, à cheval sur une bifurcation.

L'âge, autant qu'on peut le mesurer par la période d'évolution, est analogue à celui des autres caillots qu'on rencontre dans les autres troncs veineux.

Enfin, et cette loi est une de celles qui fourniront plus tard

matière à d'importants développements, lorsqu'un caillot s'est formé dans une veine qu'il bouche complètement, non seulement il s'étend jusqu'à l'embouchure du vaisseau voisin resté perméable, mais il pénètre dans l'intérieur de ce vaisseau, et y envoie un prolongement plus ou moins volumineux et qui y flotte plus ou moins librement.

Telle est la substance du premier mémoire, qui peut être considéré comme une simple entrée en matière, une sorte de prise de possession de l'idée. La seconde publication est destinée à suivre dans ses détails le mécanisme par lequel s'effectue la translation du caillot fibrineux, et à constater les effets qui en résultent relativement surtout au parenchyme pulmonaire. Ce n'est que beaucoup plus tard que Virchow s'est occupé de la genèse de ces caillots, qu'il accepte d'abord comme tout constitués.

Pour admettre que ces produits déposés dans l'artère pulmonaire sont venus de plus loin et ont été entraînés par le sang veineux, il faut que deux conditions soient remplies : l'une que la circulation soit assez puissante pour faire mouvoir dans les veines des corps d'une dimension beaucoup plus considérable que les éléments du sang, l'autre que le passage de ces petites masses puisse s'effectuer au travers du cœur droit.

L'expérimentation seule peut donner cette double démonstration ; or des fragments de caillots, de divers tissus animaux, etc., d'une longueur de plus d'un demi-pouce, d'une épaisseur de près d'un quart de pouce, introduits dans la sous-clavière par les procédés habituels, ont toujours pénétré jusque dans l'artère pulmonaire, et n'ont jamais séjourné dans le cœur droit. En second lieu, la translation de ces fragments au travers du cœur n'a provoqué, chez les animaux, aucun symptôme appréciable, et en particulier, elle n'a pas déterminé ce frisson que quelques auteurs ont, à propos de la phlébite et de l'infection purulente, attribué à l'action du pus en contact avec les parois du cœur.

Il n'y a donc pas d'impossibilité absolue qui s'oppose à ce que les coagulum venus des autres points, cheminant même au travers du cœur, viennent s'enclaver dans l'artère pulmonaire ;

reste à montrer, en s'élevant au-dessus de ces preuves négatives, que les choses se passent ainsi.

Pour que des parcelles ou des débris de caillots soient entraînés, il faut qu'ils se trouvent sur le passage d'un courant sanguin assez rapide pour les détacher. Si le sang coagulé ferme le vaisseau, la circulation est interceptée; s'il ne l'obstrue que très incomplètement, le courant resserré, mais non interrompu, tend sans cesse à modifier dans sa texture le caillot qui flotte, et à en emporter les fragments les moins adhérents. C'est ici que l'observation anatomique de Virchow, sur le prolongement des caillots dans les rameaux perméables, trouve son application. Il y aurait, en effet, deux parts à faire dans le dépôt fibrineux : l'une, fixe, qui remplit le calibre de la branche où elle est née; l'autre, mobile, flottante, se prolongeant dans le rameau veineux avec lequel s'anastomosait la branche obturée. C'est sur ces espèces de stalactites organiques, formées probablement de couches successives et plus ou moins lentement superposées, que doit surtout porter la discussion.

Virchow s'ingénie à trouver une explication qui rende compte du phénomène; il fait appel aux expériences de John Davy et de Schrœder Van der Kolk, à diverses lois de physique. L'explication est superflue; il suffit que le fait soit établi.

Supposons que cette disposition non seulement est possible, mais qu'elle est habituelle, et voyons quelles transformations va subir ce prolongement fibrineux, sur lequel porte en réalité toute la première portion de la théorie.

Dans les cas les plus heureux, ce prolongement, que je désignerai dorénavant, pour abréger, sous le nom d'appendice du caillot, se résorbe; tandis que le caillot oblitérant subit les métamorphoses qui le rapprochent du tissu cartilagineux, l'appendice, placé dans des conditions plus favorables, se ramollit et se détache. Qui ne sait, en effet, que la chaleur et l'humidité sont les agents actifs de la dissolution de la fibrine; or le sang fournit incessamment l'une et l'autre. Dans les formes qu'on réunit le plus habituellement sous le titre de phlébites suppurantes, il

arrive également que l'appendice peut être ramolli et se fonde; alors non seulement il n'est pas seul sujet à cette transformation, mais elle s'opère plus tardivement que dans le caillot oblitérant.

Les modifications que l'appendice éprouve spontanément sont moindres que celles que la circulation lui imprime. En contact incessant avec le fluide sanguin, il se ramollit graduellement; il est entamé, rongé à sa surface, et des portions plus ou moins ténues en sont distraites pour être charriées par le sang. C'est là du moins l'hypothèse la plus probable; mais, jusqu'à plus ample informé, ce n'est qu'une hypothèse. Le fait de l'existence simultanée d'un caillot dans la veine iliaque, par exemple, et dans l'artère pulmonaire, ne prouve pas que la migration qu'on suppose ait lieu. Il est vrai que Virchow a dès le commencement appelé l'attention sur l'état des parois veineuses en contact avec les caillots, qu'il a signalé l'absence de toute lésion de la membrane interne de l'artère pulmonaire, qu'il a insisté sur cette loi, que tout caillot libre dans un canal vasculaire n'était que le prolongement d'un caillot adhérent et oblitérant. Mais il y a là matière à présomption plutôt qu'à assertions. Or, comme toute la doctrine doit reposer presque entièrement sur ce fait, Virchow devait chercher, et a cherché en effet, à l'établir plus solidement, en examinant la structure et le mode de développement de ces coagulum.

De ses recherches, il résulterait que l'appendice obéit dans son extension à certaines règles, et qu'après l'avoir étudié dans les diverses parties de l'arbre veineux, on voit que ses dimensions sont à peu près identiques dans les mêmes veines. Ainsi, pour prendre un exemple, le prolongement du caillot de la veine iliaque commune s'étend habituellement jusqu'à la veine rénale. Si l'observation est vraie et la règle absolue, toutes les fois qu'on trouvera un appendice moins étendu, il y aura lieu de croire (Virchow n'hésite pas à dire d'affirmer) qu'une portion aura été détachée.

En second lieu, la configuration de l'extrémité libre de l'ap-

pendice fournit un précieux document. La pointe tournée du côté du cœur doit être plus ou moins globuleuse, arrondie ou ovalaire, lisse, régulière ; elle devient difforme, déchiquetée, quand de petites parcelles en ont été distraites; découpée par échelons, lorsque de plus gros fragments se sont détachés et qu'une ou plusieurs des couches concentriques ont disparu.

Enfin on retrouve, à des distances plus ou moins grandes, les fragments qui répondent aux vides que l'examen attentif du caillot avait permis de reconnaître.

On comprend qu'il soit nécessaire d'être sobre d'observations particulières dans le cours d'une longue analyse ; le fait suivant, qui réunit les caractères assignés par Virchow, à un degré exceptionnel, mérite cependant d'être résumé comme un des meilleurs types.

Il s'agit d'un homme de 60 ans, qui, reçu à l'hôpital de la Charité de Berlin, à la suite d'une fracture extracapsulaire du col du fémur, à droite, fut pris, un mois après son admission, de frisson, de fièvre, de diarrhée, toux avec râle crépitant, dyspnée, délire, etc., et qui succomba quatre jours après le début de ces accidents, et six semaines après la fracture. L'autopsie eut lieu le lendemain, et, sans tenir compte des lésions qui ne se rattachent pas à notre sujet, on constata les phénomènes suivants. La veine crurale droite, jusqu'au niveau de l'embouchure de la fémorale profonde, est complétement remplie par un caillot épais, de couleur brunâtre, et grisâtre dans quelques points, mou, adhérent aux parois, qui sont normales. Dans la fémorale profonde, il existe un caillot friable, décoloré, se prolongeant, par la portion supérieure de la crurale et de la veine iliaque, jusqu'à la veine cave; ce caillot se continuait encore, à une petite distance, dans la veine cave elle-même. La face antérieure de son extrémité libre est parsemée d'enfoncements et d'élevures irréguliers, et forme comme une série de petits gradins recouverts par un dépôt récent et d'un rouge vif. La veine iliaque gauche est libre; la valvule d'Eustache est réduite à une sorte de cordon ligamenteux, de la grosseur d'un fil à coudre, situé transversalement

devant l'orifice de la veine cave. On voit, à cheval sur ce cordon, un caillot sanguin, d'un rouge foncé, assez solide, desséché, d'environ 1 pouce et demi de long; ce caillot est coudé au milieu, et ses deux extrémités, à peu près d'égale longueur, s'étendent jusque dans l'oreillette droite. Ce caillot ne répond pas exactement à l'extrémité du coagulum, qui se prolongeait dans la veine cave, et est moins long que l'espace qui reste à remplir jusqu'à l'embouchure des veines rénales. Le cœur est sain. Hépatisation grise des lobes moyen et inférieur du poumon droit; le tissu, encore solide, laisse à la pression couler beaucoup de pus; œdème léger du lobe supérieur. A gauche, hépatisation rouge du lobe inférieur; plusieurs foyers purulents, siégeant plus ou moins loin de la périphérie, remplis par une matière d'un brun noirâtre, et dont les parois résistantes, d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur, sont formées par une exsudation fibrineuse jaunâtre. Dans les gros rameaux de l'artère pulmonaire, on trouve disséminés des caillots déjà anciens, irréguliers, ligamenteux, formant des ponts et des trabécules au travers des vaisseaux. Dans d'autres points, dépôts fibrineux plus récents, analogues à ceux des veines iliaque et crurale, ne s'étendant pas jusqu'aux petits vaisseaux, et paraissant n'avoir exercé aucune influence sur l'état du parenchyme pulmonaire.

Les fragments de coagulum, une fois entraînés dans la circulation, doivent traverser le cœur droit avant de pénétrer dans l'artère pulmonaire; il y a là un passage difficile, sur lequel il était désirable d'être renseigné. Virchow y donne à peine quelques lignes; il se contente de mentionner l'existence des caillots si fréquents dans les cavités droites du cœur, et déclare que les uns peuvent se détacher, et que rien ne prouve que les autres soient susceptibles d'être déplacés.

Le mécanisme de l'oblitération des artères pulmonaires l'occupe beaucoup davantage, et il entre à ce sujet dans de longs développements. Le fragment détaché pénètre aussi loin que le permettent sa forme, son volume, et les dimensions du vaisseau; le plus souvent, il s'arrête à la bifurcation d'une des branches,

c'est-à-dire au point où le vaisseau change brusquement de calibre ; d'autres fois il s'engage, surtout s'il est conique, dans l'un des deux embranchements, où il est maintenu. Quel que soit le point où il s'est fixé, il donne lieu à une coagulation secondaire, qui s'effectue en avant de l'obstacle, qui répond au thrombus des ligatures artérielles, et qui forme une sorte de coiffe à l'extrémité du caillot tournée du côté du cœur. C'est ce qu'on observe quand l'obstacle a oblitéré complètement le vaisseau. Si, au contraire, le coagulum est irrégulier, assez consistant pour ne pas se mouler sur le vaisseau, il laisse accès à une petite quantité de sang qui va former successivement un dépôt, non plus en avant, mais en arrière de l'obstacle, jusqu'à ce que tout le calibre ait été oblitéré.

Les expériences sur les animaux enseignent que lorsqu'on introduit des corps étrangers dans les veines, ils tendent à s'engager, s'ils sont de même volume, dans les mêmes vaisseaux. Le même phénomène se produit chez l'homme, lorsque des fragments de caillots veineux sont entraînés ; aussi a-t-on l'occasion d'observer dans l'artère pulmonaire des dépôts formés par ces apports successifs.

J'ai exposé les données anatomiques aussi complètement qu'il était, je crois, utile de le faire. Les faits qui paraissent à Virchow rigoureusement établis sont, en peu de mots, les suivants. Les oblitérations de l'artère pulmonaire siègent habituellement dans les rameaux de troisième ordre ; elles ne peuvent être primitives et doivent toujours être considérées comme secondaires. Les cas où elles sont sous la dépendance d'une lésion primitive du parenchyme pulmonaire étant éliminés, elles sont toujours déterminées par un caillot développé primitivement dans quelques veines, et dont des fragments détachés ont été transportés par la circulation jusqu'à quelque branche de l'artère pulmonaire. Étant constatée l'existence d'un caillot obturant en un point de l'artère pulmonaire, on peut affirmer qu'il existe quelque part une oblitération veineuse.

Les preuves de ces assertions sont fournies par l'examen des

caillots contenus dans l'artère pulmonaire, et surtout par l'étude, plus minutieuse qu'on ne l'avait encore faite, de la coagulation du sang dans les veines. Dans cette première partie de la théorie, la coagulation du sang veineux est envisagée à l'état de fait accompli, et il n'est question ni des causes qui la provoquent ni de son mode d'évolution.

L'oblitération d'une des branches de l'artère pulmonaire étant effectuée, quelles conséquences physiologico-pathologiques entraîne cet arrêt partiel de la circulation? Tout le monde reconnaîtra, avec Virchow, que le problème ainsi posé n'a jamais reçu de solution, et que si on a cherché à établir des relations entre cette oblitération et divers états pulmonaires, ni la clinique, ni l'anatomie pathologique n'ont sanctionné ces rares hypothèses.

Virchow crut devoir recourir à la voie des expériences; il injecta, dans les veines jugulaires d'animaux, divers corps étrangers, des caillots pris sur des cadavres humains et extraits ou du cœur ou des veines, des fragments de muscles, des morceaux de moelle de sureau ou de caoutchouc. Sans entrer dans le détail des expériences rapportées par l'auteur *in extenso*, voici quels furent leurs résultats les plus saillants.

Quel que soit le corps étranger injecté, le sang commence à se coaguler autour de lui; ce n'est que plus tard que surviennent les modifications soit dans les membranes du vaisseau, soit dans le parenchyme pulmonaire, et ces lésions consécutives sont très différentes, suivant la nature du corps étranger qu'on a introduit.

Après l'injection de fragments de caoutchouc, les seules altérations constatées sont celles qui ont lieu dans les deux premiers jours, et qui consistent dans l'oblitération du vaisseau et dans la production du caillot, sans lésion des organes auxquels le vaisseau oblitéré devait transmettre le fluide sanguin.

Après l'injection de substances organiques, les choses se passent tout autrement. Le parenchyme pulmonaire devient compact, d'un rouge foncé, il n'est ni granulé ni proéminent; il est presque sec, imperméable à l'air, et laisse, à la pression, suinter

un peu de sang ; il est, en un mot, le siège d'un engorgement inflammatoire. A l'examen microscopique, on constate la présence d'un grand nombre de cellules remplies de granules de graisse tout à fait analogues à ce qu'on appelle les globules inflammatoires, et d'autres cellules ayant les caractères morphologiques des globules de pus. Ce sont simplement, pour Virchow, les cellules épithéliales des vésicules pulmonaires remplies de graisse, et il n'y a pas déjà, à ce premier degré, transformation d'un produit quelconque d'exsudation.

A une époque plus avancée, on distingue, au milieu du parenchyme brunâtre, des points plus clairs, d'un gris rosé, plus résistants d'abord, à peu près transparents, et plus tard d'autant plus troubles qu'ils ont augmenté en nombre. Cette seconde phase répondrait à l'hépatisation chez l'homme, avec cette différence toutefois qu'il n'y a pas de granulations, et que la coupe du parenchyme est lisse. On sait que les auteurs ont attaché une importance variable à la signification de l'état granuleux du poumon dans la pneumonie ; Virchow se range à l'avis de ceux qui admettent que la pneumonie légitime n'est pas caractérisée par les granulations, mais par le fait d'une exsudation fibrineuse dans les vésicules pulmonaires.

A une période encore plus avancée, le dépôt d'exsudation a subi la transformation purulente, qui, d'abord disséminée, finit par envahir des lobules entiers du poumon, isolés ou agglomérés. Il en résulte nécessairement une infiltration purulente. Cette dernière phase ne s'accomplit pas toujours chez les animaux comme chez l'homme : on observe chez eux, assez souvent, une fonte en bloc, qui se rapproche plus du sphacèle que de l'infiltration purulente.

La plèvre, lorsque les lésions du poumon s'étendent jusqu'à la périphérie, ne reste pas à l'état normal ; elle est le siège d'une inflammation avec production pseudo-membraneuse, et surtout avec exsudation hémorrhagique, qui peut s'étendre et s'étend même assez souvent au côté sain.

Toute l'évolution de cet état pathologique si grave met moins

de cinq jours à s'accomplir. Rien de pareil, je le répète encore, n'a lieu, lorsque la branche de l'artère pulmonaire oblitérée l'a été par les fragments de caoutchouc. Quant à l'injection de fragments de moelle de sureau, elle semble, d'après les expériences, déterminer une série de phénomènes tout particuliers, que Virchow est loin d'exposer ou d'interpréter avec sa clarté habituelle.

Le résultat le plus saillant et probablement le plus inattendu de cette suite d'expériences, c'est que les effets de l'oblitération de l'artère pulmonaire ne sont pas en proportion avec le volume de l'obstacle, mais dépendent en première ligne de la nature même du corps oblitérant.

L'interruption du cours du sang dans une branche assez volumineuse de l'artère pulmonaire, même dans un des troncs qui alimentent tout un lobe, ne paraît pas exercer d'influence bien appréciable ni sur les parties auxquelles le sang devrait parvenir par cette voie, ni sur les autres lobes du poumon, ni sur le reste de l'économie. La nutrition du lobe pulmonaire ne s'en fait pas moins par l'artère bronchique, et après l'oblitération de l'artère pulmonaire, il se fait une circulation collatérale par les artères bronchiques et intercostales.

Quant à l'oblitération totale de l'artère pulmonaire et à l'asphyxie qu'elle détermine, je me contente de la mentionner sans entrer dans les détails, et surtout sans tenir compte des longues digressions auxquelles ces expériences ont fourni matière, et je me hâte d'arriver aux applications à l'homme des recherches entreprises sur les animaux.

L'observation clinique ne se résume pas comme les expérimentations ; force est à l'observateur d'accepter les faits complexes, incomplets, incertains, tels qu'ils se présentent, sans pouvoir ni les réduire ni les parfaire. Virchow a divisé les cas qu'il rapporte en plusieurs classes, et il ne pouvait pas davantage. Dans la première, figurent les cas où, l'oblitération ayant lieu dans un des troncs principaux de l'artère pulmonaire, les troubles de la respiration étaient considérables ; la deuxième comprend les faits d'occlusion de plus petits rameaux, sans symp-

tômes consécutifs locaux ou généraux ; la troisième est consacrée aux altérations locales du parenchyme pulmonaire, survenues à la suite d'oblitération. Je choisirai comme types les observations les plus saillantes dans chacune de ces catégories, en me bornant à un simple énoncé pour les faits moins caractérisés.

1° Troubles subits des fonctions respiratoires.

Observation I. — Fille de 23 ans, chlorotique, entrée à l'hôpital le 9 avril; elle déclare être malade depuis quatorze jours. A la suite d'un refroidissement pendant ses règles, elle a ressenti une douleur vive dans la région iléo-sacrée gauche ; bientôt se sont déclarés des frissons, de la fièvre, la perte d'appétit, et de la constipation. On a administré un lavement, qui a occasionné des douleurs vives du gros intestin. Lors de la première visite, elle est pâle, faible, et semble relever d'une longue maladie. Pesanteur de tête, langue sale, douleurs et courbature des membres ; pas de symptômes locaux mieux accusés. Au bout de quatre jours, et lorsqu'à la suite d'un simple traitement diaphorétique elle semblait mieux, les accès de syncope mêlés de mouvements convulsifs se déclarent, se répètent à trois ou quatre reprises, et elle succombe dans une de ces attaques, le 14 avril.

A l'*autopsie*, on constate quelques lésions légères du cerveau et de ses enveloppes ; le cœur est volumineux. L'oreillette droite contient un thrombus d'environ 5 lignes et demie de long et de l'épaisseur du petit doigt, consistant, assez sec, d'une surface comme granuleuse, et d'une couleur brunâtre. Œdème des deux poumons, qui s'affaissent peu et sont fortement distendus par l'air ; le tronc principal de l'artère pulmonaire du côté droit est rempli par un caillot volumineux, identique à celui qu'on a trouvé dans le cœur ; il a environ 5 lignes de diamètre, 4 pouces de long, et s'étend dans plusieurs des branches principales. En arrière, la lumière des vaisseaux est à peu près libre ; ils contiennent du sang liquide, et çà et là des fragments fibrineux de couleur et d'épaisseur variables ; quelques-uns sont à cheval sur les éperons des anastomoses. Pas d'altération des parois de l'artère. Ulcération des glandes de Peyer, gonflement des ganglions

mésentériques, hypertrophie du foie, ramollissement de la rate. La veine sacrée moyenne est oblitérée par un caillot d'environ 1 pouce de long et un quart de pouce d'épaisseur, qui s'étend dans la veine cave ; les parois de la veine sont infiltrées et fortement épaissies.

Quelque opinion qu'on se fasse du diagnostic de cette maladie, qui reste obscur malgré l'examen microscopique, Virchow n'hésite pas à déclarer que des fragments du coagulum principal se sont successivement détachés ; qu'un de ces fragments, le dernier entraîné et le plus volumineux, est encore dans le cœur, et que la mort a eu lieu à la suite d'une paralysie du cœur.

Obs. II. — Garçon de 24 ans, d'une santé assez bonne ; fièvre typhoïde à forme grave, sans complications. Mort subite pendant la convalescence, au milieu d'un accès de suffocation survenu sans aucun prodrome. Le tronc principal de l'artère pulmonaire droite, qui se rend au lobe inférieur, contient un caillot de 1 pouce et demi de long, en partie décoloré, mou à l'intérieur, formé de couches concentriques séparées par une sorte de bouillie rougeâtre, sans altération du vaisseau ; même dépôt dans une branche plus petite. Le poumon droit est très œdémateux et assez congestionné. Dans la veine iliaque gauche, juste au-dessous du point d'émergence de l'iléo-lombaire, caillot analogue à ceux qui viennent d'être décrits, accolé à la face interne de la veine, aplati et médiocrement adhérent. Oblitération complète de la veine iliaque gauche par une sorte de tissu caverneux.

Obs. III. — Femme de 56 ans. Cancer de l'estomac et du pancréas, du foie et du péritoine ; dégénérescence cancéreuse des veines pancréatiques ; dyspnée subite arrivant jusqu'à l'orthopnée ; céphalalgie, lassitude. Mort subite. Les deux poumons sont fort œdémateux ; les artères pulmonaires des deux côtés sont complètement oblitérées par un caillot décoloré ; les deux veines crurales sont remplies, dans une assez grande étendue, par des dépôts anciens, en partie adhérents, et contenant à l'intérieur un détritus puriforme.

En somme, et pour ne tenir compte que des analogies par lesquelles ces observations se rapprochent, on voit que les caillots primitifs se seraient formés le plus souvent dans les veines des extrémités inférieures ; il est probable que les portions qui se sont détachées l'ont été par une action toute mécanique, car c'est le plus souvent à la suite d'un mouvement brusque qu'ont apparu les premiers accidents significatifs. Les accès par lesquels la vie doit se terminer commencent par de l'oppression, de la syncope, et finissent par une véritable asphyxie. La série des phénomènes est exactement celle qu'on notait chez les animaux, lorsque l'on avait introduit dans l'artère pulmonaire des corps étrangers d'un gros volume.

Virchow ne dissimule pas, et il serait en effet difficile de méconnaître, que des phénomènes de l'ordre de ceux qu'il vient de rapporter ont été déjà, un grand nombre de fois, consignés dans la science.

2° Oblitération moins considérable, sans signes locaux ou généraux.

Il est probable que c'est là le cas le plus commun, et que le plus souvent les choses se passent sans plus de conséquences qu'à la suite de l'injection de fragments de caoutchouc. Une seule observation est citée à titre d'exemple : c'est celle d'une femme de 47 ans, tombée dans une profonde cachexie ; à l'autopsie, on constate la présence d'un corps fibreux de l'utérus volumineux ; d'une nécrose du cartilage de plusieurs vertèbres lombaires, avec abcès consécutifs dans la gaine des psoas ; de tubercules ulcérés des poumons et de l'intestin ; de catarrhe chronique de l'estomac, avec ulcération et hémorrhagie gastrique ; de néphrite chronique, de dégénérescence du foie, etc. L'artère pulmonaire gauche est le siège de productions dégénérées, caverneuses, sinueuses, adhérentes, en partie transformées en tissu cartilagineux, sans lésion du poumon gauche ; mêmes productions également dégénérées dans les veines crurale, iliaque gauche, et hypogastrique.

3° Lésions limitées du parenchyme à la suite d'oblitération.

a. Atrophie pulmonaire. — Virchow déclare n'avoir observé qu'un seul cas où l'atrophie du lobe moyen d'un des deux poumons pût s'expliquer avec quelque vraisemblance par l'oblitération du rameau correspondant de l'artère pulmonaire. On se rappelle que dans ses expériences il avait cru trouver la preuve que cette oblitération ne nuit pas à la nutrition du tissu pulmonaire, et ne fait qu'entraver la fonction respiratoire.

b. Pneumonie. — On s'est posé la question de savoir s'il existait deux pneumonies : l'une dépendant de l'artère bronchique, l'autre tirant ses matériaux de l'artère pulmonaire. Cette question, qui a plus préoccupé les vétérinaires que les médecins, n'est rien moins que résolue. Virchow consacre quelques pages à une discussion à peu près dépourvue d'intérêt; une seule réflexion, celle qui termine ce paragraphe, vaut d'être rappelée : la quantité de sang introduite dans un organe est sans influence sur la marche de l'inflammation. Les émissions sanguines, locales ou générales, n'agissent pas en soustrayant du sang à la partie où siège la phlegmasie; s'il en était ainsi, quelle saignée pourrait soutenir le parallèle avec l'obstruction de l'artère pulmonaire, lorsqu'il faut entraver l'afflux du sang au poumon?

c. Gangrène pulmonaire. — La gangrène pulmonaire ne résulte jamais directement de l'oblitération de l'artère pulmonaire; mais, dans les cas où on l'a attribuée à cette cause, elle était la conséquence de la pneumonie, et succédait à une inflammation.

d. Apoplexie pulmonaire. — Les expériences faites sur les animaux, quel que fût le degré d'oblitération de l'artère pulmonaire, n'ont jamais déterminé d'altération identique à celle qu'on désigne chez l'homme sous le nom d'apoplexie pulmonaire.

Là se termine la première partie du grand travail de Virchow; elle forme un tout assez homogène pour que je croie préférable de ne pas pousser plus loin cette analyse, pour entamer un autre ordre de faits. De ces expériences, sous lesquelles on voit à peine poindre la théorie, est née une doctrine systématique, et

qui oblige même ceux qui la contrediraient à reconnaître chez son auteur un esprit élevé et une grande puissance d'intelligence. Dût-elle ne pas conduire à d'autres conséquences, cette étude originale des concrétions fibrineuses des veines et de leurs migrations dans les voies ouvertes au sang veineux serait d'un intérêt incontestable.

(*Archives générales de médecine*, 1857.)

L'ÉCOLE PHYSIOLOGIQUE ALLEMANDE.

L'école physiologique française a disparu, laissant après elle le souvenir déjà presque effacé d'une de ces erreurs brillantes qu'enfante un homme de génie, qu'il soutient artificiellement par l'éclat de sa parole ou de ses écrits, mais qu'il ne saurait faire vivre d'une vie durable. Née du système de Brown, quoiqu'elle reniât volontiers son origine, elle devait à la grande doctrine du pathologiste écossais ses côtés les plus résistants. Brown a été et est encore peut-être le médecin dogmatiste de notre temps qui a exercé sur le mouvement des esprits la plus puissante influence.

Pendant que le physiologisme s'éteignait chez nous ou se transformait assez profondément pour récuser son nom, il gagnait du terrain en Allemagne, et loin de déchoir, il attirait à lui les hommes les plus distingués des jeunes générations. Nous avons déjà plus d'une fois signalé cette direction, chaque jour mieux accusée, de la médecine allemande; une occasion se présente d'y revenir, et nous ne la laisserons pas échapper sans lui consacrer au moins une courte mention.

Le physiologisme allemand ne descend pas du nôtre, même en ligne indirecte; il a son point de départ non pas dans un système pathologique, mais dans une idée philosophique plus relevée; s'il est à peu près contemporain de Broussais, la coïncidence est le fait d'un hasard ; mais c'est en vain qu'on chercherait à établir entre les deux doctrines une filiation. L'école physiologique de l'Allemagne appartient, comme la nôtre, à l'époque où l'esprit de réformation, dont on a fait à Bacon un honneur assez

contestable, envahissait la science. L'empirisme médical du passé, représenté avec tant d'autorité par les maîtres allemands des deux derniers siècles, paraissait avoir épuisé ses forces ; il fallait substituer du nouveau à la tradition. L'école physiologique reprit à son profit une direction dont la vieille médecine était dépossédée.

Il serait facile de montrer que la pathologie ne fit là, comme en tant d'autres circonstances, que suivre un mouvement dont l'impulsion venait d'ailleurs. Elle n'eut pas même en Allemagne le mérite d'appliquer à ses études spéciales des principes plus généraux; Schelling lui avait évité cet effort en traçant, à sa manière, les règles qui président à la vie et à ses manifestations. Depuis lors, et quelque zèle que les médecins aient dépensé dans les recherches de détail, les principes n'ont guère varié ; seulement, en Allemagne comme ailleurs, malgré l'érudition dont on aime à faire montre, la science est volontiers ingrate : aussi a-t-on depuis découvert plus d'une fois ce qui n'était plus à découvrir.

Le dogme actuel du physiologisme est déjà tout entier dans ce passage de Reil, que nous traduisons presque textuellement, et qu'on croirait emprunté à la dernière édition de la pathologie générale de Henle (1).

Après avoir critiqué quelques-unes des définitions de la maladie, Reil ajoute : « On a cherché à arriver par abstraction à la notion de la maladie, en établissant une sorte d'état abstrait auquel on a donné le nom de santé, et en le représentant comme le type de l'état normal qui devait servir à juger l'anomalie. Mais c'est un préjugé de croire que la santé répond à une forme d'existence une et toujours identique. La santé est aussi multiple que les individus ; elle n'a pas pour caractère la plus haute perfection des parties ou du tout, mais elle réside dans l'harmonie toute relative qui fait que l'individu se conserve, lui et son espèce, pour un laps de temps déterminé. Un enfant serait malade, s'il

(1) *Von dem Grunde und Erscheinung der Krankheit*, t. I, p. 287; 1815.

avait des organes génitaux aussi développés que ceux d'un adulte. Il n'existe pas d'animal dont on puisse dire que chacun de ses organes a acquis la souveraine perfection. A l'âge viril, l'homme est en fait parvenu au summum de sa force et de sa perfection ; mais il n'en a pas moins la santé, qu'il soit enfant, femme ou vieillard. La fatigue qui succède à l'effort n'est pas une maladie. Probablement existe-t-il beaucoup d'états du même ordre qui sont, suivant les circonstances, rapportés tantôt à l'état sain, tantôt à l'état malade. Comme nous n'avons pas de mesure absolue, mais seulement une mesure relative de la santé, chaque médecin la détermine à son gré dans le cas qui s'offre à son observation ; il existe donc entre la maladie et la santé des points intermédiaires où toutes deux marchent de front. »

La maladie n'a donc pas plus de réalité que la santé ; toutes deux répondent à des termes abstraits et variables suivant les convenances ou les conventions. Cependant il est impossible de s'arrêter à cette sorte de négation et de déclarer que l'homme n'est jamais ni bien portant ni malade ; Reil et son maître n'étaient pas hommes à se jeter ainsi tête baissée dans ce scepticisme absurde. Pour donner une existence vraie à ces deux termes isolés arbitrairement, ils les firent rentrer tous les deux dans une notion qui doit les réunir et dont ils auraient été détachés par un artifice logique ; ce quelque chose de supérieur, de réel, d'existant par lui-même et sans abstraction, ce fut la vie. La maladie a, pour parler le langage du temps, les mêmes *facteurs* que la vie ; elle est une manière d'être de la vie. Reil ajoute qu'elle est une manière d'être anomale.

Supprimez cette épithète, qui, à elle seule, constituerait tout un système, et vous avez la formule générale de l'école physiologique allemande.

Peut-être, puisqu'il est accordé, on ne sait trop pourquoi, que les Allemands vivent dans les plus nuageuses conceptions, une comparaison empruntée à un autre ordre de faits rendrait-elle l'idée mère plus accessible.

L'école physiologique allemande ou l'école rationnelle, car les

deux noms sont synonymes, raisonne comme un naturaliste qui nierait l'individualité de chaque espèce animale. L'espèce vivante, quelle que soit la singularité de sa forme, de ses mœurs, de ses organes, n'existerait que parce qu'elle a les caractères propres à l'animalité. La définition générale de la vie animale comprendrait toutes ces diversités, qui seraient autant de ses manières d'être, mais qui n'auraient pas d'existence propre ; de même, pour continuer la comparaison, les maladies ne sont que des modes d'expression de la vie régulière. Si on a distingué la maladie et la santé, c'est qu'on n'avait pas remonté assez haut, et qu'on n'avait pas accordé à la formule générale de la vie humaine la large compréhension qui lui appartient. Il n'existe donc pas plus de maladies qu'il n'existe de pathologie, et la physiologie, science de la vie de l'homme, embrasse à un seul titre toutes les modifications auxquelles la vie est sujette.

Que faire alors de ce farrago d'espèces morbides, de germes morbides, de maladies spécifiques, de produits hétérologues, etc.? Le rejeter dans le passé scolastique, où reposent déjà justement oubliées tant d'inventions imaginaires. Et ainsi partis d'une donnée tout autre que celle de Broussais, les physiologistes allemands finissent par se rencontrer avec lui dans un mépris commun pour l'ontologisme médical.

Les groupes de symptômes que l'on donne pour des maladies, disait Broussais, sont des abstractions métaphysiques, ce sont des entités factices, et tous ceux qui étudient la médecine par cette méthode sont des ontologistes. Considérer les entités morbides factices comme des puissances malfaisantes qui agissent sur les organes et les modifient, en y produisant tel ou tel désordre, c'est prendre les effets pour les causes, c'est faire de l'ontologie; seulement Broussais, plus ardent, n'admet personne au partage de sa réforme. La découverte de cette ontologie médicale, qui s'opposait, depuis le commencement des siècles, à ce que la médecine figurât au rang des sciences, est ma propriété, s'écrie-t-il, dans la préface de son *Examen des doctrines;* je n'en ai trouvé le germe dans aucun ouvrage. Et, comme pour éteindre

un remords dans sa conscience scientifique, il accuse Brown, aussitôt après avoir lancé un trait de lumière, de s'enfoncer, lui aussi, dans les ténèbres de l'ontologie.

Énoncée plus ou moins catégoriquement, adoptée plus ou moins sciemment par les médecins, la doctrine physiologique règne en Allemagne depuis le commencement de ce siècle ; rien ne serait plus aisé que de suivre sa trace, ou, si on nous passe le mot, de marquer ses étapes : qu'on prenne chacun des traités généraux qui se sont succédé depuis cinquante ans, et on retrouvera à peu près infailliblement la même théorie.

La première phrase de la *Pathogénie* de Naumann, alors professeur à Bonn, est ainsi conçue : « La santé et la maladie ne sont pas différentes quant à leur nature, mais quant à leur forme (1). Ces deux états supposent une organisation en activité ou un organisme animé par la vie, et ne peuvent se rapporter qu'à lui. Plus les conditions nécessaires aux manifestations vitales se développent librement, plus la vie apparaît sous la forme de la santé ; si ces conditions sont entravées, les manifestations vitales prennent le nom de *phénomènes morbides*. Quoi qu'il advienne, les conditions de la vie, dans leur essence propre, restent toujours identiques ; mais les phénomènes apparents par lesquels elles se manifestent sont incomplets, suivant le degré de résistance que d'autres agents sont venus apporter à leur libre action. »

La *Pathologie générale* de Henle (1847), qui a exercé une si notable influence, n'est, dans sa première partie, que l'exposé dogmatique et critique de la même doctrine physiologique, au service de laquelle l'illustre professeur d'Heidelberg a mis sa sagacité, la lucidité de son esprit, et l'éloquente concision de son style. A Vienne, comme dans le Nord, l'exemple a été contagieux. Rokitansky, non moins ardemment convaincu que ses devanciers ; de même que le savant auteur du *Manuel d'anatomie pathologique* a brûlé, dans sa seconde édition, ce qu'il avait adoré dans la première, en sacrifiant sur l'autel de la micrographie, de même il a

(1) *Pathogénie*. Berlin, 1840.

renié ses vieilles croyances pathologiques pour se faire physiologiste. Lui qui avait soutenu l'existence des productions hétérologues dans l'économie, qui, non content d'adopter les espèces déjà décrites, en avait créé de nouvelles, il proclame qu'il ne croit même plus aux maladies ; et, dans un style plus clair que Naumann, il soutient l'identité des phénomènes physiologiques et pathologiques.

Voilà donc la théorie bien et dûment établie ; elle a pour elle la longue succession des médecins qui l'ont adoptée, l'autorité de noms illustres ; elle compte des adeptes partout et ne se discute plus. Il ne lui manque qu'une dernière épreuve, celle à laquelle a succombé l'ingénieux système de Broussais : l'application au lit du malade.

Tant que ces grands principes ne sortent pas de la sphère des conceptions philosophiques, ils ont l'heureuse chance de s'approprier tous les faits nouveaux qui viennent à se produire, à peu près comme ces souverains qui, dans les lointains de l'histoire, bénéficient des découvertes accomplies sous leur règne. Plus tard, si la doctrine a péché ou par ses premiers éléments ou par ses exagérations, on s'aperçoit qu'elle était une erreur au moins inutile, et qu'une génération a perdu son temps à essayer d'en faire sortir le progrès.

Nous n'avons voulu ni exposer ni encore moins critiquer le physiologisme allemand ; mais le traité du professeur Frerichs (1) nous fournit l'occasion de le considérer à l'œuvre, sans en discuter les principes : c'est, en somme, une façon de critique qui, tout incomplète qu'elle est, en vaut parfois bien d'autres.

Le professeur Frerichs jouit d'une réputation justement acquise, et qui lui a valu d'être appelé à l'enseignement de la clinique médicale à Breslau. Ses remarquables travaux sur la maladie de Bright, ses recherches de physiologie expérimentale, le placent aux premiers rangs des pathologistes de notre temps ; il appartient d'ailleurs sans réserve à l'école physiologique con-

(1) Frerichs, *Klinik der Leberkrankheiten*, 1858.

temporaine, et il le déclare, dans sa préface, avec l'orgueil légitime d'un homme convaincu qu'il tient enfin la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

« Tout le monde, dit-il, s'accorde à reconnaître aujourd'hui que la science de la vie est une et indivisible; que ses diverses manifestations en santé ou en maladie ne sont séparées par aucune ligne de démarcation véritable; et que les mêmes lois s'imposent aussi bien à la maladie qu'à la santé. Aussi doit-on appliquer aux deux états les mêmes méthodes d'expérimentation rigoureuse. Il n'est pas douteux qu'en suivant cette direction, qui n'est pas neuve, mais qui n'a jamais été acceptée si résolument, ni poursuivie avec tant de moyens, on a fait de grandes choses. Les points de vue généraux ont gagné en simplicité depuis qu'on a cessé d'isoler la maladie des autres manifestations vitales, comme un quelque chose d'étranger qui aurait son existence indépendante. Les processus pathologiques sont devenus plus intelligibles depuis qu'on les a fait rentrer dans les lois de la physiologie. »

Le professeur Frerichs accorde qu'avec la méthode nouvelle, chacun circonscrivant à son gré le champ de son expérience, les faits ainsi recueillis sont des trésors difficiles à classer; mais il s'en console par cet aphorisme philosophique, qu'il en est ainsi dans bien d'autres choses, et que *suo quisque delectatus studio alterum contemnit:* bonne maxime à retenir en passant pour ceux qui ont oublié qu'on n'adopte pas impunément un parti doctrinal, et que la moindre des conséquences est de vous faire mépriser toutes les autres manières de voir.

Le savant professeur ne se dissimule pas les conséquences de la direction qu'il préconise relativement à la clinique et à la pratique médicales. Les cliniciens ont dû se résigner à apporter à la médecine un concours bien moins efficace que ceux qui cultivaient les sciences accessoires; celles-ci ont dominé toute la littérature, et par leur activité à peu près exclusive, elles ont étendu dans une immense mesure la lacune qui sépare la science de la pratique.

Entre ces deux tendances, il fallait opter, et le Dr Frerichs n'hésite pas un instant. Pour lui, la médecine scientifique est le seul et unique fondement de la clinique; elle procède librement et sans tenir souci de l'utilité que la pratique retire ou non de ses enseignements : de même que la physique et la chimie n'ont porté fruits que le jour où elles se sont mises à l'œuvre sans tenir compte de l'application, de même la médecine marche devant elle, indifférente à ses résultats à venir. Jusque-là la méthode semble radicale et rigoureuse; mais les contours, en apparence si nets, s'effacent singulièrement quand il s'agit de préciser l'objet même de la clinique. La clinique a pour mission, dit l'auteur, en propres termes, de concentrer dans un foyer les faits constatés par les divers modes d'investigation; elle contrôle et elle complète les résultats partiels auxquels avait conduit la division du travail; elle ne s'arrête pas aux groupes plus ou moins artificiels de symptômes, mais elle embrasse l'individu dans son entier.

Voilà certes un programme physiologique d'une assez vague compréhension pour que le Dr Frerichs ait à peine le droit d'ajouter, comme il le dit en terminant, que ces règles sont plus faciles à énoncer qu'à suivre fidèlement.

Dans cette déclaration de principes faite par un homme éminent, la donnée fondamentale est toujours la même : la vie n'obéit qu'à une loi invariable qui régit à la fois la maladie et la santé. Ces deux états, abstraits par une disjonction mal fondée, sont des parties inséparables d'un seul tout. C'est là un axiome qui paraît n'avoir pas besoin d'autre démonstration et qui a le mérite de ne plus compter que des adhérents.

Mais, à côté de l'axiome vrai ou faux, se glisse un sophisme auquel les vieux rhéteurs donnaient un nom, et qu'on retrouvera chez presque tous les partisans du physiologisme contemporain, si on se donne la peine de le chercher. La preuve que la physiologie et la pathologie doivent être confondues, c'est que toutes deux profitent des mêmes moyens d'investigation, c'est que la chimie et la physique ont à la fois, et au même titre, contribué

à l'avancement de la science de l'homme sain et de l'homme malade ; ce qui prouve que la vie est une : la santé comme la maladie se composant d'une série d'actions et de réactions physico-chimiques, et ces actions et ces réactions ne pouvant se retrouver à la fois dans la santé et dans la maladie que si ces deux états sont foncièrement identiques. Faites un pas de plus, et vous aurez l'école de Liebig, si impitoyable dans sa logique, qu'elle a fait reculer les médecins les plus croyants devant l'énormité de ses conséquences ; faites un pas en arrière, et vous en serez réduit à consentir à la clinique le mandat assez original que lui assigne le professeur Frerichs, celui de faire converger les rayons.

Encore une fois nous ne discutons pas les généralités ; mais, quand on met toute la tradition médicale juste sur le même rang que les fantaisies des alchimistes en quête de la pierre philosophale, quelles si consolantes compensations daigne-t-on nous octroyer ?

Le professeur Frerichs n'a pas essayé les voies détournées. Il eût pu choisir, pour type de son étude du tout substituée à celle des symptômes, quelque maladie d'une facile interprétation; il s'est tout au contraire attaqué aux affections les plus obscures, à celles où pouvait le mieux briller par conséquent l'éclat de la nouvelle école : il a traité des maladies du foie. Bien que le premier volume seul ait paru jusqu'à présent, il donne, par la nature même du sujet, ample matière à une analyse critique.

Au point de vue de l'école physiologique, la première indication devait être de montrer que notre médecine d'hier, qui semble remonter aux âges héroïques, était dans une fausse voie; que l'école nouvelle, construisant sur de tout autres bases et laissant de côté les superfétations de la pratique, instituait un mode de science méconnu jusque-là. L'introduction historique, ainsi prise de haut, offrait un vif intérêt de curiosité, qui se trouve déçu dès les premières lignes. Le professeur Frerichs, après avoir tant exalté le présent à la plus grande humiliation

du passé, commence par dire en toutes lettres que l'époque actuelle revendique, comme sa propriété, bon nombre de notions que possédaient déjà les siècles depuis longtemps écoulés.

Partagé ainsi entre son respect assez inattendu pour les vieilles écoles et sa foi dans ce qu'il considère comme l'idée moderne, le savant auteur réduit son historique aux modestes proportions de ces histoires de la pathologie que les manuels se croient obligés de mettre en tête de chacun de leurs principaux chapitres. De temps en temps, quelque réflexion philosophique rompt l'uniformité du catalogue; celle-ci par exemple : il est dans la nature de l'homme d'estimer outre mesure les nouvelles découvertes, et par suite de les utiliser sans discernement ; vérité incontestée et qui va tout aussi bien aux physiologistes qu'aux ontologistes.

Quant au progrès accompli de nos jours dans l'étude médicale des affections du foie, Frerichs l'expose en ces termes : Notre physiologie a apporté de nombreuses modifications et ouvert plus d'un point de vue nouveau. La sécrétion du foie est étudiée plus soigneusement; à côté de la bile, dont la constitution, la formation et l'usage, sont plus exactement connus, on a trouvé, comme produit constant de la sécrétion de cette glande, du sucre dont la signification physiologique est encore incertaine. De plus, on a découvert dans le foie un grand nombre de produits de métamorphose rétrograde, qui témoignent d'un travail de transformation (*Umsetzung*) complexe s'accomplissant dans l'organe, mais dont il reste encore à déterminer le sens; enfin quelques faits établis semblent donner à croire que le foie participe à la formation du sang.

Voilà ce que la physiologie fournit d'éléments à la pathologie, qui n'a pas d'autre mission que de contrôler ces aperçus au lit du malade, à une condition toutefois, c'est que cette pathologie, à laquelle on concède, presque par faveur, d'être la servante des études physiologiques, use avec une souveraine défiance des notions par lesquelles elle doit être guidée. Espérons cependant.

car c'est toujours ainsi que finissent les programmes systématiques, que l'avenir résoudra les problèmes encore insolubles, et que, pour emprunter à l'auteur une de ses métaphores, l'arbre physiologique finira par donner la plus riche récolte de fruits pathologiques en enrichissant encore la théorie, déjà si grosse de promesses, du Stoffwechsel.

L'histoire ainsi conçue est vite épuisée ; comme il n'existe pas de médecine, si ce n'est à titre de diverticulum ou de rameau parasite de la physiologie, il en résulte que pour juger les vieux maîtres il suffit de critiquer leurs connaissances physiologiques. Ce que leur a enseigné l'étude assidue du malade, ce qu'a découvert leur sagacité, les saisissantes descriptions que quelques-uns nous ont laissées et qui serviraient d'exemples aux naturalistes; tout cela n'est rien, du jour où leurs théories physiologiques sont condamnées.

Puisqu'il en est ainsi et que la pathologie n'est qu'une conséquence de prémisses qu'elle n'est pas apte à fournir, nous nous attendions à voir le savant professeur poser en tête de son livre les principes que le clinicien a pour mandat d'exploiter. En vérité, il faut supposer aux cliniciens une foi robuste ou un savoir qui dispense d'écrire des livres à leur usage pour borner sa physiologie aux seules indications que leur dispense le Dr Frerichs : « J'ai voulu, dit-il, donner des bases solides sur lesquelles on pût s'appuyer pour la solution de beaucoup de problèmes ; » et dans ce louable but, il n'a rien trouvé de plus important que de préciser mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici le poids moyen du foie absolument et relativement au poids du corps. Or voici le résultat de ses investigations et le solide fondement sur lequel la science exacte aura désormais à construire : chez un individu sain, le poids relatif du foie varie de 1:17 jusqu'à 1:50; le poids absolu, à l'âge moyen de la vie, oscille entre 0,82 et 2,1 kilogr. Par conséquent il convient d'être très réservé avant de prononcer les noms d'*atrophie* ou d'*hypertrophie du foie.* Puis viennent quelques pages sur les rapports de l'organe et ses déplacements primitifs ou secondaires, lesquelles, sans être dé-

pourvues d'intérêt, ne ressemblent guère à des données fondamentales.

Immédiatement après commence la pathologie, et elle débute par la jaunisse, c'est-à-dire par une affection dont l'histoire pathologique est faite et merveilleusement faite, mais qui attend encore de la physiologie son explication théorique : nouvelle preuve toute en faveur de la dépendance que préconise l'école physiologique allemande.

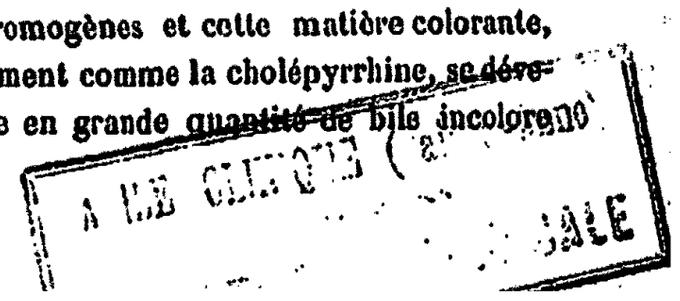
Il n'est personne qui ne sache par quelles hésitations a passé la science et quels doutes elle conserve encore en ce qui touche à la pathogénie de l'ictère. Tant qu'un obstacle évident arrête le cours de la bile, on admet sans contestation que la bile non évacuée est résorbée et passe dans les vaisseaux lymphatiques et dans les veines. Lorsque l'arrêt d'excrétion n'est ni démontré ni démontrable, beaucoup d'hypothèses plus ou moins plausibles se disputent l'opinion. Les uns veulent que le défaut de sécrétion du foie suffise à produire la jaunisse, les autres supposent qu'il se fait dans les globules mêmes du sang une décomposition qui les transforme en éléments de la bile. Enfin, nous autres médecins, nous avons été élevés, à défaut de mieux, dans la présomption qu'il pouvait se produire des spasmes ou des paralysies des conduits biliaires, qui, sans laisser de traces à l'autopsie, expliqueraient la stase, et par suite la résorption de la bile. Contre cette croyance sans preuve possible, s'élèvent bien des objections ; mais, à chaque objection, on s'est contenté de répondre : Donnez-nous une meilleure théorie, et nous n'hésiterons pas à l'accepter. En attendant que vous nous ayez renseignés, ou plutôt sans vous attendre, nous savons que l'ictère survient sous des influences que l'observation clinique nous a apprises, et qu'il n'a certainement pas pour cause constante une entrave matérielle et durable. Le professeur Frerichs propose une nouvelle interprétation, que personne ne se refusera à inscrire à son rang avec toutes les autres. Il admet que la circulation hépatique, encore mal connue, est sujette à des variations de toute sorte; que, si l'afflux du sang de la veine porte est diminué, la tension du

fluide sanguin dans les capillaires du foie diminue proportionnellement, et par suite les cellules hépatiques deviennent plus accessibles à la bile. Il existe alors, pour ainsi dire, un vide relatif dans les cellules, lequel est suivi d'un afflux, ou, si l'on aime mieux, d'une congestion biliaire. C'est ce qui a lieu dans les fièvres intermittentes pernicieuses; dans ces fièvres, les veines interlobaires du foie sont obstruées par des dépôts de pigment. C'est aussi le cas de l'ictère des nouveau-nés.

Justifiable ou non, cette théorie ne sera jamais ni démontrée ni justifiée par les faits, puisqu'elle échappe aux démonstrations directes; en tout cas, elle suffirait difficilement à sa tâche et ne rendrait pas un compte satisfaisant de tous les ictères connus, mais inexpliqués. Le professeur Frerichs l'a bien compris, et sans attendre les objections, il s'est empressé de révéler aux médecins un nouveau mode de génération de l'ictère.

« Jusqu'ici, dit-il, on avait été forcé d'expliquer la coloration des tissus et des sécrétions, chez les ictériques, par la résorption du pigment biliaire déjà tout formé ou par l'hypothèse d'une décomposition du sang. Il existe encore une autre source de la matière colorante de la bile dont on est en droit d'affirmer qu'elle est réellement dans le sang et qu'elle est en mesure de fournir plus ou moins de pigment suivant les circonstances, indépendamment de l'excrétion de la bile.

« Cette proposition s'appuie sur les faits suivants : Les acides purs et incolores de la bile peuvent se transformer en matière colorante pourvue de tous les caractères propres à cette matière. La transformation a lieu non seulement sous l'influence des réactifs, mais aussi dans le sang des animaux vivants, où elle se produit à la suite de l'absorption de l'oxygène. Sous l'action de l'acide sulfurique concentré, il se forme dans la bile décolorée des chromogènes qui, à l'air, et plus rapidement par l'addition de l'acide azotique, affectent une coloration identique à celle du pigment biliaire. Ces chromogènes et cette matière colorante, qui se comportent exactement comme la cholépyrrhine, se développent lorsqu'on injecte en grande quantité de bile incolore



dans le système vasculaire d'un animal vivant. Les acides de la bile sont alors transformés en pigment sous l'influence de la respiration ; la bile de l'intestin résorbée ou celle qui passe directement du foie dans le sang est ainsi transformée à l'état normal. Tout au moins la présence de la taurine dans le poumon normal, démontrée par Staedeler et Cloetta, doit le faire croire. Les pigments formés par ce procédé sont excrétés avec l'urine, lorsque la décomposition (*Umsetzung*) incessante à laquelle la matière colorante est soumise arrive par son progrès à un tel degré, que cette matière ne possède plus les propriétés du pigment de la bile. »

Nous avons traduit textuellement, et, à vrai dire, nous aurions eu quelque peine à résumer la théorie de l'auteur sans nous servir de ses propres expressions. Il en résulte, au point de vue de la pathologie, que puisque la respiration a pour effet de donner naissance à de la matière colorante, les maladies locales ou générales qui entravent l'acte respiratoire exercent une action incontestable sur la nature et la quantité de cette matière pigmentaire : ainsi, pour prendre un exemple concluant, celui que Frerichs cite en première ligne, la respiration est modifiée par la chaleur atmosphérique, et, dans les journées chaudes, l'urine des individus sains contient assez souvent du pigment biliaire, accusé par l'analyse; un ictère léger s'augmente par la fièvre, qui réduit notablement le degré d'oxydation du sang. L'influence de la pneumonie est et devait être encore bien plus manifeste. En un mot, tous les états morbides qui entraînent une moindre oxydation du sang ont pour conséquence cette forme de jaunisse.

Cela dit et bien dit, comme on le voit, Frerichs passe aux symptômes de l'ictère, en s'en tenant à celui qui reconnaît pour cause un obstacle mécanique. Il y a çà et là dans ce chapitre, qui se réduit à l'analyse chimique du sang et de l'urine, quelques indications que les cliniciens n'auront garde de négliger; ainsi la coloration de la peau n'est reconnaissable que quand elle est déjà assez accusée, l'urine elle-même ne traduit pas tou-

jours l'ictère au début. Les praticiens attendent patiemment que la peau soit jaune pour admettre l'existence de la jaunisse; ils savent trop bien qu'avertis un jour plus tôt ou un jour plus tard, ils n'auront pas davantage à intervenir. Les physiologistes sont plus pressés, et ils conseillent de soumettre à l'analyse le sang et les produits de la transsudation des cavités thoracique et abdominale pour y connaître la cholépyrrhine naissante. Il ne manque à cette naïve recommandation que le *modus faciendi;* car, à moins d'analyser tous les *transsudats* de tous les malades, on comprend difficilement quels signes mettent sur la voie d'une jaunisse que rien ne fait soupçonner.

Frerichs reconnaît, d'accord avec tous les observateurs, qu'on ne constate pas dans le sang des ictériques de traces d'acides de la bile, ce qui fournit naturellement un appoint à la doctrine de la transformation des acides, qui ont dû perdre leurs caractères analytiques, puisqu'on ne les retrouve plus. La matière colorante reste seule, et par conséquent on est autorisé à déclarer *a priori* que la cholémie n'est pas responsable des troubles graves que quelques médecins, tous physiologistes comme Frerichs, lui ont imputés.

En dehors de ces symptômes chimiques, nous acceptons le mot sans objection; les autres symptômes sont à peine indiqués. Il y a, dit-il, toute une série de phénomènes qui dépendent d'anomalies du système nerveux : démangeaison, malaise, lassitude, dégoût, etc. Le pronostic et le diagnostic différentiel sont traités en quelques mots. Qu'on n'oublie pas, dit Frerichs, que des cas de jaunisse, simples en apparence et sans lésion organique du foie, ont pu se terminer soudainement par les signes d'une intoxication du sang, le frisson, et la mort. Nous sommes hors d'état de prévoir ces transformations, aussi le jugement à porter sur la terminaison de l'ictère simple n'est-il jamais absolument certain. Le conseil en est bon; mais il n'est, on en conviendra, pas plus original que compromettant.

La thérapeutique rationnelle de l'ictère mériterait plus qu'une simple mention. Le physiologisme thérapeutique se rattache à

de trop nombreuses et de trop vastes questions pour l'aborder ici, même par le moindre de ses côtés; à lui seul il appelle une longue critique, et les thérapeutistes allemands n'ont pas manqué et ne manqueront pas d'en fournir l'occasion.

Le premier volume du *Traité des maladies du foie* comprend, outre l'étude de la jaunisse, celle de l'atrophie aiguë et chronique du foie, de l'état graisseux de cet organe, de la mélanémie et de l'hypérémie hépatiques. Nous n'avons pas essayé d'en donner ici une analyse évidemment plus qu'insuffisante, nous n'avons même pas cherché à apprécier la valeur des résultats spéciaux auxquels l'auteur a été conduit par ses expériences; nous avons voulu seulement montrer l'école dite physiologique à l'œuvre, et nous avons choisi un de ses plus illustres représentants.

De deux choses l'une : ou les physiologistes de la pathologie représentent une école, ou ils s'attachent de préférence, et sans parti pris d'exclusion, à quelques-uns des modes d'investigation dont profite la médecine. S'ils obéissent à une simple préférence en accordant aux autres le droit d'en user de même, libre à eux; que les laboratoires épuisent pour eux leurs produits, qu'ils poursuivent l'analyse chimique dans les dernières délicatesses, qu'ils mettent à l'épreuve tous les appareils de la physique, qu'ils essayent même de composer des théories de la maladie sans avoir jamais vu de malades; ils n'auront pas à se plaindre d'être les martyrs incompris de leur zèle, car l'opinion leur est toute favorable.

Si au contraire, et malheureusement il en est ainsi, ils prétendent se substituer au médecin et se passer à la fois de la tradition et de l'observation médicale, c'est bien le moins qu'on se recueille avant de s'avouer vaincu. Pour eux, il y a deux médecines : l'une périmée, qui mêle la science et la pratique; l'autre jeune, maîtresse de l'avenir, qui déclare qu'un gouffre sépare la pratique de la science et qu'il est inconsidéré de le franchir. L'exemple du chimiste est toujours leur exemple favori; le chimiste travaille et cherche, sans se préoccuper de l'application, enseignant par là au médecin comment il doit agir.

Qu'on fasse tant qu'on voudra des médecins scientifiques,

qu'on crée à côté de la nôtre une médecine contemplative à l'usage des curieux de la nature ; mais qu'au moins, puisque la pratique et la science sont réputées irréconciliables, on se résigne à laisser à d'autres les responsabilités de la clinique. Au fond, ce physiologisme médical n'est pas une nouveauté ; il n'a inventé ni sa tendance ni sa méthode, et il a plus de racines dans l'esprit du passé que dans celui de notre temps. Il observe peu, il observe mal, parce qu'il ne voit qu'un aspect de la maladie ; il explique beaucoup, disons le mot, il explique tout. Ardent à la théorie, habile à baser des doctrines sur la pointe d'un fait interprété à loisir, il n'est pas moins prompt à passer de l'hypothèse à la pratique. Par bonheur, ses entraînements sont d'ordinaire moins dangereux qu'il ne semble : après les plus aventureuses pérégrinations, ils finissent presque tous par aboutir paisiblement au point où ils avaient laissé la tradition, c'est-à-dire aux notions les plus vulgaires de la médecine, qui marche droit, mais avec précaution, dans la voie du progrès.

(*Archives générales de médecine*, 1858.)

DE LA THÉORIE CELLULAIRE

DANS SES RAPPORTS AVEC LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

C'est une vérité banale, tant elle est incontestable, que l'anatomie, la physiologie et la médecine, sont autant de branches d'une même science, et par suite solidaires les unes des autres ; chaque fait anatomique, chaque loi physiologique nouvelle, entraîne des conséquences pathologiques, soit qu'il éclaire des points douteux, soit qu'il redresse des notions erronées, soit qu'il ouvre la voie à des découvertes en médecine. La pathologie a son mode d'investigation qui lui est propre, avec son indépendance, trop souvent méconnue ; mais elle n'en a pas moins avec l'étude de l'homme sain des relations trop évidentes pour appeler la discussion.

On se ferait une idée incomplète des rapports intimes de ces sciences, si l'on se bornait à reconnaître que les recherches relatives à la structure ou à la fonction de tel ou tel organe ont fourni de précieux renseignements à l'histoire des maladies spéciales ; les généralités de l'anatomie et de la physiologie ont eu de tout temps une influence également considérable sur la direction même de la pathologie. Si Bichat, pour ne citer qu'un exemple, a contribué puissamment au mouvement de la médecine contemporaine, il ne le doit pas à son *Anatomie descriptive* ou au petit nombre d'observations physiologiques qu'il a poursuivies, mais à sa philosophie anatomo-physiologique.

Quelque manifeste que soit ce retentissement, il ne se produit

pas sans de longues indécisions: la médecine hésite d'ordinaire à s'engager dans une route nouvelle, dont elle ignore l'issue. Toutes les fois qu'une loi anatomo-physiologique est entrée dans le domaine de la pathologie et qu'elle a servi à fonder une doctrine, c'est qu'elle était déjà mûrie et suffisamment préparée par l'opinion.

L'histoire de la circulation en fournirait amplement la preuve, et de notre temps les meilleures découvertes de la physiologie attendent encore leur application à l'examen ou au traitement des maladies.

Parmi les théories contemporaines, il en est une à laquelle on ne saurait contester le premier rang; qui, descendant dans les profondeurs les plus intimes de l'organisation, s'élève aux conceptions les plus hautes; qui, en même temps qu'elle agrandit la sphère de l'anatomie comparée, renouvelle, si même elle ne crée, l'anatomie de structure. Je veux parler de la théorie cellulaire. Tandis que les sciences naturelles poursuivaient avec une ardeur qui ne se ralentit pas les conséquences de cette grande donnée, c'est d'hier seulement que la médecine a entrevu la portée que pouvait avoir la physiologie de la cellule au point de vue de la pathologie générale. Deux hommes éminents à des titres très-divers, et que ne rapprochaient ni leurs aptitudes ni leur nationalité, se sont mis en même temps à l'œuvre, et chacun d'eux a essayé non pas d'improviser une doctrine, mais au moins de montrer ce qu'il y avait là de puissance et d'avenir.

Bien que ces essais de pathologie cellulaire soient à peine à l'état d'ébauches, il n'est jamais trop tôt pour appeler l'attention sur des tentatives sérieuses; la nouveauté même des directions où on se risque, le vague des notions encore confuses, doubleraient au besoin l'intérêt de ces généralités à l'état naissant, que de persévérantes études pourront seules faire prospérer.

Nous avons tâché de résumer dans cette *revue* des aperçus d'une difficile analyse, et il nous a paru qu'avant d'indiquer les applications à la pathologie générale de la théorie cellulaire, il était nécessaire de rappeler sommairement les principales don-

nées sur lesquelles reposent la physiologie et l'anatomie des cellules.

Les anatomistes avaient cherché de tout temps à s'élever au-dessus de la description des organes complexes qui servent à l'accomplissement de chaque fonction ; ils savaient que tout appareil organique est un composé d'éléments, dont plusieurs se retrouvent diversement combinés dans la plupart des tissus de l'économie. Ces machines particulières, disait Bichat, réunies dans la machine générale qui constitue l'individu, sont elles-mêmes formées par plusieurs tissus de nature très-différente et qui sont les véritables éléments des organes. Comme la chimie a ses corps simples, de même l'anatomie a ses tissus simples, qui, par leurs combinaisons, forment les organes. Mais, si l'on se faisait une idée exacte du but, il faut bien convenir qu'on était loin de l'avoir atteint: l'analyse anatomique n'avait pas suivi, même à distance, les progrès de l'analyse chimique, et les vingt et un tissus de Bichat, bien que réduits en nombre par Dupuytren et Richerand, ne pouvaient être le dernier mot de la décomposition de texture.

Le microscope permit de pénétrer plus avant, et fit découvrir les éléments des éléments qu'on avait admis : les recherches de détail se succédèrent; bientôt un esprit supérieur, coordonnant ses propres observations et celles des autres naturalistes, posa hardiment, mais en l'appliquant seulement aux végétaux, cette loi, qui depuis n'a pas été contredite : *Tout organisme végétal nait d'une cellule, est constitué par des cellules, et propage l'espèce par une formation cellulaire.*

Ce que Schleiden avait osé dire des plantes, Schwann l'appliqua aux animaux, et de son traité classique, publié en 1839, date pour nous la théorie de la cellule animale (1).

Le livre de Schwann contient, en moins de 300 pages, l'histoire de la cellule telle qu'elle est encore comprise aujourd'hui. Après tant de travaux contradictoires entrepris à des points de

(1) *Recherches microscopiques sur la conformité de structure et de développement des animaux et des plantes* (*Microscopische Untersuchungen*, etc.).

vue divers, l'idée mère est restée ce que son illustre auteur l'avait faite. Ce serait déjà un argument considérable en faveur de la vérité des principes promulgués par Schwann; mais, quelques dissidences d'opinions qui se soient produites, le principe doctrinal n'a plus besoin d'arguments et n'appelle plus la discussion.

Il y a là cependant, comme dans tout système, un mélange de faits incontestables, d'observations douteuses et d'hypothèses qui doivent figurer et figurent en effet, à divers titres, dans les applications pathologiques. S'il est indispensable de séparer ce qui est positif de ce qui est conjectural, il ne l'est peut-être pas moins d'indiquer sommairement jusqu'aux suppositions qui ont eu cours. Nulle part on ne saisira mieux le rôle que jouent les hypothèses dans les découvertes scientifiques, et comment elles trouvent, aussi bien en anatomie et en physiologie qu'en médecine, leur emploi provisoire, mais nécessaire.

Quelles que soient les transformations ultérieures que la cellule aura à subir, quelques fonctions qui lui soient dévolues, on peut dire que toute cellule est constituée par des éléments qu'il convient d'isoler pour comprendre d'abord leur nature, et plus tard leur évolution. Sans parler des autres produits élémentaires, on peut borner cette étude, faite exclusivement en vue des applications pathologiques, aux propriétés du nucléole, du noyau et de la cellule proprement dite. Bien que ces notions soient familières à la plupart des médecins, on nous pardonnera de les reproduire brièvement, comme l'antécédent obligé des propositions médicales auxquelles elles ont donné naissance.

Les nucléoles sont des corpuscules ronds, nettement limités, probablement revêtus d'une membrane dont la composition chimique est encore indéterminée, mais que quelques observateurs supposent constitués par une matière grasse; ils se retrouvent probablement dans tous les noyaux; le plus souvent chaque noyau n'a qu'un nucléole, mais on peut en rencontrer jusqu'à quatre ou cinq.

Le noyau, élément essentiel de la cellule, a de plus grandes

dimensions; constitué vraisemblablement par une vésicule, il a une membrane d'enveloppe plus ou moins ténue, et son contenu se compose, indépendamment des nucléoles, d'un liquide presque incolore, pur ou mêlé de granules. Les noyaux existent dans toutes les cellules de l'animal embryonnaire ou adulte, tant que les cellules sont encore jeunes; lors même qu'à cause de leur transparence on n'arrive pas à les constater directement, l'induction autoriserait presque à en affirmer l'existence. En général chaque cellule ne contient primitivement qu'un noyau, et, lorsqu'elle en renferme plusieurs, c'est qu'il y a eu une génération intra-cellulaire; pathologiquement on en trouve dans beaucoup d'exsudats séreux, purulents ou sanguins.

Le développement des noyaux, leur mode de dédoublement ou de génération, ont fourni matière aux études les plus profondes de l'embryogénie, et en même temps ont été le point de mire de presque toutes les théories; nous y reviendrons nécessairement à propos de l'histoire physiologique de la cellule, dont nous rappelons seulement ici les caractères anatomiques.

Les cellules sont des vésicules de grandeur variable, remplies par un liquide et par des particules distinctes; sphériques ou lenticulaires à leur origine et souvent pendant toute leur durée, elles peuvent affecter un petit nombre de formes déterminées. Leur membrane est mince, ordinairement lisse, et sans structure appréciable; à l'intérieur, elles contiennent, outre un liquide, le noyau, des nucléoles ou des granules. Chimiquement la membrane d'enveloppe est constituée par une substance azotée, dont la composition n'est probablement pas identique à celle de la membrane du noyau.

Telle est, réduite à sa plus simple expression, l'anatomie générale de la cellule et des éléments qui la composent; mais la description nous la montre immobilisée et réduite aux proportions d'un fragment inorganique. Or la cellule vit, elle naît, elle meurt, elle participe à l'incessante mobilité des êtres organisés; suivre son évolution, c'est exposer sa physiologie. Là commencent les difficultés de tout ordre que réunit l'étude de l'individu

vivant et même de la particule vivante, à quelque degré infime de l'échelle qu'elle appartienne ; les faits positifs se croisent avec les présomptions, le certain n'a plus de limites fixes. Mais la médecine s'est toujours complue dans ces conceptions demi-mathématiques, demi-vagues, dont elle trouve le facile emploi ; aussi est-ce à la physiologie de la cellule, et non pas à son anatomie, qu'elle a dû emprunter ses plus séduisantes applications.

La vie de la cellule comprend un certain nombre de phases obligées, sa genèse, son accroissement, sa nutrition, sa génération même, et sa déchéance. Dans la série des phénomènes qui se succèdent, les uns sont plus ou moins directement observables ; les autres ne nous sont accessibles que par une induction hasardeuse. Ces derniers sont ceux qui sollicitent vivement la curiosité scientifique, mais aussi ceux qui se prêtent le mieux aux interprétations de fantaisie. Quelle est d'ailleurs la fonction vitale, parmi les plus rigoureusement définies, qui ne touche à des problèmes inaccessibles ?

La cellule, envisagée dans sa plus haute généralité, sans acception des organes ou des tissus, a une existence propre et constitue une *individualité ;* elle est, pour prendre la définition de Nægeli, une portion de matériaux organiques qui s'individualise, s'enveloppe d'une membrane, correspond, par l'intermédiaire de cette membrane, avec l'extérieur, et se modifie intérieurement, chimiquement et plastiquement. C'est au noyau que, depuis Schleiden et Schwann, on a rapporté la plus grande part dans la formation de la cellule ; mais, tout en lui attribuant le rôle le plus élevé, on est loin de s'entendre sur le mode de son action. Nous n'avons pas ici à reproduire les hypothèses trop bien connues sur lesquelles les deux savants auteurs ont appuyé leurs ingénieux systèmes ; mais la genèse de la cellule est une chose trop capitale pour qu'on acquière le droit de la passer sous silence, même en motivant son abstention.

Le mode de formation de la cellule, qui semble au premier abord un problème exclusivement dévolu aux naturalistes, n'a pas une moindre importance au point de vue pathologique. Sui-

vant qu'on adopte l'une ou l'autre des explications qui ont été proposées, la vie même de l'organisme se présente sous un aspect différent; en outre, la génération des cellules qui composent les produits réputés pathologiques ne saurait être une chose indifférente quand il s'agit de remonter aux origines des lésions. Peu de mots suffisent d'ailleurs pour indiquer sommairement ce qu'il est utile de rappeler, dans le seul but que nous ayons à poursuivre.

La théorie de Schwann, dont toutes les autres dérivent plus ou moins, a elle-même de nombreux points de contact avec celle de Schleiden, qui l'a précédée. Pour tous deux, la cellule se développe autour du noyau qui préexiste, qu'il soit ou non le produit d'un blastème amorphe. Peu à peu le noyau, qui d'abord avait augmenté de volume, se résorbe, la cellule est vide de noyau; mais c'est là le plus souvent une transformation, et non la forme primitive. Le noyau, élément essentiel, comparable à un petit cristal formé dans le blastème comme dans une eau mère, serait un centre d'attraction pour les couches qui viennent successivement se déposer autour de lui; la couche située à la périphérie de cette sphère d'attraction se transformerait en une membrane d'enveloppe. La cellule tout entière, ainsi composée, ne serait en somme qu'une cristallisation organique qui différerait à peine du cristal inorganique.

Dans les idées de Schleiden, le noyau agit chimiquement et en vertu d'une force catalytique sur le blastème où il est plongé. Les objections ne manquent ni à l'une ni à l'autre de ces théories, dont nous n'avons à signaler ni les qualités ni les défauts; mais, si on ne remonte à ces origines de l'histoire de la cellule, il devient difficile de comprendre les opinions ultérieurement émises, et même de saisir la valeur des termes usités.

En tout cas, la doctrine de Schwann n'est pas une simple hypothèse limitée à la genèse des cellules, elle a de plus hautes visées; lui-même l'a dit avec un sens philosophique profond, les doctrines qui veulent s'élever à la loi générale de l'organisme peuvent se partager en deux classes : elles sont téléologiques ou

physiques. Dans le premier ordre d'idées, l'organisation de l'être vivant est constituée en vue d'un but défini : chaque molécule y concourt pour sa part, parce qu'elle a été créée et qu'elle est mise en mouvement en vue de ce but particulier; suivant les doctrines physiques, au contraire, l'organisme vivant obéit aux lois fondamentales de la nature inorganique : ses éléments constituants sont soumis à une nécessité aveugle, ou plutôt ils rentrent dans l'ensemble de la création au même titre et aux mêmes conditions que tous les autres éléments.

Schwann, il n'est pas besoin de le dire, se range à cette dernière croyance. La cellule vivante n'a que trois propriétés : l'attraction et l'affinité, une force plastique qui explique sa formation, et une force métabolique par laquelle s'opèrent les transformations chimiques qui ont lieu à l'intérieur de la cellule.

Rien qu'à ce rapide aperçu, on pourrait juger déjà des relations qui unissent ces idées, en apparence étrangères à la médecine, aux problèmes fondamentaux de la pathologie. Suivant que le médecin adopte ou repousse la théorie des causes finales, dans ses applications à la santé et à la maladie, suivant qu'il incline au contraire vers l'assimilation de l'être vivant à la création inorganique, il donne à l'art et à la science une direction toute différente. Ce n'est pas seulement la pathologie générale, c'est la pratique journalière qui subit l'influence du principe auquel on a dévoué ses convictions.

Encore une fois, nous avons cru nécessaire de rappeler ces grandes données ; nous ne les discutons pas, encore moins voudrions-nous en développer toutes les conséquences.

La cellule animale, quoi qu'en dise Schwann, vit, elle a une individualité qui n'appartient pas au cristal; elle a en outre des propriétés qui la distinguent des éléments inorganiques et même de la cellule végétale : elle est contractile et sensible. La contractilité se démontre directement; il suffirait de citer les cellules de l'épithélium vibratile. Quant à la sensibilité, elle résulte d'un autre ordre de preuves.

Elle vit encore, parce qu'elle accomplit toutes les transformations qui répondent à la définition de l'être vivant ; elle n'a pas de temps d'arrêt, mais son existence est une perpétuelle transformation, et du jour où elle a cessé d'obéir à ce mouvement incessant, elle meurt. La membrane d'enveloppe, d'abord presque adhérente au noyau, s'en éloigne, et une couche de liquide, qui s'augmente à mesure que croît la cellule, s'interpose entre la membrane et le noyau. Cette nutrition n'est le résultat ni de l'endosmose ni de l'imbibition. La cellule a, si on nous passe ce mot, ses aliments d'élection ; elle distingue les substances qu'elle doit absorber et rejeter pour accomplir ses fonctions. L'urée, la matière colorante de la bile et la graisse, ne sont pas indifféremment réparties dans toutes les cavités cellulaires, et il faut bien ou admettre avec Schwann les affinités fatales, ou reconnaître dans ces aptitudes exclusives des divers groupes de cellules l'intervention d'une cause finale.

Quant aux changements que subiraient, à l'intérieur de la cellule, les matériaux introduits en vertu des attractions spéciales que nous venons de signaler, nous nous bornerons à rappeler l'opinion de Schwann, qui affirme l'existence d'une série de modifications chimiques attribuées par lui à une force métabolique.

Les médecins, initiés par la nature de leurs études à l'histoire de la théorie cellulaire, nous pardonneront d'avoir si peu réussi à être à la fois bref et complet dans l'exposé succinct que nous venons de faire de l'anatomie et de la physiologie générale de la cellule ; nous avons tenu, avant tout, à ne pas sortir de la sphère des généralités, et à ne soulever, même accessoirement, aucune question de détail. Il ne s'agit pas en effet de rechercher jusqu'à quel point l'anatomie pathologique a profité de l'étude microscopique de chaque ordre de produits ou de cellules, mais de voir si la pathologie générale peut dès à présent, ou pourra tout au moins dans l'avenir, tirer parti de ces grands aperçus sur la constitution de l'organisme.

Deux auteurs, tous deux éminents et connus par d'autres tra-

vaux, ont envisagé la question au point de vue où nous nous sommes placé. Addison (1), le collaborateur de Bright et le doyen des médecins du Guy's hospital, a réuni seulement quelques propositions dans son livre, qui ne paraît avoir rencontré qu'une demi-faveur en Angleterre. Virchow (2) a été plus dogmatique et moins incomplet ; nouveau venu à l'Université de Berlin, où l'avait appelé sa réputation, il a tenu, dès ses premières leçons, à prouver qu'il apportait à l'enseignement des vues originales et une connaissance approfondie de la science moderne. Il s'adressait d'ailleurs à un auditoire plus préparé par ses sympathies que par des études préalables, et il a voulu se montrer à la fois investigateur hardi et professeur presque élémentaire. Si entre ces deux auteurs il y a communauté de principes, là s'arrête la ressemblance ; réunir dans une même appréciation l'analyse de leurs travaux serait sans avantage.

Addison établit d'ailleurs le passage entre la médecine traditionnelle et la tendance radicale au renouvellement de la science. Il a sur Virchow le désavantage, car c'en est un pour un théoricien, d'avoir un plus lourd bagage clinique, qui gêne la liberté de ses mouvements ; on renonce volontiers à la tradition classique, et rien n'est plus facile que de conclure à l'inanité des opinions des autres, mais il est moins aisé d'abandonner ce qu'on sait, par sa propre expérience, être conforme à la vérité.

La médecine a, quoi qu'on en dise, un fond commun qui se transmet en s'amplifiant de génération en génération, et contre lequel s'épuisent en vain les efforts des innovateurs ; au moment où il semble qu'une doctrine vient de faire table rase, on s'aperçoit que la tradition, plus vivace qu'on ne supposait, se réveille avec une nouvelle jeunesse. C'est là ce qui nous sauve des systèmes et sert de contre-poids aux témérités doctrinales.

Or Addison, esprit clinique par excellence, n'est pas disposé à

(1) *Cell Therapeutics*. Londres, 1856.
(2) *Die Cellularpathologie*. Berlin, 1858.

sacrifier les données pratiques. La théorie cellulaire ne lui paraît admissible qu'à la condition qu'elle respecte les lois bien établies ; il est, pour prendre le langage de Schwann, plus téléologiste que physicien, ou, ce qui serait presque synonyme, plus médecin que savant.

Je n'en veux d'autre preuve que son point de départ. Son livre n'a pas pour titre la pathologie, mais la thérapeutique cellulaire ; et cependant il ne contient pas un paragraphe consacré au traitement proprement dit des maladies. C'est qu'en effet la thérapeutique est une partie intégrante de la pathologie et peut-être la plus significative. En supposant que la maladie se produise sous l'influence d'agents qui modifient l'économie d'une manière fâcheuse, il est certain que des actes divers s'accomplissent dans le but de restaurer la santé ; il n'est pas moins certain que la curation ou le rétablissement de l'état normal peut avoir lieu par les seuls efforts naturels, sans intervention du médecin. C'est toujours le principe de la *natura medicatrix* qui survit à toutes les discussions ; or, dans ce travail réparateur, l'économie déploie les forces qui lui sont propres, elle opère d'une façon plus évidente, parce qu'elle est moins dominée. Si on veut dégager ce qui appartient à l'organisme vivant de ce qui s'est produit accidentellement sous l'influence de la cause morbifique, c'est dans la période où se prépare la guérison qu'il faut aller chercher ses enseignements.

La réparation chirurgicale n'est contestée par personne. Qui voudrait nier que la série des phénomènes par lesquels s'accomplit la cicatrisation est instituée en vue d'un but exactement défini ? Des phénomènes du même ordre se retrouvent dans les affections dites *médicales*, et parce qu'ils sont moins facilement perçus, ils n'en ont pas moins la même valeur et la même destination. On objecte que ces actes curateurs sont loin de produire toujours des résultats favorables, mais l'objection s'appliquerait aussi bien aux lésions chirurgicales ; et cependant qui met en doute la portée curative des diverses périodes de la cicatrisation, parce que le chirurgien est obligé de réprimer ou d'exciter, ou

même parce que le malade court les chances d'une infection purulente.

Cette thérapeutique naturelle est la seule qu'Addison ait en vue et qu'il essaye d'interpréter à l'aide de la théorie cellulaire. Il accepte sans discussion les données anatomiques que nous avons rappelées, en commençant, sur la constitution de la cellule ; mais, au lieu d'attacher la plus grande importance au noyau, c'est au fluide, ou à la matière intermédiaire entre le noyau et la membrane qu'il attribue la part la plus active. Dans les végétaux, le fluide intra-cellulaire subit les transformations principales alors que, suivant lui, le noyau et la membrane gardent leurs caractères sans variations apparentes ; il en est de même dans les animaux. La cellule est un organe d'absorption, mais d'absorption élective, et l'absorption a nécessairement lieu dans l'intérieur de la cellule. Addison limite ainsi, par une convention artificielle, le champ d'action de la cellule ; si, d'un côté, il admet sa vitalité, de l'autre, il ne la considère qu'à l'état adulte, c'est-à-dire qu'il ne se préoccupe ni de sa genèse ni de sa terminaison. Ainsi envisagée dans une seule phase de son existence, la cellule a en effet pour propriété essentielle d'absorber et de rejeter tout ou partie des matériaux en contact avec sa paroi ; en revanche, il faut admettre qu'il n'y a pas de cellules de nouvelle formation : or ni Addison ni aucun autre observateur ne consentirait à accueillir comme vraie une semblable proposition. La théorie ainsi simplifiée ne répond donc pas à toutes les exigences ; mais Addison a ce mérite particulier aux observateurs de sa nation, qu'il n'est pas esclave de sa propre théorie, et qu'il n'hésite pas à établir avec une égale bonne foi les faits mêmes qui la contredisent. Nous aurions mauvaise grâce à être plus exigeants que lui, et à relier quand même les fragments dont se compose son œuvre.

La réparation organique, avons-nous dit, n'a pas lieu seulement dans les cas chirurgicaux ; elle s'effectue aussi bien dans les affections du sang et des organes parenchymateux, et toujours sous deux formes prédominantes, la suppuration et la gra-

nulation, qui toutes deux répondent à une production de cellules nouvelles, et s'accompagnent d'un ensemble de phénomènes désignés sous le nom générique d'*inflammation*.

Le pus, constitué, comme les granulations, par des cellules, en diffère essentiellement, en ce qu'il est une production caduque, sans connexion possible avec l'économie; les granulations, au contraire, sont reliées aux parties vivantes par des vaisseaux sanguins de nouvelle formation, qui s'abouchent avec les vaisseaux déjà existants, dont ils deviennent autant de prolongements. Il y a donc là deux ordres de cellules, les unes destinées à être excrétées (ce sont celles du pus), les autres ayant pour but d'engendrer un tissu nouveau.

Toutes deux sont le résultat d'un même processus générateur. Pendant qu'elles se forment, les vaisseaux sanguins subissent, suivant Addison, une sorte de métamorphose rétrograde; ils reprennent leur mode d'évolution embryonnaire, et leur tunique fibreuse devient le siège d'une production continue de cellules.

Ces cellules, qu'on pourrait appeler *pathologiques*, par comparaison avec les cellules physiologiques, ne sont pas soustraites à la loi commune; elles sont douées d'une force d'absorption élective, qui s'exerce d'abord sur les vaisseaux sanguins sans déterminer d'hémorrhagie, et porte sur le sang lui-même.

Or le sang n'a pas toujours une crase identique. C'est une vieille doctrine que celle qui admet que le sang s'altère par un poison volatil ou répandu dans l'air, que ce poison a des affinités pour tel ou tel organe, et enfin que le sang altéré se purifie par des évacuations critiques. Quelques contradictions qu'elle ait soulevées à bien des reprises, la croyance à l'intoxication du sang est de celles dont nous disions qu'elles renaissent quand même ou plutôt qu'elles restent toujours vivantes.

Pour Addison, la formation de ces cellules nouvelles est le procédé curateur, la crise par laquelle s'éliminent les éléments toxiques contenus dans le sang. Ces cellules, ainsi créées sur les parois des vaisseaux, auxquelles elles finissent par se substituer,

absorbent, suivant leur aptitude, le poison ou plutôt sont engendrées par le poison lui-même, car elles ne pourraient probablement ni naître ni se développer sans lui.

Prenons pour exemple la variole. Sous l'influence d'une infection préalable du sang, il se développe à la peau des centaines de petits abcès, qui sont autant de foyers où naissent des cellules pathologiques ; le sang traverse continuellement les pustules, et, à mesure qu'il donne naissance à de nouvelles cellules, il se modifie nécessairement dans ses qualités. Nous ne savons pas quel changement s'opère dans sa composition intime ; mais ce que nous savons, c'est qu'il arrive un moment où le sang n'a plus d'aptitude à créer des cellules, où la formation du pus variolique s'arrête, et où le malade se rétablit.

Les cellules de la variole doivent donc se développer et se multiplier par l'absorption du sang chargé de principe varioleux ; elles doivent par conséquent différer des autres cellules purulentes, et elles en diffèrent en effet, puisqu'elles ont la propriété exclusive de reproduire la lésion spécifique. A ce titre, le pus de la variole répond à une fonction, il est louable quand il est susceptible de transmettre la maladie par inoculation, et sa mission thérapeutique est de décharger l'économie d'un principe délétère. Le microscope ne nous apprend pas, il est vrai, à discerner le pus légitime de la variole du pus légitime d'une blessure ; mais, à défaut de microscope, nous avons les caractères distinctifs que nous venons de rappeler.

C'est ainsi que la théorie cellulaire ramène sous un autre aspect la tradition qui s'est perpétuée depuis les premiers temps de la médecine, et qu'elle vient fournir des arguments inattendus à la doctrine des crises, comprise dans son véritable sens. Les inflammations locales des fièvres éruptives ne sont donc pas nécessairement des expressions morbides, mais elles peuvent être considérées comme un moyen de curation naturelle; or ce qui est vrai des fièvres éruptives l'est également de certaines autres maladies.

Voilà l'idée mère d'Addison. Elle peut se résumer en cette

proposition : la formation de cellules de pus ou de granulations est un acte réparateur, qu'il ait ou non, suivant les circonstances, la guérison pour résultat ; ces cellules ainsi engendrées ont une force d'absorption élective et éliminent les matériaux toxiques introduits dans le sang.

Si l'explication peut s'appliquer aux fièvres éruptives qu'Addison a choisies pour types, il est évident que des cellules se produisent dans des conditions pathologiques où elles ne sauraient être considérées comme éliminatrices ; constituent-elles alors un procédé réparateur ? Quel est le mode d'action et le but final des cellules qui n'absorbent pas de poison animal et dont le contenu n'a pas de propriétés spécifiques ?

C'est à cet ordre de recherches qu'est consacrée la seconde partie du mémoire d'Addison. Pour lui, la génération des cellules du pus et l'inflammation sont toujours un acte curatif, quelque divers que soit le mode d'action ; il y a, comme il le dit, unité de but et de dessein final ; seulement, tandis que dans les maladies éruptives le procédé était essentiellement médical, ou, comme disait Schwann, métabolique, dans les cas dont il nous reste à parler, le procédé est plus chirurgical et répond aux phénomènes réparateurs des plaies.

Quelques développements rendront aisément intelligible cette idée qui ainsi résumée semble peut-être obscure.

Le sang et les vaisseaux sanguins constituent, avec les divers organes, trois éléments bien distincts qui concourent à la structure du corps humain. Les vaisseaux sont enveloppés par une couche fibreuse qui envoie des prolongements dans tous les organes et qui même, en revêtant d'autres formes, garde les propriétés des membranes artérielles ou veineuses. Ce tissu, auquel Addison donne le nom de *connective tissue*, n'a, ni à l'état pathologique ni à l'état physiologique, de caractères communs avec les organes auxquels il se distribue. Lorsque l'organe a subi une solution de continuité accidentelle, la guérison s'effectue par la production d'un nouveau tissu connectif et non par la régénération du parenchyme lui-même ; si l'inflammation a affecté le

foie ou le cerveau, elle ne donne pas naissance à des cellules du parenchyme, mais aux cellules de la lymphe, du pus et des granulations. Les produits de l'inflammation sont donc uniformes dans quelque organe qu'ils se développent, lorsqu'au lieu de se contenter d'un aperçu superficiel, on descend dans l'intimité du processus.

C'est sur cette *donnée* anatomo-pathologique que repose la distinction des maladies organiques et de la simple phlegmasie, les unes entraînant une dégénérescence de la substance même du parenchyme, l'autre portant sur le tissu vasculaire commun et se terminant par la formation de nouvelles cellules.

Quand la maladie organique agit à la manière d'une violence extérieure et tend à affecter les vaisseaux et à rendre l'hémorrhagie imminente, les cellules adventices qui naissent dans le tissu vasculaire préviennent la perte du sang ; c'est en un mot, sauf la différence des causes et des parties, le mécanisme de la curation naturelle des plaies.

Les tubercules pulmonaires fournissent l'exemple le plus frappant du rôle que jouent les cellules dans les cas dont nous venons de parler. Le parenchyme pulmonaire est profondément altéré ; mais, tant que les tubercules sont peu considérables, ils ne provoquent pas de phénomènes inflammatoires; viennent-ils, au contraire, à intéresser des vaisseaux d'un calibre plus volumineux, l'inflammation survient avec toutes ses conséquences : épanchement de lymphe, granulations, vaisseaux de nouvelle formation et globules de pus. Le pus sépare le parenchyme malade des parties saines ; des granulations se forment à l'intérieur de la membrane dite *pyogénique ;* aussi, grâce à cette évolution, l'hémorrhagie dans une caverne purulente est-elle plus qu'une rareté ; l'inflammation est là un phénomène consécutif ; la dégénérescence des cellules parenchymateuses l'a devancée, elle a agi à la façon des violences extérieures et a déterminé des effets du même ordre. C'est là, comme pour les plaies, un effort vers la guérison : les hémorrhagies sont prévenues, les parties saines sont isolées des parties malades, les parois de l'abcès sont plus

ou moins garanties contre une perforation, et la vie du malade se prolonge malgré la lésion primitive.

Cependant l'expérience n'enseigne que trop combien ces phénomènes supposés réparateurs atteignent rarement le but; c'est que la cause qui a provoqué le tubercule et qui n'est pas celle qui a présidé à l'inflammation secondaire continue sa fâcheuse influence. Qu'elle vienne à se suspendre, et la guérison aura lieu; et quand elle aura lieu, elle se sera toujours accomplie par la série de productions cellulaires que nous avons mentionnées.

Ajoutez, pour expliquer l'insuffisance de la réparation, les obstacles mécaniques dépendant de la disposition des parties, ajoutez surtout les modifications qui résultent dans les cellules de l'altération du sang; ajoutez enfin que la formation des cellules, comme toutes les grandes fonctions organiques, obéit à des lois absolues qui ne font acception ni de la structure ni de la destination des parties.

Ainsi se justifie pour Addison sa proposition capitale, à la démonstration de laquelle son livre est en réalité consacré, à savoir : l'unité de but de l'inflammation, prouvée par l'étude de l'évolution cellulaire pathologique, la tendance réparatrice des produits nouveaux engendrés dans le tissu vasculaire, qu'ils aient ou non pour effet la guérison du malade.

En un mot, lorsque l'inflammation suit sa marche régulière, garde ses limites d'extension et d'intensité et est suivie de la guérison, comme dans la variole, la rougeole, etc., la regarder comme une maladie, et la considérer au contraire comme un procédé curateur dans les brûlures, dans les fractures comminutives, quand elle se prolonge, s'accompagne de mille dangers et épuise le patient, c'est commettre un illogisme médical. Les choses les plus nécessaires à la santé lui deviennent funestes aussi bien par leur excès que par leur insuffisance; les cellules formées à nouveau dans le tissu vasculaire ouvrent les vaisseaux sans hémorrhagie. La granulation est le mode naturel de réparation des solutions de continuité, le pus est l'éliminateur des poisons et des portions mortifiées; si les granulations faisaient défaut

et qu'elles apparaissent, elles rentrent dans la catégorie des moyens thérapeutiques; sont-elles en excès, celles qui dépassent la proportion utile sont pathologiques, les autres sont physiologiques. Lorsque le pus doit venir accomplir sa fonction et qu'il élimine ce qu'il a à éliminer, il est encore un moyen thérapeutique ; si après avoir rempli son office il continue à être sécrété au delà du besoin, il devient pathologique et doit être réprimé.

Il serait sans profit de pousser plus loin cette analyse assez détaillée pour donner une notion exacte des idées d'Addison. On a pu voir comment, dans les deux directions où il a pénétré plus avant, il a cherché à prouver que la physiologie cellulaire n'infirme pas, mais confirme les principes de l'art médical. A-t-il réussi dans cette louable entreprise, et jusqu'à quel point la théorie des cellules peut-elle revendiquer une part dans ses conclusions? Il est certain qu'Addison n'a envisagé qu'un côté de la question, et qu'il a de plus le défaut de débuter avec une doctrine toute faite. Ses recherches ne le mènent pas à une découverte, mais, comme il en convient à peu près, à la confirmation de principes qu'il n'aurait pas reniés, quand bien même l'étude de l'évolution cellulaire les aurait contredits. Cette méthode géométrique est funeste quand on part d'un principe erroné; elle a de grandes chances d'arriver au vrai sans écarts, sans illusions, quand au contraire la donnée première est solidement établie. Elle a enfin un dernier risque, c'est, tout en éloignant l'erreur, d'écarter au même degré l'esprit d'invention et de réduire les résultats à de simples banalités.

Addison est, à notre sens, dans une direction juste, lorsqu'il admet implicitement qu'il existe en médecine des lois imprescriptibles, et que l'amour de la nouveauté ne doit pas entraîner les observateurs à faire sans cesse table rase pour renouveler la science de fond en comble. Il a rendu un service en signalant la parité, sinon l'identité, de deux processus pathologiques ou thérapeutiques dont on avait entrevu la conformité sans aller plus oin. Il a édifié sa dé monstration sur une théorie, celle de la gé-

nération des cellules, qu'on n'avait pas encore appliquée sous cette forme. Là s'est bornée sa tâche ; on ne peut pas se dissimuler qu'elle est insuffisante et qu'il n'a contribué que pour une part restreinte au laborieux enfantement de la pathologie générale cellulaire.

Addison s'est efforcé de concilier la théorie moderne de la cellule avec les traditions les plus anciennes de la médecine. Ce résultat ne pouvait être obtenu qu'au prix de quelques sacrifices, et Addison n'avait pas hésité à subordonner l'histologie aux dogmes pathologiques sanctionnés par une longue et solennelle expérience.

Virchow n'avait aucune raison pour incliner vers un semblable compromis ; s'il avait, lui aussi, des convictions préétablies, elles étaient juste l'opposé de celles auxquelles obéissait l'honorable médecin du Guy's hospital. Placé à la tête du mouvement scientifique de l'Allemagne et par ses travaux de détail et par ses tendances philosophiques, Virchow avait encore d'autres motifs pour rompre avec le passé. Il venait à Berlin, appelé par l'opinion, et il venait non pas pour continuer la tradition, mais pour y renouveler la médecine. La Faculté de médecine de Berlin avait jusque-là ajourné, avec une circonspection toute prussienne, le moment où elle jugerait opportun de s'associer aux tendances scientifiques du reste de l'Allemagne ; ses professeurs les plus éminents s'honoraient avant tout d'être des cliniciens, et, après avoir laissé à Vienne l'initiative de l'anatomie pathologique exclusive, ils n'enviaient pas encore à Wurtzbourg la direction non moins exclusive de ses recherches micrographiques.

Virchow éprouva le besoin de signaler son avènement, et les leçons sur la *pathologie cellulaire*, par lesquelles il débutait dans sa nouvelle chaire, furent une proclamation de principes, une sorte de profession de foi, et en même temps l'exposé des titres qui justifiaient sa nomination : par là s'expliquent la forme et le fond de son livre, qui n'est que le résumé des vingt leçons professées à l'Institut pathologique de Berlin, dans le semestre d'hiver 1850. Non seulement il aborde et résout à sa façon les

problèmes les plus élevés de la pathologie générale, mais, à l'occasion, et souvent même sans occasion, il résume ses recherches antérieures, il analyse ses monographies, inclinant, sans doute à son insu, à mesurer l'importance des questions d'après les efforts qu'il a dépensés à leur étude. Celui qui lirait ce livre sans être au courant des publications antérieures de l'illustre professeur aurait peine à saisir le lien qui en rattache les principales idées; quand, au contraire, on a suivi avec l'intérêt qu'elle mérite l'évolution de la doctrine de Virchow, on comprend qu'il se montre sous son véritable jour, et que sa personnalité, là comme ailleurs, domine sa méthode.

Virchow est le représentant le plus original et, par une rare coïncidence, le vulgarisateur le plus heureux d'une École dont j'ai cherché, à diverses reprises, à caractériser les tendances. Pour lui, la médecine, telle que nous la concevons, en vue des nécessités pratiques, n'a pas de raison d'être. La pathologie représente une des phases de la physiologie humaine; et qui sait les procédés normaux de la vie a appris du même coup leurs déviations anormales.

Médecin physiologiste, qu'il accepte ou non cette qualification, Virchow n'a guère de commun avec les autres que ce point de départ : dès les premières déductions, il se pose en adversaire de la doctrine physiologique régnante. Par là s'explique le peu de sympathies qu'a rencontrées son livre, même parmi les hommes qui se tenaient au plus près de ses principes; lui-même s'est plaint amèrement de l'opposition que Griesinger et Wunderlich lui ont faite, et il paraît supporter avec impatience une critique à laquelle il ne semblait pas préparé.

La différence, et elle est capitale, qui sépare Virchow de la plupart des médecins physiologistes allemands, c'est que, sous prétexte de physiologie, il est essentiellement, sinon exclusivement, anatomiste. Dans son opinion, la fonction est la conséquence de la structure intime de l'organe et de son mode de développement.

Si cette seule caractéristique suffit à la rigueur pour faire

ACHE CHIRURGICALE

pressentir la route où il doit forcément s'engager, peut-être quelques développements paraîtront-ils nécessaires aux médecins moins renseignés sur les tendances de la pathologie générale contemporaine.

Dans l'état actuel des esprits, les uns, fermement attachés au passé, font de l'observation des malades le seul objet de la médecine et le seul moyen d'étude légitime dont elle dispose. Tout ce qui se présente sous la dénomination à peu près convenue de notion scientifique leur paraît un hors-d'œuvre, sinon un obstacle. Ils se vantent de rester étrangers à un progrès qu'ils réprouvent, et, drapés dans leur ignorance systématique, ils se contentent d'entretenir, dans un loisir facile, le feu sacré de la tradition.

Les autres, et nous sommes de ce nombre, croient également à l'autonomie de la médecine, et sont convaincus que l'observation des malades est le fondement indispensable de toute pathologie ; mais la science de l'homme sain, celle des phénomènes physiques et naturels, leur paraissent d'un secours précieux, nécessaire. Convaincus que chaque époque est animée d'un esprit qui lui est propre, et qu'elle ne peut impunément répudier, ils estiment que le progrès se fait de nos jours par les découvertes scientifiques qui ouvrent au médecin des horizons inconnus. Et cependant, maintenant, à côté de la science, l'observation pathologique comme son meilleur contrôle, ils se gardent ainsi des entraînements qu'ils redoutent, et dont ils savent d'avance tous les dangers.

D'autres, plus dociles au mouvement contemporain, admettent que la physiologie, telle qu'elle est aujourd'hui constituée, embrasse dans sa sphère toute la médecine. Les fonctions varient suivant les circonstances ; mais, qu'elles répondent à la santé ou à la maladie, elles n'en sont pas moins identiques à elles-mêmes. Leur objet, leur mode d'action n'a pas varié, les circonstances extérieures seules sont responsables des modifications qu'on regarde comme maladives.

D'autres enfin, et Virchow est de ce nombre, ne reculent pas

devant une généralisation encore plus radicale ; pour eux, non-seulement la pathologie n'a pas le droit d'être considérée comme une science indépendante, mais la physiologie elle-même, en tant qu'elle étudie les fonctions, n'a pas d'existence scientifique. Il n'y a, à proprement parler, ni maladies, ni fonctions, mais des éléments, dernier terme auquel conduit l'analyse de la vie humaine. Or, comme tout être vivant se compose de ces particules élémentaires, c'est à elles qu'il faut demander la solution de tous les problèmes.

C'est au nom de cette logique de parti pris que Virchow proclame la supériorité obligée de la pathologie cellulaire. Il ne se dissimule aucune des imperfections de nos connaissances, il est le premier à proclamer l'insuffisance des faits et des lois dont nous disposons ; mais, comme tous les chefs d'école, il n'en a que plus de confiance. Les esprits ennemis des aventures ne croient tenir la vérité que quand ils ont acquis une démonstration rigoureuse ; les intelligences plus hardies ont de tout temps procédé d'une autre sorte. Les inventeurs commencent, dans la sincérité de leur conviction, par se déclarer à eux-mêmes qu'ils tiennent la vérité absolue, et, si la démonstration leur manque, la faute en est à la nouveauté même de la doctrine. Combien de systèmes attendent encore les preuves que le temps était sommé de leur réserver ! et combien ont succombé sans perdre leur foi dans l'avenir !

Virchow, avec ses louables aspirations à l'esprit de découverte, ne fait pas exception à la règle, et personne n'a le droit de le blâmer ou d'en être surpris. Encore une fois, on ne trouve que parce qu'on cherche, et on ne cherche que parce qu'on a la conviction qu'on doit trouver en suivant la direction qu'on s'est tracée d'avance.

Mais autant cette ardeur convaincue qui pousse aux investigations scientifiques est recommandable en ce qu'elle anime et soutient le zèle, autant elle impose de réserve à ceux qui, spectateurs plus désintéressés, sont appelés à juger des résultats.

Or, pour nous, Virchow a le mérite énorme d'avoir dépensé, au profit de la science, une rare puissance d'expérimentation et d'induction ; il a le défaut d'avoir conclu hâtivement ; il n'a pas assez médité sa méthode de recherches, et, si cette comparaison nous est permise, il ressemble à un chimiste habile, ingénieux, mais dont les analyses sont pleines d'incertitudes, parce qu'il n'a pas d'abord assuré la pureté de ses réactifs.

Le célèbre professeur de Berlin est, en effet, plus scolastique que baconien ; son point de départ n'est pas le fait, mais la loi qui doit présider au fait ; il pose des axiomes dont il se constitue l'avocat, et, au lieu de fonder une doctrine pathologique sur l'histologie, il crée une pathologie dont les recherches micrographiques ne sont presque qu'un corollaire. En procédant ainsi, il compense l'exactitude par le brillant de l'exposition, il est sûr de captiver et de convaincre son auditoire, mais la clarté même de son idée en montre plus aisément les côtés faibles au lecteur, qui n'est pas entraîné par la séduction de l'enseignement oral.

De plus, ces axiomes fondamentaux sont d'autant moins nombreux qu'ils ont plus d'étendue et de portée ; aussi sa pathologie cellulaire peut-elle se résumer en un petit nombre de données principales qu'il suffira d'indiquer sommairement pour présenter une idée vraie du livre et de la doctrine.

J'ai exposé assez longuement la théorie cellulaire classique pour n'y pas revenir et pour me borner à signaler les notions originales que Virchow cherche à faire prévaloir.

Virchow a la prétention de ne pas révolutionner, mais de réformer la médecine, et, comme il le dit expressément dans sa préface, d'opérer la fusion de l'ancien avec le nouveau. A mesure qu'il pénètre plus avant dans la pratique, il semble éprouver pour la tradition une plus respectueuse déférence et comprendre davantage les obligations imposées à toute science immédiatement applicable ; mais le lien qui le rattache au passé est si faible qu'il croit faire déjà un acte assez méritoire en témoignant de son stérile respect. D'ailleurs la réforme de la méde-

cine n'est plus à tenter, elle est, pour lui, à l'état de fait acquis, et c'est aux nouvelles découvertes anatomiques qu'elle est due tout entière. Voilà l'entrée en matière, qui nous apprendrait, si nous ne le savions, que nous avons à traiter avec un réformateur.

La théorie cellulaire, qui doit régénérer la pathologie, ne peut cependant, quelque valeur qu'on lui accorde, s'imposer à la médecine qu'à une condition, c'est qu'elle ait elle-même des principes arrêtés et des lois sûrement établies. Si ses données indécises varient suivant les observateurs, si les solutions qu'elle propose ne sont que provisoires, il est difficile, même aux plus croyants, de se conformer à des règles d'une autorité contestable et déjà contestée. Or la théorie cellulaire se compose de deux parts, l'une positive, probablement établie à tout jamais, l'autre pleine de conjectures : la première, qui renferme l'anatomie pure de la cellule telle que Schwann l'a exposée, telle que les micrographes l'ont depuis perfectionnée, n'a jusqu'à présent été que d'un faible secours pour les médecins ; l'autre partie, exclusivement dévolue à l'évolution de la cellule, et par conséquent moitié anatomique, moitié physiologique, ouvre encore un vaste champ aux hypothèses ou aux assertions les plus contradictoires ; c'est celle-là, à peine en voie d'élaboration, où les notions fondamentales n'ont pas de bases solides, qui doit servir à réformer la pathologie. Et quelques objections qu'elle soulève, cette opinion est la vraie : c'est de la physiologie cellulaire que nous devons attendre les lumières les plus précieuses ; mais n'est-il pas prématuré d'escompter dès à présent l'avenir ?

Virchow n'a pas de ces hésitations, parce qu'il a la foi ; aucun obstacle ne l'effraye, et c'est dans le problème le plus délicat et le plus ardu de l'évolution cellulaire qu'il va chercher ses arguments décisifs ; je veux parler de la théorie de la génération des cellules. Le développement, la nutrition, la dissolution des éléments cellulaires, ne viennent pour lui tout au plus qu'au second rang.

On sait, et de récentes discussions l'auraient rappelé au be-

soin, que les naturalistes sont partagés entre deux doctrines radicalement opposées en ce qui touche à la génération des êtres. La dissidence, pour s'être manifestée de nouveau dans ces derniers temps, est ancienne : les uns admettent que des êtres vivants peuvent naître de matériaux qui s'associent, s'unissent et prennent spontanément les caractères de la vie; les autres repoussent toute génération spontanée, et déclarent que l'être vivant, quel qu'il soit, doit sa naissance à un être vivant.

Virchow, avec la plupart des embryologistes contemporains, s'associe sans réserve à cette dernière opinion. Il va plus loin, non seulement il tient la loi pour vraie quand elle s'applique à des organismes, à des individus ; mais il l'applique aux éléments multiples dont chaque organisme se compose. « Aucun développement (p. 25) n'a lieu *de novo*, et dans l'histoire du développement des parties isolées, comme dans celle des organismes complets, il n'y a pas de *génération équivoque*. De même que nous n'admettons pas qu'une helminthe s'engendre de la saburre, qu'une algue, un champignon, un infusoire, soient le produit d'un détritus végétal ou animal, de même nous nions que dans les tissus physiologiques ou pathologiques une cellule nouvelle se crée dans une substance non celluleuse. Où il y a une cellule, une cellule doit avoir préexisté, comme un animal ne peut provenir que d'un animal, et une plante naître d'une plante. »

Voilà le principe, il est absolu et n'a pas besoin de démonstration ; il commande comme un axiome, et si quelques cas paraissent se soustraire à la loi, c'est qu'on n'a pas su la découvrir. Il existe des lois supérieures aux faits et qu'on a le droit d'appliquer, avant même d'avoir contrôlé la légitimité de leur application ; celle-là est de ce nombre, elle domine la création qui n'est qu'une génération continue ; si elle est vraie des individus vivants, elle l'est forcément de leurs parties intégrantes.

C'est avec ce dogmatisme impérieux et scolastique que Virchow pose ses axiomes fondamentaux, sans s'arrêter à justifier leur autocratie ; mais de ce que les êtres organisés sont soumis à cette loi que, par une étrange épithète, Virchow appelle une

loi *éternelle*, jusqu'à quel point est-on autorisé à conclure que les particules agglomérées qui les composent relèvent de la même obligation ?

Une seconde proposition non moins absolue que la première explique pourquoi il en est ainsi ; c'est que l'individu vivant n'est qu'une unité relative, ou plutôt un composé d'unités ayant toutes au même titre une existence individuelle ; ces unités indépendantes dont la réunion compose l'être organisé, ce sont les cellules, dont chacune a sa vie propre. L'organisme, pour prendre une comparaison qui lui est familière, et qui n'a pas été sans influence sur les développements de la théorie, l'organisme est une *fédération* où chaque partie constituante a son autonomie.

Ainsi deux données capitales, et qui se complètent l'une par l'autre, dominent la théorie cellulaire, telle que Virchow la formule : 1° il n'y a pas de génération équivoque ; 2° l'organisme est une fédération où chaque cellule est un individu doué d'une vie propre, et par conséquent engendré par une autre cellule, puisqu'il n'y a pas de génération spontanée chez les êtres vivants. Je ne veux pas me demander si ces propositions ont toute la nouveauté que Virchow semble enclin à leur supposer ; je ne veux pas rechercher jusqu'à quel point elles ne sont pas les conséquences du système même de Schwann. Je ne chercherai pas davantage à discuter leur vérité scientifique ; je les accepte comme des hypothèses, et comme telles je n'exige d'elles que de subir l'épreuve de l'application.

La pathologie cellulaire générale repose sur ces deux principes, voyons à quelles conclusions pathologiques chacun d'eux conduit. Vraies ou fausses, leurs conséquences ne manquent certainement ni de portée, ni de grandeur ; ce serait, en effet, une erreur grossière de croire que nous venons de faire avec Virchow une incursion sur un territoire étranger à la médecine, nous sommes resté avec lui en pleine pathologie.

Jusqu'ici deux grands systèmes se sont partagé les esprits en médecine ; la prétention de Virchow n'est rien moins que d'en ajouter un troisième. Lui-même expose ainsi sa pensée :

« Les écoles *humorales* ont en général été les plus favorablement accueillies, elles fournissaient les éclaircissements les plus commodes et les explications les plus plausibles de l'évolution des maladies. On peut dire que presque tous les praticiens habiles et les cliniciens éminents ont eu plus ou moins de tendance à l'humorisme ; cette doctrine a même pénétré si profondément, qu'il est singulièrement difficile de s'en affranchir. Le solidisme est plutôt le dogme favori de chercheurs spéculatifs ; il relève moins du fond même de la pathologie que d'idées physiologiques, philosophiques ou parfois religieuses. Il a fallu que les solidistes fissent violence aux faits en anatomie et même en physiologie, et par là s'explique le médiocre succès de leurs théories. Or ces deux systèmes sont incomplets et erronés, parce qu'ils sont exclusifs : on doit enfin se rappeler qu'à côté des vaisseaux, des nerfs, du sang, des appareils centraux, il existe encore d'autres choses qui ne sont pas simplement un *substratum* inerte sur lequel le sang et les nerfs sont destinés à agir. »

Le temps est donc enfin venu de proclamer le droit qu'ont les cellules à intervenir dans les considérations médicales, et de jeter les fondements d'une troisième école. Que si on objecte, comme nous l'avons déjà objecté, qu'on manque de notions suffisantes, Virchow répond par un de ces arguments dont la logique n'a pas à faire justice, que la médecine a vécu sur tant d'erreurs, qu'on a bien le droit d'y hasarder quelques conjectures.

En admettant donc et la suprématie et l'autonomie de la cellule, encore faut-il reconnaître que l'animal n'est pas un simple composé de cellules toutes identiques ; si le sang, si le système nerveux ne sont pas des unités, ils ne sont pas non plus constitués par une masse d'éléments cellulaires uniformes. En refusant aux grands appareils organiques leur individualité, Virchow ne va pas jusqu'à la transporter à la cellule, son radicalisme s'arrête à mi-chemin pour établir l'existence de petits centres doués d'une activité propre, et c'est là le sens dans lequel il faut entendre surtout la fédération cellulaire.

En somme, l'animal est un composé de cellules, qui se distribuent par groupes ou par territoires, pour emprunter l'expression même de l'auteur, et qui peuvent être ramenées aux trois catégories entre lesquelles se divisent les tissus normaux.

1° Tissu composé uniquement de cellules juxtaposées, et par conséquent tissu cellulaire proprement dit, dans le sens moderne du mot.

2° Tissu où les cellules sont séparées par une masse interstitielle (substance intercellulaire) formant une sorte de moyen d'union ; c'est dans cette classe que rentrent les tissus désignés autrefois sous la dénomination de tissu cellulaire, auxquels les Anglais ont donné le nom de *connective tissue ;* les Allemands, celui de *Bindegewebe,* qui manque encore chez nous d'une nomenclature classique, et que nous appellerons, pour éviter la confusion, le *tissu connectif.*

3° Tissus dans lesquels les cellules ont des caractères spécifiques et affectent des dispositions particulières propres aux seules espèces animales, sans analogues dans les plantes. Ce sont les appareils musculaires et nerveux, les vaisseaux et le sang.

Telle est la classification histologique et le dernier degré de subdivision auquel doive s'arrêter l'anatomie. C'est en partant de ce point de départ qu'on arrive, par des gradations successives, à l'anatomie des organes, des appareils et des systèmes.

Je n'ai pas le loisir de suivre Virchow dans l'étude spéciale de chacun de ces tissus élémentaires ; on sait que parmi eux, il en est un, auquel il attache une souveraine importance, qu'il considère comme fournissant les preuves les plus décisives en faveur de sa théorie ; c'est le tissu connectif ou cellulaire de l'ancienne nomenclature.

Jusqu'ici nous restons dans les limites de la physiologie ; mais, à côté des tissus normaux, il existe des tissus pathologiques de nouvelle formation qui ne sont pas seulement des parties altérées par le fait d'une nutrition défectueuse, mais de véritables *neoplasma*. Ces produits vont être la pierre de touche du système. Si la doctrine est vraie, si elle est applicable à la pathologie, elle

doit jeter un nouveau jour sur la nature intime de ces productions dont pas un médecin ne méconnaît l'importance.

Là encore, Virchow procède par axiome. La loi est absolue : chaque tissu pathologique répond à un type physiologique. Il n'y a pas de forme pathologique qu'on ne puisse, en la décomposant, ramener à des éléments qui préexistent dans l'organisme.

Ainsi est tranché un des plus grands problèmes de la médecine contemporaine. La solution était facile à prévoir, car elle n'est que la conséquence obligée de ce principe fondamental, qu'il n'y a pas de génération spontanée dans l'économie. Tout tissu nouveau et réputé pathologique n'est donc qu'un composé d'éléments normaux ou physiologiques, il n'y a pas de tissus hétérologues dans le sens où l'entendent ceux qui supposent la formation d'éléments morbides spécifiques sans analogues dans l'économie. L'hétérologie, si on veut conserver le mot, doit se définir : le développement irrégulier d'un tissu, soit qu'il naisse dans une partie à laquelle il n'appartient pas normalement, soit qu'il se produise à une époque où il ne devait pas exister, soit qu'il se développe dans des proportions excessives : aberration de lieu, de temps et de quantité.

Le cancer lui-même, qu'un grand nombre d'observateurs persistent à considérer comme un produit spécifique, *sui generis*, n'échappe pas à la règle commune plus que le tubercule.

Cependant, s'il n'existe pas de blastème ou de masse amorphe dans laquelle s'engendrent les tissus hétérologues, où et comment le *neoplasma* prend-il naissance? Il faut de toute nécessité, et pour être conséquent avec le principe de la génération continue, que le produit de nouvelle formation provienne de cellules préexistantes, il faut de plus que ces cellules subissent une série de transformations ou plutôt se prêtent à l'évolution de générations successives, et enfin qu'elles soient réparties dans la totalité des organes qui peuvent devenir le siège de tissus hétérologues.

Le tissu cellulaire (*Bindegewebe*) paraît à Virchow remplir tou-

les ces conditions. Au blastème, à l'exsudat, à la lymphe plastique des anciens, il faut substituer ce tissu avec ses équivalents, comme étant le germe commun, la gangue de laquelle sortiront toutes les productions pathologiques.

Le tissu connectif renferme des cellules à l'état normal, il fait partie intégrante des organes, et c'est parce qu'on a méconnu sa participation qu'on a été, suivant Virchow, entraîné à donner comme une théorie satisfaisante l'erreur qu'il s'applique à combattre. Pour ne prendre qu'un exemple : tant qu'on a considéré le foie comme composé exclusivement de cellules hépatiques et de vaisseaux, il fallait supposer que les produits de nouvelle formation étaient créés aux dépens des vaisseaux ou des cellules hépatiques, hypothèse inacceptable dans la plupart des cas, ou qu'il naissait une matière nouvelle, exsudat ou blastème, s'insérant entre les cellules propres de l'organe et donnant naissance au néoplasma. Une telle supposition est inutile dès qu'on a démontré la présence constante et normale du tissu interposé entre les cellules. Il en est de même du cerveau, il en est de même des os, que le savant professeur de Berlin choisit toujours comme le meilleur élément de sa démonstration.

J'ai déjà dit que Virchow ne se contentait jamais d'une demi-explication, et que tout en exploitant par avance le témoignage problématique de l'avenir, il demandait au présent de suffire à sa tâche. Après avoir assigné au tissu cellulaire un rôle d'une si considérable importance, il va plus loin et suit, sans plus de tâtonnements, le mode de génération et de développement des tissus pathologiques ; sous ce rapport, il n'a encore que le mérite de faire fructifier des idées que d'autres avaient semées avant lui et dont il ne revendique la découverte que pour une partie : je veux parler de la théorie embryogénique de Müller et de Schwann.

A la suite de ces deux maîtres illustres, Virchow assimile la génération cellulaire à celle qui a lieu dans l'œuf ; seulement, dans l'œuf, comme dans les produits de nouvelle formation, il nie l'existence d'un blastème et ramène tout aux transformations d'une cellule.

Il serait hors de propos de poursuivre dans les applications du détail une doctrine dont je n'ai à exposer ici que les généralités. J'ai essayé de faire connaître l'esprit qui a présidé à ces hardies conceptions, de résumer les lois fondamentales d'où dérivent les principes secondaires. J'ai dû négliger des parties pleines d'intérêt, mais qui ne se reliaient pas étroitement à l'ensemble et qui constituent des points de doctrine presque indépendants. Je croirais néanmoins manquer à une des obligations de la critique, si je n'indiquais sommairement les principales questions que l'auteur aborde, fût-ce même épisodiquement. La première qualité de l'intelligence de Virchow, c'est qu'elle est inexorable dans ses déductions, et qu'elle ne reconnaît pas d'avance d'obstacles dont elle ait à se détourner, parce qu'ils sont insurmontables. On peut être sûr qu'un jour il réunira dans le même faisceau les branches encore isolées, obéissant ainsi à l'irrésistible entraînement que subissent les esprits puissants et systématiques.

En somme, la théorie cellulaire expressément formulée n'embrasse guère jusqu'à présent que l'histoire des productions pathologiques de nouvelle formation; mais Virchow n'en est pas à apprendre que là ne se borne pas le domaine de la médecine, même resserrée dans les limites où il la retient. Il ne veut pas davantage qu'on le suppose ou ignorant du reste, ou incapable de s'avancer plus loin. Aussi semble-t-il désireux de toucher à tout, et de prouver qu'à défaut des solutions il a la notion des problèmes. Non seulement il analyse les éléments au point de vue histologique, mais il a des paragraphes pour les questions débattues par tous les maîtres en médecine pratique, pour les métastases, les dégénérescences, les cachexies, la malignité et la bénignité, la contagion et l'infection, la spécificité et le parasitisme, l'irritation, l'inflammation, les névropathies, etc. Dire que tout cela est suffisamment médité, ce serait aller bien au delà des prétentions de l'auteur; dire qu'il y a dans ces vues encore indistinctes le germe d'une grande théorie médicale, ce serait aller au delà de notre espoir. Il manque à Virchow, à côté

des qualités du savant, celles qui font la grandeur de l'observation en médecine. Toujours enclin à coordonner et à conclure, il ne recueille les faits que comme des échelons qui doivent le mener à une loi générale, et il n'a à un haut degré ni le sens pratique, ni l'instinct thérapeutique, qui marchent toujours de pair.

La direction qu'il a imprimée à ses travaux sera-t-elle de nature à lui ouvrir les voies où il n'a pas pénétré? La pathologie générale, prise du point de vue de la cellule, et telle qu'il la conçoit, lui paraît devoir un jour ou révolutionner ou réformer, comme on voudra, toute la pathologie. Ma conviction est qu'il n'y a pas là les éléments d'une réformation, et que, si élevée qu'on suppose la mission de l'histologie, elle n'atteindra pas à cette hauteur; sa place restera parmi les notions les plus précieuses, les plus nécessaires, mais à la condition expresse d'être mises en œuvre par un vrai médecin.

La pathologie générale, en prenant son point d'appui dans l'anatomie ou la physiologie cellulaire, méconnaît trop l'unité de l'organisme au profit des unités partielles ou de la cellule, ou des groupes de cellules. Dans cette prétendue confédération, chaque province ne relève pas de l'autorité centrale; si on y reconnaît que l'être vivant est un individu, c'est presque une concession qu'on a regret de subir. Au malade on substitue en réalité une collection de parties indépendantes en santé comme en maladie, ayant leurs lois physiologiques et pathologiques, leurs constitutions, et formant, pour continuer la comparaison, autant d'États dans l'État.

Virchow convient lui-même que l'humorisme a toujours été la doctrine préférée des praticiens heureux, mais il semble n'avoir pas compris la raison de cette préférence. Si le solidisme n'a pas les sympathies des médecins; s'il ne recrute ses partisans, comme il le dit, que parmi les savants et les esprits spéculatifs, ce n'est pas qu'il fournisse des explications moins commodes. Vrai ou faux, l'humorisme respecte l'individualité, il ne peut être et ne se justifie que si l'être vivant est un tout indivisible,

dont les diverses parties sont solidaires. Pour le solidiste, l'organe, le tissu, l'appareil organique, sont autant d'unités sans lien nécessaire, et qu'il étudie mûrement, même en faisant abstraction de l'individu.

Le cellularisme, si tant est qu'on ose risquer ce mot pour représenter la nouvelle école, non seulement suivra fatalement et par la nature des choses la même tendance, mais il la portera à l'extrême, et par là éloignera de lui ces médecins qui tiennent avant tout à mériter le titre que Virchow lui-même leur décerne sans en mesurer la portée, celui de *praticiens heureux*.

(*Archives générales de médecine*, 1859.)

DE LA LOGIQUE SCIENTIFIQUE ET DE SES APPLICATIONS MÉDICALES

Si nous vivions dans un temps plus favorable aux études philosophiques, le nom de Stuart Mill suffirait à éveiller le souvenir d'une doctrine, et, pour discuter les opinions de l'illustre philosophe anglais, il serait hors de propos de les reproduire.

Le *Système de logique* en est à sa sixième édition en Angleterre ; la traduction excellente de tout point qu'en a donnée M. Louis Peisse rend toujours facile et souvent attrayante la lecture du livre; les questions abordées, quelques réserves qu'on oppose à leur solution, sont toutes du domaine de la science ou de la recherche scientifique; et cependant combien de médecins auront peine à comprendre qu'un système de logique soit le thème préféré d'une Revue médicale.

Nous n'aurions pas, en effet, choisi un sujet si peu conforme aux aptitudes apparentes de notre génération et de notre pays, s'il ne nous fournissait l'occasion et de faire connaître un homme qui mérite une place élevée parmi les nouveaux venus de la philosophie scientifique et de constater l'état actuel de l'esprit philosophique parmi les médecins.

Personne ne contestera que nous soyons à une période de transition ou, si on veut, de réformation. Il suffit, pour s'en convaincre, de mettre en parallèle la foi ardente, riche de promesses et d'assurances, fière de son dédain pour le passé de ceux qui escomptent l'avenir, et la confiance hésitante, pleine

de doutes et de compromis de ceux qu'un lien relâché rattache à la tradition.

Qu'un homme apporte au monde médical une découverte destinée à renouveler la face des choses, que cette découverte s'appelle l'auscultation ou l'ophthalmoscope, l'innovation prend d'autorité sa place, en chassant devant elle les notions périmées qui n'ont plus de raison d'être. La révolution s'accomplit toute seule, et la science, un moment troublée, retrouve d'elle-même la sérénité de son cours. Rien n'est changé à ce qui ne s'est pas trouvé sur le passage de la méthode ou de l'idée nouvelle.

La réforme qui s'annonce, ou, pour emprunter un mot contemporain, qui s'affirme aujourd'hui, n'a pas la solennelle simplicité de ces invasions pacifiques qui ne détruisent qu'à mesure qu'elles remplacent. Elle ne puise pas sa force dans les faits, mais elle combat pour une idée. Si jamais la philosophie s'est imposée à la médecine, on peut dire, toute paradoxale que semble cette proposition, que c'est surtout de notre temps.

La métaphysique elle-même, repoussée avec raison de la science où elle n'est pas sur son terrain, déclarée ennemie mortelle du progrès, n'est pas dédaigneusement mise de côté : on l'attaque avec des ardeurs qui ne marquent rien moins que de l'indifférence. A une métaphysique intolérante et autocratique, on en oppose une autre qui, pour se dire la négation, n'en a pas plus de tolérance. On excommuniait jadis au nom des principes établis ; on excommunie encore, mais au nom des lois qu'on va bientôt formuler et auxquelles on garantit la sanction anticipée de l'expérience.

Nous n'avons pas en vue de soumettre à l'examen des données métaphysiques sur lesquelles repose l'édifice, encore à construire, de la science médicale nouvelle. Si nous déclinons cette idée, c'est dans la pensée qu'une telle matière exigerait de trop longs développements et non pas pour éloigner la lutte. Nous sommes de ceux, et il n'y a pas grand orgueil à cette modeste profession de foi, qui, libres de parti pris, ne deman-

dent pas mieux que d'être persuadés, mais qui n'acceptent pas qu'on commande leurs convictions.

De quelques circonlocutions que s'enveloppe le thème, l'idéalisme et le matérialisme appartiennent au domaine de la métaphysique, du consensus de tous les temps et de l'aveu de tous les philosophes.

Sans nous élever à ces régions, nous ne parlerons ici que de la logique appliquée à la science; or la logique et la métaphysique ont été et resteront toujours des branches absolument distinctes de notre savoir, et par leur but, et par leurs procédés, et par leurs résultats.

La prétention dominante de quelques esprits plus croyants qu'expérimentés est que les notions positives ont une existence propre, indépendante de l'intelligence humaine. Le fait, dans ce réalisme qui dépasse de beaucoup les doctrines les plus hardies du passé, le fait a une réalité absolue, et la fin dernière de la science est de se constituer en dehors de toute participation de la raison et de toute conception abstraite. Chaque transformation que le fait subit à la suite d'une élaboration intellectuelle, l'altère ou le dénature. De même que les sentiments sont les effets obligés des excitants qui les provoquent, de même l'intelligence passive deviendrait une cause d'erreur si, excédant son mandat, elle intervenait activement. Ainsi énoncé, ce système ne mérite pas d'être discuté. Il aboutit ou à la naïveté des enfants qui, ne sachant rien de la fabrication, supposeraient que les objets manufacturés se font seuls, sans l'intervention de l'industrie, ou à l'orgueil mal dissimulé des gens qui se déclarent illuminés. Supprimer d'un trait de plume les rouages intellectuels, fermer les yeux pour ne pas assister à leur fonctionnement, c'est ou se tromper soi-même ou vouloir tromper les autres.

Deux ordres de raisons peuvent, à la rigueur, servir d'excuses à ce parti pris : pour les uns, l'ignorance complète du mécanisme de l'intelligence; pour les autres, le besoin de garantir la certitude des notions qu'ils promulguent, non plus comme des

idées, mais comme des faits, et qu'ils imposent à ce titre. Quel que soit le motif qui l'a inspirée, l'exclusion systématique de l'esprit humain, dès qu'il s'agit d'opérations intellectuelles, est un non-sens. En supposant, par la plus injustifiable de toutes les concessions, que le cerveau soit un simple réceptacle, dénué d'activité propre, reflétant et renvoyant au dehors les impressions non élaborées des sens, vous pourriez peut-être expliquer la vérité, mais vous n'arriverez jamais à rendre compte de l'erreur. Un organe réceptif, qui réfléchit des fausselés et les transmet à d'autres organes réceptifs qui les acceptent de génération en génération; un appareil intellectuel qui se meut, avance, recule, change de direction au milieu des perceptions qui l'assaillent, qui choisit ses éléments d'action, éliminant les uns, fixant et retenant les autres au gré même de ses illusions, ne sera jamais comparable ni à un miroir ni à la cire molle qui, pour quelques vieux maîtres, représentait au mieux la substance du cerveau. Qu'on lui marchande ou non ses droits à la libre activité, l'intelligence n'en va pas moins de son pas assuré par les voies qui lui sont ouvertes; ceux qui la veulent réduire à l'expression la plus humble n'abandonnent, pour leur compte, aucun des facteurs, forts ou faibles, dont il leur est permis de disposer. On a vu des hommes soutenir que le pain était un aliment nuisible et s'en abstenir leur vie durant; il ne s'est jamais rencontré un partisan de la passivité intellectuelle qui consentît à se priver d'un seul des instruments de l'intelligence qu'il déclarait les plus perfides ou les plus défectueux.

Nous n'aurions pas mentionné ces déclamations, qui ont un pied dans la rhétorique et l'autre dans une métaphysique inconsciente, si elles n'avaient eu pour effet d'intimider quelques esprits timorés. Le dicton, que de la calomnie il reste toujours quelque chose, proverbial quand il s'agit des hommes, est moins banal, sans être moins vrai, quand on l'applique aux sciences. Il y a des sciences qu'on relègue par intervalles dans une sorte de quarantaine et qui causent momentanément, parmi les savants, des paniques égales à celles que provoquent certaines épidémies.

Tant qu'on a préservé la science de leur contagion, il semble qu'elle est sauvée; de même qu'en temps de choléra on se croit volontiers sûr de vivre si on échappe à la maladie régnante.

De tous les affluents dont la somme compose la biologie, les données psychologiques sont aujourd'hui les plus discréditées. Il paraît étrange qu'à une époque où le rôle de la physiologie ne passera certes pas pour être abaissé, on dépense une sorte de passion à détacher du tronc une des branches de l'arbre physiologique en l'accusant d'être stérile. Nous ne comprenons pas, pour notre part, que le rhythme des battements du cœur ou des oscillations artérielles, mesuré dans ses moindres variations, soit seul nécessaire à connaître et que le flux et le reflux des sentiments ou des idées ne vaillent pas la peine qu'on en cherche la loi. Tous les phénomènes qui s'accomplissent chez l'homme, et qu'il nous est permis de codifier, appartiennent au savoir exigé du médecin. Son devoir est de les subordonner conformément aux exigences de sa recherche spéciale, mais il n'a droit d'en éliminer aucun.

Ces exclusions systématiques ne se font pas d'ailleurs au hasard. Donnez à un historien les listes de proscription d'un gouvernement, et il lui deviendra facile d'en discerner les tendances; cherchez les sciences discréditées à une époque, et vous aurez la notion de ses instincts.

Si blâmables que soient en principe de telles déconsidérations, en fait elles s'expliquent si elles ne se justifient. La science psychologique a eu, au commencement de ce siècle, un excès de faveur qui appelait une réaction. Nous l'avons vue dominant de toute sa hauteur la médecine mentale et l'enfermant dans une impasse dont elle est à peine sortie. Le fonctionnement normal dictait des conditions au désordre pathologique, et la maladie n'était acceptée que comme un mode de la santé. De là, les influences prétendues des passions qui commandaient le délire et passaient pour présider à ses étranges aventures; de là, les classifications qui pèsent encore sur la nosologie de la folie et qui sont un des pires empêchements à ses progrès.

La révolution se fit avec peu de bruit, mais avec une souveraine autorité, le jour où les délires qui ne comptaient que comme des symptômes furent les expressions d'une lésion cérébrale. L'histoire de la paralysie générale a été la première atteinte portée à la psychologie médicale, et depuis lors, même quand l'anatomie pathologique faisait défaut, on s'est habitué à l'espérer ou à l'attendre.

Il y aurait dans ces événements, qu'on pourrait appeler, sans trop de métaphore, un changement de dynastie, matière à plus d'un enseignement. La psychologie n'intervenait-elle pas dans la médecine aux mêmes droits que revendique la physiologie? Ne disait-on pas que celui qui connaît les procédés réguliers de l'intelligence est seul apte à juger les anomalies; que les perturbations ne fourniront jamais les matériaux d'une science parce qu'elles représentent des exceptions; que le grammairien, qui sait la règle, est le vrai juge des fautes d'orthographe; en un mot n'excluait-on pas le médecin au profit du physiologiste?

Mais, en dehors de la pathologie mentale, quels privilèges s'arrogeait la psychologie? Elle entendait guider l'intelligence du médecin, sans concourir à l'élaboration de la médecine; on se complaisait à se parer du nom de philosophe pour bénéficier des faveurs de l'opinion. La société s'était reconstituée au nom de la philosophie; la science, et surtout la médecine, suivait, comme toujours, le mouvement.

Aujourd'hui, la science médicale a rompu avec ses traditions de la veille. Prise et presque surprise par un goût exclusif pour des méthodes d'investigation d'autant plus conflantes qu'elles ont subi moins d'épreuves, elle a substitué l'expérimentation à l'observation. C'est dans ce déplacement de la méthode que gît toute la nouveauté de la médecine actuelle. Or, l'expérimentation, dans les conditions où elle est instituée, ne se prête pas à l'étude des phénomènes psychiques. Chez l'animal on constate des sensations et rien au delà. Il n'est entré dans l'esprit d'aucun expérimentateur, d'appliquer les ressources du laboratoire aux études de l'intelligence, même

réduite aux bas-fonds de l'instinct. Fallait-il donc accepter que, parmi les éléments biologiques, il y en eût un qui fût soustrait à un procédé dont l'infaillibilité devait être admise *à priori*. Ces concessions sont trop peu dans l'esprit scientifique de notre temps pour qu'on les ait consenties. On commença par déclarer qu'on s'abstenait du problème ; plus tard on assura qu'il ne méritait pas qu'on se mît en quête d'une solution ; plus tard enfin, parce que ces questions ont une vitalité tenace, on garantit qu'on triompherait de la difficulté. L'espérance fut que l'étude anatomique du cerveau, que les explications physiologiques donneraient la clef des impressions et des décisions morales en même temps que des fonctions intellectuelles.

Nul ne sait quand et jusqu'à quel point la physiologie cérébrale sera en mesure de résoudre, dans l'avenir, le plus complexe de tous les problèmes; mais ce que chacun sait, c'est qu'en attendant, il faut puiser à toutes les sources d'information et qu'une réalité, quelle qu'elle soit, est supérieure à tous les espoirs sans échéance. Le médecin a raison de concentrer son labeur dans la recherche des voies et moyens somatiques, c'est là son attribution vraie ; mais il n'a pas le droit de dédaigner un seul des éléments de la vie humaine, et qui lui apporte une notion vraie doit être près de lui le bienvenu.

Si la science élève la prétention singulière de s'affranchir de l'esprit humain, encore faut-il qu'elle ne méconnaisse pas les lois de son progrès. Sa généalogie ne remonte pas tellement loin qu'on ne puisse assister à ses origines. Est-ce en vue d'une découverte triomphante, d'une instrumentation inconnue jusque-là, d'un fait inouï dans l'histoire de la nature que s'est opérée la révolution dont nous bénissons aujourd'hui l'heureuse influence? Non, c'est en vertu d'une idée. Pourquoi la postérité, et cette postérité c'est nous, a-t-elle élevé sur un piédestal le philosophe auquel elle a rapporté l'honneur de la rénovation et qui s'est vanté lui-même d'en être le promoteur? Pourquoi la science et mieux encore l'esprit scientifique prennent-ils date

du *Novum organum* et non pas des découvertes de Newton et de tant d'illustres contemporains?

Bacon fut un pauvre physicien, un naturaliste ou un physiologiste du dernier ordre; de ses inventions sans portée, pas une ne mériterait l'honneur de figurer, aux plus humbles chapitres d'un catalogue scientifique. Fut-il même un philosophe comparable à d'autres génies? Bacon n'a été qu'un logicien. En rédigeant son *Novum Organum*, ou pour traduire brutalement le mot, son nouvel *outillage* de l'intelligence, il n'a rien vu au delà des instruments intellectuels dont il enseignait l'usage sans être lui-même un des ouvriers de la science.

Ainsi sommes-nous ramenés, après la longue digression où tant de questions contemporaines viennent d'être effleurées, à l'examen de la logique scientifique telle que Stuart Mill la comprend et la libelle.

Depuis le livre de Bacon, aucun traité dogmatique n'a été publié sur ce sujet. On a beaucoup discuté, beaucoup écrit, mais les déclarations de principes, les paraphrases d'un certain nombre de propositions réputées articles de foi, les récriminations contre les idées hostiles ont pris trop souvent la place d'un mûr examen. La doctrine baconienne appelait une révision. Instrument au service de la science, elle avait vieilli comme les meilleurs appareils des laboratoires des physiciens. Transformée graduellement par une tradition qui n'avait pas même pris le soin de puiser à la source, elle s'était effacée et n'avait, à la façon des monnaies qui circulent indéfiniment, conservé que quelques-uns de ses traits les plus acérés. La science avait marché bien au delà des prévisions du philosophe; or la logique n'est pas un procédé de découverte, mais un moyen de critique ou de contrôle. Le logicien est à l'inventeur ce qu'est le géomètre à l'architecte.

Stuart Mill réunissait la plupart des qualités que réclamaient et la tâche difficile entre toutes qu'il osait assumer et l'époque à laquelle s'adressaient ses savantes élucubrations. Le dédain des recherches philosophiques contre lequel nous protestions on

commençant, convaincu qu'on ne saurait trop le condamner, est un fait tristement établi ; mais il est de règle que les persécutions les plus inoffensives des majorités ont pour contre-poids le zèle de quelque minorité encouragée par la résistance et qui lutte avec un surcroît d'ardeur contre le courant. La petite Église positiviste, composée de peu d'hommes à l'instar des oppositions militantes, disciplinée sous les ordres d'un chef qui finit par prendre les allures d'un prophète, eut le mérite et l'honneur de se rallier autour de l'idée philosophique. Quelques dissidences d'opinion, et pour nous elles sont énormes, qui séparent de la doctrine, il n'en faut pas moins rendre justice au zèle plein de grandeur qui animait cette phalange peu nombreuse et reconnaître les services qu'elle a rendus à la philosophie de la science. Il siérait à un historien impartial, étranger aux enthousiasmes des élèves comme aux agressions acerbes des adversaires, de représenter sincèrement la figure d'Auguste Comte, dans sa grandeur comme dans sa décadence. Même après Littré, la biographie de l'école, sinon de l'homme, est encore à faire.

Stuart Mill se rattache par le lien étroit d'aspirations communes à l'école positiviste, mais comme Bacon, il aborde le problème par d'autres côtés que son ami, on pourrait presque dire son maître. Comte passe de la science et surtout de la mathématique, qu'il est loin de glorifier, mais qui s'impose à lui du fait de son éducation, à la théorie philosophique. Stuart Mill n'a pas d'attaches scientifiques définies ; de toute science il sait juste assez pour y puiser des exemples, mais excellemment philosophe, il prend son point de départ dans l'étude de l'intelligence humaine.

Cette seule divergence de méthode établit entre les deux penseurs une ligne infranchissable de démarcation. L'un envisage le produit de l'activité intelligente, l'autre concentre son attention sur les procédés opératoires de l'esprit. Comte coordonne, classifie les données scientifiques; il essaye de suivre leur évolution dans le temps, sans parvenir jamais à saisir leur

génération dans l'individu. Son éducation scientifique repose sur une interprétation vraie ou fausse, et plus fausse que vraie, de l'histoire : elle ne s'applique à l'individu qu'à la condition de concéder l'hypothèse, que chaque homme obéit dans son développement aux mêmes lois que l'humanité. C'est un minéralogiste qui classe les espèces suivant leur âge géologique. Stuart Mill, pour continuer la comparaison, se place au point de vue des chimistes qui, sans vouloir s'enquérir de la genèse cosmique des minéraux, s'occupent exclusivement de leur composition et de leur mode de formation usuelle. L'un ne sera qu'un logicien, l'autre est un chef d'école autant en raison de ce qu'il nie que de ce qu'il affirme.

Partis d'un même principe ou plutôt, et le mot doit être maintenu, d'une même aspiration, les deux philosophes se séparent dès le début, pour suivre des routes qui ne se rejoindront plus. Comte absorbé par la contemplation des vérités acquises ne voit pas le mécanisme de l'intelligence qui les a élaborées, et n'ayant qu'une notion assez confuse de cet intermédiaire, il accommode sa physiologie intellectuelle au gré du peu qu'il connaît de l'anatomie cérébrale. Stuart Mill ne saurait consentir à sacrifier l'analyse approfondie à laquelle tant d'illustres maîtres ont contribué, pour substituer à l'étude savante du fonctionnement de l'esprit humain, la courte science des anatomistes en ces matières. Il en sera ainsi pour tous ceux qui mettront la main à la solution du problème; leurs convictions ultimes dépendront surtout de la mesure préalable de leur savoir.

Une seule citation suffira à montrer combien profonde est la scission entre Stuart Mill et Comte lorsqu'il s'agit du fondement des sciences mentales :

« Toute sensation a pour cause prochaine quelque affection de la partie de notre organisme qu'on appelle le système nerveux; que cette affection résulte de l'action d'un objet extérieur ou d'une condition pathologique de l'appareil nerveux même. Les lois de cette partie de notre nature sont évidemment du domaine de la physiologie.

« On agite encore la question de savoir si nos pensées, nos émotions, nos volitions sont produites par l'intermédiaire d'un mécanisme matériel, si nous avons des organes de pensée et d'émotion dans le même sens que nous avons des organes de sensation. Des physiologistes éminents tiennent pour l'affirmative. D'après cette théorie, un état de l'esprit n'est en réalité jamais produit par un autre; les uniformités de succession entre les états de l'esprit sont de simples uniformités dérivées résultant des lois de succession des états du corps qui les causent; il n'y a pas de lois mentales primitives. La science mentale serait alors une simple branche de la physiologie. Aussi M. Comte revendique-t-il pour les seuls physiologistes la connaissance scientifique des états intellectuels et moraux, et non seulement il refuse de reconnaître à la psychologie, à la philosophie mentale proprement dite, tout caractère scientifique, mais il la met, par la nature chimérique de son objet et de ses prétentions, presque de pair avec l'astrologie.

« Après qu'on a dit tout ce qu'on peut dire là-dessus, il reste incontestable qu'il y a entre les états de l'esprit des uniformités de succession qui se constatent par l'observation et l'expérimentation. Il n'a pas été jusqu'ici prouvé, comme il l'est pour les sensations (quoique ce soit probable), que chaque état mental a pour cause prochaine une modification nerveuse. Fût-ce même certain, on serait toujours forcé de reconnaître qu'on ignore complètement en quoi consistent ces états nerveux et que nous n'avons d'autre moyen d'étudier leurs successions et leurs coexistences, que d'observer les successions et les coexistences des états de l'intelligence dont on les suppose les générateurs, qui ne peuvent être déduites des lois physiologiques de notre organisation nerveuse.

« Sans doute, on ne doit jamais ni perdre de vue ni déprécier les rapports de la science de l'esprit avec la physiologie, mais je regarde comme une erreur toute aussi grande en principe et plus sérieuse encore en pratique, le parti pris de s'interdire les ressources de l'analyse psychologique et d'édifier la théorie de

l'esprit sur les seules données que la physiologie peut fournir. Si imparfaite que soit la science de l'esprit, je n'hésite pas à avancer qu'elle est beaucoup plus avancée que la partie correspondante de la physiologie, et abandonner la première pour la seconde me semble une infraction aux véritables règles de la philosophie inductive.

En nous associant à la manière de voir de Stuart Mill, qui est la nôtre, nous croyons qu'on peut aller plus loin. Non seulement la psychologie n'est pas un empêchement à la physiologie cérébrale, mais elle est l'élément obligé de son progrès. Contredire cette proposition, ce serait prouver qu'on a peu réfléchi aux procédés de recherche de la science physiologique. Un moment on a pu espérer que l'anatomie des organes rendrait compte de leurs fonctions, mais l'illusion a été courte, et ce sera un acte méritoire des physiologistes de notre temps d'avoir montré qu'il est impossible de conclure de la structure des organes à leurs modes d'activité. L'anatomie, réduite à ses seules ressources, est venue se perdre dans le système de Gall où le volume comparé des parties représente leur prédominance ou leur infériorité fonctionnelle. Que Comte se soit déclaré satisfait de cette puérile hypothèse, on peut le pardonner à un mathématicien ; on ne saurait se montrer aussi indulgent pour un médecin.

La physiologie expérimentale ou observante procède de l'acte à la raison d'être de l'acte ; rien n'existe pour elle en dehors des phénomènes qu'elle constate. L'explication vient après le fait. Or, si la physiologie n'avait à son service les faits recueillis condensés, contrôlés par les psychologues, où trouverait-elle un point d'appui ? Est-ce dans les résultats pathologiques ? Mais nul n'est habile à démêler les troubles complexes de l'intelligence, qui n'a préparé l'analyse par un savoir spécial. Est-ce dans l'expérimentation ? Nous n'avons pas cru utile de rappeler que les lois intellectuelles ne se vérifient pas par les vivisections. Est-ce dans les négations oiseuses de ceux qui n'ayant rien appris, n'ont des yeux que pour l'avenir et se consolent ainsi d'ignorer le présent ?

Le rôle du physiologiste et à un degré supérieur celui du mé-

decin est encore assez élevé pour qu'il rende aux efforts des autres la justice qui leur est due. Sa part à l'œuvre commune ne peut lui être disputée par personne, à moins qu'il ne prétende entrer en conquérant dans le domaine des lois de l'esprit où nul ne doit être admis s'il ne justifie de sa *scolarité*. La maladie nous fournit d'inestimables indices sur les entraves que les lésions cérébrales apportent à l'examen de la pensée, mais elle ne jette aucune lumière sur les lois normales de l'intelligence. Quel homme sensé oserait conclure de la dyspepsie aux processus réguliers de la digestion? Finissons-en donc une fois pour toutes avec des récriminations qui n'ont trouvé des adhérents que parce qu'elles formaient l'appoint d'une théorie; quand les démonstrations ne surabondent pas, on remplace la qualité par le nombre.

La logique telle que l'entend Stuart Mill échappera à tout jamais aux méthodes anatomo-physiologiques.

« Le domaine de la logique doit se restreindre à cette partie de la connaissance qui se compose de conséquences tirées de vérités antécédemment connues, que ces *data* antécédents soient des propositions générales ou des observations et des perceptions particulières. Elle n'est pas la science de la moyenne, mais de la preuve. Lorsqu'une croyance prétend être fondée sur des preuves, l'office propre de la logique est de fournir une pierre de touche pour vérifier la solidité de ses fondements.

« La logique n'observe pas, n'invente pas, ne découvre pas; elle juge. Ce n'est pas à la logique d'apprendre au chirurgien quels sont les signes d'une mort violente; il doit l'apprendre de sa propre expérience ou par celle de ceux qui se sont livrés, avant lui, à cette étude particulière. Elle ne lui fournit pas même des preuves; mais elle lui apprend comment et pourquoi ce sont des preuves et le moyen d'apprécier leur valeur. »

A ces modestes prétentions on objecte que les hommes jugent de la vérité des choses sans tant de formules et qu'avant que la logique fût une science constituée, ils discernaient le vrai du faux. De même, avant que l'hygiène eût donné des règles de

conduite, on savait qu'il vaut mieux avoir chaud que souffrir du froid, et bien vivre que mal se nourrir. A ce compte, il n'y a pas une science qui puisse revendiquer son droit à l'existence. Bien peu avisé serait celui qui soutiendrait que, sans le concours et le secours de l'anatomie, les hommes sont hors d'état de mouvoir leurs muscles ou que le meilleur gymnaste est l'anatomiste le plus exercé.

Après avoir ainsi délimité le champ de la science ou de l'art logique dont Bacon disait qu'on doit l'appeler *ars artium*, Stuart Mill entre dans l'étude savante et sérieuse de cette estimation de la preuve et des actes de l'entendement auxquels elle s'applique.

Les objets de toute croyance ou de toute question s'expriment par une proposition, c'est-à-dire, pour emprunter la vieille définition, par un discours où quelque chose est affirmé ou nié d'une autre chose. Toute proposition se résout en une assertion puisqu'elle affirme que tel sujet donné possède ou ne possède pas tel attribut. Jusque-là il ne s'agit pas de preuve. Nous ne disons d'un fait qu'il est prouvé que lorsque nous le croyons vrai à raison d'un fait duquel il est réputé *s'ensuivre*. « La plus grande partie des propositions affirmatives ou négatives que nous croyons ne sont pas crues par leur évidence, mais en vertu de quelque chose déjà admis pour vrai et dont on dit qu'elles sont *inférées*.

« Inférer une proposition d'une ou de plusieurs autres propositions préalables, la croire et vouloir qu'on la croie comme conséquence de quelque autre chose, c'est ce qui s'appelle au sens le plus étendu du mot : Raisonner. »

Ainsi compris, le raisonnement est l'objet véritable de la logique. Soumis à des règles déjà précisées, il est vulgairement divisé en deux espèces suivant qu'il va du particulier au général et du général au particulier. La première est l'induction, la seconde est le syllogisme.

Nous laisserons de côté tout ce qui se rapporte au syllogisme pour nous borner à l'induction. Il est difficile de supposer qu'au-

cun homme scientifique reste indifférent à l'énoncé de ce seul mot à peine mentionné par les vieux logiciens ou relégué aux dernières pages de leurs traités et qui est devenu aujourd'hui le mot de ralliement de la science. C'est à partir du jour où la subordination des raisonnements s'est faite à l'inverse du passé, pour donner à l'induction la place d'honneur, que la science de la nature a réclamé le pas sur la métaphysique. Pas un savant, pas un médecin, les mathématiciens exceptés, n'a posé une loi sans lui donner pour sanction la certitude qu'elle tenait de la méthode inductive. On comprend que Stuart Mill, essayant de frayer le chemin à la logique scientifique, ait réservé aux opérations multiples, dont l'induction se compose, ses meilleures études et leur ait consacré plus de la moitié de son livre.

« L'induction est l'opération de l'esprit par laquelle nous inférons que ce que nous savons être vrai dans un ou plusieurs cas particuliers, sera vrai dans tous les cas qui ressemblent aux premiers, sous certains rapports assignables. En d'autres termes, nous concluons que ce qui est vrai de certains individus d'une classe est vrai de la classe entière, ou ce qui est vrai certaines fois le sera toujours dans des circonstances semblables. »

De quel droit nous supposons-nous autorisés à dépasser la limite du fait et à généraliser l'expérience? Ce n'est pas en raison d'une constatation, mais c'est en vertu d'une croyance, postulat impliqué dans toute induction et qui repose sur la confiance que nous avons dans l'uniformité des lois naturelles. Bailley a merveilleusement décrit ce besoin, originel ou non, de notre intelligence. Nous croyons que le feu brûlera demain parce qu'il a brûlé aujourd'hui et hier; et nous croyons précisément par les mêmes raisons qu'il brûlait avant que nous fussions nés et qu'il brûle aujourd'hui même en Cochinchine. Ce n'est pas du passé à l'avenir que nous concluons, mais du connu à l'inconnu, de l'observé au non-observé.

Que le postulat soit lui-même une induction ou qu'il réponde à un instinct, la chose importe peu, du moment qu'il est l'antécédent incontesté de tout raisonnement inductif.

Dans une analyse excellente, et dont nous recommandons la lecture, Stuart Mill, après avoir énoncé cette vérité fondamentale, s'applique à la préciser.

L'insuffisance de l'induction des anciens a été résumée par Bacon avec une remarquable précision ; elle consistait à affirmer qu'une chose est vraie universellement parce qu'on n'a jamais vu d'exemple contraire, sans ajouter, comme corollaire, qu'encore faut-il que nous soyons sûrs que si ces exemples contraires existaient nous les connaîtrions.

Et cependant il y a des cas où nous comptons avec une confiance absolue sur la conformité du présent et de l'avenir. Au lieu de faire appel à des observations multiples, une seule nous satisfait et commande de notre part une croyance sans réserve.

Pourquoi, dit Stuart Mill, un seul exemple suffit-il, dans certains cas, pour une induction complète, tandis que dans d'autres des myriades de faits concordants, sans une exception connue ou présumée, sont-ils de si peu de valeur pour établir une proposition universelle ? « Celui qui peut répondre à cette question en sait plus en logique que le plus savant des anciens et a résolu le problème de l'induction. »

Malheureusement le problème reste encore à résoudre, et quelque sagacité qu'ait déployée l'illustre auteur du *Système de logique*, il ne réussit qu'à poser des jalons. L'induction réduite aux proportions d'un simple raisonnement, et destinée à se résoudre en une proposition, n'a en réalité que l'existence artificielle dont elle est redevable à l'analyse. De toutes les inductions, la plus concise ou la plus rudimentaire est encore une résultante d'inductions multiples qui l'ont précédée.

Quand la conclusion s'impose à nous sous sa forme la plus absolue, il est déjà difficile de discerner les raisons de notre confiance, que sera-ce lorsqu'il faudra n'accepter la conclusion que sous bénéfice de réserves. Stuart Mill a cherché dans l'étude profonde de la loi d'uniformité et de la loi de causalité universelle les bases de la logique inductive, mais à mesure que se multipliaient les combinaisons des raisonnements entre eux, le

critérium devenait plus incertain. Si déjà la notion de la cause unique du phénomène, la mieux définie en apparence pour tous les hommes, est aux yeux du philosophe une des données les plus obscures, quel fil conducteur nous guidera dans l'étude de la pluralité des causes, et, pour prendre le langage de l'auteur, de l'*enchevêtrement* des effets.

Plus la recherche est délicate et plus on doit s'attacher à saisir quelques points de repère, mais aussi moins on doit se fier à des simplifications artificielles. Après avoir essayé de cataloguer plutôt encore que d'analyser les divers modes de combinaison des causes et des effets, Stuart Mill se demande par quelles méthodes on doit élucider ces faits complexes, composés des effets de plusieurs causes, et, après avoir réduit à trois les méthodes d'examen, il choisit un exemple concret pour rendre la démonstration plus saisissable. Cet exemple, l'auteur l'emprunte à la médecine. Si long que soit le passage, nous tenons à le rapporter ici.

« Tel ou tel médicament (le mercure, par exemple) est-il ou n'est-il pas un remède pour telle maladie ?

« La méthode *déductive* partirait des propriétés connues du mercure et des lois connues du corps humain, et, raisonnant d'après ces données, essayerait de découvrir si le mercure agira sur le corps atteint de la maladie supposée, de manière à rétablir la santé.

« La méthode *expérimentale* administrerait le mercure dans le plus grand nombre de cas possible, notant l'âge, le sexe, le tempérament et les autres particularités de l'organisme, la forme ou la variété particulière de la maladie, sa marche, son degré actuel, etc.

« Remarquant dans quels cas et avec quelles circonstances il produit un effet salutaire, la méthode de *simple observation* comparerait les cas de guérison pour voir s'ils ont tous eu pour antécédents l'administration du mercure, ou bien comparerait les cas de succès avec les cas d'insuccès pour trouver ceux qui, concordant en tout le reste, différeraient seulement en ce que le mercure a été ou non administré.

« Que cette dernière méthode soit applicable à ce cas, personne ne le soutiendrait sérieusement : il en résulterait tout au plus une vague impression générale pour ou contre l'efficacité du mercure. En supposant même que le mercure tende à guérir la maladie, tant d'autres causes naturelles ou artificielles agissent dans le même sens, qu'il doit y avoir de nombreux exemples de guérisons opérées sans l'intervention du mercure.

« La guérison d'une maladie est un événement auquel beaucoup d'influences doivent toujours concourir ; le mercure peut être une de ces influences ; mais, de cela seul qu'il y en aura beaucoup d'autres, il arrivera souvent que, bien que le mercure ait été employé, les autres influences ayant manqué, le malade ne guérira pas et que souvent il guérira, sans mercure, par ces autres influences favorables. »

Stuart Mill n'avait-il pas bien raison lorsqu'en choisissant l'exemple que nous venons de reproduire, il ajoutait qu'il n'offre pas un type brillant du succès de l'une ou de l'autre des trois méthodes, mais qu'il peut mieux que tout autre faire voir clairement leurs difficultés intrinsèques.

Nous avons tâché d'indiquer les grandes lignes de la logique scientifique telles que les a tracées le philosophe anglais. Pour entrer dans le détail, il faudrait écrire un livre à côté du livre.

Après avoir exposé les principes généraux de l'induction, après avoir donné les règles des méthodes de recherche expérimentale, de la méthode déductive, et fourni de son mieux des exemples à l'appui, Stuart Mill reprend l'examen de chacun des modes d'investigation en rapport avec le degré de certitude auquel il aboutit. Cette seconde partie du traité, pleine d'aperçus ingénieux, est confuse par défaut d'ordre, et d'une lecture difficile pour ceux qui ne sont pas d'avance rompus aux habitudes des discussions philosophiques. Il aborde ensuite l'étude de ce qu'il appelle les opérations auxiliaires de l'induction, en ayant le tort de ne pas y comprendre l'hypothèse, détachée et pour ainsi dire perdue dans le chapitre intitulé : *Des limites de l'ex-*

plication des lois de la nature. Ces opérations auxiliaires sont : l'observation, la description, l'abstraction et la formation des concepts, l'imposition des noms, les définitions et la classification. On peut dire que, pour la plupart des hommes qui cultivent les sciences naturelles, la logique commence à cette dernière partie qui, pour Stuart Mill, n'est qu'un complément.

Nous nous sommes attaché, d'une part, à établir que l'intelligence humaine obéit à des lois inaccessibles à d'autres procédés d'investigations que ceux qu'ont employés les logiciens et les philosophes ; de l'autre, qu'il ne suffit pas de disserter sur les questions de classement, de nomenclature ou de méthode pour épuiser le champ d'une véritable enquête philosophique. Ces problèmes, justement posés, ne peuvent attendre leur solution que d'une considération approfondie des principes. Il nous reste à voir dans quelle mesure la médecine est appelée à recueillir le bénéfice des procédés éprouvés par la logique ; nous voudrions indiquer en même temps comment le médecin peut, à l'aide des matériaux dont lui seul dispose, apporter son tribut à l'histoire du fonctionnement des facultés intellectuelles.

Toute science ne vaut que par la prévision : voir un fait ne devient un acte scientifique que quand on s'élève de la simple constatation à une formule intellectuelle, qu'on engage l'avenir et que la succession ou la simultanéité des éléments du fait est passée à l'état de loi. A l'inverse de la législation sociale, la législation scientifique n'a pas le droit de commander aux événements ; elle règne peut-être, mais pour sûr elle ne gouverne pas. Chaque contradiction que l'expérience lui réserve doit figurer à son compte, et la loi reste toujours soumise à un contrôle incessant ; nous vivons ainsi dans un provisoire qui est l'élément nécessaire de l'activité et du progrès.

Le but idéal est de détacher de l'ensemble des notions un nombre toujours croissant de données fixes. Autour de cette base solide, viennent se concentrer les acquisitions nouvelles, en y prenant leur point d'appui. La certitude, ou, ce qui est synonyme, la foi scientifique, gagne ainsi de proche en proche.

Dans les sciences les plus favorisées, chaque affirmation dûment acquise, générale ou particulière, prend l'autorité d'un fait. Il n'existe alors que deux possibles : l'inconnu et le connu. L'un, désormais établi, soustrait aux hésitations ; l'autre, ouvrant des horizons illimités à la conjecture.

La science des êtres organisés n'a à son service qu'un petit nombre de ces données positives, et encore celles dont elle dispose ne sont-elles le plus souvent qu'un résultat artificiel de l'analyse. Dans la complexité du fait, l'observateur ou l'expérimentateur a disjoint, par l'analyse, les facteurs dont il lui était permis d'isoler le mode d'action. Il a envisagé ainsi séparément l'intervention du système nerveux périphérique, du système nerveux central, du système vasculaire, de la texture propre de l'organe dont il avait à déterminer la fonction ou la maladie. Le jour où, pour parfaire son savoir, il est obligé de reconstituer l'unité qu'il avait rompue, il s'en faut trop souvent que les fragments s'adaptent, et le total ne concorde pas avec les quantités données par l'analyse.

Cependant abandonner les fruits d'une recherche légitime et tout reprendre à nouveau serait la plus radicale, mais la plus décourageante des entreprises. On y échappe par un compromis. Parmi les connaissances obtenues à l'aide d'une méthode irréprochable, on institue une subordination. Au centre, la certitude, au pourtour et dans une zone décroissante, les données de moins en moins garanties jusqu'à ce que la notion se perde dans le vague. Examinons, sans parti pris, chacune de nos connaissances sur les fonctions d'un organe, et nous verrons que telle est en effet la mesure actuelle de notre savoir.

Si de la physiologie nous nous reportons à la pathologie, la chose est encore plus saisissante et elle a été notée avec une grande justesse de vues, par quelques médecins philosophes. Le type de la maladie dénommée est constitué par une collection de signes, de symptômes ou de lésions décisives. De là, comme d'un foyer, rayonne la lumière qui va se perdant à mesure qu'on s'éloigne du type absolu. La pneumonie franche ne laisse ma-

tière à aucun doute, mais la certitude décroît de degrés en degrés, lorsqu'il s'agit des espèces qu'un lien de moins en moins solide rattache à la définition. La pneumonie hypostatique, la pneumonie morbilleuse, celle qui accompagne certaines affections catarrhales, celle qui survient dans le cours de fièvres graves n'ont plus qu'une attache imparfaite, comme signes et comme lésions, avec la pneumonie proprement dite. Séparer complètement chacune de ces modalités serait regrettable, les confondre avec le type et leur assigner la somme de ses caractères serait une erreur.

Ainsi, dans la notion d'une même maladie, tout est loin d'occuper le même plan. Et qu'on ne dise pas que c'est là une question de nomenclature, un défaut qu'une meilleure nosologie corrigera ; c'est une des nécessités logiques de notre savoir dont nous ne saurions être responsables, et qui tient à ce que nous n'opérons que sur des unités de convention.

Notre certitude médicale est soumise à ces dégradations inévitables, et on ne réussit à lui donner une assise fixe qu'au prix de concessions dont on doit mesurer l'étendue. Ou on renie l'unité morbide pour n'y voir qu'une collection de symptômes indépendants, ou on localise les phénomènes en faisant abstraction de l'indivisible personnalité du malade, ou on suppose une autocratie intelligente qui préside à chaque évolution morbide en vue de la conservation de la vie, ou arrêtant, pour un moment, la marche des phénomènes, on se borne à la constatation stérile d'un des temps de leur développement. Plus ou moins défectueux, ces procédés n'aboutissent qu'à un semblant de solution ; comme les fragments d'une vitre, ces éléments dissociés se rapprocheront mais ne se souderont pas.

Or, comment appliquer des règles logiques à des connaissances qui n'ont pas le même degré d'exactitude, comment faire porter l'induction sur des unités dont les unes sont précisées, dont les autres ne comportent qu'une définition incomplète ? La première condition pour généraliser un fait, c'est qu'il s'énonce dans une proposition absolue. Dire avec les vieux lo-

giciens qui paraissent avoir gardé un goût particulier pour cet exemple, que tous les hommes sont mortels, c'est affirmer une proposition médico-physiologique indéniable ; mais déclarer que toutes les pneumonies sont mortelles, c'est conclure à l'absurde.

L'induction du médecin, sauf un petit nombre d'exceptions devenues banales, comme toutes les vérités incontestées, souffre des réserves ; elle a ses échelons et par conséquent ses degrés de certitude. La croyance à l'immobilité des lois de la nature sans laquelle la méthode inductive manque de base ne s'applique qu'avec des restrictions. Ce n'est pas que la loi soit en défaut, c'est que notre formule est imparfaite et que nos dénominations manquent de rigueur.

Est-il possible d'imposer des règles à l'à-peu-près auquel nous sommes condamnés et dont pas un de nous, s'il est sincère, n'entrevoit la fin ? Oui et non. Non, si on entend exiger de l'induction médicale les garanties que d'autres sciences ont droit de réclamer. Oui, si, délaissant les illusions, on n'élève pas ses prétentions au delà du réel. La logique de la médecine est encore à libeller parce qu'on a espéré lui assurer les privilèges dont jouissent les sciences qui opèrent sur des éléments *identiques*, tandis que ses généralisations portent sur des éléments *analogues*. Là est le nœud de la difficulté.

C'est en approfondissant les conditions et les procédés du raisonnement par analogies qu'on aura chance de constituer, nous ne dirons pas la philosophie, mais la logique médicale. Les variétés individuelles seront alors reléguées au second plan et non pas méconnues arbitrairement ; le médecin saura dans quelles limites se meuvent ses prévisions et il ne se fiera plus à ceux qui lui promettent de faire fructifier au centuple son capital.

Ainsi étudiée et réglementée la logique médicale aurait au moins un mérite, n'en eût-elle pas d'autre, celui de nous délivrer des discussions oiseuses qui se répètent, avec peu de variantes, d'hommes en hommes et de générations en générations. Il serait temps d'en finir avec les problèmes secondaires, qui,

comme les maladies consécutives, ne sont accessibles qu'aux esprits curieux de remonter aux commencements. La spécificité morbide, la classification, la nomenclature, la distinction du tout et des parties, la cohésion des unités pathologiques, leur transformation, leurs déviations, les méthodes, la définition de la médecine, science ou art, art ou science, ont épuisé les redites; le programme de l'ancienne pathologie générale ne peut être rempli qu'à la condition de reprendre l'œuvre à ses premiers fondements.

Stuart Mill manquait de l'expérience des sciences médicales, mais il aura rendu le signalé service d'indiquer le chemin, de montrer à quelles conditions l'étude du fonctionnement intellectuel peut être scientifiquement poursuivie, de faire voir qu'elle n'exclut ni un progrès ni une hardiesse et qu'on n'est pas un comptable arriéré parcequ'on demande la garantie d'une preuve à chaque calcul.

Là se limitait sa tâche, mais là ne s'arrête pas le domaine de la logique. Le raisonnement, dans la haute acception qu'il lui assigne, n'est que la mise en œuvre des matériaux acquis par d'autres procédés intellectuels. L'erreur n'est, pour Stuart Mill, qu'un faux pas sur la route du raisonnement; mais la découverte ou la conquête des matières premières est-elle soustraite à tout examen; mais les causes d'erreurs ne sont-elles pas plus nombreuses au départ que durant le voyage à la recherche des conclusions?

Stuart Mill n'a pas osé aborder cette seconde logique, et en cela il s'est conformé aux errements de tous ceux qui l'avaient devancé. Seul le médecin serait en mesure de mettre le pied sur ce domaine à peine exploré. Autant il aurait tort de se prétendre édifié sur les opérations par lesquelles s'accomplit l'élaboration successive de nos idées, autant il possède de renseignements sur l'activité intellectuelle, parce que ce n'est plus la pensée abstraite, mais l'homme pensant qu'il s'agit d'étudier. Les phénomènes physiques de la vie reprennent leurs droits; la maladie intervient comme un empêchement au jeu des fonctions,

elle montre le développement psychique en rapport avec le plus ou moins d'intégrité des organes, l'activité intellectuelle enrayée, doublée, déviée sous l'influence des affections qui atteignent directement l'encéphale ou dont il subit le contre-coup ; à l'examen des produits se substitue celui du producteur.

Si personne ne songe à contester qu'une phlegmasie cérébrale pervertit ou abolit l'intelligence, cette concession forcée implique comme conséquence que de moindres lésions entraîneront, selon leur degré, des perturbations plus ou moins profondes. Sur ce terrain le philosophe a tout à apprendre du médecin et n'a rien à lui enseigner. Ses méthodes, ses procédés d'observation sont entachés du même vice que ceux du médecin qui philosophait avec le secours de l'anatomie, ils frappent à côté du but. Entre les deux termes il n'y a pas de confusion possible. Le médecin le plus versé dans la connaissance des altérations de l'appareil auditif ne serait, du fait de son savoir, que le dernier éducateur de sourds-muets. L'enseignant le plus habile, l'investigateur le plus sagace auquel pas un des modes de l'expression ou de la pensée du sourd-muet n'échappe, reste étranger aux conditions physiques de la fonction. Si par un hasard exceptionnel le même homme réunit les deux attributions, c'est qu'il y a en lui deux hommes, l'un qui s'appelle le psychologue ou l'éducateur, l'autre qui s'appelle le médecin.

(*Archives générales de médecine*, 1868.)

DE L'ORGANISME VIVANT ET DE SES PROPRIÉTÉS.

Tout médecin qui s'associe d'esprit et de cœur aux progrès de la science, et qui de nous a le droit de rester indifférent! ne peut se défendre de prendre parti dans les questions de son temps. Les problèmes, discutés froidement et mis pour ainsi dire en délibéré, n'éveillent qu'une curiosité patiente; mais quand, pour employer la langue de la procédure, un incident vient passionner le débat, s'abstenir serait sans excuse.

La discussion toute récente qui s'est élevée entre les professeurs Robin et Virchow touche à des questions trop brûlantes pour que personne consente au rôle d'assistant impassible. Elle inflige aux gens inexpérimentés qui s'en allaient déclarant que la philosophie médicale a fait son temps, un éclatant démenti. L'autorité des deux savants, leur propagande active en faveur des idées qui se disputent l'avenir, leur dédain avoué pour le passé, leur commune aspiration à la réforme radicale de la médecine, tenaient déjà l'attention éveillée sur leurs doctrines. Les deux écoles qui semblaient suivre une marche parallèle ont opéré leur scission; il y a pas de schismes plus intolérants que ceux qui séparent des hommes unis jusque-là par une même foi.

On est heureux, dans ces circonstances, de n'avoir à se constituer l'avocat d'aucune cause, et d'être ainsi préservé des personnalités aigres-douces qu'entraînent les plaidoiries scientifiques au même degré que les autres. Dans son plaidoyer *pro domo sua*, Virchow eût tout gagné à rasséréner sa polémique, et

à ne pas prendre gratuitement un rôle d'offensé que rien ne justifiait, et qui n'eût d'ailleurs permis le choix qu'entre des armes plus courtoises.

Nos convictions s'éloignent assez de celles des deux adversaires scientifiques pour être exemptes de partialité ; mais, en les exprimant sans compromis comme sans hésitation, nous tenons avant tout à exposer les données fondamentales sur lesquelles porte le conflit. Procéder par allusions, ce serait supprimer le seul élément solide de jugement. Il s'agit pour nous, non pas de deux penseurs dont le caractère et le savoir sont au-dessus de toute discussion, mais de deux doctrines en présence.

Une leçon du professeur Robin, insérée dans le 26e numéro de la *Revue des Cours scientifiques* (30 mai 1868), et qui, comme il est mentionné dans une note, sert tous les deux ans d'ouverture au cours d'histologie, a été le point de départ du débat. Cette leçon, véritable exposé de principes, contient, outre des considérations développées sur le rôle que doit remplir l'anatomie générale, la critique des opinions en divergence plus encore qu'en contradiction avec les idées de l'auteur.

Pour le savant professeur, l'anatomie domine toute la biologie : les autres sciences, dont l'ensemble constitue aujourd'hui le programme biologique, lui sont subordonnées. Ce n'est pas la première fois qu'une semblable proposition est formulée. Au temps où l'anatomie pathologique commençait à se constituer avec les seuls matériaux de l'examen autoptique, elle déclarait devoir absorber la médecine, et la lutte de préséance entre l'anatomie et la physiologie est chose encore moins nouvelle.

L'anatomie se subdivise dans la double étude des éléments anatomiques considérés isolément, et des mêmes éléments groupés de manière à composer les tissus. Ainsi envisagée, l'anatomie générale a pour objet de découvrir les lois de la constitution de l'organisme, lois sans lesquelles il n'y a pas de physiologie possible, et « la pathologie reste lettre close pour l'esprit, en dehors de quelques observations et de quelques formules empiriques ».

Les principes immédiats, c'est-à-dire les derniers termes dans lesquels puisse se résoudre la substance organisée, sont minéraux, organiques et cristallisables, ou coagulables et ni volatiles ni cristallisables.

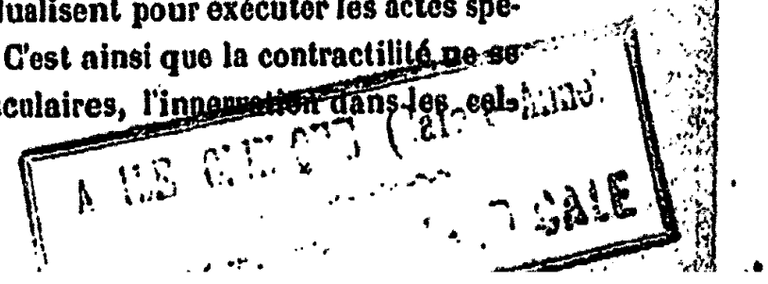
Toute propriété étant inhérente à la matière organisée, et ne pouvant ni exister ni même être conçue par l'esprit en dehors d'elle, la connaissance de la matière organisée implique celle de ses propriétés. Si complexes que soient les actes combinés, qu'on appelle des fonctions, ils ne sont que la somme des propriétés inhérentes aux éléments.

L'organisation se réduit non pas même à une combinaison, mais à une simple association des principes immédiats « unis en un système commun, temporairement indissoluble » et suivant des modes plus ou moins complexes.

Au premier degré, qui représente à la fois la plus grande simplicité de composition et le caractère fondamental, toute matière complètement homogène, amorphe, sans structure, doit être dite organisée quand « elle est constituée par des principes immédiats, nombreux, appartenant aux trois groupes, unis molécule par molécule, par combinaison et dissolution réciproque. »

Au second degré, les éléments anatomiques présentent un caractère exclusivement propre aux corps vivants, celui d'avoir une *structure;* avec cette structure nous voyons ou se modifier quelques-unes des propriétés des éléments primitifs, ou apparaître des propriétés nouvelles, exclusives aux animaux : la contractilité et l'innervation.

Les éléments doués de structure, ou autrement dit les éléments anatomiques figurés, cellule, fibre, tube, etc., succèdent aux cellules embryonnaires, mais n'en dérivent pas par une simple segmentation. Si au moment de leur apparition ils semblent se confondre dans un type provisoire, plus tard, à l'époque de leur maturité, ils s'individualisent pour exécuter les actes spéciaux qui leur sont dévolus. C'est ainsi que la contractilité ne se montre dans les fibres musculaires, l'innervation dans les cel-



lules et les tubes nerveux que lorsque ces éléments sont arrivés à un certain degré de développement.

D'où viennent ces propriétés? Elles existaient à l'état latent, et ne sont qu'un fait d'évolution, ce qui revient à dire, en renversant la proposition, qu'on doit désigner, sous le nom d'*évolution*, l'apparition de ces propriétés définitives.

La contractilité inhérente aux fibres musculaires n'admet que deux modes : elle est lente dans les fibres lisses, rapide dans les fibres striées.

L'innervation se manifeste sous la forme de sensibilité, de motricité, ou de ce que, par une dénomination peu heureuse, l'auteur appelle « les actes d'innervation centrale dits de volition ou de pensée instinctive et intellectuelle. » Il ajoute, comme une particularité d'exception, que l'encéphale doit se trouver dans certaines conditions d'intégrité pour que ces actes s'accomplissent. Il ajoute encore que ce n'est nulle part ailleurs, dans l'économie, que doivent être recherchées les conditions d'accomplissement des actes de volonté. Ces propositions d'un laconisme exagéré, ou ne font que confirmer le fait incontesté de l'action des lésions cérébrales sur les fonctions intellectuelles, ou insinuent, en supprimant les actes réflexes ou sympathiques, une théorie si neuve en pathologie mentale qu'elle eût mérité plus de développement.

Les propriétés qui n'abandonnent jamais la substance organisée, et qui constituent la vie, se maintiennent dans leur état normal à deux conditions : l'une, que la constitution physique et moléculaire des principes immédiats soit intacte, que l'élimination, l'assimilation et par suite la nutrition s'opèrent régulièrement et qu'il ne s'introduise pas de principes étrangers à la place de ceux qui composent normalement les éléments anatomiques ; l'autre, que la substance organisée soit placée dans un milieu convenable : température, humidité, etc.

Là se termine la partie dogmatique, dont la donnée fondamentale peut se résumer en quelques mots. L'élément anatomique non figuré est le dernier degré de décomposition auquel

puisse parvenir l'analyse, il est l'atome organique. Ces atomes associés sont soumis à un échange incessant (Stoffwechsel) ou à un mouvement continu d'élimination et d'assimilation. Groupés sous forme de tissus, ils ne perdent aucune de leurs propriétés, mais ils en acquièrent de nouvelles : à savoir, la contractilité et l'innervation, lesquelles ne se développent qu'à un moment donné.

La seconde partie, essentiellement critique, a pour objet de réfuter les doctrines qui admettent l'existence d'autres propriétés ou d'autres forces, quoique le mot de forces ait été soigneusement évité.

Tout d'abord, les propriétés ou les forces dites vitales sont rejetées sans autre considérant que celui-ci : la physiologie expérimentale prouve péremptoirement qu'il n'existe pas de propriétés vitales extrinsèques, indépendantes de la matière organisée.

Il serait pourtant à propos d'en finir avec ce vitalisme de convention, fantôme sans réalité qui ne répond ni à une doctrine ni à une hypothèse portant le nom d'un homme sensé. Victoire trop facile que celle qu'on remporte en supposant que des gens bien appris admettent un *stock* de forces vitales en quête d'un placement et qui flottent *extrinsèques* au-dessus ou au-dessous de la matière. Si la contractilité apparaît à son heure, si l'innervation se tient à l'écart jusqu'au jour où la matière sera prête, on ne comprend pas bien comment la physiologie expérimentale interdirait à d'autres propriétés manifestées par des actes, de réclamer leurs droits à l'existence.

C'est contre l'irritabilité que l'éminent professeur dirige exclusivement sa polémique. Pour lui, ce mot signifie une plus ou moins grande activité de l'innervation, mais ne désigne pas une propriété distincte contre l'existence de laquelle protestent à la fois l'embryologie et la physiologie expérimentale. Entendue comme l'admettent encore certains médecins, l'irritabilité n'est qu'une entité, un être de raison dont on supposait jadis l'existence dans l'ignorance absolue où l'on était des propriétés élémentaires de l'économie.

On peut dire également qu'une seule école est mise en cause. « L'école allemande actuelle suit, au point de vue des dogmes scientifiques servant de base à ses interprétations physiologiques et pathologiques, les errements de Broussais : elle admet comme lui que l'irritabilité est commune à tous les tissus et qu'il y en a trois espèces : la fonctionnelle, la nutritive et la formative.

« C'est admettre que l'irritabilité est commune à tous les êtres vivants, depuis le végétal jusqu'à l'homme, ce qui revient à reconnaître que ce qui est vivant et se nourrit, se développe et se reproduit, que ce qui est mort est ce qui ne manifeste plus les propriétés végétatives de nutrition, développement et génération. Mettre l'irritabilité comme chose commune, au-dessus des propriétés végétatives et animales, et dont celles-ci ont besoin pour se manifester, revient simplement à donner à la substance organisée la propriété d'avoir des propriétés.

« Quant aux principes immédiats normaux, accidentels ou toxiques même, ce sont les conditions d'accomplissement, d'augmentation, de diminution ou encore de cessation complète de la nutrition ou rénovation moléculaire de la substance organisée. Ils représentent par suite ces mêmes conditions, par rapport au développement et à la reproduction des éléments anatomiques. On ne saurait donc leur donner le nom d'*excitants*, nom qui semble indiquer qu'ils s'adressent à une propriété spéciale de la matière organisée autre que celles de nutrition, de reproduction, etc. Il est surtout erroné, et par suite dangereux, de ranger ces principes immédiats sous le même nom générique que les conditions physiques et chimiques qui suscitent la manifestation de la contractilité dans les épithéliums à cils vibratiles et dans les fibres musculaires, de l'innervation sensible et motrice dans les tubes nerveux. Car ces éléments reçoivent et rejettent les principes immédiats comme ceux qui ne sont pas contractiles et innervables, sans que cela suffise pour qu'ils sentent ou se contractent. Pour peu qu'il y ait contraction, innervation motrice ou sensitive, il faut, en effet, que d'autres circonstances s'ajoutent à celles-ci.

« Ainsi, dans la fibre musculaire, ou les éléments nerveux, qui, placés dans certaines conditions de constitution et de rénovation moléculaire, de température, d'humidité, etc., se contractent ou transmettent certaines impressions, ou perçoivent ce qui est transmis, il n'y a pas plus d'*excitabilité* au-dessus et en dehors de la contractilité et de l'innervation qu'il n'y en a dans le fer qui s'oxyde au contact de l'air et de l'eau. Excitabilité et irritabilité sont tout un, en ce sens que ces mots désignent uniquement des degrés de deux propriétés de la vie animale.

« Dans l'action de l'électricité, des acides, etc., sur les éléments anatomiques qui manifestent telle ou telle de leurs propriétés à leur contact, ces conditions d'activité ne méritent pas le nom d'*excitants* à un autre titre que ne le méritent les acides, l'eau, et déterminent la manifestation de l'oxydabilité du fer.

« L'étude des sciences montre que tous les corps, quels qu'ils soient, ne marchent qu'escortés de toutes leurs propriétés, au-dessus desquelles ne plane aucune qualité plus générale et commune à tous. Si les corps organisés semblent faire exception à cet égard, l'expérimentation prouve que cette exception n'est qu'apparente; elle tient à ce que les propriétés spéciales et caractéristiques de ces corps ne persistent naturellement, et, comme on devait s'y attendre, que tant que persiste le mode d'association des molécules, dit *état d'organisation*, état peu stable et qui, parce qu'il est atomique dans ce qu'il a de caractéristique, peut cesser d'être avant que les attributs physiques, mécaniques et géométriques aient varié. C'est donc en fait parce que l'organisation manque dans ce qu'elle a d'essentiel, et non encore par la forme, la consistance ou la couleur des tissus, que la nutrition, la contractilité et l'innervation disparaissent, ce qui caractérise l'état de *mort*. C'est là une des données les plus importantes de toutes celles dont nous sommes redevables à l'anatomie générale.

« Mais si la substance organisée offre quelque chose de plus que la matière brute, elle ne fait aucune exception en ce qui touche ce qu'elle nous présente, aux points de vue statistique et

dynamique, à côté de ce que nous connaissons de plus général dans ce que nous pouvons atteindre de l'immensité des espaces et de l'intimité des corps. De là l'importance que l'on doit donner à l'étude de ce qu'a de fondamental l'*état d'organisation*, cette notion seule pouvant permettre de comprendre ce qu'offrent d'essentiel les propriétés d'ordre organique, c'est-à-dire ce que sont la vie et la mort dans ce qu'elles ont de plus général, comme dans leurs manifestations les plus rudimentaires.

« Le terme *irritation* et l'idée des *irritants* sont donc inutiles et dangereux pour la physiologie normale et la pathologie, puisqu'ils donnent une idée complètement fausse des phénomènes élémentaires, aujourd'hui assez bien connus expérimentalement et par l'observation directe, en eux-mêmes et dans leurs perturbations, pour qu'il ne soit plus nécessaire de faire intervenir dans leur interprétation autre chose que les lois mêmes de tous ces actes. Rien, en effet, de plus dangereux que de vouloir illusoirement, contrairement à toutes les données des investigations modernes, les faire régir par une nouvelle sorte de principe métaphysique. »

Qu'il nous soit accordé de résumer encore en peu de mots cette discussion critique. Les propriétés des divers éléments qui constituent l'organisme sont soumises à la subordination suivante : les seules générales sont celles qui appartiennent aux principes immédiats. A mesure que les éléments prennent la forme de tissus, ils acquièrent des propriétés dépendant exclusivement de leur texture : contractilité pour les fibres musculaires, innervation pour le tissu nerveux.

Supposer une propriété commune à la fois au tissu nerveux et aux fibres des muscles, et qui n'appartiendrait pas aux principes immédiats, c'est détruire tout l'édifice anatomique, c'est soutenir une impossibilité ou un non-sens.

Quant aux mots d'entité et d'êtres de raison, ils sont devenus d'un usage si banal et si peu justifié, qu'on devrait, en vertu d'une convention scientifique, admettre que, comme les vieilles monnaies dont l'effigie est effacée, ils cesseront d'avoir cours

à titre d'objections. Broussais n'avait pas de plus solennel argument contre ses adversaires que de traiter leurs idées d'entités ou d'êtres de raison, et le voilà aujourd'hui, par un étrange retour, classé le chef d'école des ontologistes.

La réponse de Virchow (*Gazette hebdomadaire* et *Archiv für path. Anat.*, 1858) ne pouvait avoir pour objet, ou que d'abjurer l'erreur en l'excusant, ou que de maintenir la croyance à l'irritabilité. On s'étonnerait si l'illustre professeur de Berlin ne s'était pas arrêté à ce dernier parti. Restait une troisième détermination, celle de passer outre et de se taire; mais l'attaque était de celles par lesquelles un chef d'école consent difficilement à se laisser atteindre.

Les doctrines, car encore une fois les personnes restent hors de cause, les doctrines des deux professeurs, parties des mêmes principes généraux, suivant une même méthode, avaient de nombreux points de contact. Virchow avait essayé, comme Robin, de pousser à sa dernière limite l'analyse de l'être organisé, et il avait abouti à la cellule, sans consentir à étendre plus loin la décomposition élémentaire; la cellule était le représentant complet de l'idée de la vie, la véritable unité organique (*die organische Einheit*).

La cellule conservait les propriétés physico-chimiques inhérentes à toute matière, et le conflit vieux comme le monde, entre la mécanique et la vie, était résolu par cette formule, qui ne pèche pas non plus par des excès de clarté : « La vie n'est qu'une forme particulière de la mécanique (*eine besondere Art der Mechanik*). »

Le mouvement, si complexe qu'on le suppose, étant donné, restait à s'enquérir du moteur, et là le philosophe, arrêté, comme il le dit, par la peur du mysticisme, déclarait la recherche dangereuse et en détournait prudemment les yeux.

On ne se détache pas si aisément de ces problèmes, quand une fois on n'a pu se défendre de les poser. Aussi, dans toutes ses considérations générales sur l'organisme, on sent chez Virchow l'arrière-pensée inquiète des origines du mouvement qui, selon

lui, représente le vivre, et qui établit entre le vivant et le mort une ineffaçable démarcation.

C'est dans cet ordre d'idées, et plus vitaliste au fond qu'organicien, que le savant professeur affirme et soutient l'existence de l'irritabilité, sans laquelle il n'y a pas de mise en train pour le mouvement.

Virchow reproche quelque part à son adversaire de n'avoir pas établi de classement et de subordination entre les propriétés qu'il assigne à la matière organisée ; on pourrait également reprocher à sa défense une sorte de dispersion des arguments. Les idées ne s'y succèdent pas dans leur ordre naturel, et elles gagneront en simplicité d'être ramenées à quelques propositions essentielles.

1° L'irritabilité n'est pas une force indépendante de la matière ; les éléments ou les cellules isolées ont non seulement leur irritabilité propre, mais chacune des parties dont se composent les cellules a une activité, et partant une irritabilité spéciale en rapport avec son mode spécial d'activité.

2° Dans son sens le plus général, l'irritabilité est la propriété des corps vivants, en vertu de laquelle ils sont déterminés à agir, quel que soit l'agent irritant qui intervienne.

3° Tout modificateur extérieur en contact avec l'organisme ne fait fonction d'excitant que quand il éveille l'activité d'une partie vivante. Il importe de discerner ce mode d'action de tous les autres.

Dire que « dans l'action de l'électricité, des acides, etc., sur les éléments anatomiques qui manifestent telle ou telle de leurs propriétés à leur contact, ces conditions d'activité ne méritent pas le nom d'excitants à un autre titre que ne le méritent les acides, l'eau, etc., déterminant la manifestation de l'oxydabilité du fer, » c'est introduire une confusion que repoussent la pathologie et la physiologie. Le fer oxydé n'est plus du fer, tandis que l'élément ou le composé organique mis en action est modifié sans changer de nature.

Le courant électrique qui traverse un fil télégraphique ou un

nerf est le même. Pourquoi n'attribuons-nous qu'au nerf l'irritabilité ou l'excitabilité? C'est que le courant dans le nerf est produit, à l'occasion, par d'autres agents que la pile, c'est que le nerf a besoin de repos pour redevenir excitable.

4° Sans l'idée de l'irritabilité, il n'y a pas de médecine pratique possible, parce que nous sommes hors d'état de rien entendre à l'action des médicaments.

Que la chose soit ou non facile à concilier avec les principes de l'anatomie biologique, nos convictions sont celles du professeur de Berlin, et comme lui nous croyons, pour les raisons qu'il donne et pour d'autres encore, que l'irritation est un fait et l'irritabilité une propriété de la matière organisée vivante. Il n'en coûte pas plus à notre entendement d'admettre l'irritabilité que la contractilité, et qui accepte l'une abandonne le meilleur de son droit à nier l'autre. Ou l'être vivant a des propriétés qui n'appartiennent pas aux agrégations matérielles auxquelles nous refusons d'un commun accord le nom d'organismes, et qui à plus forte raison n'appartiennent pas aux molécules isolés, ou la distinction entre l'organique et le non organique est dépourvue de sens.

On se ferait une idée fausse de ce débat, si on croyait qu'il porte uniquement sur l'existence ou la non-existence d'un mode d'activité. Les visées sont plus hautes et s'élèvent, d'un côté, à la notion de la vie, de l'autre, au problème le plus ardu de la scolastique scientifique.

La question de la vie ne se fragmente pas pour s'accommoder aux proportions d'un article de journal; celle de la nature et de la genèse de nos conceptions générales en matière de science, si énorme qu'elle soit, reste moins inaccessible.

Avant de décider si l'irritabilité est une propriété de l'organisme, si elle doit figurer au nombre des propriétés irréductibles, encore faut-il savoir ce qu'on entend par matière organisée et par propriétés irréductibles ou non de cette matière.

Nous vivons scientifiquement sur un vocabulaire où pullulent des termes si vaguement définis que chacun a pris l'habitude de

les interpréter à sa manière : il semble qu'en usant de la même langue on se comprend et cela suffit. Tant que la contradiction ne vient pas l'ébranler, cette convention tacite et confuse subsiste; le jour où naît le doute, celui où les objections s'élèvent, force est de compter avec les mots comme avec les idées.

Dans le cas présent, le désaccord avoué des deux savants contradicteurs cesse sur un point. Tous deux déclarent expressément qu'on a laissé trop longtemps figurer dans la science des êtres organisés, de fausses propriétés qui n'étaient que des entités, contre lesquelles on ne saurait trop protester. Qu'à côté de ces propriétés mensongères, il en existe de réelles qui ne sont plus des êtres de raison, mais de fait, et sur lesquelles repose le fondement le plus solide de notre savoir.

Pour le professeur Robin, l'irritabilité est, comme nous l'avons dit, une de ces fictions ontologiques, elle est nominale; pour le professeur Virchow, elle est réelle.

A quels signes se reconnaît donc une propriété positive? Le seul critérium que les deux savants acceptent formellement et presque dans les mêmes termes, c'est que toute propriété vraie est inhérente à la matière et inséparable d'elle, tandis que les fausses reposent sur la supposition de forces indépendantes, d'êtres purement dynamiques et, comme nous le disions plus haut, en quête d'un placement.

Organisée ou non, la matière ne perd aucune de ses propriétés essentielles, que chacun connaît et où ne s'égarera jamais la discussion. On aurait peine à trouver un médecin ou un naturaliste qui se soit oublié au point de dire que la matière se dépouillait d'attributs sans lesquels elle serait inintelligible.

Il n'en est plus de même des propriétés du second ordre qui n'appartiennent qu'aux éléments figurés, qui n'apparaissent qu'à la condition d'une structure déterminée, qui disparaissent avant que cette structure soit en apparence anéantie, propriétés transitoires et qui sont, pour user d'une expression biblique, plutôt prêtées que données à l'individu vivant. Dans cette catégorie,

se rangent l'irritabilité, la contractilité, etc. Comment et par quelle combinaison étrange ces propriétés viennent-elles s'annexer aux attributs essentiels de toute matière? On admet que l'arrangement moléculaire rend un compte suffisant de ces manifestations nouvelles. Mais, toutes les fois qu'on invoquera la vague explication d'une composition supposée spéciale, d'une coordination particulière, tranchons le mot, d'une organisation des matériaux, on commettra la lourde faute de définir l'être organisé, en déclarant qu'il a pour attributs exprès les propriétés qui résultent de son organisation. La vérité est que la contractilité, comme l'irritabilité, se conclut de l'observation et ne se préjuge pas. Elles sont, parce que la contraction et l'irritation existent et parce qu'il est dans la loi de l'intelligence humaine de rapporter tout mouvement à un moteur, tout acte à un agent. Nous assistons à la contraction; mais la contractilité, inaccessible à nos sens, ne représente qu'une conception intellectuelle, une abstraction sans réalité.

Plus on s'éloigne des combinaisons ou des associations élémentaires des molécules, plus le composé qu'on étudie est complexe, et plus se multiplient ces propriétés qui se soustraient aux investigations des physiciens et des anatomistes. Ni la cellule, ni la fibre, ni le tube nerveux, ne sont le dernier mot de la recherche du physiologiste ou du médecin. Au-dessus de ces rudiments vient l'*organe* qui a imposé son nom à l'organisme; or l'organe, constitué par les éléments du second ordre, répond à un troisième degré de complexité.

Reconnaître l'existence des organes, c'est accepter parallèlement et comme un corollaire obligé celle des fonctions. Chaque fonction est une unité aussi irréductible que toutes les autres. La sécrétion de l'urine ou du sperme, la transformation de l'air inhalé par le poumon, sont des propriétés non moins inhérentes à l'organe que la contractilité l'est à la fibre musculaire. Virchow, en essayant presque timidement de donner, dans sa classification des propriétés organiques, une place à la fonction, n'a fait que consacrer une de ces vérités qu'on pourrait appeler de sens com-

mun, tant elles échappent à la contradiction. Le professeur Robin, en ne dépassant pas la sphère des éléments histologiques, s'est enfermé dans le programme légitime d'un cours d'histologie, mais ce n'est pas dire qu'il ait épuisé la recherche.

Si maintenant on s'élève au-dessus des organes isolés, considérés comme autant de provinces, on arrive à l'unité suprême, à celle que la langue vulgaire a dénommée comme la plus irréductible : l'*indivisibilité* ou l'individualité de l'être vivant.

Nous savons avec quelle insistance Virchow s'est ingénié à atténuer l'individu au profit des composés organiques ou des appareils. Sa comparaison favorite des provinces, dont la somme compose une confédération, n'est pas une raison et jamais elle ne prévaudra ni contre le *consensus* universel, ni contre le sentiment invincible qui affirme l'indivisibilité absolue de la personne vivante. Dans sa réplique, le savant professeur de Berlin revient à son thème favori. Quand l'homme bâille, ce n'est pas *lui*, ce sont les muscles qui concourent au bâillement qui agissent ; quand il mâche, *il* ne mâche pas, mais la mâchoire seule fonctionne. Il n'y a qu'une objection, c'est que ce sont *ses* muscles et *ses* mâchoires, c'est que le moi, type et expression sans synonyme de l'individu, commande, et qu'en le méconnaissant on ferme les yeux, mais on n'éteint pas la lumière.

Pourquoi donc avoir ainsi reculé? Pourquoi avoir éliminé de la science des notions que l'intelligence ne consentira à aucun prix à proscrire? Nous n'avons le droit ni de supprimer une parcelle, à plus forte raison une portion du vrai, ni de déclarer qu'il ne reste pas de problème indécis, quand le plus impérieux demeure encore à résoudre.

Pour s'étendre à un moindre nombre de créatures vivantes, les propriétés afférentes à l'individu dans les espèces animales supérieures n'en sont ni moins réelles, ni moins imprescriptibles. L'unité individuelle ou ce que certains philosophes ont appelé l'égoïté ne saurait être décomposée sans dépouiller toute signification.

En somme, si à leur premier degré de complication les élé-

ments de l'être organisé acquièrent déjà des propriétés interdites aux composés moins complexes, à mesure qu'on remonte d'échelons en échelons, on voit apparaître des propriétés nouvelles. La science a marqué dans cette série progressive des étapes qu'il est bon de conserver : 1° la matière brute, 2° la matière organisable, 3° les éléments anatomiques, 4° les organes, 5° l'individu.

Des deux savants dont nous avons résumé les idées, l'un s'arrête aux éléments anatomiques, l'autre étend à peine sa théorie générale jusqu'aux organes; nous croyons fermement avec l'unanimité non pas des philosophes ou des anatomistes, mais des médecins, qu'il reste encore une dernière barrière à franchir.

Tant qu'ils poursuivent l'investigation des mêmes catégories de phénomènes, les professeurs Robin et Virchow sont en communauté apparente de vues et de méthode. La divergence débute à partir du moment où le professeur de Berlin, abandonnant l'histologie, entre dans l'étude des appareils et des fonctions.

Cependant Virchow a trop de sagacité critique pour ne pas avoir voulu que les dissidences remontent plus haut. Selon lui, leur point d'arrivée n'est pas le même, parce que leur point de départ a été tout différent. Tandis qu'il entrait dans la biologie par la porte de la médecine, son honorable contradicteur empruntait exclusivement à la science anatomique sa conception de la vie. « Chacun sait, dit-il, que je suis parti de la pathologie. Pour comprendre les actes pathologiques, j'ai dû remonter ou plutôt reculer (*zurückgehen*) jusqu'à la physiologie ou l'histologie. La question de la vie et celle des éléments anatomiques se réunissaient dans cette recherche. Ce que je cherchais, ce n'était pas les principes de l'histologie, mais les principes de la physiologie et de la pathologie. Quand les principes de l'histologie se présentaient sur ma route, ils n'étaient qu'un accessoire. »

Si cette mention n'avait pour but que de nous renseigner sur l'éducation de l'éminent auteur de la théorie cellulaire, elle n'aurait, en effet, rien à nous apprendre. Nous savions tous com-

ment s'est accompli le *curriculum vitæ* scientifique d'un homme qui, depuis ses premiers essais, appartient à la publicité.

Virchow a bien moins en vue de nous renseigner sur les origines de son savoir que sur le résultat final de sa doctrine qui, partie de la pathologie, aboutit à la thérapeutique. Voilà longtemps que la crainte de passer pour un histologue ou un anatomiste le poursuit. Mais sur ce terrain, choisi par lui-même, il lui a manqué la hardiesse de contempler la vie face à face. Général hors ligne au service d'une idée régnante, il n'a pas, en médecine, l'autorité d'un réformateur. Sa préoccupation pathologique le rend hésitant dans ses décisions, et, si on veut excuser cette comparaison quelque peu académique, le colosse a un pied dans l'histoire naturelle, un autre dans la pathologie cellulaire, mais le gros de la médecine passe entre les deux points d'appui.

Cette indécision s'accuse presque à chaque page de sa réplique où il reproche au professeur Robin de n'être pas ce que lui-même entend ne pas être, une façon de vitaliste. « La matière organisée est, dit-il, celle qui vit ou qui a vécu. La science et la pratique ont tout intérêt à établir les limites qui séparent le vivant du mort et de l'inorganique, c'est-à-dire du non-vivant.

« L'erreur est de ne faire que deux parts : l'organique vivant ou mort et l'inorganique. »

Comparez la profession de foi qu'on vient de lire avec les conclusions suivantes qui seraient contradictoires avec les prémisses, n'était leur défaut de précision : « Qu'on ne s'habitue pas, comme je l'ai toujours recommandé, à employer les deux expressions d'irritation et d'irritabilité dans le sens spiritualiste. L'irritabilité ne signifie rien autre chose que l'aptitude à être placé, par l'action de choses extérieures (excitants) dans un état (irritation) par lequel l'activité propre est éveillée. On doit se représenter cette action aussi bien que ces états et ces activités dans le sens de la conception mécanique de la nature (*mechanische Naturauffassung*). Évidemment il n'est ici ques-

tion, dans tous les cas, que de processus physiques et chimiques. »

Nous avons traduit mot pour mot, résumons librement.

Si le mouvement mécanique n'a pas de raison d'être en l'absence d'un moteur ; si ce moteur est l'antécédent indispensable ou, comme Virchow l'appelle, par une expression incorrecte, le corrélatif de toute activité ; si ce moteur n'est pas identique avec celui qui met en jeu les combinaisons chimiques ; en somme, quel est-il ? Nous accordons qu'on doit entendre les actions ou les mouvements dans le sens mécanique, nous renonçons à comprendre ce que c'est que cette irritabilité, élément primordial, caractéristique souveraine de la vie, puisque sans irritabilité rien ne se meut et tout est mort. Il ne suffit pas, pour éclaircir les obscurités, de recommander, à plusieurs reprises, de se garder du sens spiritualiste. Il ne suffit pas non plus de laisser entendre que l'activité vivante n'est pas sans analogie avec les phénomènes chimiques qui se produisent à l'état naissant.

Enfin, il n'est pas un philosophe scientifique qui se résigne à la conclusion dernière, qu'au fond l'*irritabilité* n'a rien à faire pour expliquer les phénomènes, mais qu'elle est très avantageuse pour les ordonner et les classifier.

Nous avons exposé le litige, et dans cette critique d'un critique nous n'avons en vue que la recherche de la vérité. Notre foi philosophique, en médecine comme en toutes choses, est que nul n'a le droit de simplifier en s'abstenant. L'idée dominante de nos collègues est qu'en réduisant les propriétés de l'être vivant, et les phénomènes qui s'accomplissent en lui à leur plus rudimentaire expression, on arrivera à définir scientifiquement la vie.

Les anciens logiciens déclaraient que la définition ne vaut que si elle s'applique à tout l'objet à définir ; il en est de même de l'analyse qui n'a de valeur, pour fonder une doctrine absolue, que quand, avec les éléments dissociés, on est en mesure de reconstituer, par le fait ou par la pensée, la synthèse. L'individu vivant est une de ces unités synthétiques dont on

n'aura pas la clef tant qu'on persistera à méconnaître leur existence.

Les actes plus complexes, depuis les fonctions organiques jusqu'aux opérations intellectuelles et jusqu'à l'individualité, et les propriétés qui leur correspondent, sont rejetés de l'étude sous prétexte de métaphysique. Mais la métaphysique n'a rien à prétendre dans les questions de fait.

Son essence est de se tenir en dehors et au-dessus du témoignage des sens, et de n'aborder les problèmes que quand ils peuvent se résoudre par les seules forces de l'intelligence, dégagée de toute entrave matérielle. Où finit la science commence la métaphysique. Voilà bientôt deux siècles qu'une séparation solennelle a été prononcée entre ces deux modes incompatibles de notre savoir ou plutôt de notre curiosité. Toutes les fois qu'une notion repose sur un élément matériel, et qu'on peut, quelle que soit sa généralité, la contrôler par l'observation, elle entre de plein droit dans le domaine scientifique.

En dehors des aspirations métaphysiques, il en est d'autres qu'on doit accepter et respecter, parce que, sans elles, il n'existe ni induction, ni science. Lorsque le même phénomène se reproduit visiblement, dans des conditions et sous des formes déterminées, lorsque ces conditions étant réunies, il nous est donné de le prévoir, nous déclarons qu'il obéit à une loi et qu'il est le résultat d'un ensemble de forces auquel nous imposons un nom.

Il n'y a pas plus de propriétés sans matière que de matière sans propriétés, et quand nous isolons un moment ces dernières, c'est en vertu d'une nécessité et pour faciliter les opérations de notre intelligence.

De ces propriétés disjointes par l'analyse de leur substratum nécessaire, quelques-unes sont tellement inhérentes à la matière qu'on ne saurait concevoir la matière sans elles : elles seules sont réellement irréductibles. Si l'on n'en admet pas d'autres, il faut rejeter comme une convention ou une fiction les êtres organisés, et se ranger du parti de ceux qui ne reconnais-

sent qu'un règne dans la nature. Ni Virchow ni Robin n'ont accédé à ce radicalisme, devant lequel d'autres n'ont pas reculé, et qui seul mérite le nom de *matérialisme*.

Les savants qui, de l'étude exclusive de la physique ou de la chimie, ont passé sans transition à celle de l'organisme, ont seuls promulgué une théorie vraie ou fausse, mais absolue.

Ceux qui, comme nos éminents collègues, ont concentré leurs efforts dans l'étude des êtres organisés, n'ont abouti et n'aboutiront jamais qu'à une doctrine mixte, espèce de compromis entre les intolérances égales du matérialisme radical et du vitalisme. Si inclinée qu'ils tiennent la balance, ils ne se résolvent pas à supprimer le second plateau.

Le professeur Robin, plus conséquent d'intention que de fait avec ses principes, n'accorde qu'aux composés anatomiques des propriétés distinctes ; à chaque agrégat figuré appartiennent ces propriétés, qui résultent de son mode de composition et de structure. On conçoit que la contraction, phénomène simple, car le mot de contractilité eût dû disparaître de son vocabulaire, soit le corrélatif de la fibre musculaire ; mais que dire de l'innervation ? Comment ramener à une formule unique la multiplicité des phénomènes nerveux ; comment admettre que l'innervation et la contraction représentent physiologiquement des unités du même ordre ? Si l'un est subordonné à l'autre, si la contraction s'exécute sans réciprocité, sous l'influence d'une action nerveuse, il faut bien concéder une subordination entre les deux ordres de phénomènes et supposer entre eux une relation ou un *quelque chose* dont la recherche n'est plus du domaine de l'anatomie. Au-dessus ou au-dessous, mais à côté de l'irritabilité, combien trouverait-on de ces propriétés intermédiaires qui ne sont pas la raison de l'acte, mais sans lesquelles l'acte, et surtout la succession des actes, n'aurait pas lieu.

Virchow fait profession que toute propriété démontrée physiologiquement existe, qu'elle soit afférente à un seul élément anatomique ou à plusieurs. Il est moins radical et moins rigoureux, mais à notre sentiment il est plus près du vrai. S'il était

entré, dans le plan de sa défense, de soumettre à une critique les termes incontestés de développement et de nutrition, il eût eu belle à justifier cette doctrine philosophique.

Mais, tout soucieux qu'il se montre des intérêts de la pathologie, nous demanderons aux médecins dans quelle mesure il leur est loisible d'exploiter des généralités conçues dans cet esprit, et d'y installer les fondements de leur savoir.

Indépendamment des activités envisagées suivant la *conception mécanique de la nature*, il en est d'autres que nous pouvons, ou plutôt que nous devons étudier, conformément à la conception moins compréhensive mais non moins vraie de l'organisme et de la vie, sans sacrifier ni à un spiritualisme de fantaisie, ni à un mécanisme exclusif.

En supposant qu'on arrive à prouver que les phénomènes ou les propriétés les plus complexes de la vie peuvent se résoudre en un certain nombre d'éléments de moins en moins compliqués ; en supposant, et qui donc ignore, même en dehors de cette polémique, combien nous sommes loin d'une telle démonstration ? que ces propriétés élémentaires soient positivement connues, de quel droit espère-t-on conclure du simple au composé ? Les chimistes, auxquels personne n'a rien à apprendre en ces matières d'analyse, ont-ils jamais prétendu que la connaissance des corps simples impliquait celle de leurs combinaisons, et que les propriétés d'un acide ou d'un oxyde se déduisaient de celles des éléments constituants ? A plus forte raison, dans les combinaisons mobiles de l'organisme qu'il nous est si rarement donné de reproduire artificiellement, sommes-nous obligés de décliner une méthode analytique dont l'absolue autorité s'impose comme un article de foi. Il est utile au médecin de connaître à quelle limite s'arrête le dernier degré de décomposition de l'organisme ; il lui est encore plus indispensable de savoir à quel summum de complication il peut atteindre.

(*Archives générales de médecine*, 1868.)

SÉMÉIOTIQUE DE LA LANGUE.

La tradition qui obligeait le médecin, dès sa première entrevue avec un malade, à tâter le pouls et à faire tirer la langue est quelque peu délaissée ; c'est une faute. La langue et le pouls fournissent des indications qu'aucune autre information ne saurait remplacer. S'ils ne renseignent pas sur la maladie, ils éclairent sur la tolérance et la résistance du malade à l'affection quelle qu'elle soit qui s'impose à lui.

Il a été beaucoup dit et beaucoup écrit sur la valeur séméiotique de la langue. De cet ensemble de notions excellentes à recueillir, je ne veux retenir que quelques points auxquels on n'a peut-être pas accordé l'importance qu'ils méritent.

La séméiologie est un mode d'exploration des symptômes qui a ses qualités et ses défauts ; quand on en use dans la mesure utile, elle montre les aspects de la maladie sous une face que la description d'ensemble des phénomènes morbides ne met pas également en lumière.

Le pouls, objet de tant d'observations d'une sagacité souvent trop subtile, est essentiellement du domaine de la physique. Il se prête aux appareils enregistreurs, aux énoncés mathématiques, et on peut substituer l'exactitude du constat à l'à peu près d'un rapide examen.

La langue se rattache à une de ces investigations chimiques d'une douteuse correction auxquelles la clinique nous a forcément habitués. Si le chimiste juge de la nature d'un corps à analyser par des réactions où la couleur, la quantité du précipité lui fournissent ses premiers indices, le clinicien procède de

même en empruntant ses renseignements à la coloration de la langue, à l'épaisseur et à la consistance de l'enduit qui la recouvre, à son étendue, à sa persistance. Ce ne sont rien moins que des signes réputés pathognomoniques, la pire de toutes les données. La langue ne dénonce pas la maladie, mais l'état du malade qui en est atteint.

Pour se rendre un compte suffisant des modifications qu'elle a subies, il ne suffit pas, comme on le fait habituellement, de l'inspection visuelle : tout phénomène pathologique signalé par la vue doit être contrôlé par le toucher. On doit donc, après avoir vu, palper la langue, comme on le fait de tout organe accessible à ce mode de recherche. Promener le doigt sur la surface, prendre l'organe entre le pouce et l'index, en mesurer l'épaisseur et la résistance, le faire mouvoir entre les doigts préalablement humectés par de l'eau fraîche, est d'une obligation rigoureuse. Outre que cette contre-enquête donne des documents nouveaux, elle oblige le médecin à ne pas se contenter d'un examen superficiel et fixe presque malgré lui son attention.

La même règle s'impose à toute investigation de l'arrière-gorge et la langue est partie prenante dans toutes les lésions pharyngées. Une amygdale peut être rouge, volumineuse et molle ; elle peut être indurée avec moins de volume et de rougeur. Entre ces deux conditions, il n'y a ni identité, ni parité. Quel est l'observateur qui se déclarerait satisfait de l'inspection au spéculum du col de l'utérus, s'il n'avait assuré son opinion et son jugement par le toucher ?

En dehors de ses lésions propres dont il ne peut être question ici, la langue traduit l'état de l'arrière-gorge dans les cas d'angine que j'ai désignés sous le nom d'angines *rouges*, pour les isoler absolument des angines à exsudats diphthéritiques ou pultacés. Elle est blanche, large, amollie, en rapport avec l'intensité et avec la durée du processus angineux. L'organe n'est modifié ni dans sa forme ni dans son épaisseur ; la lésion peu profonde n'est qu'une propagation décroissante ou un reflet.

Et cependant que d'erreurs commises à la suite d'un simple regard jeté sur la langue ainsi altérée ! Chez les enfants, en particulier, qui luttent contre tout examen de l'arrière-gorge et qui sont trop souvent encouragés par les parents dans leur résistance, on se hâte de conclure de l'unique élément de diagnostic dont on dispose. L'enfant est mal à l'aise, demi-fiévreux, anorexique surtout ; la langue est blanche, étalée. C'est la caractéristique d'un embarras stomacal. On use des vomitifs, on abuse des purgatifs, ni les uns ni les autres de ces remèdes ne changent la situation : l'angine guérit et la langue cesse de préoccuper le médecin ; l'angine plus durable se prolonge et avec elle la médication hors de propos. Quelques gargarismes auraient plus fait pour la guérison que les laxatifs indûment et indéfiniment répétés.

Cet état secondaire de la langue sous la dépendance d'une affection primitive de l'arrière-gorge ne se rencontre pas seulement chez les jeunes enfants. Beaucoup d'adultes, gens de bourse, avocats, professeurs, obligés à un exercice vocal exagéré, beaucoup de fumeurs qui d'ailleurs peuvent cumuler l'abus du tabac avec celui de la parole à haute voix, sont sujets à des pharyngites continues avec exacerbations. La langue participe aux altérations de la membrane muqueuse plus profondes, l'appétit est amoindri parce que la saveur des aliments est moins agréablement perçue, et l'embarras gastrique devient vite responsable d'une indisposition à laquelle il n'a pris aucune part.

J'indique cette solidarité de la langue et de l'arrière-bouche, parce que, dans toute recherche attentive, il importe de ne pas séparer l'une de l'autre. En supposant qu'elles ne soient pas solidaires, encore convient-il de s'en assurer par un double examen.

On sait quel aspect spécial offre la langue chez les pleurétiques et les rhumatisants. Au premier cas, elle est couverte par une sorte de voile opalin. Il semblerait que le malade vient de boire une tasse de lait, mais cet indice disparaît avec l'affection aiguë ou subaiguë qui l'a provoqué.

Il en est tout autrement dans le rhumatisme ; si la langue est ainsi revêtue à sa surface pendant la crise fébrile, elle reste également molle, sans épaississement, sans élargissement, mais blanchâtre à la surface, en dehors de l'accès, aussi bien après qu'avant, et même quand le malade rhumatisant en puissance n'a que de vagues atteintes de la diathèse. Que de fois il est possible, en n'excédant pas les limites des inductions permises, de se dire, à l'inspection de la langue d'un sujet, qu'il est rhumatisant. Il va de soi que se fier à cet unique aperçu pour fonder un diagnostic serait puéril ; mais le diagnostic des aptitudes morbides n'a pas les rigueurs de celui des affections actuelles et force est de se contenter de peu sous réserve du contrôle ultérieur.

N'aura-t-on pas lieu d'utiliser cet indice ou plutôt ce soupçon d'indication dans des cas où le jugement offre de sérieuses difficultés? Personne n'ignore et ne conteste qu'une certaine catégorie de rhumatisants est sujette à des perversions gastriques mal aisées à discerner. L'enduit de la langue aidera à distinguer la gastralgie rhumatique de celle qui relève d'une affection catarrhale. Dans la première condition : langue présentant les caractères que je n'ai pas à répéter ; dans la seconde : enduit épais, profond, saillies papillaires, épaisseur et largeur augmentées, constatées par la vue et mieux encore par le toucher. Ce sont autant de témoignages des états vaguement désignés sous le nom d'embarras gastriques à leur premier degré et qui, survenant au cours de tant de fièvres graves, ne représentent qu'une localisation accessoire de la maladie.

La langue du fébricitant, à quelque phlegmasie que se rattache la fièvre, n'est pas l'indicateur de la maladie, mais elle est le thermomètre de la santé du malade. De tous les problèmes que soulève une affection pyrétique, aucun n'est plus difficile à résoudre que celui de la solidité du malade ou, comme on disait autrefois, de la résistance des forces. La lésion locale n'en donne pas la mesure, l'apparence morale est aisément trompeuse, la prostration apparente, moitié morale moitié physique, ne renseigne pas davantage.

La langue peut révéler un dessous obscur et partant controversable. Elle vaut plus ou moins que la température et que le pouls; les signes qu'on emprunte à son apparence accusent moins le désordre déjà accompli que l'imminence du mal à venir.

Étalée, humide, revêtue d'un enduit qui la couvre en totalité, mobile, elle indique que l'économie n'est pas au-dessous de sa tâche. La fièvre typhoïde fournit une sorte d'échelle graduée de ces variantes; à chacun des degrés de l'altération linguale répond un degré plus ou moins élevé de la maladie générale. Il serait long et sans profit de décrire des modifications bien connues, depuis le V initial avec sécheresse passagère de la pointe jusqu'à l'extrême fuliginosité des périodes graves.

Il serait aussi inutile d'énumérer les décroissances par lesquelles l'organe revient à l'état normal, continuement ou par accès, suivant que la maladie s'épuise régulièrement, ou qu'elle s'éteint par une série de secousses.

Peut-être serait-il mieux à propos de rappeler que la langue du typhique est solidaire de l'arrière-gorge et que le médecin qui n'a pas poussé son examen jusqu'au pharynx est imparfaitement informé.

Si le diagnostic doit se borner à poser l'étiquette d'un nom sur la maladie, ces notions de détail sont de peu; si, au contraire, il lui est commandé d'être mouvant comme l'affection qu'il a servi à dénommer, de se modifier à chacune de ses phases ou même de ses indécisions, d'être le pronostic motivé, rien n'est trop délicat à son usage.

Que nous enseigne la fièvre typhoïde au point de vue qui m'occupe? Que la *détérioration* de la langue (pardon du mot) marche de pair, non pas avec l'aggravation des symptômes localisés, mais avec la déchéance progressive de l'individu. Dussent les autres manifestations rester apparemment stationnaires, on est autorisé à conclure que l'ensemble va périclitant ou se relevant. La fuliginosité envahissante de la gorge, de la langue, de la bouche, du nez, prend les proportions d'un événement.

L'enseignement dont nous sommes redevables à la fièvre typhoïde s'étend bien au delà.

Tout individu qui, à une période quelconque d'une affection fébrile, emprunte à la fièvre typhoïde, type auquel on doit sans cesse se référer, un ou plusieurs de ses symptômes, indique par là que son organisme est profondément et gravement influencé. La stupeur, la céphalalgie, la diarrhée cæcale, ne sont pas des symptômes indifférents dans le décours d'une pneumonie. L'état de la langue a encore plus d'importance : facile à constater, à suivre dans les moindres aventures de son évolution, il avertit du péril imminent.

Un homme, un vieillard surtout, est pris d'une diarrhée sans menaces; deux ou trois garde-robes précipitées, indolentes ou douloureuses, un peu de fièvre, pas d'élévation notable de température, langue fraîche ou légèrement saburrale; tout est bien.

Après une succession d'évacuations, ni plus abondantes ni plus déprimantes, avec un appareil fébrile égal, le malade a la bouche âpre, la langue devient sèche et râpeuse, la gorge lisse, non lubrifiée; il en a conscience et se plaint; c'est déjà une note inquiétante.

Le lendemain la langue est sèche, l'arrière-gorge violacée, enduite d'un mucus visqueux et adhérent ; la situation est devenue perplexe et dussent les phénomènes intestinaux se suspendre, dût la fièvre se modérer sans s'éteindre, le pronostic ne saurait prudemment être réputé favorable.

Le surlendemain, la langue, la bouche, le pharynx, sont dans les mêmes conditions, mais le malade a cessé de se plaindre, la sensation de la soif n'existe plus, la parole est entravée sans qu'il s'en rende compte. Il a fait un pas de plus dans la voie des altérations à forme typhique et l'appréhension de la mort prochaine s'impose.

La langue a fourni la première révélation, sans elle on eût attendu et suspendu son jugement. Le reste des symptômes a passé au second plan et ce n'est plus à eux qu'on demande conseil.

Au lieu d'une diarrhée de cause indéfinie (et combien en comptons-nous dont la raison d'être soit nettement déterminée?), supposez une bronchite anormale, laissant à pressentir quelques foyers encore latents de broncho-pneumonie, les motifs pratiques de craindre ou d'espérer seront les mêmes.

La langue, que je tiens à ne pas disjoindre de la cavité bucco-pharyngienne, a éveillé la sollicitude du médecin et l'a mis sur la piste qu'il n'abandonnera pas tant que durera la maladie. A partir du moment où il a été ainsi prévenu qu'il se préparait de sérieuses complications, il se reporte incessamment au type des états typhoïdes accusés, eux aussi, par les altérations croissantes ou décroissantes de la langue. Il ne se borne pas à la constatation limitée du premier signe qui l'annonce, mais il en cherche avec anxiété le complément.

C'est alors que se déroule la série des troubles dont chacun assombrit le tableau.

Au premier rang, le tympanisme abdominal. Tout homme, adolescent ou vieillard, qui, dans le cours d'une maladie inflammatoire localisée, a la langue sèche et le ventre tympanisé, est sous le coup de la mort imminente.

Viennent ensuite les perversions mentales, l'inconscience de ces complications qui seraient ou si douloureuses ou si incommodes chez un individu encore apte à sentir et à percevoir, les dégoûts irrésistibles pour les aliments, les anomalies de la sécrétion et de l'excrétion urinaire, les désordres dans les fonctions de la peau et les exagérations fébriles sans rapport appréciable avec une aggravation de la lésion locale.

A côté et au-dessous de cette esquisse de ce que j'ai appelé, faute de mieux, la *séméiotique chimique* de la langue, une étude sur la motilité de la langue, ses spasmes, ses tremblements, ses mouvements incorrects et sa sensibilité, ne serait pas dépourvue d'intérêt. Je la réserve, ces phénomènes de l'ordre nerveux étant sans relation pathologique avec ceux qui viennent d'être résumés.

(*Archives générales de médecine*, 1882.)

DU RATIONALISME EN THÉRAPEUTIQUE.

Il y a peu d'idées dont on ait le droit de dire qu'elles ont fait leur temps; repoussées sous une forme, elles renaissent sous une autre, et le plus souvent ceux qui font revivre les doctrines déchues seraient les premiers surpris, si on leur remontrait la généalogie des nouveautés qu'ils tiennent en honneur.

Ce ne sont pas les faits nouveaux qui font les théories nouvelles. Chacun apporte aux mêmes phénomènes son aptitude propre, il les voit au travers de son jugement, et les ordonne, les disjoint ou les associe, et tire de son propre fonds l'esprit dont il anime son système. Aussi n'est-il pas surprenant qu'il se rencontre, dans la série non interrompue des travailleurs scientifiques, des intelligences pareillement douées et qui se plaisent aux mêmes conceptions.

La médecine, comme les autres sciences, roule dans le cercle d'un petit nombre de tendances qui finissent toujours, en s'effaçant les unes sous les autres, par revenir à leur point de départ. Quand il se trouve un ou plusieurs penseurs éminents ayant le goût et le sens du prosélytisme, une école se crée autour d'eux; les élèves se rassemblent, ils se distribuent, à l'un la défense, à l'autre l'attaque, et l'opinion publique, toujours médiocrement rebelle aux actives influences, finit par se laisser dominer. Quand l'idée mère n'a qu'un patronage impuissant, elle tourne plus humblement au système. Mais la doctrine la plus goûtée, l'école la plus florissante, ont toujours commencé par les modestes proportions d'un système. C'est à ce moment décisif, où les opinions sont encore hésitantes, que la critique a un devoir

à remplir. Avant l'énonciation dogmatique, il est trop tôt; après le succès, il est trop tard.

Parmi les directions où on a, de notre temps, essayé d'engager la médecine, il en est une dont on peut dire qu'elle est à cet *état naissant* si favorable à la discussion. Mû par la louable pensée d'assurer aux notions médicales et l'unité qui leur manque et la rigueur qu'elles n'auront jamais, on a cherché à leur donner un point d'appui moins mobile que l'observation des malades. Si la pathologie se prêtait avec une sorte de complaisance à ces tentatives de réédification, la thérapeutique était plus rebelle; aussi la plupart des médecins qui ont dépensé leur zèle trop convaincu à asseoir la médecine sur les bases solides de quelque science accessoire se sont-ils renfermés dans la pathologie pure. C'est ainsi que nous avons vu l'école de Vienne renoncer systématiquement non seulement à toute thérapeutique, mais à tout traitement, attendant, je suppose avec plus de patience que les malades, le jour où il serait permis de traiter scientifiquement les maladies.

Cependant ces compromis durent peu, le bon sens en fait justice, et on ne tarde guère à s'apercevoir que la médecine sans remèdes n'est pas plus justifiable que cette médecine de carrefour qui prétend se faire sans médecin.

Aussi bien, quand les idées qui circulent ont besoin ou d'une sanction ou d'un complément, il ne manque jamais de gens disposés à fournir cet appoint indispensable. Moins la thérapeutique se soumettait aux calculs rigoureux, plus il y avait de mérite à la réduire; bien des gens se sont mis à l'œuvre, et de quelque côté qu'ils se soient résolus à chercher leur fortune scientifique, tous se sont réunis dans la pensée commune de constituer une *thérapeutique rationnelle*.

Ni le mot ni l'idée n'étaient inconnus; il n'y a guère eu de neuf que la hardiesse.

Celse, qui n'a jamais été un érudit très philosophe ou un novateur très ardent, a consacré toute la préface de son illustre compilation à raconter l'histoire du rationalisme en médecine,

C'était déjà presque un vieux sujet de discussion aux temps d'Hérophile et d'Erasistrate, et ce rationalisme, si éloigné en apparence de celui de nos jours, avait avec lui toute l'analogie d'un même procédé. Ceux qui professent la médecine rationnelle tiennent, disait-il, pour nécessaire de savoir les causes cachées et les antécédents, de connaître les actions naturelles et les parties internes du corps humain. Quant aux empiriques, ils s'en tenaient à l'étude des maladies, raillant les contradictions des savants et renvoyant les disputes de doctrine aux professeurs de sagesse. Pour les rationalistes d'alors, c'était déjà un besoin de fonder la médecine sur quelque chose de mieux assuré qu'elle. La métaphysique gardait alors le premier rang parmi les connaissances humaines; c'est à elle qu'ils empruntaient leur méthode, dissertant pour savoir si le vice morbide est dans l'humide, suivant Hérophile; dans l'esprit, suivant Hippocrate; si le sang se transvase dans les veines destinées à l'esprit et y excite, comme voulait Erasistrate, le mouvement de la fièvre; si des corpuscules cheminant par des canaux invisibles ne causent pas les maladies en s'arrêtant et en obturant les passages, comme prétendait Asclépiade. D'autres, également fidèles aux errements de la haute philosophie, s'ingéniaient à chercher le pourquoi de chaque chose. Pourquoi les veines se gonflent-elles et se distendent-elles? Pourquoi les aliments introduits dans l'économie subissent-ils une fermentation, une réaction ou une putréfaction?

On sait combien de siècles ont vécu sur ces querelles; puis le nom tomba en discrédit, jusqu'à ce qu'il fût solennellement relevé par Frédéric Hoffmann, dans sa *Médecine rationnelle systématique;* Hoffmann, tout grand médecin qu'il était, sentit la nécessité de *rationaliser* la thérapeutique, et tout un de ses volumes est consacré à en établir ce qu'il appelle lui-même les fondements (*De rationalis therapiæ medicæ fundamentis*).

Il est plus que curieux, il est utile de revoir et de redire ce qu'un des maîtres de la fin du dix-septième siècle entendait quand il voulait que la médication fût raisonnée : « Le premier et le plus sûr fondement de la thérapeutique, c'est l'histoire

parfaite et complète de tout point du malade et de la maladie; l'autre est la connaissance exquise du mécanisme du corps humain, tant sain que malade; enfin le troisième est la considération des rapports de notre machine avec les causes morbifiques. » Puis il ajoutait : « Que de dissensions parmi les thérapeutistes sur la valeur des remèdes actifs, la saignée, les vésicatoires, les purgatifs, les vomitifs, les mercuriaux, les opiacés, le quinquina, les sels volatils, les martiaux, etc.! Les uns les louent, les autres les condamnent, chacun combat ardemment pour son avis, et on ne sait auquel croire. Il n'y a pas d'autre voie pour sortir de ces difficultés que de consulter des observations, écrites avec soin et diligence, de maladies où ces remèdes ont été soit utiles, soit nuisibles. Alors on verra de reste que, suivant les circonstances, ces remèdes ont, dans la même maladie, apporté un secours insigne ou causé un ample dommage, et que la faute ou le mérite est non aux médicaments, mais aux médecins. »

Ainsi, tandis qu'il élevait la théorie hasardée de son système mécanique, le médecin démentait le savant et condamnait les excès de ses propres égarements. C'est décidément un grand obstacle pour les théories exclusives en médecine, et surtout en thérapeutique, que la pratique et le vrai savoir médical.

Les thérapeutistes rationnels de notre temps ont été, en général, moins gênés par leurs études cliniques, et fort peu d'entre eux s'accommoderaient des restrictions de leur célèbre devancier. Du jour où on a admis que la maladie entrait pour quelque chose dans l'efficacité des médicaments, et qu'on a pris la guérison pour mesure des vertus thérapeutiques, on a renoncé aux règles absolues. La variété de l'individu, du temps, du lieu, de l'heure, de l'épidémie ou de tant d'autres conditions, s'impose et domine l'histoire du remède. Cet attentif examen des circonstances, disait encore le vieil Hoffmann, rend notre art en partie difficile et conjectural, mais il distingue au mieux le rationnel de l'empirique; sans toutes ces pondérations, il n'y a que du futile, de l'aveugle et du hasardeux.

Tel n'est pas, il s'en faut, l'avis des partisans de la thérapeutique rationnelle, ils renverseraient au besoin la proposition, et s'il était donné d'avoir la franchise de ses illusions, ils n'hésiteraient pas à déclarer que tant d'éléments cliniques sont des causes de confusion, et que leur grand talent est de s'en passer.

J'aurais voulu montrer comment en Allemagne on avait résolu cet étrange problème, que d'ordinaire on n'a pas le courage de poser dans ses vrais termes; mais cette étude est longue, trop longue pour que je puisse ici l'aborder.

Chez nous, ces doctrines radicales n'ont eu qu'un médiocre retentissement, et il serait malaisé de dire quel avenir les attend. Toutefois, s'il n'y a pas école, il y a tout au moins système, et l'auteur du système peut compter parmi les rénovateurs les moins indulgents pour nos traditions respectées.

M. Mialhe, en publiant son *Traité de la chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*, n'a rien dissimulé ni de sa méthode ni de son but : libre des scrupules ou des remords qui entravaient Hoffmann, il rompt avec la pathologie et ne daigne pas même en prononcer le nom. Avec de la physiologie chimique et de la chimie pharmaceutique, il trouve assez de matériaux pour édifier ses formules rationnelles et créer sa thérapeutique.

La presse médicale a accueilli de la meilleure grâce ce procédé révolutionnaire. On eût dit qu'il s'agissait seulement de compléter, par des études de détails, l'insuffisance de nos connaissances, et comme la compétence pharmaceutique de l'auteur est des moins contestées, la thérapeutique n'y pouvait que gagner. J'ignore si M. Mialhe a été satisfait de l'insidieuse obligeance d'un pareil jugement; mais ce que je n'ignore pas, c'est le danger de laisser s'introduire sous ces placides apparences une méthode qui, vraie ou fausse, remettrait les plus grands principes en question.

M. Mialhe est chimiste, et qui l'en blâmerait? Voilà longtemps que Van Helmont a rendu grâces au ciel de cultiver la même science, à l'exclusion de toute autre : *Laudo benignum mihi*

Deum, qui me in pyrotechniam vocavit, extra aliarum professionum fœcem. Que la chimie soit une science parmi les plus importantes de notre temps ; qu'elle ait encore, comme le voulait déjà Van Helmont, le mérite de pénétrer plus loin dans l'investigation de la nature que les autres sciences réunies, et d'arriver aux dernières profondeurs de la réalité : cela fait peu à la chose. L'astronomie est pareillement aux branches scientifiques les plus hautes, et le jour où les astronomes voudraient diriger la santé et la maladie sur le cours des astres, on les traiterait comme des augures. Les astronomes ont renoncé aux crédules spéculations de nos ancêtres, et n'ont pas cru déroger en s'en tenant à ce qu'ils savaient.

Si M. Mialhe se résignait à n'être qu'un chimiste, il appartiendrait au jugement de ses pairs, son laboratoire serait contrôlé par un laboratoire, et ses réactions par d'autres réactions ; mais, et c'est là qu'est le dangereux et le sophisme, M. Mialhe tranche, au nom de la science, des problèmes qui ne le concernent pas ; il ressemble à un magistrat qui rendrait des arrêts sur la géométrie, et qui ne trouverait plus ni code ni tribunal ayant autorité pour reviser ses jugements.

Qu'arrive-t-il de là ? C'est qu'aux médecins qui objecteraient, on répond : Vous ne savez pas la chimie, et c'est au nom de la chimie que je parle ; et, aux chimistes indociles, on ferme la bouche par des lois thérapeutiques qui se soustraient à leur contrôle. Ce n'est pas la première fois qu'une science est jetée hors de ses limites dans des applications de fantaisie, mais ce n'est pas davantage la première fois que cette fausse route mènerait à des erreurs.

Si, par son savoir, M. Mialhe occupe un rang éminent entre les chimistes, par la méthode qui préside à ses résultats, il s'éloigne autant que par ses résultats eux-mêmes de la sphère de la science. M. Mialhe, qu'on serait disposé à ranger parmi les esprits qui prennent les devants sur leur époque, et qui, à l'inverse des Juifs, ont hâte de proclamer la venue du Messie, suit des errements contre lesquels la logique moderne de la science

a vivement protesté. Depuis Bacon, il est convenu que les explications profitent mal à la science, que, de tout temps, moins on a su, plus on a interprété; l'induction qui cherche a remplacé la déduction qui résout. On exige des expériences en regard de chaque proposition, des faits rigoureux comme prémisses à la moindre conclusion; on laisse de côté les abstractions, et les lois générales n'ont de partisans que si on s'est élevé échelon par échelon, laborieusement, péniblement, du particulier au général. C'était à l'inverse que les anciens scolastiques ordonnaient le progrès de nos connaissances; pour eux, le pourquoi et le comment passaient avant le fait, la raison valait au delà de l'expérimentation, et le mot de rationalisme était compris dans ses acceptions les plus strictes.

L'auteur de *la Chimie appliquée à la thérapeutique* s'est trouvé, probablement à son insu, et par la pente naturelle à son esprit plus dialectique qu'expérimental, entraîné dans cette voie que nous avons fermée au progrès; ingénieux, habile à tirer parti des détails, il ne se tient pour satisfait que quand il a saisi le pourquoi des phénomènes. A chaque page, reparaît sa préoccupation favorite. Parle-t-il de l'action thérapeutique du soufre, il commence par l'axiome que voici : « Il existe toujours une relation entre les effets physiologiques des médicaments insolubles et leur aptitude à acquérir la propriété de se dissoudre à la faveur des agents de dissolution que nos humeurs renferment. » Puis, sans dissimuler la forme scolastique du raisonnement, il ajoute : « Si nous appliquons cet axiome au soufre, nous serons tout naturellement conduit à établir *à priori* que ce corps simple doit pouvoir devenir soluble, au moins en partie, dans les liquides de l'économie; et cela, est-ce parce que la solubilité du soufre est prouvée chimiquement? Non, c'est parce que l'observation clinique démontre que le soufre est doué de propriétés médicales incontestables. » Ces arguments reviennent sans cesse, si bien qu'on serait plutôt tenté d'intituler l'ouvrage *la Thérapeutique appliquée à la chimie*, que *la Chimie appliquée à la thérapeutique*.

Prenons un autre exemple : « Nos recherches, dit M. Mialhe,

nous ont montré que l'alun constitue à la fois un excellent astringent et un fluidifiant très marqué. » Ces recherches, non autrement expliquées, se réduisent à un fait, et ce fait le voici dans sa simplicité presque naïve : « M***, demeurant à Neuilly, atteint d'une amygdalite assez intense, fut mis par son médecin à l'usage de l'alun, employé en gargarisme à la dose d'une petite cuillerée par demi-verre d'eau. M*** fit pendant toute une journée un très fréquent usage de ces gargarismes, sans en éprouver un effet bien appréciable, et il les continuait encore pendant la nuit, lorsqu'il fut presque subitement atteint d'un ptyalisme très marqué, qui ne cessa qu'après une cinquantaine d'heures d'un écoulement salivaire des plus abondants. »

Sur quoi l'auteur déclare qu'il est en mesure de formuler la cause de l'action physiologique de l'alun. Et qu'on ne pense pas, ajoute-t-il, que c'est par des vues théoriques, des conceptions *à priori* (ces *à priori* tout à l'heure les bien venus), c'est en cherchant à apprécier scientifiquement le fait clinique ci-dessus relaté qu'il a été mis sur la voie de la vérité.

L'explication est d'une chimie physiologique que les contemporains de Paracelse n'auraient pas désavouée; elle rend compte de tout et ne s'offusque de rien. « Lorsqu'une très faible dose d'alun, dissoute ou non dans l'eau, est mise en contact avec une muqueuse ou avec la peau dénudée, il se produit un sous-sel aluminique, et dès lors, il y a astriction; mais, vient-on à augmenter la proportion du sel aluminico-potassique, alors non seulement le coagulum albuminique primitivement produit se redissout, mais tous les liquides albumineux de l'économie, qui se trouvent saturés en quelque sorte d'alun, acquièrent une fluidité telle que les tissus vivants, au lieu d'être astringentés, laissent, au contraire, transsuder au dehors les humeurs qui les imprègnent. »

A vrai dire, j'aime tout autant les raisons du vieux Lorry, lorsqu'il disait : « Les remèdes resserrent par leur stypticité, parce qu'étant empreints d'un acide vert, terrestre et cru, ils coagulent facilement les humeurs en rapprochant les fibres des viscères; » ou encore : « Les apéritifs sont ceux qui, étant composés

de parties salines et pénétrantes, raréfient le sang, et en font précipiter la sérosité avec plus de vitesse qu'auparavant. »

Tout cela ne serait que demi-mal, si l'auteur se contentait de satisfaire sa curiosité scientifique en interprétant l'histoire de M*** ; mais M. Mialhe, pas plus que ses devanciers dans l'art de découvrir les causes, ne s'arrête à moitié chemin.

Pour lui, les données qui précèdent éclairent singulièrement la théorie de l'action thérapeutique de l'alun. Elles nous apprennent que, suivant les doses auxquelles on l'administre, la médecine peut trouver en lui ou un astringent remarquable ou un détersif très énergique. Voilà une anecdote bien grosse de conséquences; mais ce n'est pas tout et M. Mialhe, se défiant trop peu de nos connaissances, se demande s'il est besoin d'ajouter ce qui suit, à savoir : que le sulfate aluminico-potassique ainsi administré, en fluidifiant les humeurs contenues dans les organes de la voix, a pour résultat de maintenir tout l'appareil vocal dans cet état de flaccidité qui est indispensable à l'accomplissement de la fonction. Puis vient la formule *rationnelle* : alun, 3 grammes; eau distillée, 1,000 grammes.

Le chapitre de l'alun est tout entier, forme et fond, dans ces quelques paragraphes, et j'aurais pu citer au même titre n'importe quel médicament : soit le sulfate de cuivre, qui partage avec l'alun la propriété d'être fluidifiant et astringent ; soit le fer, qui est excrété par les cheveux, et en change la couleur, ainsi que l'auteur l'a constaté en plus d'une occasion ; soit le calomel, dont il est écrit : « Une observation bien ancienne, qui prouve mieux que tous les raisonnements possibles que l'action médicale du calomel est subordonnée à la quantité de chlorure alcalin contenu dans l'économie, c'est que les deux classes de malades les plus faibles, les enfants et les femmes, c'est-à-dire ceux qui usent des aliments les moins salés, sont ceux qui supportent le mieux le calomel. »

Ainsi présentées dans le solennel appareil de leur évolution, ces propositions thérapeutiques seraient, je suppose, exemptes de péril ; la clinique et la chimie y ont trop peu de secrets l'une

pour l'autre, et ce n'est pas d'hier que nous avons appris ce que prouvent ceux qui veulent trop prouver. Mais, quand on pose une loi, la loi reste, et on oublie les considérants. Ces enchaînements de logique sont fort peu du goût des honnêtes praticiens qui vont droit aux formules rationnelles. Au lieu de méditer sur les causes du ptyalisme de M***, et d'y apprendre comment les tissus vivants laissent transsuder les humeurs et font précipiter la sérosité (pardon si je confonds les explications de M. Mialhe et de Lorry), ils ouvrent l'article *Garyarisme*, et ils y lisent : « Il est un fait qui a généralement échappé à l'attention des praticiens, c'est que les gargarismes, quelle que soit leur composition chimique, agissent toujours soit comme astringents, soit comme détersifs. Cette distinction importante n'a jamais été faite ou du moins nettement formulée. » Suit la composition rationnelle de deux gargarismes alunés : l'un astringent, l'autre détersif.

De bonne foi, le médecin qui s'en tiendrait à la lecture de ce code du gargarisme supposerait-il sur quel point d'appui reposent des prescriptions ainsi promulguées ? Penserait-il qu'après avoir établi des théories à si peu de frais, on a bien le droit de blâmer les anciens « de n'avoir pas été guidés par le raisonnement théorique, mais par l'empirisme, qui peut conduire par hasard à la vérité, bien que le plus souvent il aboutisse à l'erreur »?

Voilà où, dans le détail des applications, mène le rationalisme thérapeutique tel que le pratique M. Mialhe; une chimie pleine d'hypothèses mise au service d'une observation clinique aventureuse ou réciproquement; un fait engendrant une théorie, la souris accouchant d'une montagne. Nous sommes loin de méconnaître les connaissances et le talent de M. Mialhe, mais il n'y a pas de savoir qui légitime un parti pris de méthode qu'on juge être en dehors du vrai. Plus ces imaginations ont d'ingéniosité, plus il est du devoir de leur interdire l'accès de la science si elles sont de nature à la troubler plutôt qu'à l'éclairer. Or, toutes les doctrines de M. Mialhe sont bâties sur le même plan et avec les mêmes matériaux; s'il y en a de vraies dans le nombre, ce n'est pas qu'elles aient été construites de manière à défier l'er-

reur. La théorie de l'action du calomel, à laquelle l'auteur a voué une sorte de prédilection, et celle qui a trouvé le plus de faveur près des médecins, n'est pas plus à l'abri des contradictions cliniques; c'est ainsi que la salivation est invoquée comme une preuve de la transformation du protochlorure en deutochlorure hydrargyrique, argument difficile à comprendre quand nous savons tous que, de tous les composés mercuriels, le sublimé est celui qui détermine le moins souvent la salivation, si même il la provoque jamais.

Il suffirait de ces exemples, qui sont plutôt des citations que des critiques, pour montrer à quel point le rationalisme chimique est propre à faire sortir la thérapeutique appliquée du champ des hypothèses. Parfois, s'ils échouent aux applications, ces grands systèmes prennent leur revanche aux conceptions plus hautes; le terre-à-terre leur sied mal, et les larges horizons vont, dit-on, à leurs libres allures. Voyons donc à quels principes généraux la méthode du raisonnement chimique a conduit l'auteur. La première loi, c'est que les corps n'agissent qu'à la condition d'être dissous, loi bien vieille et que M. Mialhe réclame seulement l'honneur d'avoir formulée le premier d'une manière précise; la seconde, qui lui appartient en propre, c'est qu'il faut que la substance non seulement soit liquide, mais apte à conserver cette propriété en traversant les membranes. Or « la plupart des substances introduites dans l'économie animale agissent chimiquement sur le sérum du sang, soit immédiatement, soit médiatement; les unes coagulent l'albumine que cette humeur renferme, les autres au contraire la fluidifient. C'est ce qui fait que nous attachons la plus grande importance à la distinction établie par nous entre les substances coagulantes et celles qui ne le sont pas ou les substances fluidifiantes. »

Voilà donc le fondement de la classification thérapeutique: deux classes de médicaments, rien de moins, rien de plus. La première (coagulante) renferme le chlore, le brome, l'iode, les acides sulfureux, sulfurique, azotique, chlorhydrique, etc.; la plupart des sels de zinc, d'étain, de bismuth, de plomb, de

cuivre, d'antimoine, d'argent, d'or, de platine, le tannin, l'acide acétique concentré, l'alcool, la créosote, etc. Tous les agents précités produisent avec l'albumine, la fibrine et la caséine du sang, des combinaisons insolubles, ce qui n'empêche que cette première action est suivie d'une absorption qui s'effectue, il est vrai, à l'aide de ce que l'auteur appelle *un petit nombre de réactions chimiques d'une admirable simplicité*.

La seconde classe ne renferme pas des éléments moins disparates, puisqu'elle contient tout ce qui n'entrait pas dans la première, les tartrates, les sulfures, les phosphates, l'ammoniaque, l'acide arsénique et les acides alcalins, avec la seule réserve que les uns sont fluidifiants immédiats, et les autres après absorption.

Désormais les classifications, qui ont donné tant de soucis aux thérapeutistes, acquièrent une simplicité qui dépasse leurs espérances. Il est vrai que l'auteur ne prétend pas que les substances de chaque catégorie puissent absolument se remplacer les unes par les autres, bien que ces substitutions ne soient pas aussi impossibles qu'on le croit, mais cela dans de justes limites. Or, de deux choses l'une : ou ces corps ont assez d'analogie d'action pour se rapprocher thérapeutiquement, ou ils n'ont qu'une ressemblance étrangère à leur emploi médical, et alors quel est le sens thérapeutique d'un pareil classement ?

Chemin faisant, M. Mialhe n'hésite pas davantage à poser divers principes qui, pour être moins absolus, n'en sont pas moins féconds. C'est ainsi qu'il déclare qu'il n'y a pas d'élection dans la nature, et qu'il n'y a que des corps solubles ou insolubles, décidant ainsi une des questions les plus graves, et cela sans autre preuve qu'une comparaison empruntée aux végétaux ; c'est ainsi qu'il se fait du maximum d'effet thérapeutique des médicaments une idée au moins étrange. « Les faits cliniques prouvent, dit-il, que c'est toujours à doses fractionnées ou réfractées qu'il convient de prescrire les médicaments insolubles, pour retirer de leur emploi le maximum d'effet thérapeutique qu'ils peuvent produire. » Et ailleurs : « L'action des médicaments insolubles est d'autant plus grande

que la proportion d'eau ingérée est moindre. » Mais qu'est donc cette action plus ou moins grande ? Quel est ce maximum d'effet, si l'on en juge par les résultats cliniques ? Tel médicament, insoluble ou non, manque le but s'il atteint toute la puissance de son effet possible ; tel autre est inefficace s'il reste au-dessous de ses vertus supposées. Raisonner de ces actions en dehors des maladies, c'est faire de la thérapeutique à l'usage des gens bien portants. Et pourtant nous serions encore à regretter que M. Mialhe ne s'en soit pas tenu à des généralités inappliquées ; mais que penser quand, concluant de ses théories au fait pratique, il affirme que l'action fluidifiante des alcalis doit donner un résultat curatif dans la cataracte, ajoutant, comme preuve, que M. le Dr Rau, ayant placé un cristallin cataracté dans une solution d'iodure de potassium, a pu, au bout de vingt-quatre heures, distinguer des lettres imprimées au travers du corps opaque.

Toutes ces lois *à priori*, ces déductions désavouées par l'étude du malade, ces règles thérapeutiques dépourvues de sanction, ne prouvent pas que la chimie est incapable de rendre à la médecine les plus éminents services ; elles montrent seulement que le chimiste le plus habile sort de sa compétence quand il conclut de l'expérience de laboratoire à l'expérience clinique. La chimie n'est pas plus près de la médecine quand elle enseigne l'art de préparer ou d'analyser les médicaments, qu'elle ne touche aux beaux-arts quand elle fournit au peintre des couleurs fixes et durables. Nous accorderions encore à M. Mialhe qu'il a été conduit, comme il le dit, par des recherches cliniques, à donner la théorie d'un grand nombre d'actes thérapeutiques ou pathologiques dont, jusqu'alors, on avait en vain cherché l'explication ; mais l'histoire de la médecine nous interdit de croire, avec lui, que « chacun doit convenir, pour le moins, que le traitement de la chlorose par les ferrugineux, et du diabète par les alcalins, constitue des arguments bien puissants en faveur de l'intervention (telle qu'il l'entend) de la chimie dans la thérapeutique ».

(*Archives générales de médecine*, décembre 1856.)

DU VITALISME.

Le vitalisme vient de fournir à l'Académie de Médecine la matière d'une discussion qui a occupé de nombreuses séances. Soulevée à l'occasion d'un agent thérapeutique, le perchlorure de fer, et à titre d'épisode, la question philosophique a bientôt étendu ses proportions, et elle a fini par faire oublier la source la plus modeste où elle avait pris naissance. Nous nous sommes tenu en dehors de ce débat, auquel s'associait ardemment la presse médicale, et il est au moins douteux qu'on se soit aperçu de notre silence.

Ces grands problèmes ne nous ont jamais paru rentrer dans la mesure des débats académiques, et nous ne croyons pas davantage qu'ils se prêtent à la polémique écourtée d'une publication périodique. Dans une de ses plus brillantes comparaisons, un écrivain religieux du XVII^e^ siècle enseignait que les petites lumières s'éteignent au souffle du vent, tandis que les grandes s'y ravivent; on pourrait dire, avec non moins de vérité, qu'il faut de vastes foyers pour fomenter un incendie. Sans larges et libres développements, les discussions philosophiques ne s'alimentent pas; elles jettent quelques lueurs et s'éteignent, laissant dans les esprits inexpérimentés l'opinion que des querelles de mots dissimulent tout au plus l'insuffisance des idées.

C'est une erreur trop volontiers admise que les généralités peuvent se résumer en quelques propositions aphoristiques, et qu'étant posés les principes, les conséquences en dérivent tout naturellement. Il est certain que la géométrie tout entière dé-

coule d'un petit nombre d'axiomes, et que l'œuf contient en germe l'animal vivant; mais a-t-on jamais supposé qu'il suffit, pour être géomètre, de savoir les propositions fondamentales, et, pour être anatomiste, d'avoir disséqué l'embryon? Encore, quand les conclusions sont précises et positives, peut-on espérer que toute intelligence droite et bien réglée saura les tirer des prémisses; mais, quand les conséquences sont pleines de doute, d'obscurité, d'incertitude, il s'en faut qu'elles éclosent ainsi par le seul fait de l'incubation d'un principe. Les développements ne sont plus alors des amplifications oratoires; ils sont des éléments nécessaires, dont on ne se prive pas impunément et qu'on ne réduit pas suivant son bon plaisir. Si élevé qu'ait été le talent des orateurs académiques, ils étaient, par la force des choses, astreints à des omissions inacceptables et contraints plus ou moins de discourir au clepsydre. Chacun mettait en saillie une face de la question ou réfutait d'autres fragments d'argumentations: aucun n'avait le droit parce qu'aucun n'avait le loisir d'exposer une doctrine.

Si celui qui dogmatise a besoin de la plénitude de sa pensée, il n'a pas moins besoin d'un auditoire ou préparé d'avance ou façonné par lui à ces hautes discussions. A son insu, l'orateur se monte ou se descend au niveau supposé de ceux qui l'écoutent; pour être clair, il devient banal; pour être rigoureux, il mutile son idée, ou, ce qui est plus périlleux encore, pour paraître brillant il se fait paradoxal. L'auditoire agit ainsi par ses petits côtés, quand, au lieu de le maîtriser, on est obligé de se prêter à ses aptitudes; mais il exerce une influence d'un autre ordre, bien plus puissante et plus inaperçue.

Chaque époque, chaque génération a sa manière qui lui est propre d'envisager les questions philosophiques. En médecine comme ailleurs, on ne se répète pas à vingt ans de distance, et dût la même idée se reproduire, elle revient tout au moins transformée par le costume qu'un nouveau milieu lui impose; c'est là un fait d'expérience vulgaire, mais dont on a, par la force des choses, tenu si peu de compte dans la discussion sur le vitalisme,

que cette étude critique ne sera peut-être pas une redite inutile si elle parvient à le mettre en relief.

Le mot de *vitalisme* est une nouveauté, on pourrait presque marquer sur le calendrier le jour où il a pris naissance. Or ce n'est plus à l'aventure que des dénominations inconnues apparaissent dans le monde scientifique ; elles répondent toujours à un desideratum, et, pour emprunter une expression dont on abuse volontiers, elles sont un des signes du temps. Le mot de *vitalisme* est à la fois notre contemporain et notre compatriote ; mais, avant de disserter sur la doctrine, il est prudent de s'entendre sur le sens même de son appellation. En l'absence de ce préliminaire indispensable, on attaque ou on défend des à peu près dont la responsabilité n'est acceptée par personne. Puis, quand la discussion est close, les adversaires apparents sont les premiers étonnés d'avoir été si peu divergents, qu'ils aboutissent, sauf les nuances, aux mêmes conclusions, et qu'ils ont l'honnête naïveté d'avouer au public une conformité d'opinion dont ils ne se doutaient pas.

Combien y a-t-il par le monde médical de vitalistes ou d'anti-vitalistes qui n'en avaient pas conscience ; la discussion leur fait une conviction éphémère, et ils optent jusqu'à nouvel ordre, parce qu'ils n'ont à voter scientifiquement que par oui ou par non.

A quelles conditions est-on donc vitaliste, et qu'est-ce en réalité que le vitalisme d'aujourd'hui dans la mesure où l'on circonscrit et le mouvement des idées et le besoin de la science ? A l'époque où la philosophie absorbait toutes les connaissances humaines, où la curiosité n'avait pas d'autres limites que celles de la pensée elle-même, l'instinct portait les meilleurs esprits à la recherche insatiable du pourquoi de toutes choses : pourquoi le monde était-il ce qu'il est, pourquoi l'homme accomplissait-il tels ou tels actes, quelle était la destination finale des phénomènes multiples dont nous sommes acteurs ou témoins. Le problème était posé sans souci d'une solution possible, ou, comme il arrive toujours en pareil cas, la solution était donnée d'avance,

et la recherche consistait à y faire rentrer un plus grand nombre d'éléments.

La médecine, qui n'a pas à inventer de méthode philosophique, mais qui obéit aux idées régnantes, suivit forcément l'impulsion. Vouée à l'étude de l'homme et conséquente à son insu avec la philosophie, elle se demanda quel était, dans la sphère de son intervention, le terme final auquel tout doit aboutir. Elle avait en regard la santé et la maladie : l'une, objet légitime de nos aspirations, l'autre, repoussée avec terreur ; l'une représentant dans le monde physique le bien, l'autre correspondant au mal moral. Elle avait, dans une région plus élevée, d'un côté la vie, et de l'autre la mort : c'est entre ces deux termes que se renfermait sa mission ; avant de naître comme après mourir, l'individu n'était pas de son domaine et ne lui appartenait à aucun titre.

La vieille médecine eût souri, à la pensée que le vitalisme pût jamais constituer une doctrine ouverte à la discussion : n'être pas vitaliste eût été pour elle abdiquer toute notion médicale : un non-sens égal à celui que commettrait le grammairien qui mettrait en question l'existence même du langage.

Et cependant la vie, admise, proclamée comme un axiome, soustraite de droit aux nécessités d'une démonstration, n'est pas une de ces vérités éternelles, elle est et elle n'est pas ; soumise à un antagonisme incessant avec les lois auxquelles elle échappe, elle appelle plutôt l'image de la lutte que l'idée d'une force autocratique se perpétuant dans son inaltérable solennité.

Si la vie se résume ainsi dans un effort incessant (et quel médecin aux prises avec la maladie peut le nier?), il faut qu'une puissance supérieure à elle-même l'entretienne, la préserve, la ranime dans ses défaillances, l'encourage dans sa résistance à tous les obstacles. Cette puissance mal définie, mais adoptée parce qu'elle semblait indispensable, ce fut la *Nature*. La nature intervint à l'égal de ces divinités païennes appelées à trancher tant d'autres difficultés insolubles ; elle sut parer au mal, guérir

la lésion, rétablir l'ordre dans les fonctions troublées; son influence se manifesta sous toutes les formes, et la mission du médecin fut de suivre ses inspirations avec une respectueuse déférence.

En superposant ainsi la nature à la vie, le médecin ne se bornait pas à substituer une dénomination à une autre; il consacrait, en l'appliquant à la médecine, le principe général que lui avaient enseigné les philosophes. L'homme, partie intégrante du monde, était soumis à la nature comme le monde entier; mais, élément privilégié, il représentait, sous la forme la mieux accusée, le mode d'existence de la création. Tandis que pour saisir la loi primordiale qui régit l'univers, il eût fallu descendre à des profondeurs interdites ou s'élever à des hauteurs inaccessibles, on pouvait trouver dans l'homme un microcosme ou, pour prendre un terme plus moderne, une sorte de réduction du monde. Les lois qui président à l'existence de l'homme n'avaient pas été faites pour lui, son individualité même répondait à celle de la création; seulement elle était plus saisissable, parce qu'elle n'opposait pas à l'étude l'excès de son immensité.

Placée à ce point de vue plus métaphysique que physique, l'antiquité se représenta la nature comme la vie universelle dont la vie humaine devenait l'expression la plus haute, son vitalisme eut la portée d'un dogme philosophique et non pas seulement d'un système à l'usage des médecins.

Il importe de pénétrer dans l'esprit des doctrines anciennes, si l'on veut comprendre le vitalisme moderne. Ses théories de la vie qui se sont succédé n'ont pas la valeur de créations originales, filles de leur œuvre et dépourvues de généalogie; elles ont eu pour fonds commun cette unité artificielle, mais imposante, que nous avait léguée l'antiquité, et que chaque génération a amoindrie en en détachant une parcelle ou un morceau. C'est pourquoi remonter dans le passé n'est rien moins qu'une œuvre de curiosité érudite; c'est chercher, c'est trouver la clef des doctrines contemporaines.

La nature ainsi conçue, comme la force suprême, devait avoir

des attributs définis. Ou elle représentait la somme des forces inhérentes à la matière, ou elle se résumait dans des forces d'un autre ordre, plus analogues à celles du monde moral qu'à celles du monde physique. Il était interdit à l'antiquité, ignorante de la physique, de la chimie, des sciences naturelles elles-mêmes, de prendre son point d'appui sur des phénomènes dont elle ne savait pas les lois élémentaires; elle se replia sur les côtés qui lui étaient plus accessibles, et la nature fut instituée par elle à l'image de la vie, dont l'homme lui fournissait le type.

L'antiquité, d'ailleurs, n'avait qu'une idée métaphysique de la force; elle se la figurait volontiers comme une sorte d'entité qu'il lui était loisible de munir des qualités les plus contradictoires. Aristote, le plus antique de tous les philosophes par l'esprit de ses doctrines, l'avait habituée à considérer d'une part la matière comme un substratum, et de l'autre la forme comme la seule réalité; or la forme n'était autre chose que la force agissant sur la matière. La force pouvait donc, en se multipliant, rendre compte de tous les phénomènes, et elle cessait d'être limitée par ses effets.

C'était ouvrir à la théorie une large voie, où se précipita la médecine, qui, sans cesse en présence de l'inconnu, en lutte avec des puissances indéfinies, était trop heureuse d'acheter, même au prix d'une hypothèse, ce fil qui, au dire des métaphores anciennes, empêche de se perdre dans un labyrinthe.

Pour les médecins, la nature fut une puissance supérieure, douée de prévision, d'intelligence; surveillante attentive, elle eut pour mandat de défendre l'économie contre toutes les agressions du dehors. L'homme, placé dans un milieu destructeur, fut garanti par elle. Chacun des actes de la vie fut une des manifestations de cette force essentiellement vitale, et la maladie elle-même, au lieu d'être une défaite, témoigna de l'effort de la nature pour rétablir la santé.

On sait quelles ont été les conséquences médicales de ce vitalisme abstrait et absolu. D'une part, un humorisme de fantaisie où des éléments supposés subissaient des métamorphoses non

moins hypothétiques; de l'autre, un optimisme que les plus tristes insuccès ne réussissaient pas à ébranler; à chaque crase nuisible des humeurs répondait une réaction salutaire, et dans cette lutte, envisagée à la façon des guerres héroïques, si la nature succombait, ce n'était pas faute d'avoir vaillamment combattu.

L'antagonisme entre la nature conservatrice et médicatrice, et l'autre puissance assez vague, qui porte avec elle la destruction et la mort, est tout près de la lutte entre le bien et le mal; la nature n'est responsable que dans la mesure de ses moyens, mais à une seule condition, c'est qu'elle ne se rebute jamais. Où la nature renonce, la médecine n'a plus raison d'être, car elle n'a plus de ressources.

L'antiquité, mettant ainsi en regard deux agents hostiles, n'en conflait qu'un aux mains des médecins. Ils pouvaient bien, par une hygiène préventive, éloigner l'homme des foyers d'infection, le soustraire aux fâcheuses influences de l'air, du climat ou des eaux, le dérober à la contagion; mais, une fois le germe ou le ferment morbifique introduit, ils n'avaient qu'à surveiller, pour l'exciter ou le modérer, l'effort naturel de l'élimination et de la réaction.

La médecine, ainsi comprise, était vitaliste non-seulement en théorie, mais en pratique ; elle était, jusque dans le moindre détail des indications thérapeutiques, conséquente à son principe, et pouvait-il en être autrement? Pour suivre une autre méthode, il eût fallu prendre le contrepied de celle qui régnait sans objection; il eut fallu, non plus aider la nature, mais combattre sans elle l'élément supposé de la maladie. Ce pouvait être un rêve de quelques esprits aventureux et escomptant l'avenir, plutôt que d'établir le présent sur une base solide.

Les médecins, nos maîtres, dans l'antiquité, n'avaient, je l'ai déjà dit, mais je ne saurais trop le redire, aucune des notions qui depuis lors ont constitué la science des êtres qui ne vivent pas ; ils étaient condamnés à procéder par des comparaisons, puisque l'observation leur faisait défaut. Les phénomènes chi-

miques ne leur étaient intelligibles qu'autant qu'ils se traduisaient dans des fonctions animales; la digestion expliquait la fermentation, le mouvement du sang rendait raison au besoin du flux et du reflux de la mer, l'attraction était une sorte d'appétit et l'affinité un instinct. Ils n'avaient pas de profit à déplacer la question pour la poser sur un terrain moins ferme ; c'eût été accroître encore les suppositions dont regorgeait déjà l'humorisme et faire déborder prématurément un système si défectueux qu'on voudra, mais provisoirement indispensable à l'exercice de l'art.

Je me suis toujours appliqué à montrer comment la médecine diffère des autres sciences en ce qu'elle n'a pas le droit d'attendre, et que le malade d'aujourd'hui ne s'ajourne pas au lendemain. C'est cette nécessité d'intervenir quand même, sous peine de forfaire à sa conscience, qui imprime à la médecine un cachet d'infériorité scientifique dont les médecins ont peine à se consoler. Le savant ne donne sa formule que quand il la croit achevée, et encore entre le théorème et l'application laisse-t-il un intervalle qu'il ne se charge pas de remplir; ce qu'il ignore n'existe pas, et les générations se succèdent sans accuser son impuissance. Pour nous, l'action devance le savoir ; nous n'avons pas à spéculer sur l'indulgence des indifférents : notre juge, c'est le malade qui souffre et qui ne veut pas qu'on en ignore.

Les anciens, par une étrange exception, avaient en médecine un sens éminemment pratique dont ils étaient dépourvus par tant d'autres côtés. Pour eux la valeur d'un système médical se mesurait à l'utile, et d'instinct ils avaient la conviction erronée qu'il fallait aller droit au but. Leur vitalisme fut à la fois un mélange d'ignorance et de bon vouloir. Du jour où l'insuffisance des connaissances fut démontrée, cette bonne volonté stérile cessa d'être un mérite, et l'édifice s'écroula ; mais combien de temps il avait duré !

De quelque façon qu'on essaye de le restaurer, le vitalisme antique devient impossible, il a cessé d'être une doctrine homo-

gène ; on ne peut que recueillir, à la manière des antiquaires, des fragments précieux incomparables, mais destinés seulement à enrichir un musée médical. Ce vitalisme a donné tout ce que les plus exigeants pouvaient en attendre ; il a disparu parce qu'il était immobilisé, et que, comme disait un des plus illustres vitalistes, le mouvement c'est la vie. Sans cesse préoccupé de déduire les conséquences d'un article de foi, voué au culte quand même de la nature, convaincu qu'il possédait la loi primordiale par laquelle sont régis tous les phénomènes, il excluait l'idée du progrès ou la réduisait à si peu que c'était décourager la recherche. L'autorité, là comme ailleurs, et peut-être plus qu'ailleurs, domina sans réserve, ou tout au moins la médecine fut régie par un code auquel il était permis d'ajouter quelques articles, mais dont le fond était inviolable.

Cependant, même en succombant sous le coup de la rénovation scientifique, chassée de toutes les sciences qui s'organisaient sur un principe nouveau, la doctrine des anciens garda sa part d'autorité dans les sciences morales et déposa aussi dans la médecine le germe d'une idée vivace.

Pour elle, la nature n'opérait pas suivant des règles fatales : tantôt maîtresse et tantôt dominée, apte à se modifier suivant les événements, multipliant au besoin ses procédés, elle devait son unité d'action non pas à l'uniformité de ses moyens, mais à l'identité du but qu'elle s'efforçait d'atteindre ; à savoir : la conservation de la vie. Une puissance ainsi constituée, une autocratie raisonnante et volontaire ne convenait ni aux physiciens ni aux chimistes, dont elle troublait, dont elle infirmait les conclusions encore indécises ; elle semblait inventée pour la commodité des médecins, qui ne consentirent pas à s'en dessaisir.

Par un compromis exceptionnel, ils s'associèrent avec ardeur au mouvement où leur science avait tant à gagner ; mais ils réservèrent, pour la gouverne de l'art, l'idée d'une force spéciale, s'appliquant à maintenir la vie, assez vague pour servir d'explication à des phénomènes inconnus dans leur essence et repré-

sentant, pour ainsi dire, sous une forme allégorique, la médecine, moins le médecin.

Le vitalisme, tel que le concevaient les anciens, disparut donc quand éclata la révolution qui devait anéantir l'esprit antique pour lui substituer l'esprit moderne ; et cependant, tant il répond aux nécessités de la médecine, il ne tarde pas à renaître. Van Helmont dépense, à détruire le passé, cette verve satirique, dernier effort qui réussit toujours à ruiner sans pitié les systèmes en décadence ; mais la seconde phase du vitalisme se personnifie dans le génie de Stahl, le plus philosophe assurément de tous ceux qui ont abordé les hautes généralités de la médecine.

Stahl a rompu avec l'antiquité, c'est tout au plus s'il est érudit à une époque où l'érudition est de mise ; il sait un peu d'Hippocrate, mais pour sûr il ne possède pas Galien ; le respect de la tradition n'entrave pas sa liberté. Cependant il a retenu insciemment ce qu'a préservé la tradition. Réformateur plus convaincu qu'intolérant, il a l'orgueil d'avoir formulé l'idée vraie de la vie, et, si son principe est vrai, il n'y a pas de raison pour qu'il soit en contradiction avec les vérités partielles découvertes avant lui.

La doctrine de Stahl a été jugée sévèrement, et on peut dire qu'on l'a le plus souvent condamnée sans l'entendre ; mais cette sévérité même indique tout le cas qu'en ont fait ceux qui se sont efforcés de la combattre. Où on devait chercher un système de transition, on a voulu voir un parti pris définitif ; on n'a pas tenu compte, dans cette appréciation rigoureuse, du milieu, du temps où l'idée s'était produite, et, par une injustice dont l'histoire de la science offre tant d'exemples, on lui a demandé ce qu'il ne lui était pas possible de donner à cette époque.

Le vitalisme de Stahl a encore eu le malheur d'avoir un nom et de s'appeler l'*animisme*. L'étiquette a fini par prévaloir et par faire oublier le fond, et peu à peu on a substitué à la pensée du maître une sorte de dogme imaginaire d'autant plus aisément réfutable qu'il était l'œuvre artificielle de ceux qui se préparaient à le réfuter.

MEDICALE

Malgré ces oppositions ouvertes ou dissimulées, ce vitalisme est resté le point de départ de toutes les tentatives entreprises dans le même sens aussi bien des médecins de Montpellier que des néo-hippocratistes, et par conséquent le point de mire de toutes les objections. Stahl ne se comprend bien qu'en regard des doctrines anciennes sur la vie ; le vitalisme contemporain n'est intelligible dans ses intimités que pour ceux qui ont médité les théories du professeur de Halle.

Je n'ai pas à exposer ici la doctrine d'une école pour laquelle je professe plus de respect encore que de sympathie ; je tiens seulement, en indiquant les grandes lignes et les côtés saillants de ses qualités et de ses défauts, à marquer sa place dans l'histoire.

Quand il s'agit de conceptions immenses comme celle de la vie tout entière, l'esprit a tant d'aventures à courir, tant d'écarts où il peut être entraîné, qu'on est trop heureux de s'assurer d'avance des points de repère. Les hommes de génie qui, dans le cours des générations, arrêtent un moment l'élan de la pensée et la forcent à se recueillir, rendent un service immense et ce serait une faute impardonnable de n'en pas profiter. Complets ou insuffisants, plus ou moins durables, mais toujours passagers, leurs systèmes ont une part de vérité assez grande pour avoir illustré le nom du maître, et ils constituent un terrain connu sur lequel l'intelligence est maîtresse de se replier quand elle sent qu'elle s'égare. Si fragile que soit ce radeau, il est toujours un point d'appui salutaire pour celui qui nage au hasard et qui n'a devant lui qu'un horizon sans limites.

Du vitalisme antique, Stahl retint cette croyance, que vivre est une chose sans analogue, une donnée de sens commun, un axiome ; ce qui fait le caractère de la vie, c'est qu'elle est le résultat d'une ou plusieurs forces concourant à un but, n'agissant pas en vertu d'une loi fatale, et différent à ce titre des autres forces de la nature, qui poursuivent sans rémission leur cours invariable. L'agrégation moléculaire que la vie anime a deux attributs qui la distinguent des êtres inanimés, l'individualité et le mouvement.

Cette force ainsi dotée, imprimant à une portion définie de la matière un cachet significatif, ce n'est pas la nature, entité vague, notion vide qui participe à la fois de la divinité et de la création, et qui, s'imposant aussi bien aux êtres vivants qu'à ceux qui ne vivent pas, ne saurait donner la loi de la vie. L'idée de la force, au XVII^e^ siècle, est plus nette ; on comprend qu'elle n'est admissible qu'à la condition d'être adéquate à ses effets, et on ne se contente plus, à moins de remonter jusqu'à Dieu, d'une force illimitée dont les transformations rappellent le maître Jacques des comédies.

D'autre part, admettre que l'individu vivant n'est qu'un composé hasardeux où toutes les forces sollicitent à leur gré les atomes matériels, est, pour Stahl, renier la vie en niant à la fois et le mouvement et l'individualité. Le mouvement, parce qu'aucune puissance ne le viendrait entretenir dans la forme qui lui est assignée pour le maintien de l'individu ; l'individualité, parce qu'elle suppose une unité inconciliable avec le jeu de forces contradictoires et sans but.

Voilà le problème posé ; car, dans ces questions ardues, il ne suffit pas de critiquer des solutions, il faut s'enquérir tout d'abord de ce qu'on avait à résoudre.

Stahl chercha une force qui remplit les conditions du programme, et il s'arrêta à un quelque chose auquel il donna le nom d'âme, sans en fournir la définition précise ; conception flottante comme le sera toujours celle d'une puissance unique destinée à résumer la multiplicité des manifestations vitales.

En remontant si haut, au lieu de se résigner à rester à mi-route, plus près des phénomènes qu'il essayait d'interpréter, Stahl obéit à une impulsion dont il n'eut pas conscience, mais qui domine l'histoire du vitalisme, et qui sert à expliquer ses imperfections, en même temps qu'elle lui assure un certain caractère de grandeur.

La vie a dans l'homme son expression la plus élevée ; l'organisation humaine est au moins aussi complexe qu'aucune autre, et, de plus, l'homme concentre en lui des propriétés qui lui

sont réservées exclusivement, ou qu'on retrouve tout au plus à l'état rudimentaire dans les autres espèces vivantes. Son unité, sa personnalité, se composent d'un élément physique et d'un élément moral, non pas rapprochés, mais soudés intimement par un lien mystérieux, solidaires l'un de l'autre, vivant de la même vie, et qu'on ne peut disjoindre que par une abstraction en contradiction avec la réalité. Celui qui prétend isoler un des deux éléments et donner la formule de son existence se trompe grossièrement et n'arrive qu'à des conclusions infirmées d'avance, parce qu'elles n'auront plus de sens le jour où il aura remis à sa véritable place le fragment qu'il avait séparé. Pour se rendre compte de la vie, pour en saisir la notion vraie, il est nécessaire de l'embrasser tout entière, et de ne pas scinder son unité. S'il est démontré (et qui le nie?) que les puissances morales commandent aux agents physiques, si la volonté fait mouvoir les muscles, si la frayeur trouble la circulation, si le chagrin entrave la nutrition, comment comprendre la vie des organes sans faire la part de cette influence? Si le trouble de la circulation retentit sur la pensée, si la volonté faiblit dans un corps débile, si la digestion modifie les penchants et les caractères, comment être au courant de la vie morale sans faire acception de ces éléments actifs? La vie est une, comme l'homme est un, ou plutôt l'homme est un parce que la vie est une. La force vitale ne peut ni se partager ni se dédoubler, à moins de rompre l'unité de l'individu, c'est-à-dire d'abdiquer la seule mission qui lui soit dévolue.

C'est là l'idée fondamentale du vitalisme animique; au lieu de détourner les yeux de ce problème immense, il le fixe résolument, et plus une donnée du problème est obscure, plus il s'obstine à porter la lumière sur ce point ténébreux. Van Helmont, dans un de ces apologues qui lui sont familiers, représente un philosophe pénétrant dans une grotte immense et profonde, et cherchant en vain à l'éclairer tout entière avec le modeste fanal qu'il porte à la main. Ne retrouve-t-on pas là l'image du vitalisme stahlien, et son insuffisance est-elle sans excuse?

Plus ceux qui ont suivi sa trace se sont conformés à sa méthode, et plus ils ont incliné vers la métaphysique; plus ils ont hésité à s'élancer aveuglément à sa suite, plus ils ont amoindri et en même temps simplifié la question. On peut dire que chaque système postérieur au sien marque une étape entre la vie humaine comme il l'a conçue et le mode d'existence dévolu aux êtres inanimés.

Voilà donc l'idée suprême et probablement le terme extrême des hardiesses du vitalisme. Une force unique préside à tous les phénomènes de la vie, à quelque point de vue qu'on l'envisage; elle est, parce qu'elle est nécessaire, et que, sans elle, vivre devient impossible. Or c'est la condition de toute force, qu'elle s'appelle l'attraction, la gravitation, ou la vie, de n'exister que parce que notre esprit en a reconnu la nécessité pour expliquer les phénomènes; l'âme, force vitale, a donc sa raison d'être au même titre logique que toutes les autres forces.

Que cette argumentation soit inattaquable, je n'en crois rien ; mais ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans cette longue et laborieuse discussion. Évidemment la théorie a été établie en vue de ses applications à la médecine, et ce n'est pas là son côté le moins attaquable. Cette puissance, destinée à s'exercer dans une sphère d'action si étendue, devient insaisissable ; responsable de tous les phénomènes, elle échappe au contrôle, et on comprend à peine quel profit il y aurait à mieux analyser ses effets, tant on serait encore loin d'en saisir le dernier mot; son immensité même offre un refuge facile à la paresse des adeptes, trop disposés à mettre leur ignorance à l'abri derrière ce principe universel, qui convient à tout et n'explique rien. C'est à ce point qu'on pourrait dire qu'un vitalisme exclusif est inconciliable avec la recherche, et, par un corollaire obligé, incompatible avec l'avancement de la science.

Mais la vie n'est pas éternelle, elle a ses défaillances; il y a plus, elle a sa négation dans la mort. La force vitale, même quand elle se nomme l'âme, ne peut rendre raison de tous les phénomènes qui s'accomplissent chez l'être vivant, c'est par une sorte d'ingé-

nieux subterfuge qu'on la fait servir à l'explication de la maladie; mais aucune habileté ne saurait la faire intervenir pour aider à l'explication de la mort. Ou la mort est le néant, absurdité inacceptable, ou la matière, dépouillée de la vie, obéit encore à des forces et reconnaît des lois. Moins l'être animé vit, plus ces forces en dehors de l'agent vital ont d'action, et, quand il a cessé de vivre, elles gardent pour elles seules un empire partagé jusque-là.

La vie réelle, celle qui n'est pas inventée pour les usages des philosophes contemplatifs, mais qui tombe sous l'expérience du médecin, n'est donc pas l'expression unique de la force vitale. Quelques attributs qu'on accumule, quelque sagacité qu'on dépense à échafauder des hypothèses, la force vitale, destinée par essence à conserver l'être vivant, ne peut être invoquée lorsque la vie qu'elle doit entretenir ou s'affaisse ou s'anéantit. L'optimisme traditionnel des vitalistes se débattrait en vain contre une nécessité toute de sens commun; la réalité fatale de la mort ne fait pas question, et ce serait un singulier système que celui qui n'existerait qu'à la condition de la discuter. D'un autre côté, les amoindrissements maladifs de cette entité compacte qui représente la vie sont justement l'objet des études du médecin, et il aurait mauvaise grâce à ne pas s'en préoccuper. Le vitalisme est donc, bon gré, mal gré, contraint de scinder l'unité à laquelle il a fait tant de sacrifices, et de lui substituer la dualité de l'être vivant. Une part des actes qui s'opèrent est attribuée à la puissance vitale, quelque nom qu'elle ait revêtu ; l'autre est sous la dépendance de puissances d'un autre ordre. La vie est la résultante de deux actions s'exécutant en sens contraire, s'équilibrant plus ou moins, mais de telle sorte que l'équilibre finit toujours par être rompu, au détriment de la vitalité et au profit des agents antagonistes.

Le vitalisme a toujours tâché de réduire au plus bas chiffre l'énergie de ces influences extra-vitales qu'il n'était pas libre de repousser. On a vu les anciens accueillir la maladie comme un libérateur, et on retrouve les disciples de Stahl essayant de démontrer plus timidement que la maladie est l'exception rare,

que la majorité des gens se porte à peu près bien, et évitant de s'arrêter au brutal démenti que la mort inflige à leurs tendances optimistes.

Cependant, par la force même de cette dualité, tout système vitaliste est double : la première moitié appartient à la théorie de la force vivante; la seconde, à l'étude des éléments qui interviennent dans l'organisme concurremment avec elle. Or toutes les fois que des forces supposées contradictoires sont ainsi mises en présence, quand une infinité est opposée à une autre infinité, si sévère que soit la science, elle incline à emprunter ses dénominations au monde moral. Les deux agents, au lieu d'être simplement divers, deviennent hostiles, l'un triomphe, et l'autre est vaincu, et le savant, spectateur indifférent par principe, devient en fait l'historien d'une lutte dont il raconte les incidents en termes empruntés au vocabulaire des passions humaines.

Comment s'étonner que le vitalisme, plaçant l'homme physique et moral en face de la matière inanimée, ait usé et abusé au besoin de semblables métaphores; la vie est non seulement pour lui une lutte incessante, mais il prend parti contre un des antagonistes; il applaudit au succès et dissimule les défaillances; il a les convictions, et par suite les entraînements auxquels succombent instinctivement tous ceux qui croient soutenir une bonne cause. Aussi les doctrines vitalistes ont-elles des mouvements qui sentent la passion, elles entraînent ou les convictions ardentes ou les attaques sans pitié, et ne retiennent rien ou presque rien du calme impassible de la science.

Ce défaut, inexcusable partout ailleurs, n'est pas, pour le médecin, sans quelques mérites qui l'absolvent. La pratique y gagne un zèle que ne refroidissent pas les obstacles; la foi du médecin communique au malade une confiance parfois salutaire; la vie, qui a pour elle tous les droits, qui s'ingénie à réparer tous les désastres, qui n'a d'autre souci que de préserver le patient, lui apparaît comme un mystérieux auxiliaire, sur lequel on lui a appris à compter. Lequel de nous, même parmi les plus antivitalistes, n'aime, à l'heure attristée où la maladie le domine, à se

laisser bercer de l'idée qu'il porte en soi une force d'infatigable résistance, et qu'il n'est pas sans appui dans la lutte. Je reconnais que tout cela ne s'appelle pas de la science; mais nous n'en sommes pas à apprendre que le médecin a des obligations morales, et que toute illusion qui donne la force d'accomplir un devoir mérite d'être respectée.

Le vitalisme de Stahl, en réservant ses préférences pour cette première partie de la théorie qui met en relief les attributs de la force vitale, ne négligea pas néanmoins la recherche des forces contraires qui la combattent, la contre-balancent ou l'annulent. Cette seconde partie de la doctrine, omise sciemment ou honnêtement ignorée par tant de critiques, est le complément indispensable sans lequel il n'est pas permis de juger en connaissance de cause de cette théorie vitaliste ou de toute autre. L'unité de la vie se décomposant en deux éléments contradictoires, l'un ne se mesure ni ne se limite sans l'autre.

L'humorisme antique, reposant sur une chimie de fantaisie, avait imaginé que la plupart des maladies reconnaissaient pour cause l'introduction, dans les liquides de l'économie, d'une substance nuisible qu'il convenait de rejeter au dehors, mais qui ne pouvait être expulsée, qu'à son temps, en son heure, à son lieu. Généralisant ainsi les effets produits par les intoxications, admettant que les phénomènes de la maladie correspondent aux diverses phases des empoisonnements définis, les anciens firent à la longue de cette comparaison une vérité prouvée, sinon un article de foi. Ils y gagnaient de se représenter sous une forme simple et lucide la somme des influences extérieures dans lesquelles se perd encore aujourd'hui notre science la plus avancée.

Au XVII^e^ siècle, une telle supposition n'était plus défendable, et, par une brusque dérogation à ces traditions vieillies, Stahl oppose à l'humorisme un solidisme qui depuis lors est resté le compagnon à peu près inséparable du vitalisme.

A mon sens, cette deuxième partie de la doctrine la moins approfondie est de beaucoup la plus importante; tandis que la théorie de la vie, tant qu'on l'envisage comme une force abstraite,

s'élève aux régions les moins accessibles de l'inconnu, ici elle redescend au niveau du fait. Au lieu du *pourquoi* qui régit souverainement et despotiquement les phénomènes, on en vient à disserter sur le *comment*. Ce ne sont plus les intentions de la vie, ce sont ses actes que l'on juge. On sent déjà naître l'esprit moderne dans une école qui cherche moins à l'acclamer qu'à s'en défendre, et qui subit comme malgré elle son irrésistible ascendant. Sous une forme obscure et que le progrès de nos connaissances a rendue mieux compréhensible, l'autorité de la matière apparaît à chaque pas, et l'école, en soutenant que les lois imprescriptibles de la matière sont un moment suspendues dans la courte durée de la vie, n'en reconnaît pas moins qu'elles subsistent virtuellement.

Il y a là un curieux enseignement qu'on ne saurait trop méditer, dont les vitalistes eux-mêmes n'ont pas saisi toute la portée et dont les adversaires n'ont pas tenu compte. De part et d'autre, on a cru qu'il suffisait de discuter le principe, et on s'est maintenu sur ce terrain, parce qu'il semblait à la fois plus commode à la défense et plus favorable à l'attaque. C'est au contraire dans le détail des expressions partielles de la vie que doit se juger le système. Envisagé sous ce point de vue, il se présente avec un tout autre aspect; tel qui l'avait condamné dans ses propositions générales incline à l'accepter dans ses propositions particulières, et plus d'une fois il a peine à comprendre non pas seulement comment les conséquences sont engendrées par le principe, mais comment elles parviennent à se concilier avec lui.

C'est en ayant sans cesse présent à l'esprit ce dédoublement, qu'on arrive à comprendre comment, dans toute discussion sur le vitalisme, des esprits, partant des données les plus opposées, finissent par se rapprocher quand ils touchent aux faits, et s'étonnent alors de voir s'évanouir leurs plus grosses divergences.

Le corps vivant, agrégat matériel, se compose de parties soumises aux lois de la matière. De ces lois, les unes sont compatibles avec la vie, bien plus, elles lui sont nécessaires; les

autres lui sont hostiles, et ce sont les seules qui, chez l'être vivant, soient suspendues. Si la force vitale est une par son but, elle est multiple par ses effets. De même que tous les organes digestifs concourent à l'unité de la nutrition, bien que chacun d'eux ait son attribution qui lui est propre ; de même l'individu maintient la vie par une multitude d'actions que la science isole artificiellement, ou, ce qui revient au même, qu'elle analyse. L'observateur qui s'absorberait dans l'investigation du système veineux n'aurait de la circulation que l'idée la plus incomplète ; son travail ne serait pas absolument stérile, mais il ne servirait qu'à fournir les matériaux d'une plus haute recherche. Aussi bien celui qui voudrait connaître la circulation, sans l'étudier dans tous les éléments qui y contribuent, tenterait une œuvre impossible.

Or à chaque force partielle suspendue par son intervention, il faut que la vie oppose une autre force partielle, qui lui résiste. Pour se servir d'une comparaison devenue banale parce qu'elle est expressive, l'autorité qui gouverne un empire n'impose pas en masse sa volonté : à chaque acte qu'elle réprouve, elle oppose une défense spéciale, et plus elle a multiplié ses prescriptions, mieux elle a assuré l'exercice de sa puissance, et ce n'est pas à Dieu seul que s'applique le *maximus in minimis*.

Le vitalisme du dix-septième siècle eut le mérite de comprendre la nécessité de procéder ainsi ; il comprit vaguement, mais il comprit qu'il ne suffirait plus d'asseoir le principe vital sur un trône, l'entourant d'une pompeuse majesté ; il rechercha quels moyens la vie opposait à chaque cause de mort, mettant ainsi face à face la matière vivante et la matière inanimée, et demandant à l'une comme à l'autre l'explication qu'une seule eût été forcément incapable de fournir. Ainsi la porte fut ouverte à toutes les sciences, timidement, il est vrai, et comme si on pressentait déjà qu'on laissait s'introduire de redoutables ennemis.

Le professeur de Halle, quel que fût son incontestable génie, avait pris une tâche que des siècles seuls pouvaient accomplir ;

quand il eut à découvrir ces forces vitales, qui n'ont pas d'équivalents dans les êtres inanimés, et qui, dans sa doctrine, tiennent en échec les forces inhérentes à la matière, il déposa ses ailes, pour prendre l'expression d'un poète, et se mit à fouiller lentement et laborieusement.

Préoccupé des phénomènes circulatoires par des raisons inutiles à déduire, il assigna au mouvement des tissus, à leur tonicité, ou à leur défaut de résistance, la première place dans l'ordre des phénomènes qu'il s'appliquait à poursuivre, et il s'en tint là, ne pouvant aller plus loin.

Je n'ai ni à analyser ici la doctrine particulière du maître ni à en discuter le fort et le faible ; ce qu'il y a de certain, c'est qu'il fut le précurseur vrai de Haller, et que s'il ne fit pas jaillir la source, lui, le premier, il marqua la place où il convenait de creuser.

Le vitalisme, avant d'arriver jusqu'à nous, traversa donc deux périodes, que j'ai cherché à caractériser, parce que, sans ces notions préliminaires, il me semblait que le vitalisme contemporain échappait à toute appréciation sérieuse. Ce passé, tel que j'ai essayé de le représenter, n'est pas celui qui appartient à l'histoire ; on se tromperait également si on y cherchait l'exposé des doctrines sous la forme où elles se sont produites, et si on m'accusait de les avoir travesties en les interprétant.

C'est un défaut pour l'historien et l'objet d'un juste blâme de dépister à tout prix, dans les œuvres d'autrefois, les idées de son temps ; mais l'étude des travaux de nos devanciers n'a pas pour seul but d'en reproduire le tableau fidèle, on a le droit, sinon le devoir, de fouiller à son libre choix dans les doctrines qui sont devenues du domaine commun, pour en extraire toutes les notions dont le présent peut tirer parti. En procédant avec cette intention formelle et exclusive, il arrive, il est vrai, que le savoir du présent jette sur le passé une lumière artificielle, et qu'on y découvre des tendances dont les auteurs n'avaient nulle conscience. Mais il en est de la génération des idées comme de celle des êtres vivants : la connaissance de l'embryon sert à celle

de l'individu parfait, comme la notion de l'individu, dans les phases plus avancées de son développement, profite à l'investigation des états embryonnaires.

Mon but a été d'indiquer tout d'abord quelles transformations le vitalisme a subies ; comment, à mesure que le cercle des connaissances scientifiques s'agrandissait, il a vu son autorité décliner, la place que venaient occuper les sciences physico-chimiques étant soustraite à sa domination ; comment aussi le vitalisme, qui se complaisait à aborder les plus hautes questions, devait à sa hardiesse même ses contradictions et ses incertitudes ; tandis que la science d'aujourd'hui, plus habile, éludant les problèmes ou les circonscrivant à son gré, gagnait à cette prudence de paraître rigoureuse, alors qu'elle n'était que circonspecte. C'est de la sorte, en ajournant comme inopportune la recherche du *primum movens*, l'étude des relations de l'âme et du corps, les phénomènes de la vie intellectuelle ou morale dans leurs rapports avec les actes physiques et tant d'autres inconnus, que certains physiologistes en sont venus à réduire la vie à des proportions si élémentaires, qu'ils ont pu, en toute conscience, mépriser leurs devanciers, sans même s'apercevoir que, s'ils résolvaient si aisément les questions où se perdaient les vitalistes, c'est qu'ils avaient eu la sagesse de ne pas se les proposer.

(*Archives générales de médecine*, 1860.)

DES FERMENTS ET DES FERMENTATIONS MORBIDES.

Les médecins ont supposé, de tout temps, qu'un certain nombre de maladies devaient leur origine à des ferments introduits dans l'organisme, ou s'y développant spontanément. L'hypothèse était d'autant plus acceptable, que la théorie de la fermentation, vague, incertaine, moitié chimique et moitié vitaliste, se prêtait aisément aux aventures de toutes les explications.

Quelques données fondamentales étaient d'ailleurs acquises et sanctionnées par une longue expérience. D'une part, les substances minérales étaient soustraites à la fermentation et à la putréfaction, modes réservés aux corps vivants ou ayant vécu. De l'autre, il suffisait d'un atome de levain fermentescible pour mettre en mouvement et pour transformer toute une masse organique. Enfin la putréfaction, qui entretient avec la fermentation de saisissantes analogies, établissait au premier chef l'antagonisme entre le vivre et le non-vivre, à ce point qu'on avait pu donner cette définition de la vie : l'ensemble des forces qui résistent à la décomposition putride.

On comprend avec quelle sympathique curiosité furent accueillies par les médecins les recherches récentes qui ont jeté sur les procédés de la fermentation un jour inattendu. On espéra que des hypothèses toujours vivaces allaient enfin trouver un point d'appui et s'élever à la hauteur de données positives. Bien que cette espérance soit encore loin d'être réalisée, elle tend à se justifier de plus en plus, et je ne crois pas que l'at-

tente excède les limites d'un optimisme scientifique légitime.

La science est d'ailleurs si peu faite sur ces délicates questions, qu'elle se réduit à quelques propositions fondamentales et qu'elle n'est en mesure de poser les conclusions du second degré ni même d'asseoir sa technologie. C'est à ce point que, pour donner un titre à cette étude, nous n'avons pas été sans embarras, et qu'il est difficile, en traduisant les recherches étrangères, de trouver des mots français qui répondent à toutes les définitions des observateurs.

Les données principales où se résume la théorie actuelle des ferments sont assez connues pour qu'il nous suffise de rappeler sommairement quelques dates en précisant seulement les faits les plus nouveaux et en nous arrêtant surtout aux tentatives quelque peu prématurées d'une application pathologique.

La doctrine des générations spontanées avait régné non sans conteste, attaquée ou défendue par des expériences trop peu nombreuses et trop incomplètes pour forcer la conviction. Le débat entre Needham et Spallanzani, l'hypothèse de Gay-Lussac sur le rôle de l'oxygène, marquent le dernier terme de la première phase (1). La lutte ne devait pas tarder à se renouveler, mais avec de nouveaux moyens et de nouvelles preuves. C'est de cette seconde phase que date, pour l'usage médical, l'histoire de la fermentation.

Sans parler de l'expérience décisive de Cagnard-Latour sur l'organisation de la levûre de bière, Schwann (1837) démontra, non seulement comme l'avait fait Appert, qu'une infusion animale ou végétale, mise dans un ballon de verre fermé ensuite à la lampe, puis exposé à la température de l'eau bouillante, ne se putréfie pas ; mais il prouva que la putréfaction n'a pas lieu si on met en contact l'infusion putrescible avec de l'air préalablement surchauffé. L'oxygène n'avait donc pas d'influence au moins exclusive, et Schwann était autorisé à conclure que la fermentation, comme la putréfaction, est occasionnée par une

(1) V. Pasteur, *De la doctrine des gén. spont.* (*Ann. des sciences nat.*, 1861.)

substance contenue dans l'air ordinaire et que la chaleur peut détruire.

Presque en même temps, (1839), Schleiden (1), dont le nom restera avec celui de Schwann si glorieusement attaché à la découverte de la théorie cellulaire, reprenait à un autre point de vue les mêmes études.

En 1859, Schrœder et Dusch introduisirent une nouvelle méthode expérimentale en faisant filtrer l'air au travers de cardes de ouate, au lieu de le soumettre à des températures élevées. Ils induisirent de leurs essais que l'air frais contient une substance active qui provoquerait les phénomènes de fermentation alcoolique et de putréfaction, et que la chaleur détruirait ou que le coton arrêterait. Cette substance active se composait-elle de germes microscopiques organisés disséminés dans l'air ou de principes chimiques inconnus ? La question posée restait indécise, et c'est à Pasteur qu'était réservé l'honneur de la résoudre.

Si grand qu'ait été le retentissement des travaux de Pasteur, il n'a pas dépassé la notoriété qu'ils méritaient. Son premier travail didactique (2) est un chef-d'œuvre d'expérimentation ingénieuse et d'exposition. Sans essayer ici un résumé qui ne saurait dispenser de la lecture du mémoire, nous prendrons pour point de départ et pour guides ces savantes recherches.

Le premier problème est le suivant : Existe-t-il dans l'air des germes d'organismes inférieurs ? Le fait n'étant pas contesté, comment en démontrer l'existence ?

La méthode de Pasteur consiste, comme on sait, à recueillir à l'aide d'une manipulation très simple les produits déposés sur un filtre de ouate par un courant d'air projeté à l'aide d'un tube aspirateur. On trouve alors, indépendamment des poussières minérales, un nombre variable de corpuscules « évidemment organisés, ressemblant de tout point aux germes des organismes inférieurs et si divers de volume et de structure qu'ils appartiennent à des espèces fort nombreuses. » Quant à affirmer,

(1) *Grundzüge der Wissenschaft Botanik*, éditions successives de 1841 à 1861.
(2) *Annales des sciences nat.* (*loc. cit.*).

ajoute Pasteur, que ces germes sont les spores ou les œufs d'espèces déterminées, la chose est impossible.

La calcination de l'air, suivant la méthode de Schwann, détruit intégralement ces germes organiques, si elle est pratiquée avec les minutieuses précautions qu'elle exige.

Le professeur Tyndall, dans une conférence toute récente à l'Institution royale de Londres, a indiqué et mis en pratique devant l'assistance un mode de démonstration destiné à populariser ces notions plus qu'à les perfectionner (1).

Personne n'ignore que le rayon de soleil qui traverse un milieu obscur marque sa trace en illuminant la poussière qui flotte dans l'air. Tyndall, dans ses études sur la décomposition des vapeurs par la lumière, ne pouvait se dispenser d'éliminer ces molécules et ces poussières. Le tube où étaient renfermées les vapeurs ne devait tout naturellement contenir aucune substance visible et capable de refléter au moindre degré un rayon lumineux d'une extrême intensité.

En faisant passer l'air par la potasse caustique ou l'acide sulfurique avant de l'introduire dans le tube, il n'obtenait aucun résultat ; en le faisant passer par un tube chauffé à l'esprit de vin, la matière flottante disparaissait. Si le courant d'air était projeté trop rapidement, on apercevait un léger nuage bleuâtre dans le tube éclairé par la lumière électrique. Il s'agissait donc d'une matière organique détruite complètement dans le premier cas, incomplètement dans le second et se dégageant sous forme de fumée.

Le professeur Tyndall a multiplié et varié ces expériences, soit en employant des températures de plus en plus élevées, soit en augmentant plus ou moins la rapidité du courant d'air, et les résultats ont toujours été aussi probants. Lorsque la combustion de l'air a été parfaite, le tube est *optiquement* vide (*optically empty*). On sait par l'analyse spectrale que la soude existe à l'état flottant dans l'air ; il est probable qu'elle est suspendue sur

(1) *On Dust and Disease* (*la poussière et maladie*). *The Times*, 22 janv. 1870.

les molécules organiques; en tout cas, quand celles-ci ont disparu, il ne reste plus de traces de soude.

Il n'y a là qu'une élégante démonstration expérimentale, et peut-être aurait-on le droit de s'étonner qu'en 1868, époque où il instituait ses premiers essais, Tyndall n'ait été, comme il le déclare lui-même, rien moins que préparé à un pareil résultat. Depuis lors, l'illustre professeur a pris des informations, et il en a si bien profité, qu'il propose un moyen infaillible de se préserver des influences épidémiques. Nous aurons l'occasion d'y revenir, sans prendre l'offre trop au sérieux.

Le second problème peut se formuler ainsi : Quelle est l'action de ces germes disséminés dans l'air sur les corps avec lesquels ils entrent en contact, et réciproquement?

Cette action est nulle ou mal connue en ce qui touche les substances minérales.

Les matières albuminoïdes, les substances organiques ou organisées, *non vivantes*, ou plutôt ne faisant pas partie d'un organisme actuellement vivant, subissent, à leur contact, des modifications caractéristiques.

Pour ne prendre que l'exemple choisi par Pasteur, l'eau de levûre de bière sucrée, liqueur éminemment altérable à l'air ordinaire, demeure intacte, limpide, sans donner jamais naissance à des infusoires, lorsque l'air a été préalablement dépouillé de corpuscules organisés. Or, les altérations survenant au contact de l'air plus ou moins chargé de germes prolifères ne sont autres que la fermentation, la putréfaction, la moisissure et toute la série des états chimiques compris, avec des dénominations plus souvent populaires que scientifiques, dans le même groupe.

Ici, l'étude des rapports réciproques des germes flottants avec les composés organiques se subdivise, par la force logique des choses, en trois ordres de recherches si divers, qu'ils requièrent des procédés d'investigation sans parité, et qu'ils sont dévolus, jusqu'à nouvel ordre, à des observateurs différents.

Cette branche toute neuve de la science n'a pas de terrain déli-

mité; on a vu qu'elle touchait par un petit côté à la physique; elle appartient à la chimie par l'étude analytique des produits en voie de décomposition fermentescible ou putride.

Elle relève de l'histoire naturelle par la nécessité d'étudier physiologiquement ces germes, de les classer et de les dénommer.

Pasteur a été, dans ses recherches, plus naturaliste que chimiste, bien qu'il manquât, de son propre aveu, des connaissances morphologiques nécessaires au complément de sa découverte.

Enfin, cette partie de la science, qui n'a pas encore reçu de nom, se rattache par un lien moins étroit à la médecine, qui seule peut renseigner sur l'influence des germes suspendus dans l'air, mis en rapport avec les organismes vivants, et se comportant alors à la manière des parasites.

Nous ne pouvons mieux faire que de nous soumettre à une division contestable en principe, obligatoire en fait, et que d'envisager les recherches nouvelles au triple point de vue de la chimie, de l'histoire naturelle et de la pathologie.

I. — Chimiquement, la théorie de la fermentation a passé par une série d'épreuves que nous n'avons pas à relater ici. La dissertation du Dr de Vauréal (1) contient un exposé critique des idées de Liebig et de ses prédécesseurs. La monographie du Dr Gautier (2), résumé remarquable par son exactitude et sa lucidité, nous fournira les renseignements les plus précis sur l'état actuel de la question.

Le terme de fermentation implique désormais intervention de substances organiques agissant en petite quantité et sans rien céder à la matière qui fermente et qui tire elle-même son origine du règne végétal ou animal.

La classification des ferments est, on le comprend, d'une extrême importance, et nous verrons plus loin quels éclaircissements peut fournir sur ce sujet l'étude naturelle des germes.

(1) Thèses. Paris, 1864.
(2) Thèses. Paris, 1869.

ASILE CLEVOS (Sainte-Anne)

Chimiquement, on admet l'existence de ferments solubles (Berthelot) et de ferments insolubles ou vivants (Pasteur); le Dr Gautier a donné aux uns le nom de *ferments figurés*, et aux autres celui de *ferments non figurés*.

Ces derniers n'ont pas de forme propre et semblent dénués de toute organisation ; ils sont plutôt suspendus que dissous dans les véhicules, et une température bien au-dessous de 100° annule leur activité. Ils sont les seuls qu'on puisse remplacer et dont on puisse reproduire les effets par une action chimique définie.

Pour les fermentations à ferments figurés vivants, deux théories sont en présence, celles de Pasteur et de Berthelot. Pasteur admettant plus ou moins implicitement, mais sans avoir pu en donner morphologiquement la preuve, qu'à chaque fermentation correspond un ferment spécifique, vivant aux dépens de la matière qu'il transforme ; Berthelot supposant le concours de plusieurs ferments solubles ou insolubles qui expliqueraient les transformations successives du corps fermentescible. La fermentation, en effet, n'est pas un acte unique, mais elle comporte une série de décompositions qui ne relèveraient pas toutes du même agent.

On verra plus loin jusqu'à quel point l'étude botanique des ferments semble venir à l'appui de l'une ou de l'autre des deux opinions.

Toute fermentation exige, pour s'accomplir, une température qui varie de 0° à 60°. L'eau paraît être un élément nécessaire. Ces deux faits ont été accordés de tout temps. L'air, qu'on jugeait non moins indispensable, entrave certaines fermentations.

Un même milieu peut permettre à la fois à plusieurs ferments de vivre. Pasteur va plus loin en disant que les germes des ferments tendent tous à se propager à la fois, et que si leur développement n'a pas lieu simultanément, c'est que l'un a envahi le terrain plus promptement que les autres. La même loi a été posée sous une autre forme par Hallier, lorsqu'il a montré le

penicillium crustaceum répandu partout dans l'atmosphère, parce que, dans la lutte qu'il a à soutenir pour son existence contre les autres mucédinées, il est plus fécond, il a besoin d'une température relativement peu élevée, de 14 à 18°, et en quarante-huit heures il porte fruit.

Nous n'avons pas à parler ici de la spécificité des ferments, la question de savoir si chaque ferment joue un rôle unique ne pouvant être résolue par la chimie.

Le Dr Gautier, conséquent avec la doctrine à laquelle il se range, de deux ordres de fermentations, expose successivement les fermentations à éléments figurés et non figurés, et, pour chacune d'elles, il indique : les substances susceptibles de subir cette fermentation, les conditions dans lesquelles on l'observe, celles qui la favorisent, la retardent ou l'empêchent ; les produits de la fermentation, le ferment qui est supposé lui donner naissance.

Nous renvoyons forcément le lecteur au mémoire de l'auteur, en nous contentant de donner ce tableau des diverses espèces de fermentations admises aujourd'hui :

A. Fermentations à éléments figurés :

1° Fermentation alcoolique ;
2° Fermentations lactiques ;
3° Fermentations butyriques ;
4° Fermentation acéto-butyrique
5° Fermentation à acides gras divers ;
6° Fermentation succinique et acéto-succinique ;
7° Fermentation gommo-mannitique ou visqueuse ;
8° Fermentation tartrique gauche ;
9° Fermentations acétiques ;
10° Fermentations ammoniacales ;
11° Fermentation glycosique des tannins.

B. Fermentations à ferments non figurés :

1° Fermentation dextrino-glycosique des amylacés ;
2° Fermentation glycosique des saccharoses ;
3° Fermentation glycosique de la mannite et de la glycérine ;

4° Fermentations glycosiques des glycosides ;
5° Fermentation pectique ;
6° Fermentations glycériques des corps gras.

Un chapitre est consacré à ce que l'auteur appelle les fermentations physiologiques et pathologiques ; mais, outre que ce chapitre est absolument distinct, et par la nature du sujet et par le mode d'études qu'il réclame, il trouvera sa place dans la partie médicale de cette revue.

La liste donnée par le Dr Gautier, qui devait tenir à ne rien omettre, est incomparablement plus riche que celles des autres observateurs. Toute conçue d'après les données chimiques, elle relègue parmi les annexes non classées la putréfaction et les autres modes de décomposition constatés par les physiologistes et les naturalistes, que le Dr de Vauréal désigne sous le nom peu réussi de pseudo-fermentations.

Il est certain que parmi ces fermentations, dont je n'ai ni la compétence ni le désir de juger l'authenticité, les seules importantes pour la question qui nous occupe sont : les fermentations alcoolique, lactique, acétique, dextrinique et glycosique des matières amylacées et pectique.

L'exposé non moins sommaire des opinions émises par les mycologues, en regard des données chimiques que nous venons de rappeler, suffira pour faire comprendre, à défaut de plus amples informations, combien le problème change d'aspect, suivant les faces sous lesquelles il est envisagé.

II. — Le professeur Ernest Hallier d'Iéna (1), déjà préparé par des recherches justement estimées sur les parasites animaux et végétaux, s'est exclusivement renfermé dans l'examen et l'étude physiologique et botanique des espèces végétales qui concourent à la fermentation et à la putréfaction. Ses travaux très condensés se prêtent mal à un résumé, et nous nous bornerons à en donner l'idée plutôt que l'analyse.

Pasteur, dit-il, ne sait rien des formations de leptothrix

(1) *Gährungs Erscheinungen*, Leipzig, 1867.

déjà signalées par Schleiden; il ne connaît pas la distinction essentielle qui sépare les bactéries du vibrion d'une part et les chaînons de leptothrix d'autre part. Il distingue deux types de putréfaction (*Fäulniss*) qu'il rapporte, l'un à des productions animales, l'autre à des éléments végétaux. Il sait bien que lorsqu'il existe des bactéries et des vibrions, il ne se développe pas de végétaux. Enfin Pasteur a montré dans quelles conditions a lieu le développement des organismes végétaux ou animaux. Les substances qui entrent en fermentation, du fait des vibrions et des bactéries, sont toujours alcalines; celles qui fermentent sous l'influence des mucédinées donnent une réaction acide.

Hallier passe ainsi en revue les propositions fondamentales si savamment établies par Pasteur en donnant à chacune d'elles une adhésion motivée. Après avoir ainsi rendu pleine justice à l'illustre chimiste, Hallier ajoute : « Pasteur est trop peu morphologiste pour avoir pu pénétrer plus avant dans la structure et l'évolution des divers organismes déjà découverts pour en caractériser l'espèce, et néanmoins ses descriptions témoignent d'une merveilleuse sagacité. J'ai quelques droits à réclamer la découverte du mode d'évolution des principales mucédinées. »

Tel est en effet le point de départ des travaux du professeur d'Iéna, spécialement sinon exclusivement consacrés à l'investigation botanique.

Les expériences de Hallier ont été conduites d'après la méthode à laquelle l'histoire des parasites doit ses énormes progrès et qui avait déjà, entre les mains de Pasteur, rendu tant de services à la science des fermentations. La méthode consiste à substituer l'élève et par conséquent la surveillance des êtres ainsi élevés à la simple observation. N'est-ce pas par le procédé de culture artificielle que Kuchenmeister, Leuckart et les autres ont jeté un si grand jour sur le développement des vers cestodes?

L'objectif n'est plus alors de caractériser chaque organisme et de le définir sous une de ses formes, mais d'assister à la totalité de son évolution, et d'éviter ainsi les erreurs où étaient entraînés les anciens naturalistes, qui avaient pris pour des espèces dis-

tinctes les phases multiples de l'évolution du même animal. Plus la plante ou l'animal tient un rang élevé dans la série, plus il est aisé de suivre pas à pas ses transformations. Pour les êtres réduits aux plus simples degrés d'organisation, comme ceux qui engendrent la fermentation, l'investigation est si délicate que les résultats sont rarement soumis à un contrôle et qu'il reste une place pour le doute à côté de chaque démonstration.

L'idée que le professeur Hallier cherche à faire prévaloir est que les espèces végétales constituées par les auteurs et dénommées par eux sont à réviser complètement. Au lieu de créer des unités artificielles, il fallait s'enquérir de la génération, ce point de départ absolu de toute spécificité; il fallait voir si, dans le cours de leur développement, les végétaux microscopiques des ferments n'étaient pas susceptibles de se transformer et de changer d'aspect.

Ces séries ou ces formes de végétations du même végétal devaient être étudiées dans des terrains différents; il était probable en effet que le substratum n'était pas là, plus que pour les autres parasites, un élément indifférent. Hallier envisage à ce point de vue les diverses fermentations admises par les chimistes, la putréfaction et enfin cet état de décomposition lente que les Allemands désignent sous le nom générique de *Verwesung*, auquel je ne connais pas d'équivalent exact dans la langue française.

Une classification populaire a distingué les moisissures (*Schimmel*) des ferments (*Hefe*). On appelle vulgairement moisissures, des champignons (*Pilze*) qui se développent à la surface des substances dont l'intérieur est en voie de fermentation ou de putréfaction; on appelle ferments les champignons incomplets composés d'une seule cellule ou d'un petit nombre, et qui se trouvent dans l'intérieur des substances fermentantes.

Cette distinction ne sert en rien à l'établissement d'espèces mycologiques. Il n'y a pas de mucédinées qui ne puissent exister sous forme de moisissures, et on n'en connaît pas une qui subsiste exclusivement comme ferment.

Les mucédinées qu'on a désignées, comme celles de la moisissure : *penicillium*, *aspergillus*, sont justement celles qui produisent les ferments.

Les mucédinées de la moisissure (*Schimmel*, *Pilze*) agissent presque toujours de même dans toute fermentation, quelle que soit leur espèce. Le penicillium détermine la fermentation alcoolique dans une liqueur sucrée aussi bien que le *mucor* ou l'*aspergillus*, et les effets sont semblables à ceux que produit le *cryptococcus cerevisiæ*.

Tout terrain ne convient pas à toute mucédinée ; mais, dès que la fermentation se produit, elle obéit à des lois communes et indépendantes du végétal.

Après ces prémisses, Hallier entre dans l'étude spéciale du développement du *penicillium crustaceum*, qui, à cause de sa diffusion, ou, comme dit l'auteur, de son cosmopolitisme, peut servir de type.

Semés dans l'eau, les spores du *penicillium* se gonflent ; on distingue la membrane d'enveloppe et le noyau qui se bifurque. La cellule se rompt et les noyaux se détachent sous la forme de nucléoles mobiles terminés par une sorte de queue ou de prolongement appointi (*Schwärmer*).

Leur mouvement est celui d'une rotation sur leur axe. Après peu de temps ils entrent en repos et alors commence le développement de ce que Hallier nomme la chaîne des *leptothrix*. Des cellules filles plus ou moins allongées naissent de la cellule mère et forment une chaîne unique ou diversement ramifiée.

Les *leptothrix* existent en quantité considérable dans la bouche de l'homme et sur les membranes muqueuse contiguës ; là, comme dans les cultures artificielles, ils ne sont qu'une des formes du *penicillium*, et leur production est en rapport avec la température et la proportion d'azote.

Le *leptothrix* n'est pas une espèce mycologique, mais une forme de végétation commune à plusieurs espèces et qu'on a trop souvent confondue avec les bactéries et les vibrions.

Quant au *monas crepusculum* et au *bacterium termo*, si souvent

cités par les auteurs, ou ils ne représentent que des types vagues et incontrôlables, ou ils appartiennent aux *leptothrix*, avec lesquels les vrais vibrions n'ont aucune analogie de forme et surtout de mouvements.

Les chaînes ne se forment qu'à la surface, jamais à l'intérieur des substances en fermentation.

Que le *penicillium* se soit développé à la suite d'une culture artificielle ou qu'il ait été emprunté à la cavité buccale, on le voit, après s'être transformé en chaînons de *leptothrix*, donner naissance au *cryptococcus cerevisiæ*. Hallier signale encore une forme de végétation intermédiaire, l'*hormiscium*, qu'on trouve à la surface du vin fermenté et qui ne diffère du ferment de la bière que par un détail d'évolution.

On nous pardonnera de ne pas suivre le savant professeur dans les détails de ses recherches. Ajoutons seulement qu'en étudiant les éléments végétaux de la fermentation lactique, il est conduit à admettre la forme *oïdium* comme une des transformations du *penicillium* due à la nature du liquide, c'est-à-dire au terrain. Étendant encore plus loin la sphère de ces modalités végétantes, il admet que l'*acorion* de Schœnlein n'est qu'une dérivation du *penicillium*.

L'investigation microscopique se trouve ainsi transportée dans un autre domaine. Le professeur d'Iéna s'efforce d'établir l'identité de nature ou d'origine d'un certain nombre de parasites cutanés, qui représenteraient, eux aussi, des variantes du *penicillium*.

En résumé, le *penicillium* pris pour type et non pas pour unité spécifique donne lieu à toute une série de ferments, provenant de ses nucléoles mobiles (*Schwärmer*), du développement ultérieur des cellules à noyaux, et correspondant aux degrés plus ou moins avancés de toutes les fermentations.

Quant aux *vibrions*, ils constituent une espèce propre; on ne les voit jamais apparaître dans le cours du développement des germes végétaux soumis à la culture, et Pasteur a probablement raison de les considérer comme des organismes animaux. Il en

est autrement des vibrions immobiles, du *monas crepusculum*, dont nous avons déjà parlé, et des bactéries qui, pour Hallier, ne sont que des *leptothrix*.

Les travaux de Hallier ont été jugés très diversement en Allemagne et en France. Les uns n'y ont vu que des rêveries micrographiques à peu près sans portée et sans avenir. Les autres, et nous sommes de ce nombre, sans se porter garants des fait observés, ont pensé que le professeur d'Iéna avait non pas ouvert, mais suivi la voie déjà frayée par les helminthologues, et que, dussent les premières tentatives être contestables, la méthode n'en était pas moins la seule vraiment fructueuse. Cette conviction explique et excuse la longueur relative de notre exposé.

III.—Si, comme il n'est que trop facile de le constater, l'histoire des fermentations reste encore pleine d'obscurités et d'incertitudes, combien plus conjecturales sont et doivent être les applications à la médecine, de connaissances à peine au début de leur élaboration!

Le malheur de la médecine, comme celui de toutes les sciences appliquées, c'est que le temps presse et qu'on a hâte de profiter du moindre filon qui semble exploitable. On ne donne pas volontiers aux aperçus le loisir de se mûrir, et quand on a ainsi prématurément mésusé des découvertes, elles semblent démodées avant même d'avoir franchi la limite qui sépare le possible du probable.

On ne s'étonnera donc pas si nous avons à enregistrer plus de suppositions que de faits; mais les suppositions elles-mêmes sont les bien-venues dans des matières où il est plus facile de vivre sur le fonds d'hypothèses vieillies et sans lendemain que d'en imaginer de nouvelles.

L'exposé des opinions des anciens médecins sur les fermentations morbides ne serait dépourvu ni d'utilité ni d'intérêt, à la condition que l'érudition ne se bornât pas à citer, comme l'ont fait trop d'écrivains, trois lignes de Van Helmont : on verrait le rôle énorme que joue dans les écoles sérieuses la pensée toujours

menaçante de la putridité, aussi bien de celle qui fermente sourdement et partiellement pendant la vie que de celle qui accomplit librement ses phases après la mort; on verrait aussi que d'ingénieuses observations empruntées à la pathologie avaient préparé le terrain bien avant les recherches modernes. Cette histoire rétrospective sera, si quelqu'un se sent de force à l'écrire, l'introduction la plus féconde à l'étude pathologique des ferments.

En se limitant aux travaux contemporains, les auteurs ont eu en vue ou de traiter des fermentations dites physiologiques, c'est-à-dire qui appartiennent au fonctionnement normal de l'organisme humain, ou de donner un aperçu d'ensemble sur les fermentations qui entraînent des troubles morbides, ou enfin de constater la présence de certains ferments dans des maladies déterminées.

Tout ce qui a trait à la physiologie reste en dehors de notre programme.

Quant aux considérations générales sur la place qu'il convient de réserver aux ferments dans l'étiologie, il faut bien avouer que la plupart des auteurs n'avaient pas au service de leur bonne volonté une suffisante expérience médicale, mais cette insuffisance provisoire n'est pour nous et ne peut être pour personne une raison de désespérer de l'avenir.

Si on voulait classer les à-peu-près par ordre de valeur, la priorité n'appartiendrait certainement pas au professeur Tyndall. Dans sa conférence à Londres, l'illustre vulgarisateur de la loi de l'équivalence des forces a prouvé une fois de plus que le sens médical ne s'improvise pas plus chez les savants que chez les gens du monde. Il est vrai qu'en accord avec les gens du monde, le professeur Tyndall garde ses prédilections pour la thérapeutique.

Les chirurgiens, dit-il, savent depuis longtemps le danger de mettre l'air en contact avec les abcès ouverts, et, pour l'éviter, ils emploient un trocart. Il faut apporter un soin minutieux à nettoyer l'instrument et le soumettre à la plus haute température

possible; mais on ne le fait pas, et, malgré l'emploi du trocart, l'inflammation se répète, entraînant à sa suite une rapide putréfaction.

Le professeur Helmholtz souffre chaque année de la fièvre dite fièvre de foin (*hay fever*, *Heu Fieber* des Allemands), c'est-à-dire d'un catarrhe des premières voies aériennes, du 20 mai à la fin de juin ; il a observé que durant cette période les sécrétions nasales sont peuplées de vibrions qu'on n'y retrouve à aucune autre période.

Puis, venant au procédé de filtration de l'air chargé de germes, tel que l'ont employé Schrœder et Pasteur, l'air exhalé dépose, ajoute-t-il, dans les poumons une partie des germes qu'il contient. La ouate interposée en quantité suffisante entre l'air extérieur et la bouche intercepte complètement la matière flottante qui ne pénètre pas au delà du filtre.

Ainsi se révèle à nous la philosophie d'une pratique usitée par les médecins plutôt peut-être par instinct qu'en vertu de connaissances réelles. Dans les atmosphères contagieuses, le médecin place devant sa bouche un mouchoir au travers duquel il respire ; si le poison était un gaz, il ne serait pas intercepté.

La respiration au travers d'un filtre de ouate doit désormais devenir une protection usuelle contre les contagions. Il est plus que probable que la préservation des poumons équivaudra à celle de toute l'économie et que les germes qui s'insinuent dans les voies aériennes sont ceux qui propagent à tout le corps les affections épidémiques.

J'ai cité textuellement et m'en tiendrai là.

Le professeur Hallier prend la question de plus haut et avec plus d'autorité.

Pour lui les germes disséminés dans l'air ne doivent pas seulement être considérés quand ils agissent comme ferments, mais quand ils s'implantent à titre de parasites à la surface ou dans l'intérieur du corps humain.

Sous ce rapport, il est encore dans le vrai. En réunissant, au point de vue du naturaliste, les deux ordres de végétaux, il faut

tenir compte de leur double influence. Sa théorie d'ailleurs, telle que nous l'avons exposée et qui repose sur ce principe que les classifications mycologiques sont indépendantes des effets produits par les végétaux, ne lui permettait pas d'établir un classement d'après les phénomènes pathologiques auxquels ces organismes donnent lieu. Le professeur d'Iéna s'efforce, au contraire, de montrer, par des exemples empruntés à ses cultures, comment les espèces attribuées à certaines affections cutanées sont susceptibles de revêtir d'autres formes de végétations. Ainsi, sans entrer dans plus de détails, l'*oïdium albicans*, provenant de la bouche et des organes génitaux d'un diabétique, cultivé dans un appareil isolant, donne naissance à des cellules identiques à celles qui forment les chaînes du *trichophyton* et plus tard à des productions filiformes analogues à celles du pityriasis.

Les parasites végétaux qu'on trouve sur les membranes muqueuses n'appartiennent pas, pour chaque affection, muguet, diphthérie, etc., à une espèce particulière, ou tout au moins subissent-ils, dans le cours de la maladie, des variations qui en altèrent la forme.

Pour les affections parasitaires dont le végétal ou l'animal parasite est connu, la contagion est un fait simple; chacun sait avec quel remarquable succès la science actuelle est en voie de résoudre les questions qui se rattachent à cette portion de la médecine. Le rapprochement entre les ferments parasitaires à leur manière et les autres parasites, n'eût-il pas d'autre valeur, a tout au moins le mérite d'encourager les travailleurs.

Dans le cas où le contagium nous échappe, si approfondie que soit la connaissance médicale des lésions et des symptômes, il manque un élément à la solution du problème. Eût-on trouvé le ferment de la scarlatine, s'il y en a un, nous n'aurions rien à changer de ce que nous savons pertinemment de la maladie; mais quels horizons nouveaux et imprévus semblent devoir s'ouvrir à la recherche! Néanmoins et si souhaitable que soit cette imposante découverte, il ne faudrait s'en exagérer ni la portée ni les résultats. Nous savons que le muguet est produit ou accom-

pagné par l'*oidium albicans*, et bien réduit est l'avantage que nous procure cette connaissance.

Le virus varioleux s'inocule, nous le tenons entre les deux verres du microscope, aucun de nous ne doute que la contagion à distance ne soit due au même virus, personne ne consent à croire à la variole spontanée, et cependant que de hasards impossibles à conjurer et qui favorisent ou empêchent la dissémination de la maladie !

C'est surtout pour les affections épidémiques transcurrentes qui ne s'endémisent jamais, que l'idée d'un germe fermentant s'impose à notre esprit. Le problème de l'invasion serait résolu du jour où on aurait constaté l'apparition d'un ferment transporté par un courant d'air ; celui de la cessation n'en resterait pas moins indécis. N'est-ce pas d'ailleurs une condition, commune à toutes les maladies, même individuelles, qu'il paraît plus aisé d'expliquer leur développement que leur marche en sens inverse vers la guérison.

Le choléra réunissait tout un ensemble de circonstances qui devaient solliciter la curiosité des observateurs.

Déjà, lors de l'épidémie de 1832, Bush avait attribué la maladie à une mucédinée découverte par lui dans les déjections, et qu'on a prétendu depuis n'être qu'un parasite végétal, l'*uredo vegetum*.

Klob et Thomé s'accordent, dans leurs recherches plus récentes et entreprises isolément, à admettre qu'il existe dans les évacuations alvines des cholériques une masse de petites cellules que Klob considère comme autant de spores, et Thomé comme des cellules à noyaux. Est-il vraisemblable que ces noyaux soient la cause de la maladie, et comment le prouver?

Hallier ajoute que la cholérine peut être provoquée par l'aspiration en quantité excessive de spores du *penicillium* et prétend l'avoir observé sur lui-même. Quant au choléra asiatique, son opinion est qu'il existe, sous les climats tropicaux, des mucédinées de la moisissure (Schimmel, Pilze), qui produiraient des désordres tout autrement graves que les espèces similaires de

nos contrées. En cela, il est d'accord avec Thomé qui, par des cultures artificielles, aurait vu naître des cellules à noyaux, l'*oïdium* qu'il a nommé le *cylindrotænium* du choléra asiatique. Et, comme les suppositions ne manquent jamais à l'appui d'une assertion douteuse, les deux auteurs supposent que les spores de la *mucédinée* absorbés par le premier cholérique de l'Inde se multiplient indéfiniment, que la moindre goutte de déjection contient des centaines de cellules effroyablement contagieuses et qui voyagent ainsi de contrée en contrée, transportées par des émigrants et absorbées dans les voies respiratoires par les habitants.

D'autres, acceptant les idées soutenues avec des arguments qui ne m'ont pas encore convaincu, par Petenkofer en Allemagne, Snow et Letheby en Angleterre, considèrent les eaux potables infectées surtout par les infiltrations des latrines et aussi par un apport direct comme le véhicule des mêmes germes cholériques.

Enfin, dans un appendice à sa monographie, Hallier, revenant sur la question du choléra, déclare que les préparations du Dr Thomé ne sont autres que des *micrococcus*, et il ajoute: « Ces organismes sont-ils la raison d'être de la maladie, c'est aux cliniciens à le chercher en essayant, comme pour les œufs des vers intestinaux, l'ingestion de ces germes chez des individus sains. »

Nous dépasserions les limites et nous irions au delà du but de cette Revue en rendant compte des recherches poursuivies en France et en Allemagne sur les organismes que paraissent contenir les liquides altérés, dans quelques maladies spéciales.

Les travaux consacrés à ces études intéressantes sont d'ailleurs d'un facile accès. Il suffira, et ce serait une injuste omission de ne pas le faire, de rappeler les observations des Dr Coze et Feltz (1) sur les altérations du sang à la suite de l'inoculation de divers produits morbides : sang de varioleux, de typhiques et matières putréfiées; celles du Dr Davaine sur les bactéries

(1) *Gaz. médicale de Strasbourg*, 1866 et 1869.

ou plutôt les bactéridies des maladies charbonneuses, que l'auteur a lui-même résumées dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; celles de Chauveau sur les humeurs virulentes, de Delafond, de Kühn, de Meissner, etc., conçues à peu près sur le même plan, mais aboutissant à des conclusions dont toutes sont loin d'avoir une égale autorité.

Nous croyons cependant devoir faire une exception en faveur des recherches de Lister. Personne n'ignore que l'auteur a institué toute une pratique chirurgicale en conformité avec la théorie des forments et non moins absolue qu'elle ; en second lieu les résultats obtenus par le chirurgien de Glascow attendent encore le contrôle de l'expérience et le contrôle ne peut être décisif qu'à la condition d'une exacte observance de la méthode. Enfin les opinions énoncées par Lister comme reposant sur des faits désormais acquis à la science ont fourni à quelques médecins anglais l'occasion non seulement de discuter les applications, mais de s'élever contre le principe même de la dissémination des germes dans l'atmosphère.

Parmi les opposants il faut placer d'abord le professeur Hugues Bennett (1). « Jusqu'à présent, dit-il, les communications nombreuses et non moins ingénieuses que contradictoires de Pasteur et des autres chimistes n'ont pas fourni la moindre preuve que la fermentation et la putréfaction soient nécessairement sous la dépendance de germes existant dans l'atmosphère ; on doit plutôt conclure de ces communications que les phénomènes de la fermentation sont purement chimiques, comme l'a péremptoirement démontré Liebig. Dussent ces germes exister, malgré les preuves du contraire accumulées par des observateurs indépendants, de quel droit conclure qu'ils interviennent comme cause de la fermentation et de la putréfaction ?

« L'idée qu'ils donnent lieu à ces phénomènes remonte à Kirscher et aux pathologistes du XVII^e^ siècle. S'il est vrai que certaines maladies parasitaires sont dues à des implantations ani-

(1) *On the atmospheric Germs theorie*. Leçon au collège des chirurgiens d'Edimbourg, janvier 1868.

males ou végétales, il n'en est de même ni pour la variole, ni pour la rougeole, ni pour le typhus, ni pour les autres maladies infectieuses. »

Bennett ne se contente pas de critiquer, il a sa théorie et il l'annonce dans les termes suivants : « La fermentation et la putréfaction prennent naissance dans les molécules oléo-albumineuses qui sont formées dans les liquides organiques et qui, remontant à la surface, constituent la pellicule de matière proligère. Sous l'influence de certaines conditions, température, lumière, combinaisons chimiques, densité, pression et composition de l'air atmosphérique, ces molécules produisent les organismes inférieurs animaux ou végétaux. »

En évoquant ainsi comme un spectre le souvenir de la *pathologia animata* Bennett a-t-il été heureusement inspiré et son érudition critique ne se résout-elle pas dans une vague réminiscence ? N'eût-il pas bien fait de se rappeler qu'à ce même XVII^e^ siècle et à ses études bien inexpérimentées sur les générations équivoques revient la découverte de l'acarus de la gale et remontent les premiers essais abandonnés par les siècles suivants sur les parasites de l'homme ? Linné lui-même avait-il oublié la pathologie animée lorsque cent ans plus tard il publiait ses *exanthemata viva* ?

Le passé d'ailleurs n'a rien à voir dans la question, et hypothèse pour hypothèse, il est douteux qu'on opte pour celle du célèbre professeur d'Edimbourg.

Le professeur Nunneley, dans son remarquable discours à l'ouverture de la session annuelle de la *British medical Association* (1), n'est pas moins explicite, mais il est plus topique, et s'il attaque la théorie actuelle de la fermentation, c'est pour réduire à néant les conséquences pratiques que Lister en a déduites.

« Depuis quelques années, dit l'orateur, on a eu une tendance croissante à attribuer diverses maladies à des organismes mi-

(1) *Med. Times*, août 1869.

croscopiques. Depuis qu'il a été prouvé que quelques altérations pathologiques des végétaux devaient provenir de cette source, la tendance n'a fait encore que s'accroître. Comme quelques-uns de ces agents se rencontrent toujours, à titre d'agents actifs ou non, dans les actions dyalitiques, on a supposé que certaines maladies épidémiques ou zymotiques, comme il est devenu de mode de les appeler, étaient produites par des germes répandus dans l'air.

« Cette hypothèse qui n'est qu'une pure spéculation a conduit à adopter une théorie des germes applicable aux affections chirurgicales suites de plaies.

« Quant à présent, nous pouvons dire que la présence des germes n'est pas prouvée. Probablement pouvons-nous aller plus loin et nier leur présence dans les proportions admises par Pasteur et après lui par Lister. Je crois qu'en tout cas les organismes sont une conséquence et non une cause et qu'ils proviennent des changements que subit la substance en putréfaction. »

Voilà le jugement sur la théorie ; si le point de départ est erroné, les applications sont-elles aussi défectueuses que le principe ?

La méthode de Lister consiste à la fois dans l'occlusion des plaies soustraites au contact de l'air et dans l'emploi de l'acide phénique comme antiputride ; de là son nom de méthode antiseptique. Lister n'a qu'une priorité à revendiquer, celle de la combinaison de deux moyens proposés, recommandés et patronés depuis plus ou moins longtemps dans la science. Bien que ses premières publications datent de 1867 (1), les procédés primitifs de Lister ont été graduellement modifiés et on pourrait presque dire transformés. Au début, les préparations antiseptiques étaient employées à doses caustiques, il semble qu'aujourd'hui elles ne s'emploient qu'à doses atténuées.

Le Dr Grenser, de Dresde, dans une notice intitulée : Une vi-

(1) *British med. Journal*, sept. 1867. *The Lancet*, nov. 1868.

BIBLIOTECA (Saint-Anne
SALE

site à la Clinique de J. Lister à Glascow (1), donne sur la pratique actuelle de la méthode antiseptique des renseignements circonstanciés et recueillis sans parti pris. Le but est, comme nous l'avons dit, de détruire les germes qui pouvaient être en contact avec la plaie avant l'intervention du chirurgien et d'empêcher ensuite l'accès des germes répandus dans l'air.

L'acide phénique (ou carbolique) est usité sous sept formules différentes : 1° solution aqueuse au 40e ; 2° solution aqueuse au 20e ; 3° solution dans l'huile au 5e ; 4° solution alcoolique ; 5° emplâtres composés de gomme-laque 3 et acide phénique 1 ; 6° et 7° emplâtres de litharge phéniqués.

L'eau phéniquée n° 1 sert aux lotions qui sont le plus complètes possible et au lavage des instruments, des éponges et des mains de l'opérateur et des aides. La solution plus concentrée sert pour les injections dans les trajets fistuleux, etc.

La solution huileuse est surtout en usage. Elle est très peu irritante et préserve bien du contact de l'air. Comme la plaie ne doit jamais être à découvert, il était nécessaire d'avoir une sorte de moyen intérimaire dans l'intervalle des pansements ; un linge imbibé d'huile phéniquée remplit cet office et les plus minutieuses précautions sont prises pour qu'un pansement succède à l'autre rapidement. Dans les cas où l'examen de la plaie à nu doit se prolonger, quand il faut recourir à la sonde, etc., les instruments d'exploration sont trempés dans l'huile et une couche d'huile est incessamment renouvelée à la surface de la plaie.

La solution alcoolique n'est employée que quand les caustiques sont indiqués.

L'emplâtre fabriqué d'avance, et recouvert d'une couche de caoutchouc dissous qu'on absterge au moment, est étendu sur toute la plaie qu'il déborde et maintenu par des bandelettes agglutinatives. Quant aux emplâtres plombiques ils ne s'appliquent qu'à des cas exceptionnels.

Le Dr Grenser, dont l'impartialité est hors de doute, renvoie

(1) *Archiv für Heilkunde*, déc. 1869.

pour le jugement définitif aux relevés officiels de l'infirmerie royale de Glascow. Quant à lui, il constate que l'aspect d'une salle de la Clinique de Lister est très satisfaisant. Au lieu de l'odeur accoutumée, la salle n'a qu'une odeur légèrement empyreumatique et, depuis deux ans, il n'y a pas eu un seul cas d'érysipèle ou de pyémie, bien que ces complications n'y fussent autrefois que trop fréquentes.

En résumé, et sans énumérer les divers modes que réclament les cas multiples auxquels la méthode s'applique, l'idée dominante de Lister, soustraire les plaies aux influences fâcheuses des organismes nuisibles suspendus dans l'atmosphère, se trouve pratiquement réalisée. Lister a des prétentions théoriques d'un autre ordre, et nous ne le suivrons pas sur ce terrain. Pour lui, la suppuration, même sans phénomènes septiques, s'expliquerait par les mêmes agents ou tout au moins laisse-t-il entendre qu'il prévient du même coup la suppuration et la décomposition des produits purulents.

C'était là le côté faible et c'est aussi celui qu'ont le plus vivement combattu les adversaires de l'*école antiseptique*, comme l'appelle Nunneley. Quant aux résultats obtenus, le chirurgien de l'infirmerie de Leeds les conteste d'abord en invoquant sa propre pratique, et ensuite en déclarant que les effets les plus avantageux ne sauraient plaider en faveur de l'hypothèse. N'a-t-on pas vu se succéder des milliers de remèdes auxquels on attribuait des guérisons réelles mais indépendantes du médicament? N'a-t-on pas vu, et Nunneley choisit là, il faut en convenir, un singulier argument, le drainage des plaies être pratiqué par une foule de chirurgiens sur le conseil de Chassaignac, avec un succès incontesté, bien que les drains dussent faciliter l'introduction des germes fermentants dans les plaies?

Que les plaies traitées suivant la méthode de Lister guérissent mieux que d'autres pansements, il le nie. Depuis trois ans, ajoute-t-il, que le traitement antiseptique a la vogue, je n'ai pas consenti à l'employer chez un seul malade, tandis que mes col-

lègues en faisaient un constant usage. S'ils avaient réussi mieux que moi, je n'aurais pas hésité à me rendre.

D'autres chirurgiens ont exprimé sur le traitement employé par Lister une plus favorable opinion, mais il s'en faut que le procédé ait pris une véritable extension. Est-ce parce qu'il ne répondait pas aux espérances? Est-ce parce que la médication exige une surveillance délicate, des précautions infinies dans lesquelles il est difficile de persévérer, à moins d'être soutenu par une conviction obstinée?

La compétence me manque et j'ai dû me contenter d'un simple exposé. Que l'avenir soit ou non propice à la théorie et à ses applications, ne peut-on pas, dès à présent, considérer les succès relatifs de Lister comme un argument de plus en faveur de cette proposition que la réussite des pansements dépend moins des procédés que de la sollicitude du chirurgien qui, ne se bornant pas à prescrire, intervient plus encore qu'il ne délègue?

(*Archives générales de médecine*, 1870.)

DES APPÉTITS EN GÉNÉRAL ET DE L'APPÉTIT DIGESTIF EN PARTICULIER.

(Leçon recueillie par *Nourrie*, externe du service. 1880.)

Il existe une portion de la science qui s'appelle la séméiotique.

Elle n'a aucune raison d'être dans la pathologie proprement dite, c'est en quelque sorte un hors-d'œuvre ; en clinique au contraire elle constitue un élément indispensable, car elle permet d'envisager sous des aspects nouveaux chacune des notions acquises au lit du malade.

Elle comprend l'étude des symptômes et des signes : les uns sont objectifs, les autres subjectifs.

On désigne sous le nom de signes objectifs ceux qui sont perçus par le médecin directement et pour ainsi dire sans l'intervention du malade, ou tout au moins sans une considérable intervention. Les signes subjectifs au contraire ne peuvent être étudiés qu'avec la collaboration du malade. Le médecin et le malade y participent ; chacun y apporte son élément de jugement, c'est une pièce en collaboration. Dans bien des cas l'objectif fait défaut et il faut se contenter des renseignements fournis par le patient. Le médecin dans ces cas joue auprès de son malade le rôle d'accoucheur pour en tirer tous les renseignements dont il a besoin.

Parmi les symptômes subjectifs, les uns ne servent qu'à éveiller l'attention du médecin ; ils l'amènent à constater un

signe objectif et n'ont qu'une valeur transitoire : telle la douleur du côté qui indique une pleurésie démontrée par l'auscultation. D'autres au contraire constituent toute la maladie : un malade est atteint de névralgie ; il éprouve de la douleur et rien autre chose : tout est subjectif. Dans ce cas il y a une espèce de siège à faire du malade qui exige un tact et une expérience spéciale de la part du médecin.

Il existe enfin des signes qui échappent même en partie à la constatation du malade : tels sont les malaises. Ils peuvent être de deux ordres :

Les uns sont confus ;

Les autres faciles à classer.

C'est parmi ces derniers que je choisirai le sujet de ma leçon d'aujourd'hui.

Tout homme est par nature disposé à ne rien faire et cependant il a en lui une série de fonctions qu'il ne met en marche que par une incitation, un aiguillon, par ce que j'appellerai une *mise en train ;* cela s'appelle en terme générique l'*appétit*. Ce nom s'applique surtout à l'appétit digestif, mais on doit l'appliquer à toutes les incitations.

C'est l'appétit qui met la fonction en train, et l'homme ne travaille que sous l'influence d'une incitation. Un négociant, un écrivain se mettra à son bureau la tête entre ses mains, et sur le point de commencer il s'arrête : l'incitation cérébrale lui manque et il reste dans l'inertie, non par défaut d'intelligence, mais par manque d'incitation.

Il en est ainsi du sens génital, sens essentiellement intermittent, qui s'engourdit et s'éteint quand l'appétit vient à faire défaut.

De même du sens du mouvement. A qui n'est-il pas arrivé de dire : Non, je ne sortirai pas ce matin, et au bout de quelques instants de se lever brusquement et de sortir sans aucun but, mais simplement poussé par l'appétit du mouvement.

Il existe outre ces appétits normaux toute une catégorie d'appétits d'un autre ordre, des appétits réflexes appartenant aux in-

dividus qui ont un désir violent de se soustraire à une incommodité passagère ou durable. Un homme se promène et il respire dans les conditions normales sans s'en apercevoir. Qu'il survienne une circonstance particulière, qu'il se trouve subitement exposé dans un milieu de poussière, il s'aperçoit qu'il respire mal ; l'état pathologique apparaît et il éprouve le besoin, l'appétit de respirer. C'est la dyspnée qui constitue un élément si mobile dans les affections pulmonaires et qui souvent n'est nullement en rapport avec la nature et l'étendue de la lésion.

Si nous circonscrivons l'étude de l'appétit à celui qui se rapporte à l'appareil digestif, nous verrons que tout appétit se compose, au début, d'une incitation vague, impossible à définir, dont on ne connaît pas la cause, et qui appartient aux phénomènes les plus obscurs de la physiologie.

De ces incitations il en est dont on peut se rendre compte, d'autres fois on n'en a nulle conscience. Sous le coup d'un vertige épileptique par exemple, un individu en frappe un autre ; à ce moment il y avait absence de conscience et après par conséquent aucune mémoire des choses passées. Entre ces extrêmes, la conscience complète et l'absence de conscience, existent des états intermédiaires, des états de demi-conscience qui constituent le champ d'étude du médecin. Le malade hypochondriaque est d'autant plus affecté que ses sensations sont plus confuses. Nous n'aimons pas les sensations confuses parce que nous ne les connaissons pas ; de même nous n'avons qu'une conscience vague de l'appétit qui est une sensation confuse.

Après l'appétit vient la délibération qui pousse à agir. C'est dans l'appétit génital qu'on voit ces phénomènes se présenter au maximum.

Ainsi la jeune fille, au moment de la puberté, ne se rend aucun compte exact des malaises qu'elle éprouve. Il se développe alors des maladies nerveuses provoquées par un appétit inconscient, confus dont elle ne peut se rendre compte, puisque c'est l'appétit d'une chose qu'elle ne connaît pas.

Le malade raisonne son appétit ; il reste à savoir quelle est sa

sensation ; il entre dans la période de délibération. C'est dans l'appétit génésique que l'on retrouve le plus ce temps de réflexion. C'est ce travail intellectuel qui fait partie du développement de l'appétit qui a inspiré les romans et les pièces de théâtre. C'est le flirtage de l'appétit, le platonisme du sens génital.

Un homme qui a un appétit et qui ne peut le satisfaire aussitôt, se livre à un travail intellectuel qui a pour but d'augmenter ou de diminuer son appétit. De même dans la période de convalescence de la fièvre typhoïde, le malade sent son appétit renaître et réclame les aliments qu'on lui refuse ; il passe son temps à exciter et à titiller pour ainsi dire son appétit. De même son esprit travaille à composer les menus les plus fantastiques, qui toujours refusés incitent encore son appétit et le surchauffent jusqu'au mensonge. Par contre le même travail mental peut nuire à l'appétit et l'éteindre dans une certaine mesure, surtout quand il s'agit de l'appétit génital.

L'appétit, on le voit, a commencé par une incitation d'abord inconsciente, puis consciente, qui a pour résultat ou d'augmenter ou de diminuer cet appétit, voire même de le faire disparaître. Mais il ne consiste pas seulement à mettre la fonction en œuvre, il l'accompagne pendant toute sa durée, qu'il s'agisse soit du sens génital où cette durée est assez courte, soit de l'appareil digestif où elle est beaucoup plus longue. Il faut que l'appétit continue pendant tout le temps du repas pour que l'individu mange, sinon il cesse de manger, et alors survient le phénomène bizarre du rassasiement ou de la satiété, ce qui n'est pas du tout la même chose. La sensation est complètement différente dans l'un et l'autre cas. Contre la satiété la lutte est impossible, tandis qu'il n'en est pas de même contre le rassasiement.

Nous venons donc de voir les quatre ordres de phénomènes se succédant les uns aux autres : 1° la mise en éveil ; 2° la délibération ; 3° la sensation graduelle, et 4° la satiété.

Déplacez ce dernier terme, et alors la satiété peut arriver pendant ou avant chacune des trois premières périodes; elle peut

survenir après la première bouchée. Cet appétit digestif que nous prendrons pour type présente quelques côtés curieux; examinons les extrêmes :

Un homme, de santé ordinaire et moyenne, est pris subitement d'un appétit excessif, tel qu'il double, triple sa nourriture sans en éprouver aucun inconvénient. Il a débuté par une sensation qui n'est pas l'appétit, mais la faim. La faim est le dernier degré de l'appétit et veut être satisfaite sur-le-champ.

Au mot faim correspond, pour l'appétit génital, le mot concupiscence des casuistes.

Cette faim est une sensation un peu douloureuse que l'on éprouve au creux de l'estomac : dans le peuple on dit fringale; c'est un malaise digestif que l'on espère guérir par la nourriture. Vous voyez des individus qui se contentaient régulièrement chaque jour d'une livre de pain, par exemple, se mettre à en consommer, du jour au lendemain, jusqu'à sept ou huit livres. Vous vous attendez à ce qu'ils auront par la suite une indigestion, point du tout, le tout se digère parfaitement et cela pendant plusieurs jours, sans nausées, ni vomissement, ni diarrhée, ni malaise aucun. La capacité et la puissance digestives se sont mises à l'unisson de cet appétit, et, comme lui, sont devenues énormes, parce que, pendant tout le temps qu'ils ont ainsi mangé, l'appétit ne les a pas quittés un seul instant.

Cet appétit plus grand se rencontre quelquefois chez les cancéreux de l'estomac, au début, dans la période d'apparition du mal, mais il ne dure pas; bientôt, au contraire, l'appétit normal diminue, et survient la satiété. L'individu est rassasié avant d'avoir mangé.

Le rassasiement peut être extrême et aller jusqu'au dégoût; il peut être partiel de tel ou tel aliment. Dans le cancer l'absence d'appétit peut indiquer le début de la maladie, et l'indifférence préalable, qui peut précéder tous les autres phénomènes, dure plus ou moins, et se transforme en répugnance pour certains aliments, surtout pour la viande. C'est le rassasiement avec dégoût qui peut aller jusqu'à conduire le malade à faire, dans

ses courses, tous les détours imaginables pour éviter même de passer devant une boucherie. Voilà donc ici une barrière puissante à l'alimentation, tandis que tout à l'heure nous avions un appétit extrême. Entre les deux nous trouvons tous les degrés possibles.

On appelle *anorexie* l'état des individus qui manquent d'appétit. Parmi ces anorexies il existe une classe particulièrement curieuse, l'anorexie des hystériques qui commence par une diminution de l'appétit, de l'indifférence, du dégoût; le sujet ne s'alimentant plus, sa santé baisse et le drame peut se terminer par la mort.

Voici une jeune fille qui a une gastralgie semi-chlorotique; elle éprouve une sensation stomacale incommode après avoir mangé. Elle est loin de ressembler à ces individus qui, le repas terminé, savourent encore voluptueusement les aliments qu'ils ont consommés, et, la période mentale survenant, elle se refuse volontairement, systématiquement, à prendre aucune nourriture. Elle se condamne à une inanition absolue, analogue à celle que l'on constate chez certains aliénés qui repoussent pour un motif quelconque tous les aliments qui leur sont servis. La chose est si mentale chez cette jeune fille, bien qu'elle ne soit point aliénée, que, si l'on veut avoir raison de ses refus, il faut savoir l'attaquer adroitement par l'état mental lui-même; il faut changer la direction de ses idées, il faut arriver à la nourriture par une alimentation dissimulée.

Certaines personnes éprouvent de la répugnance pour certains aliments quelquefois sans raison, quelquefois par le fait d'un travail moral. Ainsi, vous ordonnez le régime lacté à des convalescents qui, depuis qu'ils ont été sevrés, n'ont, pour ainsi dire, jamais pu boire de lait.

A côté de cela, vous avez les appétits dépravés qui portent sur un grand nombre de substances nullement alimentaires et parmi lesquelles celles que l'on rencontre le plus souvent sont le charbon, le plâtre, de petits cailloux. Je pourrais vous citer, à ce propos, une jeune fille du monde qui dévora ainsi

près de la moitié de la redingote de son professeur de dessin.

L'appétit est donc la clef de la digestion ; sans lui pas d'alimentation possible. La thérapeutique qui a pour but de donner à un individu le goût de la nourriture est la thérapeutique de l'appétit, car qui a l'appétit a souvent l'intégrité de la digestion.

Cette thérapeutique est des plus délicates, et elle doit avoir pour guide l'étiologie même de l'appétit disparu. On peut trouver dans la vue, l'odorat, la bouche, les dents, la langue, la cause du manque d'appétit, et c'est à ces causes qu'il faudra d'abord s'adresser.

Prenons un exemple : Un enfant est pris d'une angine légère ; il a la langue blanche et il ne peut plus manger ; on passera un peu d'alun sur les amygdales et il recouvrera l'appétit.

Il existe un médicament de l'appétit : ce sont les condiments ou assaisonnements qui réveillent l'activité de l'estomac et l'appétit. Nous en ferons l'objet d'une prochaine leçon.

L'APPÉTIT DE LA SOIF. — LA SOIF DE L'ALCOOL.

L'appétit de la soif, contrairement à l'appétit de la faim, constitue bien plutôt une sensation d'ordre pathologique qu'une sensation d'ordre physiologique. Voyez, en effet, ce qui se passe dans les maladies fébriles graves. Dès le début, l'appétit pour les aliments solides diminue, cette diminution atteint son maximum au moment de la période d'état de la maladie, et le désir de prendre des aliments marque toujours le moment de la défervescence. Par contre, c'est au début de la maladie, que l'appétit de la soif commence à se manifester, il atteint son maximum dans la période d'état, et diminue dans la période de défervescence.

Il est impossible de ne pas être frappé d'un pareil fait et de son importance. C'est par sa diminution que la faim a une valeur séméiologique, c'est par son augmentation que la soif acquiert une semblable valeur; la première constitue un symptôme d'ordre négatif, tandis que la seconde a la valeur d'un signe positif, et vous n'ignorez pas que tout ce qui est positif a bien plus d'intérêt que ce qui est négatif.

Ce n'est pas seulement dans la fièvre que la valeur du symptôme soif l'emporte sur le symptôme faim.

Dans le diabète, l'appétit de la faim est très variable suivant les malades, tandis que la soif est persistante, constante, à peu près invariable, quelle que soit la quantité d'urine rendue. Certains diabétiques qui rendent six litres d'urine ont une soif parti-

culièrement acceptable; d'autres qui rendent trois litres ont une soif très exigeante, très pressante. Cette particularité, soit dit en passant, vous aide à résoudre une question que l'on se pose souvent lorsqu'on est en présence d'un diabétique. Doit-on lui imposer la privation des boissons, afin de diminuer sa polyurie? Doit-on lui permettre d'user des boissons à sa fantaisie pour étancher sa soif pathologique? Il n'y a aucun dommage à laisser le diabétique boire ; j'ai souvent fait la comparaison entre l'état des diabétiques soumis au régime de l'abstinence et de la liberté, et je n'ai jamais trouvé le moindre inconvénient à laisser continuer le régime du second.

Le siège de l'appétit de la soif diffère également du siège de l'appétit de la faim. Le siège de la faim est l'estomac, le siège de la soif est la bouche. C'est sur elle que l'on constate les lésions qui produisent la soif. Regardez et touchez avec un doigt humide l'intérieur de la bouche d'un diabétique : elle est sèche, rouge, lisse, on croirait que l'on touche un linge mouillé ; eh bien, ces modifications, vous les retrouvez dans toutes les conditions où un individu est assoiffé; vous les retrouverez, en particulier, chez le fébricitant, et elles seront d'autant plus marquées que la soif sera plus vive. Dans les cas extrêmes, cet état de la bouche, de la langue surtout, s'accompagne de sécrétions spéciales qui se concrètent sur l'organe, où elles constituent ce que l'on désigne sous le nom de fuliginosités.

On peut observer quelquefois les lésions anatomiques de la soif, sans que le malade accuse la sensation de la soif. La constatation de ce phénomène a une valeur séméiotique considérable. L'homme qui a la bouche ainsi disposée et qui n'a pas, en même temps, la sensation correspondante, est un homme gravement atteint cérébralement.

Une pareille indifférence que vous rencontrerez dans les fièvres typhoïdes, les pneumonies graves, les maladies infectieuses montre, en effet, une dépression sensorielle considérable, et la disparition de la faculté que nous avons de percevoir la sensation ; presque toujours elle est le signe d'une mort prochaine.

Mais l'appétit de la soif ne consiste pas seulement à vouloir boire, il peut avoir aussi pour conséquence le désir de boire un liquide déterminé. Un semblable appétit se rencontre surtout pour les boissons fermentées qui sollicitent la soif d'une manière particulière. S'il est vrai que l'appétit de la soif appartienne le plus souvent à la pathologie, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, cette vérité est bien plus évidente lorsqu'il s'agit des boissons fermentées, de l'alcool.

La question de l'alcool et de ses inconvénients est une des questions de pathologie interne qui a été le plus étudiée, et de toutes les manières, sur l'homme et surtout sur les animaux.

La médecine expérimentale a fait de l'alcoolisme l'objet de ses études les plus suivies, et elle estime qu'elle lui doit ses plus beaux triomphes. Vous me permettrez de ne pas être de cet avis. D'une façon générale, je n'aime guère, comme vous le savez, la médecine expérimentale, mais c'est surtout quand il s'agit d'alcoolisme que je considère comme de peu de valeur les résultats qu'elle fournit.

Vous prenez un lapin ou un cobaye, vous le gorgez d'absinthe, de cognac, etc., vous lui en donnez dans l'estomac, vous lui en injectez sous la peau, et, cela fait, vous observez les symptômes qu'il présente. Quand vous avez bien étudié, bien classé ces symptômes, vous dites : Voilà ce que c'est que l'alcoolisme. A mon avis, vous êtes dans l'erreur la plus complète, car les résultats obtenus ne sont pas comparables chez l'homme et chez les animaux.

Cela me rappelle l'histoire d'un jeune médecin qui, ayant fait sa thèse sur la belladone, en avait administré à des chevaux. Les symptômes qu'il décrivait étaient bien observés, sa thèse n'était pas sans valeur ; mais il y avait une omission. Parmi les accidents produits par la belladone, il n'avait oublié qu'une chose, c'était le délire! Ah! c'est que les chevaux n'ont pas les hallucinations de la vue ou de l'ouïe que nous voyons chez l'homme ; la belladone ne place pas devant leurs yeux de gais pâturages, de riantes prairies ; elle ne leur fait pas entendre de délicieuses mé-

lodies ; ou, tout au moins, si les chevaux éprouvent ces sensations, ils ne peuvent nous les révéler.

Ce qui se passe pour l'alcool est analogue ; on ne saurait comparer l'effet produit par l'alcool qu'absorbe de force un lapin, et l'alcool qu'absorbe un homme qui a l'appétit de cette substance.

Vous donnez à une chèvre du tabac ; elle le mange avec plaisir, sans inconvénient aucun pour elle ; allez-vous en conclure que si vous faisiez manger ce même tabac à une femme jeune et délicate, il produira sur elle le même effet ? Évidemment non ; eh bien, c'est la même chose pour l'alcool ; vous ne pouvez comparer son action sur un animal qui le prend sans aucune espèce d'appétit, avec répugnance, à son action sur l'homme, qui le prend avec plaisir, qui le recherche.

Nul ne peut devenir alcoolique s'il n'a pas envie de boire de l'alcool ; il faut donc avant tout, pour devenir alcoolique, avoir l'appétit de l'alcool. Tout est dans cet appétit ; c'est cet appétit dont il faut avoir la clef, si on veut se rendre compte de l'alcoolisme ; ce sont les conditions qui président au développement de cet appétit qu'il faut étudier. Que peut dès lors vous prouver l'expérimentation sur un être qui ne prend le poison qu'avec répugnance ? Évidemment rien.

On ne devient pas alcoolique parce qu'on boit, on devient alcoolique parce que l'on a envie de boire en quantité suffisante pour devenir alcoolique ; lorsque cet appétit se développe sur un individu qui n'a pas encore bu, cela prouve que déjà c'est un homme anormal, atteint de troubles cérébraux. Quant à l'alcoolisme final, qui est considéré comme étant exclusivement la conséquence de l'abus de l'alcool, pour mon compte, je le considère comme un accident cérébral secondaire, survenant par le fait et de la disposition native qui a poussé à boire, et des excès alcooliques qui en ont été la conséquence.

Bien souvent, lorsque je me suis trouvé en présence d'alcooliques, j'ai recherché dans leurs antécédents si, avant le développement de leur passion, ils n'avaient pas présenté quelque chose d'anormal.

Eh bien, je puis vous déclarer que, toutes les fois que cette recherche, qui n'est pas chose facile, a été faite avec soin, j'ai trouvé que les malades, avant le développement de leur appétit, avaient eu quelque chose de cérébral. Bien souvent, ce n'était pas grand'chose, il y avait eu un éblouissement, une perte de connaissance, le caractère avait changé, etc.

On ne s'était pas préoccupé sérieusement de ces troubles passagers, que l'on attribuait à un léger malaise; mais ils n'en étaient pas moins sérieux; ils étaient l'indice d'un état grave; ils prouvaient que, de ce jour, notre homme était entré dans la catégorie des cérébraux.

L'alcoolique est donc un homme chez lequel l'appétit de l'alcool se développe à l'état pathologique, qui a, pour contracter l'alcoolisme et faire toutes les manœuvres nécessaires pour s'alcooliser, une aptitude qu'il tient de sa constitution cérébrale.

C'est la même chose pour le masturbateur à outrance qui, lui aussi, est un cérébral auquel son infériorité cérébrale donne la fantaisie de se masturber, et qui, par la suite, peut avoir des accidents cérébraux produits par l'abus de cette même masturbation.

Je voyais dernièrement un jeune homme qui, atteint de malaises vagues et mal déterminés, mélancolique, était allé trouver un médecin qui lui avait déclaré que tout cela résultait de la masturbation.

— C'est vrai, me dit-il, jamais cela ne m'était arrivé, lorsqu'il y a quinze jours, je me suis senti triste, morose, mélancolique, et subitement j'ai été pris de cet appétit qui est irrésistible, contre lequel je suis sans défense, sans résistance.

Peut-on admettre qu'il s'agisse, chez ce jeune homme, d'un caprice, d'une fantaisie portée à un très haut degré? Telle n'est pas mon opinion, et, tout en reconnaissant l'influence fâcheuse que les habitudes de masturbation peuvent avoir sur sa santé générale, je pense que ce qui domine chez lui c'est son état cérébral. J'ai eu affaire à un mélancolique dont la maladie a commencé par l'appétit de la masturbation.

C'est encore comme cela pour le vol ; sur cent individus arrêtés comme de grands voleurs, il y en a bien peu qui aient eu au début un appétit vrai ; le plus souvent ce n'est pas par la violence du désir qu'ils ont péché tout d'abord, ce sont des malheureux auxquels une idée est venue et qui, en raison de leur faiblesse cérébrale, n'ont pas été capables de résister.

C'est la même chose pour l'alcoolique : la satisfaction gustative qui marque le début de son mal peut être et est le plus souvent très modérée, et s'il se laisse entraîner, c'est parce que c'est un être dont le cerveau mal équilibré ne présente pas une résistance suffisante. Seulement, par la suite, cet appétit modéré est remplacé par un besoin, et le malade est entraîné malgré lui vers les conséquences ultimes de l'intoxication à laquelle il ne peut se soustraire.

Tout d'abord, dans une première période, l'appétit de l'alcool est sollicité uniquement par le désir qu'a l'individu de se procurer la satisfaction gustative dont je viens de parler, et il cherche à la multiplier d'autant plus qu'elle lui est plus agréable, qu'il n'a pas une force de caractère suffisante pour résister à l'entraînement. Bientôt, à ce désir se joint un besoin, et le buveur entre dans une période que j'appellerai thérapeutique, parce que son appétit n'est plus seulement le résultat d'un désir de jouissance ; il résulte de ce fait que la privation d'alcool détermine chez lui un malaise général, une sorte de délabrement de l'estomac qui ne peut être calmé que par l'absorption de l'alcool. L'eau produit toujours un effet diamétralement opposé.

Cette seconde période est ensuite suivie d'une troisième que j'appelle opiotique. Elle commence au moment où l'individu sent que ses idées deviennent troubles et confuses, qu'il n'a plus sa lucidité d'esprit habituelle ; suivant l'aptitude de son caractère, il est gai ou triste, aimable ou non, mais il n'est toujours pas dans son état normal. Il boit alors, afin que l'excitation produite par l'alcool donne à ses idées une lucidité factice et essentiellement momentanée, et il en est ainsi le plus souvent jusqu'au jour où il est pris d'un accès de delirium tremens.

(Sainte-Anne)

Prenez-moi un homme qui n'a pas cette préparation cérébrale spéciale, qui n'a pas cette prédisposition toute particulière dont je parle, et vous n'en ferez jamais un alcoolique.

Il vous est facile d'en avoir la preuve; il vous suffit de comparer ce qui se passe chez l'alcoolique, l'ivrogne et le dypsomane, trois individus dont la maladie présente comme caractère commun : l'appétit exagéré de l'alcool.

L'alcoolique est un homme qui, faisant des excès de boisson, emmagasine de l'alcool, en imbibe successivement, graduellement tous ses tissus, sans présenter d'accidents sérieux jusqu'au moment où cette imbibition étant suffisante, les accidents se révèlent par un accès de delirium tremens. Ce n'est pas du premier coup que ce résultat est atteint; il faut des mois et même des années pour que cette imbibition soit complète, et pour en arriver là il faut des qualités de persévérance, et une faculté toute spéciale pour tolérer ainsi cet alcool avant qu'il ne devienne nuisible.

Le type de l'alcoolique, vous le trouvez parmi ces petits boutiquiers, qui toute la journée laissent à leur femme le soin de tenir le comptoir, et qui, pour leur compte, estiment qu'il est préférable d'aller passer leur vie au café, à jouer et à boire. Ce ne sont pas des ivrognes; sans doute, ils sont toujours un peu émêchés, prêts à prendre feu, mais l'incendie ne s'allume pas; c'est une sorte de subivresse perpétuelle dont on s'aperçoit à peine, et qui ne les empêche pas d'être considérés dans leur quartier comme de fort braves gens, incapables de mal faire, ne se grisant jamais.

Si maintenant nous examinons ce qui se passe pour l'ivrogne, nous voyons que les choses sont tout autres. L'ivrogne n'est jamais un alcoolique. Aussi je ne crains pas de dire que quand on fait des lois tendant à réprimer l'ivresse publique, on fait en même temps des lois tendant à encourager l'alcoolisme. L'ivrogne qui, le plus souvent, est un individu normal, n'emmagasine pas; il prend d'un coup l'alcool nécessaire à l'explosion des divers accidents que vous connaissez. L'explosion se produit, il est malade quelque temps et puis c'est fini.

Le dypsomane est tout autre chose. C'est un individu appartenant à n'importe quelle catégorie sociale, aux plus élevées comme aux plus humbles, qui, pendant une très longue période de son existence, souvent jusqu'à un âge avancé, a été d'une sobriété absolue ; son entourage vous le dira, jamais il n'a eu le moindre goût pour les boissons alcooliques. Un beau jour, tout à coup, il devient somnolent, triste, morose, son caractère change du tout au tout, et très rapidement il acquiert pour la boisson un appétit tout particulier qui le rapproche de l'alcoolique.

Mais combien est différente, dans les deux cas, la marche de cet appétit. L'alcoolique est généralement un homme expansif, qui n'aime boire qu'en compagnie, tandis que le dypsomane boit seul, est sombre, taciturne. L'alcoolique boit constamment, son appétit n'a d'autres moments de rémission que ceux qui lui sont imposés par sa condition sociale. L'appétit du dypsomane est intermittent ; certains dypsomanes ne boivent qu'à telle ou telle époque de l'année.

Mais là où la différence s'accentue bien davantage encore, c'est lorsque l'on considère chez les deux malades le résultat de l'absorption d'une même quantité d'alcool.

Au bout d'un certain temps, l'alcoolique a *son premier accès*. C'est toujours la nuit que cela commence ; c'est même pour cela que je considère le délire alcoolique comme un véritable délire ; notre homme se lève subitement, pousse des cris, déclare qu'il aperçoit des lumières au pourtour de sa glace, des voleurs, etc. ; puis le jour survient et il se calme, pour recommencer la nuit suivante, jusqu'au moment où, sa maladie s'étant aggravée, il délire de jour comme de nuit.

Pour le dypsomane, c'est tout autre chose, il dort très bien tout en continuant de boire, et jamais il n'a de délire aigu ; tout au contraire, au fur et à mesure que son état cérébral s'aggrave. il devient de plus en plus endormi et abruti, de plus en plus étranger aux choses qui l'entourent.

Ainsi donc, avec le même procédé d'intoxication, vous arrivez sur ces divers individus aux résultats les plus différents : l'un

d'eux arrive fatalement au délire alcoolique, les autres en sont fatalement préservés, jamais l'alcool qu'ils absorbent ne les rendra alcooliques. Vous conviendrez avec moi, en présence de ces faits, qu'il est bien difficile de nier la part contributive que la constitution cérébrale de chacun d'eux a apportée dans les manifestations de sa maladie, qu'ils n'ont pas le cerveau fait de la même façon.

Une dernière preuve avant de finir. Le nombre des alcooliques n'est pas aussi considérable qu'on pourrait le supposer, surtout si l'on s'en rapportait au nombre de gens, qui boivent d'une façon exagérée. C'est ainsi qu'à Paris, sur 3 à 4,000 aliénations mentales constatées annuellement, c'est à peine s'il y a 600 alcooliques. Encore est-il que, dans ce chiffre de 600, il faut compter beaucoup d'individus que l'on a eu l'occasion de soigner à plusieurs reprises dans le courant de la même année. L'appétit de boire jusqu'à l'alcoolisme n'est donc pas chose commune.

(*Semaine médicale*, 1883.)

LE SOMMEIL.

(Leçon rédigée par M. Marfan, externe du service, 1881.)

Parmi les nombreux objectifs de la clinique, quelques-uns, représentant des espèces morbides définies, appartiennent à l'observation de chaque jour : d'autres rentrent dans la classe des généralités, appellent une vue d'ensemble et se prêtent mieux, comme procédé logique, à la déduction qu'à l'induction. Tel est le cas du *sommeil;* nous en causerons familièrement, comme il convient à un enseignement pratique.

Le sommeil, mode de la vie impossible à définir, est une condition organique de tout être vivant. Tous les animaux sont assujettis à la loi du sommeil, et quelques plantes même semblent ne pouvoir y échapper. Aussi indispensable que la veille avec laquelle il se partage la vie, il constitue une fonction d'une telle importance que des influences d'un ordre éloigné, les révolutions cosmiques, avec leur invariable périodicité, sont liées à son accomplissement.

De toutes les questions qui présentent une aussi grande importance, une aussi grande généralité, le sommeil est une des plus mal étudiées. Jusqu'ici les psychologues seuls ont entrepris la tâche de nous renseigner sur le sommeil. Mais dès le principe leurs efforts sont frappés de stérilité : ils n'ont en effet à leur disposition que la conscience comme instrument d'étude, que les faits de conscience comme point de départ de leurs raisonnements. Or dans le cas qui nous occupe, la perception de soi-même est absente et l'homme qui dort n'assiste

que rétrospectivement et par un effort de mémoire (d'ailleurs souvent stérile) aux phénomènes de conscience qui se sont produits pendant le sommeil, en sorte que les procédés ordinaires du philosophe qui consistent à descendre dans l'intimité du moi et, par une analyse patiente, à en classer les différentes modalités, ne sauraient être utilisés. Le sommeil échappe donc aux investigations des psychologues et ne peut leur apparaître que comme la prélibation de la mort. Pour faire cette étude il faut être médecin, c'est-à-dire savoir s'appuyer à la fois sur les faits de conscience et sur les faits d'observation.

Dès le début, nous constatons qu'il y a deux espèces bien différentes de sommeil, le *naturel* et l'*artificiel*. Ce dernier n'est pas un léger étonnement pour le médecin. Aucune fonction en effet ne nous apparaît comme pouvant être reproduite par l'expérience, et dans l'étude d'une fonction, notre rôle se réduit à celui du chimiste qui fait une analyse : la synthèse nous est toujours interdite. Par une singulière exception, le sommeil constitue une fonction qui peut être reproduite : en réunissant un certain nombre de conditions que l'analyse nous fait connaître, nous pouvons provoquer le sommeil, tandis que nous ne pouvons provoquer ni la circulation, ni la respiration, malgré la connaissance assez parfaite des lois de la circulation, de la respiration. Nous pouvons provoquer le sommeil : c'est là un fait unique ; mais le sommeil ainsi obtenu n'est qu'un sommeil artificiel. Si ce dernier doit nous être utile pour nous faire comprendre quelques particularités du sommeil naturel, il n'est après tout qu'un fait d'expérimentation ; et puisque toujours en clinique l'expérience ne peut que donner des aperçus, mener à des hypothèses, il ne faudra pas lui demander plus.

La comparaison du sommeil naturel et du sommeil artificiel devant être instructive, c'est par elle que nous allons commencer notre étude.

Dans sa façon de débuter, le sommeil diffère un peu suivant qu'il est naturel ou artificiel.

Le sommeil artificiel est indépendant des révolutions cosmi-

ques, de la nuit et du jour. Pour le produire, il faut nécessairement l'intervention d'un tiers, homme ou objet. Tout au contraire, le sommeil naturel est spontané, de beaucoup favorisé par la nuit, amené sans l'influence d'un tiers. Quelquefois cependant, le sommeil artificiel peut avoir un début spontané, il peut même se produire périodiquement (nous en citerons plus loin des exemples). Mais, même dans ces cas, les lois qui règlent l'excitation au sommeil et sa périodicité sont un peu différentes suivant qu'il s'agit du sommeil naturel ou du sommeil artificiel. En effet, s'il est un certain nombre de conditions du début du sommeil qui sont communes aux deux variétés, il en est qui n'appartiennent qu'au sommeil artificiel et sont indispensables à sa production. L'occlusion des paupières, l'immobilité du corps et surtout celle du globe oculaire, l'éloignement de toute cause extérieure d'excitation (bruit, pincement, chatouillement) sont des conditions du début qui appartiennent aux deux modes de sommeil.

Quelque chose de plus est nécessaire pour la production du sommeil artificiel. Dans ce dernier, il faut soustraire l'individu non seulement à toute excitation extérieure, mais encore à toute excitation intérieure. Il faut que le sujet à endormir mette son esprit dans un état spécial ; il doit l'arrêter sur un point déterminé et ne plus permettre à sa pensée de s'égarer au delà : arrêter son activité en la fixant sur un point déterminé, constitue un mode d'inertie intellectuelle. En un mot, pour le début du sommeil artificiel, il est nécessaire que l'individu se mette dans l'immobilité tant physique qu'intellectuelle. Cette proposition est toujours vraie, à moins que l'individu ne soit devenu « un sujet », auquel cas. il ne peut pas plus servir à l'étude du sommeil qu'un homme devenu saltimbanque ne pourrait servir à l'étude de l'agilité humaine.

Quand l'homme est endormi, quand le sommeil est dans son plein, on trouve encore des différences suivant qu'il s'agit du sommeil naturel ou du sommeil artificiel ; en outre, dans ce dernier, on doit distinguer deux espèces, suivant le mode d'ac-

tion employé pour provoquer le sommeil. Le premier est dû à des phénomènes purement nerveux, c'est l'hypnotisme (c'est celui dont nous avons parlé jusqu'ici) : le second est amené par l'ingestion d'une substance toxique.

Nous nous trouvons donc à la période d'état du sommeil en présence de trois variétés ; le sommeil naturel, le sommeil artificiel hypnotique, le sommeil artificiel toxique.

Sommeil hypnotique.

1° Quand on observe des *hypnotiques*, on ne saurait manquer d'être frappé d'un fait considérable dans l'espèce : c'est que le sommeil nerveux ne repose pas.

On peut en trouver la raison dans ce fait que le cœur et l'appareil circulatoire ne subissent pas les mêmes modifications que dans le sommeil naturel : la comparaison du pouls d'un dormeur naturel et de celui d'un hypnotique en est la preuve tangible.

Mais ce n'est pas tout : l'hypnotisé au début de son sommeil présente de la rigidité musculaire : certains sujets gardent cette rigidité pendant fort longtemps, quelquefois huit ou dix heures ; s'étonnera-t-on dès lors de ce que le sommeil hypnotique ne repose pas, quand la condition première du sommeil naturel est le relâchement musculaire?

Rien ne réveille un homme endormi du sommeil hypnotique, rien sauf un léger souffle sur le globe de l'œil, les paupières, la racine du nez : le plus souvent ce souffle ne réveille pas le dormeur naturel dont le sommeil cessera par toutes les causes qui auraient pu l'empêcher de commencer.

Enfin l'hypnotisé ne rêve pas ; chez lui l'intelligence est incapable de fonctionner.

2° Le sommeil *artificiel toxique* ne demande pas la participation de la volonté ; aucun effort n'est nécessaire pour sa production : la substance toxique ingérée aux doses voulues suffit à tout.

Le début de ce sommeil présente des bizarreries qui varient avec la nature de la substance ingérée. Le sommeil toxique est essentiellement rêveur, la résolution musculaire y est extrême

sa suspension s'obtient par les moyens ordinaires dont il faut quelquefois augmenter l'intensité ; on n'obtient rien par l'action de souffler sur les yeux.

3° Le *sommeil naturel* ne demande la participation de la volonté que dans une certaine mesure. L'occlusion de l'œil est une condition indispensable. Les personnes qui dorment les yeux ouverts ont tous les bénéfices de l'occlusion par suite de la rotation du globe de l'œil qui cache la pupille et la met à l'abri des rayons lumineux. Ce sommeil permet les rêves, met le dormeur en résolution et peut être interrompu par toutes les causes capables de l'entraver à son début.

Le sommeil naturel est par excellence le sommeil qui repose. Mais comment repose-t-il ? Ici nous sommes forcés de faire une incursion dans le domaine des causes finales.

La téléologie, ou recherche des causes finales, ne peut exister dans la science pure, dans les mathématiques par exemple ; jamais le géomètre ne pourra rechercher la cause finale du triangle rectangle. Au contraire, jamais le médecin ne pourra se passer de la téléologie : si la structure du cil ne l'intéresse que médiocrement, il lui est très important de savoir que l'individu privé de ses cils recevra des poussières dans l'œil. Le médecin qui est un pratiquant fera toujours de la téléologie.

Quelle est donc la cause finale du sommeil ? On dit en général que le sommeil est un réparateur des forces : il semble en effet qu'il donne un certain répit, un temps de suspension d'activité qui permet à l'homme de recommencer les travaux qu'il a interrompus la veille. A cela on peut objecter, d'abord, que le sommeil est loin de suspendre toutes les fonctions. Ainsi le cœur continue à battre, le sang à circuler dans les vaisseaux, l'estomac à digérer ; le travail intellectuel lui-même continue en partie, ainsi que le prouvent nos rêves nocturnes ; le sommeil suspend seulement les fonctions du système locomoteur et les actes sensoriels (et encore pour ces derniers peut-être, faudrait-il faire une restriction à cause des hallucinations).

Une seconde objection à l'hypothèse du sommeil réparateur

est la suivante : l'individu qui dort le plus est celui qui se fatigue le moins. L'enfant dort pendant une longue nuit et recommence pendant le jour : le vieillard peut à peine dormir pendant une partie de la nuit, et nous arrivons à cette étrange conclusion que plus on se fatigue, moins on dort.

On peut formuler une troisième objection contre les propriétés réparatrices du sommeil. Essayez de mesurer l'efficacité du sommeil par le degré de réparation qu'il procure, supposez que nous avons une mesure pour évaluer le degré de la fatigue. Or savons-nous jamais exactement si nous sommes reposés ou fatigués? Cette appréciation se fait généralement par la sensation de courbature, qui correspond à un tout autre état que la fatigue et qui peut être définie une sensation douloureuse se manifestant dans le point où l'exercice fonctionnel a été exagéré.

Qu'un citadin allant passer la journée à la campagne se livre à quelque exercice inaccoutumé, qu'il batte en grange par exemple, il aura rapidement la sensation de courbature dans les muscles mis en action, la véritable sensation de fatigue n'apparaîtra que plus tard : la fatigue ne peut donc se mesurer au degré de la courbature. En définitive, nous manquons d'éléments pour savoir si le sommeil possède réellement des vertus réparatrices.

Il existe, sur la cause finale du sommeil, une autre manière de voir qui considère le sommeil non comme un réparateur de la fatigue passée, mais comme un accumulateur de forces destinées à faire face à la fatigue future. Dans cette hypothèse, on comprend bien pourquoi l'enfant dort beaucoup : l'enfant accumule pour progresser ; pareillement on s'explique pourquoi le vieillard dort si peu : il use son capital. Un fait qui semble bien montrer que le sommeil est un accumulateur, c'est que l'instant le plus pénible de la courbature est précisément celui qui succède au sommeil, celui par lequel on passe en sortant de son lit. Par contre, c'est quelque temps après le lever que la courbature disparaît sous l'influence d'une nouvelle fatigue. Il en est de

même pour les travaux intellectuels qui amènent une courbature des membres et du tronc.

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur la cause finale du sommeil, que l'on considère le sommeil comme réparateur ou comme accumulateur, nous sommes toujours sûrs qu'on ne peut se passer de sommeil.

Combien de temps doit-on dormir? L'école de Salerne dit : « *Sex horas satis dormire est* » : c'est là un minimum ; un homme bien portant dort en moyenne sept ou huit heures par jour. Il existe cependant des variétés notables : certains individus dorment bien moins, d'autres beaucoup plus. Je ne crois pas que ce soit là le résultat d'une propriété inhérente à l'individu ; l'accoutumance me paraît jouer le plus grand rôle dans les différences.

Les médecins peuvent être et sont souvent consultés par des malades se plaignant seulement de troubles du sommeil. En pareille occurrence, la plus détestable formule que le médecin puisse employer est celle-ci :

« Il faut faire dormir le malade ».

Cela ne peut aboutir qu'au sommeil artificiel : or c'est encore un des côtés particuliers de la question du sommeil que l'impossibilité de l'emploi d'un tel procédé thérapeutique : il ne s'agit pas de provoquer l'accomplissement de la fonction naturelle, ce à quoi l'on ne peut arriver, mais d'écarter tous les agents qui peuvent empêcher son libre fonctionnement.

Quels sont donc les empêchements qui peuvent survenir ? Les causes qui viennent troubler la fonction du sommeil sont variées et il faut les étudier dans l'ordre chronologique. Or la chronologie complète du sommeil comprend cinq temps :

1° L'appétit du sommeil ;

2° Le sommeil commençant qui s'étend en général de 11 heures à 1 heure ;

3° Le sommeil dans son plein qui s'étend de 1 heure à 3 heures du matin ;

4° Le sommeil décroissant qui s'étend de 3 heures à 7 heures du matin ;

5° L'appétit du réveil et le réveil.

Il ne faut pas croire qu'il s'agisse là d'une division fantaisiste arbitraire ; ces divers temps diffèrent grandement, et il est présumable que chacun d'eux est en rapport avec un état spécial de la circulation cérébrale.

De même qu'un livre a sa préface destinée à mettre le lecteur dans le mouvement, à le mettre au courant de la situation, de même toute fonction, quelle qu'elle soit, a sa préparation. Quand cette préparation est évidente, qu'elle s'impose à l'individu avec fatalité, elle prend le nom d'appétit : il y a un appétit du sommeil.

Un homme qui va s'endormir éprouve une sensation de fatigue générale : ses muscles ont une tendance invincible à se mettre dans le relâchement ; le muscle releveur de la paupière supérieure semble éprouver ce besoin le premier et avec la plus grande intensité ; c'est ce qui fait dire à l'individu qui éprouve le besoin de dormir : « Mes paupières s'alourdissent. » A mesure que le sommeil approche, la volonté disparaît peu à peu : il arrive un moment où elle est incapable de lutter contre le relâchement musculaire et le passage de la veille au sommeil est souvent marqué par la chute d'un objet que le dormeur tenait entre les doigts.

Cette préparation au sommeil a une durée variable.

Dans certains cas, l'appétit du sommeil est véritablement boulimique, sa durée est très courte, à peine quelques secondes, et on peut le comparer à l'aura des épileptiques. La narcolepsie, qui nous offre un exemple de sommeil artificiel débutant spontanément comme le sommeil naturel, nous fournira des types d'étude pour cette boulimie du sommeil.

Un garçon marchand de vins, âgé de 15 ans, sert la pratique : il apporte un verre, il parle. Au milieu d'une phrase, il est pris d'une subite envie de dormir, il y succombe instantanément debout, le verre en main, au grand étonnement des consommateurs. Une minute après il se réveille à la façon des hypnotiques.

Un garçon de vingt-huit ans, employé à porter en ville des pa-

niers remplis de cristaux, se sent pris subitement d'une envie de dormir impérieuse : il s'arrête, s'appuie à un mur ou à un bec de gaz, et s'endort le panier de cristaux sur l'épaule. Il se réveille une ou deux minutes après.

Il faut remarquer, à propos de ces deux jeunes gens, qu'ils ne sont pas hypnotisables et que leur sommeil n'a aucune régularité horaire.

Une jeune fille de dix-sept ans, nerveuse, habitant la campagne, est à l'église avec sa mère. Une envie subite de dormir s'empare d'elle. Elle en a parfaitement conscience, elle rentre chez elle, se déshabille, se couche et reste au lit pendant trois jours, plongée dans un sommeil profond. Elle ne présente, pendant ce temps, ni catalepsie, ni aucun signe d'hypnotisme. Elle se réveille ensuite lentement et reprend sa vie ordinaire, pour retomber au bout d'un mois dans un sommeil semblable.

Un fermier de Normandie, riche, jeune, marié, sobre, chasse avec quelques amis. Il traverse un pré, s'asseoit et s'endort. Ses amis l'appellent ; n'entendant pas de réponse, ils se mettent à sa recherche, ils le trouvent endormi et le secouent de toute façon pour le réveiller. Leurs efforts sont inutiles; on le transporte chez lui toujours endormi, et ce n'est qu'au bout de sept heures qu'on parvient à le réveiller. Et tous les jours ainsi à dater de ce moment, il s'endormait à des heures variables. La famille me fit appeler, je restai vingt-quatre heures auprès du malade, et pus constater que son sommeil était complètement hypnotique : sa femme le réveillait en lui soufflant sur le nez. Cette dernière, du reste, en véritable fille d'Ève, a dirigé son mari de telle sorte, qu'il est devenu un sujet.

Une jeune fille est sujette à un sommeil spontané, brusque, périodique, revenant tous les jours à huit heures, que la jeune fille sache l'heure ou non, que la pendule avance ou retarde. Son sommeil est absolument hypnotique.

Une comtesse belge s'endort chaque soir, pendant deux ans, à neuf heures précises. Aucun moyen ne la réveille avant huit heures du matin. Son sommeil est cataleptique; elle reste immo-

bile, la bouche ouverte, figée dans la position qu'elle occupe au moment où elle a été surprise par cet étrange sommeil qui, d'ailleurs, ne lui procure aucun repos.

Dans ces exemples variés, empruntés à des états morbides et non à des états physiologiques, l'aura du sommeil est donc très courte. Dans le sommeil naturel, l'aura est beaucoup plus longue.

On peut d'ailleurs établir comme loi que plus le sommeil s'éloigne du type naturel, moins l'avertissement a de durée, en sorte que l'on peut construire une échelle au bas de laquelle se trouvera le sommeil naturel, et au sommet de laquelle on trouvera les sommeils pathologiques et en particulier ces états cataleptiques où le malade s'endort à heure fixe, sans une apparence de préparation.

La meilleure manière d'étudier les conditions favorables au début du sommeil est d'examiner un individu éprouvant le besoin de dormir et désirant résister à ce besoin. C'est là une étude des plus intéressantes. Instinctivement (l'analyse faite par l'instinct est très délicate), il écarte tout ce qui peut contribuer à l'endormir, et recherche tout ce qui empêche le sommeil.

On sait que pendant un sermon ou un cours ennuyeux, une invincible tendance au sommeil se manifeste : cela n'a rien d'étonnant, car ces deux actes portent au plus haut degré de la perfection les conditions que l'on retrouve au complet dans la méthode des nourrices pour endormir leurs nourrissons : ces conditions sont réalisées par le bercement qui peut être physique ou mental.

Un mouvement doux, régulier, monotone (bercement physique) accompagné d'un chant monotone et complètement dénué d'intérêt (bercement mental) constituent le procédé employé par les nourrices.

Au cours ou au sermon, l'homme qui lutte contre le sommeil évite le bercement, se soustrait à son influence en cessant d'écouter le professeur ou l'orateur et en portant son attention sur un sujet différent et intéressant. Au contraire, un homme

qui cherche à s'endormir saura fort bien à l'occasion se bercer par sa propre pensée : il aura recours à certains procédés bien connus ; celui-ci fera des combinaisons de chiffres, répétera le même calcul avec la plus grande monotonie possible ; celle-là récitera des vers, quelques dizaines de chapelet, ou quelque prière commune et maintes fois répétée.

La monotonie n'aboutit pas toujours au bercement et ne réussit pas toujours à endormir : il est un cas où le résultat est absolument contraire, c'est celui où les idées ne sont plus des berceuses et où elles deviennent des *obsessions*. L'obsession empêche le sommeil par l'idée qui s'impose et contre laquelle toute lutte est impossible. Nous sommes un peu désarmés quand nous cherchons à rendre le sommeil à l'obsédé ; le moyen le plus rationnel que nous ayons est de mettre en avant une idée intéressante : mais celle-ci, à son tour, empêche le sommeil.

Le bercement n'est pas la seule condition favorable au sommeil : il existe un certain nombre d'encouragements physiques, au premier rang desquels on doit citer la *posture*. Nous sommes en définitive comme le chien qui tourne plusieurs fois en rond jusqu'à ce qu'il ait trouvé une posture convenable pour s'endormir.

La position intervient pour donner au système musculaire la plus grande somme de détente possible. Elle doit donner aussi aux organes splanchniques le plus de liberté possible : les viscères sont plus ou moins bien dans telle ou telle situation. Il est des attitudes splanchniques nécessaires.

La conséquence naturelle est la suivante. Dans une maladie qui a des déterminations du côté de tel organe, si on veut soulager l'insomnie, la posture à prendre doit compter comme un élément important et doit être celle qui donne le plus de jeu à l'organe malade.

Les changements de posture pendant la nuit (changements instinctifs et le plus souvent inconscients), et l'histoire du décubitus dans les maladies, nous auraient conduit par induction à la même conclusion.

Le pronostic peut bénéficier de cette donnée générale : un pneumonique qui ne s'astreint plus à un décubitus déterminé peut être déclaré guéri : car la possibilité de varier la posture donne la preuve du retour fonctionnel de l'organe à l'état normal.

La *seconde phase du sommeil*, celle qu'on peut désigner sous le nom de sommeil croissant, s'étend de onze heures du soir à une heure du matin.

Ce sommeil de la première heure n'est influencé ni par le boire, ni par le manger, c'est le plus profond : on y perd jusqu'à la conscience de l'heure. Cette perte de la notion du temps passé à dormir caractérise l'état de santé : la proposition inverse peut s'énoncer pour l'état de maladie : l'homme malade se réveille au bout d'un quart d'heure, croyant avoir dormi toute la nuit. Au point de vue du pronostic, ceci constitue une donnée de premier ordre : quand un malade, après de longues nuits d'insomnie, dit un jour au médecin : « Je me suis réveillé à trois heures du matin, et je croyais avoir à peine dormi un quart d'heure, » on peut affirmer que la maladie est à son déclin et que la guérison est proche.

C'est dans la phase du sommeil croissant que s'observent les terreurs nocturnes des enfants et de l'adulte.

Une personne se couche et s'endort vers onze heures du soir. A peine a-t-elle les yeux fermés, qu'elle se réveille en sursaut sous le coup d'une hallucination visuelle, cette hallucination est réduite, elle est représentée par un point clair ou un point sombre : le point clair devient facilement un incendie, le point sombre représente un précipice. Ces hallucinations, toujours les mêmes pour un même individu, ont un caractère de fixité qui ne permettra pas de les confondre avec celles des alcooliques. Un individu en proie à de pareilles hallucinations devra être soigneusement examiné au point de vue cérébral.

L'enfant peut avoir un réveil analogue dans la première partie de la nuit : il faut alors le considérer, lui aussi, comme un petit cérébral et tenir compte d'un avertissement dont la suite est souvent fatale.

Le troisième temps du sommeil, la période d'état s'étend de une heure à trois heures du matin. C'est la phase par excellence où éclatent les troubles des fonctions digestives, et les vieux médecins, qu'on vient réveiller à deux heures du matin, ne s'effraient pas, sachant qu'il s'agit presque toujours d'une indigestion.

Envisagée d'une manière générale, et en dehors du cas qui nous occupe, l'indigestion est, avec le rhume de cerveau, ce qui peut nous donner la meilleure idée de la maladie : c'est un type d'étude : l'indigestion a ses manières de se préparer, ses phénomènes préindicateurs ; une fois établie, elle présente des accidents du côté des grands appareils ; elle a ses accidents nerveux, l'angoisse et un malaise inexprimables ; des troubles circulatoires, révélés par une pâleur extrême de la face ; des troubles sécrétoires, des troubles visuels ; enfin on sait qu'elle peut aller jusqu'à la défaillance et jusqu'au collapsus.

La nuit, l'indigestion prend une symptomatologie particulière ; le sommeil est troublé par un malaise général : il s'accompagne de rêves bizarres ; enfin il est interrompu, vers deux heures du matin, par un cauchemar, c'est-à-dire par une sensation de constriction, de compression, de strangulation, qui est ou non accompagnée d'un rêve. Il semble alors au malade qu'il ne peut plus respirer ; il veut pousser un cri : il se réveille. Ce cauchemar pseudo-thoracique pourrait être expliqué par la distension gazeuse de l'estomac.

Il est un trouble gastrique assez commun qui survient un peu plus tard que l'indigestion : c'est un trouble par inanition ; il ne reste plus rien dans l'estomac ; une sensation vague spéciale, un malaise particulier surviennent et réveillent le malade, qui ignore la cause de son insomnie. Le médecin, ayant reconnu la nature de ce trouble, ordonnera au malade de manger : il faudra lui faire prendre une nourriture plus liquide que solide, et l'expérience acquise a montré que ce qui remplit cette indication avec le plus de succès, c'est un biscuit et un verre de vin généreux, bien supérieur dans ce cas au lait, bouillon, etc. Ce

malaise gastrique s'observe pendant la journée, atténué par les préoccupations, vers cinq ou six heures du soir; on le traite toujours de la même façon, par la nourriture prise au moment du malaise.

D'une manière générale, on peut avancer que l'état de la digestion a une influence des plus accusées sur le sommeil; le plus petit trouble digestif, le plus léger malaise peuvent troubler le sommeil; tantôt c'est de l'agitation nocturne sans rêves; tantôt le sommeil est entrecoupé de mauvais rêves, expression vulgaire dont il est impossible de trouver un synonyme.

Dans cette même période on peut observer des troubles du sommeil chez les cardiaques. Nous laissons de côté ici l'insomnie qui résulte chez un cardiaque soit de l'oppression, soit d'un décubitus spécial; nous voulons parler des cardiaques à cauchemar. Le cauchemar tient à un trouble de la circulation cérébrale; pendant la veille, un cardiaque peut supporter tous les troubles circulatoires, il ne le peut plus quand le sommeil crée son mode spécial de circulation.

C'est surtout dans les affections mitrales que le cauchemar s'observe : le sommeil, dans sa période d'état, est troublé par de la peur, de l'anxiété, de l'angoisse non respiratoire et des hallucinations visuelles. Ces dernières n'ont pas d'analogie avec celles des alcooliques : l'alcoolique voit toujours l'objet en mouvement et lui donne immédiatement une signification; le cardiaque ne précise pas, il reste dans le vague, et, malgré ses efforts, n'arrive pas à donner un corps à son hallucination : il devient alors fort anxieux.

Les aortiques, au début, présentent un fait remarquable au point de vue du sommeil : leur maladie étant trop peu accusée pour se manifester pendant la veille, c'est pendant le sommeil que surviennent les troubles circulatoires et les troubles respiratoires; il est un certain nombre d'aortiques chez lesquels les symptômes de la maladie ne se manifestent que pendant la période d'état du sommeil.

C'est à cette même heure des troubles chez les cardiaques,

que l'albuminurique atteint le maximum de son oppression nocturne.

Enfin les troubles du sommeil, de une heure à trois heures, peuvent tenir à des maladies nerveuses ; ici il faut distinguer deux cas : tantôt il s'agit de perturbations nerveuses engendrées par le sommeil ; tantôt il s'agit d'un trouble du sommeil survenant au cours d'une maladie nerveuse déterminée.

Voici le type du premier cas : Un homme (ce n'est jamais une femme) se couche comme à l'ordinaire ; vers deux heures du matin, il se réveille ; il « gigote » et ses mouvements sont causés par un agacement insupportable dont le siège est dans les membres inférieurs ; il se tourne et se retourne, car il lui semble qu'en modifiant sa position il fera cesser ce malaise. Cette sensation dans les muscles inférieurs rappelle surtout les caractères de ce que les femmes enceintes appellent leurs « inquiétudes dans les jambes ». Cet état nerveux s'accompagne d'un autre symptôme : quelquefois le malade est en érection, érection sèche, non voluptueuse.

Tous ces troubles peuvent disparaître immédiatement par le seul fait de sauter à bas du lit ; l'érection cesse, l'inquiétude des membres disparaît ; mais, si le malade se recouche, tous les symptômes reprennent au bout d'un instant ; cet état morbide, aux allures si modestes, peut devenir un supplice horrible ; les accès peuvent se répéter plusieurs fois par nuit et durer quinze ou vingt ans. Quant à sa nature, c'est là une question délicate : je l'appellerais volontiers la maladie spinale du sommeil.

Chez un asthmatique vrai, le début des accès se fait toujours après minuit ou une heure.

Un certain nombre d'affections peuvent présenter des manifestations uniquement pendant le sommeil : il en est ainsi pour les affections nerveuses syphilitiques. Certains maniaques n'ont de maux que pendant la nuit. La sciatique est quelquefois presque exclusivement nocturne et ne donne, pendant le jour, que quelques incommodités. Enfin, c'est à cette phase du som-

meil que l'eczéma sec de l'anus et l'urticaire procurent leurs plus cuisantes sensations.

Cette influence du sommeil sur les maladies nerveuses et sur les manifestations douloureuses de divers états morbides appartient au sommeil naturel et fait défaut dans le sommeil artificiel. Elle doit être opposée à cette propriété qu'a le sommeil de calmer l'hystérie et de suspendre la chorée.

La quatrième phase, celle du sommeil décroissant, présente à étudier un grave événement, c'est la crise de l'épilepsie vraie à manifestations nocturnes. Parmi les épileptiques vrais, il en est qui peuvent être frappés aussi bien dans l'état de veille que pendant le sommeil ; il en est un certain nombre qui, pendant trente et quarante ans de leur vie, ont des attaques exclusivement nocturnes.

Or, tandis que les attaques diurnes ne choisissent aucunement leur heure et surviennent à n'importe quel moment de la journée, l'attaque nocturne n'arrive jamais avant trois heures du matin et elle reste enfermée dans les moments qui précèdent le réveil. Quand une crise convulsive survient avant, elle peut être aussi semblable que possible à une crise d'épilepsie vraie, être aussi épileptoïde que l'on voudra, on peut affirmer que ce n'est pas de l'épilepsie vraie. Autant il est démontré que la crise hystérique ne survient jamais pendant le sommeil, aussi certain il est que l'épilepsie vraie peut n'avoir que des manifestations nocturnes et que ces manifestations viendront après trois heures du matin.

Le sommeil est le seul excitant, la seule cause connue de la crise épileptique : en dehors de lui on ne connaît pas une seule circonstance pouvant provoquer une crise chez un épileptique vrai : la peur la plus vive, l'émotion la plus forte, n'ont jamais pu, quoi qu'on affirme, être l'occasion d'une attaque d'épilepsie vraie.

La quatrième période touche à sa fin et le réveil va venir : il n'est pas inutile de faire remarquer que certains caractères du sommeil décroissant annoncent le réveil et indiquent la transition d'une phase à l'autre. Contrairement au sommeil croissant,

le sommeil décroissant possède la propriété d'être compatible avec la notion de l'heure. Un homme réveillé vers une heure du matin se rendort jusqu'à six heures : quand il se réveille pour la seconde fois, il sait approximativement l'heure qu'il est.

Il est probable que ce qu'on appelle le « somnus vigil » n'est qu'une expression plus complète et plus parfaite de l'état qui répond au sommeil décroissant : ou en d'autres termes, il est probable que dans le « somnus vigil », les modifications de la circulation encéphalique sont les mêmes, mais à un degré plus élevé que dans le sommeil décroissant.

Enfin le cinquième temps du sommeil, celui qui succède à la phase précédente, c'est le réveil. Si je ne craignais de m'étendre sur ce sujet bien au delà des limites que je me suis fixées, il ne serait pas sans intérêt de comparer l'état de celui qui se réveille à l'état de celui qui s'endort : l'étude de ces deux phases intermédiaires mises en parallèle se prête en effet à des observations nombreuses. Je ne ferai que signaler, en les opposant, la possibilité de vouloir se réveiller et l'impossibilité de vouloir s'endormir, les bâillements du soir et les pandiculations du matin, etc.

Ce qu'il faut savoir, c'est que le réveil, s'il est quelquefois brusque, peut d'autres fois être constitué par une série de transitions infinies au cours desquelles les individus parlent, causent, mais sont incapables d'état intellectuel. Leurs facultés psychiques semblent ne reprendre leur activité que par fragments, et tant que leur ensemble n'est pas ressaisi par le dormeur, celui-ci garde une conscience imparfaite des objets du monde extérieur et présente une mine hébétée particulière. Il faut retenir ce fait pour certains enfants qui sont incapables de tout effort intellectuel dans les premières heures qui suivent le réveil.

Je termine, et je vais clore cette longue causerie par la remarque suivante : Si les quelques considérations qui précèdent ne jettent pas une vive lumière sur la nature du sommeil, elles offrent à nos méditations un certain nombre de faits bien im-

portants parmi lesquels je veux retenir le suivant : le sommeil est le plus puissant des modificateurs du système nerveux, puisqu'il préserve de l'hystérie, arrête la chorée et provoque l'épilepsie.

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

Les questions relatives à l'enseignement de la médecine prennent par intervalles, et presque par accès, un intérêt d'actualité. Puis la curiosité semble s'épuiser ou s'éteindre ; mais le feu couve sous la cendre, et l'indifférence, même aux périodes les moins mouvantes, n'est qu'à la surface. Nous sommes dans un des moments où le public médical se passionne, ce qui veut dire qu'il ne tardera pas à rentrer dans le calme de l'expectation.

Des discussions publiques, la plupart sans autorité, ont commencé l'agitation. Quelques rares écrivains ont abordé le problème par ses grands côtés ; un plus grand nombre ont émis avec plus de solennité que d'arguments des opinions dépourvues de nouveauté ou de contrôle. Il est arrivé pour l'enseignement de la médecine ce que nous voyons tous les jours au cours des méthodes de traitement. Un remède inconnu apparaît, on l'exalte ou on le décrie avant d'attendre les résultats de l'expérience ; après quoi, on l'essaie, et, moitié découragé, moitié entraîné, on se demande jusqu'à quel point cet agent merveilleux est en mesure de tenir ses promesses.

Si l'on veut étudier sérieusement ces graves problèmes, la première condition est de le faire sans parti pris, de ne pas croire aux panacées, de ne pas déconsidérer le passé certain au profit d'un avenir conjectural, et d'apporter à ces débats une méthode sévère de recherches.

L'organisation de notre enseignement médical repose sur des

principes tantôt d'accord, tantôt en contradiction avec ceux qui régissent les institutions analogues à l'étranger. Toutes les fois qu'un médecin, un professeur, vivant dans un autre milieu que le nôtre, s'impose le travail d'exposer les idées de son pays, qu'il soit ami ou ennemi, partial ou juste, libéral ou systématique, il est de devoir étroit de s'associer à ses efforts.

Le livre de Billroth (1) est une de ces œuvres considérables. Il n'appelle pas la critique, car nous n'avons rien à voir aux institutions médicales allemandes; mais il fournit la matière d'une comparaison précieuse.

Il s'est fait autour de l'ouvrage de Billroth plus de bruit peut-être que l'auteur ne l'eût souhaité, si tant est que ses compatriotes déclinent la notoriété, quelle que soit la forme sous laquelle elle se produit.

Billroth n'est rien moins que prévenu en faveur de la France; il la traite du haut de sa grandeur, et ne sait pas un mot de son organisation médicale. Tout ce qu'il en dit, quand il daigne en parler, est un tissu d'erreurs sous l'apparence de renseignements irréprochables. C'est à se demander si un écrivain qui raisonne si doctrinalement sur notre enseignement, sans s'être donné le souci de l'apprendre, doit être cru sur parole quand il parle de son propre pays.

A côté de ces défectuosités, qui relèvent surtout d'un patriotisme de mauvais aloi et qui s'excusent par la prétention inhérente depuis tant d'années à la nation d'être le seul peuple érudit en toutes choses, l'ouvrage a des qualités supérieures. Il est édité presque d'hier, et semble avoir déjà vieilli; mais, pour qui sait distinguer le grain de l'ivraie, il soulève des vérités qui ne vieillissent pas.

Je ferai deux parts dans cette étude : l'une où je résumerai les idées de Billroth, l'autre où j'essaierai d'établir une façon de parallèle entre l'enseignement médical des Allemands et le nôtre.

Billroth est, comme on sait, un Prussien exilé à Vienne, et qui,

(1) *Uber das Lehren und Lernen.* Vienne, 1870.

à la manière de certains émigrants, subit sa patrie d'adoption plus ou moins volontaire et s'en sert comme d'un repoussoir pour affirmer son indigénat. Le tableau qu'il présente de l'étudiant viennois ne manque ni de mordant ni surtout d'acrété; on sent que le maître ne vit pas dans un milieu qui lui soit sympathique; et de là à conclure qu'il n'est pas sympathique aux élèves, il n'y a pas loin. Néanmoins, que le portrait soit fidèle ou non, il est la vraie entrée en matière de toute étude sur un enseignement, quel qu'il soit. Ce ne sont pas les professeurs qui font la loi, ce sont les étudiants. Que l'on choisisse Londres, Édimbourg, Berlin, Vienne, Paris, Madrid ou Rome, partout on trouvera un corps enseignant plus ou moins similaire. A en juger par les instituteurs, les élèves devraient être les mêmes : il s'en faut pourtant, et de beaucoup. Qu'au contraire on prenne la peine de pénétrer dans la vie intime des étudiants, d'analyser leurs instincts, de juger leurs méthodes intimes de travail, d'apprécier leur culture et leurs aspirations, etc., on verra chaque nationalité se dessiner. Voilà longtemps qu'on accuse les historiens d'oublier le peuple au profit des gouvernements; Billroth ne commet pas cette faute, et c'est par le peuple qu'il commence.

« Il est certain qu'il n'existe nulle part autant d'étudiants pauvres qu'à Vienne, et qu'il faut bien les aider, tant la vie est chère dans la ville. Encore s'il ne s'agissait que de la pauvreté! Tout homme est pauvre qui n'a pas les moyens de soutenir la situation sociale que sa naissance ou sa volonté lui a faite. Les choses ne vont pas ainsi : il arrive à Vienne de la Galicie, de la Hongrie, des jeunes gens, israélites pour la plupart, qui ne possèdent absolument rien, et qui obéissent à l'espérance insensée de trouver l'occasion de gagner de l'argent par des leçons particulières, de petits emplois chez les boursiers, à la poste, au télégraphe, et d'étudier la médecine. Ailleurs ils ne pourraient même pas végéter : aussi ne vont-ils ni à Gratz ni à Innsbruck, où la dépense est réduite. C'est à Vienne seulement qu'il leur est possible d'étudier.

« On les encourage en vertu du préjugé, que les gens qui se

vouent à une carrière libérale, malgré tant d'obstacles, sont dominés par une attraction invincible et libéralement doués. Ni l'un ni l'autre n'est vrai: la folie qui les pousse à l'étude est leur orgueil, et plus encore celui des parents. La plupart ont peu d'aptitude pour les sciences naturelles et sont absolument incapables pour la médecine. En supposant qu'ils aient individuellement un appétit vers l'idéal, il n'en résulterait pas qu'ils ont du talent. Parmi les hommes munis de talent hors ligne pour les études spéciales, presque tous sont actifs, ardents, désireux d'acquérir; mais, dans le domaine de la science comme dans celui de l'art, combien trouve-t-on de natures non moins passionnées, non moins avides d'instruction et dépourvues de toute capacité! Ces travailleurs à tête de bois, à vue courte ou nulle, à mains de plomb, à cerveau gélatineux, qui aboutissent au savoir lexicographique ou à la quiétude de l'impuissance, surabondent parmi les pauvres étudiants en médecine. Ils tremblent dès qu'on leur adresse la parole aux examens et perdent complètement le peu qu'ils avaient d'intelligence quand on les regarde en face, aussi incapables d'exprimer leur pensée dans l'allemand qu'ils ne comprennent pas, que dans toute autre langue. S'il en est ainsi, est-ce la faute de l'enseignement?

« Il leur manque le nécessaire: une chambre chaude, le vêtement, la nourriture. Mais ce n'est pas tout: il leur manque surtout une éducation convenable à la maison paternelle et l'entrecours avec des gens bien élevés pendant leurs études.

« Pour les israélites, la carrière médicale est encore la plus accessible. Quand un docteur juif a quelque peu réussi, son succès entraîne une foule d'imitateurs. La profession offre des procédés multiples et divers de réussite; la chance y a sa place, et le talent passe si souvent aux yeux de ceux qui n'en ont pas pour de la chance. S'il s'agissait seulement d'une aspiration vers des études élevées, pourquoi ces élèves ne se répartiraient-ils pas dans l'étude de la philosophie, de l'histoire, de la linguistique?

« Non, ce n'est pas pour de telles gens que notre organisation scolaire est faite : elle réclame une tête libre et un libre mouvement de l'esprit.

« Dans le reste de l'Allemagne, la profession ne se recrute pas parmi les familles riches : les étudiants sont des fils de ministres, de petits employés, de maîtres d'école, qui, tout en menant une existence étroite, appartiennent aux classes cultivées. Les pères ont fait leurs études à l'université ; à la maison, dans la famille, dans l'entourage règne le goût pour la culture intellectuelle. Le père se voit revivre dans son enfant ; le fils, déjà préparé, fournit un terrain solide à l'instruction universitaire, et les parents, juges de ses aptitudes, abandonnent la partie quand ils ont reconnu l'insuffisance de l'élève. »

En regard de l'étudiant viennois, mettons l'étudiant français, celui du moins qui fréquente l'École de Paris, le seul que j'aie pratiqué, mais que je crois connaître :

Notre étudiant en médecine appartient, comme dans presque toutes les contrées du monde, au second degré de la bourgeoisie. J'ai eu la curiosité de recueillir les professions des parents : ce sont de petits propriétaires, des employés de situation modeste, des marchands demi-aisés, des pharmaciens ou, dans la minorité des cas, des médecins. Le père a bien souvent le désir de voir son fils lui succéder ; mais la tâche est lourde, le travail sans répit et peu rémunéré ; la mère, les sœurs, les amis se concertent dans une opposition insinuante, qui est toujours le mode d'éducation le plus puissant. L'enfant rêve une existence moins assujettie, et c'est presque par exception qu'il se résigne à accepter un fardeau dont il sait d'avance le poids.

La première instruction scolaire a marqué le début de sacrifices dont plus tard et parfois trop tard l'élève a la conscience. L'instruction a été celle de tous, il a suivi le *curriculum vitæ* classique et monotone de l'enseignement secondaire. Puis les épreuves du double baccalauréat subies, la famille anxieuse l'a envoyé dans une école secondaire ou dirigé d'emblée sur Paris.

A son arrivée, ce n'est pas la préparation intellectuelle, c'est la culture sociale qui lui manque. Devenu sans transition, de lycéen, étudiant, il n'a jamais vécu de la vie du monde. C'est un adolescent auquel on fait porter des habits d'homme à la façon des garçons du premier âge qui dépouillent subitement la robe banale pour revêtir le costume de leur sexe. Il est possible d'exiger des épreuves probatoires qui témoignent des connaissances acquises, mais comment combiner le programme d'un examen qui fournirait une mesure quelconque de l'éducation ?

Cette insuffisance n'est pas propre à notre pays, on la retrouve partout, et partout, faute de mieux, les hommes expérimentés déclarent que tant vaut la culture initiale tant vaut l'instruction ultérieure du médecin. L'Angleterre, où les études préparatoires sont notablement inférieures aux nôtres et où la maîtrise ès arts est bien au-dessous de nos baccalauréats, n'a cessé de protester et de réclamer un surcroît d'exigence. L'Allemagne se vante au contraire de former des aspirants à la médecine supérieurs à ceux du reste du monde ; mais qu'on se plaigne ou qu'on se loue de l'état des études classiques, personne ne songe à en diminuer la souveraine importance. A Paris l'étudiant retrouve des compatriotes ou se crée des relations de camaraderie ; autrefois et quand le chiffre des élèves n'excédait pas un ou deux milliers, la corporation se concentrait dans ce *ghetto* original qu'on appelait le quartier latin. Aujourd'hui avec six mille étudiants et au delà, la communauté n'existe plus qu'à l'état de dispersion. L'unité s'est fractionnée par groupes, mais les mœurs ont peu changé.

Quel que soit le mode de vivre, je n'ai pas à le retracer ici ; mais dans l'existence de chaque élève, il convient de faire deux parts : l'une absorbée par des distractions, hélas ! trop insignifiantes, l'autre vouée au travail. L'étudiant médecin est en somme laborieux, il semble plutôt excité que découragé par les répugnances qu'inspire la profession à son début et qui forment un singulier contraste avec ses habitudes de la veille. En revan-

che, il entend en user à sa façon, et, tout en continuant la tradition, il se figure volontiers qu'il réserve sa personnalité tout entière. La plupart fréquentent peu les cours ; l'étude des livres élémentaires a plus de séductions pour eux, soit qu'elle se rapproche davantage de leurs méthodes accoutumées d'instruction, soit qu'elle leur représente une plus libre allure.

De tous les étudiants du monde, le Parisien est celui qui lit le plus, dans sa chambre où, à la place d'honneur, figurent quelques traités classiques, à la bibliothèque, dans les cabinets de lecture. Il lit bien plus qu'il n'écoute.

Cette culture solitaire a les avantages et les défauts de tous les isolements ; elle exclut les ardeurs du travail en commun, les entraînements qu'éveille seule la parole, et remplace la discipline des études réglées par la fantaisie. Rien n'est moins rare que de voir aux examens un élève à la fois nul, suffisant ou distingué, suivant qu'on l'interroge sur des points différents de la pathologie : l'uniformité du savoir est presque l'exception.

Il en est tout autrement dans les écoles, où à l'initiative individuelle on a pris soin de substituer un programme qui se déroule dans son ordre chronologique. L'élève se développe conformément à la loi, les faibles se remontent, les forts s'abaissent pour que pas un ne reste au-dessous du niveau ou ne l'excède. C'est la glorification de la bourgeoisie intellectuelle. Tout compensé, je n'hésite pas à préférer une liberté parfois abusive à l'excès de la contrainte.

A l'encontre de cette concentration viennent les exercices de l'hôpital ou du laboratoire. Là notre étudiant n'est pas toujours à la hauteur de la tâche; mais notre organisation médicale, partageant l'enseignement pratique en deux sections, dont l'une est déléguée à l'assistance publique, l'autre réservée à la faculté, et c'est la moins pourvue, entraîne des difficultés d'exécution considérables. Nous sommes le seul pays où l'élève en médecine appartienne à deux maîtres ; partout ailleurs il est l'homme et presque la chose de l'Université, qui du premier au dernier pas ne l'abandonne pas un instant : le faisceau n'a qu'un

lion. Chez nous la bifurcation commence dès la seconde ou la troisième année d'études. L'élève concourt pour l'externat, pour l'internat; ses maîtres ne sont qu'exceptionnellement ses professeurs, et, comme Dalembert, il hésite à savoir qui est sa véritable mère. Comment l'école serait-elle le centre unique de ses affections ou même de ses aspirations? Répartis dans des services hospitaliers les plus divers, commençant au hasard par des études d'une spécialité étroite, obligés chaque matin de parcourir des distances souvent énormes, les élèves se dispersent moralement et matériellement. La grandeur et la faiblesse de notre enseignement tiennent au même degré à cette organisation dont les étrangers n'arrivent pas à comprendre le mécanisme. Billroth s'est complu à exposer avec une solennité bureaucratique son opinion sur l'enseignement médical français. Ce qu'il en raconte ne vaudrait pas l'honneur d'être cité si, comme toujours, on ne trouvait une idée juste enfouie sous un monceau d'affirmations erronées.

« Nulle part l'instruction médicale n'est astreinte à un patron rigoureux (*schablonisirt*) comme en France, ce pays de liberté et d'égalité. Le gouvernement ne concède à la jeunesse studieuse aucune capacité de se diriger en vertu de son énergie propre et de sa conviction. Qu'on n'ait pas ainsi annulé toute trace d'intérêt scientifique, c'est un problème, et la chose fait honneur au talent de la nation. Peut-être cette organisation a-t-elle pour effet utile de ne permettre l'accès à la science qu'aux capacités robustes, aux caractères énergiques, aux aspirations indomptables.

« L'éducation médicale française a deux traits caractéristiques. Les méthodes d'instruction ne tiennent pas compte de l'âge et le même *patron* s'adapte à l'élève de 6 ou de 16 ans. L'enfant passe sans transition à l'homme.

« Par suite il n'y a pas de transition entre l'école et l'Université, et le travail indépendant des instituts et des laboratoires scientifiques y est inconnu.

« Il est possible que la pratique ne soit pas si étroite que les

règlements. Néanmoins c'est une chose étrange que les médecins et les chirurgiens allemands, qui ont tant eu à apprendre et tant appris des Français après leur avoir emprunté une bonne part de la méthode de recherche scientifique, l'ont introduite dans toutes leurs institutions universitaires avec un immense succès, tandis qu'en France l'esprit de recherche se renferme dans les académies ou dans quelques cercles réduits de savants.

« Si les étudiants français peuvent gagner la liberté et la sûreté d'étude des Allemands, il leur faudra encore recevoir une instruction préalable plus longue et plus solide. La réforme devrait commencer par la régénération des gymnases et par une plus longue fréquentation de ces établissements; peut-être est-ce chose très difficile. »

Or il faut être bien mal au courant des libertés prodiguées aux étudiants en médecine pour plaindre des élèves plus indépendants que ne l'est aucun homme mûr et libre. Un esprit de la valeur de Billroth est d'ailleurs assez mal venu à emprunter au bas journalisme allemand cette façon goguenarde de nous humilier au nom d'une sollicitude fraternelle pour nos intérêts les plus chers. Il y a longtemps que le jargon populaire a stigmatisé ces affectuosités haineuses en les appelant des larmes de crocodile.

Ce qui est vrai, c'est que l'étudiant allemand, plus libre au gymnase que le nôtre, l'est cent fois moins à l'Université. Ce qui est encore vrai, c'est que l'Allemagne a successivement détaché de plus en plus les études scientifiques proprement dites de l'apprentissage de la médecine.

Il n'existe plus une Faculté de médecine allemande où les sciences proprement dites : physique, chimie, botanique, soient enseignées. Les applications seules rentrent dans le programme de l'instruction médicale, qu'elles intéressent la physiologie, la thérapeutique ou toute autre branche. L'élève en médecine a commencé par une assistance sérieuse et suivie aux cours de la Faculté des sciences. Là, dégagé de la discipline du gymnase, qui d'ailleurs lui a peu pesé tant elle est moins étroite que la

nôtre, il entame sa vie d'étudiant et se prépare aux études professionnelles par une initiation scientifique générale. Chez nous, la transition du lycée à l'école se fait sans ménagement. De là les côtés aventureux d'une existence où les sciences et la médecine se heurtent incessamment et où l'aspirant est trop souvent incapable de mener de front des études presque contradictoires.

Beaucoup de bons esprits se sont préoccupés d'introduire en France la méthode allemande, d'élever chaque Faculté des sciences à la hauteur d'une école avec son règlement intérieur et ses exigences scolaires.

Pendant ce premier stage, qui devrait durer un ou deux ans, les candidats à la médecine seraient confondus avec les aspirants à toutes les professions dont les sciences sont la base. La Faculté de médecine n'ouvrirait ses portes qu'à des jeunes gens assouplis au travail et en même temps à l'exercice d'une liberté graduellement croissante.

En revanche, à partir du jour où l'étudiant a quitté la Faculté des sciences pour être immatriculé à l'école, ses heures sont comptées ou presque ses minutes. La question n'est pas de savoir ce qu'il a réellement appris, mais de mesurer au sablier le temps pendant lequel il lui a été commandé d'apprendre. Un étudiant allemand ne doit avoir, dans la première moitié de ses études, ni plus ni moins que 25 heures ou 25 séances de leçons et d'exercice par semaine. Pendant la seconde il lui faut 30 à 35 séances. Il lui restera, comme dit Billroth, toujours assez de loisir pour les accessoires (*Nebenfacher*).

Ainsi encadré, l'élève continue sans interruption d'obéir à cette machinale évolution à tant de leçons par semaine et tant de mois par année scolaire.

Heureusement que ces réglementations, bien qu'elles soient sanctionnées par la nécessité de produire incessamment des attestations d'assiduité, laissent des fentes ouvertes par où s'échappent les fantaisistes et les intelligences originales. Chez nous, la terre ridiculisée de la liberté et de l'égalité, la porte

reste grande ouverte. Encore une fois la vérité réside peut-être entre les deux extrêmes, mais l'amour du casernement scientifique ne déborde pas de notre côté.

De l'élève passons au maître, et nous verrons ensuite dans quelles conditions s'établissent les rapports entre ces deux éléments qui sont, et c'est une naïveté de le redire, solidaires l'un de l'autre.

Le tableau que Billroth trace du professeur français n'est guère plus flatté que celui où il dépeint l'étudiant viennois. Le portrait n'est pas manqué, il est bouffon, et cette citation sera la dernière, les autres pâliraient à côté.

« Il existe une singulière différence entre le professeur français et le professeur allemand, surtout pour la clinique. Le clinicien français vise d'abord à éveiller l'admiration des élèves, je ne dis pas seulement pour sa personne et pour son savoir, mais pour la science et spécialement pour la hauteur de sa science propre. L'élève doit être incessamment surpris, il doit sentir quelle énorme distance sépare son banc de la chaire et combien il lui faudra de travail pour franchir à peu près cet énorme fossé. Dans les cliniques françaises tout est préparé d'avance, le malade est examiné au préalable par le maître de façon que l'élève ne découvre pas un soupçon d'erreur possible. Quand le professeur a démontré l'infaillibilité de son savoir, son savoir devient écrasant.

« Sous les formes glorieuses d'une improvisation, le professeur préparé jusqu'au luxe prononce une leçon éblouissante d'éloquence. Tout l'auditoire frémit d'enthousiasme et bat des mains; après quoi l'infaillible disparaît pour rentrer dans les nuages.

« S'il en était ainsi tous les jours, la tâche serait colossale, épuisante, mais avec deux ou trois leçons par semaine et un public qui se renouvelle tous les trois mois, la chose dure un bout de temps : même esprit, même tendance dans la salle d'opération.

« Le Français moderne a plus de souci de la forme que du fond.

« Il résulte de cette manière de faire que l'étudiant dans la clinique n'a pas le moindre contact ni avec le professeur, ni avec les aides, ni avec le malade. Il lui faut, pendant un certain temps, assister aux visites du matin, être attaché à ces services hospitaliers pour acquérir la routine de la pratique. C'est ce qu'on appelle le stage.

« L'esprit scientifique libre aspirant toujours à un plus haut degré de perfectionnement, comme nous le voulons chez les Allemands, ne se cultive pas par la méthode française. Le métier, la science et l'art y sont séparés au lieu de croître ensemble reliés par l'organisation des études. »

On a beaucoup écrit, dans ces derniers temps, sur les institutions médicales allemandes, et les Français n'ont qu'à parcourir, avec les journaux périodiques, divers rapports officiels pour se déclarer au courant. Ces documents vrais et corrects appuyés par la traduction des règlements universitaires seraient parfaits, si la question était de savoir combien l'arbre a de branches sans s'inquiéter des fruits qu'il produit.

Que par une hypothèse heureusement irréalisable, on suppose l'organisation enseignante de n'importe quel pays installée chez nous, nos étudiants seront-ils plus instruits parce qu'ils le seront autrement?

Une convention traditionnelle, dont un avenir lointain nous délivrera, veut que l'Université forme un corps compacte dont chacune des Facultés représente seulement un des membres. La réglementation s'impose uniforme dans la lettre, disparate au fond. Cette unité mystique de l'Université a gardé en Allemagne son autorité presque légendaire; à la surface ses cinq catégories d'étudiants sont régies par le même code, au fond ils ne se ressemblent pas plus que les ménages d'une même maison.

En France, les écoles de nouvelle création ont rompu avec le passé, et en dehors des Universités on compte des institutions de premier ordre vouées surtout aux études scientifiques. Il en est ainsi dans toute l'Europe. La médecine a la malechance

d'être vieille comme le monde, contemporaine de la littérature et de la théologie; à ce titre, son absence du cadre universitaire déparerait le tableau. Et cependant la langue populaire, toujours pleine de bon sens, continue à préférer le nom d'École de médecine à celui de Faculté.

Nos entraves les plus assujettissantes tiennent à des assimilations sans profit avec des Facultés sans droit et sans devoirs similaires. Il arrive de là qu'astreints à la discipline commune, nous lui échappons incessamment, en Allemagne aussi bien qu'en France: et celui qui raisonne d'après les textes de loi court le risque d'être toujours à côté de la vérité pratique.

Les relations des professeurs en médecine avec les étudiants ne sont en réalité familières qu'aux deux parties prenantes. L'élève est obligé au stage, le professeur de clinique fait un enseignement mi-partie d'amphithéâtre, mi-partie au lit du malade. Quel autre que l'assistant expérimenté sait comment s'accomplit cette tâche multiple? Quel article du règlement a jamais pu renseigner personne? Au faire et au prendre je suis convaincu que notre méthode d'enseignement clinique est supérieure à toutes les autres, mais comment arriverais-je à faire partager mes convictions? La seule manière de juger la méthode est de comparer les effets avec ceux que donnent d'autres procédés. Jamais on n'instituera ces concours entre les étudiants en médecine de l'Europe, et chacun, suivant son caractère plutôt que par une constatation impossible, approuvera, critiquera, blâmera, quitte dans l'avenir à modifier sans plus de raison les idées ayant cours. Qu'on renonce enfin à dire : tout est à refaire, et qu'on s'instruise avant de réformer.

Deux des institutions foncières de notre enseignement médical appellent un examen comparatif avec celles de l'étranger : les examens probatoires et le mode d'accession aux dignités médicales.

La loi reconnaît que la pratique de la médecine exige des garanties sociales. Dans les pays les plus chatouilleux en fait de liberté, la médecine n'a pas des allures si indépendantes qu'on

veut bien le faire croire, ou s'il en est ainsi, tant pis pour les malades plutôt que pour les médecins. Que les charlatans et les ignorants soient dispensés d'une pénalité, on comprend qu'à leur avis la mesure est irréprochable, mais partout, aussi bien sous le régime du *Medical Act* que sous celui du *Gewerbe Ordnung*, il existe une corporation médicale patentée, privilégiée et ayant acquis par de sérieuses épreuves son droit à la confiance. L'Amérique n'échappe pas plus que les autres nations à cette nécessité. Si ce n'est pas l'État, c'est l'école qui affirme la valeur du titre et lui imprime sa *marque*. La corporation est aussi jalouse qu'ailleurs de ses prérogatives. Qu'on ouvre le premier journal de médecine américain, et on verra jusqu'à quel point le diplôme est de valeur étroite.

Parmi ceux qui prétendent à l'exercice de la médecine comme parmi les médecins ayant titre, il existe une hiérarchie qui se dessine dès le début des études, et qui, dans notre association limitée, représente les subordinations obligées de toute société humaine.

De là deux ordres de candidature : l'un n'ayant pour objectif que d'acquérir le droit commun à la pratique, ou à défaut du droit écrit celui que consacre l'opinion ; l'autre, plus ambitieux, visant, outre l'autorisation, l'obtention de titres supérieurs. Au premier répondent les examens ; au second répond, chez nous d moins, le concours.

Il serait sans avantage d'exposer ici les formules connues des examens à l'étranger, soit que les Universités, que des corps privilégiés ou que l'État en prenne charge.

Tout a été dit sur ce sujet, et il est facile, quelque sentiment qu'on adopte, d'avoir raison parce que personne n'est en mesure de garantir où réside la vérité.

Il ne s'agit pas, en effet, d'estimer l'efficacité probable des institutions, mais de juger les résultats. Tant valent les produits, tant vaut le mode de production, en médecine comme en toutes choses. Or, l'étudiant ne représente pas plus le médecin que l'enfant ne représente l'homme. L'avenir de son savoir dépend

pour une part de ce qu'il a appris à l'école, mais pour une autre des aptitudes qu'il a acquises, et que l'exercice de la profession développera. On trouverait chez nous, comme aux lycées, des forts en thème ayant donné prématurément le plus clair de leur travail intellectuel, à côté de natures moins hâtives et qui se réveillent. Cette valeur *instrumentale* échappe à tout contrôle, et le degré de culture des médecins n'est pas mesurable.

Chaque pays peut ainsi affirmer sa supériorité ou avouer son infériorité, suivant que les côtés orgueilleux ou les humbles dominent dans le caractère national.

Un chirurgien célèbre, le Dr Lister, me paraît avoir donné un aperçu pratique et pour ainsi dire la note juste des épreuves probatoires dont l'ensemble se résume dans la collation du grade. Je ne puis résister à la séduction de le citer, tout en ajournant l'étude critique des examens.

On sait que les médecins anglais sont divisés sur l'avantage qu'il y aurait à adopter la pratique allemande en créant un jury unique d'examen au lieu des jurys multiples qui existent actuellement. On n'ignore pas davantage que, chez nous, l'institution d'un jury d'État compte de chauds partisans, et que de bons esprits, remplis d'une vertueuse défiance, espèrent, par la constitution de jurés probes et libres, arriver à résoudre le problème des impartialités scolaires. Les professeurs sont suspects, et pour un peu on ne se fierait qu'à des juges choisis en dehors du corps médical.

Peu m'importe, dit Lister, que beaucoup de portes donnent accès à la profession, pourvu qu'à chacune d'elles préside un portier vigilant. Qui prouve que le portier sera d'autant mieux à son poste qu'on n'aura qu'une porte d'entrée? A Londres, tous ceux qui s'intéressent aux examens médicaux constatent avec regret que plus on s'élève dans la hiérarchie, plus on tend à renoncer à l'enseignement et à décliner les fonctions d'examinateurs. Si on adopte le système de l'examination unique, ce sera bien pis. Jusqu'à présent, on s'est fait honneur d'être examinateur choisi par le collège des médecins ou des chirurgiens;

mais le jour où l'esprit de corps et la satisfaction d'avoir réuni les suffrages de ses collègues auront disparu, il s'en faudra que l'autorité, ou pour mieux dire la *qualité* des examinateurs s'accroisse. Examiner n'est pas seulement une tâche délicate, mais c'est une besogne pénible et déplaisante. Quant à lui, il déclare que si l'examen ne constituait pas une partie essentielle de ses devoirs de professeur, il ne voudrait pas en accepter la charge et s'empresserait de se soustraire à la plus lourde et la plus onéreuse des obligations.

Les examens sont un mal nécessaire, et après tout ne s'élèvent pas au-dessus des chances d'une loterie. Les mauvais côtés s'effacent d'autant plus que l'élève, au lieu du hasard de l'inconnu, est soumis au jugement de ses maîtres. Être préparé par un homme et examiné par un autre a plus d'inconvénients aventureux que de profits. En somme, l'examen a des bénéfices à titre comminatoire sans arriver à la certitude des décisions motivées.

En dehors de l'examen banal, il existe une autre collation de grades, presque la seule qui mérite ce nom. L'étudiant s'élève, à chaque période de sa vie scolaire, au-dessus du niveau de ses camarades, ou se résigne à la condition commune jusqu'au jour où le privilège de la pratique lui sera conféré.

A ce point de vue, notre organisation est sans analogue; l'élève a d'avance un objectif assigné à ses ambitions croissantes; des fonctions de plus en plus relevées lui sont réservées depuis l'externat jusqu'à l'agrégation. Les échelons, dans ce pays de libre étude, sont mesurés à l'égal des degrés d'un thermomètre.

L'instrument à l'aide duquel se graduent les aptitudes est, au jugé de l'opinion, non moins rigoureux que celui qui nous est fourni pour la chaleur ; c'est le concours.

Le concours est, en France, une de ces institutions que la critique n'ose effleurer par crainte de soulever des orages. On pourrait partager les médecins en deux catégories qui représenteraient les vrais croyants et les schismatiques, tant la confiance

dans le concours a pris les proportions d'une foi religieuse.

Comment se fait-il que les étrangers, ceux qui sont mieux que Billroth au courant de nos institutions, n'ont jamais songé à nous envier une si infaillible méthode. Personne n'en ignore, et personne non seulement n'en profite, mais ne parle même d'en user. J'ai lu, avec une curiosité qui tenait du devoir, la plupart des travaux publiés à l'étranger sur l'enseignement médical, j'en suis encore à trouver un auteur qui se soit fait le promoteur ardent ou même sympathique du concours.

A quoi tient cette indifférence? Supposer un oubli serait absurde, une opposition appellerait la discussion, un doute provoquerait des expériences. Rien que le mutisme. Un pareil parti pris m'a profondément touché. J'ai vu des médicaments nationaux ne pas dépasser les confins d'une contrée, des théories à autorité limitée, mais à la longue les frontières s'abaissaient. Or, voilà longtemps que le concours règne chez nous, et il est encore à espérer sa première conquête au dehors.

Pour qu'il en soit ainsi, il faut, et c'est la vérité, que les immenses bénéfices du concours soient compensés par des défauts graves. Les deux faces du problème existent : nous nous sommes attachés à la bonne, les étrangers n'ont envisagé que la mauvaise.

La France est le dernier pays où le concours ait besoin d'un plaidoyer en sa faveur : les arguments à l'encontre sont peut-être moins familiers.

A partir de sa première inscription ou de son immatriculation, l'étudiant se prépare à acquérir un droit sans se représenter parallèlement un devoir. Externe, il a conquis le titre qui lui assure un privilège imprescriptible ; interne, prosecteur, assistant d'un service quelconque, il ne doit rien qu'à lui-même. Le jury qui l'a nommé a accompli une nécessité de justice, le chef qu'il a choisi, plutôt qu'il n'a été choisi par lui, n'est qu'un chef provisoire. On aurait autant d'efforts à réaliser pour déplacer l'élève que le maître. Ne sont-ils pas, à des degrés différents de la hiérarchie, fils au même titre de leurs

œuvres? Il s'établit ainsi un parallélisme, mais pas une subordination.

Dans la pratique, les qualités de l'homme corrigent la roideur des institutions sans en supprimer l'esprit. Nous vivons côte à côte avec nos auxiliaires, dans des relations rarement troublées, souvent intimes, en vertu d'un mutuel compromis. L'on évite de commander parce que cette accointance sans solidarité, sans discipline, n'est pas productrice. Les observations des malades ne sont recueillies qu'à la condition d'être dictées, et quand, dans un journal de médecine, on trouve publiée quelque leçon du chef de service, c'est plutôt un élève libre que l'assistant qui prend à cœur de la reproduire.

Il arrive de là que les maîtres ont de jeunes compagnons au lieu de compter des élèves, au grand détriment des uns et des autres. Que ceux qui trouvent que j'exagère se tiennent pour des gens favorisés.

A un plus haut échelon, le concours use les meilleures volontés. A mesure que le nombre des concurrents se multiplie et que proportionnellement les chances décroissent, le travail devient plus étroit. On prendra ses franches coudées et ses allures originales le jour où on aura touché le but; mais la course est longue, elle épuise. On a vécu dix ans, douze ans et au delà, répétant ses programmes et renouvelant ses conférences, le succès invite au repos.

C'est avec un regret sincère que je vois des générations d'hommes distingués, supérieurs par l'instrument et par l'acquit, s'éteindre dans une culture égoïste.

Notre publicité médicale, avec les qualités que je sais à nos jeunes collègues, aurait peu de rivales au monde. L'*Encyclopédisme* (*venia sit verbo*) ne porte pas fruit, c'est un sol admirablement préparé, où on n'a oublié qu'une chose : y semer de la graine.

Nier ces côtés périlleux, c'est, à mon avis, nier l'évidence. Ils ont frappé, sciemment ou non, les médecins étrangers, et par là s'explique leur froideur et même leur répugnance.

Étendre le concours au delà de ses limites actuelles serait un malheur; le restreindre est encore plus impossible, tant il a de méritantes vertus. Faut-il se résoudre à tenir en main la balance, suivant de l'œil chaque plateau qui s'élève ou qui s'abaisse? Je n'ai rien moins que la prétention d'édicter une loi suprême; je crois qu'on peut davantage sans pouvoir beaucoup mieux, mais je demeure convaincu que les améliorations ne dateront que de l'heure où le concours, au lieu d'être l'idéal au-dessus des critiques, sera discuté sévèrement. On a si ardemment vanté le pour, qu'il devient opportun d'étudier le contre. La première condition de tout perfectionnement est de ne pas admettre à la légère la perfection.

Mon désir est, dans un article ultérieur, de revenir sur la théorie et la technique des examens, de rechercher les améliorations à apporter aux concours, et, sans excéder les limites de la plus modeste causerie, d'envisager l'organisation de la profession.

(*Archives générales de Médecine*, 1876.)

ASILE CLINIQUE (Sainte-Anne)
BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

L'INSTRUCTION PRÉPARATOIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Il est d'usage dans les écoles de médecine en France, mais surtout à l'étranger, que chaque année ramène, avec les cours qui recommencent, une leçon d'introduction. C'est la préface de l'enseignement annuel; c'est, en même temps, comme un souhait de bienvenue aux étudiants, les uns déjà familiarisés avec les habitudes du professeur et de l'hôpital, les autres non encore acclimatés à ce milieu nouveau. Il est bon que le maître soit en avance de sympathiques politesses, et que les élèves apprennent de lui à respecter, je dirais presque à solenniser, tout ce qui touche à l'enseignement médical.

Avant d'entamer l'étude des bronchites, à laquelle une partie des leçons de cette année sera consacrée, avant d'exposer l'histoire des maladies en traitement dans nos salles, je veux aborder avec vous une question en apparence plus philosophique que médicale, en réalité non moins médicale que philosophique. Il s'agit de l'*éducation* et de l'*instruction* préparatoires du médecin. Grâce à la solidarité qui nous lie aujourd'hui aux divers centres intellectuels, non seulement de l'Europe, mais du monde, nous savons comment les courants d'études se meuvent d'une région à l'autre. Il en est de même de certaines questions scientifiques flottantes et qui finissent par atteindre tous les pays. Cette pacifique invasion est plus lente qu'on ne supposerait, mais il y a profit à remonter à ses origines et à en pressentir la venue prochaine.

A l'ouverture des cours de cette année, dans les hôpitaux d'Angleterre, quatre professeurs choisirent, pour thème de leurs *adresses* inaugurales, sans s'être concertés et par un accord significatif, l'éducation et l'instruction préalables des médecins.

En Allemagne, la Société médicale de Berlin a consacré de longues séances à l'étude de la même question qui intervient si rarement au cours de nos discussions académiques.

En France, nous sommes encore à l'état indifférent, et notre puissante centralisation explique cette quiétude. Un temps viendra certainement où le problème s'imposera, commandé par les réformes rêvées, sollicitées, plutôt que préparées, dans le programme de notre enseignement secondaire.

Au lieu de nous engager dans des données abstraites, transportons-nous d'emblée en Allemagne, et, conformément aux usages de notre méthode médicale, partons du fait observé pour arriver à la théorie.

Il existe chez les Allemands deux modes d'instruction secondaire auxquels correspondent deux sortes d'établissements : les *gymnases*, qui équivalent à nos lycées, et les *Realschule*, sur le modèle desquelles nos écoles techniques ont été organisées. Ces dernières peuvent se diviser en deux catégories ou plutôt deux degrés : primaire et supérieur, représentées par l'école Monge et par l'école Turgot à Paris. Pour les gymnases, comme pour nos lycées, le principe est : donner à l'acquisition des faits une place secondaire et réduite, développer l'intelligence par l'étude fondamentale des langues anciennes, ne s'occuper qu'accessoirement des notions scientifiques et naturelles.

Dans les *Realschule*, l'étude des langues anciennes est supprimée ou n'existe que pour mémoire. L'enfant n'est pas élevé à pâlir et à gémir sur des abstractions ou dans la contemplation du passé. Dès le premier moment, on lui inculque les notions de la valeur réelle de choses réelles elles-mêmes. De l'examen du caillou auquel son pied se heurte à chaque pas, on l'élève graduellement à la minéralogie, à la géologie, à l'histoire naturelle, et ainsi de toutes choses. L'étude des langues vivantes est

seule conservée parce qu'elle comporte seule des applications directes et immédiates.

De ces deux programmes d'éducation et d'instruction, quel est celui qui convient le mieux à assurer la préparation scolaire de l'étudiant en médecine?

En Allemagne, on admettait seulement à l'immatriculation ou à l'inscription dans les Facultés de médecine les élèves des gymnases. Les écoles réalistes ayant élevé le niveau de leurs études, sans en modifier l'esprit, élevèrent aussi leurs prétentions et réclamèrent pour leurs élèves pourvus du certificat d'habilitation les privilèges dont jouissaient ceux des gymnases. Elles se fondaient sur les qualités de leur enseignement vraiment préparatoire, fournissant à la carrière médicale des élèves munis de solides notions physiques et mathématiques, au lieu de connaissances vagues, exclusivement littéraires, recueillies dans les gymnases.

Il faut dire que réalistes et gymnastes forment en Prusse deux camps assez hostiles, et qu'aux questions pédagogiques se mêlent des préoccupations politiques ardentes.

Les écoles réalistes, profitant de leur crédit, demandèrent d'abord que leur certificat d'habilitation suffit pour ouvrir les portes des Facultés de théologie, de droit et de médecine. Pour les deux premières, la prétention excédait la mesure du possible, et il fallut se rabattre sur les écoles médicales.

Le ministre de l'instruction publique et des affaires de la médecine prit un parti si sage qu'on s'en étonnerait chez nous. Se trouvant d'une compétence au moins douteuse, il s'adressa aux corporations médicales autorisées, et c'est à ce titre que la Société de médecine de Berlin, l'équivalent de notre Académie, fut appelée à en délibérer.

Le vote presque unanime de la Compagnie, à la suite de longs et remarquables rapports, après une courte discussion où les motifs invoqués par les rapporteurs n'avaient qu'à être rappelés, le vote fut qu'il y avait lieu de refuser aux élèves munis du certificat d'habilitation des *Realschule* l'entrée des Facultés de médecine.

La meilleure éducation du jeune médecin est-elle donc à demander à l'apprentissage des sciences naturelles ou à l'étude des langues anciennes? De part et d'autre, les arguments sont pressants et méritent d'être au moins énoncés.

Il y a environ quarante ans que les premières écoles réalistes furent instituées en Prusse. Liebig écrivait alors :

« A partir du jour où l'éducation allemande va être transformée, où, au lieu de faire perdre aux jeunes gens plusieurs années en études stériles, on les mettra en rapport avec la réalité, on les initiera aux choses de la nature qui tiennent à la vérité plutôt qu'à la fantaisie, il se fera une révolution dans l'intelligence allemande, et elle conquerra le premier rang en Europe. »

C'était la première incarnation du *Culturkampf*.

Quatre ans avant sa mort, Liebig écrivait : « J'ai dit que l'éducation par les choses naturelles convenait seule aux jeunes gens qui doivent se vouer à la science. L'expérience m'a enseigné ceci : les élèves venant des écoles réalistes dans mon laboratoire sont, pendant la première année, supérieurs à ceux des gymnases; la deuxième année, ils leur sont égaux; la troisième, ils leur deviennent inférieurs. » Or il s'agissait de chimistes et non de médecins.

Interrogez tous les corps autorisés à professer une opinion sur la matière, ils vous répondront par les mêmes affirmations. Demandez aux directeurs des écoles vétérinaires quel est le plus grand obstacle au progrès de ces institutions : ils vous diront quelle difficulté c'est pour eux d'avoir affaire à des jeunes gens qui n'ont pas été préparés par de fortes études littéraires, comment ils sont condamnés à une sorte de bourgeoisie scientifique qui abaisse le niveau de l'enseignement. Quelle est la revendication incessante du *Medical Council* de Londres? Qu'on soit de plus en plus exigeant pour les études humanitaires des étudiants en médecine. Et ainsi, dans le monde entier, chaque homme pratique et compétent déclare que plus un étudiant a consacré d'efforts à ce qu'on appelle ses humanités et y a réussi, plus il

apporte d'aptitudes à la médecine. Le temps passé au lycée ou au gymnase, et employé à une préparation en apparence si peu productive, est comme celui que le soldat consacre à fourbir son armure.

Et cependant que d'objections! Comment un élève qui s'est dépensé à approfondir le grec et le latin serait-il de ce fait mûr pour l'acquisition de la science? Le médecin a-t-il besoin de lire Hippocrate ou Galien dans le texte? N'est-ce pas peine perdue et ne convient-il pas de rompre avec des traditions dont la vétusté menace ruine?

Il y a encore de ci et de là des gens qui croient qu'on apprend le latin pour lire Cicéron, de même qu'il y a des mères soucieuses d'enseigner l'histoire de France à leurs filles, dans la pensée que, si on parle devant elles d'un de nos rois, elles se réjouiront de savoir la date précise de sa naissance et de sa mort.

Pour être bien comprises, les questions d'éducation doivent être prises de plus haut, et l'application brute des connaissances acquises est un mauvais critérium.

La culture d'un jeune sujet comprend deux éléments: l'instruction et l'éducation. L'instruction munit la tête de l'enfant de notions suffisantes qu'il gardera en réserve, à la manière d'un capital ne portant pas intérêt, ou qui lui serviront comme d'échelons pour arriver graduellement à des notions d'un ordre supérieur. L'éducation n'a ni les mêmes visées ni les mêmes moyens. C'est à l'éducation morale qu'il faut emprunter le secret de procédés dont dispose l'éducation intellectuelle. Sa formule est: développer les sentiments élevés, éveiller les appétits louables, et non pas promulguer des préceptes ou édicter des règles de conduite.

Votre père vous a-t-il éduqués moralement par la lecture d'un code de morale? Vous a-t-il appris par cœur la vertu, comme on disait au dix-huitième siècle? Non, il vous a introduits dans les milieux où les bonnes inspirations pouvaient éclore ou grandir quand elles étaient écloses. Votre mère vous a pris par la

main, elle a fait devant vous et avec vous l'aumône à un pauvre et n'a rien dit. Un incendie éclate, votre père y a été seul, il revient brisé de fatigue et la leçon a porté fruit. C'est là l'éducation morale, sans thème, sans paroles, sans préméditation.

A côté, vous trouvez des éducateurs qui procèdent à la façon des instituteurs, et prêchent sans donner l'exemple. Méthode condamnée, qui a ses racines dans le pédantisme du maître et aboutit à la sécheresse du cœur de l'élève.

Les *realschulistes* ne tendent à rien moins qu'à annuler l'éducation de l'intelligence au profit de l'instruction. Nous avons donné, disent-ils, à nos élèves des connaissances solides et utilisables. Les notions qu'ils nous doivent sont définitives. Ils se sont habitués à ne tenir pour vraies que les choses tangibles, palpables, soumises à un contrôle permanent. Hier, l'enfant a constaté un fait chimique; il y croit comme il croit en Dieu.

Le lendemain, vous venez, une éprouvette en main, montrer une expérience contradictoire. Sans préjugés, sans prévention, il se désiste. Homme mûr, ferme, il n'a soif que de la vérité. Il entre dans la vie, se dépouillant d'une erreur dès qu'elle lui est prouvée, comme il se dépouille d'un vêtement où il découvre une déchirure qu'il n'avait pas soupçonnée.

A l'encontre, les gymnastes se posent en éducateurs intellectuels. La question, à leur point de vue, n'est pas d'accumuler les faits dans l'esprit de l'enfant, mais de développer en lui des forces vives, de lui donner le goût de se mouvoir et d'agir et l'aptitude à acquérir des connaissances lentement et successivement coordonnées.

Le premier procédé est celui des acquêts en toutes choses, le second se résume en une pure gymnastique : le premier fournit des produits fabriqués, le second prépare l'outillage.

J'explique ma pensée qui, trop concise, peut paraître obscure dans la forme, mais qui ne l'est certainement pas dans le fond.

Vous savez ce que fait un marchand. Il entasse dans ses magasins des produits immuables; il trie les bons, les médiocres et les mauvais; il les classe sur les rayons et les vend à profit ou

perte. En somme, son activité se borne à mettre en œuvre, ou plutôt en circulation, des produits tout fabriqués. Le professeur réaliste est ce marchand; l'enfant, c'est le magasin. Il reçoit et emmagasine dans sa tête les notions toutes faites qu'on y dépose et les utilise quand il le peut.

L'éducateur gymnaste, c'est le fabricant. Il absorbe le meilleur de son capital à acheter une machine qui donne le mouvement et la vie à son usine, qui servira aujourd'hui à faire mouvoir des broches et demain à battre le fer, outillage stérile tant qu'on ne le fait pas fonctionner, mais qui attend son heure. Le but, c'est de donner à l'enfant, pour continuer la comparaison, la force latente de cette machine à vapeur. Le jour où on y mettra l'allumette, elle imprimera le mouvement, comme à autant de métiers, aux facultés de l'intelligence, quelle qu'en soit la destination : médecine, littérature, beaux-arts.

Ce ne sont pas de simples métaphores pour vous, accoutumés aux lois physiologiques de l'intelligence humaine et n'en étant déjà plus à apprendre ce que vaut la mise en train de nos fonctions. De ces généralités, qui semblent hors de cause et plus près de la causerie que de l'enseignement médical, passons sans transition à l'application pratique.

Arrivés à la fin de vos humanités, pourvus du titre assez médiocre de bachelier ès lettres, vous vous êtes décidés à aborder la carrière médicale. Pourquoi? Nul ne le sait. Un hasard a résolu votre vocation. Tantôt c'est un parent médecin qui a pesé de son autorité sur la famille, tantôt la rencontre d'un confrère amoureux du métier, tantôt une camaraderie encore moins autorisée.

A l'école, où le hasard qui vous y avait introduits va vous suivre encore, vous commencerez l'étude de la médecine proprement dite par celle des sciences accessoires. C'est votre seconde initiation, empruntée cette fois, mais avec raison, à la méthode du realschulisme. Force est d'abandonner vos habitudes antérieures de l'esprit et de substituer le fait brutal à la recherche librement indécise.

Quelle différence entre le travail intellectuel qu'impose la traduction d'un auteur latin et l'assistance à un cours de chimie! Là, vous dépensiez le meilleur de votre personnalité, vos qualités et vos défauts d'esprit avaient de telles saillies que le maître n'hésitait pas à former son opinion sur votre valeur absolue. Ici, vous êtes réceptifs. Passivement recueillis ou curieux, vous subissez le fait scientifique, et votre intelligence, désarmée, n'a plus qu'à se soumettre.

Vienne la préparation des premiers examens, tout afférente aux sciences physiques et naturelles, dans quelle mesure y allez-vous de votre personne? Le travail mnémotechnique déborde, et l'effet consiste à incruster chaque souvenir dans votre esprit et à faire, excusez le mot, provision d'épingles pour l'y fixer.

Il est vrai que cette instruction scientifique, nécessaire, doublement obligatoire, et parce qu'elle vous approvisionne de notions indispensables et parce qu'elle a rompu la série de votre instruction de la veille, n'est que de bas étage. C'est encore une introduction à la médecine. Et de deux : la première, par les humanités; la seconde, par un réalisme justifié du jour où vous n'êtes plus des enfants, mais des adultes.

Combien la préparation au cinquième examen, le vrai, le médico-chirurgical, diffère des tentatives sérieuses, mais sans originalité, de vos débuts!

Ceux d'entre vous qui ont subi ces épreuves ont-ils eu même la pensée de repasser, comme vous dites, leur examen en quelques semaines, sinon en quelques jours? Non. Il vous a paru qu'au moment décisif les souvenirs, les notions confuses accumulées au courant des aventures de l'hôpital, rassemblées au gré de votre classement personnel, se présenteront à leur rang. Vous avez eu foi dans votre discernement plus que dans votre mémoire. Assouplis par une éducation où l'instruction a apporté son contingent, vous savez que, si l'intelligence a sommeillé, elle se réveillera à l'heure opportune. Ce n'est plus votre acquit, c'est vous que le professeur aura examinés, et, pareil aux

maîtres de vos premières années, il portera son jugement moins sur vos connaissances que sur votre culture et sur vos aptitudes, garantie supérieure de l'avenir.

Ainsi les connaissances réelles et les curiosités aventureuses se croisent et s'entremêlent chez le médecin. Prenez pour exemple l'auscultation, cette merveille de notre temps et de notre pays, chose instrumentale par excellence. Vous ne l'étudiez qu'accessoirement dans les livres. La pratique exerce la sagacité de votre oreille. L'apprentissage, et c'en est un, vous fait entendre des bruits, des râles, des souffles anormaux. Vous avez appris à les discerner, à les analyser dans leurs combinaisons multiples, à en tirer les déductions utiles. Comme l'instrumentiste qui n'a pas dépassé le solfège, vous avez capitalisé sans rien produire. Vienne le jour où de passifs vous deviendrez actifs, d'auditeurs praticiens responsables, où vous aurez ceint vos reins du tablier, symbole de notre activité hospitalière, votre intelligence va renaître sa maîtresse. Tout autre chose est d'apprendre le maniement des armes ou de tirer devant l'ennemi son premier coup de feu.

Reportez-vous à ce que je vous disais en commençant, et qui peut-être vous paraissait une digression capricieuse. Vous avez à votre disposition l'*apparatus stethoscopicus;* le moment est venu de le mettre au service d'un malade affecté de tuberculisation pulmonaire. Vous constatez les signes, vous réunissez tous les modes d'information; rien n'y manque, sauf l'élaboration. C'est le texte latin de la version, c'est le thème du discours à l'usage du rhétoricien. Avec ce point de départ, la fantaisie n'est pas une conception, mais un devoir; elle évoque toutes les possibilités, hasarde toutes les combinaisons, avance et recule le jeu des hypothèses, sans lesquelles il n'y a ni recherche ni découverte pour le médecin.

Sur le canevas de la tuberculose affirmée, en face d'un malade dont la direction médicale vous incombe, que de variantes! Le passé à reconstituer pour le rattacher à l'avenir, la résistance ou l'inertie de l'organisme, la lésion parasitaire ou envahissante

à déterminer, l'individualité à constituer aussi bien par ses côtés personnels que par ses attaches aux lois générales de la maladie. Est-ce là un travail réceptif? Ne retrouvez-vous pas, au contraire, les procédés intellectuels dont vous vous serviez au cours des études humanitaires, cherchant le sens de la phrase, le mot approprié pour la traduire, raturant ou soulignant, mécontent ou satisfait et prêt à chaque instant à reprendre l'œuvre inachevée sous une nouvelle forme?

La langue vivante est, elle aussi, un instrument, mais d'un usage immédiat. On y va au plus pressé, ayant hâte d'oublier son propre langage pour penser et parler à l'aide d'un idiome contemporain. Celui qui étudie jusqu'aux délicatesses extrêmes une langue morte est pareil au gymnaste qui se façonne par des exercices dont il ne retrouvera jamais l'utilisation directe. Il s'ingénie à approfondir sa connaissance du français avec la résolution ferme d'oublier le latin dont il n'aura plus que faire. Son but est d'aiguiser ses forces intellectuelles, quitte à laisser de côté l'outil sur lequel il les a d'abord affutées.

En somme, l'activité médicale se décompose en trois temps. Dans le premier, éducation de l'intelligence poursuivie suivant les puissantes méthodes de l'éducation morale : — peu de faits, beaucoup d'aspirations, plus d'aptitudes que d'acquisitions immobilisées. A la deuxième période, travail conforme au programme de la *Realschule :* notions positives, insuffisantes pour le savant, les seules à votre convenance. C'est un pays que vous traversez en rapportant de précieux matériaux, mais où il vous est interdit de vous installer. L'instruction occupe là sa place légitime parce qu'elle s'adresse à des hommes cultivés et non plus à des enfants. A la troisième période, retour à l'éducation, libre, originale, profitant à la fois de la première gymnastique qui a donné la souplesse et la vigueur intellectuelles, et de l'instruction plus condensée qui a fourni le capital.

Ma conviction est tellement faite qu'aux étudiants parvenus comme vous aux dernières limites de leur scolarité je veux enseigner l'art de s'apprendre la médecine plutôt que la médecine

elle-même. L'auditeur n'est ni mon fait ni mon homme; il me faut l'élève qui grandit presque inconscient, s'imprègne de l'inspiration du maître, sans servilité, et s'exerce à côté de lui au rude métier de corps et d'esprit que l'avenir lui réserve. Celui-là se complaît dans sa tâche, il prend l'amour de sa profession comme l'enfant dont je vous parlais a pris aux côtés de son père la passion de bien agir.

Artistes êtes-vous et non pas artisans; assurez-vous par cette éducation virile les jouissances que l'art procure au milieu des déceptions et des déboires de la vie; et, loin de suivre passivement les routes battues, accoutumez votre esprit à frayer les chemins.

(*Revue scientifique*, 1880.)

ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

I

Il est rare que nous étudiions ici les problèmes relatifs à l'enseignement de la médecine, plus rare encore que nous abordions les questions professionnelles. L'expérience acquise de longue main dans les matières politiques a prouvé suffisamment que les journaux quotidiens, aptes à répéter incessamment les mêmes affirmations ou les mêmes critiques, avaient seuls la possibilité de créer un mouvement et d'entraîner les esprits. Une donnée si vraie qu'elle soit, émise une fois ou même à de lointains intervalles, sollicite à peine la curiosité, à plus forte raison ne commande-t-elle pas les convictions.

Cependant, de temps à autre, quand une innovation vient à poindre, il est bien difficile de s'en désintéresser. Toute idée nouvelle ressemble à un accouchement où la conception est depuis longtemps préparée : on n'improvise guère des règlements ou des méthodes. Si l'esprit public n'est pas quelque peu préparé, personne ne songe à les importer; si, comme on dit vulgairement, il y avait quelque chose dans l'air, c'est plutôt donner du corps à des aspirations indécises que créer de toutes pièces la solution d'un problème qui n'aurait pas été posé.

Existe-t-il de notre temps, au point de vue enseignant ou professionnel, de ces tendances en germe qui attendent l'heure de l'éclosion?

Il est certain que depuis vingt ans la médecine française a

dévié, ne reniant pas son passé glorieux; mais, assez disposé à admettre que, la mine étant épuisée, il convenait de chercher quelque autre filon.

Le malade et la maladie ont passé au second plan pour céder la place à ce qu'il a plu d'appeler la médecine scientifique. Ces virements ont du bon et peut-être n'ont que du bon. Ils réveillent les intelligences en voie de s'engourdir et rarement le progrès se réalise par le concours des travailleurs, s'ils ne sont encouragés par une sorte d'engouement.

Peu à peu la crise s'éteint, on revient aux principes immuables, et la réaction qui consiste à persévérer dans les vieux errements de la médecine pratique reprend le dessus; néanmoins il est resté beaucoup d'efforts d'autant plus productifs peut-être qu'ils étaient excessifs et passagers.

Personne ne méconnaîtra que le laboratoire a distancé l'hôpital. Beaucoup de causes ont contribué à ce changement de direction.

L'observation est laborieuse et c'est d'elle qu'on peut dire bien mieux que de l'art qu'elle excède en longueur la vie de celui qui la pratique. Les récits de faits ont été rassemblés pêle-mêle dans des recueils qui ressemblaient plutôt à des collections d'anecdotes qu'à des condensations scientifiques. On entendait ne rien omettre et, comme l'activité du médecin est constamment dispersée, on confiait à des commençants le soin de résumer les faits, sans plus de subordination que de méthode.

De là la prolixité décourageante des histoires de malades rassemblées à l'hôpital et présentant les lacunes obligées de toute observation hospitalière, dépourvue d'antécédents et qui ne conclut que si le malade est mort. En outre, le médecin qui suit une piste parmi les phénomènes observables reste en défaut si les matériaux lui manquent : il est aussi incapable de leur faire appel que le jeune praticien de provoquer une clientèle. Seuls les spécialistes ont le privilège des agglomérations de faits : le médecin d'hôpital est encore plus expectant dans sa recherche pathologique que dans sa thérapeutique.

Combien de grandes œuvres de notre temps ont été accomplies par des médecins qui, comme Duchenne de Boulogne, n'étaient pas astreints à un service régulier et vivaient, à la façon des ordres mendiants, sur le butin recueilli partout et chaque jour.

Il en est tout autrement de l'expérimentation, maîtresse de son labeur, limitant sa tâche, publiant ses plus humbles résultats avec une solennité toujours imposante.

La physiologie a rendu à la médecine des services que ce n'est pas ici le lieu d'apprécier ou de discuter, mais elle a plus que compensé ses bienfaits en introduisant une méthode incompatible avec notre médecine proprement dite. On s'est hâté de déclarer, avec des formules trop monotones pour répondre à un effort critique, que le temps était venu de fonder la médecine scientifique. Et pendant qu'on trace les plans de l'édifice à venir et qu'on asseoit quelques fondations, l'hôpital se remplit et se vide, comblé de cas incertains, débordé par le doute inquiet, troublé par la mobilité des diagnostics et les tâtonnements du traitement. *Le primo vivere deinde philosophari* est resté la formule à l'usage des praticiens, obligés de ne jamais abandonner la partie et à se suffire, faute de mieux, avec des expédients. Le physiologiste, lui, circonscrit à volonté le domaine de ses recherches. Tout ce qui ne rentre pas dans son objectif est comme s'il n'existait pas. Il est scientifique au même titre que l'astronome qui suit la marche de l'astre qu'il lui sied d'observer, et n'est pas contraint d'avoir souci des autres.

Il nous souvient d'un discours prononcé par un ministre en posant la première pierre d'une Faculté de médecine. Le mot de malade et de maladie n'y était même pas prononcé. C'était la seule omission. Libre aux ministres de se restreindre à la manière des physiologistes, nous n'avons pas la même prérogative.

La lourde besogne nous écrase, et ce que nous détachons des embarras accumulés, des préoccupations qui nous obsèdent, nous ne l'exploitons qu'avec un zèle presque fiévreux. Est-ce en

vérité une condition favorable à la culture calme et patiente de la science?

Arrivés à ce point où l'opinion commence à s'émouvoir, il était assez naturel qu'on essayât de donner une première sanction à ses aspirations instinctives? C'est ce qui vient d'être fait dans une circulaire ministérielle relative au projet d'institution d'un *doctorat ès sciences* médicales. Le titre seul indique la pensée qu'il existe deux branches indépendantes de notre savoir: la médecine et la science médicale. La médecine en dessous, la science en dessus; la première à l'usage des gens de peu, la seconde réservée aux gens forts.

Cette circulaire, inspirée par des sentiments qui ont cours, est un des signes du temps. On aura bientôt de la peine, comme on dit en librairie, à se la procurer, et nous avons cru bon de la reproduire dans ses données essentielles.

Le ministre s'adresse, par l'intermédiaire des recteurs, à tout le corps médical enseignant, en formulant les questions suivantes:

« 1° Utilité, au-dessus du doctorat en médecine, qui est surtout un grade professionnel, d'un grade supérieur supposant des connaissances plus complètes et plus scientifiques, des études plus personnelles et plus originales;

« 2° Outre le doctorat en médecine, quelles exigences pourrait-on imposer aux candidats au doctorat ès sciences médicales (internat, prosectorat, concours des hôpitaux, grades pris dans les facultés des sciences, etc.)? — Quelles équivalences pourraient être établies entre les diverses preuves de travail et de mérite que le candidat aurait données?

« 3° Comment devraient être constituées les épreuves?

« 1. Devraient-elles être précédées d'une scolarité fixe ou exiger seulement des connaissances spéciales que le candidat aurait acquises en pleine liberté? — Quelles devraient être les épreuves? Une double thèse originale suffirait-elle? — Cette double thèse devrait-elle être accompagnée d'interrogations sur d'autres sujets? — Une des thèses pourrait-elle être remplacée par des propositions que choisirait la Faculté?

« II. Y aurait-il lieu d'exiger du candidat qu'il prît chacune des thèses dans des ordres différents d'études correspondant aux divisions actuelles de l'agrégation? Pourrait-il se borner à un seul ordre d'études?

« Les conditions seraient-elles les mêmes pour les sciences anatomiques et physiologiques, pour les sciences physiques et naturelles, pour la médecine proprement dite et la médecine légale, pour la chirurgie et les accouchements?

« En résumé, quels seraient les moyens de donner à ce grade nouveau une haute valeur scientifique?

« 4° Le doctorat ès sciences médicales devrait-il être exigé des candidats à l'agrégation? Prévoit-on qu'il modifierait les conditions de ce concours en les simplifiant, et qu'il aiderait ainsi à résoudre la question même du concours de l'agrégation, question qui a été mise à l'étude, et sur laquelle les Facultés de médecine ont exprimé des avis différents? Ce grade devrait-il être exigé des candidats aux suppléances pour les écoles de plein exercice et préparatoires? — Dans quelle mesure pourrait-il remplacer les concours et permettrait-il de modifier les conditions de recrutement en usage aujourd'hui dans ces écoles? »

Nous ignorons et peut-être ignorerons-nous quelque temps encore les réponses fournies par les corporations enseignantes dont les délibérations n'ont pas été résumées.

Notre sentiment, et nous croyons n'être pas seul à l'éprouver, est que cette institution serait de tous points regrettable. Il existe déjà deux catégories de médecins et c'en est une de trop. La suppression des officiers de santé, bien autrement souhaitée par l'opinion, reste depuis quarante ans à l'état de vœu réservé. Il s'agirait, d'après le projet nouveau, de constituer une troisième classe, et d'augmenter ainsi la hiérarchie d'un échelon.

Nous nous en tenons à une vue d'ensemble, sans discuter par le menu chacune des propositions indiquées, et c'est avec l'esprit médical, c'est-à-dire essentiellement pratique, que nous envisageons le projet.

Qu'on imagine pour les lettrés, les savants, les juristes, toutes

les distinctions qu'il conviendra d'établir, la chose importe peu; le grade ainsi constitué a la valeur du doctorat des universités allemandes, parchemin honorifique et que ne double aucun privilège. L'État ne tient pas compte de ces témoignages universitaires, et nul docteur en médecine n'est à ses yeux un médecin, s'il ne lui a donné le titre *unique* de praticien. Il admet et consacre le libre exercice de la médecine comme celui des autres professions quelles qu'elles soient, mais, sous cette apparente égalité, il décerne presque sournoisement des privilèges dévolus à ses seuls praticiens autorisés.

C'est que l'étude de la médecine n'a qu'un aboutissant, le soin et le soin rétribué des malades. Hors de là, ce sont curiosités satisfaites, diplômes sans destination ouvrant peu de carrières et en refermant aussitôt l'accès. La vie de l'étudiant, et il faut l'en féliciter, se passe à oublier l'avenir exigeant et laborieux qui l'attend. Qui de nous ne se souvient de ces bonnes années d'ignorance systématique du lendemain? Puis le jour venu où il fallait déposer le tablier de l'interne, quitter son logis au quartier, rompre avec ses jeunes habitudes, qui ne se rappelle le vide étrange et presque vertigineux qu'il a éprouvé!

La réalité remplaçait le rêve. La collocation devenait incertaine, la concurrence certaine et menaçante. Le laboratoire et l'hôpital lui-même, si près qu'il fût de l'application, disparaissaient dans un lointain précoce.

Voilà le vrai. Parvenu à la période où commence sa vie, que fera le praticien débutant de son titre de docteur ès sciences médicales? Aura-t-il le droit de se considérer comme dominant ses confrères de la hauteur de sa dignité scientifique? Si oui, quelles déceptions! Le premier mot des concurrents sera: savant éminent, mais pauvre médecin!

En regard de l'officier de santé, le docteur a la légitime préséance d'une culture intellectuelle supérieure, d'une durée d'études *médicales* plus prolongée, d'épreuves plus nombreuses et plus sérieuses pour assurer sa capacité de médecin. Du savant, pas une mention.

Il existe, en dehors de la pratique étroite, une classe de docteurs se sentant peu d'appétit pour les tribulations et les aventures de la pratique, préférant la satisfaction de leurs goûts pour l'étude à la dévorante suractivité du médecin, modestes dans leurs besoins. Voilà les gens de science, et ceux-là n'ont pas besoin d'un diplôme.

L'existence à laquelle ils se sont voués par leur libre choix n'est pas exempte de déboires. Il semble écrit que le repos est incompatible avec notre titre aussi bien qu'avec notre profession : à chaque pas, la barrière d'un concours; on n'arrive, quand on arrive au but, qu'échelon par échelon. Mais combien chacune de ces sanctions qui ne se résolvent pas dans un grade, mais dans un emploi, est supérieure au diplôme banal de docteur ès sciences médicales, chirurgicales, obstétricales ou autres!

Alors, à quoi bon solliciter les étudiants à un surcroît d'efforts si peu productif?

Nous vivons dans un temps où on n'a que trop de tendance à surcharger les jeunes intelligences, dans la persuasion erronée que plus on entasse de bonne heure des acquisitions de mémoire, mieux on a préparé l'avenir. Plus heureux que les aspirants à d'autres écoles, nos élèves jouissent d'une indépendance relative. Les examens sont nombreux, peut-être à l'excès, mais pour l'étudiant qui aime le travail et qui a le goût de son futur métier, ce ne sont rien moins que des obstacles difficiles à franchir. Il est le maître de l'emploi de son temps, sauf de modestes restrictions. Rien ne lui interdit de disperser sa curiosité sur les objets scientifiques ou médicaux qui le sollicitent. Si le doctorat est le couronnement de l'édifice, on est autorisé à dire, en s'en félicitant, qu'il couronne des édifices bien dissemblables.

Le diplôme de doctorat ès sciences médicales, c'est l'admission à l'École polytechnique, moins les droits et les privilèges qu'elle confère, moins le concours, avec l'excès de travail mis en coupe réglée, avant l'âge où l'homme est capable de subir un pareil fardeau. Ce n'est ni ne sera jamais notre idéal.

Pour qui a passé sa vie dans notre milieu, le médecin arrive tard à maturité et les paysans disent, dans leur bon sens, qu'il est imprudent de secouer l'arbre avant que le fruit soit à point. L'existence de l'étudiant est la préface; l'activité du praticien est le livre. Combien avons-nous connu d'hommes lents se développer, et qui grandissaient au delà de nos espérances par la fréquentation de *leurs* malades et le stimulant de la responsabilité! Croire que tant vaut l'élève tant vaudra le médecin n'est vrai qu'à demi.

De là notre conviction profonde que quand on a demandé et obtenu les garanties réclamées par la société de tout homme à qui elle confère un privilège, la tâche est achevée. Ceux qui aspirent aux situations supérieures savent bien en trouver le chemin, ceux qui sont appelés à les juger n'ont pas besoin d'une double étiquette, d'un double doctorat.

II

La seconde circulaire est relative à une enquête sur l'institution de cours libres dans les Facultés. Comme le sujet a une réelle importance, nous la reproduisons en totalité, en ne supprimant que ce qui concerne les Facultés de droit, de sciences, etc., pour nous limiter aux Facultés de médecine.

La condensation des Facultés quelles qu'elles soient dans un groupe artificiellement homogène a eu pour nous plus d'inconvénients que de bénéfices. Elle a établi une parité convenue entre des institutions dissemblables par leurs méthodes et par leur but.

Cette circulaire, qui d'ailleurs témoigne de la part du ministre une louable activité et un désir sincère d'améliorer, nous a paru appeler le commentaire dont nous la faisons suivre :

« Monsieur le recteur, la question de savoir comment pourraient être réglementés des cours libres faits dans les Facultés par des docteurs qui ne seraient pas investis d'une fonction

officielle a été souvent discutée. Elle n'a guère été résolue que par exception; par exemple, pour la Faculté de médecine de Paris, et autrefois pour la Faculté de théologie protestante de Strasbourg. Il est vrai de dire que la pénurie des locaux, insuffisants pour les maîtres réguliers, était un obstacle sérieux.

« Déjà un certain nombre de Facultés ont été ou agrandies ou reconstruites, et on peut prévoir le moment prochain où toutes posséderont les laboratoires, les salles de cours et d'études indispensables. Tous les ans, les Chambres augmentent le nombre des chaires, les leçons données par chaque professeur sont devenues dans beaucoup d'écoles plus fréquentes, les Facultés des sciences et des lettres ont de plus acquis des élèves réguliers. Bien que les cours libres soient peu dans les habitudes de notre enseignement supérieur, qu'une telle nouveauté ne puisse réussir que si l'opinion lui devient favorable, et que ces cours doivent du reste rencontrer dans bien des cas des difficultés matérielles que le temps seul fera disparaître, il me paraît utile d'étudier dès maintenant les conditions auxquelles ils pourraient être autorisés dans les Facultés où l'état des locaux permettrait cet essai.

« Le projet de décret que je vous adresse, et qui sera soumis successivement aux établissements d'enseignement supérieur de votre ressort et au Conseil académique, a pour objet d'appeler ces assemblées à délibérer sur cette importante question. Les quelques articles de ce projet ne doivent en rien limiter la discussion. Il importe que l'opinion des Facultés soit exprimée de la façon la plus complète et la plus précise. Elles ne négligeront donc aucune des considérations qu'elles croiraient utile d'exposer.

« Les Facultés et les conseils académiques n'oublieront pas les conditions particulières que les lois du 12 juillet 1875 et du 18 mars 1880 sur la liberté de l'enseignement supérieur, ainsi que l'existence des Facultés libres, font au législateur quand il étudie les conditions auxquelles les cours libres doivent être autorisés dans les établissements de l'État. Il est indispensable

de prévoir toutes les conséquences des mesures qui seront proposées, et même les tentatives regrettables que l'autorité du ministre peut toujours réprimer, mais qu'il est peut-être plus sage de ne pas provoquer, ou du moins de rendre plus difficiles et plus rares. »

Il est aussi nécessaire de ne pas se départir de ce principe que tout règlement sur les cours libres ne peut avoir d'autre but que le progrès des études et de la science. Tout essai qui aurait pour résultat d'encourager des enseignements médiocres ne pourrait que compromettre l'institution. Les Facultés n'ont pas non plus à prêter leurs locaux à des répétitions que les professeurs libres peuvent plus convenablement donner chez eux. Elles ne sont pas faites davantage pour des cours isolés que la loi autorise quiconque le désire à ouvrir comme il lui convient et dans la salle qu'il a choisie, en se soumettant à une simple déclaration préalable. Il ne peut s'agir ici que de leçons suivies, le plus souvent d'un caractère très spécial, et rentrant dans le cadre du reste très vaste des enseignements donnés par l'État dans les établissements d'instruction supérieure.

La situation des docteurs ès sciences et ès lettres qui demanderaient à enseigner est la plus simple. Les Facultés auront à rechercher si les docteurs en médecine qui ont pris ce grade surtout pour des raisons professionnelles doivent être assimilés exactement aux docteurs ès sciences et ès lettres. Si le doctorat ès sciences médicales existait, la question serait beaucoup plus facile. Les Facultés de droit seront également attentives au nombre, relativement assez considérable, de diplômes qu'elles délivrent chaque année. Dans ces deux ordres de Facultés, le doctorat ne vient qu'au second rang : l'agrégation, et dans certains cas le concours, sont au premier.

Des savants distingués peuvent n'avoir pas de grade. Quand il s'en trouve parmi eux dont le mérite mis hors de contestation a été consacré par l'opinion des juges les plus autorisés, leur refuser le droit d'enseigner serait souvent priver nos Facultés de maîtres qui peuvent leur être très utiles. Nous devons nous

rappeler que le cercle d'études de beaucoup de nos écoles, surtout dans l'ordre des lettres, a été longtemps restreint, que plus de variété doit y être introduite sans retard. Il est très regrettable, par exemple, qu'un archiviste maître dans la science à laquelle il se consacre, qu'un archéologue véritablement érudit, qu'un philologue versé dans la langue d'*oc* ou dans le celtique, ne puissent avoir, s'ils le désirent, des auditeurs, et ne soient pas invités à les chercher. Il serait facile de multiplier ces exemples. Dans beaucoup de villes de province, des hommes qui ont des connaissances très solides, le plus souvent sur les sujets d'études mêmes que fournit leur pays, rendraient grand service s'ils étaient mis à même de former des élèves; outre qu'il faut habituer la province à mieux connaître ses richesses, et que ce mode de décentralisation ne peut être que profitable à l'esprit public.

L'enseignement supérieur en France est gratuit; mais si les professeurs investis par l'État de la fonction d'enseigner n'ont droit à aucune rétribution spéciale pour chaque leçon qu'ils font, est-il juste qu'un professeur libre, autorisé à faire un cours, ne puisse recevoir aucune indemnité de ses élèves? Le droit de l'État ne peut-il pas se borner à réglementer d'une façon générale la rétribution qui sera perçue par les intéressés sans son intervention, à charge par eux de ne pas dépasser un maximum, qui est à fixer, et de tenir les autorités académiques au courant de ce qu'ils font, l'État devant, dans une question de cette nature, considérer avant tout l'intérêt des étudiants et de la science? Il est du reste évident que l'État n'a aucun moyen d'empêcher le professeur libre de recevoir une rétribution de ses élèves pour des cours fermés. Il peut ne pas en connaître, ou intervenir pour édicter quelque règle très simple : c'est entre ces deux systèmes qu'il faut choisir. Quand un cours aura été fait durant quelque temps, l'État verra s'il lui convient de le rétribuer et dans quelles conditions.

Il a été souvent demandé, à l'exemple de ce qui se fait en d'autres pays, que le professeur de Faculté, une fois qu'il a

rempli les obligations que lui impose sa fonction et donné l'enseignement qui de par la loi est gratuit, fût autorisé à ouvrir des cours complémentaires, pour lesquels il recevrait une rétribution des élèves. L'État ici encore n'aurait pas à réglementer, mais à ne pas interdire, se bornant à un contrôle très général. L'essai veut-il la peine d'être tenté? Quels inconvénients aurait-il? En l'état actuel des esprits, chez les maîtres comme chez les étudiants, que faudrait-il attendre de cette mesure?

Que les Facultés diverses aient à introduire, au point de vue de l'enseignement libre, d'utiles amendements dans leur organisation, nous serions incompétents pour en décider. Mais, comme tous les maîtres voués à l'enseignement supérieur, nous ne pouvions rester indifférents au mécanisme des grandes corporations universitaires distribuant des grades ou conférant des diplômes.

Or, aucune Faculté, aucune école du gouvernement n'est au fond comparable à la nôtre. En vertu d'une exception que par certains côtés nous partageons exclusivement avec l'École des Beaux-Arts, la Faculté de médecine est une école mixte de théorie et d'application.

L'application n'est pas le complément de la théorie; toutes deux y cheminent de pair depuis le début jusqu'à la fin des études. L'étudiant entre à l'hôpital le jour où il a franchi le seuil de la Faculté; de même pour l'amphithéâtre de dissection et pour les laboratoires pratiques. Inexpérimenté, confus dans ses aspirations comme tous les commençants, incapable de se rendre compte des règles qui devront présider à son éducation médicale, il sait, demi-conscient, que désormais son existence se partagera entre deux ordres contrastants d'occupations.

Cette bipartition toute nouvelle pour lui l'étonne à peine, entraîné qu'il est par l'exemple des autres.

L'enseignement de la théorie est représenté par les cours dogmatiques; l'enseignement pratique est plus diffus. On le recueille partout et nulle part, au hasard des rencontres. Ce n'est plus de l'enseignement extra-officiel qu'il faut parler, mais

d'un véritable enseignement mutuel. L'externe contribue à l'éducation de l'externe, le stagiaire à celle du stagiaire, l'interne à celle de l'interne, et ainsi à tous les degrés d'une hiérarchie sans attributions définies. Ce n'est pas le professeur qui préside aux premiers pansements, qui dirige les tentatives hésitantes au début de l'auscultation, ou même qui gouverne par le menu l'apprentissage anatomique. Plus tard il interviendra de son conseil autorisé, mais les élèves auxquels il s'adressera ne seront déjà plus des élèves à dégrossir, comme on dit dans le jargon pédagogique.

C'est dans cette solidarité d'efforts, dans ces échanges incessants qu'est la puissance de l'éducation médicale au moins dans les grands centres. Les programmes universitaires, froids, à la façon des tables de matières, n'en fournissent aucune idée. Il faut avoir vécu dans ce milieu, non pas pour le juger, car il échappe aux jugements positifs, mais pour en sentir la portée.

Là, personne n'a caractère pour modifier, fût-ce avec les plus honnêtes intentions, ce qui est ne subsiste qu'à la condition de se soustraire à tout règlement. Les conférences des élèves, malgré leur apparence plus académique, s'organisent, se rompent, se renouvellent au gré des participants, elles ne sollicitent pas l'appui et ne reconnaissent pas davantage l'autorité du maître. Ce travail, au grand jour, a les allures défiantes des entreprises souterraines. Toucher officiellement à l'édifice serait le faire crouler.

Donc, pas d'intervention. La liberté d'association scientifique, ainsi comprise et pratiquée, doit avoir ses coudées franches ou disparaître, au grand dommage du présent et de l'avenir.

Reste l'enseignement théorique. Réclame-t-il davantage, en ce qui nous concerne, une réglementation?

La Faculté de médecine de Paris, et c'est elle notre objectif, n'est analogue, par ses institutions, plus peut-être encore par ses habitudes, à aucune des Facultés de France ni de l'étranger.

Elle ne tolère pas les auxiliaires indépendants pour leur oppo-

A [illegible] -Anne)

ser ses fonctionnaires, elle les appelle à elle et les soutient avec une libéralité du meilleur aloi.

Elle distribue ses élèves dans des services hospitaliers où elle n'exerce pas de surveillance, et n'a même pas droit d'accès; cette combinaison singulière, inconnue partout ailleurs, et presque incompréhensible pour les membres des Universités étrangères, n'excite ici aucun étonnement, tant elle est passée dans les mœurs. A la manière des institutions humaines, elle a ses côtés excellents et ses défauts palpables, mais à peine songe-t-on à les discuter.

Quel enseignement libre intercaler où la liberté n'est plus une tolérance, mais un privilège?

Malheureusement les projets actuels, conformes à l'esprit du temps, ne visent que le laboratoire et l'amphithéâtre scolaire. Quand on dit que les cours libres sont peu dans les habitudes de l'enseignement supérieur, qu'une telle *nouveauté* ne réussira qu'avec le concours de l'opinion, on oublie ce qui se passe journellement chez nous, et Dieu sait avec quelle publicité!

La pensée exprimée en ces termes : qu'il s'agit seulement de leçons suivies, le plus souvent d'un caractère *très spécial*, n'indique pas davantage une notion approfondie de notre enseignement extra-officiel.

La spécialité à laquelle il est fait appel a été au-devant des modestes ressources qu'on lui offre et n'a pas attendu d'être encouragée. Devancée elle-même par la concurrence qui déborde, elle ne vit que grâce à l'activité insatiable de son libre enseignement. Représentée dans les Facultés de médecine par quelques chaires, elle a installé, à ses frais, ses hôpitaux, ses cliniques, ses cours de théorie gratuits ou payants, et a rassemblé autour de l'École ses attractions, comme elle y accumulait ses affiches.

La Faculté a mis ses humbles dépendances surtout à la disposition des débutants. Les maîtres spécialistes n'ont que faire de son concours.

Dans notre profession, tout le monde enseigne du petit au

grand; on commence par là dès qu'on se sent de force, on finit de même, tant que la force ne fait pas défaut : un zèle si soutenu n'a pas besoin d'encouragements, il a presque les ardeurs infatigables de l'apostolat.

L'État n'a que faire de s'en mêler. Là n'est pas son rôle. Sa mission, dignement remplie, est, au lieu de stimuler les enseignants de bonne volonté, de sauvegarder les traditions respectables, de modérer les entraînements irréfléchis, de maintenir, à côté et au-dessus de l'enseignement libre avec ses passions et ses défaillances, un corps enseignant moins mobile. Que les élèves affluent aux cours de ses Facultés, ou qu'ils s'en éloignent, selon les tendances de la mode, les écoles officielles de médecine exercent sur la direction des esprits une influence aussi incontestable qu'inexpliquée. Supprimez par la pensée les grandes et solides institutions, et vous verrez quelles graves conséquences entraînera cette suppression.

Chez nous, l'enseignement officiel répond aux cadres des armées permanentes, l'enseignement libre représente les volontaires, plus aptes au côté agressif qu'à la défensive.

(*Archives générales de médecine*, 1883.)

LA THÉRAPEUTIQUE JUGÉE PAR LES CHIFFRES.

(En collaboration avec le professeur Regnauld.)

Rien ne semble plus facile que de suivre le mouvement de la pathologie. Les traités généraux s'inspirent des idées régnantes, et leur succès dépend de leur sens de l'actualité. Les monographies témoignent, par le choix des sujets autant que par la manière dont ils sont envisagés, des tendances médicales de l'époque où elles se produisent. On estime ainsi la direction imprimée par les maîtres, mais on apprécie moins aisément l'influence exercée sur les élèves. Il ne suffit pas qu'une doctrine apparaisse ou qu'elle brille même d'un certain éclat parmi les esprits désireux du nouveau, pour qu'elle se répande dans l'ensemble de la corporation, qui, indifférente ou préoccupée, s'associe lentement au progrès ou se laisse entraîner par un enthousiasme difficile à prévoir et à calculer.

Le mouvement de la thérapeutique est tout autrement délicat à constater. Les mémoires originaux ne sont que par exception désintéressés, soit que les auteurs aient succombé à des convictions hâtives, soit qu'ils aient été inspirés par des sentiments moins excusables. Tout praticien passe sa vie à la recherche du mieux en fait de remèdes. Chaque innovation le sollicite, puis le découragement succède à la foi, ou la confiance se raffermit par la continuité de l'expérience. Là, chacun travaille pour soi, tandis que les auteurs croient travailler pour tous.

La pratique s'individualise à tel point, que non seulement les

médecins d'un même pays, mais ceux d'une même ville et du même hôpital, ignorent les agissements de leurs confrères ou de leurs collègues.

Seuls, les pharmaciens pourraient écrire l'histoire de la thérapeutique fondée sur la comparaison des prescriptions. A cette histoire il manquerait la sanction des résultats; mais où puiser les éléments d'une étude impartiale des remèdes en regard des maladies? Nous savons ce que valent les statistiques comparées et combien le numérisme qui s'adapte aux médicaments contraste avec l'incalculable mobilité des états morbides.

Résoudre le problème de l'activité des médicaments nous paraît impossible, et nous avons pensé qu'en le décomposant on arriverait à présenter sous une forme instructive une des faces de la question. C'est à l'exposé pharmacologique, dont nous ne nous dissimulons ni l'aridité ni l'insuffisance, qu'est consacré le présent travail. Nous avons pu l'entreprendre grâce à une institution *unique au monde*, la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui centralise la préparation, l'achat et la distribution de tous les médicaments *sans exception*, employés dans les établissements hospitaliers de la ville.

La fondation de la Pharmacie centrale date seulement de l'an III de la République française (1794).

Jusque vers la seconde moitié du dix-huitième siècle, chaque hôpital et hospice de Paris était pourvu d'une apothicairerie spéciale à l'usage des malades résidents ou externes.

Cependant des tentatives de centralisation avaient été réalisées dans quelques établissements. C'est ainsi qu'au commencement du règne de Louis XV on trouve, à la Salpêtrière, une apothicairerie suffisante pour satisfaire aux besoins des diverses dépenses de l'hôpital général.

Plus tard, en 1756, par mesure d'ordre et d'économie, l'apothicairerie de l'Hôtel-Dieu fut organisée de manière à approvisionner, outre l'Hôtel-Dieu, les hôpitaux Saint-Louis et Sainte-Anne qui, d'ailleurs, ne fonctionnaient régulièrement que pendant la durée des épidémies graves.

En 1796, à la suite des études poursuivies et des règlements édictés par la Commission des hospices, la Pharmacie centrale reçoit une organisation qu'on peut dire définitive, tant les modifications apportées depuis lors à cette première réglementation ont été réduites. Très imparfaite à son début, mal installée dans les bâtiments des *Enfants-Trouvés* (1), la Pharmacie fut transférée, en 1812, dans les localités qu'elle occupe aujourd'hui, et qui avaient appartenu précédemment à la communauté religieuse des *Miramiones*.

En principe, le service de la Pharmacie centrale se limitait exclusivement aux fondations hospitalières relevant de l'administration des hospices. Peu à peu sa sphère d'action s'est étendue, et l'on fit participer non seulement aux avantages matériels, mais aux garanties croissantes qu'elle offrait, d'abord les maisons de secours ou bureaux de bienfaisance, plus tard les prisons de la Seine et un petit nombre d'institutions charitables reconnues d'utilité publique.

Aujourd'hui, grâce à l'accroissement de la population parisienne et à l'extension du fonctionnement, la Pharmacie centrale est devenue un établissement d'une importance exceptionnelle. Tous les médicaments pharmaceutiques y sont préparés ; quant aux drogues simples et aux produits chimiques, ils ne sont admis à l'usage qu'après avoir été soumis à des essais analytiques et à l'expertise d'une commission nombreuse choisie parmi les notabilités de la pharmacie, du commerce, et dont font également partie les médecins et les pharmaciens des hôpitaux. Toutes les matières sont délivrées strictement au prix de revient et directement remboursées à la caisse générale de l'administration de l'Assistance publique.

Il serait injuste de ne pas déclarer qu'à Soubeiran revient l'honneur, non pas de la fondation, mais de l'organisation du service. A partir du jour où il se voua à la tâche dont personne

(1) Ce bâtiment, qui a été détruit pour la construction du nouvel Hôtel-Dieu, a été longtemps le chef-lieu de l'administration des hôpitaux et le siège du Bureau central d'admission des malades.

n'avait sérieusement pris charge avant lui, tout fut transformé. Ce qui n'était qu'un magasin devint un laboratoire de premier ordre, où n'entraient que des matières premières de haut choix, où les analyses les plus délicates étaient en permanence, où l'élaboration des substances s'effectuait dans des proportions jusque-là inconnues, tant au point de vue des quantités de matières traitées que de l'économie et de la rapidité de la production. Il arriva pour la Pharmacie centrale ce qui arrive forcément pour toute usine dont la marque est une garantie, ses médicaments furent de plus en plus recherchés. On avait pu dire jadis : c'est un extrait médicamenteux à l'usage de l'hôpital, pour expliquer l'incertitude des résultats; on a dit depuis : l'extrait provient de la Pharmacie centrale, comme témoignage de la sûreté de ses effets.

L'activité croissante de l'établissement ne se mesure pas seulement par l'opinion. La confiance vraie n'est pas facile, et, sans tenir compte des institutions administratives, obligées de s'approvisionner à la Pharmacie centrale, le chiffre des demandes, pour les établissements libres, s'est élevé, en vingt ans, de 10,000 à 70,000 francs par année.

Il importe de retracer le mouvement progressif de ces dépenses, moins pour établir l'autorité non discutée de la Pharmacie centrale que pour fournir aux grandes villes qui n'ont pas de centralisation pharmaceutique, un exemple à étudier tout au moins, sinon à suivre d'emblée. La libre concurrence n'est pas exclue des approvisionnements réservés au commerce, mais la surveillance est telle, que l'acceptation ou le refus ne procède que d'un examen approfondi.

Les dépenses à la charge de l'administration résultent des médicaments prescrits dans les hôpitaux, les hospices et dans plusieurs établissements non dénommés, dont la consommation annuelle n'a jamais monté à 10,000 francs; les dépenses remboursées à l'administration hospitalière proprement dite comprennent les bureaux de bienfaisance, les prisons et quelques institutions charitables, dépensant au maximum 70,000 fr. par an.

	Dépenses à la charge de l'Administration.	Dépenses remboursées.	Total.
1855	512,440 fr.	101,118 fr.	613,559 fr.
1860	551,105	209,304	760,409
1865	707,528	297,554	1,005,081
1870	953,800	395,912	1,349,719
1875	677,093	431,598	1,109,670

On peut juger, par ce résumé quinquennal, de la masse considérable de substances médicamenteuses mises en circulation, de l'importance du centre qui les a déversées dans les divers établissements charitables privés ou publics et de la valeur des chiffres puisés à une pareille source.

Il convient de noter que, d'une part, l'annexion de la banlieue à Paris, qui eut lieu en 1860, accrut sensiblement la population indigente de la ville, et que, de l'autre, les événements de la guerre ou du siège n'exercèrent qu'une influence insignifiante sur le fonctionnement de la Pharmacie centrale. Il est curieux de voir que les relevés de 1869, 1870, 1871, ne présentent pas des écarts plus marqués que ceux qui s'étaient produits dans le décompte des années précédentes.

Après cet exposé général qui nous semble une introduction nécessaire, nous nous hâtons d'entrer dans l'étude des faits particuliers.

Chaque année, conformément aux règles administratives, il est dressé, à la Pharmacie centrale, un relevé des médicaments entrés et sortis, de manière à asseoir la comptabilité des matières. Ces tableaux, qui servent en même temps de base au budget de l'année suivante, nous ont paru fournir les éléments d'un travail comparatif d'un ordre tout différent.

Les oscillations que subit le libre usage des remèdes répartis entre les établissements hospitaliers, suivant la demande des médecins, représentent, dans leur ensemble, les variations de la thérapeutique sous sa forme graphique la moins discutable. Quand la confiance dans une des substances dont se compose la matière médicale a baissé, la demande suit mathématiquement une décroissance parallèle; elle est ascendante en sens

inverse pour les produits en faveur. S'il est intéressant de chercher les rapports des entrées hospitalières et des sorties, de calculer la durée du séjour des malades, de s'enquérir des professions en regard des maladies, il l'est bien plus d'embrasser d'un coup d'œil les matériaux du traitement.

En empruntant à l'industrie une comparaison qu'on n'a pas à justifier, connaître la quantité de pierres, de briques, de plâtre et de fer qui entre chaque année dans une grande ville, c'est représenter sous une forme concise les prédilections des constructeurs. Conclure à la supériorité ou à l'infériorité des matières premières suivant qu'elles sont plus ou moins demandées, serait une faute ; ne pas faire entrer en compte, dans une étude sérieuse, ces données statistiques, ce serait, de la part des ingénieurs, se priver d'une base solide d'informations.

Nous nous sommes placés au même point de vue, sans nous dissimuler l'insuffisance obligée des documents authentiques que nous avons recueillis, mais aussi sans en amoindrir la valeur; notre espoir a été que cet essai, qui n'a pas de précédent, sera suivi de travaux moins imparfaits, que dorénavant l'administration de l'Assistance publique introduira dans son compte moral et administratif le compte officiel détaillé des substances médicamenteuses, et que l'on pourra, par la suite, constater d'année en année les variations de la pratique.

Il existe, en effet, côte à côte, deux thérapeutiques, l'une qui recommande les médicaments ou les discrédite en théorie, l'autre qui les met en usage. C'est celle-là qu'il faut juger par ses œuvres. Directement la tâche est impossible, et on n'arrive même à un à peu près que par la voie détournée où nous nous engageons.

La faveur et l'abandon ne sont pas, en fait de remèdes, choses de fantaisie; s'il en était ainsi, la médecine ne serait qu'une succession de prédilections aventureuses. On essaye honnêtement, on ne recule devant aucune tentative, on prend ou l'on quitte un médicament, et enfin on le cote au prorata des résultats qu'il a donnés. Le hasard ou la mode peut influencer les

premières tentatives; mais, à l'égal des valeurs financières, le cours se règle d'après les produits.

Combien avons-nous vu de médicaments éclore et disparaître dans un irrémédiable oubli, tandis que d'autres s'installaient définitivement dans le domaine thérapeutique, constituant un capital qu'on n'aliénera jamais !

Il aurait été extrêmement curieux et vraiment instructif de fournir une vue d'ensemble comprenant la longue période qui s'est écoulée depuis les premières années de ce siècle. La pratique médicale a subi, durant ce laps de temps, des révolutions solennelles. Malheureusement, la statistique dont nous prenons l'initiative n'entrait pas dans les combinaisons administratives. Les livres de la Pharmacie centrale où figuraient les comptes périmés ont été successivement détruits comme inutiles, et il serait impossible de remonter à des souvenirs qui ont disparu plus vite encore que les pièces comptables. Cependant, à force de recherches dans les archives de l'Assistance publique, nous avons été assez heureux pour reconstituer l'histoire numérique de l'un des agents principaux de la médication réputée antiphlogistique, la saignée au moyen des sangsues. Le tableau saisissant que nous donnerons sur ce sujet digne d'intérêt remonte à l'an 1820 et se complète sans interruption jusqu'à l'époque actuelle.

Sauf ce cas, nous avons été forcés de nous limiter à une trop courte période de vingt années. A défaut de mieux, les tableaux que nous publions serviront pour l'avenir.

Parmi les médicaments employés dans les institutions qui relèvent de l'Assistance publique, plusieurs dont la découverte est toute récente ou dont l'appropriation thérapeutique n'avait pas été soupçonnée, figurent dans les formulaires depuis quelque vingt ans. Pour ces remèdes nouveaux, non seulement conseillés, mais employés, nous avons cru devoir reproduire la statistique annuelle.

Les substances anesthésiques sont devenues, depuis la découverte des propriétés de l'éther, auquel le chloroforme s'est sub-

stitué, une des préoccupations dominantes de la thérapeutique contemporaine. Le chloral n'a fait son apparition dans les services hospitaliers de Paris qu'en 1869. A cette date, la consommation était de 5 kil., en 1875 elle s'élève à 360 kil. en chiffres ronds. L'iodoforme figure pour la première fois dans les relevés de la Pharmacie centrale pour le chiffre de 250 gr.; seize ans après, on en consomme annuellement 28 kil. La progression ascendante est moins marquée en ce qui concerne le chloroforme, qui monte de 141 kil. en 1856, à 308 kil. en 1875.

Le tableau suivant permet de constater, année par année, le progrès de la consommation.

Années.	Éther sulfurique.	Chloroforme.	Chloral.	Iodoforme.
	kil.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.
1855	195	141.225	»	»
1856	181	178.730	»	»
1857	190	160.865	»	»
1858	169	171.510	»	»
1859	379	171.680	»	250
1860	186	171.700	»	225
1861	263	173.000	»	250
1862	248	214.000	»	200
1863	428	247.700	»	045
1864	323	230.500	»	450
1865	453	220.300	»	100
1866	435	243.850	»	600
1867	476	277.800	»	2.730
1868	445	200.000	»	21.060
1869	500	301.000	5.057	20.990
1870	512	374.700	61.525	22.935
1871	309	227.000	58.060	28.125
1872	589	250.000	100.875	33.925
1873	484	202.550	156.330	24.110
1874	500	274.000	387.500	35.945
1875	614	308.000	360.500	28.285

Les bromures ne sont réellement entrés dans le traitement des maladies que depuis 1855; on verra, par le tableau ci-joint, dans quelles proportions leur consommation s'est accrue. Ici encore, il convient de reproduire les relevés annuels. On assiste ainsi aux premières indécisions, qui se prolongent pendant une

dizaine d'années, puis une fois le remède adopté, les indications se multiplient, la confiance va croissant, et le bromure de potassium, qui reste et restera le type, semble atteindre un chiffre définitif.

Si cette étude n'excédait pas les limites où nous tenons à nous renfermer, il serait séduisant d'indiquer l'ordre chronologique des monographies consacrées aux bromures, parallèlement avec l'accroissement de la demande, depuis la thèse du docteur Huette, en passant par le travail de Debout, jusques aux recherches plus récentes sur le traitement de l'épilepsie. D'autres pourront exposer cette phase de l'histoire actuelle de la médecine, et utiliser les chiffres officiels que nous nous bornons à reproduire.

Années.	BROMURES de potassium.	de sodium.	d'ammonium.
	kil. gr.		
1855	3.200	»	»
1856	7.100	»	»
1857	4.820	»	»
1858	2.000	»	»
1859	2,517	»	»
1860	2.360	»	»
1861	2.905	»	»
1862	5.782	»	»
1863	7.601	»	»
1864	22.300	»	»
1865	73.530	»	»

Années.	BROMURES de potassium.	de sodium.	d'ammonium.
	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr
1866	133.300	»	»
1867	133.643	»	»
1868	211.650	500	»
1869	406.313	»	3.100
1870	389.900	8.500	650
1871	316.090	7.000	200
1872	520.740	11.000	3.100
1873	506.620	13.500	375
1874	741.350	5.000	»
1875	730.910	4.000	»

Lorsque Harley publia, en 1869, ses *Gulstonian lectures* de 1868, il réunit dans un traité devenu classique ses recherches sur la ciguë, l'opium, la belladone et la jusquiame, et donna à son livre le titre de : *Les Vieux végétaux narcotiques* (The old vegetable narcotics). Si l'usage de ces végétaux se continue depuis des époques éloignées, leur mode d'administration a subi des modifications profondes. A côté des substances premières, souvent au-dessus, se sont imposés des composés chimiques ou pharmaceutiques nouveaux.

Il ne s'agit plus seulement, pour ces produits, du genre; mais il faut compter avec l'espèce, parfois avec la variété.

Nous accepterons, dans le tableau ci-dessous, la classification quelque peu arbitraire, mais toute pratique, de Harley, en ajoutant à la liste des vieux narcotiques végétaux, le datura, l'aconit et leurs diverses préparations.

						ACONIT.			CIGUË.		
Années.	Opium.	Morphine.	Codéine.	Narcéine.	Feuilles fraîches d'aconit.	Racine d'aconit.	Aconitine.	Feuilles sèches de ciguë.	Feuilles fraîches de ciguë.	Cicutine ou conicine.
	kil. gr.	kil. gr.	gr.	gr.	kil.	kil. gr.	gr.	kil.	kil.	gr.
1855	148.200	272	»	»	02	»	»	160	10	»
1856	150.200	312	»	»	»	»	»	147	758	»
1857	101.747	456	»	»	50	»	»	105	337	»
1858	117 »	570	»	»	»	»	»	257	60	»
1859	154 »	686	»	»	40	»	»	88	»	»
1860	159.808	818	»	»	»	»	»	101	63	»
1861	161.500	1.117	»	»	60	»	»	26	»	»
1862	200 »	1.205	»	»	52	»	»	121	»	»
1863	132.500	1.072	»	»	150	»	»	80	»	»
1864	140.000	1.203	»	»	»	»	»	152	1.000	»
1865	173.700	1.604	»	»	45	»	»	1	»	»
1866	211.250	1.862	»	»	»	»	»	81	»	»
1867	138.000	1.082	015	»	100	»	001	81	»	»
1868	210.250	2.460	161	050	»	»	015	210	»	»
1869	202.870	2.845	461	»	330	»	»	167	350	»
1870	242.500	3.410	139	»	365	»	010	166	»	010
1871	210.500	1.034	284	035	60	»	»	4	»	014
1872	218.350	4.500	211	040	»	1.500	»	64	440	033
1873	140 »	7.325	185	005	»	»	008	2	»	005
1874	203.803	8.774	506	018	60	250	007	27	365	006
1875	151.250	10.335	701	012	66	»	»	18	392	»

Ce relevé suggère quelques réflexions. En ce qui concerne l'opium, bien que la morphine, sous la forme hypodermique, soit devenue de plus en plus accréditée, puisque, de 272 gr., le chiffre s'élève au chiffre énorme de 10 kil. 335, l'opium conserve toujours, presque sans variations, son autorité magistrale; les différences se soldent, sur plus de 100 kil., par des appoints insignifiants.

La racine d'aconit, usitée presque exclusivement dans quelques pays étrangers, n'a pas acquis droit de cité chez nous. L'aconit n'est pas un des éléments vrais de notre thérapeutique, et, sous ce rapport, il nous reste presque tout à apprendre.

Les oscillations par lesquelles passe l'administration de la ciguë ne sont pas moins significatives; on peut dire de tous ces remèdes mobiles qu'ils ne sont pas encore classés. La ciguë, en effet, sous quelque forme qu'on s'en serve, ne compte pas encore de partisans définitivement convaincus.

	BELLADONE.				DATURA.				JUSQUIAME.			
Années.	Feuilles fraîches de belladone.	Feuilles sèches de belladone.	Atropine.	Sulfate d'atropine.	Granules d'atropine.	Feuilles de datura.	Daturine.		Feuilles.	Semences.	Hyoscyamine.	
	kil.	kil. gr.	gr.	gr.	gr.	kil. gr.	gr.		kil. gr.	kil. gr.	gr.	
1855	1,478	16	»	009	»	53	»	15.570	3	005		
1856	1,950	121.700	013	024	»	21.625	»	16.500	»	»		
1857	2,996	81.125	016	013	»	40.125	»	2.675	»	»		
1858	1,522	11.950	005	054	»	52.250	»	6.750	»	»		
1859	3,167	130	003.2	062	»	41.925	»	7.050	»	»		
1860	1,560	20.700	»	120	»	43.650	»	5.500	»	»		
1861	2,565	23.350	»	151	»	51.715	»	18	12	»		
1862	4,818	30.500	012	236	»	47.250	»	6.800	»	»		
1863	789	33.300	»	207	»	62.800	»	10.300	»	»		
1864	2,047	147	»	256	»	34	»	19.925	»	»		
1865	4,800	147	»	288	»	57.550	002	14.300	10	»		
1866	3,105	78.700	002	357	»	75.500	»	23	1.500	»		
1867	1,429	27	001	402	»	58.500	»	33.700	15	»		
1868	2,090	185	004	475	»	65.500	»	50.750	»	»		
1869	700	140.550	001	403	»	55.350	005	18.700	»	»		
1870	607	88.500	»	046	200	63.700	»	61.500	15	005		
1871	1.480	133.300	»	444	»	79.900	»	82.300	»	»		
1872	1,775	77.700	011	803	100	74.550	»	23	12	003		
1873	1,140	84.250	010	1.059	»	60	»	66	»	048	3	
1874	500	130	060	465	300	60.700	005	14.580	»	034		
1875	510	188.500	002	780	825	97.630	»	90.500	»	»		

La concurrence, si ce mot est permis, qui s'est établie entre la belladone, la jusquiame et le datura, a abaissé, en apparence du moins, la faveur de la belladone. Mais, en réalité, le sulfate d'atropine, représentant absolu des propriétés de la belladone, a

conquis une valeur thérapeutique que les autres alcaloïdes des solanées sont loin d'atteindre. Il est possible que la pratique hospitalière ne réponde pas, sous ce rapport, à la pratique civile. Le maniement des alcaloïdes dangereux à très faible dose offre de telles difficultés dans les hôpitaux, qu'il est souvent prudent de s'en abstenir.

La digitale, sans prétendre à un classement, se rapproche à quelque degré de remèdes précédents. Elle agit à la fois sur le système nerveux et sur le système musculaire de quelques appareils spéciaux et n'a plus à faire ses preuves. Aussi les variations sont-elles si peu marquées, qu'il suffit de les indiquer de cinq en cinq années, comme nous le ferons pour les médicaments qu'on pourrait appeler à cours fixe.

	Feuilles.	Digitaline.	Granules de digitaline.
	kil. gr.	gr.	kil. gr.
1855	27.080	»	»
1860	39 680	»	»
1865	65.870	0.20	1
1870	48.750	»	2.160
1875	42.870	»	2.175

L'antimoine et l'ipécacuanha, bien qu'ils rentrent physiologiquement dans la même classe que la digitale, ont néanmoins des propriétés thérapeutiques toutes différentes. Ils appartiennent également aux remèdes de fondation dont l'emploi peut être graduellement progressif, mais qui ne tombent jamais au-dessous d'une moyenne acquise.

	Oxyde de blanc d'antimoine.	Tartre stibié.	Kermès.	Soufre doré d'antimoine.	Racine d'ipéca.
	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.
1855	9.180	6.320	10.706	670	76.350
1860	12.695	10.150	17.875	...	74.000
1865	5.750	4.541	18.370	...	51.800
1870	20.080	6.439	25.130	500	104.150
1875	6.650	3.389	36.500	27.000	163.750

Que la faveur se porte sur l'une ou sur l'autre de ces substances émétiques, qu'on les emploie à doses vomitives ou non, on pourrait presque dire que la somme se maintient dans des limites peu variables. Nous avons pensé qu'on nous pardonne-

rait de réunir dans un même cadre quelques substances que rapproche une douteuse communauté d'action. Ces remèdes, sauf un ou deux, satisfont à des médications exceptionnelles. On verra, par le tableau suivant, combien leur consommation annuelle est mobile.

Parmi les médicaments dont l'action s'exerce de préférence sur le système nerveux, il en existe une catégorie dont on pourrait presque à volonté restreindre ou étendre les limites, ce sont les antispasmodiques. A prendre la dénomination dans son sens étymologique, ces agents auraient la propriété de modérer les spasmes, et là s'arrêterait leur sphère d'activité.

De pareilles limitations sont contraires à l'esprit actuel de la thérapeutique et à la vérité; on ne réussit pas, en décomposant les expressions symptomatiques d'états complexes, à accoler un remède à chaque variété de manifestation. Le spasme n'est même pas un phénomène assez défini pour servir de point de départ à un classement.

Il est résulté de ces attributions indécises et mal nommées, que les antispasmodiques ont été confusément répartis parmi les remèdes qu'on a essayé, au commencement de ce siècle, d'appeler *nervins*. Les uns les tiennent pour calmants, les autres pour régulateurs dans tous les désordres du système nerveux qui se traduisent par un surcroît ou une incohérence de son activité, d'autres y ont vu des narcotiques moyens avec une pointe de tonicité, plusieurs enfin les prescrivent par pure obéissance à la tradition.

C'est toujours un bon signe quand ces remèdes flottants ne comportent qu'une rare administration. On verra, par le tableau ci-joint, combien leur rôle est demeuré secondaire. Encore faut-il ajouter que quelques-uns d'entre eux, comme le camphre, ont des emplois sans relations avec leurs vertus antispasmodiques supposées et appartiennent aux médicaments externes, aux antiputrides et même aux insecticides.

Le *musc*, l'*assa fœtida* et le *castoréum* sont, au contraire des antispasmodiques exclusifs.

	Racine de valériane.	Camphre.	Acide cyanhydr.	Eau de laurier-cerise.	Assa fœtida.	Musc.	Castoréum.
	kil.	kil.	gr.	kil.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.
1855	146	255	200	145	7.170	1.308	2
1860	155	343	810	275	3.005	921	2.800
1865	427	644	430	309	6.375	1.557	6.000
1870	276	803	350	264	4.070	2.010	4.200
1875	201	905	125	370	4.150	839	5.500

Les antispasmodiques s'emploient soit pour combattre une affection isolée du système nerveux, soit pour modérer un incident nerveux survenant dans le cours d'une maladie quelconque, zymotique ou inflammatoire. Tel est le cas de la prescription du musc au cours des fièvres typhoïdes, de la variole, des pneumonies alcooliques, etc.

Les caféiques répondent à peu près aux mêmes conditions d'usage, mais leur domaine thérapeutique est déjà bien moins circonscrit; on pourrait dire qu'ils ont un pied dans l'hygiène physiologique et un pied dans la pathologie. La dépense ne représente pas pour eux les intentions de la demande, et dans l'état actuel de la pratique, il serait bien difficile de juger les visées des médecins qui prescrivent le thé ou le café. Les relevés ne sont que d'un intérêt secondaire, et nous croyons devoir les abréger.

Notons néanmoins les variations de la caféine dont le tableau ci-dessous ne donnerait qu'une fausse idée. Introduite en 1865, la caféine commence par le chiffre de 10 grammes, qui s'élève presque brusquement à 269 grammes en 1872, et retombe à 250 grammes en 1874.

	Café.	Thé.	Caféine.
1855	1.610	102.250	
1865	3.220	302.800	0.10 gr.
1874	4.977	277.050	250

La consommation de l'alcool et des substances alcooliques ne répond pas davantage à une donnée thérapeutique très appréciable. Il faudrait, pour l'estimer au point de vue du traitement, faire un triage impossible et séparer les boissons alcooliques, administrées à certaines périodes des grandes maladies

fébriles, des mêmes boissons données à titre de reconfortant ou presque de condiment alimentaire.

Tandis que la dépense des alcooliques, sous diverses formes, prend, en vingt années, des proportions presque colossales, il sera curieux de mettre en parallèle le décroissement des sangsues; il le serait encore plus, si la chose était praticable, de dresser le relevé des émissions sanguines par la lancette.

Quoi qu'il en soit, la consommation des boissons alcooliques a suivi non seulement chez les hommes bien portants, mais chez les malades, une progression rapide et qui dépasse celle de la viande. Les conditions du régime hospitalier se sont modifiées conformément aux habitudes régnantes. Ce n'est pas un médiocre indice de nos tendances thérapeutiques que cet énorme accroissement de l'alcool, de l'eau-de-vie et du vin dans la cure des maladies ou dans l'hygiène de la convalescence, aussi n'avons-nous pas hésité à en donner le relevé annuel.

Années.	Alcool.	Eau-de-vie.	Rhum.	Vin rouge.	Vin blanc.	Vin de Bagnols.	Vin de Bordeaux.	Eau-de-vie de l'Entrepôt.
	litr.	litr.	litr.	litr.	litr.	litr.	litr.	litr.
1855	1270	»	199	17752	21015	10096	14332	11395
1856	2891	»	34	19531	22502	10045	42118	12132
1857	4302	»	3	24353	25570	8772	25168	12010
1858	6427	»	4	26963	28575	12354	29201	10301
1859	6912	»	2	29202	26366	10714	41298	10139
1860	7536	»	4	30130	37014	19718	42858	12012
1861	7589	»	6	43209	40821	21460	46990	14844
1862	7908	4	35	49574	40786	25254	59986	17523
1863	1801	133	73	60255	38791	30561	67071	16708
1864	11331	166	210	76925	41795	30346	73770	17214
1865	19981	969	2458	87580	51145	36007	76129	15459
1866	21578	915	3043	97653	52164	40043	86386	14900
1867	27384	1504	1370	113301	50479	44995	105756	15124
1868	30471	2826	2088	142313	37202	30008	94741	15875
1869	33350	2973	2591	151050	38164	38301	85303	15805
1870	40109	3391	3775	177820	39292	45181	109605	15253
1871	38132	3115	5025	142653	55085	45188	82313	12031
1872	39214	2887	3508	160077	39580	44302	83744	7405
1873	44708	1402	4096	221923	12570	»	»	9060
1874	42462	3289	6570	210530	7271	»	»	8006
1875	37578	4108	5082	183702	5755	»	»	9068

A la consommation surprenante des alcooliques, il convient d'opposer la série des oscillations subies par l'usage des sangsues dans les hôpitaux et, finalement, de constater le discrédit dont est frappé ce moyen considéré naguère comme un des pivots de la thérapeutique.

La difficulté qu'on éprouve à colliger ces renseignements nous engage à les publier *in extenso*, ne fût-ce que pour les préserver de l'oubli et de la destruction. Nous sommes parvenus à comprendre 56 années dans notre tableau : les chiffres relatifs à la dépense sont complets; pendant cette longue période, les nombres représentant la consommation des 40 dernières années (1836 à 1875) sont absolument exacts et tirés de pièces officielles; quant à ceux de la première phase de 16 années (1820 à 1836), nous les avons calculés avec une approximation satisfaisante à l'aide des prix moyens convenablement discutés.

Années.	Dépense.	Nombre des sangsues.	Années.	Dépense.	Nombre des sangsues.
1820	11,000 fr.	183,000	1848	78,400 fr.	358,000
1821	12,500	208,000	1849	80,000	401,400
1822	10,800	180,000	1850	»	310,500
1823	9,800	163,000	1851	41,100	230,800
1824	32,350	457,000	1852	50,000	230,400
1825	31,000	442,000	1853	45,000	216,200
1826	55,000	640,000	1854	40,000	331,200
1827	37,000	463,000	1855	32,000	215,200
1828	28,400	362,000	1856	19,700	177,000
1829	43,000	540,000	1857	17,500	113,000
1830	51,000	630,000	1858	14,300	149,500
1831	40,000	421,000	1859	17,200	132,000
1832	83,700	881,000	1860	15,000	122,000
1833	53,000	500,000	1861	13,300	116,000
1834	107,800	1,030,000	1862	4,900	104,000
1835	53,000	600,000	1863	8.000	100,000
1836	101,400	1,280,000	1863	14,400	92,000
1837	76,400	1,037,000	1864	4,300	86,000
1838	63,200	937,000	1865	7.000	94,000
1839	75,000	900,000	1866	5,400	90,000
1840	158,000	888,500	1867	3,800	102,000
1841	123,000	688,000	1868	6,200	107,500
1842	»	706,000	1869	4,000	84,200
1843	78,700	571,400	1870	1,500	41,500
1844	92,100	585,400	1871	1,840	57,500
1845	90,000	499,500	1872	1,640	61,000
1846	97,400	410,000	1873	2,500	52,300
1847	88,500	373,500	1874	1,606	49,000

De ce tableau on peut déduire que l'emploi des sangsues commence à prendre de l'importance vers 1824; la moyenne annuelle de 1820 à 1824 étant 183,000, elle monte à 508,000 de 1824 à 1830. L'engouement arrive à son apogée de 1830 à 1842, époque où la moyenne annuelle atteint 828,000 avec trois maximum de plus de 1 million par an. A partir de 1832, le déclin se prononce; jusqu'en 1850, il est modéré, puis il s'accentue et se précipite avec un irrésistible entrain.

Dans son ensemble, la question financière passe par les mêmes crises; trois fois de 1830 à 1842 la dépense annuelle franchit 100,000 francs, près de 200,000 du moment actuel; en 1875, elle tombe à 1,600 francs, qui ne valaient pas 1,000 fr. en 1840, c'est une somme deux cents fois moindre et, on peut le dire, le signe d'un abandon presque complet.

En calculant les moyennes annuelles pour les diverses périodes, on arrive au tableau suivant, dans lequel les chiffres résument d'une façon concise et frappante les faits que nous venons d'énoncer. A ceux qui le consulteront et dont la mémoire est fidèle, que le temps semblera éloigné où l'administration des hôpitaux craignait de se voir ruinée par l'hirudomanie, où des Landes de Bordeaux au jardin de la Pharmacie centrale florissait l'hirudiculture, où, enfin, le dépeuplement des marais de la Hongrie menaçait d'abréger la vie moyenne des populations de l'Europe !

		Consommation moyenne annuelle.	Dépense moyenne annuelle.
De 1820 à	1824	183,000	10,000 fr.
1824	1830	508,000	40,000
1830	1842	828,000	90,000
1842	1850	430,000	79,000
1850	1855	225,000	45,000
1855	1863	138,080	14,000
1863	1870	93,000	6,000
1870	1875	52,000	1,800

La place à réserver au quinquina et à ses préparations est tout indécise sous le climat de Paris, et nous nous bornerons à indiquer la proportion quinquennale de son emploi.

Années.	Quinquina gris.	Quinquina Calisaya.	Sulfate de quinine.	Sulfate de Cinchonine.
	kil.	kil.	gr.	gr.
1855	2,915	13,050	21,525	090
1860	5,310	61,120	27,735	1,650
1865	9,223	49,600	32,305	»
1870	12,353	138,035	65,052	»
1875	7,839	96,000	53,734	»

Les substances médicamenteuses que nous venons de passer en revue agissent, pour la plupart, comme modificateurs du système nerveux, à des titres variés et sous des rubriques assez diverses. Sans vouloir faire rendre aux chiffres bruts plus qu'ils ne peuvent et ne doivent donner, peut-être est-il permis de hasarder quelques déductions.

Depuis une dizaine d'années surtout, la curiosité médicale s'est déplacée, abandonnant les maladies inflammatoires localisées et même les maladies générales du type zymotique pour se porter sur les affections nerveuses.

La science a fait, sous ce rapport, d'énormes progrès; des espèces nouvelles ont été découvertes, des ensembles confus ont été décomposés par une habile analyse. Dans ce travail si fructueux au point de vue pathologique, la thérapeutique n'a pas encore trouvé sa place.

Les indications médicamenteuses ne se sont ni accrues ni perfectionnées; on assiste ainsi au spectacle tant de fois renouvelé d'une pathologie sans thérapeutique parallèle.

Cependant le progrès s'est fait par l'introduction dans la matière médicale de remèdes nouveaux, s'adressant à peu près exclusivement à la sensibilité pour l'annuler ou la restreindre. C'est ainsi que le chloral a suivi, comme nous l'avons signalé, une marche énormément croissante, et que ni l'opium ni les autres agents anesthésiques n'ont baissé de chiffre. Quand on songe, en résumant les chiffres, qu'il se consomme annuellement dans les établissements hospitaliers de Paris 350 kil. de chloral, 250 kil. d'iodoforme, 300 kil. de chloroforme, 250 kil. d'opium, 10 kil. de morphine, 750 kil. de bromure de potas-

sium, on est frappé de la faveur immense dont jouissent ces agents tous plus ou moins anesthésiques.

Par contre, les excitants de la sensibilité et surtout ceux du mouvement ont gardé leurs chiffres uniformes ou subi une notable décroissance. Plus les troubles de la locomotion ont trouvé leur raison d'être dans des lésions définies des centres nerveux, moins on a compté sur l'efficacité des substances tétanisantes.

Années.	Noix vomique.	Fève de Saint-Ignace.	Strichnine.	Granules de strichnine.	Brucine.	Ergot de seigle.	Cévadille.	Vératrine.	Granules de vératrine.
	kil. gr.	kil. gr.	gr.	gr.	gr.	kil. gr.	kil. gr.	gr.	gr.
1855	1.880	»	280	»	070	20.070	15	002	»
1856	20	250	314	»	010	21	20.200	114	»
1857	14.750	250	070	»	010	12.500	17	120	»
1858	3	»	066	»	»	32	36	060	»
1859	21	300	242	»	050	47.075	»	110	»
1860	10	»	171	»	040	33.300	37.250	070	»
1861	500	»	025	»	025	25.750	11.200	089	»
1862	5	»	090	»	»	35.300	20.700	057	»
1863	14	»	006	»	005	20.750	11.200	089	»
1864	»	350	103	»	020	28.550	25	015	»
1865	500	1	320	»	015	30.550	»	049	»
1866	3.800	950	005	»	002	28.750	5	040	»
1867	10	200	091	»	035	35.715	21.500	090	»
1868	4	1	070	»	040	»	22	095	»
1869	25.250	2.100	076	320	010	26.275	11.200	030	»
1870	4.950	2.900	056	»	»	60.885	20	185	550
1871	250	»	035	100	»	81.675	10	010	400
1872	5	2	202	100	»	82.455	21.300	030	225
1873	10	4	117	100	»	58.135	44.500	060	150
1874	21.250	4	035	350	012	174.420	»	038	550
1875	1	2	035	100	»	68.125	20.500	003	625

Les antipasmodiques se prêtent peu à une étude statistique. Administrés sans conviction, destinés à produire des effets douteux et à longue échéance, ils ne sont le plus souvent qu'une expression destinée à remplir les vides du traitement.

Le temps approche peut-être où, au lieu de s'adresser aux conséquences, on tentera de remonter aux causes. La thérapeutique du système nerveux se composera essentiellement de

médicaments appelés à modifier la circulation générale ou locale, à lutter, à leur point de départ, contre les affections réflexes et, sauf les anesthésiques qui répondent à des besoins immédiats, les remèdes nervins d'autrefois deviendront des accessoires de second ordre.

La noix vomique a passé de 1 à 27 kilogrammes; mais, dans cet écart si notable, il faut tenir compte des propriétés eupeptiques du médicament; au lieu d'être réservée aux cas de paralysie musculaire, la noix vomique tient, pour certains médecins, le premier rang parmi les toniques digestifs destinés à faire contre-poids à la médication alcaline. Le stock s'en épuise lentement à cause de l'exiguité des doses, et les gros chiffres qui reviennent avec une sorte de périodicité semblent répondre à de nouveaux approvisionnements. L'ergot de seigle monte presque sans transition de 40 kilogrammes en moyenne à 174, en 1874, sans qu'on puisse s'expliquer cette brusque demande. La vératrine, malgré les expériences qui lui assignaient une place parmi les antipyrétiques de la matière médicale moderne, ne semble pas compter de plus nombreux partisans. La brucine, mise en honneur à une époque où on entretenait l'espoir de réveiller, à l'aide d'agents excitants, l'activité des muscles paralysés, a disparu. Toute l'histoire thérapeutique des médicaments inscrits au tableau ci-dessus est à reprendre, et c'est pourquoi nous n'avons pas voulu nous borner à une simple mention.

Les médicaments que nous allons maintenant passer en revue appartiennent à des types si différents qu'il serait impossible de les soumettre à un classement; nous nous bornerons à les énumérer successivement, en groupant de préférence ceux que rapproche quelque communauté d'action.

Il a été admis par un certain nombre de médecins que les prédilections thérapeutiques n'obéissent pas à un caprice, mais qu'elles se justifient par le changement incessant des constitutions médicales. C'est ainsi que les antiphlogistiques répondraient aux périodes où dominent les maladies inflammatoires,

que, par contre, les purgatifs seraient en rapport avec la prédominance des affections dites muqueuses. Suivant cette opinion, à mesure que les indications des saignées s'imposent moins souvent, celles des purgatifs, des émétiques ou des altérants, si le nom doit être conservé, vont se relevant.

L'explication est peut-être plus ingénieuse que fondée.

Le médecin ne peut se passer de remèdes actifs, à propriétés limitées et qui sont, pour ainsi dire, le canevas auquel les médications secondaires s'adaptent presque à la manière d'une broderie : qu'on ait recours aux toniques, aux reconstituants, aux débilitants antiphlogistiques, aux évacuants de tout ordre, chacun de ces moyens peut être considéré comme résumant la totalité de l'intervention curative, ou comme une sorte de base d'opération.

Il est incontestable que, de notre temps, les purgatifs ont joué ce dernier rôle. La plupart des traitements institués dans des vues ou avec des agents très différents débutent par des évacuations intestinales, auxquelles on n'a plus recours dans les phases ultérieures de la maladie. Un éméto-cathartique est l'antécédent presque obligé de l'emploi du quinquina, même dans les fièvres intermittentes franches; on s'en sert à titre d'adjuvant préalable dans les cures mercurielles, dans celles où figurent les ferrugineux, les toniques amers, etc.; à ce titre les laxatifs n'ont fait que remplacer les saignées initiales si chaudement patronnées par les praticiens du dernier siècle.

Du jour où l'on a fait ainsi des purgatifs un auxiliaire, ils ont pris à peu de chose près la place des excipients. Une médication procède exactement, sauf la durée, suivant les mêmes lois qu'un remède isolé. Elle comporte une ou plusieurs substances maîtresses et une série d'agents accessoires, plutôt utiles qu'indispensables et qu'on suppose devoir concourir pour une part secondaire au résultat final.

Les purgatifs minéraux à base de magnésie, de soude ou de potasse, ont été généralement adoptés comme remplissant au mieux la fonction subalterne que nous venons d'indiquer. La

fréquentation des eaux minérales allemandes, qui ne comptent aujourd'hui que de rares visiteurs, a contribué pour une part à la faveur des laxatifs salins ; on s'était habitué à les voir usités pendant des semaines et à des doses relativement considérables, sans fatigue pour les malades même les plus délicats. Ils offraient donc des garanties précieuses de tolérance.

Si l'administration de l'Assistance publique avait introduit dans ses formulaires les eaux purgatives naturelles, on aurait vu dans les hôpitaux comme en ville l'usage des eaux minérales évacuantes s'accroître d'année en année. L'obligation de prescrire des solutions salines de sulfate de soude, de magnésie, etc., beaucoup trop concentrées, sous le nom d'emprunt des sources qui ne les ont pas fournies, a été de tous points désavantageuse. Les médecins se sont habitués à ne s'en servir que par intervalles, tandis qu'avec un moindre dosage ils en auraient multiplié l'emploi. Au lieu d'adopter la méthode si recommandable des laxatifs quotidiens à doses minimes, ils ont ordonné des solutions plus puissantes, ou seulement aux premiers jours de la maladie ou selon les indications d'urgence. Il eût été pourtant bien aisé de réduire les solutions en y ajoutant même de l'eau claire, mais on ne l'a pas fait, on ne le fait pas, on ne le fera pas de longtemps.

La magnésie calcinée, les sulfates de magnésie et de soude gardent depuis 1855 les premiers rangs. A diverses reprises le sel de Seignette, la crème de tartre soluble, le sulfate de potasse ont été essayés sans réussir à soutenir la concurrence. Ces derniers, bien que d'une saveur moins désagréable, ont l'inconvénient de fatiguer vite l'estomac pour peu qu'on en répète l'ingestion. Leur défaveur témoignerait de la vérité de nos remarques sur la disposition générale des médecins à préférer les purgatifs dont ils peuvent renouveler très fréquemment l'administration. La consommation annuelle de la magnésie calcinée, qui était en 1855 de 45 kil., a monté en 1867 à 130 kil. (maximum) et est redescendue en 1875 à 99 kil.

Le sulfate de magnésie, représenté en 1855 par 1669 kil., s'é-

lève en 1869 au maximum de 2873 kil. pour revenir en 1875 à sa proportion moyenne de 2200 kil. Le sulfate de soude n'est pas soumis à plus de variations, il s'élève ou s'abaisse de 200 kil. sur une consommation qui en vingt années ne descend jamais au-dessous de 800 kil. par an, et ne monte pas au-dessus de 1300 kil. (1870).

Le sel de Seignette passe de 16 kil. (1856) à 62 kil. (1858) et revient en 1875 à 15 kil. La crème de tartre soluble subit des oscillations très brusques entre 3 et 30 kil. par année.

Nous avons pensé qu'il suffirait de présenter ces relevés sommaires sans dresser le tableau annuel de consommation des purgatifs salins.

Les purgatifs végétaux doux répondent en principe aux indications des purgatifs minéraux; en fait, ils reçoivent une destination quelque peu différente, on ne les emploie, sauf la rhubarbe, que pour obtenir un effet immédiat et plutôt hygiénique que thérapeutique. En dehors du séné, prescrit à l'Hôpital des Enfants d'une manière suivie et méthodique, ni la manne, ni l'huile de ricin, ni le tamarin, ni la casse, à tort ou à raison, ne sont les bases d'un traitement sérieux.

Il est certain que les médications végétales ne jouissent pas actuellement d'un grand crédit. Les tisanes qui jouaient autrefois un rôle si important dans la thérapeutique française sont devenues des boissons insignifiantes, accommodées tout au plus au goût des malades, mais ne faisant l'objet ni d'une comparaison, ni d'une étude. Les laxatifs végétaux avaient commencé le mouvement décroissant, peut-être aussi seront-ils des premiers à entamer une progression inverse. C'est ainsi que le tamarin, dont la dépense annuelle était en 1855 de 18 kil., est monté à 58 kil. en 1869 pour descendre à 33 en 1875.

L'huile de ricin qui doit figurer parmi les purgatifs végétaux doux est d'une consommation toujours croissante. Elle semble avoir, à mesure qu'on se détache de la polypharmacie, inspiré plus de confiance. Son administration est facile, la répugnance des malades est aisée à vaincre comme pour tous les remèdes

ingérés sous un petit volume. Il en est des végétaux comme des minéraux : les grandes dilutions qui, selon l'expression populaire, forcent à en boire beaucoup, trouvent peu d'accueil. On aime mieux des remèdes d'une saveur plus désagréable, mais qui s'avalent d'un trait. Nous constatons le fait sans admettre que le médecin doive s'associer à ces capricieuses prédilections.

Il serait moins laborieux qu'on ne semble le croire d'établir un parallèle entre les substances minérales et végétales purgatives (les drastiques exceptés) et de modifier son option, non plus sur la saveur des agents, mais sur leurs propriétés thérapeutiques. Ce n'est pas évidemment à propos de simples statistiques que ces questions peuvent être soulevées, encore moins résolues.

Le tableau suivant rendra facile la comparaison entre les deux ordres de purgatifs, nous l'avons dressé de manière à mettre en regard des végétaux les purgatifs minéraux pris en bloc et qui se composent de la magnésie calcinée, de l'hydrocarbonate de magnésie, des sulfates de magnésie, de potasse et de soude, du sel de Seignette et de la crème de tartre soluble.

	Sels purgatifs.	Huile de ricin.	Séné.	Tamarin.	Manne.	Rhubarbe.
	kil.	kil.	kil.	kil.	kil.	kil.
1855	3,194	1,063	162	18	276	20
1860	3,457	1,570	219	10	408	83
1865	3,800	2,777	220	16	423	80
1870	4,258	3,156	220	35	355	119
1875	3,675	3,389	141	33	235	98

La casse est d'un si rare usage que nous nous sommes abstenus de la faire figurer dans ce tableau. La consommation annuelle varie entre 3 et 5 kil. Rarement est-elle usitée seule, bien qu'elle fournisse une boisson laxative d'un goût supportable et d'ailleurs facile à corriger.

Il est curieux de voir qu'en 1875 la quantité d'huile de ricin consommée égale la totalité des agents salins purgatifs : 3389 kil. d'une part et 3675 de l'autre; les deux ordres de remèdes s'administrent à peu près aux mêmes doses moyennes

(15 à 25 gr.). Or, en supposant que les deux purgatifs aient été ordonnés à la dose de 20 gr. pour chaque prise, on trouve qu'il a été administré dans le cours de l'année 1875 près de 400,000 préparations purgatives dans les établissements hospitaliers de Paris desservis par la Pharmacie centrale, sans compter les autres substances laxatives dont le dosage est à la fois plus variable et plus réduit.

Les drastiques végétaux forment une classe de médicaments énergiques se ressemblant par une certaine communauté d'action, différant par des propriétés accessoires ou même essentielles. On conçoit que ces substances, dont plusieurs deviendraient aisément toxiques, répondent à des indications variées. La saveur intervient pour une part dans les préférences, mais on tient encore plus compte des accidents incommodes attribués à tel ou tel drastique. C'est ainsi que la coloquinte est supposée provoquer plus fréquemment que ses congénères des nausées ou des vomissements, que l'aloès passe pour déterminer des congestions hémorrhoïdales, la gomme-gutte pour amener des diarrhées séreuses, presque incoercibles, la scammonée pour causer de vives coliques, l'huile de croton pour enflammer les membranes muqueuses. Il semble que c'est surtout en considération des qualités irritantes inhérentes à tout drastique que se fait le classement, les moins irritatifs occupant les premières places. Le turbith végétal, qui cependant mériterait un meilleur crédit, n'a jamais pu conquérir sa place dans le formulaire. On en dépense annuellement de 1 à 2 kil.; la faveur de l'aloès a par contre été toujours en augmentant. Le tableau ci-joint donnera le mouvement des diverses substances drastiques végétales de cinq en cinq années.

	Huile de croton.	Aloès.	Coloquinte.	Gomme-gutte.	Jalap.	Scamonnée.
	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.
1855	1.034	9.040	»	2	»	6.515
1860	1.570	17.450	0.250	2.450	30.500	5.150
1865	6.005	27.005	1	3.450	19.800	6.650
1870	8.305	21.445	1	3.400	26	11.450
1875	4.255	23	»	0.250	6.900	8.720

Ce relevé permet de saisir les variations que ne sauraient justifier des changements survenus dans les constitutions médicales. Tandis que l'aloès suit la marche régulièrement ascendante que nous avons indiquée, que la scammonée reste à peu près immobile, l'usage du jalap est soumis à de véritables secousses, passant de 8 kil. à 30 pour revenir à 6 kil. L'usage de la gomme-gutte et celui de l'huile de croton ont quadruplé.

Nous avouons qu'il nous serait bien difficile de donner une explication, même douteuse, de semblables virements. Entre le jalap et la scammonée, peu de praticiens ont des raisons de préférence motivée. Pourquoi ces prédilections passagères; s'il est impossible de les justifier, peut-être est-ce un motif de plus pour les signaler aux médecins.

Le colchique, bulbes et semences, rentre à la rigueur dans la classe des drastiques végétaux, mais les propriétés purgatives du remède sont loin d'être les plus utilisées. Recommandé contre la goutte, prescrit, par une assimilation toute hypothétique, contre certaines formes de rhumatisme chronique, le colchique n'est pas un remède d'hôpital. D'une part la maladie à laquelle il convient est assez rare dans les hôpitaux; de l'autre, le mode d'emploi exige une surveillance trop délicate. Aussi, excepté en 1872 où, par un hasard inexpliqué, la consommation s'est élevée à 31 kil., n'en dépense-t-on habituellement que de 6 à 10 kil.

Les médicaments dont nous venons de parler, sauf l'huile de croton, sont exclusivement réservés à l'usage interne et se prêtent à une vue d'ensemble. Si nous résumons, à titre de curiosité, la consommation des drastiques, en prenant pour base la dose moyenne presque vraie de 50 centigr. par chaque prise, nous trouvons en rassemblant dans le même calcul l'aloès, la gomme-gutte, le jalap et la scammonée, qu'il se prescrit annuellement de 120,000 à 140,000 préparations purgatives dont les substances ci-dessus forment la partie active, et qui viennent s'ajouter aux 400,000 laxatifs salins.

Les préparations iodiques ont, au contraire, un double emploi;

quelques unes, comme l'iodure de plomb, ne sont jamais administrées à l'intérieur; d'autres, comme l'iode libre, servent le plus souvent à produire des dérivations cutanées, mais interviennent aussi parmi les remèdes internes; enfin, la consommation de l'iodure de potassium sous forme topique est l'exception; nous ne parlons pas de l'iodure de fer dont il sera question à propos des ferrugineux.

Il est incontestable que l'iode tend à remplacer de plus en plus les autres révulsifs. Du jour où les cautères à demeure ont été abandonnés, on a senti le besoin de leur substituer un agent moins discrédité dont on pût également prolonger l'application. Les vésicatoires permanents avaient été supprimés avec plus de raison que les cautères, à cause des difficultés de tous genres que soulève leur entretien, mais la médication révulsive est de celles qui ne disparaîtront jamais de la thérapeutique. L'iode libre et surtout la teinture ne figurent pas encore parmi les remèdes internes à la place d'honneur qui leur est due, en revanche on a peut-être exagéré quelque peu leur valeur dérivative.

Nous n'avons pas à formuler ici un jugement sans autorité, si on ne l'appuie sur des considérants, nous ne pouvons cependant nous défendre d'exprimer un regret. Les cautères en permanence ont été employés avec une prodigalité qui explique la défaveur qu'ils ont subie à la longue. La plupart des excès thérapeutiques sont imposés par les croyances populaires, les médecins luttent pendant un certain temps, et inquiets d'assumer une responsabilité sans appel, la main forcée par les malades ou leurs parents, ils consentent à un remède tout au moins inoffensif; peu à peu, les moins résistants vont au-devant des aspirations, jusqu'au jour où le public découragé par l'insuccès passe à quelque autre engouement.

La teinture d'iode appliquée sur la peau est arrivée aujourd'hui à cette période modale. Les malades en sollicitent la prescription ou bien y ont recours d'eux-mêmes avant de prendre conseil. Les affections pulmonaires tuberculeuses, de-

vant lesquelles nous sommes si tristement désarmés, fournissent les principales indications et, comme la guérison est impossible, l'atténuation difficile à apprécier, on continue faute de mieux.

La teinture d'iode, sous forme de badigeonnage ou de friction, n'est qu'un révulsif de second ordre ; on peut la dire inférieure aux cautères parce que ceux-ci ont au moins réussi quelquefois s'ils ont été le plus souvent improductifs. Elle a sur eux l'avantage apparent de s'appliquer *loco dolenti* ; mais à quel médecin fera-t-on croire que dans la tuberculose pulmonaire le remède agit d'autant mieux qu'il s'applique en regard de la lésion.

Après les maladies pulmonaires chroniques viennent les affections articulaires. Là encore la teinture ne justifie qu'imparfaitement son crédit, et si on persiste à l'employer à l'exclusion des autres révulsifs, c'est qu'on n'a pas fait une étude comparative sérieuse des irritants dérivatifs appliqués sur la peau.

De 48 kil. la dépense de la teinture d'iode est montée à 150 en vingt années. Dans ce chiffre l'administration interne n'est peut-être pas représentée annuellement par 1 kil., et l'on peut n'en pas tenir compte.

L'iodure de plomb, remède externe insignifiant et qui sert tout au plus à masquer l'expectation, a suivi heureusement une marche décroissante.

L'iodure de potassium, médicament interne de premier ordre et dont les effets thérapeutiques sont de plus en plus appréciés, même en dehors des affections syphilitiques, n'a pas acquis les proportions qu'on aurait attendu, bien que, depuis 20 ans, on en ait doublé la consommation.

Nous donnons ci-dessous la moyenne quinquennale de la fourniture des préparations d'iode :

	Iode.	Iodure de potassium.	Iodure de plomb.
	kil.	kil.	kil.
1855 à 1860	84	248	13
1860 à 1865	79	299	15
1865 à 1870	109	385	11
1870 à 1875	146	558	10

Il faut ajouter que, depuis une dizaine d'années, le dosage de l'iodure de potassium a été notablement augmenté et que les doses quotidiennes ont été presque triplées. Les cas où l'on a eu recours au remède, en tenant compte de cette augmentation posologique, ne sont pas devenus sensiblement plus nombreux.

Les mercuriaux se prêtent aux mêmes considérations que les iodiques. Comme ces derniers, ils figurent pour une part dans le cadre des médicaments internes; pour une autre, parmi les remèdes externes, et le partage est facile à faire.

Le mercure, l'oxyde rouge, l'azotate, les turbiths minéral et nitreux, s'emploient à l'extérieur; le calomel et surtout le sublimé sont d'un usage mixte; les iodures se donnent à l'intérieur.

On pouvait supposer que l'emploi topique des onguents mercuriaux avait baissé, soit à cause de l'application progressive de la teinture d'iode, soit en raison des effets toxiques qu'entraîne l'absorption hydrargyrique. La décroissance est néanmoins peu marquée. Il en est tout autrement du chlorure mercurique, qui tend à entrer de plus en plus dans la médication balnéaire. Nous ne saurions, même avec une lointaine approximation, estimer la quantité de sublimé administrée à l'intérieur; il nous paraît vraisemblable que l'augmentation porte presque exclusivement sur l'usage externe. Elle a été d'ailleurs énorme, puisqu'en vingt ans on a passé de 30 à 100 kilog. en chiffres ronds.

De même pour le turbith minéral, qui compte pour 6 kilogr. en 1855, et pour 39 kilogr. (chiffre maximum) en 1871.

Le protoiodure et le deutoiodure (iodure mercureux et iodure mercurique) restent stationnaires. Pour le calomel, les ondulations sont considérables : la consommation annuelle varie entre 35 kilogr. (minimum) et 55 kilogr. (maximum) en 1873.

Bien que les variations soient moins accusées pour les mercuriaux que pour d'autres substances, nous avons jugé utile, à cause de l'importance du médicament, de reproduire le tableau

suivant qui indique la dépense durant la période de vingt années :

Années.	Mercure.	Oxyde rouge de mercure.	Chlorure mercurique (sublimé corrosif).	Chlorure mercureux (calomel).	Iodure mercurique (deuto-iod.).	Iodure mercureux (proto-iod.).	Azotate de mercure.	Turbith minéral (sous-sulf.).	Turbith nitreux.
	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.
1855	251.340	2.711	32.950	38.760	2.170	9.020	6.050	6.100	000
1856	273.250	2.508	33.750	49.295	855	9.946	10.290	10.725	»
1857	201.440	1.012	31.600	50.880	1.050	8.210	7	8	»
1858	247.290	480	50.600	43.045	500	9.854	4.600	13.570	»
1859	226.000	2.005	50.378	51.453	105	8.021	8.075	1.050	100
1860	257.650	1.500	36.627	47.455	085	12.682	5.300	20.430	»
1861	180.650	735	43.057	27.245	300	6.540	4.900	7.800	»
1862	284.250	815	39.887	40.800	350	9.575	8.925	6.880	»
1863	255.805	2.013	57.837	43.575	1.450	7.605	4.045	11.435	»
1864	288.200	2.625	53.931	37.000	1.560	10.170	5.130	11.400	250
1865	205.675	4.050	46.921	53.320	1.900	4.135	6.850	1.230	»
1866	231.300	1.700	51.530	40.870	800	9.560	2.400	13.300	»
1867	285.700	1.700	58.744	50.735	1.080	6	3.550	8.475	030
1868	229.200	5.145	70.650	44.035	2.822	9.980	9.130	14.150	100
1869	295.800	3.500	90.137	53.905	3.811	5.095	3.400	30.080	»
1870	331.200	3.210	69.708	48.873	3.605	5.350	9	23.775	1.000
1871	109.500	175	50.010	40.140	770	3.739	4.900	39.440	»
1872	228 080	8.005	100.577	55.485	2.130	3.887	5.310	27.480	030
1873	219.250	2.535	135.553	55.805	1.185	3.785	3.800	26.440	1.100
1874	178.125	1.500	141.075	30.355	1.470	6.250	5.525	21.530	»
1875	197 500	2.130	102.585	45.740	1.340	4.380	5.625	32.350	»

Ce n'est pas en vertu d'un rapprochement arbitraire que nous plaçons le chlorate de potasse à la suite des mercuriaux. On ne peut oublier, en effet, que ce sel, longtemps délaissé, a fait son entrée dans la matière médicale à titre de modificateur des stomatites hydrargyriques. Depuis lors, sa sphère d'action s'est étendue, et, par une exagération regrettable, on a mis le chlorate de potasse en tête des agents propres à combattre les stomatites, les angines et les pharyngites de toute nature.

Le temps viendra, mais il n'est pas encore venu, où l'on restituera au chlorate de potasse le seul rang que lui assignent ses propriétés. La faveur dont jouit ce produit a pris un accroissement exceptionnel; on en jugera par le relevé quinquennal suivant :

Années.		Années.	
1855	38 kil. 730	1870	354 kil.
1860	184	1875	410
1865	245		

Le chiffre maximum a même été pour 1874 de 502 kilogr.

Nous nous bornerons à mentionner, sans entrer dans plus de détails, le phosphate de chaux et l'huile de foie de morue. De ces deux substances, qui répondent le plus souvent à des indications analogues : la première, le phosphate de chaux, a oscillé entre 100 et 300 kilogr. L'huile de foie de morue a monté graduellement : mais déjà, en 1855, elle figurait pour le chiffre important de 9,576 kilog. Depuis lors, la progression a été non interrompue.

Années.		Années.	
1855	9,576 kil.	1870	16,995 kil.
1860	11,416	1875	18,571
1865	14,733		

C'est, comme on le voit, une augmentation graduelle d'environ 2,000 kilogr. par chaque période quinquennale. Sera-ce le dernier mot, et à quelle hauteur peut s'élever la confiance croissante dans un remède? La substance est d'un goût répugnant, elle ne fournit que des résultats incertains; mais elle tient, pour ainsi dire, un pied dans l'hygiène et l'autre dans la thérapeutique; et, de même que tous les produits similaires, elle a pour elle l'assentiment du public. Sa vogue se maintient, d'ailleurs, depuis quinze ans et n'a pas encore éprouvé de déconvenue.

La médication ferrugineuse n'en est plus à faire ses preuves, et malgré l'incertitude et l'obscurité qui règnent sur le véritable rôle du fer dans la genèse de l'hémoglobine et la reconstitution des hématies, sa puissance réparatrice ne saurait être contestée.

Sauf le cas des combinaisons où le fer chimiquement dissimulé dans un radical organo-métallique (ferro-cyanures, ferricyanures) traverse l'économie sans l'impressionner, partout où

il se rencontre on est sûr de le trouver avec son activité. Fer métallique, combinaison du ferrosum et du ferricum, composés solubles ou insolubles, sels minéraux ou organiques, tous, à quelques nuances près, se ressemblent par un fond commun.

Aussi ne faut-il pas s'étonner de la profusion des médicaments ferrugineux dont regorgent nos formulaires; un seul pourrait à la rigueur les remplacer tous et à certains moments, se reproduisant avec une périodicité qui mérite d'être notée, il semble que l'unification va se faire. Pour ne parler que des exemples les plus saillants, nous avons vu déjà le phènomène se passer pour le lactate de fer, le carbonate ferreux, le fer réduit par l'hydrogène; puis vient aujourd'hui le chlorure ferreux qui, à son tour, semble prétendre à la suprématie.

En réalité, tous ces médicaments, par suite même de leur fonction identique, peuvent sans graves inconvénients être substitués les uns aux autres. Cependant, il est certain que, par des propriétés secondaires, favorables ou nuisibles à leur ingestion, quelques variétés sont utiles, sinon indispensables. La thérapeutique hospitalière l'a compris, et, n'accordant qu'une attention calme aux enthousiasmes momentanés, elle a adopté, depuis un temps déjà assez éloigné, certaines formes peu nombreuses dont l'expérience a justifié l'utilité; ce sont : le fer divisé (*fer réduit* ou *limaille porphyrisée*), l'hydrate ferrique (*sous-carbonate de fer*), le carbonate ferreux, le lactate ferreux, le chlorure ferreux, l'iodure ferreux et enfin le tartrate ferrico-potassique. Dans le tableau ci-dessous, nous écartons les combinaisons du fer, qui, bien qu'employées dans les hôpitaux, n'appartiennent pas à la médication ferrugineuse; tels sont : le chlorure ferrique, dont nous ferons mention à titre d'hémoplastique; le sulfate de fer et le colcothar, réservés presque exclusivement à la thérapeutique externe; et l'oxyde ferroso-ferrique (*ethiops martial*), dont la moyenne annuelle n'a jamais dépassé quelques centaines de grammes. Notre relevé, partagé en quatre périodes quinquennales, donne la consommation moyenne annuelle pendant chacune d'elles.

Périodes.	Fer divisé (réduit ou porphyrisé).	Hydrate ferrique (s. carb. fer.).	Carbonate ferreux.	Lactate ferreux.	Chlorure ferreux.	Iodure ferreux.	Tartrate ferrico-potassique.
	kil.	kil.	kil.	kil.	gr.	kil.	kil.
1855 à 1860	54	108	15	3	»	22	20
1860 à 1865	72	80	20	2	»	30	35
1865 à 1870	73	81	20	1	234	65	35
1870 à 1875	70	76	30	1	430	99	31

De ces chiffres, il est permis de conclure que la médication ferrugineuse est en quelque sorte assise dans les services hospitaliers. Le fer métallique, le carbonate ferreux, administré à l'état pilulaire, jouissent d'une faveur constante et plutôt croissante; le lactate de fer et le sous-carbonate de fer (*hydrate ferrique*) se soutiennent, mais en déclinant; le tartrate ferrico-potassique reste invariable; le chlorure ferreux commence à faire son apparition.

Un seul parmi ces médicaments, l'iodure ferreux (protoiodure de fer), subit un accroissement de consommation vraiment digne d'attention. Sous la forme de sirop et sous celle de pilules, elle quadruple en vingt années. Mais il ne faut pas s'y tromper: c'est l'iodique plutôt que le ferrugineux qui a monté dans l'opinion médicale, car il s'agit ici par excellence d'un médicament à deux faces, se dédoublant dans l'économie de la manière la plus nette, aussi bien au point de vue chimique que sous le rapport de la physiologie et de la thérapeutique. On a vu plus haut combien la confiance dans les iodiques s'est confirmée et accrue pendant les temps que nous étudions; nous croyons donc que la démonstration est faite et qu'on admettra avec nous que les applications des ferrugineux sont arrivées à leur période stable et probablement invariable.

Il suffit de jeter les yeux sur une ancienne pharmacopée pour se convaincre que nos devanciers tenaient en grande estime le perchlorure de fer comme médicament ferrugineux; le perchlorure de fer anhydre, le chlorure ferrique hydraté et cristallisé,

la teinture de fer muriaté, la teinture de Bestuchef, les fleurs martiales ammoniacales entraient, à petite dose, dans des boissons destinées à remplir à peu près le rôle de nos ferrugineux actuels; sous ce rapport, il a graduellement perdu du terrain, mais sa stipticité et son pouvoir coagulant lui ont donné un rôle spécial qui tend plutôt à s'accroître qu'à diminuer.

La véritable importance de la solution de perchlorure de fer comme agent hémoplastique a été mise en évidence par les travaux de Pravaz, et bien que l'injection de perchlorure de fer préconisée par ce chirurgien dans le traitement des anévrysmes n'ait eu qu'une renommée éphémère, elle est restée dans la thérapeutique à des titres différents (tumeurs variqueuses, hémorrhagies). La *Solution officinale des hôpitaux* marque 30° B. et contient un quart de son poids de perchlorure anhydre. Sans être caustique, à ce degré de dilution, elle est loin d'être inoffensive et ne saurait sans danger être employée pure comme hémoplastique, surtout dans les grands traumatismes. La faveur dont jouit le perchlorure de fer est mise hors de doute par le résumé suivant qui démontre néanmoins qu'elle est stationnaire plutôt que progressive.

Années.	Perchlorure de fer (solut. officinale).	Années.	Perchlorure de fer (solut. officinale).
(1855-1860)	65,360 gr.	(1865-1870)	155,015 gr.
(1860-1865)	95,113	(1870-1875)	129,008

Les arsenicaux s'administrent à des doses tellement faibles qu'on se ferait une idée erronée de leur emploi à titre de médicaments, si on le jugeait d'après la quantité d'acide arsénieux délivrée par la Pharmacie centrale. Elle ne s'élève pas, en moyenne, à moins de 10 kilogrammes par an; or, l'acide arsénieux se donnant par milligramme, 10 kilog. représentent 10 millions de doses. En réalité, la plus grande proportion de ce composé est utilisée pour des besoins extra-médicaux: conservation des pièces anatomiques, destruction des animaux nuisibles.

La véritable consommation de l'acide arsénieux est assez

exactement représentée par la dépense de solution officinale d'arsénite de potasse (*Liqueur de Fowler du Codex*), à laquelle il faut joindre (depuis 1867) les granules d'acide arsénieux. Le tableau quinquennal que l'on trouvera plus loin montre la marche modérément progressive qu'a suivie cette forme de médicament.

Concurremment avec l'acide arsénieux, la thérapeutique hospitalière a fréquemment recours à un sel parfaitement défini, l'arséniate de soude, dont les effets sont considérés comme sensiblement identiques. L'usage de ce sel a subi dans ces quinze dernières années une notable augmentation ; mais il importe de ne pas oublier que, s'il entre uniquement dans la médication arsenicale, il ne joue qu'un rôle très réduit dans les prescriptions internes. Nous voyons, en effet, dans nos relevés que la liqueur de Pearson est rarement usitée dans les hôpitaux et que les poids d'arséniate de soude donnés depuis 1870, sous la forme de granules contenant 1 milligramme de sel, n'ont pas dépassé 30 grammes par an. Les chiffres de notre tableau s'appliquent donc au fonctionnement externe et surtout aux solutions prescrites pour les bains.

A propos des deux solutions arsenicales des hôpitaux, qu'une remarque nous soit permise : l'une d'elles suffit, l'autre n'a que des inconvénients et peut présenter quelque danger. La liqueur de Fowler contient 1/100 d'acide arsénieux, la solution de Pearson 1/600 d'arséniate de soude cristallisé à 8 équivalents d'eau. On trouve par le calcul que 100 grammes de liqueur de Fowler renferment 750 milligrammes d'arsenic et que, à poids égal, la solution de Pearson ne contient que 31 milligrammes. Or, en admettant avec nous que dans ces médicaments le radical *arsenic* est l'unique élément thérapeutique, on doit conclure que la première est vingt-quatre fois plus puissante que la seconde et non pas six à dix fois, ainsi que le disent beaucoup d'auteurs. Si des médicaments énergiques et offrant des titrages tellement disproportionnés n'étaient pas heureusement prescrits à des doses extrêmement faibles, ils seraient infailliblement l'oc-

casion de graves accidents. Ne conviendrait-il pas de supprimer l'un d'eux dans nos formulaires usuels et de régulariser définitivement ce que la pratique a fait instinctivement, puisque nous trouvons que pendant vingt années la Pharmacie centrale n'a préparé que sept fois des doses insignifiantes de liqueur de Pearson.

Années.	Acide arsénieux.	Liqueur de Fowler.	Granules d'acide arsénieux.	Arséniate de soude.	Liqueur de Pearson.	Granules d'arséniate de soude.	Iodure d'arsenic.	Sulfure d'arsenic.
	kil.	kil.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	kil. gr.	gr.	gr.
1855	9	1	»	480	»	»	»	100
1856	3	2	»	3.350	»	»	»	»
1857	5	3	»	100	»	»	»	300
1858	7	2	»	300	»	»	»	»
1859	6	7	»	700	»	»	»	»
1860	4	5	»	750	»	»	»	»
1861	12	5	»	3.525	»	»	3	»
1862	1	7	»	9.000	»	»	10	»
1863	12	7	»	2.350	»	»	»	»
1864	2	8	»	7.000	620	»	»	»
1865	11	9	»	10.720	500	»	»	»
1866	4	7	»	8.310	»	»	»	»
1867	11	6	35	4.590	»	35	220	»
1868	2	5	1.450	6.550	»	1.450	100	»
1869	5	6	6.115	12.600	«	6.115	30	»
1870	5	9	6.055	5.970	»	6.055	500	»
1871	2	13	4.255	3.815	300	4.255	»	»
1872	9	15	8.500	6.589	500	8.500	»	»
1873	17	10	9.275	5.117	1.050	9.275	»	«
1874	37	11	7.400	2.761	700	7.400	»	60
1875	16	13	10.425	3.215	1.100	10.425	100	100

Aux réflexions qui nous ont été suggérées par ce tableau, nous joindrons la remarque du discrédit profond dans lequel sont tombées deux combinaisons qui ont joui pendant un certain temps de quelque faveur : l'iodure et le sulfure d'arsenic. On peut dire qu'elles ne font plus partie de la matière médicale.

Le relevé quinquennal suivant résume brièvement les documents détaillés ci-dessus en ce qui touche la médication par l'arsenic.

Période quinquennale.	Liqueur de Fowler.	Arséniate de soude.
	kil. gr.	kil. gr.
1855 à 1860	2.887	980
1860 à 1865	7.180	6.054
1865 à 1870	6.089	7.611
1870 à 1875	12.567	4.200

A l'arséniate de soude cristallisé il convient d'ajouter, de 1870 à 1875, 30 grammes de ce sel administré, sous forme de granules de 1 milligramme.

A l'acide arsénieux, donné à l'état de liqueur de Fowler, on doit ajouter dans la 3e période 64 gr. et dans la 4e 15 gr. en granules de 1 milligramme.

En jetant un coup d'œil sur les matériaux chimiques de la médication alcaline, il est facile de se convaincre qu'ils sont arrivés à leur période d'état et que, depuis vingt ans, la confiance qu'ils inspirent n'a pas varié. A des titres différents leur action thérapeutique est convergente; mais, tandis que les uns sont uniquement consacrés à l'excitation périphérique, à la stimulation des fonctions cutanées, les autres sont exclusivement réservés aux modifications hémo-plasmatiques et partant à l'ingestion gastro-intestinale. Au premier groupe appartiennent les carbonates neutres de potasse et de soude, sels doués d'une réaction fortement alcaline et d'une saveur presque caustique; au second, les carbonates acides ou bicarbonates correspondants.

La part des deux sels neutres dans la médication externe ou périphérique est très inégale : le carbonate de potasse rarement prescrit en solution aqueuse (bains, lotions) entre à forte dose dans les pommades alcalines ou sulfo-alcalines; par contre, le carbonate de soude sec (*sel de soude*) et le même sel hydraté et cristallisé (*cristaux de soude*) sont employés en énorme proportion comme base des solutions balnéaires. En raison de son mode d'action identique et de son prix moins élevé, le carbonate de soude est depuis longtemps préféré, et sa consommation l'emporte de beaucoup sur celle du carbonate de potasse.

Le bicarbonate de soude à faible dose, 2 à 4 gr. pour 1000 gr.

d'eau, constitue l'élément par excellence des boissons alcalines, il est le représentant le plus accrédité des liquides destinés à suppléer économiquement les diverses variétés naturelles d'eaux bicarbonatées sodiques. En théorie, il représente incontestablement leur agent minéralisateur prépondérant, mais dans quelle mesure les remplace-t-il comme boissons alcalines longtemps tolérables? Une fois posée, cette question est résolue pour tout médecin. L'emploi du bicarbonate de soude en boisson n'a pas faibli depuis vingt ans, il a même subi un léger accroissement à dater de l'époque où les eaux minérales naturelles ont été presque entièrement bannies de nos services hospitaliers. Quant au bicarbonate de potasse, son rôle est analogue, mais tout à fait secondaire et, bien que son chiffre ait éprouvé une légère augmentation, il serait difficile d'y trouver le symptôme d'une estime plus grande ou le signe de nouvelles indications. Peut-être aurions-nous sous ce rapport à emprunter aux méthodes des médecins anglais qui, ainsi qu'on le sait, usent assez largement des alcalins à base de potassium.

A l'appui de ces courtes réflexions, nous donnerons la consommation annuelle moyenne pendant les quatre périodes quinquennales comprises entre 1855 et 1875.

Années.	Carbonate de potasse.	Bicarbonate de potasse.	Carbonate de soude sec.	Carbonate de soude crist.	Bicarbonate de soude.
	kil.	kil.	kil.	kil.	kil.
1855 à 1860	734	5	14,553	6,776	446
1860 à 1865	1,131	8	16,148	5,380	603
1865 à 1870	1,004	11	17,079	7,240	741
1870 à 1875	1,018	14	15,771	6,478	713

Nous n'avons pas, cela va sans dire, à nous occuper des usages extra-médicaux des carbonates alcalins et ne ferons que signaler l'erreur qu'on commettrait en inscrivant dans nos relevés la proportion énorme de sel de soude portée aux comptes de l'Assistance publique et utilisée par les buanderies hospita-

lières. Il en est de même pour le bicarbonate de soude employé comme générateur d'acide carbonique dans les appareils gazogènes des salles de malades ; la moyenne annuelle est de 75,000 doses à 20 grammes ; ce qui représente par an 1,500 kilogrammes de bicarbonate qu'on aurait grand tort de faire entrer dans la consommation interne des alcalins.

D'autre part, une analyse exacte, mais impossible à exécuter au moyen de nos bases statistiques, devrait mettre au compte de la médication alcaline le tartrate neutre de potasse (*sel végétal*) et le tartrate de potasse et de soude (*sel de Seignette*) qui, depuis les travaux de Wœlher et de Millon, sont souvent administrés à faibles doses et fonctionnent comme alcalins en raison de leurs transformations hématosiques.

Malgré les expériences de Hure et les essais clinico-thérapeutiques de Garrod, la médecine hospitalière ne semble pas disposée à tirer un sérieux parti des propriétés lithotriptiques du *carbonate de lithine*. Nous constatons l'apparition de ce sel sur nos relevés de 1864; depuis cette époque, la moyenne annuelle est de 300 grammes avec un minimum de 30 grammes en 1866 et un maximum tout à fait exceptionnel de 840 gr. en 1874. A ces signes, et en tenant compte de la faiblesse des doses usuelles (25 à 30 centigr.), on reconnaît une substance à l'essai et non pas un remède courant.

Si grand est le nombre des principes immédiats imprimant aux substances végétales le cachet de l'amertume, si variables sont la nature et les propriétés des agents pourvus de ce caractère commun, que rien n'est plus arbitraire que de fonder sur la sapidité des rapprochements thérapeutiques. Il est néanmoins incontestable qu'un nombre considérable de plantes doivent à l'amertume et à l'innocuité des matériaux qu'elles élaborent le privilège d'être utilisées dans la médication corroborante indirecte, dans celle où l'on se propose moins d'introduire dans l'économie des éléments propres à l'assimilation que de stimuler les fonctions digestives. Il est extrêmement difficile de déterminer le mode d'action de ces agents et d'assigner la part des

réflexes dans l'hypersécrétion des appareils glandulaires de l'estomac et de l'intestin ; elle existe incontestablement, mais elle ne suffit pas pour expliquer le fonctionnement de ces remèdes dont le clinicien tire parti sans toutefois avoir jamais fait la preuve indiscutable de l'efficacité du moyen.

Quoi qu'il en soit, il est certain que la confiance dans quelques médicaments inoffensifs à haute dose et dont le seul caractère similaire est une forte amertume n'a fait que s'accroître depuis une vingtaine d'années. Ils ont été tenus en grande estime par les médecins de la fin du XVIII^e^ siècle et, s'ils ont décliné pendant la période Broussaisienne, ils n'ont jamais été délaissés : leur crédit devait naturellement se relever au moment où les médications tonique et corroborante ont pris le pas et atteint les proportions toujours un peu exagérées d'une réaction victorieuse.

Dans les hôpitaux de Paris, les végétaux qui représentent au plus haut degré la médication peptique par les amers sont : la racine de gentiane, le houblon, la chicorée (feuilles et racines). A ces types principaux, il convient d'adjoindre le quassia, le simarouba et le colombo, pour la flore exotique ; la camomille et l'absinthe, pour la flore indigène.

L'absence de principes volatils permet de rapprocher entre eux le quassia, le simarouba et le colombo : les matériaux sapides de la gentiane et de la chicorée modifient leur goût, sans le rendre franchement aromatique ; le houblon, la camomille et l'absinthe, chargés d'huiles essentielles, qui viennent compliquer leur saveur et aider à leurs effets, sont prescrits à peu près dans les mêmes cas et répondent sensiblement aux mêmes indications.

La consommation de la chicorée est restée stationnaire pendant les vingt dernières années, elle est en moyenne de 600 kil. par an ; de même, celle de la camomille 200 kilogr. par an ; celle de l'absinthe, 400 kilogr. par an. Quant au houblon et à la gentiane, parmi les amers indigènes ; au quassia et même au colombo, parmi les exotiques, leur crédit n'a pas cessé de monter, ainsi que le démontre le tableau suivant :

Périodes.	Houblon.	Gentiane.	Quassia.	Colombo.
	kil.	kil.	kil.	kil.
1855 à 1860	1,240	524	31	12
1860 à 1865	2,200	814	81	28
1865 à 1870	2,942	1,902	173	34
1870 à 1875	3,701	1,518	271	44

Sans entrer dans plus de détails, nous croyons par ce court examen avoir mis hors de doute la proposition précédemment énoncée sur la faveur acquise aux amers végétaux considérés comme de précieux auxiliaires de la médication trophique. Un dénombrement complet de ces agents renfermerait un grand nombre de plantes empruntées à la matière médicale européenne ou exotique, mais dans ce conspectus général, elles n'ont, pour la plupart, qu'un intérêt secondaire parce qu'elles ne sont prescrites qu'exceptionnellement. Parmi les gentianées et concurremment avec la racine de grande gentiane, nous aurions pu, néanmoins, citer le ményanthe et la petite centaurée.

Le plan que nous nous sommes tracé nous interdit de passer en revue les nombreux médicaments qui, directement ou par voie détournée, sont prescrits dans le but de favoriser les fonctions digestives et de remédier, en particulier, aux troubles démontrés ou supposés de la sécrétion gastrique. Cependant il nous semble impossible de ne pas mentionner l'un d'eux, la *Pepsine* dont l'apparition dans la thérapeutique des hôpitaux remonte à quelques années seulement. Le progrès continu de son emploi vaut certes la peine d'être signalé.

Années.	Pepsine.	Années.	Pepsine.	Années.	Pepsine.
	kil. gr.		kil. gr.		kil. gr.
1860	200	1866	8.740	1872	36.625
1861	1.354	1867	12.035	1873	28.325
1862	3.500	1868	15.395	1874	44.800
1863	7.580	1869	10.740	1875	38.375
1864	4.990	1870	11.425		
1865	8.100	1871	14.175		

Si l'importance d'un médicament se déduisait uniquement de l'accroissement rapide de sa consommation, il s'en trouverait

peu qui eussent fourni de plus glorieuses étapes que celui-ci : les prescriptions moyennes annuelles de 1860 à 1862 sont 3,000 gr., elles atteignent 32,000 grammes, de 1870 à 1875 ; en un mot, elles deviennent plus que décuples en dix ans. Aurions-nous, enfin, rencontré le *rara avis*, le remède introduit sans empirisme dans la thérapeutique, prenant sa place en vertu de principes rationnels en passant sans transition du laboratoire de physiologie au lit du malade pour y élire domicile? Quant à nous, nos essais personnels et les difficultés presque insurmontables de l'observation clinique nous laissent dans l'esprit une telle indécision que nous ne pouvons nous défendre de considérer encore la pepsine comme une matière en voie d'expérience et dont l'innocuité n'est pas le moindre mérite. Peut-être n'est-elle dans une foule de dyspepsies qu'une des formes scientifiques sous lesquelles se dérobe une prudente expectation. En dernière analyse, il nous paraît sage de remettre à nos successeurs en statistique la charge de prononcer, dans quelques vingt ans, un arrêt motivé et définitif.

Par leur rôle le plus important, par l'influence qu'ils exercent sur les hypersécrétions intestinales les astringents végétaux peuvent être rapprochés du sous-nitrate de bismuth.

Ce groupe ne mérite d'être signalé qu'en raison de sa stabilité et de sa continuité ; depuis vingt années les hôpitaux consomment presque régulièrement 40 kilogrammes de tannin par an, 88 kilogrammes d'écorce de chêne, 300 kilogrammes de racine de ratanhia et 20 kilogrammes de cachou. De même la moyenne annuelle du sous-nitrate de bismuth est restée de 350 kilogr. pendant ce laps de temps : le minimum ne tombe pas au-dessous de 250 kilogrammes, le maximum ne dépasse pas 450 kilogrammes, même pendant les épidémies cholériques où les moindres diarrhées sont ordinairement réprimées avec une rigoureuse discipline. Les années 1870 et 1871 correspondant aux deux sièges de Paris présentent seules une véritable anomalie, la dépense du bismuth s'élève à 520 kilogrammes dans la première, et 660 kilogrammes dans la seconde.

Les produits oléo-résineux, utilisés comme modificateurs des sécrétions, n'ont rien perdu de la faveur qui leur est acquise depuis une époque bien antérieure à celle que nous étudions; pour la plupart même, elle s'est accrue : c'est ainsi que de 1855 à 1875, le goudron monte de 90 à 200 kilogrammes; les bourgeons de sapin de 90 à 560 kilogrammes; la térébenthine de 226 à 450 kilogrammes; l'essence de 220 à 460 kilogrammes. De même le copahu passe de 60 kilogrammes en 1865, à 100 kilogrammes en 1860, et atteint 180 kilogrammes en 1875; de même aussi le cubèbe qui, de 200 kilogrammes en 1855, monte à 300 kilogrammes vers 1865, et se consomme à la dose de 600 kilogrammes en 1875.

Les produits aromatiques de l'eucalyptus et du santal ont amené des tentatives intéressantes pour la matière médicale, mais qui sont traduites par de si faibles demandes dans les hôpitaux que nous ne pouvons ici leur accorder qu'une simple mention. Les feuilles du Pilocarpus pinnatus (*Jaborandi*), malgré l'énergique stimulation qu'exerce leur alcaloïde sur les appareils salivaire et sudoripare, comptent parmi les substances qui ne seront jugées sérieusement que dans quelques années.

Les indications des sulfurés sont si nombreuses, si variées, et le mécanisme de leur action est à tel point inconnu qu'il est impossible de les classer; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'ils sont les sulfurés et qu'en clinique ils n'ont ni équivalents, ni remplaçants.

Dans la thérapeutique hospitalière, leurs deux seuls représentants sont : pour la médication interne, le monosulfure de sodium, administré comme boisson apte à remplacer les eaux sulfurées sodiques naturelles; pour l'usage externe, le polysulfure de sodium (foie de soufre), base des bains sulfurés artificiels.

La dose annuelle moyenne du monosulfure de sodium est 1,300 grammes de 1855 à 1865, elle devient 4,800 grammes de 1865 à 1875. Cet accroissement très notable, si l'ont tient compte du titre extrêmement faible de nos boissons sulfurées médica-

menteuses, dépend, en grande partie au moins, de leur substitution aux eaux naturelles sulfurées calciques d'Enghien.

Depuis 1855, la consommation du polysulfure de sodium progresse sans cesse, comme le démontre le relevé suivant :

Périodes.	Moyenne annuelle.	Périodes.	Moyenne annuelle.
(1855-1860)	9,352 kil.	(1865-1870)	17,874 kil.
(1860-1865)	11,854	(1870-1875)	19,300

Ce résultat, bon à noter, traduit seulement l'accroissement du nombre des cas traités, grâce au développement considérable qu'a reçu la médication externe par les bains sulfurés dans les grands hôpitaux de Paris. Sous ce rapport, on peut dire que l'administration de l'Assistance publique a rendu un véritable service à la population, non pas indigente, mais peu aisée, qui reculait devant les frais exagérés de la balnéation sulfurée dans les établissements particuliers.

A peine convient-il de rattacher le soufre en nature à la médication sulfureuse générale; dans nos hôpitaux il n'a guère qu'une application sérieuse, c'est celle qu'il reçoit comme parasiticide dans le traitement de la gale. Le soufre sublimé, principalement réservé à cet usage, n'a pas varié depuis vingt ans; sa consommation s'élève en moyenne à 1,000 kilogr. par an.

Si notre intention eût été de faire une statistique détaillée et complète, nous aurions passé en revue toutes les classes de médicaments, sans nous occuper de leur importance relative; ce que notre travail aurait gagné en précision, il l'eût certainement perdu en intérêt. Laissant volontairement de côté un grand nombre d'agents secondaires de la matière médicale, nous jetterons un rapide coup d'œil sur plusieurs séries où nous trouvons à glaner quelques observations curieuses.

Sans nous arrêter aux topiques émollients, dont la consommation n'a pas varié depuis vingt années, nous signalerons la faveur croissante acquise à la glycérine. Employée en Angleterre, pour la première fois, à des usages médicaux par De la Rue et Startin (1846), la glycérine n'a pris pied en France que vers 1855, à la

suite des essais de Dallas d'Odessa et de Demarquay. Si dans la thérapeutique chirurgicale elle n'a pas conquis le haut rang que lui assignait ce dernier, elle possède quelques propriétés qui en font un utile topique cutané. C'est ce dont témoignent nos relevés de consommation annuelle : en 1855, 200 kil. ; 1860, 1,000 kil. ; 1865, 2,000 kil. ; 1870, 4,000 kil. ; 1873, 5,000; 1875 plus de 6,000 kil.

Une marche ascensionnelle encore plus prononcée s'observe pour le collodion. En 1847, un étudiant en médecine de Boston, M. John Parker Maynard pense à utiliser en chirurgie l'espèce de membrane élastique que laisse, par son évaporation, la liqueur obtenue en faisant dissoudre la pyroxyline dans un mélange d'éther et d'alcool ; les hôpitaux de Paris ne le prescrivent encore qu'à la dose annuelle de 13 kil. en 1855 ; à partir de cette époque, les demandes suivent une progression continue et croissante, elles atteignent 30 kil. en 1865 ; 140 kil. en 1870 et dépassent 150 kil. en 1875.

A ces topiques nouveaux, il convient de joindre le silicate de potasse dont les propriétés adhésives et siccatives ont été mises à profit par le Dr Michel (de Cavaillon). Ses premières expériences sur les bandages inamovibles silicatés remontent à 1865 ; cette année même, une tentative isolée dans nos hôpitaux se manifeste par une demande de 10 kil. de silicate de potasse ; en 1870, on arrive à des demandes de 1,300 kil. et à près de 3,000 kil. en 1875.

Nous avons parlé plus haut du rôle actuel de l'iode dans la médication révulsive ; par contre, les agents anciens sont restés invariables : les cantharides présentent une moyenne annuelle de 300 kil. ; le garou, un chiffre insignifiant de 4 à 5 kil. Nos relevés ne nous permettent pas d'assigner la part certainement importante qui, sous ce rapport, revient au chloroforme, à l'ammoniaque et à l'huile de croton. Près de ce dernier agent, il convient d'accorder une mention au thapsia qui, sous la forme de sparadrap, passe de 6 bandes en 1863 à 1,200 en 1875. La classique graine de moutarde reste fixe et si, à partir de 1868, sa moyenne

annuelle semble descendre de 20,000 kil. à 10,000 kil.; la différence est largement comblée par l'introduction de la moutarde en feuilles qui, dès 1868, est prescrite à la dose de 25,000 feuilles pour atteindre 125,000 en 1875.

Il nous est impossible d'assigner une cause certaine aux accroissements notables de quelques agents de la thérapeutique chirurgicale, et nous nous bornons à les signaler. C'est ainsi qu'en 15 ans, la potasse caustique monte de 0 kil. à 30 kil.; l'acide chromique, en 20 ans, de 3 kil. à 30 kil.; le chlorure de zinc, de 5 kil. à 15 kil.; le nitrate d'argent, de 20 kil. à 30 kil. Nous pensons, sans toutefois pouvoir en donner la preuve, que, grâce aux idées régnantes sur les fermentations et la panspermie, ces énergiques moyens de désorganisation ont remplacé dans bien des cas l'action plus prompte, mais plus redoutée, de l'instrument tranchant. Sous l'influence du même ordre d'idées relatives au zymotisme, nous voyons les composés antiseptiques se dépenser en permanence aux doses anciennes des temps d'épidémie cholérique 6,000 à 10,000 kil. par an pour les chlorures de chaux et de soude (hypochlorites désinfectants). Mais, de tous les agents antizymotiques, celui qui mérite surtout d'être signalé, comme manifestant au plus haut point les opinions dominantes du temps présent, est certainement l'acide phénique; en 1862, il se fait une place modeste à côté du coaltar, puis il finit par s'y substituer entièrement, en passant du chiffre de 100 gr. à l'énorme proportion de plus de 200 kil. Voici, du reste, l'exposé détaillé de cette progression dont la rapidité est presque sans pareille dans les annales de la science.

Années.	Acide phénique.	Années.	Acide phénique.	Années.	Acide phénique.
	kil. gr.		kil. gr.		kil. gr.
1862	100	1867	36.375	1872	174.350
1863	1.400	1868	119.900	1873	305.770
1864	2.181	1869	122.355	1874	278.400
1865	25.075	1870	261.420	1875	221.025
1866	59.325	1871	275.400		

Nous ne terminerons pas cette revue sans rappeler que

nous avons, l'an dernier, à propos des tænifuges, trouvé l'occasion de confirmer par les chiffres un fait que l'observation clinique dans les hôpitaux avait signalé à l'attention du monde médical. La moyenne annuelle des tænifuges, pendant les cinq années qui précèdent et les cinq qui suivent 1870, nous a déjà permis de faire remonter à cette époque la fréquence exceptionnelle des cas de tænias dans la population parisienne. Voici le tableau qui résume notre statistique :

Tænifuges usités dans les hôpitaux.	Moyenne annuelle avant 1870.	Moyenne annuelle après 1870.
	kil. gr.	kil. gr.
Kousso.....	3.000	9.000
Semences de courge.....	3.000	5.311
Écorce de racine de grenadier...	13.008	14.025
Rhizome de fougère mâle.....	5.147	12.000

L'emploi des tænifuges possédant le plus haut crédit (kousso, rhiz. de fougère mâle, semences de courge) a plus que doublé; la racine de grenadier, moins en faveur, est restée stationnaire. De la fixité habituelle des doses auxquelles ces médicaments sont prescrits, on pourrait presque conclure avec certitude que le nombre des malades atteints de tænias, et traités par les médecins des hôpitaux, a doublé à Paris depuis cinq à six années.

Quant aux affections parasitaires combattues à l'aide du semen-contrà, de la santonine, de la mousse de Corse (ascaride lombricoïde, oxyure vermiculaire, etc.), leur nombre n'a pas augmenté sensiblement dans ces vingt dernières années, au moins si l'on en juge par la stabilité de la consommation de ces anthelminthiques dans nos hôpitaux.

Après avoir ainsi passé en revue les principaux agents de la matière médicale, on nous permettra de revenir sur les raisons qui nous ont déterminés à entreprendre ce travail.

Les données statistiques n'ont, en médecine, qu'une valeur réduite, et c'est une faute de leur demander plus qu'elles ne peuvent rendre. Beaucoup d'écrivains, la plupart étrangers à la

pratique, espèrent obtenir, à l'aide des chiffres, l'exactitude absolue que poursuivent en vain les sciences relatives aux êtres vivants. Les individualités sont trop mal définies et trop mobiles pour se soumettre à des numérations.

Dans le monde physiologique, la statistique se heurte à des problèmes insolubles, ou elle aboutit à des banalités. Un seul fait solidement établi sert plus que tous les relevés à l'avancement de nos connaissances.

En médecine les difficultés ne sont pas moindres, si même elles ne s'imposent pas avec plus d'exigences. En dehors du chiffre de la mortalité, le seul indiscutable, les autres données laissent un vaste champ ouvert aux conjectures. Sur 100 pneumoniques 20 sont morts ; mais à quels types répondaient ces 20 malades moins favorisés ? Le récit des cas particuliers fournit, à ce point de vue, les plus précieuses informations, mais la statistique disparaît du jour où on lui substitue la particularité de l'observation. Sa méthode consiste à fondre les détails dans l'ensemble et à établir de grandes catégories ; elle opère sur des chiffres et elle exclut les appréciations vagues à l'usage des praticiens.

La médecine hospitalière présente aux statisticiens des éléments moins défectueux que celle de la ville : ici il est interdit de franchir le seuil de la famille, là tout se passe au grand jour. Malgré cette facilité d'examen et de constatation, aucun de nous n'ignore les imperfections obligées de la statistique des hôpitaux. Qu'on envisage les relevés publiés en France ou à l'étranger, sous le contrôle d'hommes consciencieux et convaincus, et qu'on cherche sincèrement quel profit en a tiré la science, on verra le rôle qui revient au calcul. Pas un traité consacré à la théorie, pas un livre dévolu à une étude pathologique spéciale n'a consenti à s'appuyer sur les statistiques pour en déduire les caractères, la marche ou même la terminaison des maladies.

La thérapeutique ne dispose même pas comme la pathologie de signes positifs qui servent de point de repère ou de ter-

mes de comparaison. Elle ne s'adresse pas aux éléments essentiels pour les attaquer directement, et le détour auquel elle est forcée pour les atteindre forme les courbes les plus variées. Les modifications de l'état général, la tolérance et l'intolérance, les effets toxiques incidents, la répugnance même, l'obligent à dévier de la route déjà indécise qu'elle s'était tracée.

En dehors des médications dites spécifiques et qui visent la maladie en bloc, les médications les plus nombreuses se composent de remèdes à actions multiples et qui répondent à des troubles accessoires. L'espérance est qu'en dégageant la voie, le malade sera moins empêché de se rétablir.

Dans ce mouvement confus où la méthode la plus correcte n'a elle-même qu'une valeur provisoire, comment trouver à intercaler des chiffres ? Il suffit de comparer un moment le langage des traités de pathologie et celui des traités de thérapeutique pour être frappé des dissemblances. Dans les premiers, l'auteur affirme des faits visibles et tangibles dont il a été le témoin, sur lesquels il n'a pas d'action et qui doivent plus ou moins se reproduire. Dans les seconds, l'écrivain n'a pas la mission passive de constater, il agit d'abord, pour observer ; ensuite et entre ces deux temps, le résultat à venir reste livré aux conjectures.

Nous avons grande peine, en matière de traitement, à asseoir notre opinion personnelle, nous sommes encore plus incertains sur les idées qui guident nos confrères. A quelle source puiser des renseignements ? Tous ne publient pas, et ceux qui enseignent ou qui écrivent aiment mieux la correction de la pathologie descriptive, les libres allures de la pathologie explicative que les peut-être du traitement.

C'est en présence de cette pénurie inévitable, parce qu'elle est dans la nature même des choses, qu'une information, si imparfaite qu'elle soit, nous a paru de quelque utilité. Mieux vaudrait savoir les modes d'administration et les indications supposées des remèdes que les noms des médicaments. Mais un tel

relevé implique des détails sans nombre, il est sans contours limités et se refuse à un exposé synoptique. Ce n'est pas le médecin traitant, obéissant à ses vues personnelles, cédant même aux entraînements inconscients de son caractère qui peut donner la mesure du crédit accordé à un remède ; à côté de lui, un autre se conforme à des règles différentes et non moins justifiées à ses yeux.

C'est de la somme des prescriptions au lit du malade que se dégagent les *grosses* vérités, les seules auxquelles nous puissions prétendre. La moyenne ou plutôt la résultante des efforts individuels est représentée par les quantités croissantes ou décroissantes des remèdes employés. Le document réduit ainsi à son humble signification ne vaut qu'à défaut de mieux, mais n'est-ce pas déjà quelque chose ?

Nous avons essayé de montrer, incidemment et par quelques exemples pris au hasard, les inductions que nos relevés permettent de tenter. Sauf en ce qui concerne les émissions sanguines par les sangsues, l'espace de temps sur lequel nous opérions est trop court ; on a vu combien l'intérêt s'accroit lorsqu'au lieu d'une période de 20 ans on embrasse un demi-siècle.

Le chiffre de la population hospitalière est assez fixe à Paris pour ne jouer qu'un rôle secondaire dans le calcul. Les malades assistés dans les prisons et dans les bureaux de bienfaisance échappent au dénombrement exact ; on est cependant au plus près de la vérité en admettant que les malades traités dans les hôpitaux et les hospices représentent les neuf dixièmes. La dépense moyenne monte, en effet, pour ces établissements, à la somme d'un million en chiffres ronds, tandis qu'elle n'est que de 70 à 80,000 pour les autres institutions.

Notre souhait, facile à réaliser, est que dorénavant l'administration de l'Assistance publique à Paris insère dans son compte-rendu annuel le relevé de chacune des principales substances fournies par la Pharmacie centrale. On aura ainsi le tableau parallèle du mouvement de la population, et les chif-

fres acquerront un degré d'approximation plus satisfaisant. Ce sera certainement pour nos successeurs, après une longue suite d'années, un sujet d'études comparatives intéressant et instructif.

Peut-être serait-il permis, dès à présent, de tirer de notre travail, qui n'est qu'une mise en demeure de faire mieux, un petit nombre de conclusions.

Si la médecine a des prédilections thérapeutiques, elle n'abandonne pas aisément ses vieux remèdes garantis par la tradition pour des nouveautés d'aventure.

Les médicaments nouveaux restent soumis pendant dix ans à la période d'essai, mais quand ils ont subi cette longue épreuve à leur avantage, ils ont pris leur véritable rang et demeurent généralement dans la pratique.

Les découvertes pathologiques n'exercent qu'une douteuse influence sur le mouvement de la thérapeutique ; c'est aux théories générales, aux doctrines compréhensives, au courant de l'opinion, qui n'est que la généralisation poussée à l'extrême, qu'elle emprunte ses inspirations.

Enfin, une fois engagée dans une direction, la thérapeutique ne la quitte que graduellement et comme à regret ; il lui faut des annees sur des années pour retrouver un nouvel équilibre.

(*Archives générales de médecine*, 1877.)

III. — ÉTUDES PSYCHOLOGIQUES

DÉLIRE DE PERSÉCUTIONS.

Nous publions ici le Mémoire de Lasègue sur le délire de persécutions, tel qu'il a paru dans les *Archives de médecine* en 1852.

Dans ce Mémoire, *le délire de persécutions* a été détaché, pour la première fois, du groupe beaucoup trop vaste et trop compréhensif de la Mélancolie de Pinel et d'Esquirol, pour être constitué à l'état de forme spéciale de maladie mentale.

En créant ce groupe spécial, Lasègue a eu bien soin de faire remarquer (et il l'a répété depuis sous toutes les formes dans ses cours) que les idées de persécution pouvaient être observées fréquemment, à l'état isolé et accessoire, dans la plupart des autres espèces de maladies mentales, et en particulier dans les délires alcooliques et toxiques, dans les états maniaques, dans la démence sénile, dans l'épilepsie, dans les diverses variétés d'imbécillité et de débilité mentale, etc., etc.; mais il a établi scientifiquement ce fait capital que, dans le délire de persécution essentiel, ces idées sont prédominantes et permanentes, constituent le caractère principal de la forme morbide et peuvent servir à la dénommer, au milieu de toutes les autres variétés des maladies mentales.

Depuis ce travail de Lasègue, le *nom* de délire de persécutions est passé dans la science, a été accepté par tous et est devenu en quelque sorte classique. Non seulement il a créé ce genre nouveau mais il l'a décrit dans ses caractères principaux et dans sa marche. Il a montré qu'il avait des symptômes spéciaux et une évolution particulière; qu'il débutait par une phase d'incubation, plus ou moins prolongée selon les individus, caractérisée par une hésitation très grande dans le choix des idées délirantes, destinées à expliquer aux yeux des malades les causes des sensations morbides pénibles qu'ils éprouvaient dans leur for intérieur; qu'à cette période, souvent très longue, d'hésitation délirante, succédait, plus ou moins rapidement, la période de systématisation du délire plus ou moins bien arrêtée dans tous ses contours. Il a établi que ce délire n'est pas en rapport avec

le caractère primitif du malade, ni avec les grandes passions qui agitent ordinairement l'humanité, à l'état normal, telles que l'amour, la jalousie, etc., etc.; que ce délire repose presque toujours sur des faits d'ordre tout à fait secondaire, sur des *niaiseries*, sur des *taquineries*, sur des *misères*, comme le disent les malades eux-mêmes; que les faits réels sur lesquels les aliénés bâtissent tout l'édifice de leur délire sont presque toujours des faits insignifiants, ou très peu importants, remontant dans le passé à une date déjà éloignée, et non des faits récents; qu'à la première période d'illusions ou d'interprétations délirantes de faits vrais mais défigurés par le délire, succèdent peu à peu des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale qui caractérisent essentiellement cette forme particulière de maladie mentale; que jamais des hallucinations de la vue ne viennent s'ajouter, dans le délire de persécution essentiel, aux hallucinations des autres sens, et que toutes les fois que l'on constate des hallucinations de la vue jointes aux idées de persécution, il faut conclure à l'existence d'une autre forme de délire (alcoolique, toxique, hystérique, épileptique ou cérébral), et exclure systématiquement toute idée de délire de persécution essentiel.

A ces caractères fondamentaux du délire de persécutions, Lasègue a encore ajouté le grand fait suivant: il faut distinguer deux variétés principales dans la systématisation du délire de persécutions.

Dans la première, les malades cherchent l'origine des persécutions dont ils se croient l'objet dans des causes occultes et collectives, telles que la police, la sorcellerie, le magnétisme, l'influence démoniaque, l'électricité, la physique, les jésuites, les sociétés secrètes, etc., etc. Dans l'autre variété, au contraire [sur laquelle il a surtout insisté dans la seconde partie de sa vie scientifique, à la suite des faits célèbres de Sandon, de Verger et de Teulat], les malades personnifient leur délire sur un individu déterminé, sur lequel ils concentrent leur haine et leurs sentiments de vengeance, qu'ils poursuivent incessamment de leurs plaintes, de leurs récriminations, de leurs obsessions et de leurs menaces, et envers lequel ils finissent souvent par se porter à des actes de violence. Dans ces cas, les aliénés persécutés deviennent des aliénés persécuteurs. Cette variété importante du délire de persécution, qui a été étudiée par Lasègue dans ses cliniques et dans ses rapports de médecine légale, n'est pas mentionnée dans le Mémoire suivant, et malheureusement elle n'a pas été de sa part l'objet d'une publication spéciale; mais il l'a popularisée dans son enseignement, et c'est à lui que revient l'honneur de l'avoir découverte, et d'avoir attiré sur elle l'attention des observateurs.

Après ces indications générales, nécessairement très brèves et très incomplètes, nous abordons la publication du Mémoire de Lasègue sur le délire de persécution tel qu'il a paru dans les *Archives générales de médecine*, en 1852.

J. Falret.

DU DÉLIRE DE PERSÉCUTIONS.

Si l'étude de l'aliénation mentale reste encore aujourd'hui interdite à la plupart des médecins, il faut d'abord l'attribuer aux difficultés que présente l'observation, aux qualités toutes spéciales qu'elle requiert ; mais il convient aussi de faire la part des obstacles qui ne tiennent pas à la nature même de la maladie. Sous ce titre commun d'*aliénation*, les formes pathologiques les plus dissemblables se trouvent réunies, sinon confondues dans une unité trompeuse. Les prescriptions légales, les règles administratives, s'appliquent à tous les fous, quelle que soit la diversité de leur délire. Aussi trouve-t-on même les meilleurs esprits disposés à transporter dans la sphère scientifique un mode de classement si justement admis en vue des relations sociales. Il est peu d'hommes versés dans la connaissance de la folie, qui ne se croient obligés de l'envisager dans son ensemble, de donner des principes généraux applicables à tous les aliénés, et d'exposer les symptômes de manière qu'ils conviennent aux malades de toutes les catégories. La pathologie, prise d'un point de vue aussi élevé, a des mérites que je ne méconnais pas ; mais quand l'esprit philosophique domine dans une branche de la science, les traités écrits sous son inspiration deviennent bientôt inaccessibles à ceux qui n'ont pas été préparés par une longue initiation. Les faits sont jugés, appréciés, classés systématiquement, avant d'avoir été même racontés ; ils ne se présentent pas sous leur forme immédiatement observable ; force à quiconque veut apprendre, de faire préce-

der l'observation d'une étude approfondie de la théorie. Je ne saurais mieux comparer les écrits ainsi conçus qu'à des livres de pathologie générale, embrassant à la fois toutes les maladies de la circulation ou des fonctions respiratoires, les renfermant dans une description commune, et cherchant à leur appliquer un pronostic et un traitement.

Cette méthode, qui s'est imposée de tout temps à l'aliénation mentale, et qu'on a essayé à diverses reprises d'introduire dans la médecine, a de telles exigences, qu'elle domine encore lors même qu'on croit avoir pris à l'encontre de suffisantes précautions. Les monographies, dussent-elles se réduire au cercle le plus restreint, ne sont pas soustraites à son influence. Au lieu d'envisager une forme, un type défini, on s'attache à un ou plusieurs symptômes dont on fait l'histoire au milieu de toutes les variétés de la folie. Tel observateur choisira la tendance au suicide, tel autre la prédisposition au vol ; on se renfermera dans l'étude des aberrations de la mémoire, des déviations de la volonté ou de la sensibilité ; on concentrera même son examen sur les hallucinations. Quel que soit le sujet préféré, le procédé reste le même ; on a seulement remplacé la pathologie générale par la séméiotique, la théorie de la maladie par celle des symptômes. Qui ne comprend où doit conduire la séméiologie quand la science des types pathologiques reste encore à faire? Lorsque, sortant de cette voie si pleine de mérites et d'imperfections, les médecins spéciaux ont voulu établir des classements plus précis et plus favorables à l'étude, ils ont d'autant mieux réussi que leurs définitions ont été plus compréhensives. La séparation des délires en délires généraux ou compromettant l'ensemble de l'entendement, et en délires partiels, qui laissent plus ou moins intacts certains côtés de l'intelligence, est irréprochable et d'une saisissante exactitude; mais les tentatives ont été moins heureuses lorsqu'il s'agissait de descendre dans le détail et de décomposer les classes en genres, et les genres en espèces.

L'indécision, je dirai presque la confusion, ne tarde pas à s'introduire. Et pourtant, de toutes les branches de la médecine,

l'aliénation est peut-être la seule où tous les écrivains méritent d'être réputés comme des hommes de profond savoir et de haute expérience.

La faute n'en est donc ni à la connaissance du sujet ni au talent des auteurs; elle vient toujours de la même source. Avant de songer à reconnaître une espèce pathologique, il fallait qu'elle eût sa raison d'être. On consentait à accepter un délire amoureux, un délire jaloux, bien que l'observation en fournît à peine de rares exemples ; mais, puisque ces passions exercent sur l'homme sain une influence si vive et causent tant de perturbations, comment se résigner à croire qu'elles ne fussent pas dignes de figurer parmi les têtes de chapitre de la folie !

La première infraction à des principes jusque-là si respectés s'est produite de notre temps, et nous lui devons, sans contredit, la plus belle découverte dont se soit enrichie la science de l'aliénation. On comprend que je veux parler de la séparation de la paralysie générale, considérée comme une maladie distincte dont les symptômes ont cessé d'être dispersés au milieu des mille accidents de l'aliénation. C'est en substituant l'observation directe à l'observation médiate, raisonnée, appuyée sur des considérations physiologiques ou philosophiques, telle qu'on la pratique habituellement, que ce grand résultat fut obtenu.

La direction ouverte avec tant de bonheur doit être exactement suivie, et la folie s'y prête plus qu'il ne semble au premier abord. Il suffit, au lieu de s'élever aux grandes questions, d'abdiquer tout parti pris, de laisser les malades se produire librement, suivant le conseil donné avec un sens si pratique par M. le Dr Falret, et de rester simple observateur, au lieu de se poser d'avance les problèmes, pour en poursuivre la solution. Les délires n'ont ni l'unité qu'on leur supposerait en lisant les traités généraux, ni la diversité individuelle qu'on se plaît à faire ressortir dans les récits dramatisés, et qui exclurait toute subordination scientifique.

En se renfermant dans l'étude des aliénations partielles, un fait ressort avec une évidence impossible à méconnaître, c'est

qu'il existe là des états maladifs de l'intelligence, et des maladies à symptômes fixes et restreints. Dans le premier cas, l'aliéné passe par des désordres d'actes ou de paroles qui rappellent, dans un autre ordre d'idées, la mobilité des accidents hystériques; dans le second, les idées se coordonnent, elles se circonscrivent d'elles-mêmes, et se rassemblent dans un cercle dont il n'est pas impossible de limiter les contours. Les mobiles accoutumés de nos actions ne sont pas le lien qui enchaîne les conceptions délirantes; il n'y a là ni passion violente qui imprime son cachet, ni préoccupation motivée par des dispositions innées du caractère ou par les circonstances au milieu desquelles le malade a vécu. L'aliéné ne subit pas une sorte de déviation d'un élément physiologique; il crée de toutes pièces son délire, il le prépare, le combine, l'achève. Ainsi isolée, indépendante de tout tenant et de tout aboutissant, la maladie doit se produire avec des symptômes uniformes, comme toute affection qui s'impose à l'organisme assez fortement pour le dominer. Une condition cependant est encore indispensable pour permettre de saisir les signes caractéristiques par lesquels elle se manifeste; il faut que l'observateur n'assiste ni aux prodromes ni aux périodes terminales, mais qu'il étudie le mal, si on me permet ce mot, à l'époque de sa *floraison*. Au début, les types de la folie ne sont pas mieux caractérisés que ceux des autres maladies: l'aliéné est dans un état de malaise intellectuel non encore localisé qui répond au frisson et à la fièvre, et qui commande à tout médecin la réserve et l'expectation. A la fin, les désordres se multiplient, les lésions se croisent et se compliquent de désorganisations consécutives au milieu desquelles disparaît l'élément essentiel et primitif.

En évitant les tendances que je regarde comme autant d'écueils, en suivant les indications que je viens de rappeler et que je crois vraies, où on avait à peine entrevu des analogies, on voit une saisissante uniformité. J'en donnerai pour exemple la forme de délire que je désigne ici sous le nom de *délires de persécutions*, et que je regarde comme un type assez précis pour qu'il puisse

être complètement détaché des autres modes d'aliénation.

Le délire de persécutions n'est pas la conséquence d'une forme de caractère; il se produit chez des individus très différents les uns des autres par leur humeur habituelle, la nature et le degré de leur intelligence, et par leur position sociale. Dans les faits très nombreux dont j'ai été témoin, je ne l'ai jamais rencontré avant l'âge de vingt-huit ans, et je l'ai observé plus fréquemment, toute proportion gardée, chez les femmes que chez les hommes.

Les observations qui suivent permettront de saisir les nuances que l'examen clinique peut seul faire ressortir. Une description générale doit n'embrasser que les caractères communs : ce sont les seuls dont je veux essayer de présenter l'ensemble.

L'idée d'une persécution plus ou moins définie est une de celles qui se manifestent le plus souvent chez les aliénés à titre d'idée incidente; on la trouve mobile, saisissante, accompagnée d'une véritable terreur dans les accès de *delirium tremens:* elle apparaît également dans les folies provoquées par certaines substances narcotiques, et n'est pas un très rare accident dans beaucoup de délires partiels. Le fait seul de sa fréquence permettrait déjà de regarder cette sorte de conception délirante comme un des symptômes importants de la folie; cependant, dans les cas où elle n'est pas destinée à devenir prédominante, la croyance à la persécution n'est qu'un phénomène passager, sur lequel les aliénés n'insistent pas, et qui leur sert à peine à expliquer les émotions qu'ils ressentent.

Lorsque le délire tend à se concentrer sur cette pensée fixe, le malade commence par la poser avec une certaine réserve, il hésite, il exprime de lui-même son doute; il demande si, à défaut de cette explication, on en trouverait une autre qui rendît compte des épreuves auxquelles il est soumis. J'ai cru, dit-il, qu'on m'en voulait; mais je n'ai pas de preuves; je me suis démontré l'absurdité de mon opinion. Donnez-moi une meilleure raison, je suis prêt à l'accepter. Peu à peu le vague s'efface, l'hésitation est remplacée par une certitude, et l'aliéné compose

d'une manière définitive le système de délire auquel il doit s'arrêter. Ce travail s'effectue avec plus ou moins de lenteur; chez quelques-uns, il est si rapide qu'on saisit avec peine le premier degré; chez les autres, c'est très graduellement, et avec une progression sensible pour l'observateur, que le malade construit son roman systématique qui devient de moins en moins variable.

Dans tous les cas, le procédé est le même, et mérite, justement à cause de sa régularité, d'être étudié attentivement. Il est hors de doute que l'aliéné éprouve d'abord un malaise indéfinissable, mais qui ne ressemble en rien à l'inquiétude la plus vive dont se plaignent les gens en santé. C'est ainsi qu'au début de maladies graves, nous ressentons des symptômes impossibles à décrire, mais qui nous font pressentir l'invasion d'une affection sérieuse. Les malades habitués à l'observation d'eux-mêmes expriment souvent, par des comparaisons frappantes, la singulière impression que causent les prodromes. C'est après un certain temps de préoccupation et de résistance que l'aliéné cherche à remonter à la cause de ses souffrances, et passe ainsi de la première période à la seconde. La transition se fait alors par un raisonnement toujours le même : les maux que je subis sont extraordinaires; j'ai enduré de bien plus rudes atteintes, mais je les concevais, et j'en devinais plus ou moins la raison; ici je me trouve dans des conditions étranges qui ne dépendent ni de ma santé ni de ma position, qui ne relèvent en rien du milieu où je vis : il faut que quelque chose d'extérieur, d'indépendant de moi-même, intervienne; or je souffre, je suis malheureux; des ennemis seuls peuvent avoir intérêt à me causer de la peine; je dois donc soupçonner des intentions hostiles en regard de ces impressions nuisibles.

Qu'on s'arrête un moment sur le mode par lequel s'engendre le délire, et on saisira plus aisément sa nature. Les faits qui pour l'aliéné constituent le point de départ n'ont qu'une valeur relative; ce ne sont ni de grandes perturbations ni de profondes douleurs, auxquelles tous les hommes seraient sensibles; il s'agit

d'émotions personnelles, et le plus souvent d'une complète insignifiance aux yeux de celui qui reçoit leurs confidences : un meuble dérangé, une insomnie, un repas d'une saveur désagréable, un propos assez inoffensif, toutes choses qui, dans une autre disposition d'esprit, passeraient inaperçues. Il en est, pour continuer la comparaison que j'indiquais plus haut, de ces idées comme du frisson qui précède la fièvre, et qui tourmente plus, si peu intense qu'il soit, que le frisson autrement vif causé par un abaissement de la température.

Provoqué par des faits qui mériteraient presque le nom de *taquineries*, le délire ne s'accompagne pas de grands troubles du sentiment. Vous voyez des aliénés, ainsi persécutés, fuyant de maison en maison, fatiguant les magistrats, les autorités de tout ordre, de leurs plaintes interminables, et qui conservent encore une certaine égalité d'humeur. Je n'en ai pas vu un seul tomber dans une mélancolie continue, réagir par des haines violentes, méditer des vengeances qui pourtant devraient leur sembler singulièrement légitimes. Les circonstances extérieures n'ont que peu d'influence, et si elles contribuent au délire, il s'en faut que ce soit en raison de leur gravité réelle. L'aliéné n'a pris garde qu'à sa sensation maladive; elle seule le préoccupe, elle seule le pousse à la recherche des causes, et probablement aussi détermine fatalement l'ordre de causalité auquel il s'arrête d'une manière si monotone. Viennent les plus grands événements, il traverse les révolutions, subit la perte de sa fortune, la mort des siens, sans en accuser ses ennemis; mais un rien, une prétendue injure qu'il entend dans la rue, et qui doit s'adresser à lui, l'agite davantage, et ramène la formule caractéristique des persécutions.

Il y a là, on ne saurait trop le dire, autre chose que l'exagération d'une tendance naturelle. Les esprits les plus craintifs ne sont pas les plus prédisposés; c'est un élément pathologique nouveau introduit dans l'organisme moral. S'il est vrai que le délire ait ainsi son origine dans des émotions toutes personnelles, et sans équivalent durant la santé, on comprend combien

peu les conseils raisonnables auront d'influence. Vous ne serez jamais dans le vrai pour le malade, quand, jugeant avec votre bon sens, vous traiterez de niaiseries ce qui le tourmente à un tel degré. Le médecin et l'aliéné persécuté ne vivent pas dans le même monde; l'un parle de ce qu'il sent, et l'autre de ce qui est.

La croyance à une persécution n'est donc que secondaire; elle est provoquée par le besoin de donner une explication à des impressions morbides probablement communes à tous les malades, et que tous rapportent à la même cause. Non seulement les conclusions se ressemblent, mais encore, et c'est là ce qui prouve la réalité du type que je cherche à établir, on retrouve une égale analogie jusque dans les détails de l'explication.

Supposez un homme sain d'esprit et persuadé qu'il est en butte à une persécution ; son premier soin est de rechercher les mobiles qui peuvent porter les autres à lui nuire, pour remonter ainsi jusqu'aux personnes qu'il convient de soupçonner d'abord et plus tard d'accuser. Voilà comment procèdent toutes les enquêtes, qu'elles soient ou non judiciaires. L'aliéné suit une autre voie. Parti, comme je l'ai dit, de la croyance qu'on le tourmente, il est le premier à s'étonner qu'on lui en veuille. Je n'ai fait, s'écrie-t-il, de mal à personne; on n'a rien à me reprocher, je n'ai eu ni discussions ni querelles, je ne sache aucun grief dont on ait à se venger. Son étonnement toutefois ne l'entraîne pas plus loin; il ignore pourquoi on le persécute, l'avoue ingénument, et ne cherche pas à en savoir davantage. Vous avez beau le presser, lui remontrer l'absurdité d'une persécution sans motifs, il persiste obstinément dans cette impasse. Tout au plus, à force d'insinuations, l'amènerez-vous à accepter un mobile auquel il ne songeait pas. Le plus insignifiant fixera presque toujours son choix parmi ceux que vous lui proposerez; il en est de même quant aux personnes. Du moment que les intermédiaires lui manquent, il ne sait comment établir le passage entre les actes dont il se plaint et leurs auteurs. Pourquoi soupçonnerait il celui-ci ou celui là, puisqu'il ne connaît pas de

raisons pour qu'on le tourmente. Cependant, à la longue, et pour les besoins de sa défense, il finit par se fixer tant bien que mal. La raison pour laquelle il se décide, il la puise encore, comme toute l'œuvre de son délire, dans la nature des impressions qu'il a ressenties; elles lui semblaient en dehors de la nature : il accuse des êtres mystérieux, la police, les physiciens, les magnétiseurs. Par là il comble le vide, et il établit, à l'aide des pouvoirs occultes qu'il se représente vaguement, une sorte de transition plausible entre l'imaginaire et le réel. Si les faits dont il a eu à souffrir n'offrent pas trop de singularités, il se contente de mettre en cause des voisins qu'il n'a jamais vus, dont il suppose l'existence, et qu'il n'a jamais eu la curiosité de chercher à connaître.

Voilà donc un malade travaillé par le besoin d'expliquer, et qui limite spontanément ses interprétations dans le cercle le plus étroit. Une fois qu'il a découvert que ses ennemis le persécutent, il se résigne au rôle de victime, et ne tient pas autrement à se renseigner. J'ai essayé de faire comparaître les voisins qu'on accusait, pour donner à l'aliéné un point d'appui plus facile dans la réalité, aucun n'en a tiré parti; ils se désistaient avec une facilité que les observations qui précèdent donnaient à prévoir. Les fous, j'en excepte les paralytiques généraux, se constituent volontiers en avocats de leur délire; ceux-ci ne manquaient pas d'arguments pour étayer leurs suppositions déraisonnables; mais ils laissaient toujours ouverte la lacune que j'ai signalée.

En résumé, les malades atteints du délire de persécutions subissent une idée commune et prédominante; mais en outre ils sont astreints, par la nature de leur aliénation, à user de procédés intellectuels analogues jusque dans leur imperfection, et à se mouvoir dans un cercle uniforme.

J'ai exposé le délire dans sa marche, j'entrerai maintenant dans le détail des symptômes.

Tous les faits de nature à causer une impression pénible ne sont pas aptes à servir de base au délire de persécutions. Le

nombre de ceux qu'invoquent les malades est assez restreint pour qu'un médecin, éclairé par une suffisante expérience, puisse dresser son questionnaire à l'avance, et soit sûr de n'omettre aucune des divagations dont l'entretiendra l'aliéné.

L'organe de l'ouïe fournit les premières sensations sur lesquelles s'exerce l'intelligence pervertie. Le malade entend des lambeaux de conversation qu'il interprète et qu'il s'applique; les gens avec lesquels il est en contact ont dû parler de lui; les bruits mêmes qui se produisent le plus naturellement, le passage d'une voiture, le pas d'un homme qui monte un escalier, une porte qui s'ouvre ou qui se ferme, sont l'objet de ses commentaires. Les conversations directes qu'il soutient, les querelles qu'il provoque dans sa mauvaise humeur, l'émeuvent peu, et ne donnent pas matière à ses suppositions inquiètes. On ne saurait mieux les comparer qu'à ces sourds d'une nature soupçonneuse, qui croient toujours qu'on parle d'eux, et qui, fort émus des propos qu'ils n'entendent pas, s'indigneraient peu des injures qui parviendraient à leurs oreilles. Une fois sur cette pente, l'imagination ne s'arrête plus; après avoir essayé de vagues présomptions, l'aliéné finit par arriver aux interprétations les plus absurdes et les plus positives. On se contentait d'abord de le tourmenter; peu à peu on formule des accusations qui se traduisent par des signes dont lui seul perçoit la signification. On verra, en parcourant les faits que je rapporte, à quel fatal enchaînement d'idées ils sont conduits.

Jusque-là le malheureux persécuté s'est maintenu dans la limite des sensations vraies, sur lesquelles il a fondé ses inductions délirantes; un certain nombre de malades ne va pas au delà. Ce qu'il a entendu, il a pu, il a dû l'entendre, et, bien qu'il ne dépasse pas cette mesure, il peut parcourir tous les échelons et arriver au terme le plus avancé de la maladie; d'autres au contraire sont poursuivis par des hallucinations, sans être ni plus ni moins gravement malades. L'hallucination n'est pas un de ces symptômes qui marquent le progrès du mal et n'apparaissent qu'à ses périodes extrêmes; tantôt elle se manifeste dès

le début, tantôt elle ne survient qu'après une longue persistance de l'illusion. Quelle que soit l'époque où elles se déclarent, les hallucinations obéissent à la loi que j'ai indiquée; elles se renferment toujours dans les sensations auditives. Je ne saurais trop appeler l'attention sur ce caractère, que je regarde comme pathognomonique. Telle insistance que vous apportiez dans les questions, telles provocantes que soient les incitations auxquelles vous soumettez le malade, il évite tous les pièges et n'hésite pas à déclarer qu'il s'est borné à entendre. On est venu sous sa fenêtre proférer des menaces. Avez-vous vu vos ennemis?—Non, je n'ai pas cherché à les voir; on a frappé à sa porte, on l'a accablé d'insultes dans la rue, il n'a vu personne; on est entré chez lui, on lui a parlé à l'oreille, il a écouté, quelquefois il a répondu; ses yeux ne lui ont jamais fourni de renseignements. Ainsi non seulement l'aliéné persécuté est incapable de créer des hallucinations visuelles, il ne se sert même pas de la vue dans la mesure légitime et raisonnable. La plupart s'indignent de ce qu'on les suppose capables d'avoir des visions; quelques-uns déclarent qu'ils ont cherché à entrevoir leurs persécuteurs, mais ils n'ont pas réussi, et ils expliquent qu'on s'était hâté de fuir, qu'on s'était réfugié dans une allée, qu'on s'était caché chez un marchand, sans qu'aucun ait porté plus loin son investigation.

L'hallucination de l'ouïe n'est ni la conséquence obligée ni l'antécédent nécessaire du délire de persécutions, mais elle est la seule qui soit compatible avec lui. Il suffit qu'un malade accuse des visions pour que je n'hésite pas à affirmer qu'il appartient à une autre classe de délirants. Et pourtant, dans combien de circonstances, ceux qui veulent remplacer l'observation par la logique, trouveraient dans les hallucinations de la vue matière à des préoccupations craintives; des malades chez lesquels on s'introduit, on amène des morts qu'ils voient dans leurs linceuls, des fantômes menaçants *mais muets*, qui aperçoivent du sang sur leur lit et sur leurs murailles, auraient assez de motifs pour se croire persécutés. La direction de leurs idées

n'est pas là, ils n'entrent pas dans une voie qui leur semble si bien ouverte.

Dans les délires partiels, l'hallucination de l'ouïe exclut l'hallucination de la vue, elle fait partie d'un ensemble de conceptions homogènes dont le délire de persécutions offre, à mon avis, le type le plus net. La réciproque d'ailleurs n'est-elle pas vraie? Un aliéné a toutes les nuits des visions diverses : la sainte Vierge lui apparaît, de grands personnages vêtus des costumes de leur temps se dessinent sous ses yeux, aucun ne lui parle. Il les interroge, aucun ne répond; mais, pour communiquer avec lui, ils portent de grands panneaux blancs, qu'il compare lui-même à d'énormes cartes de visite, où ils inscrivent les paroles qu'ils veulent lui faire tenir. Que de faits du même genre, mais moins expressifs, j'ai vus et je pourrais citer!

Une exception cependant plus apparente que réelle mérite d'être signalée. Sur plus de soixante observations que j'ai moi-même recueillies, j'ai trouvé deux fois des hallucinations de la vue, si les symptômes que je vais indiquer méritent ce nom. Dans les deux cas, les malades (c'étaient deux femmes), sous l'influence d'une crise hystérique, avaient cru voir l'une un éclair, l'autre un jet de lumière au milieu d'un violent tumulte; les deux visions n'avaient duré qu'un instant et ne s'étaient jamais reproduites.

Il est bien entendu que je mets hors de cause les faits qui n'appartiennent d'ailleurs qu'à la seconde période de la maladie et qui simulent grossièrement les illusions de la vue. Une aliénée voit une robe suspendue à une fenêtre du voisinage; elle suppose qu'on a voulu la narguer, et que c'est encore un méfait des gens qui l'injurient depuis longtemps; une autre croit qu'une chaise a été déplacée, et conclut à une persécution de ses ennemis.

Après les interprétations erronées de propos ou de bruits véritables et les hallucinations de l'ouïe, se manifestant habituellement sous la forme de grossières injures adressées par des individus invisibles, les autres sensations dont les aliénés persé-

cutés se plaignent le plus se réduisent à des impressions nerveuses. Les femmes en offrent les plus fréquents exemples; ce sont des souffles intérieurs, des chaleurs soudaines, des engourdissements, des douleurs atroces et passagères, et les autres accidents si mobiles de l'hystérie. Dans les cas de ce genre, le magnétisme constitue l'explication favorite des gens instruits; les esprits moins cultivés accusent ce je ne sais quoi que le peuple désigne sous le nom de *physique*.

J'ai suivi le délire de persécutions depuis son début jusqu'à sa période d'état. Comme je ne veux qu'établir un type, et déterminer les caractères qui doivent entrer dans sa définition, il serait hors de propos d'étudier sa marche décroissante ou de chercher les indications thérapeutiques. Je me bornerai aux quelques données qui sont encore nécessaires pour compléter ce tableau.

J'ai dit que le délire de persécutions ne s'était jamais présenté à mon observation chez des individus âgés de moins de 28 ans; je ne l'ai pas rencontré après 70 ans. L'âge le plus favorable paraît être de la 35e à la 50e année; mais c'est aussi la période de la vie où, si on excepte les formes séniles, la folie est surtout commune. Quant à sa fréquence, les chiffres suivants en donneront une juste idée. Je puis garantir l'exactitude de cette statistique, qui porte exclusivement sur des malades que j'ai observés moi-même, et où je n'ai fait intervenir aucun élément étranger.

Le relevé des aliénés, y compris les idiots et les imbéciles, sans distinctions de formes maladives, et tels que le hasard me les présentait, donne 665 individus, dont 446 hommes et 219 femmes.

Dans ce nombre, le chiffre des malades atteints de délire de persécutions est de 96, dont 58 femmes et 38 hommes, proportion énorme pour les femmes, puisqu'elle s'élève au quart de la totalité des aliénées soumises à mon examen.

Il est indispensable, pour faire connaître certains caractères de détail qui ne pouvaient prendre place dans la description, de rapporter ici un nombre suffisant d'observations. On verra, en

parcourant ces faits, comment se combinent les divers éléments dont se compose le délire. J'ai éloigné toutes les circonstances accessoires qui, intéressantes à d'autres titres, ne rentraient pas dans les limites restreintes d'une étude nosologique. Cependant, s'il était permis d'abréger les observations, il m'a semblé que leur nombre devait compenser leur brièveté, et que les analogies sur lesquelles j'ai tant insisté ressortiraient d'autant mieux que les exemples seraient plus multipliés. Le médecin se trouve ainsi comme placé artificiellement au milieu d'une épidémie de délires de persécutions; il trouve esquissés d'avance les types d'ailleurs peu variés dans lesquels rentreront certainement la plupart des faits dont il sera témoin. J'ajouterai que je me suis contenté de laisser parler les malades sans intervenir dans leurs récits.

Ire Observation. — Délire au début, encore indécis. C..., employé de commerce, âgé de trente-cinq ans; ce malade est triste, il recueille avec peine ses idées, s'interrompt souvent en demandant s'il est bien nécessaire qu'il entre dans tant de détails; il a porté plainte à un commissaire contre ses ennemis. Il m'arrivait, dit-il, depuis quelque temps des choses peu naturelles que j'attribuais tantôt à une cause, tantôt à une autre; je supposais que mon patron m'en voulait, qu'il allait me renvoyer, pour me faire sentir combien j'aurais de peine à me replacer. J'ai entendu, une nuit, dans la maison où je demeure, un grand bruit; on criait : ah! mon Dieu! Je me suis levé, mais je n'ai rien vu, et probablement c'était sans importance. Il s'est passé des faits analogues, à d'assez fréquents intervalles; j'ai passé bien des nuits sans sommeil, croyant ma vie en danger, mais peut-être avais-je tort. Mes parents eux-mêmes me veulent du mal, et j'ai fini par croire que je n'étais pas le fils des gens dont je porte le nom. Ne va-t-on pas user de violences à mon égard? J'ai beau chercher, je n'ai fait de mal à personne; mais je ne sais pas bien si je ne suis pas condamné.

IIe Obs. — Délire très limité. M..., domestique, vingt-six ans; pendant qu'elle était en service chez un négociant, elle entend

un commis dire : sa chambre, et plus tard, bulletin, bulletin. Ce propos lui semble ne pouvoir se rapporter qu'à elle; elle entendait d'ailleurs depuis longtemps parler à son sujet; elle monte à sa chambre, cherche un bulletin de caisse d'épargne qu'elle ne retrouve plus à sa place. Le commis a dû s'introduire chez elle; elle se plaint à sa maîtresse, accuse le commis qui nie le fait, et se décide à quitter sa place pour aller habiter une maison du voisinage. Là le même individu la poursuit; elle l'entend, mais ne peut arriver à le voir. Deux fois elle change de condition, deux fois le jeune homme parvient à rentrer dans sa chambre, sans passer par le logement de ses maîtres; il lui parle à l'oreille, surtout au moment où elle se couche; il disait : prostitution, sortilège, tu te prostitueras. Ses nuits se passent sans sommeil; elle ressent des influences et des souffles souterrains. Probablement dispose-t-il d'une puissance à elle inconnue; elle a beau chercher, elle ne peut deviner pourquoi il s'acharne à la persécuter puisqu'ils n'ont jamais eu de relations ensemble; dans tous les cas, elle est sans inquiétude, et bien persuadée qu'il n'osera pas venir de sa personne. Le délire date de cinq mois.

IIIe Obs. — D..., cinquante et un ans, lingère. Intelligence faible, caractère mobile, loquacité. Cette femme est séparée de son mari, homme de mauvaise conduite; elle vit avec son fils, dont le revenu suffit amplement à ses besoins. Depuis quinze jours on crie : Mme D... est une crapule, elle n'a pas de cheveux; j'ai montré mes cheveux à la fenêtre, alors on a soutenu que j'avais assassiné ma belle-mère. J'ai été faire ma déclaration au commissaire de police; à partir de ce moment la persécution a été organisée. Deux individus ont passé devant ma porte en disant : Nous allons mettre le feu à la chapelle; ils désignaient par là mon ménage; c'étaient des acolytes de cette femme; elle aposte des polissons qui me poursuivent des mêmes injures; les gens mêmes auxquels je veux faire du bien sont gagnés et deviennent mes ennemis. Une voisine, nouvellement accouchée, a reçu de moi tous les secours; son enfant meurt, on m'accuse de

l'avoir empoisonné; la garde qui la veille prétend que je rends les autres enfants malades. A en juger par l'accent de la femme qui me parle, je la crois de la campagne, car elle dit : pas de cheveux à la *tête;* dans le jour, elle fait crier; le soir, elle crie elle-même. Je ne l'ai jamais vue, je n'ai pas essayé de la regarder, je ne sais ni son nom ni où elle demeure. On veut me faire passer pour folle, mais j'ai toute ma raison.

IVe Obs. — Veuve N..., quarante ans. Cette malade a perdu sa fille il y a deux ans, et en même temps le modeste revenu dont elle vivait. Ses réponses sont bien suivies; elle paraît inquiète de sa position. Il y a un an, dit-elle, que je suis tourmentée; on venait écouter à ma porte, on épiait mes actes, on me surveillait; j'ai eu peur. Plus tard, j'entendais dire : descendre, elle descendra, cela signifiait qu'on me menaçait de m'assassiner, si je me risquais à descendre; j'ai changé de domicile. Dans mon nouveau logement, j'ai encore été persécutée par je ne sais qui, par des ouvriers qui m'injuriaient et me traitaient de s.....; ils disaient de moi, en passant devant ma porte : c'est fini. Quand je passais près des ouvriers dans la rue ou dans l'escalier, on ne parlait plus; la nuit, on s'amusait à faire du bruit pour m'empêcher de dormir; ce bruit était accompagné de sottises si grossières, que je n'oserais les répéter; c'étaient des voix d'hommes, à ce que je suppose, mais je ne les reconnaissais pas. Dans la rue, je suis tranquille; je ne sais à quoi l'attribuer, n'ayant fait ni mal ni tort à personne. Une fois, j'ai entendu l'homme sur mon palier, j'ai appelé, on m'a menacée de me faire enfermer. Elle croit que ses ennemis la traduisent devant un tribunal, et que je suis son juge.

Ve Obs. — L..., cinquante-huit ans, brodeuse. Voilà cinq ans qu'elle eut une querelle avec une femme qui l'accusa d'être sale de mœurs, et lui dit qu'elle n'était pas *hum! hum!* ce qu'elle ne peut ni ne doit comprendre; elle déménage à diverses reprises pour fuir cette femme, qui ne cessait de la persécuter. Depuis quelque temps, elle l'entend nuit et jour, excepté quand on l'éloigne en faisant la conversation; elle lui parle bas, et ne répète

pas toujours les mêmes propos, mais elle l'insulte grossièrement ; elle dit : Tu salis ton père, tu salis ta mère. Tout ce qu'elle affirme manque de preuves. Cette ennemie voudrait la pousser à des actes indécents ; elle lui a changé sa pommade contre de la pommade de cantharides, et lui a fait perdre en partie la vue par quelque maléfice. Maintenant on en entraîne d'autres pour la tourmenter, ce sont d'autres voix qui parlent bas ; elle croit qu'elle va être condamnée au poison, si ce n'est déjà fait. Le délire paraît dater de quatre années.

VI^e^ Obs. — G..., soixante-sept ans, indigente. Animation assez prononcée ; le délire remonte à deux mois environ ; il a été presque dès le début ce qu'il est aujourd'hui. On l'a accusée d'avoir pris une paire de souliers ; elle a passé en jugement, mais elle a su qu'elle avait été acquittée (rien de vrai) ; ils se sont vengés en l'accusant d'avoir dérobé un foulard. Tout le monde s'est ameuté contre elle ; elle n'ose plus sortir, dans la crainte d'être insultée. La nuit, ils crient sous sa fenêtre : à la corde ! et l'accablent d'injures sans qu'elle sache qui la persécute ni qu'elle ait cherché à les voir. Le jour, ils se taisent, tant que son mari est présent ; dès qu'elle est seule, les poursuites recommencent ; on frappe à sa porte, on crie, en passant sous l'escalier : Vieille s... ! vieille coquine ! Si elle se hasarde dans les rues, on la suit ; les marchands crient leurs marchandises pour la narguer ; elle n'en est même pas délivrée à l'église. Il y a même de faux journaux où on parle d'elle. Quoi qu'on en ait prétendu, elle n'est pas folle, car un fou est un homme qui ne sait ce qu'il dit, et elle, elle répond juste quand on l'interroge.

VII^e^ Obs. — B..., cinquante-cinq ans, sans profession, célibataire. Céphalalgie presque continue depuis plusieurs années, santé chétive, esprit assez net ; aliénée depuis un an environ. J'étais allée, dit-elle, demeurer dans un hôtel, dont je connaissais le propriétaire, pour être moins isolée ; le garçon vient à ma porte, frappe, et demande si je suis rentrée. Je me suis plaint de cette inconvenance ; pour se venger, il ameute les étudiants de l'hôtel du voisinage ; on m'accuse d'avoir volé ; ils me poursui-

ASILE CLI... (Sainte-Anne)

vent la nuit et le jour. Je quitte l'hôtel, ils ne tardent pas à découvrir ma nouvelle demeure, et le bruit redouble; je déménage encore, ils s'animent de plus en plus, ils viennent à la porte, sous ma fenêtre, me traitent de prostituée. Dans la rue, ils me montrent sans doute au doigt, on se retourne, on m'injurie; aux bains, ils envoient des commissionnaires qui disent : voleuse, vieille folle, etc. Je dois les connaître de vue, mais je n'en suis pas sûre. J'ai proposé à une amie de venir avec moi, et de le faire arrêter; elle a prétendu que c'était une monomanie, et m'a refusé ; j'ai porté plainte, on m'a demandé des témoins; mais je n'ai personne à appeler en témoignage. La malade parle d'ailleurs de ses persécutions d'un air dégagé et presque souriant.

VIII^e^ Obs. — B..., quarante-quatre ans, cuisinière, déjà traitée, il y a un an, pour délire partiel. Guérison incomplète. A la sortie de l'établissement où elle avait été soignée, son ancien maître refuse de la reprendre; elle suppose que c'est parce qu'on a dû médire d'elle, et l'accuser d'être une voleuse. Elle change de service, et quitte successivement toutes les places, parce qu'on lui fait trop de misères; on ne cesse de dire du mal à son sujet. La nuit, elle entend du bruit dans les chambres voisines, on crie : S..., p..., et des choses atroces; la femme de chambre, qui couche près d'elle, prétend ne rien entendre; elle s'en étonne. Dans le jour, elle n'entend presque rien, mais elle devine bien des propos; ce sont les maîtres qu'elle a servis qui lui jouent ces tours. Elle a eu un enfant qu'on a fait mourir à l'Enfant-Jésus : quand on lui donnait des bains, c'était pour le noyer. Elle ne sait pourquoi on lui en veut; elle sent qu'elle a le cerveau vide; un peu de céphalalgie.

IX^e^ Obs. — M..., cinquante ans, employé dans une administration publique. Caractère habituellement capricieux, irascibilité. Les premiers symptômes du délire se manifestent dans ses rapports avec le public. Il croit que les gens qui s'adressent à lui pour affaire veulent le sonder; il les accuse d'être salariés pour surveiller sa conduite. On est obligé de le faire passer dans un

bureau, où il travaille seul ; en même temps, on augmente ses appointements en raison de ses longs services administratifs. Il voit dans cette faveur une raison d'inquiétude. Ses nouveaux collègues l'accueillent mal, à ce qu'il suppose ; il entend à travers une cloison des propos injurieux ; ces conversations se répètent, il les écoute aux portes ; on l'accuse d'être un malhonnête homme. Les garçons de bureau parlent sans cesse de lui ; on le montre au doigt dans l'administration ; on le dénonce à ses chefs comme un voleur. Quelques-uns des papiers qu'il a transportés par erreur, en changeant de cabinet, doivent être le prétexte de ces calomnies ; on fait sans cesse allusion à ces papiers ; on lui reproche un vol. Tout le monde le suit. M..., malgré toutes les instances, refuse de continuer son emploi ; il vient jusqu'à la porte de l'administration, conduit par sa femme, et n'ose pas franchir le seuil, dans la crainte d'être injurié, arrêté comme voleur. Bientôt les persécutions le suivent jusque dans les rues ; ses ennemis ont organisé un complot ; la police est sur ses traces ; il refuse de sortir. Pas d'hallucinations ; insomnie par intervalles, accidents nerveux, faiblesse des extrémités inférieures avec léger tremblement. Indifférence absolue pour sa famille, qu'il oblige à de grandes privations en cessant de remplir ses fonctions.

X^e^ Obs. — G..., soixante et un ans, rentière. L'aliénation remonte à huit années ; elle a suivi une marche très lente. Commencement d'incohérence, agitation. Elle s'est enfuie de son domicile, parce que son mari, avocat, la traitait de folle, et ne fournissait plus un revenu suffisant pour le ménage. Elle est brouillée avec ses enfants, qu'elle refuse de voir. J'ai été longtemps, dit-elle, à entendre sans comprendre ; à présent je comprends tout ; on me traite de voleuse, de fille publique ; on me poursuit des mots les plus inconvenants. S'il vient un nouveau locataire dans la maison, il s'unit à mes ennemis pour me décrier. Les marchands des alentours parlent sous ma fenêtre ; on m'insulte de tous côtés, et ce n'est pas une imagination. J'ai désigné mes persécuteurs à l'autorité ; c'est le layetier qui frappe

ses caisses pour se moquer de moi ; dès qu'ils cessent de clouer, les garçons me traitent de misérable. Les voisins disent : Elle ne fait rien, elle fait semblant de travailler ; ils chantent des chansons insultantes où il y a : ma Lisette ; ils étalent leurs pantalons aux fenêtres pour faire des mannequins qui m'effrayent. Je reçois des lettres par le somnambulisme ; ma belle-fille m'en a écrit une où il y avait des points, pour m'intimider ; je l'ai portée au procureur de la République. On brûle le charbon dans ma cuisine ; on déplace mes effets, ce n'est pas pour me voler, mais pour me persécuter. C'est sans doute la politique, parce que j'ai adressé des vers au Président.

Il y a quelques semaines, son mari la conduisit au musée des antiques, et lui montra la statue bien connue sous le nom d'Hermaphrodite. Depuis lors ce souvenir revient de préférence parmi les idées délirantes. Voilà quelque temps, dit-elle, que mes ennemis ont lâché ce mot d'hermaphrodite ; ils crient : Homme ! homme ! vieux juif ! C'est moi qu'ils désignent. Quand on parle d'un homme devant moi, on veut parler de moi ; on m'a dit une fois : Vilain homme ! C'est une infamie ! mais j'ai la tête forte, et ils ne m'intimideront pas.

XI[e] Obs. — R..., cinquante et un ans, ancienne institutrice, veuve depuis quatre mois, dans une situation de fortune assez précaire. Elle écrit à toutes les autorités pour se plaindre d'être suivie. Quand elle se trouve dans une réunion, on dit tout bas : Elle conspire. On l'a accusée d'avoir voulu tuer le Président ; elle a écrit plusieurs lettres au Président pour se disculper. On lui dit qu'elle est une voleuse, et des mots si honteux, qu'elle n'osera jamais les répéter. Les ouvriers la suivent dans la rue et chez elle ; elle ne peut coucher du côté de la muraille à cause des voix ; c'est évidemment une ramification des sociétés secrètes ou la police. Ils ne lui laissent guère de repos ; elle les apostrophe, mais ils répondent rarement, et ne se laissent jamais voir.

XII[e] Obs. — B..., fille publique, séparée de son mari. Tentative de suicide ; agitation assez vive, récits entrecoupés ; délire

datant de deux mois ; d'abord, inquiétude vague. Les gens qu'elle rencontre ont des regards étranges ; le soir, on la suit, sans qu'elle sache pourquoi. Un matin, il y a huit jours, elle a tout compris, et elle a résolu de se jeter à l'eau ; on venait, sous sa fenêtre, la traiter de bête. Le soir, il ne fait que passer des gens qui la questionnent ; chez elle, elle entend sonner, mais elle n'ose pas aller ouvrir. On aura voulu l'empoisonner avec un gâteau ; les femmes lui en veulent, et la poursuivent avec le magnétisme ; elle a cru que c'étaient des voleurs. C'est son mari qui la fait persécuter. On lui a dit que c'était la police grise. C'est leur faute si elle a vieilli et si elle devient laide.

XIII^e^ Obs. — S..., soixante-dix ans, ancien officier d'artillerie. Affaiblissement intellectuel. Un jour, dit-il, il y a de cela onze mois, je chantais une chanson où il était question de la liberté. M. D... sort de chez lui, en disant : Ah, la république ! Je ne le connaissais pas ; depuis lors, il m'en veut ; il me parle sans cesse. J'ai beau me boucher les oreilles, je l'entends toujours ; je ressens des chaleurs qu'il m'envoie par le magnétisme ou par la physique, pendant la nuit. Le jour, je n'éprouve rien de pareil. J'ai quitté le logement que j'habitais ; mais, dans la maison où je demeure, le portier me persécute. Il est venu chez lui un homme, qui lui a dit : Cassez-lui la jambe ; depuis lors, il est mon ennemi. J'entends, dans le corridor, dire : Poison, empoisonnez. Il y a un ouvrier qui dit de temps en temps : Plus haut ! et le sang me monte à la tête.

XIV^e^ Obs. — D..., quarante-neuf ans, garde-malade. Migraines fréquentes depuis plusieurs années ; chute dans un escalier, il y a un mois ; depuis lors, douleurs de tête continues ; emphysème, accès d'asthme, accidents hystériques. On l'a accusée d'être une voleuse. Il vient un tas de monde qui crie après elle ; ils l'appellent coquine, gueuse, lui parlent tout bas, et lui reprochent des choses abominables. La nuit, ils se relayent pour lui dire : Étouffe. Il y a une voix qui la poursuit sans qu'elle sache si c'est un homme ou une femme ; ce ne sont pas d'ailleurs de vraies paroles, mais une espèce de somnambulisme par lequel on la force à par-

ler pour répéter ce qu'elle a pensé. Elle n'a jamais cherché, dit-elle, à connaître ses ennemis, crainte de discussion, et ne peut se figurer pourquoi on lui en veut. Conscience d'une sorte de malaise et de fatigue intellectuelle, physionomie triste et préoccupée.

XV^e^ Obs. — Délire de persécutions datant de huit ans; passage du délire partiel à la démence; idées d'abord assez lucides, se troublant à mesure que la malade s'anime, et finissant par une incohérence complète.

J'étais à travailler, j'entends tout à coup des gens qui criaient des invectives; j'ai été me plaindre. C'était un bruit sourd, je distinguais : couper la tête; je les entends encore, mais quelquefois ce sont de faux bruits. Je ne sais pas si c'est une cause étrangère ou personnelle (je rapporte textuellement); je suis allée trouver le juge de paix, mais inutilement. Quand je sors, c'est la même répétition, mais le bruit est moins fort, on crie : Voleuse! je vais te la couper, assez indistinctement; c'est d'une personne qu'on s'est servi à mon insu; j'en accuse la police. Il y a eu une affaire d'émeute de charpentiers pour le nom de la belle Flamande. Tout Paris me connaît sous ce nom. Je suis très misérable, on m'empêche de solder mon terme par cette voix, et le propriétaire est avec les locataires partout contre moi. On m'a entraînée, on a volé mes droits par la cause des voix jusqu'à extinction, etc.

Il eût été facile de grouper ces faits par catégories; j'ai mieux aimé les laisser dans leur confusion. Un arrangement plus méthodique n'eût rien ajouté à la seule conclusion que je veuille en tirer, et par laquelle je termine cette monographie. Il existe une forme de délire partiel à laquelle je donne, faute d'un meilleur terme, le nom de *délire de persécutions*, qui se reproduit avec des caractères assez constants pour constituer une espèce pathologique parmi les aliénations mentales.

(*Archives générales de médecine*, 1852.)

LES CÉRÉBRAUX.

Un congrès international de médecine mentale s'est réuni à Paris du 5 au 10 août 1878 (1), sous la présidence du Dr Baillarger et avec le concours si précieux du Dr Motet, secrétaire. De nombreuses questions ont été, les unes traitées, les autres effleurées, le temps qu'auraient exigé de plus longs développements faisant défaut.

Je n'ai pas à exposer ici les travaux du congrès, bien qu'il m'eût été agréable de rappeler à quel point les séances ont été fructueusement remplies, ou par des communications originales, ou par des discussions d'autant plus intéressantes que l'assemblée, orateurs et auditoire, était composée d'hommes plus expérimentés.

C'est dans une des réunions journalières que l'étude qu'on va lire a été soumise aux membres du congrès, improvisation familière recueillie par la sténographie et à laquelle le nom d'aperçu convient mieux que celui de monographie. Aux courtes données qui sont une sorte de table des matières à traiter ultérieurement, j'ai joint quelques exemples et quelques considérations à titre d'appendice.

Il y a un proverbe qui dit que toute branche détachée du tronc est destinée à périr. Cela est vrai pour la branche de la médecine mentale; elle a besoin de se rattacher au tronc de la médecine générale, sous peine de ne pas vivre.

(1) Exposition universelle de 1878. Compte rendu sténographique; imprimerie nationale, 1880.

La communication que je vais avoir l'honneur de vous soumettre est conçue dans cet ordre d'idées, elle a un pied dans la médecine ordinaire et un autre dans la médecine mentale.

Par une chance d'exception, je me trouve en présence d'un auditoire compact et compétent. J'en profiterai pour me borner à un exposé sommaire, en supprimant les pièces à l'appui ; votre expérience saura, sans autre démonstration, reconnaître si j'ai tort ou raison.

Les affections cérébrales n'obéissent pas à des lois exceptionnelles, et peut-être comprend-on mieux leur évolution en empruntant ses exemples à d'autres maladies.

Une jeune femme, à la suite d'une couche, est atteinte d'une périmétrite. Les accidents plus ou moins intenses, inutiles à décrire, se prolongent pendant un temps variable, deux à trois mois environ, puis la malade guérit. Est-elle toujours guérie en réalité? Non. Il arrive trop souvent qu'après cette guérison apparente, la malade conserve à l'état latent les reliquats de la lésion aiguë ; elle entre alors, pardonnez-moi cette expression familière, dans la liquidation de sa faillite utérine. A partir de ce moment, la santé de cette femme n'est plus celle de toutes les autres; sous l'influence d'une cause légère, insignifiante, elle éprouve des douleurs de ventre, des troubles locaux ou généraux qui ne seront qu'un renouveau de sa première affection. Elle a gardé de cette première atteinte une susceptibilité et des aptitudes morbides auxquelles elle n'aurait pas été soumise sans sa première maladie.

Si ce n'était là que la continuation de la lésion primitive, ce serait la chose du monde la plus normale, et d'aiguë qu'elle était, la maladie serait devenue chronique. Mais le mal s'est complètement suspendu pendant des mois ou des années; il a guéri, dans le sens que l'on attache habituellement à ce mot. Les crises qui surviennent à longue échéance ont des caractères propres : incertaines, indécises, débutant soudainement ou préparées par un jour ou deux de malaise, sans cause, sans raison pathologique appréciable.

Cette femme, ainsi transformée, a acquis un tempérament pathologique. On pourra dire qu'elle est devenue *périutérine*, et peut-être le sera-t-elle toute sa vie.

Le médecin appelé à la soigner devra toujours avoir présent à l'esprit cet antécédent qui la place dans des conditions qui ne sont pas celles des autres femmes.

Un homme, un employé de chemin de fer, reçoit un coup de tampon ; un charretier est renversé par une voiture qui lui passe sur le corps, il en résulte une affection thoracique, une pleurésie, par exemple. Le traumatisme a été le point essentiel de l'affection, comme tout à l'heure l'accouchement, qui est un véritable traumatisme.

Ou il guérira définitivement, ou, à partir de ce jour, lui qui supportait tout, qui s'exposait à une foule de causes nuisibles sans que sa santé en souffrit, il va, quoique guéri de sa pleurésie, entrer dans une catégorie nouvelle. Il aura perdu la solidité de sa santé thoracique, et sera sujet, comme la femme, à des accidents hasardeux, incomplets, trompant aisément les prévisions si l'on ne tient compte de son passé. Lui aussi a échangé sa santé légitime contre une prédisposition maladive qui peut s'imposer à toute son existence.

En résumé, il se peut qu'à la suite d'un traumatisme ou d'une affection spontanée il reste de la maladie initiale assez de traces pour fournir occasion à des maladies analogues à la première, mais empruntant quelques caractères particuliers à l'infériorité spéciale de la santé.

Voici une seconde catégorie de faits :

Un enfant naît ou devient bossu aux premiers âges de sa vie.

Quel que soit le mode de sa déformation, sa poitrine n'est pas plus celle d'un homme correct et sain que la poitrine de celui qui a été écrasé par une roue de voiture. Peu à peu il se fait dans son thorax des compressions étranges ; un côté se dilate, un autre se rétrécit. Le poumon dévié, condensé par places, fonctionne mal. Cet homme, quand il prendra une bronchite, et il en prendra beaucoup, n'aura pas la bronchite des autres

hommes, il aura la bronchite des bossus, reconnaissable entre toutes; c'est à ce point que si vous l'auscultez sans savoir s'il est bossu, ce qui me paraît difficile, vous pourriez, par la seule étude de sa bronchite, diagnostiquer le vice de conformation du thorax, tant elle diffère, et par sa marche et par ses signes physiques, des bronchites ordinaires.

Ces exemples si simples, si vulgaires, j'ai cru devoir les rappeler comme une sorte de préface à l'étude plus complexe des affections cérébrales.

Des trois modes de début pathologique, avec leurs conséquences ultérieures dont je viens de vous entretenir, pas un ne manquera dans les affections cérébrales.

De même qu'il peut se produire chez les individus dont la santé a été altérée par une affection primitive, périmétrite, traumatisme, scoliose, une maladie seconde en rapport avec cet antécédent, de même il y a des maladies secondes chez les individus dont l'état cérébral a été troublé par des affections encéphaliques antérieures. Ces maladies secondes se présentent encore avec des caractères propres, une séméiologie, une symptomatologie, une pronostication, qui leur sont particulières.

Un enfant du premier âge est dans les bras de sa bonne, elle le laisse tomber. L'enfant s'en trouve un peu éclopé; on le soigne, on lui applique des compresses froides, des sangsues derrière les oreilles, etc. Il est guéri au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, c'est une petite aventure et un petit mal, l'enfant paraît ne plus s'en ressentir.

Mais après quelques semaines ou quelques années, on s'aperçoit qu'il dort moins bien, il est moins gai, bizarre; il a des fantaisies, quelques troubles de santé légers; on n'y fait pas attention, « cela passera avec l'âge, » dit-on, et on le met en pension. Rien de particulier jusqu'à l'âge de 7 à 8 ans, qu'on pourrait appeler celui de la puberté cérébrale, ou jusqu'à l'âge de 15 ou 18 ans, époque encore décisive. Il survient alors des accidents cérébraux d'un ordre particulier qui étonnent le mé-

decin, et lui font dire : « Je ne connais pas cela. » Vous prononcez timidement le nom de méningite possible, ou les parents l'ont prononcé avant vous; mais les symptômes indécis ne répondent pas au type des méningites vraies.

Cet enfant est dans les conditions de l'employé de chemin de fer, de la femme en couches; en vertu de sa blessure guérie, il n'est plus comme les autres, et les accidents se produisent chez lui sous des aspects insolites, sans rapport apparent, sauf le siège du mal, avec les accidents qu'il a eus à l'âge d'une année.

Je dois ouvrir ici une parenthèse. Les choses ne se passent pas de même chez un enfant ou un adulte; chez le premier, en effet, un élément nouveau, celui du développement cérébral, intervient et peut changer bien des choses, produire des transformations inattendues, le plus souvent impossibles à calculer ou à prévoir : la question devient plus complexe. Le développement a pu agir, soit en augmentant le défaut qui existe du fait de la blessure, soit en l'atténuant ou même en le faisant disparaître. C'est une sorte de lutte entre ces deux facteurs.

Ces conditions ne se trouvent plus lorsqu'il s'agit d'un adulte. Un homme de 25 ans fait une chute de cheval; il est jeté à terre, on le relève sans connaissance, il reste dans un état subcomateux pendant une heure ou deux; le chirurgien appelé constate qu'il n'y a ni fracture ni lésion grave; après quelques jours de surveillance il se retire, et dit que cet homme est convalescent ou guéri.

A partir de ce jour, ce ne sera plus au chirurgien qu'appartiendra le malade, c'est au médecin. Au bout de six mois, un an, dix ans, quinze ans, on vient vous consulter avec l'appréhension de quelque menace cérébrale, la famille vous parle de troubles cérébraux confus, d'accès mal caractérisés; vous-même, après le plus attentif examen, vous ne reconnaissez pas les symptômes d'une affection primitive et définie dans cette maladie secondaire, greffée sur une souche autre que celle de la santé. Alors, poussant plus loin l'interrogatoire, vous apprenez qu'à une certaine époque de la vie il y a eu une chute ou une

blessure. Ce traumatisme, qu'il ait lésé le crâne ou l'encéphale, a eu pour résultat de faire du cerveau un terrain sans parité avec le terrain cérébral d'un individu indemne.

Si la maladie éclate, elle n'obéira pas aux règles habituelles, et il faudra faire la part délicate du présent et du passé.

Morel, avec sa sagacité habituelle, qui avait compris et prouvé l'importance pathogénique des malformations, s'est appliqué surtout à rechercher s'il existait sur les parties molles de la face des déformations en rapport avec les infirmités mentales. Il a cherché et trouvé des indices dans la forme des oreilles, dans la manière dont se contractent les muscles de la face, etc.; il existe un indice supérieur à tous les autres, c'est la configuration osseuse du crâne.

Le crâne viciensement conformé, et dans certaines conditions qu'il n'est pas impossible de définir, ne se prête pas au fonctionnement cérébral comme le crâne conformé régulièrement. Nous avons tous vu des crânes inégaux, asymétriques, bizarres, chez des hommes intelligents et exempts de perversions nerveuses. Il ne s'agit pas pour moi d'une déformation quelconque. Si la voûte du crâne seule est mal construite, il n'y a pas grand dommage; mais si la déformation crânienne a engagé toute la portion faciale, il n'en est plus de même; la base du crâne est engagée et la portion inférieure du cerveau, dont l'importance est capitale, subit des compressions incompatibles avec son fonctionnement normal.

Ma conviction profonde est qu'il est possible de déclarer, en examinant son crâne, si un homme est devenu épileptique par le fait d'une malformation. J'ai répété nombre de fois l'expérience; souvent j'ai pris un malade qu'on m'amenait comme atteint d'une épilepsie vraie ou douteuse, et avant tout renseignement sur son passé, par le seul examen de la tête, je disais : « Cet homme est épileptique depuis son adolescence. » On riait quelquefois, mais alors je n'avais qu'à poursuivre mon enquête et je ne tardais pas à apprendre qu'il avait eu des crises à l'âge décisif où débute cette épilepsie.

S'il est vrai, et je l'affirme, qu'une déformation osseuse peut donner naissance à de l'épilepsie, une malformation moindre n'arrivant pas au degré de l'épilepsie s'accusera par des crises et des accès plus ou moins analogues à la maladie comitiale. Je laisse de côté les héréditaires pour ne pas enchevêtrer cet exposé.

Il existe donc une catégorie d'individus touchés cérébralement, et, si vous me passez ce mot, ayant perdu leur virginité cérébrale, sujets, du fait de ce précédent, à des affections cérébrales d'un ordre particulier. Je les appelle des *cérébraux*, et le mot, bon ou mauvais, est entré dans notre langue médicale.

Pouvons-nous les reconnaître? Répondent-ils à certains types morbides ayant une marche, des symptômes, un diagnostic spécial? C'est là la question.

Ces malades cérébraux peuvent et doivent être soigneusement distingués des gens nerveux chez lesquels on ne trouve ni l'antécédent d'une lésion traumatique et spontanée, ni celui d'une malformation. Ces deux classes de malades, si souvent et si malheureusement confondues, n'ont de commun que quelques grossières apparences. Le seul fait d'opposer les cérébraux aux nerveux jette une vive clarté sur la pathologie mentale.

J'aurais voulu suivre, au moins dans leurs formes essentielles, les affections cérébrales secondaires qu'on observe chez les individus frappés par un premier accident encéphalique ayant laissé à sa suite une diathèse morbide.

Cette étude exigerait trop de développements, et je me bornerai à l'exposé sommaire d'une seule espèce, en l'empruntant à la pathologie mentale : *le délire par accès*.

C'est chez les cérébraux proprement dits que se développe essentiellement, sinon uniquement, le mode d'aliénation que j'ai appelé le délire par accès. Comment les choses se passent-elles?

Prenons un des exemples déjà cités, celui du malade atteint par un choc cérébral sans traumatisme : un officier a été frappé pendant une revue d'un accident que l'on a appelé un coup de

soleil; c'est une insolation, mot qui représente trop souvent une pathogénie d'aventure avec laquelle nous contentons tous les gens du monde, mais dont il est bien difficile que nous nous contentions nous-mêmes. Le malade, en somme, a été frappé par une lésion qui s'est traduite par un simple état de défaillance; tout lui a manqué autour de lui, il a eu un nuage devant les yeux et il est tombé. On l'a ramené chez lui, on lui a appliqué des sangsues; on l'a même saigné, si l'on a été plus hardi; peu après il était si bien guéri, qu'il a repris son service au bout de quatre jours. Vous avez tenu à le suivre, et après quelques mois vous interrogez son supérieur : « Que pensez-vous donc d'un tel depuis son malaise? » Il arrivera qu'il vous réponde :

« Je ne sais pas, il est tout drôle, ce n'est pas le même homme : je ne lui reproche rien, il fait exactement les choses de son service, mais il me paraît changé. »

Les officiers d'habitude ne sont pas prolixes; ils se contentent de cela. Interrogez la femme de cet officier; demandez-lui : « Que pensez-vous de votre mari? »

« Rien; cependant je crois remarquer qu'il s'absente beaucoup plus qu'autrefois; le travail lui coûte; il s'est mis à boire ou à fumer avec excès; son sommeil est excessif ou insuffisant. »

En somme, il est resté quelque chose d'inquiétant, une *tare*: c'est un vase fêlé; un jour viendra où vous pourrez constater des symptômes plus accentués, des crises de délire et d'excitation, des troubles multiples dont nous parlerons tout à l'heure.

Autre exemple : Un enfant a été pris de convulsions vers 4 ou 5 ans, hors de l'âge où les convulsions peuvent être inoffensives. Ces convulsions se répètent deux autres fois, il n'en est plus question au bout de peu de jours; on le considère comme guéri, mais c'est à tort : à partir de ce moment il est entré dans la catégorie des cérébraux; vers 13 ou 14 ans il est au collège, on le voit changer tout d'un coup d'habitudes, de goûts ou de caractère : de bon élève, il devient mauvais, il se butte contre les maîtres; on doit même le retirer pour le prendre à la maison. Là, on finit par en faire un bachelier. La famille se

réjouit à la pensée qu'il ne reste aucune trace de sa maladie : c'est encore inexact, il a un point défectueux et ce point, quel qu'il soit, il faut pour le trouver le chercher méticuleusement ; tantôt c'est une irritabilité sans propos, une incapacité passagère de travail, de la perte de la mémoire à certains moments, de la dépression ou de l'excitation sans motifs, etc.

Un de ces malades, l'officier, l'enfant devenu un homme part un jour de chez lui, entre dans une église, y voit un prédicateur, l'apostrophe grossièrement : « Tout ce que vous dites là, je le dirais mieux que vous ; » puis ce sont des propos interrompus. Il se fâche contre la garde qui arrive à ce moment. On l'emmène dans le corps de garde voisin où l'on peut constater tous les signes de l'excitation maniaque du délire aigu. Si l'on va aux informations, on apprend que la veille ou même le matin, il faisait son travail comme à l'ordinaire, et c'est à midi que l'aventure lui est arrivée.

Est-ce un épileptique? Jamais de crise, même épileptiforme, ni contractions musculaires, ni écume, ni resserrement de la pupille, ni petit mal vertigineux. Le malade reste ainsi délirant huit ou dix jours ; on se décide à l'interner dans une maison de santé, et avant un mois on vous dit : Il va bien, c'est fini. Et alors, procédant comme le chirurgien qui a soigné la plaie, vous prévenez la famille qu'elle peut reprendre le mari, le père ; il est guéri.

Cette crise ne sera pas la seule : à partir de ce moment cet homme appartient aux crises, qu'elles se manifestent sous la forme intellectuelle ou sous la forme physique. Un jour, en mangeant, il va tomber ; il se relèvera, on le portera dans son lit et ce sera tout : ce n'était qu'une crise transitoire, comme vous en voyez si souvent dans la paralysie générale.

La paralysie générale est, en effet, le type des maladies de cet ordre. Elle débute par un ictus et il peut s'écouler un long temps avant qu'aucun accident significatif ne se déclare. Elle procède par secousses ; on sent qu'il y a quelque part une lésion qui s'éteint et se rallume.

Ces crises délirantes n'ont ni durée ni forme obligée; au bout de quelques jours ou de quelques semaines le malade, en apparence guéri, reprend sa vie habituelle. Elles peuvent se produire sous les aspects les plus divers. Tantôt ce sera un accès avec excitation générale : le malade saute au cou de la première femme qu'il rencontre, l'embrasse et se livre sur elle à des témoignages affectueux qui excèdent la mesure. Si vous interrogez la famille, elle est sincèrement étonnée et déclare qu'on ne soupçonnait pas cette salacité chez son parent. On ramène le malade chez lui. Il reste, tout au plus, abattu trois ou quatre jours et le délire aura disparu.

Chez un autre ce sera l'ambition; il ira chez un banquier et lui ordonnera de placer son argent sur des opérations de fantaisie. Quelquefois ce peut être une bonne affaire, et j'ai connu un malade qui a gagné ainsi 100,000 francs en une heure.

On n'hésite pas alors à prononcer le nom d'une maladie qu'on affirme peut-être trop aisément, celui de paralysie générale, et on ajoute: c'est un homme perdu.

Ni la dénomination ni le pronostic ne sont si absolus. Vous avez bien vu, trop bien même et au delà du vrai.

Cet homme, dans quinze jours, trois semaines, rentrera guéri chez lui, et quand vous le rencontrerez dans la rue, il vous narguera en disant : Vous m'aviez condamné, mais vous voyez que je ne m'en porte pas plus mal. C'est qu'en effet ces crises à forme paralytique n'impliquent pas l'existence d'une paralysie générale vraie.

Il se peut que des circonstances accessoires favorisent l'éclosion de ces accès délirants; c'est alors qu'intervient un élément nouveau : l'alcoolisme par exemple. Je ne vous l'apprendrai pas, il existe des gens chez lesquels vous n'avez pas les manifestations classiques de l'alcoolisme : pas de tremblements, pas de rêves, de troubles gastriques, etc., et qui cependant ont assez bu pour que des crises de délire puissent se produire à la suite de la boisson, ces gens étaient des cérébraux par anticipation. Le malade, qui n'a commis que des excès relatifs, était déjà sous

une influence cérébrale; il va avoir une crise analogue mais non identique à celles qu'engendre l'alcoolisme, et pour que cette crise se produise, il suffira quelquefois d'un verre de vin ou deux, pas plus; causes occasionnelles et non déterminantes de la maladie.

Vous n'êtes pas sans avoir vu dans vos asiles des persécutés qui, un beau jour, au lieu d'entendre des voix qui les injurient, sont terrifiés par des fantômes qui veulent les assassiner, etc.; ces hallucinations, étrangères à leur délire, rappellent celles des alcooliques. Vous interrogez le gardien, ou plutôt vous faites une enquête, et vous ne tardez pas à savoir que votre malade s'est procuré de quoi boire, malgré la surveillance.

Ces crises peuvent être ainsi soudainement provoquées, ou tout au moins modifiées dans leurs caractères, par des conditions extrinsèques.

Si maintenant je résume la question, je vois qu'il existe un certain nombre de délires méritant le nom de délires par accès, et qui empruntent, soit au délire épileptique, soit au délire maniaque, soit à tout autre, quelques-uns de leurs caractères, mais à titre de complications et presque de compléments.

La guérison apparente se produit dans un court espace de temps.

Il ne faut pas s'en laisser imposer par les formes, on pourrait dire par les emprunts, de ces délires : ce n'est pas plus de l'épilepsie, que l'éclampsie, par exemple, n'est de l'épilepsie.

Ce seront, si vous voulez, des accidents épileptoïdes; cette terminaison *oïde* s'applique avec justesse à la plupart des manifestations de ce délire.

Je me résume en peu de mots. Lorsque la santé cérébrale a été troublée, ne fût-ce qu'un moment, par une blessure, par une lésion encéphalique, par une malformation du crâne, la guérison n'est trop souvent qu'une suspension des accidents. Le malade, supposé guéri, a acquis une diathèse morbide qui décidera du reste de son existence. Il devient sujet à des désordres physiques et intellectuels, se produisant le plus habituellement

sous forme de crises incomplètes, irrégulières, rompant la solidité des lois pathologiques, et que nous devons étudier comme une espèce à part dans le genre des affections cérébrales.

Mon but a été, comme on le voit, de serrer de plus en plus le lien qui unit la médecine mentale à la pathologie du cerveau et par elle à la pathologie tout entière.

En suivant cette visée, deux directions se présentent au médecin : rechercher d'abord, puis établir la simultanéité ou plutôt la concordance des symptômes de l'ordre physique avec les perversions intellectuelles. Les types de la paralysie générale, de l'épilepsie, de la démence hémiplégique, etc., répondent à cette première catégorie. Les délires moins prolongés qui accompagnent certaines affections fébriles comme la fièvre typhoïde, la pneumonie, etc., fournissent encore, dans le même ordre d'idées, de précieux enseignements dont on ne tire pas assez profit. Que la folie soit courte ou longue, qu'elle soit fébrile ou exempte de fièvre, le délire est sa caractéristique et il faut apprendre comment il se comporte dans des maladies à lésions et à symptômes extra-psychologiques.

La seconde voie, moins suivie, est celle où je me suis engagé.

Personne ne rend plus que moi justice aux efforts si intelligents, aux analyses si fines, au classement à la fois si pratique et si ingénieux dont la science est redevable aux aliénistes; mais leur sagacité devenue presque excessive n'est pas exempte de dangers. Les variations des conceptions délirantes modifiées par le milieu, par le caractère antécédent du malade, par le degré d'avancement de la maladie, échappent à une codification scientifique. On incline à faire jouer un rôle prépondérant aux dispositions individuelles, aux influences morales, et les affections ainsi envisagées ne trouvent place que dans le cadre toujours trop compréhensif des névroses.

S'il est vrai que la folie emprunte une partie de ses modalités aux aptitudes morales de l'individu qu'elle atteint, cette influence bonne à noter s'exerce seulement à la surface. Au fond le délire du paysan et celui du lettré, l'aliénation du seizième siècle et

celle du dix-neuvième procèdent de la même origine. S'il est curieux de saisir les subtilités, il est autrement important de ne pas se laisser absorber par leur recherche et de superposer l'espèce à la variété observable.

Les investigations psychologiques auxquelles l'école française doit une partie de sa notoriété ne sont pas épuisées, mais il est dans la loi de tout progrès qu'une fois le meilleur de son œuvre accompli, il se repose et change son mouvement. L'heure n'est-elle pas venue où il convient de réviser les tendances de ce passé tout récent et n'est-il pas à propos, sans toucher à l'édifice, de construire, à côté, sur une autre base?

L'aliéné, quel qu'il soit, n'est aliéné qu'à la condition de sortir du cercle des déviations permises aux intelligences singulières ou aux passions surexcitées. Le fonctionnement défectueux de son esprit comme de ses sentiments relève d'une lésion de l'organe préposé à la fonction. Cette altération, pour échapper à notre découverte, n'en est pas moins obligatoire ; nous pouvons provisoirement renoncer à la connaître, mais jamais à la supposer.

Quand la lésion cérébrale s'affirme par des signes contemporains du début de la folie, la règle s'impose. Elle devient d'une application moins évidente lorsque les troubles cérébraux accusés par des phénomènes physiques remontent à une date éloignée : du point de départ encéphalique au point d'arrivée mental on a, pour ainsi dire, eu le temps d'oublier les prolégomènes. Dans une série de cas encore plus obscurs la lésion physique éclate après l'invasion de la folie. Elle était restée latente, ignorée jusque-là ; mais si tardive que soit son apparition, elle n'en jette pas moins de jour sur le désordre mental qui semble l'avoir devancée. Il en est de ces espèces comme de certaines fièvres typhoïdes où le délire survenant, par exception, au premier stade, ne doit pas être considéré comme moins typhique que celui qui se produit régulièrement au second septénaire.

Toutes les fois qu'un accès de folie se déclare, c'est une faute

de borner son enquête aux causes dites morales, tout au plus déterminantes, sans remonter aux causes vraiment effectives, et celles-là surtout sont à chercher dans les antécédents cérébraux du malade, quand elles échappent à la constatation du *status præsens*.

Il est de fait acquis qu'un grand nombre de maladies encéphaliques obéissent à une évolution confuse, tantôt avançant par un progrès continu, tantôt, et c'est le cas le plus commun, suspendant leur marche pour la reprendre après une intermission indéfiniment longue. En procédant ainsi, elles se conforment à la loi des états diathésiques comme la goutte, le rhumatisme, la syphilis. Bien que cette permanence, tantôt passive, tantôt active, ne s'explique pas par des hypothèses chimiques, elle n'en est pas moins assurée.

Si le premier accès de goutte a été brutalement caractéristique, les malaises qui lui succéderont, incertains, difficiles à classer, seront jugés par cette crise et le malade étant déclaré goutteux, le cercle des accidents imputés à l'affection constitutionnelle s'élargira, à quelque époque qu'ils se manifestent. Si le choc encéphalique initial a été d'une saisissante évidence, le malade pourra pareillement être déclaré *cérébral* et les troubles intellectuels, les seuls dont je veuille ici parler, s'expliqueront par cette entrée en matière. Il ne s'agira plus d'un hasard, d'une aventure imprévue chez un homme réputé sain, mais d'un paroxysme ou d'un incident au cours d'une maladie qui sommeille.

Cette recherche préalable, toujours utile, devient nécessaire quand on se trouve en présence d'un désordre mental qui ne rentre ni dans la classe des névroses ni dans celle des maladies cérébrales dénommées. Elle sera encore plus productive s'il est possible de discerner la folie développée sous l'influence d'un état cérébral ignoré ou méconnu, de la folie limitée aux simples troubles nerveux et de celle qui dépend d'une lésion actuelle, reconnaissable à ses signes classiques.

Cette étude est quant à présent à peine ébauchée; j'ai eu en

vue d'indiquer le chemin sans avoir la prétention de le tracer, encore moins de le parcourir. Le jour où les faits d'ailleurs faciles à rassembler se classeront, les considérations qui précèdent, forcément vagues comme toutes les aspirations, seront remplacées par des données précises.

En attendant plus et mieux il m'a paru possible de discerner deux types : l'un que j'ai signalé à plusieurs reprises; l'autre dont je me bornerai à indiquer les principaux traits.

Dans la première catégorie se rangent les délires impulsifs instantanés, qui constituent une variété des vertiges épileptoïdes. Tels étaient le cas de Thouviot et celui de Chabot (*Archiv. gén. de méd.*, 1875 et 1878.) Telle est encore la condition, dans l'observation suivante que je résume comme un exemple de la même affection atténuée.

X..., âgé de 26 ans, est un homme robuste, brun de cheveux et de peau, sans déformation du crâne, sans asymétrie ni de la face ni des autres parties du corps.

Il y a cinq ans, pendant qu'il était employé comme homme de peine dans un magasin, un sac de sucre brut détaché d'une pile et du poids de 100 kilogr. lui tomba sur la tête. La pile tout entière s'ébranle et on parvient à le sauver avant qu'il n'ait été écrasé. La commotion n'est pas assez violente pour lui faire perdre connaissance. Il est ramené chez lui en voiture et c'est seulement deux jours après que, manquant de soins dans son garni, il entre dans un hôpital.

A la suite d'un séjour de trois mois X... demande sa sortie, va se reposer chez un parent à la campagne et revient pour reprendre sa profession très pénible, cette fois chez un marchand de fers.

Depuis le choc, il est sujet à des maux de tête assez fréquents revenant par courts accès à des périodes indéterminées. Il boit peu mais ne supporte plus le vin ; par intervalles, il éprouve des étourdissements sans perte de connaissance. Son appétit est bon, son sommeil régulier, toutes ses fonctions s'exécutent convenablement, pas de diminution appréciable de la mé-

moire, intelligence nette et un peu au-dessus de la moyenne.

A la fin d'octobre 1879, il fait la cour à une jeune fille qui, à la suite de quelques difficultés, refuse de l'épouser. Il se promène pendant toute la soirée, rentre chez lui et se porte deux coups de couteau dont l'un traverse le grand pectoral gauche au niveau de l'aisselle, sans lésions significatives. L'autre effleure seulement une côte. La plaie guérit d'elle-même.

Le 16 mars 1880, après avoir passé la soirée avec un ami, il est repris de la pensée du suicide. Il se promène sans but dans les rues et, en passant devant un poste de police, il demande à parler au brigadier de service sans trop savoir ce qu'il pouvait avoir à lui dire. L'entrée lui est refusée, il tire son couteau, s'en frappe dans la poitrine, se jette sur le factionnaire auquel il porte un coup de couteau qui ne traverse pas même ses vêtements.

Le lendemain matin, quand je l'interroge, il est parfaitement lucide, se rappelle la scène de la veille et la raconte conformément aux procès-verbaux ; pas de traces de folie ou de déviation intellectuelle, mais un peu de paresse d'esprit et une défiance manifeste de lui-même.

En résumé, commotion cérébrale de date connue ; crise vertigineuse avec tentative de suicide cinq ans après ; deux mois plus tard double tentative enfantine de meurtre et de suicide.

Qu'on supprime par la pensée l'antécédent cérébral, l'observation sera confuse ; qu'on rétablisse la série en lui assignant son origine et la maladie prend place dans une classe à caractères définis.

En descendant de degrés en degrés, on trouvera le même délire par accès réduit aux modestes proportions d'un larcin insignifiant ou même d'une divagation sans portée et, bien que la cause première soit pareille, on passera par des gradations presque insensibles de l'assassin farouche au délirant inoffensif. Plus la lésion cérébrale domine, plus l'intérêt d'une analyse psychologique va décroissant. Les combinaisons d'idées n'ont pas le loisir de se développer ; l'impulsion, comme je l'ai dit,

emprunte à l'épilepsie quelques-uns de ses éléments, sans que le malade ait été ou devienne épileptique, le travail intellectuel n'est pas annulé ou même suspendu ; mais réduit à sa plus simple expression, il tient moins des côtés humains que des côtés animaux. Cette sorte d'inversion qui, au lieu de concentrer l'attention sur le délire, n'en fait qu'un épisode, change le point de vue, et changer le point de vue, c'est transformer l'observation toujours gouvernée par une attraction ou par une hypothèse.

Un second type, moins accentué, a pour caractère de laisser, dans les périodes lucides, une infériorité intellectuelle sur laquelle il convient de s'expliquer. Le malade, homme intellectuellement actif, cultivé, habitué à des efforts d'attention où il se complaît, éprouve après la crise d'invasion une défaillance dont il a le plus souvent conscience. L'assiduité le fatigue, la curiosité et par suite le stimulant de son activité s'amoindrit. Il est capable de tout ce qu'il pouvait accomplir auparavant à la condition qu'on n'exige plus de lui une persévérance soutenue ; après une heure, deux au plus, le travail lui devient pénible et il ressent la sensation particulière, inconnue jusque-là, de la lassitude cérébrale.

Aucun phénomène encéphalique de l'ordre matériel ne se manifeste et le tout semble réduit à une impuissance relative Même dans son infériorité, il reste supérieur à beaucoup d'autres.

C'est sur ce fond que se développent les accès aventureux auxquels il va être sujet. La famille, imparfaitement renseignée, ne voit que les côtés saillants des crises subaiguës. Le devoir du médecin est de ne pas s'en tenir à ces apparences et de pénétrer plus avant. On découvre alors qu'un jour une attaque d'éblouissement avec ou sans perte de connaissance s'est produite, qu'elle a été soudaine, transitoire et cependant assez grave pour troubler profondément le malade. Vingt fois dans sa vie il avait été plus souffrant, jamais il n'avait ressenti un pareil ébranlement, bien qu'il ne puisse dire ni pourquoi ni comment cet incident passager l'a désarçonné à ce point.

Peu à peu les crises subaiguës, réduites d'abord à de l'irritation sans motifs, semblent plus puériles. Les conseils et les remontrances restent sans effet et cette indifférence, doublée d'obstination, est un des signes essentiels de la folie. Si on envisage seulement l'étrangeté des accès, on n'en tire aucune indication utile. C'est à l'état sous-jacent qu'il faut emprunter les informations.

Un jour l'accès bénin se métamorphose en une crise maniaque habituellement courte et le malade déclaré aliéné n'appartient pas à une des classes admises. Pourquoi ? Parce que le médecin d'aliénés n'a pas assisté aux commencements, qu'il n'avait jamais été question de pourvoir au placement du malade et que, par une erreur d'observation, on a fait dater la maladie du jour de l'explosion, comme si elle n'avait pas été préparée par une incubation insidieuse. L'existence pathologique du malade se partage ainsi entre deux symptômes délirants qui éveillent la sollicitude et des phénomènes physiques relégués au second plan jusqu'à ce qu'ils prennent le dessus et terminent la maladie.

Les exemples de ce genre ne se comptent plus tant ils sont nombreux, et pour les raconter, il faudrait de longues pages qui ne se liraient pas.

Combien existe-t-il d'autres variétés ? je ne saurais le dire, mais je me crois en droit d'affirmer qu'en aliénation mentale, toute étude qui ne remonte pas au-delà du fait actuel et qui n'embrasse pas la biographie cérébrale du malade est à rejeter.

Je n'ai pas entendu, pour le moment, poser une autre conclusion.

(*Archives générales de médecine*, 1880.)

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

QUESTIONS DE THÉRAPEUTIQUE MENTALE.

C'est un fait reconnu par tous les auteurs que certaines réactions morales, les émotions vives, les douleurs ou les joies soudaines, les sensations imprévues, ne sont pas sans influence sur la marche de la folie. De tout temps, on a cité des exemples de guérisons dues évidemment à de simples révolutions morales; d'autres malades, s'ils n'ont été guéris, ont du moins été soulagés, sans que l'amélioration de leur santé physique ou l'emploi d'aucun médicament pût expliquer ces changements favorables.

Des observations entourées de toutes les garanties ne permettent aucun doute; mais, en acceptant ces résultats de l'expérience, il est difficile d'en profiter et de provoquer artificiellement les effets qu'avait produits le hasard des circonstances.

Dans la plupart des cas, la guérison est toute spontanée. Des impressions inattendues, des événements qu'aucune prévision n'eût été capable d'atteindre, ont fait ce que la science n'aurait ni tenté ni même soupçonné. Comment donner des règles à la diversité des dispositions individuelles? Comment choisir parmi ces possibilités incalculables celles qu'il conviendrait d'appliquer à chaque malade? En supposant même qu'on reconnût l'indication, comment se procurer les moyens de la remplir?

Ces difficultés sont grandes et décourageantes; il manque, en effet, à la thérapeutique mentale les éléments indispensables de toute thérapeutique : une matière médicale susceptible d'être

formulée et des maladies suffisamment déterminées pour qu'on leur oppose des médicaments calculés à l'avance : aussi beaucoup de médecins reculent-ils devant cette impossibilité apparente. Ils se contentent, en désespoir de cause, de prescrire aux malades la manière de vivre qui d'ordinaire s'accorde le mieux avec la santé de l'intelligence : une maison retirée, des distractions douces, quelques voyages agréables, une société rare et choisie, des livres d'une lecture facile; en un mot, toutes les conditions d'existence où doit se complaire un homme calme et sain d'esprit. Comme le milieu où l'aliéné se trouvait précédemment et au sein duquel il a contracté sa maladie n'en a pas empêché le développement, il ne peut aider à la guérison; on ordonne alors le déplacement, l'isolement avec des restrictions, l'éloignement de toutes les causes de troubles.

Ces conseils sont d'une prudence inattaquable; mais ils ont le défaut grave de substituer l'hygiène à la médecine, la prophylaxie au traitement. Il est trop tard, quand le mal est accompli, pour se mettre sur ses gardes.

D'autres, plus hardis, ont essayé d'imiter les guérisons naturelles. Convaincus que la plupart de ces guérisons reconnaissent pour cause une réaction violente, ils se sont appliqués à contrarier par une brusque opposition les tendances de leurs malades, à les soumettre, au besoin, à de continuelles vexations, à des menaces, à des frayeurs, parfois même à de vives souffrances. Ce système, appliqué dans toute sa rigueur, a compté des succès et des revers. Ses partisans les plus dévoués s'en sont relâchés peu à peu, soit que l'expérience leur eût montré quelles restrictions il convenait d'y mettre, soit qu'à la longue notre volonté se fatigue en fatiguant la volonté des autres.

A ne considérer que ces deux écoles, le traitement moral pécherait plutôt par excès que par défaut de théories. Le plus haut degré des conceptions théoriques consiste à réunir les membres épars, à remplacer les cas particuliers par des lois générales. Or, ici nous trouvons de prime abord une seule loi dominant ou plutôt annulant toutes les autres : attendre ou intimider.

Malheureusement, avec l'unité, une théorie, pour être bonne, réclame une autre condition, et cette condition, qu'on appelle la vérité, est peut-être moins complétement satisfaite.

Qu'est-il résulté de ces extrêmes inconciliables? Une conséquence facile à prévoir. Les esprits, moins disposés à se jeter dans les exagérations, n'ont admis ni l'un ni l'autre, et, renfermés dans ce dilemme, ils en sont sortis en niant les deux termes. Ni les révulsions violentes, ont-ils dit, ni la patience et l'expectation ne sont applicables toujours et partout; ces deux tentatives de théorie conduiraient leurs adeptes à de fâcheux égarements: il faut donc s'en garder et renoncer à tout système. Les raisons, comme d'ordinaire, sont venues après les convictions, et, par un revirement étrange, quoique assez commun, les hommes les plus systématiques ont été des premiers à s'inscrire contre toute élaboration théorique du traitement moral.

Quand on s'attache à un système avec une suffisante ardeur, au bout de peu de temps on s'identifie avec ses données au point d'être guidé par elles et de n'en avoir plus conscience. On pense alors comme on vit, sans se douter qu'on exécute une chose délicate et laborieuse. Rien ne semble plus naturel que de réclamer contre les systèmes; c'est une de ces circonstances où, pour ne pas voir une paille dans l'œil de son voisin, il faut avoir une poutre dans le sien.

Voilà comment les esprits qui répugnent le plus ouvertement aux énonciations théoriques sont ordinairement les théoriciens les plus exclusifs et les moins faciles à convaincre. Quoi qu'on fasse, on obéit toujours à des principes; mieux vaut le reconnaître et discuter ses raisons d'agir, que de se faire un mérite d'avoir agi sans motifs.

Ce serait d'ailleurs une triste nécessité si le médecin de fous n'avait pour guide que le hasard de son imagination. Il est difficile de compter sur l'inspiration quand on n'est libre de choisir ni son moment ni son objet, et, quelle que soit la puissance d'une intelligence, de quelques ressources qu'elle dispose, elle n'est jamais à la hauteur de la tâche qu'on voudrait imposer

à l'aliéniste. L'esprit le plus persévérant et le plus actif a ses heures de découragement et de faiblesse; il faut alors qu'il s'appuie sur un soutien plus ferme, capable de résister à l'indécision de nos facultés.

Avec les adversaires des théories thérapeutiques, la médecine ne serait qu'un art et cesserait d'être une science. C'est là une de ces conclusions qu'on serait forcé d'accepter si elles étaient vraies, mais qu'on doit écarter alors même qu'elles sont douteuses.

Qu'en résulterait-il, en effet? Le médecin, abandonné au libre jeu de ses instincts, serait forcé de faire lui-même son éducation médicale. Puisqu'il n'y a pas de règles établies, puisque ces règles mêmes sont déclarées introuvables, il n'existe aucun moyen pour lui de s'instruire par l'expérience des autres et par la transmission de leurs idées. Une fois qu'il aura développé ses facultés, quand l'instrument sera devenu propre aux grandes choses auxquelles il le destine, il aura épuisé sa vie dans cette préparation sans fin, et ne laissera pas plus à ses successeurs qu'il n'a reçu de ses devanciers. Est-ce, en vérité, un moyen d'assurer les progrès de la médecine que de renoncer volontairement aux traditions, pour recommencer chaque fois un travail qu'on n'achèvera jamais?

Admettez que le médecin soit doué d'assez de génie pour improviser cette lente éducation où il peut à peine exploiter ses propres expériences; ce ne sera pas encore une suffisante concession.

Le plus dangereux de tous les obstacles, c'est, et tout le monde en convient, un traitement commencé sur des indications mal comprises. Il en est de l'aliénation comme des autres maladies : mieux vaut arriver tard près d'un malade laissé aux seules ressources de la nature que d'avoir à réparer des erreurs. Dans le traitement moral, le succès dépend surtout de la direction des premiers efforts; une fausse route prise au début perd ou compromet gravement l'avenir de la guérison en compromettant le médecin. Comment alors ne pas s'entourer de toutes les pré-

cautions et garder tant de confiance dans la sûreté de son jugement, quand les fautes sont à peine réparables? On ne doit, je le répète, désespérer d'une théorie de la thérapeutique mentale qu'après l'avoir tentée par tous les moyens; la récuser systématiquement est le fait d'un scepticisme qui conduirait bientôt à l'inaction.

Deux fins de non-recevoir ont été surtout opposées à la théorie : l'une est prise de la maladie, l'autre du médecin. Une troisième objection, plus difficile à discuter, mais moins souvent reproduite, serait empruntée à la médication, ou plutôt aux médicaments dont dispose le traitement moral.

J'indiquerai les points principaux de chacun de ces ordres d'arguments, autant pour exposer clairement les problèmes que dans l'espoir de les résoudre.

Les formes de la folie sont, dit-on, trop indécises pour que des cas exactement analogues se reproduisent dans la pratique et permettent d'utiles prévisions.

Si on exige des maladies mentales une identité que les autres affections ne présentent pas au sein des plus franches épidémies, il est évident qu'on ne la trouvera pas. Il suffit que la somme des ressemblances l'emporte sur celle des diversités pour qu'on puisse composer des genres ou des espèces auxquels s'appliqueront les mêmes moyens avec des chances de succès. C'est une classification thérapeutique qu'il s'agit d'instituer : la méthode sévère des naturalistes n'a pas ici son emploi.

Or, la variété des formes de la folie porte essentiellement sur deux points : ou les *objets* de l'aliénation ou les *sujets* aliénés sont trop variables pour être soumis à un système et pour que le traitement puisse être dirigé suivant des indications générales.

Il est nécessaire, afin d'apprécier la valeur de cet argument, d'établir quelques distinctions. La folie, quant à son objet, est définie ou indéfinie : ou le malade a concentré son délire sur certaines idées qui reviennent sans cesse et persistent obstinément dans son intelligence, ou son aliénation consiste plutôt

dans des tendances qui se font jour en toute occasion, quel que soit d'ailleurs le fait qui les réveille. Le fou qui se prétend roi d'Espagne ou gouverneur de telle province déterminée appartient à la première catégorie; celui qui répète tous les mots à plusieurs reprises serait un exemple de la seconde.

Lorsque l'aliénation est définie, si nombreuses que soient les variétés objectives, on n'aurait droit de rien conclure contre les analogies thérapeutiques. Nous sommes sans action sur les êtres imaginaires que se crée un esprit en délire; ce n'est pas de ce côté qu'il est avantageux d'attaquer la maladie. Vous aurez beau représenter à une folle qui pleure ses enfants assassinés sous ses yeux les enfants mêmes dont elle déplore la perte; l'expérience de tous les jours apprend combien c'est une démonstration inutile. Les gens du monde et les visiteurs d'hôpitaux qui parlent de la folie ont répandu à ce sujet de fâcheux préjugés. On raconte avec plaisir, parce qu'elles sont ingénieuses, des histoires sans nombre où l'imagination des malades est spirituellement abusée. Tantôt c'est une montre qu'un fou prétend avoir avalée et qu'on lui représente parmi ses défécations, tantôt c'est un insecte qu'on arrache de son cerveau où il le croyait logé. De l'avis de tous les médecins, ces guérisons sont plus littéraires que scientifiques, et nous n'avons pas à en tenir grand compte.

Restent donc les cas moins nombreux où le trouble intellectuel est accusé par des révélations d'un autre genre. A moins que les premières manifestations ne soient déjà celles de la démence qui s'essaie, leur classement n'offre pas de grandes difficultés. On pourrait se convaincre, en consultant les auteurs, et de la fréquence des formes analogues et surtout de l'analogie des traitements qui, sans parti pris de système, leur ont été opposés; mais je renvoie à plus tard ces preuves expérimentales.

Étant une fois admis que les objets de l'aliénation, que les conceptions délirantes ne sont pas le véritable point de départ, ni leur mobilité ni leurs variétés capricieuses ne contredisent la

possibilité d'une théorie. La question cependant, pour n'être plus sur ce terrain, n'en demeure pas moins tout entière, peut-être même devient-elle plus difficile à résoudre. Les individus aliénés n'offrent-ils pas tant de différences personnelles dans le jeu des facultés en action, qu'on tenterait inutilement des classifications méthodiques? Or, sans conformité de maladies, il n'existe pas de conformité de médicaments.

De deux choses l'une : ou le fou conserve à quelque degré son caractère, ou l'aliénation a produit une révolution telle, qu'il est devenu un être nouveau. Dans la première hypothèse, il s'agira simplement de rechercher jusqu'à quel point les tempéraments moraux sont susceptibles d'être groupés ; ce sera de la pédagogie appliquée aux hommes faits. Dans l'autre cas, les dispositions qui existaient durant la santé sont remplacées par des inclinations nouvelles ; la philosophie perd ses droits du jour où la pathologie peut revendiquer les siens.

Évidemment les habitudes de la santé morale ne peuvent se continuer sans être altérées plus ou moins pendant la durée de la maladie. S'il en était autrement, le fou ne différerait plus de l'homme raisonnable.

Parmi les modifications qui donnent naissance aux troubles de l'intelligence ou qui en proviennent secondairement, les unes sont générales, les autres particulières.

Du jour où la folie prépare son invasion, alors même qu'elle se déclare par des prodromes plutôt que par des faits, l'individu qu'elle menace ajoute à son caractère un caractère emprunté. Il est placé, au point de vue physiologique, dans des conditions analogues à celles où se trouvent tous les malades au début des autres affections. Quoiqu'ils gardent leur tempérament primitif, et que la marche des accidents reste subordonnée à leur constitution, les phénomènes morbides ont pris le dessus, un élément nouveau dont il faut faire la part s'est introduit dans l'organisme. Ainsi, dans l'aliénation, sans tenir compte des formes différentes, apparaissent dès le principe des symptômes communs, résultat de l'altération maladive, et qui sont au mouve-

ment des idées ce que la fièvre est à la circulation. Il suffit d'être fou pour que ces symptômes se montrent, comme il suffit d'être malade pour que le pouls s'accélère.

Cet état général est caractérisé d'abord par une tendance; l'esprit d'isolement. En entrant dans un asile, c'est le premier fait qui frappe les visiteurs; ils voient là ce qu'ils ne verraient nulle part ailleurs, une association sans unité où chacun vit pour soi. Les repas sont pris en commun, tous travaillent ensemble, et cependant personne n'a l'air de connaître son voisin. Lorsque les malades de la ferme de Sainte-Anne, et beaucoup sont convalescents, se rassemblent aux barrières de Paris pour se rendre à leur tâche, le peuple les considère avec étonnement. Comparez, en effet, des groupes d'ouvriers à ces tristes réunions, voyez dans les ateliers les prisonniers auxquels on impose le silence, cela ne ressemble en rien aux réunions d'aliénés.

Il est étrange, et tout le monde en fait la remarque, que les fous, tout en protestant contre leur réclusion, ne conspirent pas pour s'échapper, même en pleine campagne. Ce n'est pas par soumission, puisque individuellement ils escaladent les murailles, cherchent à franchir les portes par la ruse, et sollicitent leur sortie avec des prières instantes. C'est qu'ils sont étrangers à leurs compagnons et incapables de s'entendre.

Que cette tendance égoïste s'arrête à l'indifférence ou monte jusqu'à la haine, le seul fait de substituer le désir de l'isolement à l'amour de la société est un changement dont l'influence est grande sur la série des affections et des idées. Les détentions cellulaires ont été proposées comme le plus puissant moyen d'agir sur l'esprit des coupables, et l'expérience a confirmé ces prévisions. N'est-ce pas déjà une révolution profonde de tous nos sentiments que de convertir en un besoin ce qui, pour les autres hommes, est la peine la plus dure?

En contradiction avec ce premier symptôme, l'aliénation entraîne à sa suite une remarquable propension à communiquer ses impressions intimes. Il n'est pas un individu raisonnable qui

se soumit à écrire ces longues pages où les malades racontent avec mille détails les moindres événements de leur folie. Sauf les mélancoliques parvenus au dernier degré, il est plus difficile d'imposer le silence que d'obtenir des renseignements. Devant les étrangers, dans la solitude, le jour comme la nuit, les fous parlent beaucoup par des mots ou par des gestes ; et à défaut d'assistants, ils deviennent à eux-mêmes des auditeurs infatigables. La mélancolie profonde échappe à peine à cet entraînement ; en se privant de la parole, la plupart se réservent le geste ; jamais leur accablement n'est plus sombre, leur physionomie n'est plus abattue, que quand ils se savent observés.

Voilà donc, pour citer ces seuls exemples, deux dispositions qui, isolément, dérangeraient les combinaisons habituelles de nos facultés, qui réunies y portent une double perturbation. Elles sont communes à tous les malades et doivent entrer dans toutes les prévisions.

De ce côté du moins la théorie du traitement ne rencontre aucune difficulté sérieuse : les mêmes inclinations requièrent l'emploi des mêmes moyens, et la pratique de tous les médecins s'accorde pour le démontrer. Les établissements publics sont établis dans cette croyance qu'il existe des conditions également favorables aux malades qu'on y amène, quelle que soit la diversité de leur aliénation. Par là on reconnaît tacitement, ce que je tiens à établir, l'existence de prédispositions communes à tous les fous et la possibilité de les modifier indépendamment des variétés individuelles. S'il en est ainsi, la thérapeutique mentale trouve une somme d'analogies suffisantes pour qu'elle ait le droit de poser des règles et de formuler au moins les préceptes de cette espèce de traitement que j'appellerai le traitement *administratif*.

La cure individuelle, *cura singularis*, est la plus importante et la plus difficile en même temps à réduire à des lois positives. Je le répète, et il n'est peut-être pas inutile d'y insister, il ne s'agit pas d'établir des classifications absolues, mais de chercher des indications. Dans un classement naturel on doit se préoccuper de

tous les caractères, les subordonner les uns aux autres sans rien omettre. La folie où les bizarres conceptions abondent ne s'accommode guère d'une telle rigueur. Lorsque le but est seulement de rassembler les formes qui se prêtent aux mêmes médications, les exigences et par suite les difficultés sont moindres. Nous disposons d'un petit nombre de remèdes moraux, et comme les maladies sont distribuées d'après cette seule mesure, le nombre des classes est en rapport avec celui des médicaments. De plus, certains phénomènes secondaires sont inutiles à considérer; ce serait introduire dans la médecine des aliénés une fâcheuse tendance que d'essayer ce qu'on nomme ailleurs les traitements des symptômes. L'individu ne peut être décomposé, il forme un tout inséparable, et si nombreuses que soient les expressions de sa folie, elles doivent être seulement des indices pour remonter à leur point de départ. Il en résulte que les moindres faits ont une valeur, mais seulement une valeur relative, et qu'ils tiennent leur importance de la disposition plus générale qu'ils nous révèlent.

Suivant cette manière de voir, le médecin qui cherche à guérir ne s'oublie pas dans les épiphénomènes et ne perd pas de vue, au milieu des incidents, le but de ses recherches. On résiste difficilement à l'attrait que présentent les observations prétendues exactes, où tout est consigné sans inductions, sans méthode réfléchie, comme l'a donné le hasard des interrogations ou des événements. Cette ponctualité séduisante dégage l'esprit de ses plus pénibles efforts : on se contente de voir en s'évitant la peine de regarder. Plus tard, quand des observations ainsi prises sont rassemblées, la succession des symptômes, la multitude des actes incohérents saisit et n'instruit pas; on marche dans un labyrinthe sans rien pour vous guider. Quoi de plus naturel, après avoir parcouru tant de faits, assisté à tant de propos, que de désespérer d'une coordination systématique! Autant les observations destinées seulement à fournir les matériaux sont fréquentes, autant celles qui devraient servir à asseoir un traitement sont rares dans la science. Ce n'est qu'en groupant les

symptômes en rapport avec les médications, en comparant les insuccès et les réussites qu'on arrivera à des données précises, ou qu'on aura le droit de les proclamer impossibles. A défaut de documents ainsi composés, on est réduit à chercher en dehors de l'expérience les éléments de la discussion.

Au point de vue du traitement, non seulement l'aliéné est une unité, ses idées, ses sentiments, procèdent d'un commun accord ; mais la maladie tient à la santé par des liens qu'on ne peut rompre. S'il est guérissable, il redeviendra ce qu'il était avant l'invasion du mal, et passera une seconde fois, mais en sens inverse, par le chemin qui l'a conduit à la déraison.

Or, quel est le rôle du médecin ? Lui est-il permis d'enlever le mal, comme le fait l'instrument du chirurgien ? S'il en est ainsi, les indications thérapeutiques correspondent aux variétés pathologiques, et je comprends les obstacles qui s'élèvent ; mais dans le domaine des idées, on n'extirpe pas à son gré celles qui compromettent l'intelligence. Le malade a une ressource contre laquelle nous sommes impuissants, il rentre pour ainsi dire son mal et nous laisse sans aucune prise. Dût-il ne pas recourir à ce moyen extrême, le délire renaît à mesure qu'on le réduit ; ce n'est pas une production étrangère où se sont accumulés les principes nuisibles, c'est un effet dont la force subsiste. Voulez-vous déraciner la force elle-même ? vous ne serez pas plus heureux. L'intelligence ne sait pas se créer une faculté nouvelle qui naisse ou disparaisse sans que les autres soient en souffrance. L'aliénation n'est pas un voile jeté sur l'entendement, elle est née de l'entendement lui-même. En considérant les conceptions folles comme des produits accidentels, on complique singulièrement une tâche déjà si complexe. Quels procédés choisir parmi ceux qui se présentent en foule à l'esprit ? Il faut qu'à l'aide de sa propre intelligence le médecin détache ces étranges produits développés au milieu d'une intelligence étrangère, qu'il réagisse seul contre des facultés qui ne sont pas les siennes et prenne en lui-même son unique point d'appui.

Heureusement que sa mission n'exige pas un tel effort. Il

trouve dans le malade le principe de la guérison. Si troublées que soient les fonctions psychologiques, elles ne le sont jamais assez pour que, sous les désordres apparents, il ne reste pas quelques traces de l'état normal. La mesure des probabilités favorables est dans la comparaison des éléments morbides avec les éléments non encore altérés ; l'intervention du médecin n'a qu'un but, c'est de développer ces germes à demi étouffés, de leur rendre la force qu'ils ont perdue, et d'assurer ainsi la guérison. Le principal objet de son étude n'est donc pas la manifestation de la folie, mais celle de la raison ; il constate les moindres troubles de la sensibilité, les plus petits égarements de l'imagination par rapport à l'intelligence normale dont il se représente le type. Pour lui l'aliénation n'est pas ce qu'il cherche à atteindre ; il laisse de côté le malade et s'adresse à l'homme sain.

De cette façon la diversité de la folie n'est qu'un obstacle secondaire. S'il nous était donné d'apprécier, indépendamment de l'espèce du désordre, la quantité de son influence, la meilleure classification thérapeutique serait celle qui rangerait les aliénés d'après la somme de raison persistante. On aurait ainsi des degrés de raison au lieu d'avoir des degrés de délire ; rien ne serait changé à la marche du traitement, puisqu'il s'appuierait toujours sur les facultés saines, les seules sur lesquelles il doive s'étayer.

Je sais que cette table de progression est impossible à dresser ; nous n'avons pas d'étalon sur lequel se mesure l'intelligence ou la sensibilité ; les uns en ont plus, les autres moins ; nous n'en savons que ce qu'ils veulent en découvrir. A défaut d'une notion claire, nous estimons alors vaguement les facultés restées intactes par celles qui sont en souffrance. Toutes les divisions, tous les groupes établis n'ont pas d'autre objet. Le médecin a besoin des enseignements que lui fournit la nature particulière du délire ; mais faute de s'élever au-dessus des simples observations pathologiques, il se condamne à constater et n'apprend pas à guérir. Les observateurs scrupuleux, s'ils ne sont qu'obser-

valeurs, recueillent pour les autres des matériaux improductifs et n'avancent en rien la science du traitement.

La conclusion de tout ceci est que les médications morales doivent être instituées suivant les penchants antérieurs et les inclinations présentes du malade ; que la connaissance des formes particulières du délire sert uniquement à faire concevoir l'état où sont réduites les dispositions qui existaient durant la santé. Il en résulte que la théorie thérapeutique repose sur l'appréciation des caractères plutôt que sur les diversités des conceptions délirantes. Les arguments empruntés à ce dernier ordre de considérations ne sauraient infirmer la possibilité d'une théorie. Il est possible d'imposer des règles au traitement ; ces préceptes sont communs au médecin et à l'éducateur ; la plus grande différence qui les sépare tient au mode d'observation, mais ne porte ni sur les procédés ni sur les divisions théoriques.

En posant un semblable principe, il est cependant nécessaire de le restreindre dans ses justes limites. C'est une erreur, je le crois, de réduire l'étude de la folie à l'examen des bizarres inventions de l'aliéné ; ce serait une erreur également de se jeter dans l'autre extrémité, et de ne voir dans le fou qu'un degré de l'homme raisonnable. Celui qui parcourt la série des intermédiaires par lesquels la droite raison passe au délire serait volontiers entraîné à cette confusion. Le philosophe doit s'en préserver ; le médecin n'a que faire de se tenir sur ses gardes.

Le fait saillant pour lui, celui qu'il aperçoit au premier abord, c'est l'altération des idées ou des sentiments. Quoi qu'il arrive, il ne peut l'oublier ; sa seule présence dans un asile le lui rappellerait au besoin. Il est donc sollicité naturellement à donner toute son attention aux phénomènes pathologiques, et peut-être à négliger le reste. Il établit ainsi un diagnostic savant ; mais il n'est pas conduit au diagnostic thérapeutique, le seul qui, pour nous, soit en cause. Dans la médecine des aliénés, comme dans toute autre, se préoccuper exclusivement du désordre, c'est

marcher droit vers le découragement et l'inaction. Il n'y a de médecins actifs que ceux qui ont foi dans les ressources merveilleuses de la nature, et espèrent de la santé plus qu'ils ne désespèrent de la maladie.

Le second ordre d'objections que nous avons à examiner n'est plus fondé sur la mobilité insaisissable des formes de l'aliénation, sur l'impuissance où nous sommes de faire rentrer toutes les variétés dans des classes définies. Dût-on admettre la possibilité d'une classification thérapeutique, et réunir ainsi des indications générales, les mêmes difficultés se représenteront quand il s'agira d'appliquer la médication. Vous pouvez conseiller le choix et l'emploi des moyens ; mais tous les médecins seront-ils propres à s'en servir ? La diversité de leurs caractères se prêtera-t-elle à l'uniformité des indications ? C'est toujours, comme on le voit, le même argument : seulement, au lieu de s'appliquer aux malades, il s'applique aux médecins.

Chaque homme naît avec des qualités d'esprit qui lui sont personnelles. Les uns seraient incapables de mener à fin les perturbations où se plaisent les autres ; il en est aux mains desquels la douceur même est une arme puissante, tandis que des natures plus ardentes essaient en vain d'y recourir. On doit donc faire la part des individus et ne pas spéculer sur les hommes comme sur des formules algébriques ; mais est-ce une raison pour tout abandonner au caprice et aux vagues inspirations ? En s'attachant à de telles objections, on attaque à la fois la théorie et la pratique du traitement moral. Le jour où il sera démontré que le médecin n'a d'aptitudes que pour donner aux aliénés des impulsions toujours conformes à son propre caractère, la cause de la thérapeutique morale sera perdue.

Comment croire, en effet, à l'influence des moyens moraux sur des esprits obstinés, quand on n'accorde pas plus de pouvoir à la volonté d'un homme raisonnable ? Le médecin qui s'engage à dominer les penchants des autres sera le spectateur impuissant de ses passions ; il exigera du fou un effort dont il se reconnaît incapable.

Si les dispositions innées de chaque caractère sont tellement irrésistibles, la condition des malades confiés à nos soins devient assez malheureuse. Le hasard seul conduira celui que guériraient les médications violentes vers le médecin d'une nature énergique et passionnée, et dirigera celui sur lequel la bienveillance aurait plus de prise vers un autre médecin d'un caractère plus facile. Admet-on la vérité d'un seul des deux systèmes qui se partagent la science : il faut alors exiger du médecin de singulières épreuves ou plaindre le sort des aliénés commis aux mains de ses adversaires.

Il n'est ni vrai ni possible que de si étroites limites soient posées à l'action médicale ; et quand même cette regrettable impuissance serait prouvée, elle nous imposerait l'obligation plus pressante de chercher des lois générales ; ce serait le seul moyen d'aider le médecin à mieux faire. Quand les hommes sont inhabiles à se diriger avec les seules lumières de leur conscience, on leur impose un code où les circonstances sont prévues ; on substitue la loi écrite aux indécisions des sentiments, Plus on insiste sur les difficultés qui résultent des dispositions individuelles de l'aliéniste, plus on confirme l'urgence de cette théorie.

Les préceptes ne donnent ni l'esprit ni le génie, mais ils préservent des erreurs ; ils font profiter le présent des enseignements du passé ; en modérant les tendances exclusives, ils n'ont jamais la force d'entraver la spontanéité. Le formulaire le plus méthodique laisse au médecin sa liberté tout entière ; on est avec lui habile ou imprévoyant : seulement, l'imprévoyance a moins d'excuses et moins d'occasions.

Un motif a surtout contribué à exagérer les difficultés qui proviennent de cette source. Comme tous ceux qui veulent exalter un système, les partisans des libres allures du traitement ont fait dire à leurs adversaires plus qu'ils ne disaient réellement. La prétention de doser les médicaments moraux n'est venue à la pensée de personne : on indique des médications et non des remèdes. L'aliénation n'a rien sous ce rapport qu'on

ne retrouve dans la médecine; ses prévisions sont du même ordre et ne comprennent pas les mille éventualités dont le médecin est le seul juge.

La troisième objection est celle-ci : l'ensemble des moyens qui constituent la matière médicale du traitement moral n'est pas susceptible d'un classement méthodique. Les médicaments n'ont pas de propriétés absolues, et comme tout est relatif aux circonstances, tout doit être remis à la volonté du médecin.

La seule manière de vérifier cette proposition est, ce me semble, de parcourir l'une après l'autre les médications morales, de définir leurs limites, leur mode d'action, de faire, en un mot, sur la thérapeutique mentale un travail que, de tout temps, on a jugé indispensable à la thérapeutique ordinaire.

Je ne me dissimule pas les difficultés d'un essai de ce genre; elles sont de nature à faire reculer de plus habiles; si je l'entreprends dans une série d'articles auxquels celui-ci servira d'introduction, c'est en parfaite connaissance de cause.

Avant d'en aborder aucun autre, j'ai commencé par ce problème : La théorie du traitement moral est-elle possible ? Le reste dépendait de sa solution. Si le médecin d'aliénés est libre comme le poète et l'artiste, qu'on lui accorde les droits du *quidlibet audendi*, sinon qu'il cherche à constituer sa science, et qu'à défaut de mieux, il se propose au moins un questionnaire où les réponses manqueront sous les demandes.

Je n'ai pas, je ne saurais avoir d'autre prétention que celle de noter ainsi les questions à résoudre, et de tracer le cadre qu'il conviendrait de remplir.

Ce premier aperçu peut faire pressentir la méthode à laquelle la suite des recherches sera soumise. Les plus graves empêchements qu'on ait signalés viennent de la multiplicité des formes du délire; en renversant la marche ordinairement adoptée, les choses deviennent plus simples et peut-être plus pratiques.

Au lieu d'exposer le traitement applicable à chaque cas parti-

culier ou à chaque espèce de folie, il vaut mieux prendre pour base de classification le petit nombre de moyens dont nous avons l'emploi. Les divisions sont ainsi moins nombreuses, et sont conformes d'ailleurs aux enseignements de l'expérience médicale. Nous aurons donc à examiner l'isolement, les violences, les distractions, etc.; en un mot, les vertus et les contre-indications des remèdes moraux suivant une méthode analogue à celle qu'ont adoptée les livres de thérapeutique.

Les tentatives faites jusqu'à présent se sont rarement élevées à la hauteur d'un système; individuelles pour la plupart, renfermées dans un cercle presque intime, et soustraites ainsi aux exigences comme aux avantages de la publicité, elles paraîtraient à première vue échapper à toute classification. Si la part de la personnalité du médecin était aussi grande qu'on a voulu la faire, nous serions en effet obligés d'enregistrer un nouvel argument en faveur du proverbe : *Quot capita tot sensus.* Mais en supposant à l'esprit le plus inventif la liberté la plus entière, il est encore un cercle assez étroit où son imagination doit se renfermer. Les moyens de traitement moral ne sont pas plus en nombre indéfini que les remèdes du *Formulaire*, et grâce à Dieu, on n'invente pas tous les jours une machine rotatoire pour guérir de la folie.

Aussi, en rapprochant les procédés, en comparant les actes, en confrontant les opinions, on est bientôt frappé de voir combien les analogies dépassent les différences, et à quel petit nombre les médications se réduisent d'elles-mêmes. Ainsi envisagés, les moyens dont se compose la médecine mentale se rapportent essentiellement à deux méthodes distinctes.

Dans l'une on fait intervenir le raisonnement, et je lui donne, faute de mieux, le nom de méthode *raisonnante*. Dans l'autre, on cherche à réagir par les sentiments; ce sera, si l'on veut, la méthode *sentimentale*. Cette classification, empruntée aux seuls éléments curatifs, n'est et ne doit être fondée sur aucun système pathologique; elle est indépendante des maladies et ne préjuge rien quant aux indications et au mode d'emploi. En ap-

pliquant au traitement moral les règles accoutumées des traités de thérapeutique, nous nous sommes imposé l'obligation de commencer par la matière médicale proprement dite, c'est-à-dire par l'étude des remèdes en eux-mêmes, de leur nature, de leurs propriétés et de leur classement.

La méthode raisonnante est celle qui compte, de nos jours, le moins de partisans avoués, et peut-être celle à laquelle on revient malgré soi dans le plus grand nombre de circonstances; elle consiste à remplacer directement l'idée délirante par une idée plus conforme à la raison. Or, comme la première expression de la folie est le trouble de l'intelligence, comme les autres désordres ne se perçoivent que secondairement, et, pour ainsi dire, au travers de la déraison, il est assez concevable qu'on se laisse aller à l'espoir de guérir du même coup toute la maladie en détruisant son symptôme le mieux accusé.

En outre, l'emploi du raisonnement semble immédiatement efficace. On ne suit pas de détours incertains; les voies où on s'engage n'ont rien d'imprévu et de hasardeux; c'est la sévérité de la logique mise au service du médecin en opposant, de même que dans toutes les discussions, la vérité à l'erreur.

Mais le fou est quelque chose de plus et quelque chose de moins que l'homme sensé qui se trompe, ou pour mieux dire il est tout autre : il a son individualité d'aliéné. On n'est donc pas en droit de conclure des lois générales à sa loi particulière, et pour poser les principes suivant lesquels on résistera à son intelligence malade, il faut d'abord étudier la maladie de cette intelligence, sa nature et son développement.

Qu'on me permette, à cette occasion, une courte excursion psychologique, bien pardonnable d'ailleurs à propos du sujet qui nous occupe. L'homme, en le supposant, par une abstraction provisoire, libre de tout sentiment et livré aux seules influences de sa raison, a plusieurs modes d'acquisition de ses connaissances. Ainsi les observateurs qui nous ont précédé croyaient nécessaire de distinguer les idées par leur origine : ils admettaient des idées sensibles ou venues par les sens, des idées nées de la

raison, etc. Ces distinctions n'auraient ici que peu de valeur ; mais il en est de plus pratiques, qui trouvent leur application immédiate dans l'étude de la folie.

De nos idées, les unes apparaissent spontanément, sans que nous ayons conscience des procédés par lesquels elles se sont produites : nous constatons le fait accompli, nous ne savons aucun des intermédiaires qu'il a dû parcourir. Un objet frappe nos yeux, et la notion qu'il nous laisse est instantanée ; on ne peut en analyser les degrés : nous le voyons ou nous ne le voyons pas, à cela seul se réduit notre savoir. Il en est pareillement des conceptions transmises par la parole ou provenant de toute autre source, et qui se manifestent comme autant de résultats dont la génération nous échappe.

Par contre, un certain nombre d'idées se développent plus lentement dans l'intelligence, de manière à nous laisser le loisir de mesurer leur accroissement et d'assister aux mystères de leur enfantement moins rapide. Les temps en sont marqués, chacun des membres vient à son tour concourir à former la pensée, et les règles de ce développement sont si fixes, si précises, qu'on a pu en faire une science sous le nom de *logique*. Peut-être les idées qui nous semblent surgir soudainement ont-elles passé par les phases analogues à celles dont les logiciens nous ont donné la théorie ; je ne le sais ni ne tiens à le savoir. Le seul fait qu'il m'importe de constater est celui-ci : des notions recueillies par notre entendement, les unes sont le fruit d'une génération soudaine, les autres ne sont écloses qu'après avoir été, pour ainsi dire, couvées suivant des règles prévues.

Cette distinction, qui repose toute sur la différence des procédés d'acquisition, est, à mon sens, beaucoup plus importante que celle que l'on voudrait établir sur la forme des idées. Toutes les fois que l'esprit humain parvient graduellement à une notion ou à un sentiment, il est dans une disposition bien différente de celle où il se trouve, quand il y arrive en franchissant du même bond tous les degrés. C'est, en apparence, une question de temps ; c'est, au fond, une question de nature intime.

Chez l'individu raisonnable, la prédominance d'un des deux procédés nuit toujours à l'autre. Voilà comment on a pu dire que l'imagination tuait le jugement. Chez les fous, le même phénomène se reproduit, mais à un plus haut degré. Le délire, sous forme d'hallucinations ou de croyances erronées, n'implique pas la destruction du sens logique. Étant admis les principes, ils vont par le droit chemin aux conclusions, et la plupart sont, au milieu de leur folie, d'impitoyables logiciens.

Ces premières données une fois posées, voyons quelles conséquences elles entraînent, et comment elles éclairent la théorie du traitement moral.

Lorsqu'on se sert du raisonnement pour convaincre un adversaire, on s'adresse à ces idées *primitives* ou on fait appel aux idées engendrées elles-mêmes par un travail logique de l'esprit. Dans le premier cas, on invoque le témoignage général, on oppose à une conviction isolée des persuasions contraires imposantes par leur nombre comme par leur autorité; mais aucun de ces arguments n'a de prise sur le fou. C'est en face des raisons de croire les plus pressantes et malgré des assertions sans cesse renouvelées qu'il a préféré son délire. Toute démonstration empruntée aux objets de sa folie est entachée de nullité. En peut-on citer un exemple plus approprié que celui des hallucinations où la déclaration formelle des sens ne prévaut pas contre le préjugé du malade?

Lorsque l'affirmation des témoins n'est plus susceptible de venir en aide, que les opinions en litige ne dépendent pas de perceptions mais d'idées étrangères aux notions fournies par les sens, le moyen, pour être plus détourné, n'en est pas moins uniforme. On essaie de faire entrer l'idée en discussion dans le jeu des procédés logiques soit à titre de prémisses, soit à titre de conséquences. Ainsi insérée dans les rouages du raisonnement, elle en arrête évidemment la marche, si elle est fausse, et force l'esprit le plus prévenu à reconnaître son erreur. Pour que cette manière de démonstration réussisse, il faut qu'on ait affaire à une intelligence saine et dans laquelle le sens logique ne soit

pas altéré. On remet ainsi sur une autre forme l'opinion erronée, on la force à passer par une nouvelle filière, et au lieu de l'abandonner aux facultés spontanées, on la soumet aux facultés lentes et réglées de l'intelligence. Administré de cette manière, le raisonnement ne parvient pas davantage à persuader l'aliéné.

J'ai dit que, chez lui, la capacité logique persistait au sein même du délire ; il semblerait alors qu'on puisse y avoir recours et qu'on soit en droit de l'utiliser afin de redresser par son aide le désordre des idées primitives. Cela serait juste si le raisonnement s'exécutait de lui-même et n'exigeait pas l'intervention de la volonté comme tous les actes lents de notre esprit. Voyez la méthode socratique, qui fut sans contredit le type le plus achevé du procédé dont il est question, et en l'étudiant vous serez bientôt convaincu que de tels enseignements ne sont pas applicables à l'aliénation.

Il s'agissait, pour l'éducateur de l'école de Socrate, de prouver, à des hommes mal disposés à le croire, la fausseté de leurs jugements. Pour y parvenir, il introduit doucement et comme à la dérobée l'erreur dont l'adversaire soutient la justesse, dans l'impitoyable mécanisme de la raison logique, et peu à peu, de l'aveu même du contradicteur, elle en sort morcelée, brisée, sans consistance et sans soutien, c'est là le meilleur résultat qu'on puisse attendre du procédé; il conduit tout au plus au doute, jamais à la persuasion, et le philosophe athénien l'avait si bien compris qu'il s'arrête au milieu de ses démonstrations, il entraîne l'auditeur à l'indécision et l'abandonne alors aux mouvements de ses instincts.

Ce résultat, si imparfait qu'il soit, ne saurait lui-même être obtenu que dans des conditions déterminées et qui ne se rencontrent nullement dans la folie. Il faut avoir à discuter contre un sophiste, c'est-à-dire contre un homme dépouillé de convictions, faisant de la logique une arme de parade à l'usage de ses petites passions, et plutôt trompeur que trompé par les préjugés. Aux violents entraînements, ni la finesse du dialecticien, ni les

ruses de l'ironie ne deviennent des obstacles. Elles réussiraient à merveille à convaincre les assistants, qu'elles sont impuissantes à triompher d'une obstination passionnée. Or, le fou est pour son idée délirante au plus haut terme de la séduction, il l'a protégée contre les résistances qui l'ont assaillie dans le monde, il l'a sauvée de sa propre raison, il y tient comme à lui-même. On dirait que cet amour tant de fois signalé des parents pour leurs enfants difformes appartient au monde moral comme au monde physique.

Avec un semblable attachement, la dialectique la plus pressante est toujours en défaut; elle aurait besoin que son action fût secondée par le désir de la vérité, et non seulement l'instinct de la vérité manque, mais à sa place s'est élevée une passion dominante, irrésistible. La discussion n'a donc plus de point d'appui, elle devient une lutte ingénieuse, mais inutile, où, de guerre lasse, le malade quitte la partie et finit en dernière analyse par avoir le dessus.

Je ne crois donc pas que le raisonnement ainsi entendu, et je l'ai supposé muni de ses forces les plus vives, doive être considéré comme une méthode exclusive de traitement moral.

Jusqu'ici j'ai supposé au médecin un but qu'il importe de définir; j'ai admis que ses efforts étaient dirigés par une seule tendance, celle de chasser à l'aide de la discussion et de la raison les opinions erronées en leur opposant des idées justes. C'est en médecine mentale un procédé correspondant à celui qu'on suit dans la médecine habituelle lorsqu'on combat une altération locale par un remède topique.

Mais de même qu'il y a des médications destinées à réagir sur l'économie et à guérir des affections limitées par une révolution opérée dans l'organisme, n'est-il pas possible de réformer toute l'intelligence afin que, plus tard, elle expulse spontanément les étranges conceptions qui s'y étaient établies? Si ce dernier mode d'action n'est pas une pure hypothèse, les considérations précédentes ne donnent rien à préjuger de sa valeur, et il mérite de la part du thérapeutiste un examen particulier.

Ainsi deux médications composeraient la méthode raisonnante; l'une, dont j'ai parlé d'abord et qui se propose de s'attaquer à chaque fausse opinion; l'autre qui, laissant de côté l'objet et la forme du délire, tend à revivifier par une éducation prise de haut l'ensemble même de l'entendement. C'est en quelque sorte la chirurgie et la médecine de l'aliénation.

L'application de la méthode sous cette seconde forme a été plus souvent essayée; elle est en vigueur dans quelques-uns de nos grands établissements, et l'expérience semble avoir dépassé les prévisions les plus favorables. Je n'ai pas à déterminer en ce moment les indications spéciales auxquelles elle correspond, je cherche seulement à caractériser d'une manière générale la mesure de son influence. Or, les faits n'ont-ils pas décidé? N'est-il pas incontestable que l'institution des écoles a rendu les meilleurs services? Personne plus que moi n'est disposé à le reconnaître, et j'ai suivi avec assez d'attention et d'intérêt les améliorations dues aux plus persévérants efforts pour avoir sur ce point des opinions arrêtées.

Mais autre chose est de constater les bons effets d'une mesure générale ou d'apprécier la valeur d'un moyen curatif. Les expérimentations en thérapeutique mentale ne consistent pas à appliquer indistinctement à tous les malades un remède commun et à juger par aperçu de ses avantages. Malheureusement, dans les asiles fréquentés par un grand nombre d'aliénés, tout moyen de traitement devient un moyen administratif, et les individualités disparaissent devant les exigences imposées par la multitude. Or, en médecine, il n'y a de généralités légitimes que celles qui résultent d'observations individuelles.

L'enseignement, c'est-à-dire le redressement de la raison, absolument et sans acception du délire, est un procédé louable; mais il ne profite ni à toute forme, ni surtout à toute période du délire. Je ne le crois jamais nuisible, je ne le crois pas toujours avantageux.

Le fou destiné à guérir sous l'influence du traitement moral, et dont la maladie est habilement dirigée, présente, comme

tout malade, trois stades : l'un d'accroissement, l'autre stationnaire, et le troisième de décroissance ou de déclin. Chacun de ces degrés se confond insensiblement avec les autres, ou, au contraire, est marqué par des signes évidents.

Le mode de traitement par l'éducation de l'intelligence ne convient pas également à toutes les phases ; sa place est marquée dans la dernière, et encore à certaines conditions que j'indiquerai sommairement. L'emploi d'un procédé essentiellement pédagogique exige d'abord que le malade soit devenu comparable aux enfants qu'on cherche à instruire. Tant que le délire domine suffisamment son esprit, il accepte la règle, ou plutôt il en subit la lettre morte. Instrument passif entre les mains d'une volonté ferme, il se résigne à un semblant de docilité, dont on est trop porté à exagérer l'heureuse influence. Tout le monde a remarqué combien les aliénés se prêtent aux prescriptions disciplinaires sans qu'il soit nécessaire de recourir à une pénalité menaçante. Or, la facilité même qu'on éprouve à les soumettre au régime commun, comparée aux difficultés, aux lenteurs de la guérison, suffirait à prouver que cette réforme est plus apparente que profonde. L'uniformité de l'existence, la régularité monotone de tous les actes, se prêtent merveilleusement au libre jeu des imaginations déréglées; et quoiqu'une telle assertion semble toucher de près au paradoxe, elle est confirmée par l'expérience, aussi bien dans les hôpitaux d'aliénés que dans les établissements publics d'instruction. Moins on a à se préoccuper des nécessités de la vie, plus on est à l'aise pour se livrer au caprice de ses conceptions. Je sais bien que l'exécution manque; mais les aliénés, pour être des logiciens raisonnants, ne sont pas des logiciens pratiques, et rien n'est plus commun que de voir un roi ou un prophète accepter sans répugnance les plus viles fonctions. Aussi, dans la période où le délire est dans toute sa profondeur, le redressement de l'intelligence par les moyens usités est une épreuve insuffisante.

Il en est autrement plus tard, et chez quelques-uns ce second degré succède vite aux premières atteintes. La croyance s'affai-

blit, le délire est moins nombreux, moins fréquent ou moins intense; une sorte de vague étonnement succède à ces persuasions, si vives, qu'elles ne laissaient pas matière au doute. C'est, si j'osais emprunter à la pathologie une expression heureuse : *dubitatio redux*.

Voilà le moment favorable à l'exercice de la raison. Le fou est comme un grand enfant qui réclame du soutien pour ses facultés renaissantes, plutôt qu'une opposition énergique contre ses erreurs qui déclinent. La méthode *sentimentale* d'intimidation serait facilement perturbatrice; celle qui se compose de médications raisonnées est la seule profitable.

Les procédés dialectiques, dans une sage mesure, peuvent aussi, mais seulement à la période que j'indique, concourir à la guérison. Je reviendrai ailleurs sur leur opportunité, qui dépend des indications particulières.

En résumé, la méthode thérapeutique dont je viens de résumer les principales imperfections ne me paraît destinée qu'à remplir un rôle secondaire; et vouloir en faire la somme du traitement me semble en contradiction avec les vrais principes de la médecine mentale.

Lorsqu'au lieu de s'adresser à la raison, on met en œuvre les sentiments, ni les principes de la médication, ni les résultats, ne sont du même ordre. Ici ce n'est plus la puissance du remède qui fait défaut, mais il est difficile et de régler son mode d'emploi et de profiter à l'occasion des ressources qu'il offrirait, s'il nous était permis d'en disposer à notre gré. Opposer une idée à une idée est toujours chose possible : le malade apporte sa conception délirante, le médecin met en regard une notion juste et vraie; de l'antagonisme qui s'élève entre ces deux contraires, résulte ou l'indécision, ou, dans les cas les plus heureux, la conviction de l'aliéné. Mettre un sentiment en regard d'un autre par un procédé analogue, serait, on le sent bien, la plus ridicule entreprise. Nous sommes tellement habitués à voir nos sentiments en contradiction avec ceux d'autrui, qu'il est proverbial de dire : Chacun sent à sa manière. Si les

ACADÉMIE DE MÉDECINE (Paris) BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

raisonnements ont de la peine à nous convaincre, les sentiments n'y parviennent jamais, ils se tiennent en dehors des limites de la persuasion et n'agissent sur nous qu'à la condition de nous être *transfusés*. Le fou résiste encore plus que l'homme sain aux entraînements de l'exemple ; et puisqu'il a eu la force au début de sa maladie, alors que le délire était moins exigeant, de s'isoler lui et sa passion, il conservera la même fermeté sous l'empire d'une aliénation croissante. Il faut donc que le médecin exploite un élément thérapeutique qui n'est pas à sa disposition ; il faut qu'il le crée de toutes pièces, non pas même dans son esprit, mais dans celui de l'aliéné, ou tout au moins qu'il développe un germe insuffisant.

J'insiste sur cette nécessité singulière, parce qu'elle appartient en propre à la thérapeutique morale ; on n'en comprendra la portée qu'en se représentant le rôle dévolu aux sentiments dans le jeu de notre organisme psychologique.

L'intelligence saine ou altérée marche toujours vers un but défini ; le dernier terme de son effort est une conception qui, du moment où elle a été produite, possède une existence indépendante : si le point de départ nous échappe, le point d'arrivée ne laisse aucun doute. Quand le fou nous a raconté ses étranges opinions, nous ignorons peut-être par quel mécanisme intellectuel elles ont été élaborées, mais nous avons sous les yeux un résultat clair et évident. Le sentiment, au contraire, est une puissance qui ne donne pas de produits déterminés : c'est une impulsion devant laquelle toutes les directions sont ouvertes. L'homme, destiné à un sentiment quel qu'il soit, cherche à le satisfaire, et le but vers lequel il tend n'implique pas les moyens. Or, que faisions-nous dans la cure que j'ai appelée raisonnante et qui prenait son unique point d'appui sur l'intelligence? Nous essayions de renverser les idées enfantées par le délire, de leur en substituer d'autres, et d'agir ainsi contre la cause inconnue en opérant contre ses effets. Les sentiments ne se prêtent pas à ces procédés détournés ; nous sommes contraints de nous adresser directement à la cause, de lutter

avec la force même. Empêcher une manifestation du sentiment, c'est lui fermer une issue en lui laissant la liberté de s'ouvrir en tissues nouvelles; tandis qu'en entravant une idée, en détournant le fou de se croire victime ou bourreau, nous pouvions espérer fermer à son esprit la seule voie où le délire dût s'engager.

La nature propre des sentiments, telle qu'elle se montre dans le rapide aperçu que je viens de présenter, semblerait condamner le médecin à renoncer à leur emploi thérapeutique. Cependant ils constituent la ressource la plus précieuse du traitement; sans eux il n'est pas possible d'instituer une médication morale. C'est que, si, d'un côté, la variété des produits du sentiment ne permet pas de remonter directement des effets à la cause, si les mêmes actes peuvent être inspirés par des tendances contradictoires, il y a cependant un élément invariable sur lequel nous sommes maîtres d'asseoir des règles assez sûres. Le médecin, obligé de créer une force vive comme le moindre de nos sentiments, n'y saurait réussir; mais ni l'homme en santé, ni le fou, n'auraient eux-mêmes plus de succès. Nous donnons des idées, parce que ce sont des faits accomplis qui se transmettent de même que la monnaie courante : nous ne donnons à personne des facultés intellectuelles. Or, dans la sphère des sentiments, le produit n'est jamais qu'une satisfaction transitoire. Aimer un être ou une chose, n'est-ce pas, à l'occasion de cet amour, devenir capable de produire les actes ou les idées les plus diverses? L'acteur qui répète un rôle en possède toutes les pensées, par cela seul qu'il les récite; mais lorsqu'il exprime un sentiment, cette manifestation mensongère n'implique rien quant à sa propre sensibilité. L'expression des sentiments n'éveille donc pas la force qui peut les créer; les circonstances extérieures, les notions acquises servent à hâter leur maturation; mais il faut que le germe préexiste.

Cette nécessité imposée à tous les esprits est facilement satisfaite.

Chaque homme porte en lui la somme des facultés sentimentales, aucune ne lui manque, et celles qui semblent avoir dis-

paru ne sont effacées que momentanément. On a donc le droit de compter sur la présence de celle où on veut appuyer son traitement. Le médecin ne porte pas avec lui la matière médicale qui va lui fournir ses moyens de guérison ; mais en revanche le malade la tient à sa disposition, sans qu'il y manque jamais un des éléments qui la composent.

En résumé, la sensibilité est difficilement exploitée par le thérapeutiste, parce qu'il n'a pas la liberté de s'adresser aux effets évidents pour remonter, à l'aide de cet intermédiaire, jusqu'à la cause ignorée. Elle appartient au traitement, parce que les facultés que l'on emploie comme moyen d'action font partie essentielle de notre organisation psychologique, et qu'il est raisonnable de les supposer, lors même qu'on n'a pas reconnu leur présence.

Ces prolégomènes établis, et j'aurai souvent occasion d'y revenir, les divisions que nous avons indiquées à propos de la méthode raisonnante sont applicables, sauf quelques réserves, à la méthode sentimentale. La mesure des idées était dans leur nature, celle des sentiments est à la fois dans leur nature et dans leur degré, comme pour toutes les puissances d'impulsion.

On peut donc ou opposer à une espèce une autre espèce de sensibilité directement, ou chercher tantôt à déprimer, tantôt à exalter une tendance, sans se préoccuper de sa nature. On peut aussi, au lieu de ces attaques isolées, tenter une médication générale qui soit au sentiment ce que l'enseignement était à la raison. Le dernier mode est de beaucoup le plus usité. Il comprend un ensemble de procédés admis par tous les aliénistes pour des raisons qui, peut-être, sont tirées du médecin plutôt que du malade.

Qui ne sait, pour l'avoir éprouvé dans la pratique, avec quelle facilité on se laisse entraîner à prescrire des remèdes généraux dont les effets sont réputés favorables. Il y a toute une classe de médicaments auxquels, s'il plaisait de les dénommer, je ne trouverais d'autre titre que celui de moyens *avantageux* : ainsi la

campagne, l'exercice, le calme, etc. Je sais des gens qui reprochent aux eaux minérales le vague arbitraire de leurs vertus ; mais si les eaux avaient toujours des propriétés définies et ne rentraient pas dans le cadre des médications à tout usage, leur fortune serait depuis longtemps épuisée. A propos de la folie, où les indications offrent de si grandes obscurités, comment ne serait-on pas sollicité à se fier à ces traitements indéfinis, qui donnent d'autant plus d'espérances qu'ils renferment moins de certitude. La distraction, les voyages, l'isolement, sont devenus peu à peu le fondement de la thérapeutique morale ; on les ordonne au moins comme un auxiliaire indispensable, et ils sont aujourd'hui, pour les maladies de l'esprit, ce qu'au temps de Broussais était la tisane de gomme pour les maladies somatiques.

On le comprend d'ailleurs et on l'excuse lorsqu'on réfléchit aux énormes obstacles que rencontrent les autres modes de curation. Développer une forme sentimentale est le problème le plus hardi de l'éducation ; la provoquer chez un aliéné est encore bien plus difficile. Nous n'avons pas, comme pour la raison, une mesure invariable dont aucune intelligence n'a le droit de s'écarter ; les exagérations sentimentales se concilient, dans une certaine limite, avec l'état sain de l'esprit ; il n'y a là ni vérité ni erreur, et les degrés extrêmes qu'on appelle la folie touchent de près à ceux qu'on retrouve dans les organisations ordinaires.

Il faut donc que le médecin se contente d'indices insuffisants, qu'il établisse la comparaison d'après la constitution présumée du malade. Les caractères, c'est-à-dire les tempéraments moraux, sont soumis à toutes les variétés des tempéraments physiques et sont encore moins nettement accusés. A quel sentiment faire appel et pourquoi choisir l'un plutôt que l'autre pour élément thérapeutique ? L'observation des tendances probables d'un individu demande la plus grande sagacité unie à la plus persévérante attention. Que sera-ce chez le fou où les rapports naturels sont intervertis, où une passion dominante laisse dans

l'ombre les sentiments secondaires? Nous opérons sur un terrain mal connu, et nous y agissons avec des forces dont il est impossible de préjuger la puissance. En face de pareils empêchements, on ne pourrait être soutenu que par le progrès évident de la guérison ; mais cet encouragement lui-même nous manque parce qu'un sentiment ne s'exprime que quand il est arrivé à un haut degré d'excitation.

Aussi plus les règles sont entravées et les lois contredites par les exceptions individuelles, plus on est forcé d'agrandir leur cercle ; la seule généralité à laquelle on s'arrête avec sûreté est celle qui embrasse tant de cas possibles qu'elle devient presque inutile à la pratique. Les uns tiennent pour la dépression des sentiments excessifs, les autres mettent leur confiance dans l'exaltation du sentiment déprimé. Le même but, celui de rétablir l'équilibre, est alors poursuivi par des moyens si différents qu'ils ont souvent fait oublier l'unité du principe. C'est parce que je suis convaincu de l'insuffisance de préceptes ainsi posés que je les indique sans en discuter la valeur.

J'ai, dans ce rapide exposé, divisé les méthodes de traitement moral en deux catégories qui correspondent, ainsi qu'on a pu le voir, aux deux grandes classes que tous les psychologues admettent parmi les facultés humaines : l'intelligence et la sensibilité. Une troisième reste encore, et c'est celle qu'on désigne sous le nom de volonté ; à celle-là correspond également une méthode dont on s'est préoccupé dans ces derniers temps. On s'est demandé en effet s'il ne serait pas possible d'imposer au fou le vouloir d'un homme raisonnable, de supprimer son individualité pour la remplacer par une autre, et de substituer ainsi la personnalité du médecin à celle du malade. Le moyen mis en usage pour y parvenir a presque partout été le même, on a eu recours à l'intimidation. J'aurai lieu, en traitant de l'intimidation elle-même et de ses procédés, d'examiner cette grave question ; en parler dès à présent, ce serait faire, par anticipation, un double emploi.

Dans un prochain article, laissant enfin de côté les données

générales que j'ai abordées à regret, je m'occuperai du *médicament moral* auquel il importe surtout d'assigner des indications aussi exactes que le comporte l'état de nos connaissances, et je considérerai l'*isolement* au point de vue de son action thérapeutique.

(*Annales médico-psychologiques*, 1846.)

ASILE
BIBLIOTH

DE LA RESPONSABILITÉ LÉGALE DES ALIÉNÉS.

I.

Un des plus graves problèmes que la médecine, dans ses rapports avec la justice, soit appelée à résoudre, c'est assurément celui de la responsabilité des aliénés ; toutes les difficultés que peut avoir à surmonter la médecine légale se trouvent là réunies, et de plus la science y touche de si près aux lois plus générales qui régissent la moralité humaine, qu'elle sort, quoi qu'elle fasse, de son domaine, et qu'elle semble ainsi autoriser les moralistes à discuter ou à contrôler ses décisions.

Plus les questions sont délicates et plus il importerait qu'elles fussent bien posées. Nous avons accepté les termes tels qu'ils nous étaient fournis : on nous demandait si les aliénés étaient responsables de leurs actes, nous avons répondu sans établir tout d'abord des distinctions nécessaires, et l'étude de la responsabilité des aliénés est restée, par la force des choses, dans une sorte de vague moitié médical, moitié philosophique.

L'aliéné est un type judiciaire à peine décomposé dans la nomenclature déjà vieillie de nos codes ; il ne répond pas à une unité scientifique. Dans cette catégorie artificielle et cependant indispensable, imaginée pour les besoins de la société, il existe des espèces multiples, variables, et bien plus que des degrés. Pour que le médecin pût faire valoir l'autorité souveraine de son expérience, il faudrait qu'il procédât à propos de la folie comme

il le fait dans les maladies d'un autre ordre, et que le prévenu qu'il est appelé à examiner ne fût pas rangé par lui dans une classe indéfinie, mais solidement classé dans une forme à caractères fixes. Nous sommes loin d'avoir des cadres assez rigoureux et assez nombreux à la fois pour trouver la place exacte de chaque cas individuel ; la plupart des espèces n'ont qu'une valeur contestable et provisoire, elles répondent tout au plus à une des phases de l'évolution, et la maladie, pendant son cours, doit changer plusieurs fois de dénomination : le maniaque d'aujourd'hui sera le mélancolique de demain ou réciproquement, et le seul cachet décisif qu'il conservera toujours sera celui de la folie. L'aliénation en est aujourd'hui, sauf quelques formes définitives, où en était, il y a un siècle, l'histoire naturelle de certaines espèces inférieures, alors que les diverses périodes de l'évolution du même animal étaient considérées et dénommées comme autant d'individualités distinctes.

Eût-on fondé la classification des maladies mentales qu'on n'aurait pas supprimé la question qui s'imposera éternellement à la science : Cet homme est-il fou ?

C'est que ce n'est pas la médecine, c'est la société qui interroge, et qu'entre être ou ne pas être fou il y a pour elle un abîme.

Du jour où l'aliéné a été marqué du signe de sa déchéance, il n'appartient plus à la vie commune, et, placé hors la loi, il a les inconvénients et les tristes bénéfices de sa situation : d'une part, le magistrat le déclare dépourvu de la conscience de ses actes, et avec l'irresponsabilité il lui assure l'impunité ; de l'autre, le médecin, faisant, par une rare exception, fonction de magistrat, décide que le malade sera privé de sa liberté et confié à la surveillance assidue de la famille ou soumis à la surveillance plus étroite de la maison de santé. Devant cette double juridiction, toutes les espèces sont forcément confondues, et l'asile qui renferme tous les types et tous les degrés dans l'enceinte de ses murailles est le dernier mot de la solution.

Nous sommes donc contraints à accepter un classement dont

nous comprenons à la fois l'utilité et l'insuffisance, et on peut dire que le malade n'appartient réellement à la libre recherche du médecin que du jour où il a été exclu à titre d'aliéné du milieu social. A partir de ce moment, les caractères particuliers de son délire se discernent et s'établissent, le traitement s'individualise comme la maladie, on descend de la généralité aux détails pratiques, et la médecine n'a plus ni concurrence, ni contrôle en dehors d'elle-même, jusqu'au jour où le mal s'améliorant il y aura lieu de se demander si l'aliéné est en droit de reprendre possession de sa personne.

Le médecin, et c'est là une des grandes délicatesses de la tâche qui lui incombe, a donc deux missions à remplir relativement aux aliénés : qu'il soit l'expert commis par un tribunal ou le conseil appelé par la famille, il répond tout d'abord au pouvoir judiciaire ; c'est plus tard seulement et après la décision qui aura conclu à la folie qu'il aura charge du malade, et qu'il représentera, si l'on me passe ce mot, le pouvoir administratif. Ces deux conditions où nous sommes forcément placés sont assez différentes pour que chacune ait son point de vue et réclame des règles qui lui sont propres.

Tout ce qui a trait à la responsabilité légale des aliénés appartient évidemment à ce que j'ai appelé, pour être mieux compris, la phase judiciaire de l'intervention du médecin. Le malade n'est, comme le prévenu avant le jugement, qu'un individu supposé malade sous toutes réserves. L'expert n'a pas le droit de disserter sur les phénomènes morbides, de décrire et de classifier, il est tenu de répondre catégoriquement à une question catégorique dont il ne choisit pas, dont il n'étend ni ne restreint l'énoncé ; semblable au juge d'instruction, il déclare s'il y a lieu ou non lieu d'invoquer la responsabilité morale ; là se borne sa compétence du moment.

Il semble qu'en limitant ainsi son mandat, la médecine gagne à la fois plus de précision et de sûreté ; il n'en est rien, et ce qui paraîtrait la sauvegarde est justement le pire écueil.

L'assimilation de l'expert-médecin avec le juge est, en fait d'a-

liénation, une erreur, et par conséquent un danger. Leurs devoirs n'ont aucune parité ; ils doivent, pour se maintenir dans la sphère de leur action légitime, suivre des voies toutes différentes. Au magistrat, il appartient de prononcer sur le fait, sans scruter les aptitudes morales de celui qui l'avait commis ; tout au plus peut il apprécier les intentions en mesurant la préméditation, qui n'est elle-même que la préparation à l'acte. Obligé par la lettre du code, il cherche jusqu'à quel point l'action incriminée répond à la définition, mais l'homme échappe à son jugement, parce qu'il lui fait supposer que l'homme est un, comme la loi est une, sous peine de se perdre dans l'inquisition des sentiments ou des tendances intimes.

Le médecin appelé à connaître de l'aliénation suit la marche inverse : s'il prétendait juger la valeur absolue de l'acte, il serait entraîné aux plus compromettantes déceptions ; sa mission est d'examiner le prévenu et de donner la caractéristique scientifique de l'homme, indépendamment du délit qui lui est imputé ; à l'encontre de la justice humaine, il scrute les replis cachés de l'intelligence, et déclare que l'individu a été capable ou non d'obéir à la loi du sens moral ; non seulement il apprécie les dispositions probables, mais il mesure les dispositions possibles, et il affirme que l'accusé n'a pas pu comprendre la portée de ses impulsions et leur opposer une résistance efficace. Les faits sont hors de cause : ils tombent sous l'application de la loi écrite, le coupable est connu, les preuves sont accumulées, et cependant l'auteur du délit ou du crime est soustrait à la punition comme n'ayant pas le droit d'être un délinquant ou un criminel.

Placée à cette hauteur, d'où elle domine toute l'enquête, la médecine acquiert une autorité qui lui impose les obligations parallèles. L'expert qui a proclamé l'irresponsabilité en affirmant l'aliénation a pris là une décision dont la gravité n'échappe à personne ; il n'a pas, comme dans la plupart des cas où intervient le médecin légiste, ajouté au fait incriminé l'appui de son expérience, il n'est pas un témoin qui précise et qui interprète, qui mesure la plaie, et constate sa direction, sa profondeur, son

danger, il va chercher son information où personne autre que lui n'a le droit de la puiser, dans les forces actives elles-mêmes et non pas dans leurs effets. Dussent vingt crimes s'ajouter à celui qui a motivé l'instruction, dussent tous les détails être modifiés ou transformés par une recherche approfondie, son opinion est inébranlable, parce qu'elle repose sur des éléments que seul il a mission d'interroger, et parce que l'homme n'en est pas moins un fou, qu'il soit, en définitive, un assassin ou un vagabond.

J'aurais à m'excuser de ces considérations préliminaires, si elles étaient simplement destinées à servir d'exorde et si elles ne tenaient pas au fond même de la question.

Le médecin, qui sait quelle responsabilité toute exceptionnelle il assume, est tenu de connaître le sens positif et la portée du jugement qu'il va rendre, en admettant ou en rejetant l'aliénation. Est-ce à dire qu'il doive avoir à son service, comme l'ont cru et comme persistent à le croire tant d'honnêtes écrivains, une définition irréprochable de la folie ? S'il en était ainsi, il conviendrait de réformer toutes les décisions passées et de suspendre les expertises. La folie ne se définit pas et ne se définira jamais scientifiquement, parce qu'elle n'a pas d'existence scientifique ; la société nous a imposé une caractéristique bien supérieure aux banales paraphrases, du jour où elle a assigné à la folie un attribut qu'elle ne partage avec aucun autre état de l'intelligence humaine, celui de l'irresponsabilité.

Mais, si la folie se refuse à la définition parce qu'elle n'est pas une unité médicale, si nous sommes contraints d'adopter la seule dénomination qui réponde aux exigences sociales ; ne convient-il pas que nous posions des réserves ? Nous avons bien fait en ne récusant pas une nomenclature qui sera toujours défectueuse, parce qu'elle doit être assez vague pour être appliquée par le magistrat, sans acception des cas particuliers ; nous restons au-dessous de notre tâche en ne pénétrant pas davantage dans les profondeurs de cette généralité.

Peu à peu on incline, sans en avoir conscience, à considérer l'aliéné comme un être déchu, mais toujours identique. Ce type

mobile, inconséquent, presque insaisissable, est arrêté dans son mouvement et prend une sorte de rigueur géométrique. Il semblerait qu'il en est de l'aliénation comme de l'asile et qu'on en franchit le seuil : hors de l'enceinte, on était raisonnable ; en dedans, on n'est plus maître de sa raison, de ses impulsions, de sa moralité.

C'est là une manière de simplifier les difficultés qui entraîne quelque chose de plus grave que les erreurs de fait, des erreurs de doctrine. Obligé de marquer le jour et l'heure de l'entrée de l'homme dans la folie, on établit une barrière fictive : le trouble de l'intelligence se mesure par les conceptions délirantes de la même façon que la criminalité commence pour le légiste avec la préparation ou l'accomplissement d'un crime défini. Le médecin, abandonnant sa plus haute prérogative, oublie le malade pour ne voir que le fait. Les espèces sont composées suivant les pensées déraisonnables que l'aliéné exprime, à ce point que le malade, quand il ne parle plus ou quand il énonce des idées conformes au sens commun, cesse d'être un aliéné. On raisonne alors comme un médecin qui, faisant de la toux caractéristique le seul élément de la coqueluche, admettrait qu'entre deux quintes l'enfant jouit de l'intégrité de sa santé.

C'est en se plaçant à ce point de vue que je signale sans y insister, qu'on a été autorisé à se demander jusqu'à quel point l'irresponsabité des aliénés n'avait pas ses intermittences comme le délire. C'est en réduisant le malade, force incessamment active et incessamment désordonnée, à n'être qu'un résultat qu'on a voulu prendre pour mesurer les idées absurdes par lesquelles il se révèle spontanément. On tolérait en lui, on lui passait, car ce mot vulgaire est le plus juste, un certain nombre d'impulsions instinctives, irrésistibles, en dehors desquelles on entendait qu'il gardât sa liberté et demeurât responsable.

Cette doctrine, mise en avant depuis quelques années, sous l'empire d'honnêtes convictions, conduirait, si elle était accueillie, aux plus regrettables conséquences ; mais les questions qu'elle soulève et qui rentrent dans le cadre des études que j'entre-

prends ici ne sont pas celles que je veux aborder actuellement.

L'aliénation n'a pas, même à l'époque de son plein développement, des contours si accusés qu'ils se détachent sur le fond uniforme et persistant de la raison. Que sera-ce pendant les premières phases de son évolution ?

Chaque maladie, parmi celles qui se manifesteront un jour par les signes les plus grossièrement évidents, a une première période d'incubation qui échappe à notre examen ; elle a un second stade de prodromes où les symptômes, bien qu'ils ne permettent aucun doute sur l'invasion d'un état pathologique, laissent souvent indécis sur sa nature. Supposons un moment qu'au premier jour de la fièvre le médecin soit invité à décider si le patient doit être dirigé sur un hôpital de varioleux, quelles chances d'erreurs et surtout quelles indécisions ne devra-t-il pas traverser ?

Là la détermination est vite contrôlée par les événements qui se précipitent ; mais, quand il s'agit de la folie, la marche est lente, incertaine, sauf de rares exceptions ; et, quand le temps vient infirmer ou confirmer le diagnostic, il est trop tard pour qu'on puisse remonter le courant des faits accomplis.

L'incubation des maladies fébriles ne s'accompagne pas de phénomènes qu'il nous soit habituellement donné de percevoir. Nos sensations ne sont pas assez délicates pour découvrir les malaises s'il en existe ; nos moyens d'investigations ne pénètrent pas assez loin dans les infiniment petits de l'organisme. Mais, chez l'aliéné, l'intelligence est un réactif d'une sensibilité exceptionnelle, et pour qui saurait lire les moindres graduations de l'échelle, les écarts ne demeureraient pas toujours inaperçus. Que de fois il arrive, après l'explosion du délire, d'entendre dire aux parents que depuis longtemps déjà ils s'étaient aperçus d'une vague tristesse, d'une sorte d'irritabilité ou d'indifférence ; le caractère, avec son exquise mobilité, avait traduit d'avance les premiers troubles intellectuels, comme la physionomie dénonce si souvent l'imminence encore lointaine des grandes cachexies.

Si l'incubation a des incertitudes obligées parce que le désor-

dre n'atteint pas les proportions de la maladie et qu'il se rapproche des variations permises de ce qu'on est convenu d'appeler l'état normal, il n'en est plus de même du prodrome proprement dit.

La période prodromique a déjà le caractère d'un trouble pathologique. Les déviations intellectuelles dépassent les limites des divergences permises; mais, pour être des anomalies, elles n'ont pas encore de signes et se refusent aux classifications accoutumées de la nosologie. Cette phase préparatoire est certainement la plus difficile à apprécier et celle qui réclame davantage du médecin la sagacité que donne seule une longue expérience. Le plus souvent on ne la saisit que par une enquête rétrospective, et comme on est forcé de la reconstruire avec les souvenirs indécis des familiers du malade, on n'obtient qu'une sorte d'esquisse confuse d'un état dont il importerait de connaître et d'observer directement les moindres manifestations.

Dans cette espèce d'instruction officieuse à laquelle nous procédons, quand il s'agit d'un aliéné qui n'a rien à démêler avec la justice, nous recueillons à notre gré les matériaux sur lesquels se fonde notre opinion, nous complétons les lacunes, et les erreurs, s'il en existe, n'ont pas d'autre importance que d'infirmer notre savoir.

Il n'en est plus ainsi quand il s'agit de mesurer le degré de responsabilité d'un malade qui, pendant les prodromes d'un délire défini, a commis quelque acte judiciairement répréhensible. Les investigations auxquelles nous devons nous livrer n'ont pas de fondements mieux assis; mais à un à peu près qui suffit à la pratique, nous avons pour obligation de substituer une décision solennelle. La tâche est alors si grosse de responsabilité, que j'en appelle à la conscience de tous ceux qui ont eu à se poser et à résoudre le problème, bien assuré que pas un n'a oublié les irrésolutions si perplexes qu'il a successivement traversées.

Qu'un prévenu commette un crime avec la conviction hautement exprimée qu'il est sous le coup d'une persécution organisée par des esprits invisibles, que, croyant trouver enfin l'auteur pal-

pable et punissable de ses infortunes imaginaires, il se venge à tout prix, la chose ne souffre pas de doute, et il n'y a pas besoin pour l'estimer d'un expert de ceux que Stoll désignait comme des médecins *emunctæ naris*. L'aliénation est claire au même degré que le crime. Mais, qu'un homme encore indécis, cherchant, sans la définir, la cause de ses inquiétudes incessantes, trop troublé pour avoir déjà composé le thème où viendra se perdre sa raison, se heurtant à des impossibilités dont il est le premier à sentir les côtés absurdes, incrédule ou crédule à l'excès suivant l'heure, vienne à commettre le même acte, fût le médecin convaincu, par quels moyens pourra-t-il réussir à transmettre sa conviction à laquelle il manque une formule?

La justice n'admet pas les peut-être et elle a raison : il lui faut des affirmations parce que le jugement qui condamne n'entraîne pas des incarcérations par à peu près ou des amendes à chiffres incertains. Nous qui ne suivons pas la même route, qui, comme j'ai pris le soin de le montrer au début, discutons l'homme sans tenir compte de l'acte, nous ne pouvons que par une sorte de compromis être affirmatifs dans la mesure où on l'exige.

La folie, dans ses premières aspirations, est notre pierre d'achoppement la plus dangereuse. On nous demande si l'accusé est fou et nous répondons qu'il est en train de le devenir, énonçant ainsi la plus vraie et la plus inadmissible des décisions. En posant la question sur ce terrain où il est impossible à la magistrature de nous suivre, nous cessons de mettre la science au service de la loi, et quand nous avons compris que notre avis ne saurait s'adapter aux considérants d'un jugement, nous l'accommodons presque artificiellement aux nécessités de la pratique.

Qu'on ne se figure pas qu'en parlant des périodes prodromiques de l'aliénation, je me complais à imaginer des raretés et à faire saillir des difficultés exceptionnelles.

Les cas où la responsabilité d'un aliéné brutalement délirant est mise en question sont, eux, l'exception vraie. Il n'est pas besion de l'intervention d'un médecin pour déclarer qu'un homme qui se prétend l'empereur de la Chine a pu, sans être respon-

sable, injurier de simples agents de police. Le paralytique qui du fond de son indigence se déclare cent fois millionnaire n'attend pas pour être deviné, quand il a commis une escroquerie, une enquête scientifique. Les indécisions que la médecine a pour mission de résoudre sont autrement délicates, et les aliénés que nous avons à sauver d'une pénalité qui ne leur incombe pas sont ceux dont le trouble intellectuel encore imparfait, inégal, intermittent, ne frappe pas les yeux et n'éveille pas l'étonnement.

Or l'aliénation procède à la manière de la plupart des affections cérébrales, par un progrès insensible. Elle emploie des mois et des années à accomplir son évolution, et le jour où elle a des symptômes bien déterminés, est-elle plus irresponsable que la veille?

Je sais combien il est aisé de passer outre à ces antécédents nuageux et confus, et je sais aussi qu'on gagne en les négligeant une flatteuse apparence d'exactitude; mais je n'ignore pas davantage qu'on ne supprime pas les obstacles parce qu'on ferme les yeux pour ne pas les voir.

L'aliénation, ainsi envisagée à l'*état naissant*, n'est pas seulement un problème médical, elle touche aux plus énormes questions de la responsabilité et par conséquent de la liberté humaine.

Je ne veux pas ici m'engager dans les voies interdites à une recherche purement médicale, si difficile qu'il soit de détourner la vue de ces horizons qui vous troublent, mais qui vous attirent.

Pour quitter enfin ces données générales, qui peut-être sembleront à beaucoup de médecins plus près de la philosophie que de l'application, il faut montrer comment, même dans la phase prodromique, l'aliéné perd la direction de sa conduite morale avant même qu'il laisse s'égarer presque au hasard ses facultés intelligentes.

En limitant, comme je l'ai dit, l'étude de la première période de la folie à la responsabilité légale de l'aliéné, je m'imposais sciemment l'obligation de montrer la maladie en contact avec la

LASÈGUE.

ASILE CLIN. Chir. (Haute-Anne)
BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

justice, et je ne me dissimulais pas la difficulté de la démonstration.

Tant que l'aliéné qui débute dans la maladie vit sous la sauvegarde de la famille, préservé des écarts ou des excès par une vigilante sollicitude, il ne se risque pour ainsi dire qu'à des aspirations qui n'aboutissent pas; mais, quand plus libre de ses mouvements, privé de l'appui d'une surveillance affectueuse, il a la possibilité de mettre en œuvre ses fantaisies, il devient plus qu'un autre accessible à des séductions contre lesquelles il n'a pas de résistance, et par suite il a de plus fréquentes occasions de commettre des actes blâmables. L'intelligence qui lui reste lui nuit au lieu de le servir. Capable de raisonner, sinon d'être raisonnable, il n'avertit pas tout d'abord de son infirmité morale; il conserve l'aptitude à répondre aux questions des juges, comme il a gardé une suffisante activité pour continuer automatiquement sa profession. On le trouve bizarre tout au plus, mais on ne songe pas à chercher si cette bizarrerie cache sous sa surface un désordre profond.

Qu'il soit ou non tombé sous l'application de la loi, c'est plus tard, quand la maladie est éclose, qu'on découvre le germe qui devait mûrir. Mais à combien de médecins est-il permis de remonter ainsi dans le passé et de se renseigner sur les antécédents judiciaires du malade qu'ils croient urgent de renfermer dans un asile?

Les circonstances m'ont fourni les moyens de compulser la biographie judiciaire des aliénés examinés par moi-même et placés, à la suite de mon examen, dans les asiles du département de la Seine. J'avais ainsi à ma disposition les deux éléments à l'aide desquels on peut étudier l'évolution médico-légale de la folie : d'une part, le malade observé directement, alors que le délire venait d'éveiller l'attention de l'autorité; de l'autre, le catalogue officiel des peines que le malade avait précédemment encourues à une époque où son intelligence était supposée indemne. Il m'a paru que ces documents, dont l'interprétation est discutable, mais dont la valeur est hors de contestation, devaient

être mis au service de la science, et qu'on comprenait mieux l'importance de la question en voyant qu'elle ne se réduit pas à des hypothèses ou à des conceptions théoriques.

Citer tous les faits que j'ai été en mesure de recueillir serait impossible ; rapporter les cas dont j'invoque l'autorité, sans ordre et sans essai de classement, serait presque improductif. J'ai adopté quelques divisions que j'indiquerai en peu de mots.

Dans une première catégorie, je range les individus chez lesquels l'aliénation paraît s'être développée par un progrès lent et successif, soit que le délire ait pris des caractères tranchés, soit que l'affaiblissement de l'intelligence ait été graduellement jusqu'à la démence.

Dans la seconde classe, je place les malades chez lesquels le délire procède par accès, de telle sorte que les premières attaques aient passé inaperçues ou incomprises, parce que l'inculpé avait encore, dans l'intervalle des crises, la libre disposition de son intelligence et de sa volonté.

Si j'ai tâché de montrer en tête de ces études quelle est la véritable mission du médecin légiste chargé de constater l'état mental des prévenus, j'essayerai de tirer, des exemples empruntés à la vie réelle et dont je rapporte un nombre suffisant, quelques-unes des données qu'ils justifient.

1. — B....., cordonnier, 40 ans, arrêté le 14 janvier 1854 pour vagabondage. On l'a trouvé couché dans une maison en construction et il n'a pu indiquer un domicile ; il est d'une saleté extrême, à peine vêtu de haillons, et répond lentement aux questions qui lui sont posées, sans hésitation, sans tremblement. On a peine à le sortir de son état d'hébétude, et dès qu'on cesse de le solliciter par des questions, il retombe dans une sorte de stupeur abrutie. Il se dit d'ailleurs bien portant, capable de travailler et de gagner de bonnes journées ; mais depuis quatre mois il ne travaille pas, couche où il peut, bien qu'il soit marié, et il accepte d'avance, avec une indifférence absolue, ce qu'on voudra faire de lui.

Ses antécédents judiciaires sont les suivants :

Arrêté le 21 août 1834, pour attaque nocturne, rue Planche-

Mibray, et rixe avec des municipaux; condamné à six semaines de prison.

Arrêté le 7 septembre 1835 pour tapage et rixe dans un cabaret.

Arrêté le 26 décembre 1852 pour vagabondage; trouvé errant la nuit. Condamné à deux mois de prison.

2. — St..., domestique, 48 ans. Chorée incomplète, mobilité incessante; il faut autant d'effort pour fixer ses idées que pour la maintenir en repos. Elle se dit tourmentée depuis longtemps, sans qu'elle sache indiquer une date, par des gens qui la persécutent. On débite autour d'elle des *cochonneries*, qu'on lui attribue, en les écrivant sur les papiers qui circulent, mais qu'elle n'a jamais vus; on la représente dans les pièces de comédie. Elle a mordu une femme, qui a porté plainte, parce qu'elle avait entendu dire qu'on voulait l'enfermer dans une cage de fer. On cherche à l'empoisonner; elle ne dort pas, parce qu'elle a peur, mais elle mange bien.

En dehors de ce délire de persécutions avec menace de démence et agitation par intervalles, pas de signes de maladie. Elle est placée à la Salpêtrière en novembre 1852.

Arrêtée en 1846, à Paris, pour vagabondage.

Arrêtée en 1847, à Montmartre, pour même délit.

Arrêtée le 3 juillet 1852, également pour vagabondage; condamnée à quatre mois de prison.

3. — M..... dit R....., 25 ans, détenu à Mazas, renvoyé de la prévention comme aliéné, et placé à Bicêtre le 11 décembre 1853. Son délire est difficile à dépister, et ce n'est que par un examen persévérant qu'on arrive à obtenir des manifestations caractérisées. R..... déclare qu'il n'a jamais paru en justice; il n'a rien de commun avec un autre condamné dont on lui objecte le dossier. Le signalement est cependant facile à reconnaître: le prévenu porte une large taie sur l'œil droit et un signe très notable à la joue gauche. Il n'en persiste pas moins à nier; puis il finit par avouer, après qu'on a passé outre.

En résumé, il est sous l'influence d'un délire de persécutions

avec affaiblissement et surtout désordre intellectuel : on le tracasse de tous côtés et il ne peut pas avoir un instant de repos ; le jour, on devine sa pensée et on la répète en dedans de lui-même ; la nuit, on le tourmente, on lui donne des étourdissements et des défaillances à se croire mort. Il n'a qu'une conscience très vague de sa situation. Agité surtout la nuit, il frappe à la porte en demandant qu'on lui ouvre ; par intervalles, il tombe dans une demi-stupeur. Ses récits n'ont pas de suite ; il parle tantôt avec une extrême volubilité et tantôt avec une lenteur hébétée.

Arrêté le 8 octobre, à Lisieux, pour vol ; condamné à trois mois de prison.

Arrêté le 27 janvier 1848 pour vagabondage ; relaxé.

Arrêté le 18 avril 1850 pour vol ; condamné à trois mois de prison et cinq ans de surveillance.

Arrêté le 4 février 1851 pour mendicité ; condamné à deux mois.

Arrêté le 10 février 1852 pour le même délit ; condamné à six mois.

Arrêté le 6 décembre 1852 pour violences et injures ; condamné à huit jours.

Arrêté le 22 octobre 1853, dans une gare de chemin de fer, pour vagabondage et mendicité ; renvoyé de la prévention.

4. — H....., 34 ans, homme de peine, placé le 12 novembre 1853. H..... est envoyé à Mazas, où il est détenu sous prévention d'un délit insignifiant. Depuis son entrée en prison, qui date de peu de semaines, il a été agité, sans conception délirante définie. Peu à peu son agitation s'est accrue ; il est aujourd'hui sous l'influence d'un accès de manie aiguë très caractérisé. Maintenu par la camisole, il crie, jure, chante, répète presque sans cesse : Retire-toi, Satan ! et refuse de répondre à toutes les questions.

Arrêté à Montdidier, le 29 août 1840, pour coups ; condamné à quinze jours de prison.

Arrêté le 27 mai 1842, à Amiens, pour vol ; condamné à deux mois.

Arrêté le 9 septembre 1845, dans la même ville, pour bris de clôture; condamné à huit jours.

Arrêté le 26 octobre 1850, à Clermont, pour rébellion; condamné à huit jours.

Arrêté le 9 avril pour le même délit; condamné à un mois.

Le 23 mars 1852, à Paris, arrêté à la suite de violences contre un sergent de ville, dont il déchire le manteau.

Le 31 août 1853, arrêté faisant scandale dans une maison, injures aux agents, résistance avec violences.

5. — T....., imprimeur en papiers peints, 46 ans, placé le 12 novembre 1853. Les accidents cérébraux dont il souffre remonteraient, suivant lui, à un an; mais depuis déjà trois années les facultés génitales sont complètement annulées. La parole est très hésitante, le frémissement de la langue très manifeste; spasmes des lèvres, dilatation exagérée de la pupille gauche. T..... se plaint, quand on le presse de questions, de douleurs de tête, de pesanteur, de vertiges très fréquents sans perte de connaissance, de douleurs musculaires, surtout dans les bras, et de crampes dans les membres. Son appétit est augmenté, il dort le jour plus que la nuit; il a d'ailleurs une notion assez exacte de son état, dont il rend passablement compte.

Dans les choses de la vie, il n'a aucune conscience de ses actes ou de ses besoins; il est d'une malpropreté extrême : il mange avec ses doigts, dépose sa gamelle dans son lit, ne se présente pas aux heures où on distribue la nourriture, oublie de se coucher ou se couche par terre, devant son lit.

Dans la conversation l'intelligence est plutôt affaiblie que pervertie et on ne découvre chez lui aucune conception délirante proprement dite.

Arrêté le 21 mai 1840, pour vol d'un bouton d'or qu'il aurait dérobé à un de ses camarades et qu'il aurait avalé.

19 novembre 1848, vente d'un billet de théâtre périmé.

8 août 1849, vagabondage.

11 novembre 1851, mendicité.

5 octobre 1853, vagabondage, rôdant la nuit.

18 octobre 1853, errant dans la banlieue sans domicile.

6. — D....., 33 ans, petit de taille, aspect chétif. Accidents cérébraux de date incon nue, on sait seulement qu'il a été traité à diverses reprises pour des affections syphilitiques; vertiges, hésitation évidente de la parole. D..... est loquace, seulement par intervalles ; il se perd alors dans des récits incohérents et mensongers avec prédominance d'idées vaniteuses ; il a des protections puissantes, un des cardinaux les plus influents dont il ne sait pas le nom est son parent ; il a des aptitudes à toute chose et des projets de fortune ; l'intelligence est d'ailleurs très affaiblie et il revient presque toujours aux mêmes divagations.

En 1838, vol de complicité d'une somme de 110 francs dans une maison habitée, condamné, en 1839, par la Cour d'assises, à dix mois de prison ; il avait alors 16 ans.

Mai 1842, tentative de vol.

Mai 1844, même délit.

Novembre 1844, vol à la tire au Palais-Royal, condamné à un an de prison et cinq ans de surveillance.

En 1845 il obtient, à l'aide de certificats qui témoignent de sa bonne conduite, de séjourner à Paris pendant la durée de la surveillance.

En 1847, il cesse de travailler et disparaît.

En 1850, arrêté pour vol d'un accordéon. Expulsé du département de la Seine, où il est constaté qu'il n'a pas de moyens d'existence.

Mai 1853, arrêté pour vol d'une boîte de cirage dans la poche d'un passant.

Dirigé sur Bicêtre, le 20 juillet 1853.

7. — D....., femme, 33 ans ; excitation et insomnie depuis quelques jours. A Saint-Lazare, où elle est écrouée pour vol, on assiste à toutes les phases d'un délire maniaque qui prend les proportions d'une extrême violence. Amenée au dépôt des aliénés, elle s'agite encore davantage, frappe à la porte de sa cellule, déchire ses vêtements. Elle crie qu'elle a sa grâce, que l'Em-

pereur lui a remis sa peine, qu'on n'a pas le droit de la retenir. Elle ne répond à aucune question et retombe par intervalles dans un abattement presque subit. Transférée à la Salpêtrière le 15 juillet 1853.

12 mai 1853, arrêtée pour vagabondage.

14 juin 1853, escroquerie ; elle prend une voiture qu'elle garde une partie de la journée et qu'elle ne peut payer.

27 juin 1853, arrêtée à minuit et demi pour mendicité; relaxée.

29 juin 1853, vagabondage nocturne.

3 juillet 1853, arrêtée pour vol d'une paire de bas dans une boutique; détenue à Saint-Lazare sous cette prévention.

8. — E...., 30 ans, potier d'étain. Accidents cérébraux dont il ne sait pas la date et dont il nie l'existence; hésitation de la parole très prononcée, tremblement des membres, intelligence très affaiblie. E..... pleure, il regarde avec des yeux fixes et ne parle que quand on le presse de questions. De temps en temps, dans la même journée, il est pris d'accès d'agitation passagers ; sa marche, ordinairement indécise, devient alors vive et saccadée, il s'anime, prononce des mots sans suite, et, dans les crises les plus vives, déchire, frappe, crache sur les murs.

Pendant son séjour à Bicêtre, où il est transféré le 15 mai 1853, les phénomènes paralytiques deviennent de plus en plus accusés.

3 octobre 1836, arrêté vendant des livres dont il ne peut indiquer l'origine, il avait alors 13 ans.

16 octobre 1845, vagabondage, injures aux agents.

20 juin 1846, tapage, injures, violences.

13 janvier 1853, arrêté ayant refusé de payer une voiture de place. Il sortait alors d'un hôpital où il avait été traité, dit-il, pour une fracture de jambe et pour des coliques de plomb. Relaxé.

6 février 1853, arrêté pour vol de linge dans un bateau de blanchisseuses, il était encore nanti des produits du vol qu'il déclarait lui appartenir. Ecroué à Mazas, remis en liberté.

9. — D....., 37 ans, ancien employé de chemin de fer. Exaltation maniaque avec prédominance d'idées ambitieuses sans accidents cérébraux manifestes. D..... raconte sa vie aventureuse en se présentant comme un homme supérieur. D'abord assez calme, malgré son extrême volubilité de paroles, il s'anime peu à peu. Les nuits sont très agitées, il se lève, crie, donne des ordres, mais ne profère pas de menaces et n'a pas d'instincts de violence.

Les idées ambitieuses n'ont aucun des caractères de la paralysie. La crise maniaque pour laquelle il est placé à Bicêtre dure quatre mois et est suivie de guérison.

En 1838, condamné à trois mois de prison pour adultère.

En 1843, condamné à trois ans pour abus de confiance, sur la plainte d'un fondeur de cloches chez lequel il était entré comme homme de peine.

Le 15 juin 1843, il se présente à un commissaire de police et déclare avoir, il y a trois mois, volé, chez un marchand papetier, des objets d'une valeur de 50 francs. Il n'est pas donné suite à cette déclaration.

Décembre 1850, condamné pour abus de confiance à deux ans de prison.

D..... sort de la maison centrale de Poissy, le 29 décembre 1852; le 5 janvier 1853, il crache sur un sergent de ville, et, voyant que celui-ci n'y prend pas garde, il se retourne et lui crie qu'il se moque de la police et qu'il n'a rien à démêler avec elle. Devant le commissaire, il déclare avec emphase qu'il n'a ni ouvrage, ni domicile, mais qu'il est guidé par Dieu et qu'il n'a pas besoin des hommes.

10. — C....., femme J...., 46 ans, alcoolisme chronique, sans accès aigus au moins depuis longtemps : sensations douloureuses dans tous les membres, roideurs articulaires, impossibilité de rester en place ; elle se lève la nuit, sort dans les rues, se perd, se trompe de garni. Les nuits sont agitées, sans hallucinations de la vue; ce qui la réveille, dit-elle, ce sont les voix qui lui frappent l'oreille ; quand elles lui commandent, il faut qu'elle obéisse.

ASILE CLINIQUE (Haute-Alme
BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

Pas de tremblement des membres, pas d'hésitation de la parole. Elle se sait malade et déclare que par moments elle est comme folle. Sa maladie date de quinze ans et elle l'attribue à des suites de couches et à la mort de son enfant, survenue pendant qu'elle l'allaitait. Elle ne boit jamais d'eau-de-vie et ne s'est mise à boire du vin que depuis cinq ou six ans.

La mémoire est très hésitante, l'intelligence obtuse. Ses récits assez raisonnables, quand on fixe son attention, sont brusquement interrompus de temps en temps par des exclamations comme celles-ci : « J'entends la famille royale, je la suivrai partout ; il faut que je prie, je vais prier ; oui, oui, c'est l'Empereur, » etc. Le délire, à la Salpêtrière, où elle est placée le 3 mars 1853, a dégénéré en démence.

12 juillet 1832, arrêtée pour faux ; acquittée. Elle avait alors 35 ans.

Avril 1833, condamnée pour vol à six jours de prison.

5 septembre 1833, condamnée à six mois pour vol d'une toile à matelas et d'une paire de draps, dans un garni où elle s'était fait inscrire sous le nom de Péronelle. Lors de son arrestation elle avait soutenu se nommer Aubert.

Décembre 1834, vol.

14 janvier 1835, vol.

Septembre 1838, vol.

Septembre 1841, vagabondage ; à la fin du même mois, nouvelle arrestation pour même délit.

14 février 1850, vagabondage, état présumé d'ivresse.

16 mai 1851, même délit.

19 août 1852, vagabondage ; arrêtée sur sa demande.

17 mai 1852, arrêtée errant la nuit sur les berges de la Seine.

3 février 1853, vagabondage et mendicité.

11. — J....., 22 ans, est un type de délire ambitieux ; il se nomme tantôt marquis de Villefort, tantôt Mangin, tantôt le duc de Guise ; son père était maréchal de France, il a droit à une pension et à tous les honneurs ; on n'a qu'à compulser les archives, et on verra les emplois qu'il a remplis. Ces allégations

mensongères se succèdent suivant le hasard des questions ou des associations d'idées, et J..... est intarissable. D'ailleurs ni tremblement ni signes de paralysie générale d'aucun genre.

Arrêté en 1845, pour vol et condamné à un mois de prison.

Arrêté en 1846, même délit, à un an.

Arrêté en 1847, même délit, à quinze mois.

Arrêté en 1849, même délit, à six mois.

A la fin de la même année, nouvelle condamnation pour vol à deux ans.

Le 15 août 1852, arrêté pour port faux et illégal de la Légion d'honneur; renvoyé de la plainte, sur mon rapport, comme n'ayant pas la conscience de ses actes.

Le 31 octobre 1852, arrêté pour vol et port illégal d'un costume d'officier de marine. Placé à Bicêtre le 15 janvier 1855; sorti, au bout de cinq mois, réputé amélioré et inoffensif.

12. — L....., 27 ans, détenu au dépôt des condamnés, condamné à six mois de prison pour ban rompu, par jugement du 25 août 1853. Il est remis à l'autorité administrative à la suite d'une tentative de suicide qu'il a menacé de répéter dès qu'il pourrait tromper la surveillance.

Lui-même dit se sentir tout étrange et par moment croire qu'il va devenir fou. Il a été chloroformé une fois, il y a trois ans, à l'occasion d'une chute avec luxation probable d'un membre, et il compare les sensations qu'il a ressenties alors avec celles qu'il éprouve depuis plusieurs mois. Il est d'ailleurs faible, maigre, pâle, cachectique et sujet à des troubles intestinaux comme beaucoup de ceux qui ont été longtemps soumis au régime des prisons.

Il a plutôt des accès que des idées de persécutions continues. Il est entouré de gens qui l'accusent sans qu'il sache pourquoi ni comment, mais cela le tourmente. Il interprète les actes les plus ordinaires de la vie comme par une impulsion soudaine, et il renonce avec une égale rapidité à ses interprétations délirantes. On lui a donné du vin de quinquina: il a senti que c'était comme sa dernière heure. Une autre fois, il mangeait un mor-

ceau de viande; il entend comme une voix intérieure qui lui dit : Tu n'as pas de cœur..... Cette viande devait être du cœur; il s'est senti empoisonné, mais il a dû se tromper, puisqu'il vit encore. Il se réveille la nuit en sursaut, parle à haute voix et se rendort; il a des scrupules soudains où il se frappe la poitrine en disant qu'il a mérité la mort et qu'il est un vaurien; c'est sous l'influence d'un accès de ce genre qu'il a voulu se suicider.

14 janvier 1843, arrêté à Paris pour vagabondage avec circonstances aggravantes, condamné à trois mois de prison.

1er juillet 1843, même prévention; relaxé.

3 août 1843, arrêté à Yvetot pour vagabondage; six mois de prison.

24 février 1844, vagabondage : trois mois de prison.

10 juillet 1844, vagabondage : trois mois de prison.

17 décembre, même délit : quatre mois.

10 juillet 1845, même délit : quatre mois.

31 décembre 1845, vol de velours à un étalage : quinze mois de prison.

18 août 1847, vol dans des garnis : six ans de réclusion.

Enfin, arrêté à Paris le 25 août 1853, peu de jours après sa sortie de la maison centrale pour vagabondage et rupture de ban et condamné à six mois; il subissait cette peine quand il a été dirigé sur un asile d'aliénés.

Il serait inutile et fastidieux de multiplier indéfiniment ces exemples. Mais j'ai pensé qu'un exposé succinct, mis en regard des antécédents de chaque malade, valait mieux qu'un simple relevé statistique.

Je n'ai résumé ici que des faits observés dans le cours de la même année, celle où j'ai commencé à rechercher le passé judiciaire des prévenus sur l'état mental desquels j'avais à émettre une opinion. Je me suis ainsi limité pour prouver que les cas dont j'invoque l'autorité ne sont pas de si rares exceptions, qu'on n'en rencontre qu'à de lointains intervalles.

Dans l'espace de quelques mois il m'a été possible de rassembler des observations nombreuses, et chaque année ramène dans

une égale proportion des faits non moins instructifs. Qu'il me soit permis d'ajouter seulement quelques cas plus récents à ceux que je viens de rapporter.

13. — V...., 40 ans, journalier. Arrêté errant dans les rues de Paris et placé à Bicêtre, le 16 décembre 1863.

V..... est faible d'intelligence et dans un état de demi-imbécillité; il est venu à Paris en sortant de la maison centrale de Fontevrault, avec la vague espérance de trouver de l'ouvrage; il n'a pas de profession et déclare lui-même que depuis plus de dix ans il est poursuivi par une mauvaise chance. Jusque-là il aurait été un travailleur actif et capable de subvenir à ses besoins; mais ses parents l'ont découragé ; on lui a dérobé un héritage de 25,000 francs auquel il avait des droits qu'il ne peut spécifier; et du moment où on le privait de son bien, il était autorisé à le reprendre. C'est ainsi qu'il explique comment il s'est introduit dans une propriété appartenant à son beau-frère, et comment il a prétendu y récolter des fruits dont il était le légitime possesseur. Ses explications sont d'ailleurs brèves, incomplètes, confuses ; il rattache un passé déjà éloigné à un fait tout récent, comme il arrive si souvent aux aliénés de cette catégorie.

4 mai 1850, condamné à Gien, à six jours de prison, pour diffamation.

6 mai 1850, condamné à Orléans, à quarante jours de prison, pour coups.

22 juillet 1850, condamné à six mois, pour bris de clôture.

10 novembre 1856, condamné à Orléans, à six mois, pour coups.

9 novembre 1857, condamné à Gien, à six mois, pour même délit.

10 janvier 1859, condamné à Orléans, à treize mois, pour coups et blessures.

10 novembre 1862, condamné à Orléans, à quinze mois, pour vol. C'est à la suite de cette dernière condamnation que V... fut détenu à Fontevrault.

14. — M...., 46 ans. Arrêté, le 6 avril 1864, errant la nuit,

porteur d'un passeport, qui l'obligeait à se rendre dans une ville de Normandie où il devait être interné.

M..... est grand, maigre, cachectique ; sa parole est un peu embarrassée ; mais il ne présente aucun signe de paralysie. Il a eu autrefois une situation indépendante dans le commerce des vins. Les excès alcooliques ne peuvent être considérés comme un élément actuel de son délire ; car il est sorti depuis hier seulement de la maison centrale de Gaillon où il a accompli la totalité de sa peine.

M..... est dans un état d'excitation loquace qui ne se dément pas. Au milieu des autres détenus, il devient presque taciturne et ne donne lieu à aucune plainte ; interrogé isolément, il s'anime, s'irrite sans violence. Un des interrogatoires que je lui ai fait subir, et que je reproduis presque textuellement, donnera une idée exacte du désordre extrême de son intelligence :

« J'ai été condamné par Larochejacquelein, et le bâtard qui s'appelle Henri V, et le général qui commande à Caen. Ils m'ont poursuivi depuis lors, et j'ai couru sans savoir où j'allais, la tête perdue ; je me suis trouvé à Provins où il y avait une foire.

« Tous mes biens m'ont été dérobés ; car je suis l'héritier des Condé et de la famille de l'empereur du côté de mon père. J'ai appris cela depuis. Je suis parent proche avec madame de Belleville et les Douet qui en sont la souche. Ils n'ont pas émigré. J'ai entendu parler sans en avoir connaissance que j'étais parent avec eux.

« Les plus grands barbares, assassins et voleurs de l'Europe me poussent au dernier degré. Ils veulent m'achever avec leurs comédies et leurs atrocités. Je suis poussé d'électricité au dernier degré : on me tire mon sang, on me tient tout ; je n'entends pas qu'on me prenne mon sang d'aucun sens ; j'entends qu'on me rende mon bien ; je ne me mêle pas de leurs conspirations ni de battre monnaie.

« J'ai fait mes sept ans à Brest et à Toulon. A la fin le commissaire s'est sauvé quand j'ai parti. Quand j'allais faire des récla-

mations, il s'inclinait devant moi et il pleurait ; mais je n'avais pas la connaissance.

« Et Monte-Christo, qu'est-ce qu'il a fait ? Jusqu'à mettre mon nom à un vaisseau qui est dans le port de Brest. Je le sais par des matelots.

« C'est à Gaillon que j'ai tout vu : les assassins du Mont-Saint-Michel et tous les meubles de l'empereur Ier, jusqu'aux 40 douzaines de fourchettes, et le piano qu'un condamné a fait, et on lui a donné 60,000 francs, en disant qu'il en aurait pour tous ses besoins.

« On me métamorphose pendant huit jours, mais lorsqu'on m'a crucifié, j'ai droit à toute la France....., » etc.

En regardant ces propos incohérents qui portent la trace d'une perversion intellectuelle déjà ancienne, et qu'on croirait empruntés aux divagations d'un des aliénés chroniques de nos asiles, il suffit de rappeler que M..... était l'avant-veille soumis à la discipline rigoureuse d'une maison centrale et qu'il y subissait la loi commune.

24 novembre 1847, condamné à Caen, à cinq ans de prison, pour vol.

10 août 1853, condamné aux assises d'Évreux, à sept ans de travaux forcés, pour vol.

5 avril 1861, condamné à Bernay, à trois ans, pour tentative de vol. Ce qui fait en somme quinze ans de réclusion accomplis dans l'espace de dix-sept ans, de 1847 à 1864.

15. — Ch....., 33 ans. Arrêté, le 28 avril 1864, ayant occasionné un rassemblement considérable dans la rue. Ch..... voulait absolument rentrer dans une maison où il s'était déjà introduit, et d'où il avait été expulsé après avoir fait du tapage dans les escaliers. Il prétendait que sa sœur s'y tenait cachée, et qu'il voulait absolument la voir. Il n'était d'ailleurs ni en état d'ivresse ni sous l'influence d'une intoxication alcoolique. Le surlendemain de son arrestation, après une journée de mélancolie taciturne, il s'agite, chante, crie, monte et se suspend par les mains aux barreaux des fenêtres. Il est incohérent, injurieux, sans con-

ceptions délirantes prédominantes et incapable de fournir aucun éclaircissement.

14 octobre 1850, condamné à Marvejols, à quinze jours de prison, pour attentat à la pudeur.

10 novembre 1850, condamné au même lieu, à six mois, pour vol.

12 mars 1851, condamné à Mende, à deux ans, pour vol.

9 juillet 1851, condamné à Rodez, à cinq ans, pour même délit.

5 mars 1857, condamné à Marvejols, à cinq mois, pour vol.

31 mars 1859, condamné à Clermont, à treize mois, pour rupture de ban.

En 1861, condamnation à Riom, à un an, pour même délit.

Avant de tirer de ces documents les enseignements qu'ils renferment, n'est-on pas frappé, même au premier aspect, par l'étrange uniformité de ces désordres intellectuels? ne semble-t-il pas qu'on assiste, dans le monde moral, à quelque chose comme ces orages qui se préparent au loin, restent menaçants sous les formes les plus mouvantes et finissent par éclater tout à coup? Chez ces malades, dont la plupart ont abouti à l'incurabilité, le délire a des manifestations diverses, mais le fond est commun et monotone. S'il en est ainsi quand on parcourt des lambeaux d'observations, combien l'uniformité est plus saisissante lorsqu'on assiste à la maladie et qu'on peut compléter le tableau par les mille détails qui ne se racontent pas!

J'ai cité de préférence des sujets encore jeunes chez lesquels il était interdit de mettre en cause la débilité progressive amenée par l'âge, exempts d'infirmités, capables d'un travail assidu, élevés dans des professions dont ils avaient achevé l'apprentissage et qu'ils avaient exercées, gens déclassés par le fait de leur abaissement ou de leur défaillance d'esprit, mais qui ne semblaient pas condamnés dès l'enfance à l'impuissance de suffire à leurs besoins.

Les délits se sont répétés, rapprochés, à mesure que les malades approchaient davantage de la folie confirmée, et en même temps on sent venir la lassitude et s'abaisser la force de résis-

tance. Le vagabondage est déjà un aveu d'inertie ; mais le vagabond qui se livre, celui qui ne sort de la prison que pour retomber dans la même misère, indifférent, perdu dans la vie comme il l'est dans les rues de la ville, celui-ci est déjà à un degré plus avancé de la déchéance. Jusqu'au moment où le délire éclate assez manifeste pour qu'on réclame un examen médical, rien n'a mis sur la voie de la folie ; les prodromes s'appelaient la *débauche*, la *paresse*, les *instincts pervers* et les *vices*.

De deux choses l'une : ou l'aliénation est alors la conséquence finale des dépravations prolongées, ou c'est elle qui s'essayait, pour ainsi dire, sous une forme larvée. C'est là qu'est le vif de la question : quand a débuté la folie, quand a fini la responsabilité ?

Si on veut s'en tenir aux faits à la manière des juristes, force est d'admettre que l'aliénation a commencé avec l'acte où s'est pour la première fois exprimé le délire, comme la criminalité ne commence qu'à l'heure où le crime a été commis ou prémédité ; si au contraire, acceptant le point de vue où doit, comme je l'ai dit et redit, se placer la médecine légale, on entend juger l'homme, épier ses transformations et mesurer le progrès, si lent qu'il soit, de l'évolution morbide, il faut remonter bien plus haut. Légalement, l'aliéné est celui qui délire ; médicalement, la folie n'est pas née le jour où elle a été acquise au diagnostic de l'expert.

J'ai marqué, pour ainsi dire, à l'aide des délits et des condamnations, les étapes officielles de la folie qui commence son mouvement ; il est indispensable, pour avoir une idée vraie de la marche des symptômes, de suivre le trajet accompli entre chacun des temps d'arrêt.

(*Archives générales de médecine*, 1864.)

LASÈGUE.

ASILE CLINIQUE (Sainte-Anne)
BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

DES DÉLIRES PAR ACCÈS.

Lorsqu'une observation de délire instinctif se présente avec les garanties d'exactitude qu'une enquête judiciaire peut seule offrir, lorsque l'excitation délirante a abouti à un crime, il est de devoir scientifique de publier le fait avec tous les détails.

Appelés à constater l'état mental du nommé Thouviot, inculpé d'assassinat, renseignés à la fois par une instruction minutieuse et approfondie, par de nombreux écrits émanant du prévenu et par notre examen direct, nous rapportons ici cette observation importante en la faisant suivre d'un extrait de notre rapport et de peu de commentaires.

Le 12 juin 1874, un assassinat est commis sur la personne de la nommée Marie Cotard, âgée de 20 ans, dans un restaurant de la rue Cujas, numéro 7. L'assassin, le nommé Thouviot (Henri), est arrêté immédiatement, et le crime qu'il avoue a lieu dans de telles conditions que la justice croit devoir faire procéder à une expertise médicale sur la santé intellectuelle du prévenu.

Thouviot est de taille moyenne, d'une physionomie assez intelligente, et qui ne présente aucune expression particulière. La longue détention à laquelle il a dû être soumis l'a peu éprouvé, il l'a supportée et la supporte avec plus d'insouciance que de résignation. Dans la prison où il vit en cellule avec deux autres détenus, il lit, dessine assez correctement et écrit beaucoup. Sa vie est régulière et on n'a eu ni à le soigner pour un malaise intercurrent, ni à le punir pour une infraction à la discipline.

Ses écrits dont nous reparlerons consistent en lettres ayant trait pour la plupart à des demandes de vêtements, de tabac ; dans une d'elles, il réclame une chemise blanche afin d'être plus présentable quand le photographe de l'administration viendra. Dans une autre, adressée à sa mère, il lui recommande de ne pas s'effrayer, et il termine en réclamant des mouchoirs. L'orthographe est incorrecte, et l'écriture très variable.

Thouviot a rédigé des manuscrits auxquels il attache plus d'importance. C'est d'abord un résumé de sa vie, destiné au juge d'instruction chargé de son affaire ; c'est ensuite une page romanesque et sentimentale sur les avantages de la vertu. Nous extrayons de ces deux pièces quelques passages significatifs qui nous dispenseront, d'ailleurs, d'un exposé biographique.

« Je suis né à Paris le 15 janvier 1851 à la maison de correction des femmes de Saint-Lazare (sa mère avait à peine 15 ans). Sur mon bas âge je ne ferai remarquer qu'une particularité ; ma mère disparut tout d'un coup de la maison où habitait ma grand'mère. Tout d'un beau jour j'étais bien petit et ne marchais pas encore. Dans quatre ans plus tard ma grand'mère reçut une lettre avec un mandat sur la poste de 500 francs..., au bout de huit jours, nous reçûmes une autre lettre qui nous disait de l'attendre à la gare Saint-Lazare... »

« A quelque temps de là je suis rentré chez M. B..., instituteur, et au bout de cinq ou six ans je suis sorti, ayant une bonne instruction primaire.

« En 1862 je suis rentré au pensionnat des frères de Passy où je suis resté un an et où j'ai fait ma première communion. Les vacances sont arrivées sans que l'année puisse se signaler par quelque chose de remarquable. »

En 1863, Thouviot est placé comme externe au collège Chaptal, et c'est là, dit-il, en parlant de sa mère dont il incrimine longuement la conduite, qu'il a été bien à même d'apprécier le bien et le mal.

Les ressources de la famille ayant diminué, Thouviot quitte

le collège, revient habiter près de sa mère et est placé en 1865 chez un fabricant d'instruments de précision où il reste six mois.

« J'étais tellement malmené, je fus tout de suite dégoûté, et je me trouvai placé à demeure chez M. V..., éditeur d'imagerie religieuse, où je suis resté quatorze mois. Au bout de quatorze mois, je quittai M. V... avec qui je ne m'étais pas entendu pour les appointements, et je suis entré chez M..., libraire-éditeur, où je ne suis resté que peu de temps.

« Une voisine qui avait un frère sculpteur donnait à ma mère le conseil de me faire apprendre la partie; elle se chargeait de me présenter au patron; qui fut dit fut fait, et quelques jours après j'entrais chez M. C... où je suis resté six mois encore, à cause des mauvaises manières de ma mère à mon égard... Si bien qu'un beau matin, très exaspéré, je finis par lui dire que je ne voulais plus travailler et ne pensais qu'à m'engager dans la marine. Trois jours après je partais pour le Havre où je suis resté quatre jours, et, n'ayant plus d'argent, je suis revenu à Paris à pied en cinq jours. Je n'avais pas pu m'engager au Havre. »

Après un long exposé des difficultés que ce retour précipité lui suscite près de sa mère, Thouviot raconte qu'il se place d'abord chez un fabricant de biscuits, puis chez un crémier. »

« Là j'eus une grande envie pendant près d'un mois d'assassiner la bonne. Je m'arrangeai de manière à la faire venir à la cave au moins sept ou huit fois, sans jamais pouvoir me décider. Je ne lui en voulais cependant pas. Nous étions très bien ensemble. Enfin, à partir de ce moment, j'avais la tête tournée, c'est ce qui fait que je suis parti comme un fou, et je restai cinq jours dehors, vivant de quelques sous que j'avais sur moi, et couchant dehors. »

Il revient prendre ses effets, se replace chez un restaurateur, et au bout de quinze jours il entre à l'hôpital de la Charité pour se faire traiter d'un rhumatisme articulaire qui se prolonge pendant deux mois et demi.

A sa sortie de l'hôpital, il est admis dans un pensionnat comme domestique et y séjourne près de huit mois. « J'étais, dit-il, très bien considéré; malgré cela mon idée criminelle me poursuivait toujours et ne me laissait pas tranquille. Un élève avait un couteau-poignard, j'eus envie bien souvent de lui prendre et de me sauver.

« A cette époque j'avais l'idée d'assassiner ma mère, et c'est, je crois, l'idée qui m'a tenu le plus longtemps et ne me laissait pas un moment de repos du côté de l'esprit. »

Il s'enfuit du pensionnat, retourne au Havre pour s'engager dans la marine marchande, revient à Paris où il est arrêté et condamné à trois mois de prison (octobre 1867), pour n'avoir pu payer sa dépense dans un restaurant et avoir refusé d'indiquer son domicile.

A sa sortie de prison et après un court séjour dans un établissement de patronage, il s'engage dans le corps des zouaves pontificaux. Il déserte après quatorze mois de service, revient à Paris et trouve un emploi de garçon d'office dans un restaurant.

« J'avais fait la connaissance d'une fleuriste; nous nous aimions bien et j'étais heureux quand l'idée du crime me revint. Tous les jours j'étais prêt à prendre un couteau de cuisine chez mon patron, et cette fois j'avais grande envie de frapper ma mère; je restai dans cette alternative pendant quinze jours. »

Nouveau départ et nouveau voyage au Havre où il est occupé dans divers restaurants. Il passe l'hiver à Honfleur, revient encore à Paris en mars 1870, et est employé comme homme de peine chez un brocheur, qu'il quitte bientôt pour devenir ouvrier champignoniste aux environs de Meulan.

De là il rentre à Paris pour s'engager dans le 1er régiment de zouaves qu'il va rejoindre à Alger. Rentré en France, il est libéré le 16 mars 1871. Pendant la Commune il sert dans les vengeurs de Paris et trouve plus tard une place chez un fabricant de cols. Nouvel engagement dans les zouaves dont le régiment tenait garnison en Afrique. Il fait la connaissance d'une fille R...

dont il a un enfant. Il quitte régulièrement le service, rentre à Paris avec sa maîtresse qu'il voulait épouser. Sa mère le détourne de ce mariage, et il perd de vue la femme et l'enfant.

« Tout cela revint me retourner l'esprit, et après vingt-quatre heures de résistance contre moi-même, j'assassinai la fille Cotard. Le malheur que m'avait prédit R... et d'autres personnes le voici : c'est d'avoir assassiné une pauvre femme que je ne connais pas et d'aller passer vingt ans, peut-être ma vie dans les bagnes.

« Fait à Mazas en attendant jugement, Henri Thouviot, *l'assassin.* »

L'autre écrit débute par cette phrase sententieuse : « Quand l'homme vient au monde, la destinée s'empare de lui : elle le suit dans toutes les étapes de la vie, elle en fait un honnête homme ou un malfaiteur, et quelquefois ce qui est pire, un assassin. » Suit un exposé de la vie heureuse de l'ouvrier vertueux. La destinée a voulu qu'il fût un assassin, qui donc devait-il assassiner? Sa mère, et il termine par le regret de ne pas s'être arrêté, comme il dit, à l'idée précédente.

L'exposé biographique de Thouviot est exact et n'a été contredit qu'en un point par l'enquête. Son instabilité date presque de l'enfance, et l'excès de mémoire dont il fait preuve dans ses écrits comme dans ses récits a un caractère pathologique. Il omet seulement une seconde condamnation à 25 francs d'amende pour résistance aux agents et ivresse supposée. Ces deux condamnations sont d'ailleurs les seuls antécédents judiciaires du prévenu.

L'interrogatoire de Thouviot a eu lieu presque immédiatement après l'accomplissement du crime. Le procès-verbal du commissaire de police du quartier de la Sorbonne fournit les renseignements les plus explicites que l'instruction judiciaire confirme et complète. Il est ainsi possible de suivre pas à pas le prévenu depuis son enfance jusqu'au jour, 26 novembre 1874, où la justice décida de son sort.

Thouviot entre au restaurant de la rue Cujas pour y prendre

un repas. En traversant de la pièce du fond où il avait déjeuné dans celle du devant, il passe près de la fille Cotard assise à une table et occupée à nettoyer des couteaux. Il met la main gauche sur l'épaule droite de la victime et la frappe en pleine poitrine avec son couteau qu'il tenait de la main droite ; le couteau ensanglanté tombe à terre et le coupable sort de la boutique (déposition du restaurateur Gautier et de sa belle-sœur).

Barbier, qui passait dans la rue Cujas, raconte que Thouviot, en sortant promptement de la boutique dont il avait fermé la porte avec violence, a commencé par s'enfuir, puis il a marché tranquillement ; le témoin et son frère l'ont saisi par le bras en lui disant : « Venez, une dame de la rue Cujas veut vous parler. » Thouviot s'est retourné et a répondu : « Laissez-moi tranquille, je ne vous connais pas. » Puis il s'est décidé à suivre le témoin.

Arrivé rue Cujas, il a regardé la femme qu'il venait d'assassiner et a dit : « Eh bien oui, c'est moi ; ne me laissez pas au milieu de la foule, emmenez-moi au poste de police. « Il a prétendu, ajoute Barbier, que c'est une monomanie qu'il avait depuis six ans, et que les femmes avec lesquelles il vivait ne se doutaient pas de ce qui les attendait. »

Fouillé au moment de son arrestation, Thouviot est porteur d'un carnet où sont consignées les notes suivantes : « Depuis longtemps, j'ai l'idée du crime. L'envie de donner un coup de couteau date de 65 ; je voudrais n'être connu de personne et que personne ne se soit jamais intéressé à moi.

« Je suis le plus grand *ipocrite* que la terre ait supporté ; à quoi ai-je été bon jusqu'à ce jour? à rien, c'est le mot.

« Tout le monde se demande pourquoi j'ai assassiné! Tout simplement pour sortir de la situation où je me trouve. J'ai essayé de travailler, de me bien conduire ; en un mot j'aurais voulu être heureux ; mais il est écrit dans ma destinée que je dois aller au bagne ou sur l'échafaud. — Ainsi, en ce moment, je déjeune et, en même temps *de* deux femmes qui se trouvent dans l'établissement, je me demande laquelle je vais frapper. Après le coup fait, je ne demande à mes juges qu'une chose, c'est de me

faire couper la tête immédiatement. Le définitif de tout est que, s'il y a un Dieu, il est bien injuste. J'ai voulu bien faire ; mais je n'ai jamais pu chasser toutes ces idées de crime !!! »

Interrogé par le commissaire de police, il répond à la question qui lui est posée sur le mobile de son crime : « C'est la satisfaction d'une idée que j'ai depuis longtemps. »

« Je n'avais pas choisi de victime spéciale. J'ai passé la nuit avec une femme ; si je n'en ai pas fait ma victime, c'est par suite de circonstances qu'il m'est impossible d'indiquer, car j'avais déjà ouvert mon couteau et je lui ai montré. Elle l'a trouvé joli et je n'ai pas osé mettre mon projet à exécution. »

Plus tard, Thouviot expliquera avec moins de réserves les motifs qui l'ont retenu, et la déposition de la fille avec laquelle il a passé, en effet, la nuit précédente, fournira d'utiles éclaircissements. Thouviot continue : « J'ai acheté le couteau hier et j'avoue l'avoir acquis exprès pour satisfaire mes idées de meurtre.

« J'ai écrit les notes que vous me représentez avant et pendant mon déjeuner, et j'ai taillé le crayon avec mon couteau. »

Confronté le soir même avec le cadavre de la fille Cotard, il indique froidement dans quelles conditions il l'a frappée, et il *sourit* quand on lui demande si c'est bien lui qui est l'auteur du meurtre. Le commissaire de police a cru remarquer sur le visage de Thouviot une expression de satisfaction sensuelle en regardant le cadavre et le sang. Tout au moins, ce magistrat ne retrouve pas, chez le prévenu, la tenue accoutumée des coupables dont le crime vient d'être découvert.

La déposition de M. Cassier, son patron, nous éclaire sur l'attitude de Thouviot pendant les quelques jours qui ont précédé le 12 juin. Son humeur s'était assombrie, il parlait moins, semblait *être plus en lui-même ;* il avait fait une visite à sa mère et avait eu quelques démêlés avec elle.

Le 11 juin, jour où il sortit de chez son patron pour faire des courses, il avait l'air préoccupé, absorbé, ne paraissant pas comprendre, faisant répéter les questions. On n'a jamais remar-

qué qu'il fût enclin à la boisson ou à une excitation quelconque, ni qu'il eût, dans ses actes ou dans ses paroles, la moindre tendance à un dérangement de l'esprit.

Le témoin rappelle incidemment un fait important. Thouviot lui aurait raconté qu'il aurait déserté, étant aux zouaves pontificaux ; qu'un jour ayant été arrêté pour ivresse et mis à la salle de police, il avait simulé un accès de folie ; qu'on l'avait transporté à l'hôpital et qu'il avait obtenu un congé de trois mois.

La fille S., avec laquelle il a passé, en effet, la nuit du 11 au 12 juin, dépose que, pendant la nuit, Thouviot avait, par intervalles, le sommeil agité. Le 12, au matin, ils ont déjeuné ensemble de pain, de vin blanc et de café au lait que Thouviot était allé chercher. Puis, sans motif, il a tiré un couteau de sa poche, qui était neuf et joli, ce qu'elle n'a pu s'empêcher de lui dire, à quoi il a répondu que ce couteau lui avait été donné la veille par un de ses anciens camarades de régiment.

Comme la fille S. ne pouvait ouvrir le couteau, il l'ouvrit. Elle était couchée, il était assis au pied de son lit, tenant toujours le couteau à sa main ; puis il l'a refermé et remis dans sa poche en disant qu'il servirait.

« J'étais un peu émue, ajoute la fille S. ; mais il ne fut plus question du couteau et, à 10 heures et demie du matin, il me quitta. » A propos de cette déposition, Thouviot explique que, s'il n'a pas dit à la fille S. qu'il avait acheté le couteau la veille, c'était pour ne pas lui laisser craindre, *de but en blanc*, le dessein qu'il avait de l'en frapper. Il n'a pas dit que le couteau servirait. Le soir, son projet était de tuer la fille S. ; mais il y a renoncé le matin parce qu'il était dans une maison vaste et habitée où il ne voulait pas risquer d'être arrêté. Il ne voulait pas surtout être soupçonné d'avoir tué pour voler, ce qui n'était pas son intention.

Depuis lors Thouviot est revenu, à diverses reprises et avec une insistance marquée, sur cette crainte de passer pour un voleur. Le logis de la fille était convenablement meublé, l'ar-

moire était pleine d'effets et, malgré ses dénégations, on aurait eu peine à reconnaître si quelques objets avaient été dérobés. Il se complaît d'ailleurs, en toute occasion, à discuter dans leurs détails les plus insignifiants les dépositions des témoins, à rectifier ce qu'il appelle leurs erreurs et à exposer lui-même les faits tels qu'ils se sont passés, dans leurs moindres circonstances. C'est ainsi qu'en présence du commissaire de police, trouvant que ses explications n'ont pas été suffisamment comprises, il prend une règle et s'en sert comme d'un couteau pour bien montrer comment a eu lieu l'assassinat.

Au dépôt de la préfecture, où il est écroué, le prévenu conserve le sang-froid qui avait tout d'abord étonné les magistrats et la conscience vaniteuse de sa personnalité.

Le 16 juin il écrit à sa mère : « Je te demande mille pardons si j'ose t'écrire après le coup que je viens de faire. En attendant que je sois expédié à Cayenne ou à la Nouvelle-Calédonie, très chère mère, tu voudras bien m'envoyer quelques petites choses dont j'ai besoin. Ce sont les dernières choses que je te demande, ne me les *refusent* pas, d'abord du papier à écolier, une main si tu le peux, des plumes, un porte-plume, de l'encre, etc. Je voudrais bien avoir mes souliers napolitains. Ton fils, Henri Thouviot. »

Le 18 juin, il écrit de Mazas une plus longue lettre où se trouve cette phrase : « Crois à une chose, c'est que je ne suis pas fou. »

Le 19, il s'excuse près de son patron d'avoir emporté 40 fr., et termine en disant : « Je croyais porter ma tête sur l'échafaud, mais je n'aurai que les travaux forcés. » A partir de cette date et pendant le long espace de temps où il est soumis à l'enquête judiciaire et à notre examen, Thouviot reste identique à lui-même. Pas une crise épileptiforme, pas un malaise ne vient troubler sa santé physique et rien n'aurait échappé à l'observation intéressée et assidue de ses deux compagnons de captivité.

Une seule fois, il aurait commencé une tentative de suicide.

« Après le départ de M. J., un de ses anciens protecteurs, qui lui avait adressé quelques reproches, Thouviot, dit le directeur de Mazas, s'est mis à pleurer. Tout d'un coup, il a voulu s'étrangler avec son mouchoir. Les détenus qui sont près de lui l'ont empêché, en se jetant sur lui, d'exécuter son projet. »

La période de sa longue détention préventive à Mazas, du 18 juin au 26 novembre 1874, s'écoule sans incidents sous la plus attentive surveillance. Il passe son temps à écrire des lettres au juge d'instruction, demandant qu'on lui fournisse les menus objets dont il a besoin, écrivant, dessinant, et il dessine avec quelque facilité, causant avec ses codétenus et prenant le rôle de chef de la chambrée. Jamais une plainte n'est portée contre lui pour une infraction à la discipline. Les surveillants le trouvent docile et déclarent qu'ils n'ont rien à lui reprocher. Jamais ils n'ont eu à signaler une crise d'excitation ou de dépression exceptionnelle.

On nous saura gré d'avoir exposé avec un excès de détails l'histoire de Thouviot. Il est rare qu'on puisse suivre ainsi pas à pas toute la vie intime d'un malade. Ces observations prises sur le fait et indéfiniment poursuivies deviennent de véritables matériaux scientifiques.

L'opinion que nous avons exprimée dans notre rapport pourra trouver des contradicteurs ou soulever des objections, mais l'approbation ou la critique portera sur une base solide. De ce rapport très développé nous extrayons la partie relative à l'étude pathologique, sans revenir sur les faits que nous venons d'exposer.

Il est évident que, pendant la surveillance prolongée à laquelle il a été soumis, Thouviot n'a donné aucun signe d'aliénation de nature à justifier une expertise médicale. C'est le fait seul accompli en dehors de ce qu'on appellerait *la technique du crime*, qui a éveillé la sollicitude des magistrats.

Mesurer la sanité intellectuelle d'un homme d'après un seul de ses actes est un problème toujours délicat et souvent insoluble. Le médecin expert doit, en principe, faire abstraction du

fait et chercher ses éléments de décision dans l'examen direct du prévenu. S'il est démontré qu'il existe une perversion pathologique, le crime ou le délit, quel qu'il soit, cesse d'être le résultat d'une libre délibération, et la responsabilité passe du malade à la maladie.

Plus un crime est énorme, plus la moralité de celui qui s'en est rendu volontairement coupable est abaissée. Il s'en faut que l'énormité de l'acte commis par l'aliéné, et qui serait criminel pour tout autre, corresponde à l'intensité et surtout à la continuité de la folie. La proposition inverse se rapprocherait davantage de la vérité. C'est par une rare exception que les aliénés qui représentent le dernier degré de la déchéance intellectuelle se livrent à des actes graves, de nature à appeler l'intervention de la justice.

Il convient donc de se dégager de ce préjugé instinctif, mais en contradiction avec l'expérience, que la profondeur des troubles intellectuels est en proportion avec les agissements nuisibles qu'ils ont entraînés.

L'étude des rapports de l'acte avec l'état mental de celui qui l'a perpétré a, dans le cas de Thouviot, une telle importance, que nous nous sommes crus obligés d'exposer les données acquises à la science avant de les appliquer.

En limitant la recherche à l'homicide, les meurtres commis par les aliénés peuvent être classés dans les catégories suivantes :

1° Le malade agit conformément à ses convictions délirantes. Il suppose, par exemple, qu'il est persécuté par un individu dénommé, que cette poursuite sans excuse menace sa vie et, se considérant dans le cas de légitime défense, il va au-devant d'un assassinat dont il serait victime. Le point de départ a été une conception maladive, mais l'élaboration logique de l'idée s'est faite presque régulièrement.

Thouviot semble avoir, par intervalles, côtoyé cette forme d'impulsion délirante. Sa mère était, à ses yeux, responsable de ses découragements, de l'infériorité de sa situation, et même de son instabilité de caractère.

L'idée d'en finir avec cet ennemi intime se serait plusieurs fois présentée à son esprit, mais elle n'a jamais reçu que des commencements douteux d'exécution.

Ces accès confus, racontés par l'inculpé, échappent à notre contrôle. En tout cas, il est certain que le meurtre de la fille Cotard ne se rattache à aucune des modalités pathologiques désignées sous le nom de délire de persécution.

2° L'aliéné faible d'esprit, imbécile, et par suite incapable de résister aux propensions, quelles qu'elles soient, est ou croit être insulté, menacé, violenté, par un tiers. Il obéit à l'instinct brutal, frappe, tue sans être arrêté par une délibération intérieure au-dessus de ses forces intellectuelles. Là encore, le crime s'explique par une provocation imaginaire ou vraie. Le tout se fût réduit pour un homme sain à une querelle, mais l'aliéné a perdu le sens de la mesure. De même qu'il eût pu supporter, sans se plaindre, des violences extrêmes, il repousse, par un assassinat, des offenses prétendues ou insignifiantes.

Thouviot n'est pas davantage dans cette condition. Bien que son intelligence réelle soit fort au-dessous de l'opinion qu'il en a, elle rentre dans une moyenne qui suffit, et au delà, à la gouverne de la vie.

Dans ces deux espèces de meurtre, l'aliéné reste après le crime ce qu'il était auparavant : que le fait nuisible ait eu lieu ou non, l'aliénation se reconnaît, indépendamment des conséquences, aux caractères séméiotiques qui lui sont propres.

3° Il existe des types de folie d'un diagnostic plus complexe et qui fournissent au meurtre l'appoint le plus considérable. Le délire est intermittent, il apparaît par crises plus ou moins prolongées, et ne laisse pas de traces durant les intervalles.

De ce nombre sont les folies toxiques et au premier rang l'alcoolisme aigu. C'est d'ailleurs aux intoxications alcooliques qu'il faut recourir toutes les fois qu'on veut pénétrer dans l'étude approfondie des délires impulsifs se répétant par accès.

Le malade sous l'influence de l'empoisonnement alcoolique aigu est pris d'entraînements soudains qui le portent à l'assassinat ou au suicide. L'idée de la mort domine son trouble intellectuel et même, s'il est inoffensif, il a encore peur de l'échafaud, de la condamnation à une peine capitale, etc. L'acte succède à la pensée, plus ou moins soudain, plus ou moins conforme aux conceptions dominantes qui agitent l'aliéné, mais souvent en désaccord avec l'excitation apparente. On voit alors combien les entraînements maladifs comptent peu avec les lois physiologiques de la moralité humaine : l'alcoolique commet indifféremment un meurtre ou un suicide, et son éclair de violence porte également sur un objet inanimé et sur un être vivant. Thouviot n'a pas d'habitudes de boisson, ou tout au moins on ne trouve chez lui aucun des signes pathognomoniques qui persistent si longtemps, même après la cessation de l'accès. D'ailleurs, si réduite que puisse être la durée d'une crise d'alcoolisme aigu, elle ne s'épuise pas par le fait du crime accompli, et on n'eût pas manqué de noter, au moment de l'arrestation, un trouble manifeste de l'intelligence.

Les affections cérébrales déterminent des attaques encore moins durables, avec tendance impulsive au meurtre ; tel est le cas de certains délires aigus et de l'épilepsie. — L'épileptique frappe sans raison ; il tue pour tuer, et ne semble même pas avoir été dominé par la pensée de nuire. Bien que les violences comitiales présentent le plus souvent des caractères distinctifs, il se peut que, dans la précipitation de l'enquête immédiate, ces indices aient échappé.

Etant donné un crime sans motifs, sans explication et dont l'étrangeté avait frappé les magistrats expérimentés en ces matières, nous avons dû rechercher les moindres symptômes d'une maladie cérébrale à attaques épileptiques ou épileptiformes, et la plus minutieuse investigation n'a fourni que les données suivantes :

Thouviot n'a ni insomnie, ni tremblements, ni embarras de la parole, ni trouble fonctionnel intermittent ou durable du sys-

tème nerveux. Sous ce rapport, il est absolument explicite et, d'ailleurs, il ne paraît pas supposer qu'on puisse jamais tenir pour aliéné un homme tel que lui.

Les pupilles sont inégalement dilatées, la vision de l'œil gauche est affaiblie, mais l'examen opthalmoscopique, qu'il serait inutile de reproduire, a permis d'exclure une lésion encéphalique se propageant à la trame nerveuse du fond de l'œil.

En remontant dans le passé, Thouviot raconte qu'à diverses reprises il a été frappé d'un vertige subit avec perte de connaissance. Une attaque de ce genre aurait eu lieu pendant une revue, à l'époque où il servait comme zouave en Algérie. De pareilles défaillances se seraient produites depuis lors, mais à de rares intervalles, moins intenses, et n'entraînant à leur suite aucun désordre physique ni moral, même passager.

Bien que ces indications, les seules que nous ayons été à même de recueillir, ne soient pas sans valeur, elles ne suffiraient pas à motiver le diagnostic d'une épilepsie larvée, si tant est que ce diagnostic puisse être, dans l'état actuel de la science, sûrement établi. Il reste acquis seulement que Thouviot a présenté des phénomènes cérébraux qui, pour être accidentels et transitoires, n'en ont pas moins de gravité et constituaient une vague menace pour l'avenir.

4° Est-on autorisé à admettre une dernière classe de malades poussés au meurtre par une violence irrésistible et passagère, sans autres perversions physiques ou psychiques constatables durant l'accès, sans troubles caractérisés de l'intelligence après la crise ? A cette question aucun médecin ne peut hésiter à répondre par l'affirmative.

Des exemples nombreux, observés, analysés, commentés par les plus éminents observateurs, ont été publiés, et quels que soient les doutes qui s'élèvent sur leur interprétation, leur authenticité est restée hors de discussion.

Il nous serait aisé de rapporter une série de ces faits probants, si les preuves de ce genre n'excédaient l'étendue d'un rapport médico-légal.

Les aliénés qui rentrent dans cette catégorie obéissent à des impulsions limitées. Aucun n'agit sans la pression d'une vague tendance qui le porterait, comme dans les espèces précédemment énoncées, à n'importe quelles violences. Chaque fois que la crise se répète, elle a lieu sous la même forme, avec les mêmes appétits et les mêmes aboutissants. Tantôt, moins intense, elle s'épuise d'elle-même ; tantôt elle s'éteint après un commencement d'exécution avortée ; tantôt, au contraire, portée à son maximum, elle ne cesse qu'après l'accomplissement de l'acte commandé par ce délire de sentiments. Il en est ainsi, d'ailleurs, de l'épilepsie, des folies toxiques et de la plupart des maladies à accès, qui varient de degrés sans changer de types.

Si les attaques sont plus ou moins intenses, elles sont également plus ou moins fréquentes et plus ou moins durables. De longues périodes, des années, peuvent s'écouler sans qu'elles se renouvellent ; elles sont instantanées, fugaces, ou au contraire elles se prolongent pendant des journées et des semaines, croissant par une progression continue ou soumises à des oscillations.

Elles diffèrent des crises épileptiques par un caractère essentiel : les malades n'ont pas perdu la conscience, ils se souviennent, et ils sont en mesure de raconter leurs accès souvent jusque dans les moindres circonstances.

Leur description uniforme permet d'instituer la séméiologie de ces attaques. L'impulsion consciente s'exprime tout d'abord ou par la pensée obsédante, ou même par la crainte de commettre l'acte qui répond au délire. Peu à peu s'adjoint à cette idée dominante une sorte d'état vertigineux qu'on retrouve dans tous les appétits maladifs, mais qui n'abolit pas l'intelligence. Aux premiers stades, le moindre obstacle peut devenir un empêchement, une diversion puissante suspend ou supprime la crise ; la moindre cause d'excitation, qu'elle soit morale ou physique, la redouble, et ces causes varient suivant l'objet spécial de l'impulsion délirante. L'acte ainsi préparé, même dans les formes

en apparence les plus instantanées, prend un aspect de préméditation qui répond à cette façon d'élaboration successive. La soudaineté de l'épilepsie, moins absolue d'ailleurs qu'on ne le suppose, n'admet pas au même degré ces indécisions et surtout ces retardements dans l'exécution de l'acte. L'action une fois commise, la crise non éleptique cesse d'ordinaire presque soudainement, et le malade, rentré en possession de son activité intellectuelle, peut être assez maître de lui-même pour s'évader ou pour combiner les moyens d'échapper aux recherches. On s'explique ainsi comment, dans les faits d'impulsions incendiaires ou de kleptomanie, le coupable se soustrait si souvent même aux soupçons.

On aura complété la caractéristique sommaire de l'accès propulsif en ajoutant qu'il aboutit presque toujours à un crime ou à un délit inexplicable. L'aliéné n'était animé *ni* par une passion ni par un intérêt, et le hasard seul a désigné sa victime. Pour l'homicide tout au moins, les choses se passent ainsi, sauf de rares et contestables exceptions. Qu'on relève les faits consignés dans la science, et on sera frappé de la part qui revient à l'imprévu; il suffit que l'occasion soit venue au moment où, pour ainsi parler, la crise était mûre.

Si l'appétit du meurtre procédait seul par accès, l'analyse en serait contestable, mais il existe des propulsions moins violentes, et qui, ne sollicitant l'émotion ni du malade ni de l'observateur, s'arrêtent à mi-route ou se résolvent en des actions moralement insignifiantes, et se prêtent à un facile examen. Or, conformément à la règle que nous avons rappelée et qui trouve ici son application, l'énormité de l'acte n'a, malgré son importance sociale, aucune signification pathologique.

Pour citer une preuve, que de fois il arrive, et en particulier dans les délires toxiques ou épileptiques, que, dans le cours de crises successives, le même malade soit entraîné tantôt à l'homicide et tantôt au suicide! Pourvu qu'il y ait mort d'homme, son appétit est satisfait.

Après la crise, la situation mentale ne présente rien de charg[illegible]

LASÈGUE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

téristique. Il est certain que le médecin le plus expérimenté, mis en présence d'un de ces aliénés intermittents, ne soupçonnerait pas l'étendue du désordre latent ou expectant. Il en est de même dans un si grand nombre d'affections, que ces suspensions complètes rentrent dans la définition des intermittences pathologiques. Le crime ou la violence accomplie, on ne retrouve que des indices incertains dont la trace eût échappé sans ce solennel avertissement.

Thouviot appartient à la catégorie dont nous venons de retracer successivement les principaux caractères. Son histoire médicale, jusqu'au jour de l'assassinat, s'est passée sans témoin, dans l'intimité de son for intérieur ; force est donc de s'en rapporter aux renseignements qu'il fournit sur lui-même. Nous n'hésitons pas à admettre la sincérité de son dire, et parce qu'il n'essaye ni de se justifier ni de s'excuser, et parce qu'il reproduit les formules accoutumées des aliénés impulsifs. Les crises se sont reproduites à d'assez rares intervalles ; il en a été exempt pendant les deux années qu'il a passées en Afrique. A son jugement, sa mère aurait une large part de responsabilité, à cause de l'éducation défectueuse qu'il a reçue. Le contact avec sa mère entretiendrait chez lui une irritabilité toute favorable au développement des accès. Ce sont là de simples interprétations qu'il n'invoque pas d'ailleurs pour s'excuser de son crime. Thouviot raconte complaisamment l'évolution de la crise qui s'est terminée par le meurtre de la fille Cotard. Il en suit les péripéties, on pourrait presque dire les ondulations. La veille, l'idée d'assassiner une fille publique l'avait poursuivi ; il en a été détourné par la pensée qu'on l'accuserait d'avoir tué pour voler. Le lendemain, obsédé comme la veille, mais sans avoir perdu la conscience, plus entraîné que vertigineux, capable d'écrire sur son carnet les lignes que nous avons reproduites, il a frappé au hasard. Le restaurant lui était aussi inconnu que la victime; la jeune servante se présente et il ne résiste plus. C'est d'ailleurs un fait commun que ces meurtres aient pour objet un enfant, un individu jeune, exceptionnellement un vieillard. Thouviot était

conscient de l'impulsion avant le crime, il se souvient de ce qui s'est passé à la suite et ne conteste aucune des allégations du procès-verbal.

Si, laissant de côté l'attaque et la période qui l'a suivie immédiatement, on étudie l'état mental actuel du prévenu, on s'étonne de voir combien il s'écarte de celui des criminels ordinaires. Il cause du crime librement, sans émotion, sans repentir, comme s'il eût été commis par un autre. Dans les longs entretiens que nous avons eus avec lui, il semble que son passé lui soit étranger, et la conception de l'avenir est encore plus confuse. Vaniteux, convaincu qu'il était doué de qualités auxquelles on n'a pas donné l'occasion de se développer, emphatique dans l'expression de ses vertus sentimentales, il est, lorsqu'on lui parle du lendemain, plus imprévoyant qu'un enfant : la prévision réfléchie est évidemment au-dessus des forces de son intelligence. Son autobiographie, qu'il signe non sans quelque orgueil du nom de Thouviot *l'assassin*, donne, par certains côtés, une notion vraie de son état mental, à l'exception de ses défaillances enfantines. Indifférent au crime, il ne l'est pas à des caprices puérils, et il demande avec plus d'instance une épreuve de sa photographie qu'un renseignement sur l'avenir qui lui est réservé.

Hors de là, pas de traces de délire, pas d'indices de maladie physique ; s'il avait été arrêté sous l'inculpation d'un délit de vagabondage, on accorderait qu'il se maintient dans la mesure presque normale.

En déclarant Thouviot aliéné sous la forme que nous avons longuement exposée, en affirmant que, pendant la crise, il avait perdu son libre arbitre pour subir une impulsion maladive, nous ne nous référons pas seulement à la saisissante bizarrerie du crime, mais nous empruntons à l'observation du malade, prolongée pendant des mois, les considérants de notre opinion.

Thouviot nous a présenté les symptômes d'une maladie clasique, dont nous avons cru devoir retracer les traits essentiels ;

il était aliéné quand il a accompli le crime; il est aujourd'hui dans une période d'intermission et sous la menace de rechutes dont la date à venir ou l'intensité échappe à toute prévision.

A la suite de ce rapport, déposé le 12 novembre 1874, une ordonnance de non-lieu fut rendue sur le réquisitoire de M. Bigot, substitut, par M. de Baillebache, juge d'instruction, et Thouviot fut transféré à Bicêtre, où il est actuellement.

Pour résumer en peu de mots le diagnostic dont nous venons de reproduire les considérants, Thouviot n'est pas atteint d'une épilepsie larvée.

Si on veut classer sa maladie sous la rubrique de cette espèce morbide, il faut en étendre indéfiniment la définition.

En dehors de l'épilepsie, qui explique le plus grand nombre des cas de délire par accès aboutissant à des violences, il est nécessaire de maintenir le type, admis par tant de maîtres ou d'observateurs éminents, du délire impulsif non épileptique, auquel on a imposé les noms divers de monomanie instinctive, de monomanie impulsive, etc.

Nous avons été commis, le Dr Blanche et moi, pour constater l'état mental du nommé Chabot, âgé de 42 ans, accusé d'assassinat sur la personne de sa mère.

L'acte d'accusation donne des faits un résumé succinct mais complet, et les débats ont ajouté peu d'informations utiles. Le crime était avoué, la violence avait été courte et terrible, aucun témoin n'assistait à la scène.

Voici, textuellement, l'exposé soumis à la Cour et au Jury :

« La dame Chabot est devenue veuve en 1857 ; elle avait quatre fils : Jules, l'accusé ; Eugène, Charles et Émile ; Charles était en ce moment à l'armée. Les deux frères, Jules et Eugène, ont demeuré pendant sept années avec la mère de famille, l'aidant dans l'exploitation de son commerce de boucherie, boulevard de la Villette.

« Émile s'était engagé de bonne heure, et il est encore musicien dans un régiment en garnison à Brest. Eugène ayant été

appelé au service militaire, l'accusé est resté seul auprès de la veuve Chabot jusqu'en 1872, époque à laquelle elle a vendu son fonds. En février 1876, Eugène a acheté un étal, 14, rue d'Allemagne; il a pris avec lui sa mère et son frère Charles.

« En 1873, de graves mésintelligences se sont élevées dans la famille : Jules et Émile, cédant aux conseils d'un agent d'affaires, ont demandé la liquidation de la succession de leur père qui était restée indivise du consentement de tous. Cette opération a été terminée le 14 mai 1875. Elle paraît avoir entraîné des frais considérables et a donné lieu à de nombreuses difficultés entre les copartageants. Le notaire qui en a été chargé affirme que déjà, à cette époque, l'accusé avait manifesté des sentiments de grande animosité contre sa mère. Charles et Eugène, qui étaient restés en bons rapports avec la veuve Chabot, ont renoncé à prélever ce qui leur revenait. Jules et Émile ont reçu chacun 250 francs, montant de leur part héréditaire.

« A partir du règlement de leurs intérêts, toutes les relations avaient à peu près cessé entre l'accusé, sa mère et ses frères Charles et Eugène. Sa haine avait persisté, et il ne craignait pas de dire à un témoin qu'il en voulait à sa mère jusqu'à la mort. Il n'avait pas paru depuis six mois environ à l'étal de la rue d'Allemagne, lorsqu'il s'y présenta le 7 mai dernier, vers quatre heures et demie du soir. Il resta d'abord silencieux, refusant de répondre aux questions qui lui étaient adressées et regardant ses frères vaquer à leurs occupations. Pendant ce temps, la veuve Chabot était assise à la caisse, dans l'arrière-boutique. Au bout d'une demi-heure, il s'approcha de sa mère et se mit à causer avec elle. La conversation ne paraissait pas fort animée. A ce moment, Eugène s'était éloigné pour faire une course aux environs. Charles était seul et lisait un journal. Tout à coup, il entendit un bruit sourd, semblable à celui que produit un coup porté avec violence. Il s'élança dans l'arrière-boutique et trouva sa mère renversée sur le côté gauche, la tête appuyée sur une chaise; elle venait d'être frappée à la tempe par l'accusé. En même temps, il arracha de la main droite de celui-ci une corde enroulée autour

du poignet, et à l'extrémité de laquelle se trouvait attaché un poids d'un kilogramme. Aux reproches que lui adressait Charles, Jules répondit : « Ce n'est pas à toi ni à mon frère que j'en veux, c'est à ma mère; je m'en vais chez le commissaire de police. »

« Charles courut chercher du secours. Jules sortit et fut, peu d'instants après, arrêté dans la rue.

« La veuve Chabot est morte le 11 mai des suites de ses blessures. Le médecin chargé de l'autopsie a constaté qu'elle avait succombé à une fracture multiple de la région pariéto-temporale droite, compliquée d'enfoncement des fragments, d'épanchement de sang intra-crânien et de contusion cérébrale étendue.

« Mis en présence du cadavre de sa mère, l'accusé n'a manifesté aucune émotion. Il a reconnu qu'il avait prémédité son crime et qu'il avait acheté, à la fin d'avril, un poids et une corde avec l'intention de s'en servir pour frapper sa mère. Il a ajouté que celle-ci lui avait, le 7 mai, parlé d'affaires de famille, et l'avait provoqué en lui reprochant de l'avoir mise sur la paille.

« Dans son interrogatoire, il a modifié ses premières déclarations. Il a prétendu que, lorsqu'il s'était procuré la corde et le poids, il n'était pas animé d'intention coupable. Il croyait la veuve Chabot propriétaire du fonds de la rue d'Allemagne; le 7 mai, il s'était rendu auprès d'elle pour lui demander de le prendre avec elle, et il s'était muni de son arme pour s'en servir contre elle si elle refusait. Cette idée de meurtre, ajoute-t-il, l'avait même abandonné à son arrivée à l'étal. Sa mère lui avait dit, dans leur conversation, que, par sa faute, elle était sans ressources et obligée de travailler chez les autres. Il avait cru qu'elle se moquait de lui, et il l'avait frappée.

« A raison de certaines bizarreries, constatées par l'information dans la vie de Jules Chabot, son état mental a été l'objet d'un examen médical. MM. les Dʳˢ Lasègue et Blanche ont reconnu chez lui tous les signes d'un trouble intellectuel réel.

Cependant, tout en faisant à sa responsabilité une part fort restreinte, ils ne vont pas jusqu'à l'exonérer complètement. »

Chabot comparut devant les assises le 30 octobre 1877, et malgré les efforts de son défenseur, Me Jullemier, qui demandait l'acquittement, il fut condamné à huit ans de travaux forcés.

Notre rapport, rédigé à la suite de longs et fréquents entretiens avec le prévenu, et après l'examen d'un dossier où étaient condensés les résultats d'une minutieuse enquête, avait été le suivant:

« Chabot est un homme robuste qui ne présente, malgré la recherche la plus attentive, aucun indice de malformation congénitale. En le soumettant à une inspection minutieuse, on ne trouve pas de traces d'affections antécédentes, mais on constate à la nuque deux cicatrices produites par un séton. L'inculpé déclare avoir été malade dans son enfance et, une fois guéri de ces accidents, avoir joui d'une santé irréprochable.

« L'enquête à laquelle nous nous sommes livrés apprend en effet, conformément à l'instruction judiciaire, que tout enfant, vers l'âge de 2 ou 3 ans, Chabot a subi des accidents cérébraux graves, attribués à une chute, et qui auraient exigé un traitement de plusieurs années. Le séton, et c'est un dérivatif commandé seulement par des lésions profondes et menaçantes, aurait été employé pour combattre cette affection rebelle.

« La vie pathologique de Chabot s'explique par cette première atteinte. Un long répit simulant la guérison réelle a succédé aux manifestations initiales, et l'inculpé a pu vivre de la vie commune, apprendre à lire et à écrire sans trop de difficultés, mais il n'a jamais guéri. De même que les enfants dont le cerveau est mal conformé restent sujets, pendant toute leur vie, à des troubles encéphaliques ; de même ceux qui ont traversé au premier âge une maladie cérébrale indélébile demeurent des infirmes intellectuels. C'est à cette dernière catégorie qu'appartient l'inculpé, et si on ne tenait compte de ses antécédents, son état mental serait inintelligible.

« On retrouve en effet, chez lui, les signes caractéristiques de

ces perversions secondaires. Physiquement, son développement est normal ; il semble qu'il se soit fait deux parts : l'une de l'évolution corporelle qui s'est poursuivie sans entraves, l'autre du développement des facultés morales, tantôt suffisant, tantôt défectueux, mais toujours irrégulier, et n'assurant à aucun moment de son existence l'équilibre des fonctions.

« Chabot adolescent, ou parvenu à la période stable de la vie, n'est ni un aliéné ni un homme semblable aux autres. Sobre en toutes choses, poussant, on pourrait le dire, la sobriété à un excès qui répond à l'indifférence, il n'a jamais bu, malgré les entraînements de son milieu ; on ne lui a pas connu de maîtresse, et lui-même déclare avec une sincérité dédaigneuse n'en avoir jamais voulu.

« Étranger à son alentour, il s'isole instinctivement pour obéir à ses goûts très limités, sans rien sacrifier aux aspirations des autres. Son appétit dominant est de se livrer aux exercices gymnastiques qui témoignent de la force musculaire. Dès son adolescence, il descend seul dans la cave de la maison et soulève des poids de plus en plus lourds. C'est là qu'il passe ses heures de loisir, acceptant de temps en temps la lutte avec de rares camarades pour avoir la mesure comparative de sa force. Encore aujourd'hui, on lui fait oublier la gravité de sa position en rappelant ces souvenirs. Plus âgé, il sollicite la permission de se produire dans les fêtes publiques comme athlète. L'autorisation lui est refusée parce que les renseignements recueillis n'inspirent pas confiance, et il a gardé au fond du cœur rancune de ce refus.

« Chabot n'a pas d'amis, même dans sa famille ; il est sombre, taciturne, inquiétant au dire de tous les témoins, bien qu'il n'ait été ni agressif ni injurieux pour personne. Il dort peu et mal, sans qu'on puisse rapporter cette insomnie à des habitudes alcooliques. Le vin lui répugne, il n'en boit ni seul ni en compagnie. Sur ce fond, qui représente déjà un état maladif, se dessinent de temps en temps des crises mal définies, des absences, des frayeurs, des hallucinations confuses. Il reste

absorbé pendant des heures ou des journées, et semble sous le coup d'anxiétés dont la raison échappe, puisqu'il se refuse à toute confidence. Ces accès surviennent la nuit comme le jour : tantôt il s'enferme dans sa chambre avec un luxe de précautions, tantôt il se lève à des heures bizarres, et sort vêtu comme s'il allait à l'abattoir. On cite dans l'instruction des singularités sans nombre et toutes significatives. Pendant la guerre, il revêt un costume singulier, des guêtres blanches avec des rubans noirs; après la Commune, il ne se couche pas sans avoir une fourche dans sa chambre ; un jour il lacère son portrait à coups de couteau ; une autre fois il passe la nuit à laver son linge en chantant et en riant aux éclats. Quelles que soient ces poussées aventureuses, on sent que Chabot se maintient en défiance contre des obsessions ou des dangers sur lesquels il ne s'explique pas.

« C'est au plein de ce désordre sournois, et par conséquent latent de l'intelligence, que surviennent deux événements, l'un réel, l'autre imaginaire, qui paraissent avoir exercé sur l'esprit de Chabot une énorme influence.

« Son père meurt, et l'inculpé reste avec sa mère qu'il seconde dans son commerce de boucherie, et qui subvient à tous ses besoins.

« Un jour, en 1864, Chabot se rappelle à la fois la date et le fait, on lui sert une assiettée de soupe d'un goût saumâtre ; à peine en a-t-il goûté quelques cuillerées qu'il reconnaît, dit-il, la saveur du vitriol. Il s'aperçoit qu'on l'a servi à part, que sa mère s'est réservé une portion qu'elle n'a pas puisée à la soupière. La soupe est jetée aux ordures, mais la nuit Chabot éprouve de la diarrhée, des douleurs d'entrailles : il a été empoisonné par sa mère.

« Six mois plus tard, on lui donne du vin qui contient encore du vitriol.

« Vers 1868, on lui sert une côtelette qu'il trouve toute préparée sur son assiette en venant dîner. La viande, recouverte d'une écume blanchâtre, a un goût particulier. On l'a arrosée de nitrate d'argent acheté soi-disant pour nettoyer les

couverts. Encore un empoisonnement organisé par sa mère.

« Ces prétendues tentatives s'imposent à son esprit sous la forme habituelle aux conceptions délirantes : « Je n'ai pas de « preuves, répète-t-il, et je le sais bien, mais ce sont des faits, « parce que j'ai été malade. » A toute objection il répond : « Vous « avez raison contre moi, je ne peux rien prouver, » et n'en demeure pas moins convaincu.

« Les épreuves de ce genre ne se sont pas multipliées, il cite les trois qui viennent d'être rappelées, et pas une de plus. Leur souvenir ne l'obsède pas, mais à son heure, quand vient la crise d'excitation haineuse, il utilise ces réminiscences et s'en fait à la fois un encouragement et un argument.

« Dix-sept ans après la mort de son père, Chabot, qui a ruminé ses griefs, demande des comptes à sa mère, soit spontanément, soit incité par des gens d'affaires. La succession est liquidée après un assez long délai, sans querelles, sans violences de paroles incompatibles avec la froideur sèche de l'inculpé. Chabot passe une année dans l'oisiveté, vivant de peu, presque de rien, ne demandant d'assistance ou de pitié à personne, et se suffisant avec une dépense de quelques centimes chaque jour.

« A bout de ressources, il entre comme ouvrier dans une fabrique d'huile de pieds de bœuf, à Grenelle. Son gain est limité, son existence absolument solitaire et monotone. Les récits des voisins sont conformes à ceux des habitants des quartiers où s'est passée sa jeunesse : même mutisme, mêmes accès d'appréhension, mêmes actes de défiance inquiète ; sa porte est verrouillée chaque soir, il lui arrive de mettre sa commode en travers pour défendre l'accès de sa chambre ; il garde un nerf de bœuf à la tête de son lit. On en a peur, bien qu'il ne donne prise à aucun reproche.

« C'est à la fin de cette longue période d'éloignement volontaire que Chabot achète la corde et les poids qui lui servirent à commettre son crime. Il hésite pendant des semaines, et son indécision rappelle celles qui précèdent si souvent les suicides.

Le samedi 5 mai, contrairement à ses habitudes, il ne se rend pas le matin à l'usine; l'après-midi, il fait régler son compte par le patron. Son idée est, dit-il, de reprendre sa profession de boucher. Le dimanche, il se promène au hasard dans Grenelle, pensant à sa mère, à ses différends passés, à ses arrangements vagues d'avenir. Le lundi, il va à la Villette, incertain de ses intentions, plaidant en lui-même le pour et le contre, allongeant le chemin pour assurer ses idées. Chabot raconte ses hésitations avec une sorte d'insouciance, mais son récit est si conforme de tout point à ce qu'enseigne l'observation, qu'il ne laisse pas matière à un doute.

« Le crime accompli, et nous n'avons pas à redire comment il l'a été, la crise est épuisée. Chabot se dénonce lui-même. Confronté avec le cadavre de sa mère, il ne marque aucune émotion et semble se complaire alors, comme aujourd'hui, à énumérer les motifs qui l'ont fait agir.

« Ajoutons que, depuis 1875, Chabot a subi une transformation inconsciente dont témoignent des preuves positives. Jusque-là il avait vécu correct dans la forme, étonnant et inquiétant par ses allures tous ceux qui se trouvaient en contact avec lui, donnant prise à des craintes et jamais même à un soupçon. En septembre 1875, il est arrêté et condamné pour vagabondage; le 24 et le 28 décembre de la même année, le 3 janvier 1876, nouvelles arrestations pour le même délit. Pour qui a pu suivre l'existence de ces malades atteints d'une lésion cérébrale larvée et qui ne prend pas les aspects de la folie, ces défaillances répétées à courts intervalles accusent un état de mal et une préparation à des troubles plus menaçants; ni l'inconduite ni la débauche n'ont fourni leur appoint, ou pour ainsi dire leur excuse; la maladie, insidieuse dans son progrès, désordonnée dans sa marche, est seule responsable.

« A Mazas, où il est soumis à une surveillance assidue, où nous avons multiplié nos visites, Chabot ne se dément pas. Tantôt parleur, tantôt silencieux, sombre avec ses compagnons de captivité qui s'en effrayent, incapable de mesurer la valeur et la

portée de ses actes, toujours sur la défensive, interrogeant du regard avant de répondre, ne questionnant jamais, convaincu à la fois qu'il a eu tort en fait, mais qu'en principe il avait raison, nous ne l'avons pas surpris, plus que les surveillants, en proie à un accès de délire en dehors de ses réminiscences d'empoisonnement.

« Est-ce à dire que l'inculpé jouisse de sa raison pleine et doive être considéré comme responsable? Nous ne le croyons pas.

« Chabot rentre dans une catégorie de malades qui représentent une exception dans la population courante des asiles. Jusqu'au jour où un acte étrange, un crime inexplicable a contraint de se poser la question de leur sanité d'esprit, ils passent pour des gens bizarres et n'appellent pas de mesures coercitives. Expansifs, violents comme quelques-uns ou sombres comme Chabot, ils éveillent une impression vague, mais ne justifient pas une conviction précise. On a peur d'eux sans savoir d'où naît et où peut aboutir cette crainte. Les médecins les plus expérimentés ne vont pas et ne doivent pas aller au delà.

« C'est quand l'explosion a eu lieu qu'on remonte vers le passé, et qu'on découvre la maladie qui a couvé à l'insu du malade.

« Les épileptiques représentent l'expression la plus caractérisée de ces affections cérébrales impulsives, revenant par accès, mais il s'en faut qu'ils en représentent le seul type. Chabot n'est pas épileptique; ses crises cérébrales n'ont ni l'instantanéité, ni l'inconscience, ni l'imprévu des attaques comitiales. Lentes dans leur évolution, elles se préparent plus ou moins longuement; beaucoup d'entre elles avortent, et le trouble se réduit aux impulsions inoffensives que nous avons énumérées. Le jour où la crise franche éclate après une incubation durable, elle emprunte à l'épilepsie quelques-uns de ses caractères.

« Pour affirmer la maladie, il faut trouver réunis les deux éléments : celui de la lésion cérébrale permanente, et celui de la propulsion plus soudaine en réalité qu'en apparence, et qui

clôt l'accès. On ne saurait méconnaître que ces deux ordres de symptômes décisifs existent chez Chabot, et c'est pour en prouver l'existence que nous avons dû dresser le long exposé qui précède. L'affection traumatique ou non, mais qui a débuté dans la première enfance et s'est prolongée pendant des années, a été l'origine certaine du mal. A partir de son invasion, Chabot est devenu et est resté un malade. Dans les intervalles demi-lucides, on le trouve ombrageux, plus troublé de caractère que d'intelligence, capable de dissimuler ses tendances ou incapable de les affirmer. Aux périodes critiques, il se laisse d'abord entraîner à un délire limité de persécutions, puis il s'excite à froid, peu à peu, au hasard des irritations morbides, méditant, dans le vide, les événements dont il se croit victime, plus ruminant que raisonnant, mais, dans un stade comme dans l'autre, hors d'état de préserver sa liberté de pensée et d'action. Ces oscillations confuses de l'intelligence excluent les délires continus; mais pour se produire sous un autre aspect, et tout en ne répondant pas à la définition populaire de la folie, le désordre n'en est pas moins profond.

« Notre avis formel est que la maladie cérébrale dont Chabot est atteint, et dont nous avons énoncé les principaux signes annule chez lui la responsabilité presque complètement. »

Ce rapport est l'expression de la pensée commune des deux experts; mais, en dehors du fait, il soulève des questions de doctrine dont je prends seul la responsabilité scientifique, sans engager celle de mon savant collègue et ami.

La Cour et le jury, en condamnant Chabot à une peine moindre que celle qu'eût encourue un parricide réputé sain d'esprit, ont admis à titre d'atténuation : la maladie. Il ne leur a pas semblé que l'accusé fût irresponsable et, se rangeant à notre avis, ils ont adopté un moyen terme.

Le problème des responsabilités limitées s'est trouvé ainsi posé médicalement et résolu judiciairement; mais ce n'est pas sur ce point que je veux m'arrêter.

Chabot n'était certainement pas dans un état d'aliénation continu tel que la vie sociale lui fût interdite. Était-il sujet à des crises qui le privaient à des degrés variables, ou de la conscience de ses actes, ou de la libre délibération sans laquelle aucun acte n'est volontaire?

Les perversions permanentes de l'intelligence prêtent peu à la discussion. Elles sont ou ne sont pas. A l'égal des affections organiques du cœur, elles appartiennent à toute heure à l'observation. Que la maladie soit aiguë ou chronique, qu'elle se montre dans un paroxysme ou durant une rémission, ce sont des différences de degré. Le fond demeure et se constate.

Il en est autrement, au point de vue médico-légal, des formes intermittentes où les accès sont séparés par des intervalles de santé morale, absolue ou relative. L'expert, qui n'est plus un témoin, ne dispose que de renseignements douteux, et son enquête rétrospective n'a pas la certitude que comporte une constatation directe.

L'épilepsie est le type suprême des délires à brusque invasion et à cessation non moins brusque; on a rendu à la science un signalé service en l'étudiant sous ses modalités d'ailleurs peu variées, mais on s'écarterait de la vérité en la représentant comme la somme de tous les possibles.

Déjà, à l'occasion d'un procès criminel des plus dramatiques (affaire Thouviot); nous avons, le Dr Blanche et moi, montré que des crises impulsives, épileptoïdes par quelques-uns de leurs caractères, plus soudaines en apparence qu'en réalité, se prolongeant pendant des heures et des journées, pouvaient survenir en dehors de toute atteinte d'épilepsie vraie.

Le cas de Chabot appartient à une autre espèce.

Tous les médecins savent qu'un homme frappé par une affection cérébrale profonde se manifestant par de graves symptômes comateux, délirants, paralytiques, convulsifs, etc., guérit de la crise sans guérir forcément de la maladie. Après des semaines, des mois, des années, apparaissent de nouveaux accidents reliés à l'attaque initiale par une attache pathologique incontestable.

Ce ne serait pas excéder la vérité de dire que la guérison absolue est plus près de l'exception que de la règle. La comparaison populaire du feu couvant sous la cendre s'applique à merveille à ces espèces banales.

Lorsque les attaques se répètent sous forme de perturbations physiques, elles n'étonnent pas le médecin, qui les avait prévues comme possibles, presque comme probables, sans en garantir le retour.

— Un enfant, et je prends un cas concret, est atteint de convulsions à l'âge de 2 ans. Les convulsions, qui n'ont pas été l'entame d'une affection fébrile, se reproduisent subintrantes pendant vingt-quatre ou trente-six heures, puis tout cesse et tout rentre dans l'ordre. Six ans plus tard, nouvelles attaques, caractérisées cette fois par de la céphalée, du vertige et un strabisme convergent. A 16 ans, chute soudaine au milieu d'une conversation, raideur tonique, réveil incomplet, contraction de la mâchoire, subdélirium; le malaise s'épuise dès le surlendemain. A 17 ans, céphalalgie subite, visions lumineuses, embarras de la parole, guérison déjà moins rapide. Le malade n'est pas un épileptique et néanmoins, en vertu de la diathèse acquise à partir des premiers *insultus*, il est resté un cérébral prédisposé à des attaques.

— Un adulte (35 ans) fait une chute de cheval, il tombe à terre étourdi, demi-comateux, inconscient; on le relève et on le porte dans sa maison sur un brancard improvisé. Après deux ou trois jours de précautions et de soins, il est en mesure de reprendre sa vie habituelle. Quatre ans plus tard, vertige instantané en apparence, précédé en réalité d'un malaise confus; étonnement, troubles de l'articulation des mots, qui se prolongent pendant vingt-quatre heures; pas de paralysie, même limitée ou passagère.

L'adulte n'a pas les immunités de l'adolescent ou de l'enfant. A la troisième attaque, qui a lieu l'année suivante, l'intelligence s'abaisse, des crises moins marquées se multiplient, mal caractérisées, intermédiaires entre la colère et la manie

transitoire. Le caractère s'est transformé plus encore que la raison.

— Un officier (28 ans) est pris, au milieu d'une revue, d'un vertige avec perte de connaissance. On attribue le malaise à une insolation, et Dieu sait combien les insolations ont porté de responsabilités qui ne leur incombaient pas. Le surlendemain, il reprend son service. Six mois après, il éprouve, pendant un bain en rivière, une défaillance qui met sa vie en danger et qu'on rapporte à l'impression du froid. Deux ans plus tard, crise aiguë survenue pendant un congé, sans parité avec les précédentes : sputation incessante, demi-conscience, raideur de la mâchoire inférieure, spasme de la déglutition avec refus d'aliments. L'attaque dure plusieurs jours et se termine par une demi-guérison. Faiblesse relative d'intelligence, indifférence, répétition monotone des mêmes souvenirs. Mort subite, dix ans après, à la suite d'une attaque mal définie.

Tous ces malades, et on pourrait en allonger indéfiniment la liste, ont été examinés avec le plus grand soin. Aucun n'était sous l'influence d'une affection diathésique extra-cérébrale : maladie du cœur, albuminurie, syphilis, diabète, etc. Dût la santé avoir été primitivement troublée par ces altérations profondes, la donnée serait la même. Il s'agissait d'états cérébraux indécis pendant les rémissions, mobiles, presque capricieux pendant les accès, provoquant des crises à périodicité irrégulière et à symptômes non moins irréguliers.

S'ils diffèrent par les phénomènes des attaques, par les malaises plus durables et plus insidieux des longues intermissions, ces malades se ressemblent par une analogie fondamentale : au début, crise spontanée ou traumatique, revêtant la forme d'un accident ou présentant les caractères d'une maladie, rappel des crises, déchéance terminale sous des aspects non moins variés.

Les individus ainsi frappés constituent une classe à part. Ils ne sont ni des héréditaires ni les victimes d'une malformation crânienne qui s'accuse d'ailleurs par des signes peu différents, et je leur donne, faute de mieux, le nom de *cérébraux*.

C'est qu'en effet, à côté des tempéraments congénitaux dont il nous est impossible de ne pas tenir compte, il existe des tempéraments acquis. Cette vérité banale pour les goutteux, les rhumatisants et tant d'autres, ne s'applique pas moins exactement aux sujets dont je viens de tracer à grands traits le programme pathologique.

J'ai envisagé jusqu'ici les faits où l'attaque se manifeste par des événements physiques d'une telle gravité qu'ils font oublier les perversions mentales secondaires. Qu'importe une poussée de délire intercurrent chez un homme dont la vie a paru si menacée!

En observant les choses de plus près, on constate que l'intelligence n'est pas restée indifférente. Des conceptions délirantes sans tenue, des oublis, des efforts improductifs pour ressaisir sa pensée, des excitations menaçantes sans motif et sans but, des agitations incohérentes, mais fugaces, viennent dans la majorité des cas se joindre aux phénomènes convulsifs ou paralytiques. Quand le tout a disparu, le malade ne se souvient pas et les assistants s'empressent d'oublier.

Au lieu que les troubles intellectuels remplissent le rôle de complications dédaignées, il arrive qu'ils revendiquent la première place, ou même qu'ils semblent caractériser l'accès, tant les symptômes d'un autre ordre sont moins signifiants; seuls, ces cas sont du domaine de la médecine légale. Quelques exemples pris au hasard serviront d'échantillons :

— X... est atteint, vers l'âge de 7 ans, d'un accès préparé par de la fatigue vague et se traduisant par une torpeur invincible, sans autres spasmes que des pleurs et des sanglots. L'enfant se rétablit et suit assez incorrectement le cours de ses études. A diverses reprises on est contraint de lui faire quitter le collège pour le soigner dans sa famille.

Le malaise est toujours le même, il débute par de la céphalalgie tolérable; le malade se confine au lit, refusant de répondre, de manger, de se lever. L'accès s'épuise en quelques jours.

A l'âge de la puberté le mal cesse, et on se réjouit d'une

ASILE CLINIQUE
BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

guérison qui dure, avec des rechutes rares et insignifiantes, jusqu'à la trentième année. A partir de cette date, crises d'excitation sans délire vrai, besoin incessant de se mouvoir, incapacité de toute occupation suivie, insomnie. L'agitation devient telle qu'elle force à placer le malade dans une maison de santé. Elle cède au bout de huit à dix jours pour reparaître après quelques mois. Il n'y a pas de période de mélancolie prémonitoire.

Même quand il est réputé jouir de sa santé pleine, X... est indolent ou irritable, il a des caprices d'activité et de désœuvrement qui reviennent au hasard et sont interprétés comme des défauts de caractère.

— B... a été élevé dans une famille régulière, et sa conduite n'a jamais donné lieu à un reproche ou à un soupçon. A l'âge de 20 ans il s'engage, est pris à la caserne d'un accès de fièvre chaude, se jette par la fenêtre. On le porte à l'hôpital, ayant perdu connaissance et grièvement blessé à la tête. Coma, accidents cérébraux à courte évolution, sans conséquences immédiates.

Un an après, en traversant un pont avec sa mère, il s'arrête, déclare qu'il veut se jeter à l'eau, balbutie des raisons confuses. Sa mère le retient sans trop d'efforts. Un quart d'heure plus tard, il était rentré en possession de lui-même, se rappelait exactement l'impulsion qu'il venait de subir et les sensations qu'il avait successivement traversées.

Des accès similaires tantôt conscients, tantôt pseudo-épileptiques, se sont reproduits à des intervalles inégaux.

— Femme (45 ans) employée dans une usine. Étourdissement subit dans un jardin public, sensation de plénitude cérébrale et, comme elle dit, de gravier dans la tête. Obsession soudaine de l'idée qu'elle est abandonnée de Dieu. Après une nuit d'insomnie, guérison assez avancée pour lui permettre de reprendre ses travaux.

Un an plus tard, crise avec violences contre sa sœur. Encore une nuit d'insomnie.

Après plusieurs mois, nouvel accès; il lui semble qu'elle est poussée à tuer sa sœur, et elle se le reproche comme un crime, sans songer à mettre son idée à exécution.

Crises répétées où il lui apparaît subitement comme une tête coupée. Elle sait bien que c'est une illusion, mais elle ne peut s'en défendre.

Autres accès à intervalles plus ou moins éloignés, où elle avale tantôt le mercure d'un thermomètre brisé, tantôt des allumettes trempées dans l'eau, en vue d'un suicide enfantin.

Intercurremment, crises sans délire, tremblement, frissons, anesthésie, toujours passagers, et reparaissant spontanément après des heures ou des journées.

Pendant les rémissions, c'est une femme bizarre, inquiète, dormant mal, mais capable de gagner sa vie. Pas d'excès alcooliques.

Il serait hors de propos de multiplier ces exemples, auxquels la brièveté du résumé enlève une partie de leur intérêt. J'ai voulu seulement marquer les têtes de chapitres.

C'est à cette catégorie qu'appartient Chabot, frappé d'une affection cérébrale, énorme dans son enfance, étrange, incomplet pendant sa vie, soumis à des poussées inégales quant à leur intensité ou à leur durée, variables quant à leur forme, et dont notre rapport donne un sommaire aperçu.

Qu'il s'agisse de désordres physiques, de désordres intellectuels ou de perversions mixtes, l'accident grave du début n'est pour l'observateur qu'un avertissement. Son étude la plus délicate commence après la curation des accidents protopathiques.

Deux directions s'ouvrent alors devant lui, également obligatoires. D'abord s'assurer des reliquats, constater les moindres desiderata du fonctionnement nerveux qui sont comme autantde pierres d'attente. S'il est en présence de phénomènes de l'ordre purement physique, l'examen de la sensibilité sous toutes les formes, celui de la motilité exagérée ou restreinte, celui des altérations trophiques qui témoignent de la continuité du travail morbide doivent être poursuivis dans les moindres détails.

Si les accidents sont psychiques, c'est par une enquête non moins curieuse sur le caractère, les déviations morales, les aptitudes intellectuelles, qu'on déterminera le degré de la déchéance. Un tel inventaire ne sera jamais dressé que par un médecin convaincu des dangers réservés à l'avenir.

En second lieu, inventorier avec non moins de sollicitude les symptômes multiples de chaque crise consécutive à la première attaque, noter les intervalles qui séparent les crises, la succession des accidents, leur durée, leur mode de réparation, le passage de la maladie à la santé et de la santé à la maladie.

Nous n'avons pas à compter sur une définition classique à laquelle on puisse se référer. Rien n'est discordant comme les convulsions épileptoïdes, comme les paralysies passagères et communes dont se composent les attaques secondaires et les combinaisons indéfinies des deux éléments.

Le désaccord n'existe pas à un moindre degré dans les crises mentales. Elles n'obéissent pas même aux règles confuses qui commandent les accidents primitifs plus simples dans leur phénoménologie et dans leur décours, se conformant à peu près à des lois établies par l'expérience. Mais ces contradictions, ces processus désordonnés deviennent pour le médecin une sorte de révélation. Il en conclut qu'il n'assiste pas à la première éclosion, que les manifestations aventureuses dont il est le témoin doivent leur singularité aux antécédents du malade. Un homme sain, touché cérébralement pour la première fois aurait été moins incorrect : à force de s'attacher à une semblable analyse, on arrive à distinguer le primitif du secondaire, et quand, ainsi averti, on remonte obstinément dans le passé, on découvre des précédents laissés de parti pris dans l'ombre ou omis sans intention.

L'enquête dirigée en ce sens aboutit à une notion fructueuse. L'observateur a appris son malade et si vague que paraisse cet éclaircissement préalable, il dominera l'examen ultérieur, conduira à un pronostic mieux assuré et permettra peut-être un jour d'assigner quelques lois à ces états mobiles.

Si les affections cérébrales étaient seules à suivre cette marche insidieuse entrecoupée d'accès tantôt foudroyants, tantôt graduellement progressifs et lentement décroissants, l'exception éveillerait quelques doutes, mais on trouve l'équivalent à quelque branche de la pathologie qu'on s'adresse.

Un homme est atteint pour la première fois d'une bronchite suraiguë qui met sa vie en péril. Il guérit, mais la respiration a perdu son élasticité, un peu d'oppression suit les efforts violents, la toux apparaît par intervalles le matin. Une seconde bronchite se déclare inopinément ou après quelques malaises; elle n'a déjà plus les caractères de celle qui l'a précédée, soit par l'irrégularité de sa distribution, soit par l'existence de foyers mobiles, soit par la participation confuse de la santé générale. Les attaques catarrhales qui se succèdent présentent des phénomènes divers. Puis, après des années, la santé pulmonaire du malade décline et entre les accès s'établissent des affections permanentes.

Sous une autre forme, la maladie a accompli le même parcours que l'affection cérébrale à reprises et il est d'une égale importance, dans l'un et l'autre cas, de ne pas considérer chaque atteinte comme un fait isolé et de le rattacher à ses origines.

En définitive, l'espèce dont je viens de résumer les principaux traits se reconnaît aux caractères suivants: ictus initial, répétition de crises séparées par des intermissions ou des rémissions plus ou moins complètes et plus ou moins durables, ne se reproduisant pas sous un type et avec une durée obligatoires, soit chez les divers individus ainsi frappés, soit chez le même malade.

On accordera, tout au moins, qu'il n'est pas indifférent d'établir une donnée de ce genre, de reléguer au second plan les manifestations psychologiques pour placer au premier rang les symptômes objectifs, et de faire ainsi rentrer la médecine mentale dans le cercle où se meut la médecine tout entière. Moins l'étude de l'aliénation se détachera de celle des affections céré-

brales avec ou sans délire, plus elle approchera du vrai. Nombre de vésanies échapperont à la recherche, et la psychologie pathologique gardera encore un trop vaste domaine qu'on doit incessamment chercher à restreindre.

Médico-légalement, la décision de l'expert double d'autorité si, à la constatation de la crise, il associe l'examen du sujet matériellement et manifestement prédisposé.

L'expert a ainsi à son service, outre les maladies classées auxquelles il doit d'abord se référer, les états qui constituent des diathèses ou des tempéraments pathologiques : l'hérédité, les vices de conformation, les lésions préalables de l'encéphale et par conséquent les héréditaires, les malformés crâniens et les cérébraux.

(*Archives générales de médecine*, 1875 et 1878.)

VOL AUX ÉTALAGES.

Depuis la transformation qu'ont subie nos grands magasins, les vols s'y sont multipliés dans des conditions assez singulières et assez uniformes pour causer quelque surprise.

Parmi les voleurs (et ils sont nombreux) qui exploitent ces établissements, beaucoup rentrent dans les catégories communes : ce sont des commis infidèles, des gens qui font profession de vivre d'escroquerie, des hommes de peine séduits par l'appât d'un gain facile et par les chances d'impunité. Il ne saurait être ici question de ces délits qu'on pourrait appeler classiques et dont les auteurs se retrouvent aussi bien dans les bureaux des banquiers, dans les usines des industriels, que dans les comptoirs des marchands.

Je ne veux parler que des voleurs, et surtout des voleuses de hasard, arrêtés en flagrant délit d'une fraude toujours la même, déférés à la justice, et que les juges expérimentés en ces matières ne reconnaissent pas comme appartenant à la classe des délinquants ordinaires. Le fait brut est hors de discussion; mais les conditions dans lesquelles il s'est produit, les incidents inusités qu'on découvre, les revendications ardentes d'honnêtes familles si rarement mêlées à de telles affaires, l'attitude même des prévenus, leurs procédés d'excuse ou la naïveté de leurs aveux, mettent en éveil la conscience des magistrats. L'administration, si la plainte a été abandonnée ; la justice, si elle est saisie, font appel à l'expérience des médecins familiers avec les troubles de l'intelligence ; elles réclament leur concours et posent

la question de savoir jusqu'à quel point l'inculpation ne porte pas sur un individu irresponsable. J'ai eu à intervenir dans tant de cas de ce genre, qu'il ne m'a pas semblé hors de propos de mettre mon expérience au service de mes confrères.

En apparence, il ne s'agit que d'une expertise médico-légale; en réalité, le problème n'est à résoudre que par une étude assez délicate de pathologie mentale.

Deux éléments, comme toujours, interviennent, et, pour parler le langage de l'École, il faut envisager séparément l'objet et le sujet : l'attraction exercée par la marchandise à voler et l'état intellectuel et moral du voleur. Qui borne sa recherche à un seul des deux termes ne voit qu'une face, et peut être sûr que ses conclusions sortiront boiteuses. S'il arrive, et c'est l'exception, que dans les perversions de l'esprit le milieu soit indifférent, parce que l'impulsion s'impose par sa violence, le plus souvent il a fallu une occasion propice pour exciter d'abord la tendance, et ensuite pour la faire passer à l'exécution.

J'ai gardé le nom presque démodé de *vol aux étalages*, et je crois qu'il n'y a pas lieu de lui substituer celui de vol dans les grands magasins. Autrefois, l'étalage ouvert à tous, de nos marchands, était très limité : il se réduisait aux boutiques des libraires, de quelques vendeurs de comestibles; plus tard, il s'est étendu aux bazars, de création assez récente. Enfin, les grandes maisons de détail, à mesure qu'elles prenaient de plus amples proportions, sont devenues de vastes étalages, au dedans comme au dehors. L'acheteur y a libre accès, il y circule à son gré, sans compte à rendre à personne; on sollicite sa visite curieuse, dans l'espérance justifiée qu'elle sera l'amorce d'une acquisition. Les femmes fréquentent les magasins à l'égal des promenades publiques, aiguisant ainsi leur appétit, le satisfaisant quand elles peuvent, ou le réservant pour des temps meilleurs ou pour des rencontres plus séduisantes.

Tout est prévu, organisé, étalé aux regards en vue de provoquer une attraction. Nous cédons plus ou moins à cette influence, qu'il s'agisse d'effets de toilette, d'œuvres d'art ou même

d'objets de plus humble consommation, et nous savons par expérience qu'il faut un certain effort pour résister à des entraînements si habilement calculés.

On comprend qu'étant données ces incitations, les faibles succombent et que leurs défaillances soient non pas excusées, mais motivées.

Parmi les voleuses surprises, plus encore probablement parmi celles qui échappent à la surveillance, un certain nombre agissent avec la conscience exacte, et par conséquent avec la responsabilité du larcin. Quand on les interroge, elles racontent qu'elles ont lutté d'abord, qu'elles sont revenues à la charge, qu'elles se sont aguerries à la pensée et à l'accomplissement du vol. Quand on fait enquête, on constate que ce sont des femmes dont les ressources sont bien au-dessous de leurs goûts ou de leurs prétentions. Leur existence est semée d'aventures douteuses, et tout ce qu'on accorde à titre d'atténuation, c'est qu'elles auraient peut-être été préservées, si les séductions avaient été amoindries, ou le délit plus périlleux.

Dans une autre catégorie de faits, la seule dont il soit ici question, les choses se passent autrement. La femme arrêtée, nantie de marchandises de valeurs diverses, appartient à une famille dont l'honorabilité est hors de doute. Son passé comme son présent est irréprochable ; ses besoins, ses fantaisies, n'excèdent pas son avoir et se tiennent même dans les plus modestes limites.

L'acte délictueux étonne, parce qu'il n'a ni aboutissant ni précédent. On se demande alors jusqu'à quel point un état maladif de l'intelligence est ou n'est pas en cause. On suppose une propension instinctive au vol, irrésistible et inconsciente, à la façon de celle de la *gazza ladra*, une sorte d'appel analogue aux envies que les gens du monde attribuent volontiers aux femmes enceintes. On suit sur cette piste, et il se trouve presque toujours que la voleuse n'avait rien dérobé jusque-là ou que, tout au plus, ses larcins se sont accumulés dans un court espace de temps, et qu'ils répondent moins à un appétit durable qu'à une crise.

ASILE CLINIQUE

Une autre remarque déconcerte. A la lecture du procès-verbal, rédigé séance tenante, on s'aperçoit que le vol n'a été rien moins que brutal, absurde, dépourvu de calcul, comme ceux que commettent les paralytiques généraux et les épileptiques. La prévenue a passé à plusieurs reprises devant l'étalage; elle s'est fait montrer divers objets; elle a fait quelques achats et profité d'un moment où l'attention était détournée. Sa dissimulation était plus artificieuse que maladroite, et sa contenance, au moment où la fraude a été découverte, n'a guère différé de la tenue des voleurs de propos délibéré.

Si la perquisition pratiquée à domicile a permis de retrouver d'autres objets dérobés, ces objets étaient cachés soigneusement; le mari, les serviteurs n'avaient rien vu et ne soupçonnaient rien.

Ce concours de précautions est incompatible avec l'hypothèse d'une propension presque bestiale qui s'assouvit à la hâte et à tout prix.

Aussi bien faut-il en rabattre de la croyance aux passions invincibles, vertigineuses ou fiévreuses que subiraient les malades troublés d'esprit et qui commanderaient leurs actes. La pyromanie a déjà été ramenée à ses vraies proportions. Il ne s'agit plus, pour aucun médecin expérimenté, de l'amour avide de voir le feu et encore le feu. Le prétendu pyromane est un demi-imbécile, jeune, habitant la campagne, etc., qui allume l'incendie pour des raisons de sentiments, maladives, mais dont il a conscience et qui avoue quand on sait l'interroger. La kleptomanie, dans le sens vulgaire du mot, n'a pas d'assises plus solides, et j'en suis encore, malgré ma longue expérience, à voir un voleur emporté par le besoin délirant du vol.

J'ai, dans une courte note, montré combien les outrages à la pudeur pouvaient être commis par des gens sans lubricité et même sans aspirations génitales. Les voleuses à l'étalage fournissent une nouvelle preuve à l'appui de la thèse que j'ai soutenue et que je rappellerai en peu de mots. Ce n'est pas par la puissance de l'incitation, c'est par l'insuffisance de la

résistance à un entraînement de moyenne intensité, que s'expliquent la pensée de l'acte délictueux et son accomplissement. Qu'une circonstance quelconque fasse fonction d'obstacle, le malade renonce à passer outre, et le hasard lui rend le service que les autres attendent de leur raison. La recherche ne doit pas porter sur le plus ou moins de vivacité de l'impulsion, mais sur le degré de désarroi ou de débilité intellectuelle. D'excitation vraie, il n'y en a point ou tout au moins la séduction ne dépasse pas, si même elle l'atteint, celle qu'éprouvent tant d'autres femmes à la vue d'objets de toilette; elle est passagère; dès qu'elle a cessé, la voleuse oublie non seulement l'agrément qu'elle espérait retirer de cette appropriation trop commode, mais la faute elle-même. Les combinaisons multiples qui font l'appât du vol avant, après, je dirais presque pendant, et que les escrocs nous racontent complaisamment, sont incompatibles avec l'inertie de l'intelligence. Encore faut-il que l'abaissement n'atteigne pas des proportions extrêmes. L'aliéné qui confine à la démence ou qui chemine dans cette direction ne s'occupe pas du monde extérieur, et, par conséquent, est préservé de pareilles atteintes. De même le lypémaniaque au maximum de la dépression ne connaît pas de distractions qui le touchent, tandis que le demi-mélancolique a ses heures de détente possible.

Il s'agit donc, si le mot est permis, de doser non pas les éléments actifs, mais les éléments négatifs de la maladie. C'est en portant l'investigation de ce côté qu'on arrive à comprendre comment des gens sans passion, que la moindre réflexion aurait dû garantir, se laissent aller à des propos insensés ou à des actes délirants, ce qui au fond est la même chose. L'erreur est de raisonner suivant la loi des passions humaines, dont la vivacité se mesure par les agissements auxquels elles entraînent. Or, moins l'impulsion des faibles d'esprit aura été impérieuse, plus elle sera encouragée par les attraits de toute nature, y compris celui de l'impunité probable. Aussi ai-je tenu à montrer combien les étalages contribuaient à susciter un appétit du vol qui ne serait

pas né sans cette excitation, ou qui serait resté à l'état latent.

Une objection bien naturelle se présente. Ne peut-on pas admettre que tout individu qui commet un acte entraînant des conséquences judiciaires témoigne d'une certaine faiblesse de jugement et méconnaît ses intérêts réels ? Je n'aurai garde de me laisser entraîner sur ce terrain.

Médicalement, il s'agit de démontrer que le malade inculpé de vol est un malade et de le prouver. Seulement je demande qu'on cherche les symptômes où ils sont à trouver, c'est-à-dire dans un trouble cérébral permanent, s'accusant par des signes reconnaissables malgré les difficultés de l'examen, et que le vol soit considéré comme un incident et presque un épisode.

Les faits observés, et on les rencontre à profusion, sont d'une telle uniformité qu'il me paraît suffisant de citer quelques exemples ; je les prendrai dans des conditions plus dissemblables en apparence qu'en réalité. La diversité tient, en pareil cas, de la personne, de l'éducation, de l'âge, du sexe, des détails accessoires fournis par l'enquête ; l'état pathologique fondamental est toujours le même.

La femme G...., 28 ans, est arrêtée dans un de nos grands magasins de nouveautés. Elle avait pris deux paires de bas, une cravate, deux flacons de parfumerie ; elle avait, dans la même visite, acheté et payé une paire de gants et un parapluie.

C'est une femme appartenant à la bourgeoisie aisée ; sa vie s'est passée presque toute en province et depuis une année seulement elle est venue se fixer à Paris. Elle s'exprime en bons termes, avec une vivacité que sa situation, dont elle a d'ailleurs un médiocre souci, expliquerait à la rigueur.

Pour comprendre l'état mental vrai de la malade, il faut, au lieu de se borner à un examen sommaire, se faire un devoir de reprendre sa biographie tout entière. Mariée à un cultivateur presque riche, grand buveur, dépensier, elle a demandé et obtenu sa séparation après onze ans de souffrances intimes. De ce mariage étaient nées deux filles qu'il a fallu élever avec des ressources tristement réduites par la dissipation du mari. L'une est

morte, l'autre s'est brouillée avec sa mère à l'occasion de discussions répétées et a été recueillie par un de ses oncles.

— La femme G... restait seule, avec un capital d'une dizaine de mille francs, quand elle fut appelée près d'une cousine très âgée, infirme, à laquelle elle donna des soins, et qui lui légua, après sa mort, un revenu de 5 à 6 mille francs.

Pendant qu'elle habitait avec sa parente, il y a de cela trois ou quatre ans, elle fut prise d'un violent étourdissement, et, depuis lors, elle a perdu presque complètement le sommeil. C'est grâce à l'usage non interrompu du bromure de potassium qu'elle se procure quelque repos. Le plus souvent, elle reste au lit jusqu'à trois ou quatre heures de l'après-midi, se plaignant d'étouffements, de frayeurs, qu'elle attribue à l'influence exercée sur elle par les terreurs nocturnes de sa cousine en enfance.

De temps à autre il survient, pendant le repas, un spasme pharyngé ou œsophagien qui l'empêche de manger et même de boire, et, par peur, elle se condamne à une demi-inanition. D'autres crises se produisent, racontées par une de ses voisines, et qu'elle-même résume ainsi : « Ma tête se brouille ; j'ai un peu l'esprit qui n'est pas clair, la tête se charge, le cœur bat, les idées se confondent ; il me reste pendant quelques jours de l'étonnement et de la fatigue, puis tout se remet. »

Aucune conception délirante proprement dite, mais une volubilité de parole, une instabilité d'idées et de postures, un besoin d'aborder des confidences qu'elle n'achève jamais. Son revenu bien assuré suffit, et au delà, à sa dépense. Dans la maison qu'elle habite, personne ne doute qu'elle ait *un grain*, comme me disait son portier.

Quant au vol lui-même, elle se défend en déclarant qu'elle était partie changer son parapluie et chercher une bague qu'elle croyait avoir perdue. On ne peut pas la soupçonner. Quel motif aurait-elle eu de se compromettre, quand l'argent ne lui manquait pas, même dans son porte-monnaie, pour acquitter sa dette ? La chose semble d'ailleurs l'intéresser assez peu, et elle n'a même pas la curiosité de savoir pourquoi je viens l'in-

terroger. Lacune considérable, décisive dans beaucoup de cas, et qui appartient, au premier chef, aux états négatifs.

Je ne pense pas que ce simple exposé exige des commentaires.

— La femme X..., 36 ans, a toujours habité Paris. Les renseignements fournis par la famille, et surtout par le médecin qui la soigne depuis longtemps, sont complets et explicites. Elle a été arrêtée, dans un des grands magasins de nouveautés, porteur d'une douzaine d'objets contrastants d'une valeur d'environ 60 francs et qu'elle venait de dérober.

Ici encore il s'agit d'une biographie.

La femme X... tenait, avec son mari, un établissement d'abord très prospère, et qui a décliné à la suite de difficultés avec les clients. Le ménage s'est retiré dans un faubourg; il habite une maison très confortable avec un jardin, dont il est propriétaire. Le mari, qui a continué les affaires, est obligé à de fréquentes absences. Le fils est dans un pensionnat; la fille, âgée de 18 ans, demeure avec la mère. C'est, en somme, une existence aisée, grâce à un suffisant capital et à la situation commerciale du mari.

On sait qu'elle a été atteinte, vers l'âge de 14 ans, d'une fièvre typhoïde grave, et c'est à cette maladie, qu'à tort ou à raison, la famille attribue le manque de tenue bien constaté du caractère et de l'intelligence. Néanmoins la femme X... n'offrait aucune particularité de nature à faire croire à un état pathologique.

Il y a deux ans, et l'arrestation a eu lieu tout récemment, la femme X... est prise d'une affection fébrile, à type typhoïde, qui s'accompagne de délire de jour et de nuit, et se prolonge pendant vingt-huit jours. La convalescence est celle des grandes fièvres: réparation lente, chute de cheveux, etc. Le médecin, homme instruit, a assisté à toutes les phases de cette maladie non dénommée, mais de celles qui laissent aisément des traces chez des malades au plein de l'âge adulte.

A partir de cette époque sont survenus des désordres nerveux

caractérisés par un état de malaise, d'inquiétude vague, d'irritabilité permanent, et par des accès plus aigus. Les crises se produisent exclusivement dans la première partie de la nuit. La malade, qui d'ailleurs dort mal, se réveille subitement terrifiée ; elle crie, pleure, appelle au secours, et semble continuer, demi-consciente, un rêve interrompu. D'autres fois, l'attaque est plus violente : la malade se lève, court affolée, ouvre et ferme les portes, s'enfuit, poursuivie par des visions indistinctes, après quoi on la recouche, et elle s'endort jusqu'au matin.

Depuis deux ans, elle est devenue vertigineuse, sujette à des étourdissements qui n'ont jamais déterminé de chute. La mémoire est indécise, l'intelligence distraite, et il serait impossible d'obtenir de la malade le récit de ses malaises exactement donné par la famille et par le médecin.

On raconte qu'un jour elle avait emporté un rouleau de galons dans une visite à une amie ; que le rouleau, sans usage pour elle, avait été trouvé sur un meuble et rapporté le lendemain par le mari.

La malade ne cherche à rien expliquer ni à rien excuser ; elle pleure, répète toujours la même phrase : « C'est incompréhensible ! » Or, elle venait d'acheter et de solder au magasin un brassard de première communion pour son fils, et les objets dérobés se composaient d'un carnet, de deux fichus, d'une paire de gants, d'une bobine de fil à coudre, etc.

Les parents supposaient la femme X... hystérique; mais les médecins qui ne croient pas aux hystéries à attaques nocturnes reconnaîtront dans ces symptômes l'indice manifeste d'un trouble cérébral, confus, comme ceux qui succèdent à certaines fièvres graves.

Dans une autre catégorie de faits, l'affection cérébrale sous-jacente est plus grossièrement manifeste. J'en citerai trois exemples très abrégés qui représentent des types de désordres encéphaliques d'une intensité croissante.

— La fille E..., 26 ans, célibataire, sans profession, a dérobé plusieurs objets de toilette à l'étalage d'un grand magasin.

Arrêtée, elle avoue, et nier eût été difficile. A son dire, son père la tient très sévèrement, il lui manquait quelques francs au compte du ménage, et elle a essayé de se les procurer par crainte des reproches qu'elle aurait encourus. Le récit est impossible à contrôler. Le père est parfaitement recommandable, et, sans être aisé, est à l'abri du besoin.

Quant à la fille, voici son passé et son présent : Dans sa première enfance, convulsions graves ; à l'âge de 6 ans, affection cérébrale de nature mal définie ; à l'époque de la puberté, chorée intense qui n'a jamais complètement disparu. Encore aujourd'hui les mouvements des mains sont mal coordonnés. Adolescente, elle a été placée dans une école où on a pu lui apprendre à épeler et rien de plus ; elle écrit un peu, très incorrectement, et n'est jamais parvenue à lire une heure exacte sur le cadran d'une pendule.

Instable, obligée de s'occuper aux soins du ménage, elle va, vient et perd plus de temps qu'elle n'en emploie utilement.

De temps à autre, sans périodicité régulière, plus souvent à l'époque des règles, surviennent des crises épileptoïdes avec chute sur le sol, perte de connaissance, sans cri initial, sans constriction laryngée, sans écume.

Son caractère est plutôt bienveillant qu'irritable. Personne ne la supposait, dans sa famille, capable d'un pareil délit.

La maladie initiale, remontant aux premières périodes de la vie, a laissé à sa suite une demi-imbécillité, sans mauvais instincts apparents. L'enfant, car la fille E... est bien au-dessous de son âge, cherche à sortir de ce mauvais pas à l'aide d'arguments puérils à l'usage des arriérés et des faibles d'esprit. On a supposé, et la chose est possible, que le vol a été plus ou moins prémédité, mais dût cette préméditation être admise, elle prouverait seulement, ce qui n'a pas besoin d'être démontré, que les imbéciles ne sont à l'abri ni des petites combinaisons ni des appétits vicieux.

— Le nommé T... est arrêté dans un grand bazar pour vol d'objets sans valeur, des boutons de manchettes en cuivre, des co-

quillages, des crayons. Il venait d'acheter six petites cuillers en rnolz et un couteau à dessert qu'il avait payés.

Il était employé à un journal d'où on l'a renvoyé comme incapable de continuer sa modeste collaboration. Il n'a que des ressources restreintes, mais ne s'en inquiète pas autrement.

Or, il y a deux mois, un mois avant qu'il perdit son emploi, T... étant avec un ami est pris, au sortir de table, d'un éblouissement. On le ramène en toute hâte chez lui, ayant incomplètement perdu connaissance. Là les tremblements nerveux d'abord, puis des mouvements convulsifs se déclarent et continuent pendant plus d'une heure. État de dépression, sans fièvre à la suite. Pas de convalescence.

A dater de cette crise, céphalalgie tenace limitée à la région susorbitaire droite, dilatation notable de la pupille droite. Pas de tremblement, pas d'habitudes alcooliques. La mémoire est devenue confuse, la parole lente, l'intelligence insuffisante ; il ne fait pas d'effort pour chercher la raison de son larcin ou de ses achats d'objets absolument inutiles ; c'est à peine s'il a l'air de s'en souvenir.

Du plus au moins, de l'aigu au subaigu, ces deux cas ne sont-ils pas l'équivalent de ceux qui viennent d'être exposés ?

Une autre observation, la dernière que je veuille citer, montre combien l'enquête est délicate, surtout lorsqu'il s'agit de constater une défaillance cérébrale chez des malades incapables, par la nature même de leur mal, de recueillir leurs souvenirs, et réfractaires, faute de tension d'esprit, à un long examen.

— P..., âgé de 45 ans, a dérobé un gilet et deux cravates à l'étalage d'un confectionneur. On découvre le vol au moment où il voulait revendre ces effets à un passant.

C'est un ancien soldat, étranger, incorporé dans la légion étrangère et naturalisé Français à la suite d'action d'éclat. Ouvrier laborieux, il mène la vie la plus régulière et son salaire lui suffit amplement.

Il parle peu, s'exprime avec peine et ne fournit aucun éclaircissement sur sa santé dont il n'a pas, dit-il, à se plaindre ; on

BIBLIOTHÈQUE CHARLES-BRUNO

sait seulement que ses camarades le considèrent comme un original. Est-ce assez, non pas pour conclure à une affection cérébrale, mais pour en supposer l'existence?

Du Dépôt, P... est transféré à Mazas pour être soumis à une surveillance assidue. Dès son entrée dans la prison, il éveille l'attention des surveillants par l'étrangeté de ses allures. Huit jours plus tard, crise nocturne; il se lève, chante, frappe à la porte et répond aux observations des gardiens par des propos incohérents. L'accès de manie subaiguë dure une quinzaine de jours. Quand le calme est revenu, P... est un autre homme. Sa marche est indécise, il tremble, parle avec une lenteur extrême et répond au hasard aux questions. Il dit avoir été arrêté pour avoir battu un marchand de vins; il ignore son âge, son passé. Quelques conceptions vaniteuses passagères se sont produites. Une ordonnance de non-lieu est rendue, et P... est interné dans un asile d'aliénés.

Ici les phases de la maladie sont pour ainsi dire renversées, et la crise éclate seulement après l'arrestation, chez un homme qui ne présentait, et je m'en porte garant, aucune trace d'alcoolisme. Instruit par l'expérience, j'avais peu de doutes sur la probabilité d'un trouble cérébral impossible à constater. L'événement est venu donner raison à mes soupçons et confirmer la règle.

Si de ces défectuosités cérébrales plus ou moins effacées, dont on ne trouve parfois la trace qu'à l'aide d'un effort de recherches, nous redescendons encore la série jusqu'aux lésions encéphaliques les plus profondes, jusqu'à la classe presque indéfiniment compréhensive des paralysies générales, nous rencontrons le vol à tous les échelons. Plus la maladie est massive et plus le vol se ressent de l'infériorité intellectuelle. Au premier degré, larcins préparés par un surcroît d'attraction, accomplis avec un mélange d'imprévoyance et de précautions demi-raisonnées, demi-délirantes; au dernier, inspiration brute, instantanée, dépourvue de calcul, grossièrement satisfaite. Tel est le cas du paralytique général qui, en passant près d'un ouvrier, lui dérobe ses outils;

de celui qui soustrait un matelas dans un déménagement ; qui emporte, autant qu'il en peut porter, des chaises d'un jardin public, etc. Même quand l'intelligence est abaissée aux plus bas chiffres, on ressaisit encore un débris d'instinct : le paralytique général a obéi à l'attraction d'un objet insignifiant qu'il n'eût pas été chercher et a profité d'un moment qui lui semblait propice. Comment s'étonner que les *cérébraux* moins profondément atteints conservent, plus vivaces, ces restes de nos aptitudes instinctives que la folie confirmée n'éteint jamais complètement ?

(*Archives générales de médecine*, 1880.)

LES EXHIBITIONNISTES.

Notre langue médicale manque d'expressions pour désigner les états si nombreux qui servent d'intermédiaire entre la raison et la folie. Sous ce rapport, comme sous tant d'autres, la langue populaire est plus riche ; et, cependant, malgré la richesse de son vocabulaire, on est forcé de recourir, à l'occasion, à des néologismes. C'est cette nécessité qui excusera le titre que j'ai cru devoir donner à cette courte note.

Parmi les aliénés, il en est un grand nombre qui ne passent pas de l'idée à l'acte, et renferment leur activité dans la sphère toute psychique des conceptions délirantes. Étrangers au monde extérieur, ils lui empruntent peu et surtout ne lui rendent rien. D'autres, moins nombreux, n'ayant pas d'ordinaire franchi les limites extrêmes de la raison, éprouvent le besoin d'une demi-satisfaction, et, défiants ou intimidés, conforment partiellement leurs actions aux idées qui les dominent. Ce type se rencontre souvent chez les aliénés persécutés, chez ceux surtout qui, impliqués dans une persécution dont ils ne sont que l'objectif secondaire, se sont donné la mission de redresseurs de torts. Un seul exemple suffira pour faire comprendre cette étrange espèce de folie avortante.

Un employé d'une administration publique passe chaque jour, au sortir de son bureau, sous les fenêtres d'une jeune fille. La pensée lui vient que cette jeune fille est prise de passion pour lui, et que la résistance des parents est le seul obstacle à leur union. Cette donnée délirante que rien ne justifie l'obsède, et il

se résout, après une attente de plusieurs mois, à entamer la lutte. Jamais il n'a essayé de lui parler, de lui faire parvenir une lettre ; il n'a cherché nulle part un renseignement ; mais tous les soirs d'abord, puis tous les jours ensuite, abandonnant ses occupations qui le font vivre, il se poste devant la maison ; il suit la famille partout, à l'église, à la promenade ; il l'attend à la porte des amis qu'elle a été visiter. Pas un mot, pas un regard expressif. Son rôle se borne à faire fonction d'ombre, et cela pendant plus d'une année, jusqu'à ce que la famille, effrayée de ce mutisme et de cette incessante obsession, demande qu'on l'en délivre à tout prix.

Si ce fait était une exception individuelle, il ne mériterait pas d'être rappelé, mais il s'est reproduit tant de fois sous mes yeux, avec des variantes qui ne changeaient rien au fond, qu'il acquiert une valeur pathologique. Cet homme rentrait dans la classe de ce que l'on me pardonnera d'appeler les *exhibitionnistes*. Il faisait montre de sa personne et n'allait pas au delà.

Quand on interroge ces malades avec les ménagements qu'exigent de semblables aberrations, on soupçonne plutôt qu'on ne découvre le travail intime qui s'opérait dans leur esprit. L'insistance n'était pour eux qu'un procédé de concentration intellectuelle, et ils ressemblaient (*venia sit verbo*) au mathématicien qui pense devant un tableau noir où le schème d'une figure géométrique est grossièrement esquissé.

Le sens génital est certainement celui qui se prête le mieux à des perversions compatibles avec un suffisant exercice de l'intelligence. Toutes les déviations y sont représentées, que les étapes marquent un temps d'arrêt dans la démoralisation ou dans la débilité d'esprit. Même à l'état normal, il se complaît dans les satisfactions incomplètes, aussi est-ce lui qui fournit le plus aux exhibitions.

Un individu, presque toujours, sinon toujours un homme (je n'ai vu qu'une seule femme ainsi entraînée), est arrêté pour outrage public à la pudeur. Il a fait montre de ses organes génitaux, non pas au hasard, devant les passants quels qu'ils soient,

mais aux mêmes endroits, en regard des mêmes personnes, car le plus ordinairement le manège s'est répété nombre de fois avant qu'il ait donné lieu à une plainte, motivé la surveillance et amené l'arrestation ; c'est un scandale privé plutôt qu'un outrage public.

La première pensée est qu'il s'agit d'un homme vicieux, ayant épuisé les débauches et réduit aux dernières ressources des excitations impuissantes. L'enquête prouve surabondamment qu'il n'en est rien. Le prévenu a les antécédents les plus honorables ; il n'était pas forcément aux limites de la virilité ; sa situation d'argent, son indépendance de tout lien lui permettaient et lui rendaient faciles les satisfactions autorisées. Il ne se distingue ni par l'excès ni par l'absence d'appétition.

Seulement, tandis qu'on obtenait du persécuté persécuteur des demi-confidences, ici on ne pénètre presque jamais dans les sentiments intimes. L'individu, honteux, se renferme dans l'expression ou plutôt dans l'explosion de ses regrets ou de ses remords. Il lui semble que toute réponse serait compromettante, et que moins il rendra compte de ses sentiments, plus on croira à une impulsion excusable, parce qu'elle a été inconsciente. A défaut des aveux, les faits donnent quelques éclaircissements.

Le premier cas qu'il m'ait été donné d'observer m'avait laissé une vive impression. Il s'agissait d'un jeune homme (moins de 30 ans) appartenant à une famille honorable, jouissant lui-même d'une situation enviée comme secrétaire d'un personnage politique de cette époque. Il était distingué d'esprit et de formes, et son éducation le rattachait au meilleur monde.

L'autorité avait été informée, par des plaintes multiples, d'un scandale qui se renouvelait dans les églises, toujours vers la tombée de la nuit. Un jeune homme, dont on donnait le signalement, se présentait subitement devant une femme en prière dans l'église alors peu fréquentée ; il étalait ses organes génitaux sans prononcer une parole et disparaissait dans l'ombre après une courte apparition.

La surveillance était difficile, à cause du nombre des endroits où elle devait s'exercer. Un soir, cependant, cet étrange fantaisiste fut arrêté à Saint-Roch, au moment où il se livrait à son exercice périodique devant une vieille religieuse qui poussa un grand cri et éveilla l'attention du gardien. Le délit était si singulier que le parquet demanda un examen médical. J'eus avec le prévenu de longs entretiens dont je ne pus dégager que quelques indices. L'impulsion était invincible, elle se reproduisait périodiquement aux mêmes heures, jamais dans la matinée ; elle était précédée d'une anxiété qu'il attribuait à une sorte de résistance intérieure. L'enquête, poursuivie avec une sollicitude concevable, ne fournit que des documents négatifs. Tout était irréprochable, sauf les faits qui avaient motivé l'arrestation.

J'étais alors moins expérimenté, et, devant l'absence de toute conception délirante, de toute perversion intellectuelle ou nerveuse, je dus m'incliner et déclarer qu'il n'y avait pas lieu d'admettre l'irresponsabilité. J'ignore quelle suite fut donnée à l'affaire.

Peu de temps après, j'appris qu'une plainte avait été déposée contre un employé supérieur d'une administration, âgé de 60 ans, veuf et père de famille. On l'accusait de se poster près de sa fenêtre et d'y faire l'exhibition de ses organes génitaux devant une petite fille de 8 à 10 ans, qui demeurait en face de lui. Cette pratique avait lieu tous les matins, entre dix et onze heures ; elle s'était répétée pendant une quinzaine de jours, puis avait cessé pendant plusieurs mois pour se reproduire dans des conditions identiques. Je connaissais personnellement l'inculpé, j'allai le voir et lui demandai confidentiellement des renseignements qu'il ne refusa pas. Il avouait tout, reconnaissait l'énormité et l'absurdité de la faute, sans savoir, disait-il, comment s'en défendre. L'incitation instinctive était intermittente, mais, dès qu'elle se produisait, il la sentait invincible. Sa conduite, connue non plus par une enquête de police, mais par les relations de ses amis, échappait à tout soupçon. Averti à temps, il se décida à partir en Belgique avant l'instruction judiciaire. J'ai appris

qu'il était mort un an après, à la suite d'accidents cérébraux.

D'autres exemples qu'il serait inutile de rappeler m'avaient permis d'établir ce qu'on me pardonnera d'appeler les caractères scientifiques de l'espèce : exhibitions à distance, pas de manœuvres lubriques, pas de tentative pour entrer en relations plus intimes ; retour du même instinct aux mêmes lieux et habituellement aux mêmes heures ; pas un acte répréhensible au point de vue génital en dehors de cette manifestation monotone.

Comment pouvait s'expliquer cette aliénation partielle ? Fallait-il y voir un caprice inexpliqué, ou était-il possible de la rattacher à un état pathologique ? Je ne me bornai plus à chercher dans le fait un éclaircissement, et je regardai comme un devoir de remonter dans le passé et de continuer ma surveillance médicale dans l'avenir. Ce procédé avait deux mérites : médico-légalement, il était scientifique ; moralement, il était honnête.

Un officier supérieur en retraite (65 ans) est sous le coup d'une prévention d'outrage public à la pudeur, dans les conditions suivantes : Tous les deux jours, bizarre intermittence, il va se placer devant la grille d'une maison où habitent de jeunes filles, dans la localité où lui-même a sa résidence. Là il découvre ses organes génitaux ; puis, après quelques minutes, reboutonne son pantalon et continue sa promenade périodique. Détail non moins curieux, il dépose toujours sa canne au même endroit avant de se mettre en posture. L'inculpé jouit, en apparence, de la plénitude de sa raison, il répond pertinemment aux questions, nie sans insistance, en faisant valoir moins la non-existence que l'improbabilité du délit.

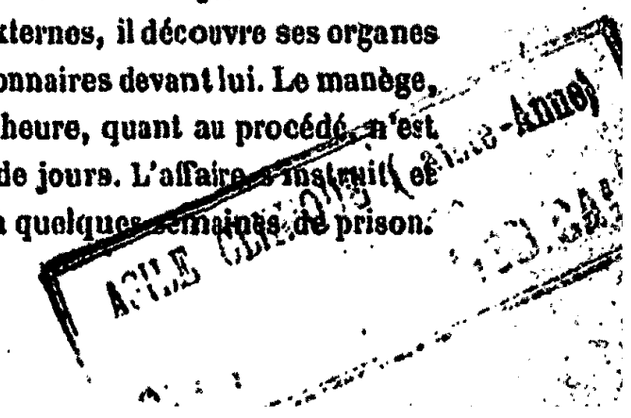
Or cet homme, d'une intelligence élevée, d'habitudes correctes, avait perdu sa femme il y a un an ; depuis lors, il était sujet à des accès vertigineux avec confusion intellectuelle et parfois même subdélire. Il errait dans son jardin pendant les crises, prononçant des phrases sans suite, rentrait dans son appartement et s'endormait dans un fauteuil. Lui-même ne conservait qu'une vague notion de ces accidents, dont ses serviteurs rendaient un compte exact et détaillé. Sa mémoire, en toutes choses,

avait faibli, et il avait dû renoncer, dans son isolement, à des lectures qui le fatiguaient sans l'intéresser. Une attaque de ce genre, mais plus intense, s'était produite chez un de ses parents au moment de se mettre à table et en présence d'une nombreuse compagnie ; on avait dû ramener le malade en voiture à son domicile. Il n'invoquait pas et ne pouvait invoquer, pour sa défense, des souvenirs, qui lui faisaient défaut. Aucune suite ne fut donnée à l'affaire, et le malade est mort depuis, hémiplégique, chez un de ses parents qui l'avait recueilli pour éviter de nouvelles aventures.

Un administrateur, également distingué jusque-là par l'intelligence, est arrêté pour une exhibition périodique de ses organes génitaux dans une rue de Paris. Ses antécédents sont d'une telle honorabilité qu'on admet un trouble mental sans recourir à l'expertise d'un médecin. Un an après, je suis obligé d'interner le malade dans un asile privé d'aliénés, où il succombe aux suites d'une démence sénile à marche rapide. L'attention une fois éveillée, on découvre que cette aberration génésique n'est qu'un chaînon dans la chaîne des perversions intellectuelles qui avaient passé inaperçues. En médecine mentale, les observations rétrospectives sont toujours les plus probantes ; des renseignements qu'on aurait sollicités vainement avant la chute se produisent en foule dès que les observateurs non médicaux sont mis sur la voie par la maladie confirmée.

On comprend que je signale des types, et n'entends donner ni une statistique ni un catalogue des cas trop nombreux que j'ai été en mesure de recueillir.

Un jeune homme (26 ans) est arrêté dans les conditions suivantes : Toutes les après-midi, à cinq heures sonnantes, il se place au coin de la porte d'un pensionnat de jeunes filles. Au moment de la sortie des enfants externes, il découvre ses organes génitaux et laisse défiler les pensionnaires devant lui. Le manège, uniforme quant au lieu, quant à l'heure, quant au procédé, n'est signalé qu'au bout d'une dizaine de jours. L'affaire s'instruit et donne lieu à une condamnation à quelques semaines de prison.



La famille réussit à empêcher que la chose ne s'ébruite, et le condamné peut rentrer dans l'administration à laquelle il appartient. Deux mois plus tard, il est mis en congé pour cause de maladie; on s'aperçoit que ses écritures sont irrégulières, qu'il a des défaillances intellectuelles incompatibles avec son service. Le malade rentre dans sa famille. Il est célibataire, et sa conduite ne diffère en rien de celle des jeunes gens de son âge. Après un an d'oisiveté, surviennent des accidents cérébraux qui me forcent à provoquer le placement du malade. Il est dans un état de délire hypocondriaque, avec excitation, une forme connue, mais mal décrite; sa conviction est que sa personne se compose de deux pôles en antagonisme : sa tête et ses organes. L'excitation passe de l'un à l'autre de ces foyers, et il est là, anxieux, attendant chacune des révolutions, qu'il compare à des secousses électriques. Un amendement relatif se produit bientôt, suivi d'une rechute; et l'aliénation, devenue incurable, persiste encore aujourd'hui avec des accidents vertigineux graves.

Un homme de lettres (63 ans), de mœurs pacifiques, vivant, avec une sœur plus âgée que lui, dans les conditions les plus modestes et les plus dignes, est arrêté, un soir, faisant l'exhibition de ses organes génitaux dans une rue isolée de son quartier et devant de rares passants. Il est condamné à deux mois de prison. Un an plus tard, nouvelle arrestation, à la même heure, 9 heures du soir, en plein été, à l'entrée d'un des urinoirs des Champs-Élysées, attendant avec une passivité niaise. C'est un pauvre homme, faible de caractère, sujet à des éblouissements, à marche mal assurée, sans paraplégie, et présentant quelques intermittences cardiaques.

J'avais, il y a peu de jours, dans mon service un jeune homme qui peut servir de type. C'est par son observation très résumée que je clorai ce long et sommaire exposé.

X... a 30 ans. Il a fait la guerre comme soldat, puis comme sous-officier dans un régiment de ligne. Ses notes militaires sont parfaites de tout point. En 1873, étant au service, il est atteint d'une maladie mal définie qu'on aurait, à son dire, nommée

fièvre typhoïde, qui se renouvelle à deux reprises dans la même année et, chaque fois, débute par une attaque subite et comateuse. Rentré chez son père, il y exerce la profession de commis marchand de vins. Une plainte est portée par une voisine qui l'accuse de se mettre demi-nu à la fenêtre, presque tous les jours, entre deux et trois heures de l'après-midi. X..., vivement réprimandé, s'enfuit de la maison, court la campagne, fait sur une route la rencontre d'une enfant, à laquelle il exhibe ses organes génitaux sans lui adresser la parole. Arrêté par le père, qui travaillait à peu de distance de là, il est condamné à deux mois de prison.

Sa peine finie, il se place chez son frère. Le même manège a lieu, à la même heure, à sa fenêtre ; même plainte est adressée à l'autorité ; mais le prévenu est soumis à mon examen, sur la demande de la famille. C'est un homme robuste, sain d'intelligence ; il avoue sans restriction, et déclare que cette tentation, dont l'étrangeté ne lui échappe pas, est au-dessus de sa force de résistance. Quand elle survient, il succombe, et il ne l'éprouve qu'à certaines heures de la journée. X... est d'ailleurs sujet à des attaques de sommeil maladif, dont on rencontre tant d'exemples au début de diverses affections cérébrales. On le trouve dormant au milieu de ses occupations, et demi-conscient de ce qui se passe autour de lui ; réveillé, il reprend immédiatement sa besogne. Jamais de crise ni épileptique ni épileptiforme.

Les faits que je viens de résumer portent l'empreinte des états pathologiques : leur instantanéité, leur non-sens reconnu par le malade, l'absence d'antécédents génésiques, l'indifférence aux conséquences qui en résulteront, la limitation de l'appétit à une exhibition qui n'est jamais le point de départ de lubriques aventures, toutes ces données imposent la croyance à la maladie.

Seulement, le fond sur lequel ces accès se développent n'a rien de commun avec les folies confirmées. A l'égal de toutes les affections intermittentes, qu'elles s'appellent la fièvre paludéenne, la goutte ou l'hystérie, la maladie fondamentale comporte des intermissions absolues.

Déclarer que la continuité est l'élément obligé de l'aliénation serait, aujourd'hui plus que jamais, une erreur inadmissible.

C'est pour poser un nouveau jalon sur la route encore peu frayée qu'on doit suivre dans la recherche des désordres intermittents et des impulsions par accès, que j'ai rassemblé ces souvenirs.

(*Union médicale*, mai 1877.)

LA MÉLANCOLIE PERPLEXE.

Il a été dit et écrit tant de choses vraies ou fausses sur les mélancolies qu'il ne s'agit plus de recueillir des observations nouvelles, mais de coordonner les faits et d'apporter quelque ordre dans la confusion.

Le meilleur moyen, le seul, est de détacher de l'ensemble confus les types positifs, de les décrire en éliminant les côtés individuels et de fournir ainsi des points de repère assurés aux praticiens.

Parmi les maladies mentales, un certain nombre aboutissent fatalement à la maison de santé et ce sont, sauf réserve, les mieux connues. Quelque zèle que les familles dépensent au commencement, leur dévouement s'épuise dans une lutte stérile : les résistances du malade vont croissant, elles prennent à l'occasion des proportions inquiétantes et force est aux mieux doués d'abandonner la partie. L'étude de ces formes se décompose alors en deux temps : le premier observé par le médecin de la famille, le second étudié par le médecin de l'asile. L'un expérimenté, rompu aux difficultés de cet examen ; l'autre moins initié et chargé de la tâche la plus délicate, celle de traiter une maladie commençante et d'en deviner l'issue plutôt que de l'affirmer. Que la pathologie souffre de cette division artificielle commandée par les raisons extrinsèques qui jouent un si grand rôle en aliénation mentale, la chose n'est pas contestable.

Il importe, si on veut définir exactement une espèce dans le sens réduit que ce mot comporte en médecine, de choisir une

forme dont l'observation ne soit pas scindée, parce qu'elle n'exige pas l'internement à une époque quelconque de son évolution.

La mélancolie, dont je vais résumer les principaux caractères, peut parcourir toutes ses phases dans le milieu où elle est née. On la juge mal ou on la méconnaît si on n'a pas assisté à ses origines. Les enquêtes rétrospectives y sont aussi défectueuses que les interrogatoires de l'hôpital sur les antécédents des malades.

Je crois pouvoir affirmer que tout médecin qui aura lu attentivement la description qui va suivre sera en mesure non seulement d'asseoir son diagnostic, mais d'affirmer ses prévisions. Il lui suffira de comparer le cas particulier à l'étalon, comme on confronte à un mètre les objets dont on veut déterminer les dimensions.

Les observations particulières seraient inutiles, elles iraient même à l'encontre du but, puisqu'il s'agit de représenter la maladie sous sa forme générale. Les faits sont d'ailleurs assez communs pour se prêter à de fréquents contrôles; en revanche je regarderais comme une faute d'être sobre de détails. Toutes les affections, où le côté psychique domine et où la lésion cérébrale constatée ou même supposée nous échappe, exigent de minutieuses analyses.

La forme de mélancolie dont j'ai à parler existe dans cette condition. Quelque sagacité qu'on y apporte, on ne découvre jamais au début ou dans le décours de la maladie, des indices d'un désordre physique significatif, à l'inverse de tant d'autres affections mélancoliques qui succèdent à un choc encéphalique initial.

La pathogénie est invariablement la même et la période d'incubation qui établit la transition entre la santé et le trouble mental n'est pas moins uniforme. C'est aux premières manifestations que se reconnaît la maladie destinée si souvent à perdre en avançant une part de ce qu'on pourrait appeler sa franchise.

Un homme, une femme, une jeune fille, l'âge et le sexe im-

portent peu, se trouve contraint de prendre une résolution. Avant de se décider, il passe par des perplexités, des décisions contradictoires, des délibérations sans résultat et au sortir de cette épreuve, il est devenu le mélancolique spécial que je vais décrire. Aucune autre porte ne donne accès à la maladie.

S'il en est ainsi on comprend combien il devient nécessaire d'insister sur cette phase préparatoire, obligée et uniforme.

La genèse exclusivement morale des perversions de l'intelligence soulève bien des doutes, on en abuse d'autant plus volontiers que le processus est séduisant et que les gens du monde se plaisent à fournir non plus des renseignements, mais une théorie.

Les grandes commotions morales engendrent la tristesse, le chagrin, le désespoir, manifestations physiologiques ; elles ne provoquent pas d'états pathologiques. Si intense que soit le chagrin, il n'entretient que de lointaines ou de grossières analogies avec la mélancolie vraie. Celle-ci n'est pas adéquate à sa cause ou si elle l'est, le nom qu'elle porte ne lui convient pas ; une mère qui voit son enfant écrasé dans la rue peut prendre une crise d'hystérie délirante, mais elle ne devient pas folle instantanément.

Pour qu'un ébranlement moral conduise à l'aliénation, il faut qu'il y mette le temps, ses effets ne s'improvisent pas et, là comme ailleurs, l'incubation prépare l'éclosion. Plus cette phase préparatoire se déroule lentement, mieux on peut en étudier la marche et les caractères.

Ici les préliminaires se prolongent non pas pendant des semaines, mais pendant des mois.

Prenons un type ou un exemple concret.

X... vient de quitter les affaires, fortune faite ; son goût apparent souvent manifesté est de se retirer à la campagne, on lui propose d'acheter une grande propriété en conformité avec sa situation, avec les habitudes qu'il a prises ou qu'il entend contracter.

Il va visiter la terre, l'examine en connaisseur et revient en-

chanté. L'enthousiasme semblait presque excessif, il dure peu ; et quelques jours à peine se sont écoulés que l'anxiété succède à un contentement que d'habiles observateurs auraient déjà déclaré incorrect. L'acquisition est-elle ou non à propos? Quels sont ses inconvénients et ses profits? La délibération, qui se présente moins sous la forme d'un dilemme que sous celle d'une sorte de bascule intellectuelle, prend peu à peu les caractères de l'obsession, or l'obsession est, en pathologie mentale, un élément considérable et à peine étudié.

Être obsédé par une idée, par un refrain, par une mélodie, est chose si commune que personne n'a échappé à une influence passagère de ce genre. La recherche inquiète d'un nom propre qui fuit la mémoire est l'idéal d'une obsession d'un autre ordre. Il ne s'agit plus de détourner un souvenir mais de le provoquer ; de là une tension intellectuelle se substituant à une passivité irritante, mais inoffensive. Le fonctionnement de l'intelligence y intervient presque seul ; qu'on arrive ou non à raviver le souvenir éteint, on s'agace et ne s'inquiète pas.

L'obsession grave est celle qui met en jeu les sentiments ; au lieu d'une idée fait acquis, elle évoque des aspirations ou des appréhensions. Contre ces incitations, l'intelligence est désarmée.

Il ne peut être question d'aspirations dans le cas qui m'occupe, les côtés appréhensifs dominent forcément la scène. « Si je me résous dans un sens, combien de conséquences ma décision peut entraîner? Si je conclus au sens contraire, quelles responsabilités ne vais-je pas encourir? En tous cas je passerai pour un homme incapable de combiner et de prévoir ! » Appréhension doublée d'un respect humain et la plus mordante de toutes.

Cet ensemble de préoccupations dont l'analyse est pleine d'enseignements s'impose. Il trouble la journée, se renouvelle plus impérieux la nuit, le sommeil s'en va et le malade, car il est déjà un malade, n'a plus ni trêve ni repos.

D'abord assez résistant pour dissimuler, il traduit bientôt son

inquiétude par des témoignages indirects. Ce qui l'entoure lui devient indifférent et ses allures sont celles de tout individu vivement préoccupé. Vous êtes triste, inquiet, lui dit-on, et cependant il n'est survenu aucun événement qui puisse vous tourmenter. Il répond non, je ne suis ni malade ni anxieux, vous vous trompez, et d'ailleurs à force de répéter à un homme qu'il est attristé on le rendrait mélancolique.

C'est la première phase muette du travail intérieur, latent pour tout autre que pour le malade, mais dont rien, ni les sympathies affectueuses, ni les reproches, ni les distractions ne peuvent le détourner; cette période dure des semaines, elle se prolonge en conformité avec les habitudes du caractère antérieur, taciturne ou expansif. Au second stade la pression mentale est devenue telle que le silence exige un effort impossible.

Dans les aliénations qu'on doit, provisoirement et faute de mieux, appeler psychiques ou fonctionnelles, il importe de se représenter constamment les deux facteurs : impulsion et résistance, action et réaction. Plus le malade lutte, plus il garde et réserve de forces saines. Quand il succombe et passe du domaine de la physiologie à celui de la pathologie, il a franchi un pas décisif. Au moment où il va en sens contraire marcher de la maladie vers la guérison, on retrouve souvent le même processus. Il parle peu, se défend contre les interrogatoires précis, et bien qu'on ait de bonnes raisons pour ne pas le croire libéré de ses conceptions erronées, on les découvre par induction, sans les toucher du doigt.

Dans les folies rattachées par un lien plus étroit à des lésions cérébrales, cette recherche est sans curiosité parce qu'elle est sans but et que l'intelligence, dispersée, dépourvue de points d'appui, ne rassemble plus ses forces.

Le malade devient alors loquace sans être confiant. Il répète incessamment les mêmes phrases et ne les combine ni ne les associe. C'est une activité stérile, privée, et je tiens au mot qu'on excusera, de toute copulation productive. L'idée n'en-

gendre pas une idée, il n'y a ni prémisses ni conclusions. On comprend qu'incapable de continuer spontanément un raisonnement, il le soit au moins autant de participer au raisonnement des autres. Lui-même se déclare absurde, il s'accuse de troubler la quiétude des siens, mais, comme tous les aliénés, il est incorrigible. L'éducation de soi-même suppose l'intégrité des fonctions intellectuelles : il n'y a ni éducation ni persuasion à l'usage des sujets en puissance d'une maladie mentale.

Et cependant pas une conception délirante n'est survenue : au besoin et dans les rémissions fréquentes, surtout le soir, le malade cause de tout, répond à toute question; sa mémoire est préservée, on ne l'a jamais entendu et on ne l'entendra jamais prononcer un mot qui éveille le soupçon de la folie.

Une comparaison rendra moins obscur l'exposé de cet état. Le malade est pareil aux individus affectés de perversion de la sensibilité sans troubles du mouvement. Leur motilité, qui répond à l'intelligence, est intacte, mais ils disent qu'ils ne sentent pas le sol ou qu'ils le sentent trop et si vous voulez les faire marcher, ils s'y refusent ou en sont incapables.

A partir du jour où le malade avoue, la maladie est déclarée et on suppose à tort qu'elle vient de naître. C'est par un effort rétrospectif que le médecin ou la famille remonte le courant et rattache les désordres actuels à la première secousse morale.

On s'engage alors dans deux voies : ou l'émotion semble avoir été suffisante pour faire fonction de cause, ou le futur malade était dans une condition préalable de santé qui l'a rendu plus susceptible qu'un autre ou qu'il n'eût été lui-même à d'autres époques de sa vie.

L'évolution pathogénique est, dans ces cas, d'une telle importance qu'il convient d'envisager isolément chaque hypothèse.

D'abord, la commotion morale était de nature à justifier l'ébranlement qui l'a suivie.

Une mère a rêvé pour sa fille un mariage qu'une circonstance quelconque a rompu ou détourné. L'échafaudage de ses

espérances s'effondre et force est d'attendre en rentrant dans l'inconnu : le choc moral a été énorme et pourra être mentalement inoffensif.

La mère n'avait ni enthousiasme ni antipathie formelles. Si le mariage n'a pas eu lieu, c'est après des perplexités confuses qui se sont renouvelées pendant des mois. Rien ne serait plus aisé que de renouer les relations, rien n'a été plus simple que de les briser. C'est cette mère qui, après ses longues indécisions, fera son entrée dans la mélancolie.

L'*ictus* ou, si on veut, le *traumatisme* moral joue un si petit rôle que le motif le plus futile équivaut aux plus déprimantes angoisses.

Un cultivateur a à son service un charretier, domestique subalterne dans la grande exploitation qu'il dirige. Il a partie à s'en louer, partie à s'en plaindre. Le gardera-t-il ? le renverra-t-il ? pendant trois mois il oscille entre les deux résolutions, et après cette obsession dont il reconnaît lui-même la puérilité, bien que son fils ait résolu le problème et qu'aucun dommage ne soit résulté de la solution, il devient le mélancolique dont je résume les antécédents.

Dans toutes les espèces, et il serait inutile de multiplier les variétés, ce n'est pas la commotion, mais l'hésitation qui a marqué le début, c'est à l'indécision seule qu'on est autorisé à attribuer une valeur pathogénique.

Quelle est la part contributive de la situation mentale ou physique du sujet dans la production de la maladie ?

Tout d'abord, on peut et doit affirmer que les individus moroses, voyant d'instinct les choses par leurs côtés sombres, n'y sont pas particulièrement prédisposés.

Presque tous, sinon tous, ont traversé de plus laborieuses épreuves et en traverseront sans que leur santé soit endommagée : une prédisposition vraie s'accuse quand, chez un homme, les mêmes occasions rappellent les mêmes effets. Celui qui à chaque refroidissement est pris d'un rhume de cerveau ou d'une douleur, celle qui à chaque émotion d'intensité semblable con-

tracte une crise hystériforme, peuvent être considérés comme représentant, à son summum, un tempérament pathologique. A mesure que la susceptibilité devient hasardeuse, la probabilité remplace la certitude jusqu'à ce que d'exceptions en exceptions elle ne soit plus que la possibilité.

Il n'existe pas ici d'aptitudes évidentes ou même douteuses. S'il en est une qui ait été réputée favoriser le développement de la maladie, elle était transitoire et hypothétique.

Doit-on supposer que la préoccupation s'est élevée graduellement à la hauteur d'un état morbide, à force de se mouvoir dans le même cercle d'impressions ? Je ne le crois pas davantage.

Dès le premier jour, on pourrait dire dès la première heure, le malade a cessé d'appartenir aux types normaux de l'intelligence et du sentiment. Son anxiété a dépassé la mesure du raisonnable, il s'est placé hors la loi, et la succession des événements intellectuels qui vont suivre n'est qu'un progrès dans le mal. L'invasion a été instantanée. Si des circonstances particulières font que le malade regarde, suivant l'expression vulgaire, son médecin comme un confesseur, si, par conséquent, il est donné de veiller sur les premières apparences de la maladie, on est vite et sûrement convaincu. A midi, il était flottant, sans perplexités ; à minuit, il est envahi par une anxiété qui ne le quittera plus jusqu'à la fin de l'attaque.

Le passage de la santé à la maladie, du physiologique au pathologique, ne saurait être trop curieusement étudié. C'est en multipliant les recherches, en les poursuivant à toute rencontre et dans les conditions les moins similaires en apparence, qu'on arrivera à résoudre un des plus gros problèmes de la pathologie générale.

Je maintiens que le trouble intellectuel a éclaté soudainement, qu'il a grossi, et qu'on s'en est seulement aperçu quand il avait débordé. La chose est de peu d'intérêt, dira-t-on. Elle est, au contraire, d'une importance capitale. Si la maladie a marché lentement emboîtant le pas avec les ruminations inquiètes du

malade, elle est un acte logique. Si, au contraire, elle a fait explosion, les divagations auxquelles elle a pu donner lieu et qui en ont favorisé l'évolution sont un fait morbide.

Mon opinion fondée sur une suffisante expérience pour qu'elle soit débattue sinon adoptée, est qu'aucun aliéné n'est conduit au délire par les procédés que met en usage le fonctionnement normal de l'intelligence. On n'arrive pas à la folie par l'erreur ou par la passion ; du moment où survient la défection mentale, un changement de front a lieu et bien que les mêmes forces soient agissantes, elles opèrent par des méthodes différentes.

En fait, et pour me limiter au type que j'ai choisi parce qu'il est un de ceux qui se prêtent le mieux à ces études, le mélancolique a subi un choc moral, comme plusieurs de ses pareils ont été victimes d'un choc extérieur, le mal a été pour ainsi dire inoculé instantanément ; reste à savoir quelles conditions favorables ou contraires aideront ou entraveront son développement.

Les anciens inoculateurs, et depuis lors ceux qui ont voué à l'observation méthodique de la vaccine tant de zèle et de sagacité, se sont appliqués à faire la part du porteur. Il ne suffisait pas, surtout pour l'inoculation variolique, de savoir que le virus avait été inséré ; on surveillait l'incubation. L'inoculé était soumis à un traitement pendant tout le temps qui s'écoule entre l'introduction du poison et ses manifestations diffuses ; le sentiment unanime était, à juste raison, que le milieu de la santé exerçait une influence énorme sur les résultats définitifs.

Il en est de même de cette invasion morbide, venue on ne sait d'où, engendrée on ne sait comment, mais qui ne porte graine que sur un terrain rendu propice. Pour que la maladie s'installe, il faut que le milieu soit le sien. Or, dans l'espèce, l'indécision anxieuse qui ne permet pas de prendre un point d'appui solide, qui ne laisse pas de repos, qui accumule confusément les incertitudes et les angoisses, est l'élément obligé de l'évolution. Au même titre, la fièvre initiale doit intervenir dans

l'élaboration des fièvres éruptives, et celui qui a été soumis au contagium, qui semble même en avoir été imprégné, n'aboutit pas à l'exanthème défini, s'il n'a pas passé par la période fébrile.

Ces comparaisons assez inusitées en fait de maladies mentales sont plus que justifiées : elles ont pour raison la parité absolue qui existe entre les maladies où le trouble intellectuel prédomine et celles où il reste au second plan, si même il ne passe inaperçu.

Le malade ébranlé va continuer le travail cérébral, et il lui fournira, à chaque jour et chaque nuit, de nouveaux aliments. On comprend qu'un homme déjà souffrant, condamné à cette perpétuelle oscillation intellectuelle entre le pour et le contre, s'épuise, comme on accepte que celui qui sur un bateau n'a pas un moment d'équilibre stable, devienne vertigineux : c'est la fièvre mentale.

Les côtés raisonnants ont d'ailleurs peu de prise. Chacune des délibérations vagues, constamment renouvelées parce que l'effort improductif n'a pas pour clôture une décision, porte sur des prévisions incertaines. M. X... avait en vue un placement, il ne l'a pas réalisé, a-t-il eu tort ou raison ? Qui peut affirmer qu'il a agi au mieux de ses intérêts ou qu'il les a compromis ? Personne, même parmi les conseillers les plus compétents. A tout argument, la réponse est facile : prouvez-moi que j'ai tort. La question vise l'avenir et l'avenir n'appartient pas aux démonstrations.

Il n'est pas nécessaire que l'intelligence ait subi une notable déchéance pour qu'elle vagabonde ainsi dans le domaine de l'inconnu qui ne se réfute jamais. Ces élaborations heurtées, contradictoires, d'une idée qui, par son point de départ, tient à une donnée positive et qui de là se perd dans d'insaisissables à-peu-près, constituent une des fatigues intellectuelles les plus pénibles. Qu'on se représente schématiquement ce va-et-vient d'une fonction quelconque de l'économie et on se rendra compte des perturbations qu'il entraîne.

Un degré de plus et la perplexité prendra des proportions tellement maladives qu'on n'hésitera plus à la classer parmi les délires.

Il s'est écoulé ainsi de trois à quatre mois, le malade a franchi, comme je l'ai dit, le stade des réticences. Il parle, il se plaint, il expose, mais n'interroge pas. On dirait qu'il a conscience instinctive qu'une intervention étrangère et raisonnée le troublerait dans la concentration égoïste de ses préoccupations.

Peu à peu d'inquiet il devient anxieux et il entre dans la phase des scrupules inutiles, puisqu'il n'essaye même pas de les satisfaire. « J'ai perdu ma situation et celle des miens, j'ai jeté le désordre dans mes affaires et dans ma famille, on était à envier et, par ma seule faute, on est devenu à plaindre. Qu'arrivera-t-il demain de ces aventures que j'ai provoquées imprudemment et dont je suis responsable? »

De là à se croire un coupable il n'y a pas loin.

Notre juridiction a établi des échelons progressifs entre la simple contravention, le délit et le crime. Le mélancolique les montera successivement; à chaque marche, son état mental répondra à la supposition d'une pénalité proportionnée à la faute. Tous n'arrivent pas au summum, mais tous y tendent plus ou moins.

Au premier degré, reproches, pleurs, expressions sympathiques s'adressant à ceux qui l'entourent, mais banales au fond comme dans la forme: « Ma pauvre femme, mes pauvres enfants, Dieu, que je vous cause de soucis! Vous devez m'en vouloir d'altérer ainsi votre quiétude, vous êtes bien dévoués en vous occupant de moi comme vous le faites. » Nuits à sommeil interrompu, accès de gémissements, exclamations. Possibilité de continuer en apparence la vie intérieure. La famille est dans le secret trop à découvert, mais les étrangers n'en ont qu'un vague soupçon. Appétit conservé, pas de changement d'aspect. Constipation habituelle, car dans ces états mixtes il importe d'associer étroitement les troubles physiques et les troubles

mentaux en les soumettant à une égale surveillance. Au médecin seul revient cette façon prosaïque et juste d'envisager les désordres de l'intelligence.

Au second degré, l'insomnie est remplacée par l'anxiété nocturne. Le malade voudrait se lever après un court sommeil. Il s'endort aisément et se réveille vite. Encore un fait qui vaut d'être noté, l'insomnie n'ayant pas la même valeur séméiotique suivant les heures de la nuit où elle se produit. Le mélancolique se considère comme un délictueux, pas encore comme un criminel. Alternatives d'engourdissement et d'excitation, refus non seulement de toute distraction active, mais de toute communication même avec ses amis ou ses parents intimes ; affaissement intellectuel correspondant, comme d'ordinaire, à l'excitabilité maladive. Indifférence croissante pour ce qui n'est pas l'objet de plus en plus vague de son inquiétude, irritabilité puérile. Le mélancolique, à mesure que le fardeau devient plus lourd, tend à se disculper. « Il vous est bien facile de me raisonner et vous en parlez à votre aise ! Je voudrais savoir ce que vous auriez fait à ma place. Je suis si malheureux qu'on devrait me plaindre au lieu de me blâmer. » Récrimination tendant à se substituer au repentir apparent des premières semaines.

Les influences les mieux autorisées s'abaissent. Les gestes dont il faut tenir compte dans toute perversion mentale exprimée à demi ou demi-muette, sont autant d'éjaculations douloureuses. La physionomie commence à s'altérer, le teint devient blafard, l'œil moins chercheur et moins vif. Les sécrétions de la peau, parfois même de la bouche, sont pauvres ; le pouls est tantôt ralenti, tantôt accéléré sans fièvre, la langue est étalée, blanchâtre. L'appétit ne diminue pas autant qu'on pouvait le craindre. Constipation persistante.

L'indécision se marque de plus en plus. Elle ne porte pas seulement sur les résolutions à prendre, mais sur les moindres détails de la vie. C'est affaire d'obliger le malade à se coucher, plus laborieux encore de le faire lever le matin. Il oppose une résistance passive mais tenace et ainsi s'ouvre la seconde pé-

riode caractérisée par un mélange, en proportions égales, d'obstination et d'hésitation.

J'ai eu l'occasion dans ma vie de voir un grand nombre de détenus inculpés d'un délit de quelque gravité et de nature à rompre la série des arrangements prévus de leur existence. Ils ressemblaient, par beaucoup de côtés, au type dont je viens d'esquisser les principaux traits, avec cette différence que l'interlocuteur gardait prise sur eux et les réveillait pour ainsi dire de leur état pseudo-pathologique : mêmes tendances à récriminer, même paresse, même indifférence alternant avec l'anxiété; mêmes conditions gastro-intestinales. En somme des analogies intéressantes à constater, mais au fond pas de similitude vraie.

L'obstination est, en pareil cas, un témoignage de volonté déviée, désordonnée, incohérente au besoin, mais incompatible avec les dépressions profondes. Le mélancolique éteint, si tant est qu'il en existe, se laisserait faire ; dès qu'il résiste il donne la preuve d'une activité le plus souvent sournoise ou latente mais avec laquelle on doit compter.

Il faut si bien ne pas négliger cet élément considérable que, dans la troisième période, il deviendra presque le principal objectif.

D'homme auquel un délit était imputé, le malade se transforme en criminel, et même dans la vie commune le passage n'est pas indifférent.

Il ne s'agit plus du huis clos d'un incident sans notoriété, destiné à ne pas excéder les limites des chagrins de famille. Le crime appelle la publicité, les débats au grand jour, les punitions solennelles. La justice réserve pour lui ses plus terrifiants appareils : le tribunal ouvert, la force armée, la condamnation infamante. Ces spectacles terribles se dressent devant l'imagination du malade qui fait appel, troublé comme il est, et ne sachant pas à quoi rattacher ses angoisses imaginaires, aux plus émouvants souvenirs. Il est instructif de voir comment l'aliéné, à ce stade où le désordre déborde, utilise ses notions

des événements judiciaires et s'en fait comme un marche-pied pour arriver à des terreurs plus ou moins définies. L'homme du peuple envisage surtout le commencement ou la fin, l'arrestation à domicile ou la condamnation publique; la femme obéit à des peurs confuses; l'homme cultivé se torture par l'évocation des détails, par les humiliations de la procédure dont les incidents s'entre-croiseront en se multipliant.

La comparaison que j'avais mentionnée plutôt que dessinée entre le délinquant sain d'esprit et le mélancolique coupable, imaginaire, d'un délit, ne se continue plus. Le criminel qui attend son jugement a de tout autres aspects. Sûr de son intelligence, il s'ingénie à trouver des excuses ou à réserver des arguments; sa prévoyance s'aiguise à mesure qu'il avance dans la recherche des moyens propres à détourner le soupçon, l'accusation ou la pénalité du crime. Ou il refuse de réfléchir et tombe dans une stupeur passagère, ou il pense fièvreusement.

L'aliéné n'a déjà plus ces ressources intellectuelles à son service. Sa frayeur est sans tenue, il n'en saisit ni la portée ni les raisons plausibles, ce qu'il sait de plus clair c'est qu'il est sous le coup d'un crime qu'il s'impute à lui-même et qu'il a peur.

A l'insomnie s'ajoute l'excitation nocturne. Il se lève, écoute, se recouche, pleure, gémit, gesticule à la manière des gens terrifiés, puis se calme. L'agitation procède par crises se renouvelant, comme dans toutes les angoisses mélancoliques, de préférence le matin.

L'idée du suicide apparaît d'abord flottante, révélée par des exclamations : « Ne vaudrait-il pas mieux être mort? Ma vie est à charge. Si je n'étais plus de ce monde, ma famille serait délivrée d'un immense fardeau! » Les aspirations au suicide se rapprochent et, dans les cas extrêmes, deviennent l'obsession dominante, presque unique. Viennent alors les tentatives risquées, timides, dont le malade n'est pas fâché, le plus souvent, qu'on soit averti.

Dans ce *concursus* de sentiments confus et complexes, veut-il

s'innocenter en prouvant son repentir? Espère-t-il trouver un point d'appui contre ses impulsions dans la résistance des témoins?

L'agitation mélancolique arrivée à ce degré garde peu de ses premières attaches. La raison qui semblait avoir causé la maladie est oubliée et le malade rentre dans les formes terminales de la plupart des états mélancoliques, quelle que soit leur origine.

Le tableau que je viens de tracer, et où la maladie se découpe en trois périodes, serait absolument faux si on le prenait au pied de la lettre. La progression morbide ne s'accomplit pas avec cette ponctualité chronologique.

Il se peut qu'au début, des crises agitées avec menaces de suicide surviennent; à la fin, de longues heures de dépression raisonnante peuvent rompre l'état presque maniaque. La notion est à déduire de l'ensemble et non d'un des moments. Le médecin doit toujours avoir présents à l'esprit ces éléments dont le jeu se diversifie et dont la famille est l'observateur par excellence.

Insister sur la description des attaques aiguës, exposer les combinaisons individuelles auxquelles se prêtent des propulsions contradictoires, vouloir tout dire en pareil cas, serait une faute.

Si violemment que s'accentue la crise *maximum*, elle n'exerce pas d'influence visible sur la santé physique. Le malade mange, à moins qu'il ne refuse de parti pris les aliments et n'entende faire de l'inanition un procédé de suicide. Aucune fonction organique n'est réellement atteinte. L'amaigrissement est en rapport avec la diminution de la nourriture, pas un seul phénomène fébrile n'apparaît malgré l'insomnie, l'agacement nerveux, et les causes accumulées de tension ou de fatigue. Une telle indifférence de la santé générale mérite d'être signalée. La même immunité existe dans l'hystérie et aussi dans quelques lésions cérébrales bien autrement déterminées. Par contre, on voit les mélancolies secondaires, survenant par exemple au

cours de la paralysie générale, succédant à des accidents cérébraux spontanés ou traumatiques, entraîner une désorganisation profonde des fonctions végétatives. Le malade blêmit, il n'essaye pas de lutter contre la lassitude, le sommeil ne répare pas ses forces, de petits accès de fièvre hectique se répètent, on n'a plus seulement à s'inquiéter de l'intelligence, mais il faut compter avec la vie.

En descendant plus avant dans l'intimité du fonctionnement, les déperditions décisives sont nulles. L'urine n'est ni plus ni moins abondante qu'à l'état normal, elle n'est ni plus pauvre ni plus riche, la peau ne fournit pas d'indice symptomatique, la bouche reste fraîche. Les sécrétions des muqueuses n'offrent aucune particularité de quelque valeur.

La maladie s'est confinée dans le centre nerveux cérébral. Le système nerveux périphérique est lui-même peu ébranlé ; si des crises spasmodiques, des accès hystéroïdes se produisent, ils n'excèdent pas les vulgaires attaques provoquées par une émotion morale, leur fréquence n'est pas plus notable que leur intensité.

Cette période qui clôt l'évolution ascendante de la maladie se prolonge comme les autres, pendant plusieurs mois. En somme la mélancolie dont je parle n'accomplit jamais son évolution en moins de six à huit mois. Il est impossible d'assigner aux diverses phases une durée précise. Chaque stade artificiellement délimité n'a ni début ni terminaison rigoureux, le passage se fait confusément et les retours de l'un à l'autre ne sont rien moins que rares.

La guérison, car il s'agit d'une maladie essentiellement curable, ne s'effectue pas en repassant même rapidement par le chemin déjà parcouru. L'anxiété des premiers jours ne reviendra jamais sous sa forme originelle. Le cerveau épuisé par de si longues épreuves semble avoir perdu son ressort, et c'est passivement, presque sans la participation du malade, que s'opère l'acheminement vers la guérison.

Je n'ai pas à exposer en détail la marche progressive vers le

mieux, le processus étant à peu près le même pour toutes les mélancolies guérissantes, je me bornerai à quelques particularités. L'irrésolution grave ou sans portée qui a été le point de départ de la maladie s'est terminée par une solution quelconque. Le mariage a été rompu ou on lui a donné suite, le placement a été ou non effectué, la propriété acquise a été ou non revendue, le bien à acquérir a été ou non acheté, la chose importe peu : le malade désintéressé du problème n'a gardé aucun souci pour la solution.

Par une inversion facile à comprendre, c'est la famille qui sollicite une curiosité perdue et qui, ayant cru à la cause morale de l'attaque, ne peut s'empêcher d'appuyer sur les données morales qu'elle juge favorables à la curation; c'est alors qu'on voit combien était réduite la part afférente à l'incident initial considéré comme une cause efficiente, tandis qu'il n'était qu'une occasion.

Les esprits curieux de semblables recherches sont également frappés de la distance énorme qui sépare soit le retour au calme après une crise si durable qu'elle soit de passion, soit la rentrée dans le vrai après l'abjuration d'une erreur, du retour à la raison au déclin d'une maladie mentale. Aucun des procédés qui conviennent au redressement des intelligences saines mais faussées ne trouve ici son application.

Le mélancolique n'a écouté aucun argument, il ne lui est venu à la pensée ni de provoquer ni même de subir aucune discussion. Les efforts dépensés pour le persuader, à ce moment en apparence si opportun, l'ont été en pure perte. Le voile s'est déchiré plus ou moins lentement, plus ou moins complètement, sans que le malade y ait contribué : on pourrait, en empruntant une comparaison à la chirurgie, l'assimiler à un homme opéré de la cataracte. L'affection étant, ainsi que je l'ai dit, essentiellement sentimentale, c'est par la revivification des sentiments que se fera l'amendement. Le mélancolique ouvrira spontanément un livre, dépliera un journal, quitte à ne pas les lire ; il consentira à sortir, témoignera de la préférence

pour une promenade, acceptera les courtes visites de ses amis et ainsi il rentrera peu à peu dans les conditions de sa vie antérieure. Et pourtant on aurait peine à trouver un type de perversion où le choc des idées joue un rôle plus évident. La maladie semble née d'un dilemme : accepter ou refuser, mais cette étiologie commode est en désaccord avec les faits. J'ai cherché à le montrer aux périodes du début, je devais le signaler à la phase de décroissance comme un complément de démonstration.

Le propre des préoccupations intellectuelles est, après avoir fait appel à l'activité de l'esprit, de solliciter également la mémoire. Ici le malade oublie et ses incertitudes et les malaises anxieux qui les accompagnaient. La maison qui a motivé de sa part tant d'inquiétudes, jusqu'à l'appétit de la mort, il y entre, l'habite et s'y plaît. On dirait qu'il s'agissait d'une bouderie ou d'une boutade, tant le souvenir s'efface ; et l'affection a continué sans répit pendant près d'une année.

Si rapide que soit la transformation, et elle est souvent assez brusque, on constate toujours une convalescence mentale caractérisée à la façon de toutes les convalescences, par des côtés plus négatifs que positifs. Pendant cette transition, on retrouve encore, à titre prédominant, les défaillances sentimentales dont on a tort de tenir si peu compte. La mise en train est plus laborieuse que l'action, l'appétit manque presque en toutes choses, la fatigue se traduit par une dépression, mais à chaque pas vers le mieux, la tendance à la guérison s'affermit.

Une fois la maladie guérie, la convalescence achevée, que reste-t-il de la secousse ? Rien ; seulement l'entourage a sinon perdu, au moins amoindri sa confiance. Le médecin, se souvenant des graves accidents auxquels il a assisté, se méfie non seulement de l'avenir, mais du passé : l'observateur voit l'observé sous un jour nouveau, et il découvre en lui des défectuosités qu'il n'avait pas aperçues. On se demande étonné comment et pourquoi, seul, au milieu de gens aussi intéressés, souvent plus touchés que lui, il a subi pareille défaillance.

La biographie pathologique du malade remonte vers les antécédents, et la question des prédispositions se pose à nouveau, mais cette fois avec plus de méthode.

Déjà à quelques reprises le mélancolique avait témoigné de puériles impatiences, il ne jouissait plus de sa sérénité d'humeur, les affaissements après un ennui, les irritations après les moindres contradictions n'étaient-elles pas des préludes? Si bien armés que soient le médecin, la famille et les amis pour cette enquête rétrospective, ils sont contraints de s'en tenir à des suppositions hésitantes. C'est qu'en réalité, il n'y avait pas plus à découvrir. La maladie n'est pas de celles qui se préparent, soit par de moindres accès préalables, soit par un état maladif continu et insidieusement croissant. Elle n'a pas ultérieurement de crises du même ordre.

L'affection ainsi explosive n'emprunte pas ses origines à un travail psychologique même au-dessus des forces intellectuelles du futur malade. Elle procède comme presque toutes les autres formes de mélancolie : débutant par un choc, ailleurs plus accusé, mis en relief ailleurs par un désordre matériel, ou par un effroi, au lieu de l'être par une inquiétude, mais l'*ictus*, pour être plus latent, n'est pas introuvable.

Si je me suis appliqué à suivre ce processus, c'est que je tiens à combattre l'opinion qui ferait du désordre intellectuel, méritant le nom de maladie mentale, la conséquence d'une erreur ou d'une succession d'erreurs, d'une attraction passionnée, d'une lutte intérieure de l'ordre physiologique.

Sans la pénétration psychologique dont les médecins d'aliénés ont donné et donnent tant de preuves, il n'y a pas de science possible de l'aliénation mentale ; mais de là à conclure que la folie se contracte comme un vice, la distance est énorme et ne doit pas être franchie.

En revanche, une fois lancé dans la maladie, le mélancolique subit l'action d'un milieu qui lui est souverainement défavorable. Au contraire des aliénés qui affirment, il doute et cette hésitation qui, passant du pour au contre, ressemble de loin au

va-et-vient de la congestion et de l'anémie, l'épuise. L'agitation succède à la dépression, et la marche de la maladie est encore conforme à ce qu'enseigne l'étude de tant de maladies mentales où la lésion cérébrale est plus manifeste.

Deux mots sur le traitement.

Tout d'abord une maladie à durée obligatoire n'appelle de traitement direct que lorsqu'elle approche de sa terminaison; je crois qu'on trouverait aujourd'hui peu de praticiens partisans des médications qui jugulent. Entamer d'emblée la cure d'une mélancolie qui ne saurait guérir avant 6 à 8 mois, est une entreprise enfantine, si elle n'est pas un témoignage de l'ignorance du médecin.

La première idée qui se présente à l'esprit des parents et des inexpérimentés est qu'en supprimant la cause on annule l'effet. Le malade est devenu anxieux à la suite d'une décision perplexe, résolvons la question, substituons à ces hésitations une certitude et le mal n'aura plus de raison d'être. C'est raisonner à la manière d'un écolier en médecine qui, sachant le rhumatisme engendré par un coup de froid, espérerait le supprimer en réchauffant le malade. Quoi qu'on fasse, dans la direction morale, on ne gagnera pas même une rémission. Il suffit de se reporter à la description qui précède pour reconnaître combien les procédés logiques sont incompatibles avec la folie. Celui qui le premier a renoncé à la logique, c'est le malade, et comme il a été impuissant à réagir malgré la conviction qu'il se précipitait dans l'absurde, il ne cédera pas aux arguments des autres dont il a devancé la lettre sans pouvoir se pénétrer de leur esprit.

L'attente passive des assistants est la règle: subir et se taire; plus on discute en pareil cas, moins on arrive à convaincre. Il importe de ne pas oublier que la perplexité est de plus en plus doublée d'une obstination invincible; on n'obtient en forçant la note qu'un résultat, celui d'accélérer la marche de la maladie.

La santé matérielle doit être l'objet d'une surveillance attentive.

Conviendrait-il, à une période plus avancée, de brusquer le traitement? J'ai vu des mélancoliques de tout ordre guérir à la suite d'une médication perturbatrice que le hasard avait mise en action et qu'aucun médecin n'aurait osé instituer. Presque toujours ces cures audacieuses ou imprévues sont le résultat d'une violente perturbation intestinale: le choléra ou la diarrhée poussée jusqu'aux évacuations cholériformes. Si le remède était garanti, il n'y aurait pas à tergiverser, mais les chances sont incertaines et les périls ne le sont pas moins; on se réduit alors aux demi-mesures. Les purgatifs drastiques, non ceux qui se bornent à régulariser la fonction, mais ceux qui la troublent, sont indiqués; on y joint quelques calmants somnifères et on attend ainsi, assuré d'être utile sans prétendre au delà, les jours meilleurs.

La convalescence déclarée exige comme toujours plus de réserve que de hardiesse. C'est peu à peu que le malade sera rendu à son ancien milieu. A cette date, l'éloignement, la résidence dans un pays nouveau plus que les voyages, deviennent profitables.

J'ai dit que les rechutes constituaient la plus rare des exceptions, partant il serait hors de propos de multiplier les efforts pour les prévenir.

(*Archives générales de médecine*, 1881.)

LA FOLIE A DEUX.

(En collaboration avec le docteur J. Falret.)

Il est de principe que l'aliéné, quelle que soit la forme de sa maladie, résiste avec une obstination, maladive elle-même, à tous les arguments qu'on peut faire valoir à l'encontre de son délire. La contradiction l'arrête ou le laisse indifférent, mais elle ne change rien au fond de ses idées. Intimidé ou déjà sur la voie de la guérison, il consent tout au plus à se taire, mais son intelligence ne bénéficie pas de ces réticences calculées. Il est, sous ce rapport, comparable, à quelque degré, aux enfants qui renoncent devant la menace à l'expression de leur sentiment, tout en s'ingéniant à montrer qu'ils ne s'engagent pas au delà d'une concession apparente. Si la folie n'excluait pas la persuasion, elle ne serait qu'une erreur au lieu d'être une maladie.

Par compensation, l'aliéné n'agit pas plus sur les gens sains d'esprit que ceux-ci n'agissent sur lui. On a dit que l'aliénation était contagieuse, et que la fréquentation des malades ne devait pas être considérée comme exempte de danger pour ceux qui vivent en contact avec eux. La chose peut être vraie pour les prédisposés en quête d'une occasion ; elle est absolument fausse pour l'immense majorité des hommes raisonnables. Les infirmiers des asiles ne sont pas plus exposés que ceux des hôpitaux, et la cohabitation avec les malades n'entraîne pas, pour la famille, plus de danger. De même qu'on ne réussit pas à les convaincre, de même les fous ne parviennent pas à persuader ; pour qu'il en fût ainsi, il faudrait qu'ils eussent à leur service

des ressources morales et intellectuelles incompatibles avec leur état pathologique ; le prosélytisme, quand il s'agit d'idées étranges auxquelles répugne la raison, n'est pas une œuvre facile, et elle n'aurait de chances de succès qu'en se dépensant dans une lutte infatigable. Or l'aliéné vit étranger à l'opinion des autres ; il se suffit à lui-même et peu lui importe, tant sa croyance s'impose avec une autorité irrésistible, qu'on veuille ou non le suivre sur le terrain dont on ne le dépossédera pas.

Il s'établit ainsi une ligne de démarcation absolue qui n'admet pas de compromis.

Si la vie commune avec les aliénés est nuisible, et elle l'est souvent, ce n'est pas en vertu d'une contagion du délire. L'assistant ne se résigne pas d'emblée à subir le fait accompli ; il espère qu'une éclaircie permettra à la raison de ressaisir son pouvoir, et, fort de cette confiance, il entame l'éducation du malade. L'insuccès l'irrite ou le décourage ; il surmène sa force de résistance et l'épuise. Quand cette série de tentatives se prolonge avec les perplexités qu'elle entraîne, les caractères fortement trempés sont les seuls qui n'en subissent pas la fâcheuse influence. Plus les liens qui attachaient l'assistant à l'aliéné sont étroits, plus le zèle est ardent et la fatigue considérable. En revanche, les indifférents échappent à la fois à ce travail inutilement douloureux et à ses conséquences.

Les choses se passent ainsi dans la supposition d'un délire absolu en regard d'une intelligence correcte. C'est heureusement la condition la plus fréquente, mais il existe des cas où la scission entre l'aliéné et ceux qui vivent dans sa familiarité n'est pas aussi formelle, et c'est à ces faits exceptionnels qu'est consacrée cette étude.

Le problème comprend alors deux termes entre lesquels il s'agit d'établir une équation : d'une part, le malade actif ; de l'autre, l'individu réceptif qui subit, sous des formes et à des degrés divers, son influence.

Seul, livré à ses instincts pathologiques, l'aliéné est relativement facile à examiner ; il a le goût, l'appétit même d'énoncer

les idées qui l'obsèdent, ou il se résout à un mutisme systématique qui n'est pas moins significatif. Une fois qu'on a pénétré dans la place, elle est d'autant plus aisée à explorer qu'elle est moins ouverte au monde extérieur.

Il en est tout autrement de son complice involontaire et inconscient. Raisonnable à demi, raisonnant beaucoup, prêt à faire aux objections des sacrifices provisoires, apte à prendre son point d'appui en dehors des conceptions délirantes qu'il n'a pas créées, auxquelles il a souvent résisté pendant une assez longue période de temps, il échappe. Ses convictions demi-morbides, demi-motivées, sont loin d'avoir l'assise inébranlable des conceptions délirantes. C'est tout un travail d'enquête psychologique de discerner, au milieu de ces éléments assez confus, la part qui revient au contagium et celle qui appartient à la nature mentale du confident.

A un autre point de vue, l'aliéné subit la pression de celui qui s'associe à ses divagations, les encourage, les coordonne et les adapte plus ou moins à la vraisemblance. Pour que cette solidarité, dont ni l'un ni l'autre n'est conscient, s'établisse, il faut un concours de circonstances dont il n'est pas impossible de se rendre compte.

L'aliénation brutale, en dehors des possibilités, ne sollicite pas et n'obtiendra jamais l'adhésion des assistants; par contre, les délires qui côtoient la vérité ont d'autant plus de chance d'acquiescement, qu'ils s'accommodent mieux à un sentiment, ou, comme auraient dit les théologiens, maîtres en casuistique morale, qu'ils flattent davantage une concupiscence humaine.

L'aliéné qui affirme un fait notoirement faux est à l'instant convaincu d'imposture. L'objet qu'il regarde n'est pas visible à ceux qu'il ne saurait entraîner dans la sphère de son hallucination; la voix qu'il entend n'est pas perçue; la persécution organisée, rendue publique par les journaux ou par les écrits, n'a à son avoir ni livres ni feuilles périodiques. Il n'y a pas à dire qu'un autre fou pourrait être séduit; les aliénés confirmés n'ayant

jamais de ces docilités et restant maîtres absolus de leur délire.

Si, au contraire, le malade se maintient dans le monde des conjectures et des interprétations, si les faits qu'il invoque appartiennent au passé ou ne sont que des appréhensions pour l'avenir, le contrôle direct devient impossible. Comment prouver à un autre et à soi-même que l'événement, dont l'aliéné raconte les détails avec une prolixité persuasive, n'a pas eu lieu? La leçon qu'il s'est apprise à lui-même n'admet ni variantes ni lacunes ; sa mémoire est topique parce qu'elle fait exception de tout, à l'exclusion des idées maladives. On ne le prend jamais en défaut, à quelque date que remonte l'aventure, et sa persuasion, à force d'être monotone et circonscrite, devient communicative.

L'assistant néanmoins ne consent à se laisser convaincre que si l'histoire l'intéresse personnellement ; or, les deux sentiments qui se prêtent le mieux à cette façon d'entraînement sont, à coup sûr, la crainte et l'espérance. L'un et l'autre n'empruntent aux réalités présentes qu'un point de départ; leur domaine vrai est dans l'avenir, et partant dans l'inconnu. Autant il est facile à un homme d'acquérir la certitude que vous n'êtes pas riche, autant il lui est malaisé de garantir que vous ne le deviendrez pas. Le législateur, en définissant l'escroquerie, impose une pénalité à « quiconque, soit en faisant usage de faux noms ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre événement chimérique,.... aura escroqué ou tenté d'escroquer la totalité ou partie de la fortune d'autrui. » Qu'on supprime toutes les épithètes qui impliquent une responsabilité de la part du délinquant, et on aura la formule des délires qui trouvent des adhérents.

La conformité d'idées répond à une conformité de sentiments, toutes les fois qu'il s'agit d'un possible, et que la raison ne se révolte pas. Or les aliénés, dont les conceptions délirantes se

dépensent en prévisions inquiétantes ou consolantes, sont, en somme, ceux qui se rapprochent le plus de l'état physiologique. On pourrait, par des graduations insensibles, marquer le passage des simples dispositions de caractère à la folie, en commençant par les gens craintifs, ou enclins à d'infatigables espérances, pour aboutir aux aliénés terrifiés, aux mélancoliques absorbés par une appréhension incessante, ou aux ambitieux à satisfactions toujours prochaines. Cette forme d'*aspiration* délirante n'éveille donc pas une répulsion, et, à ses degrés moyens, elle appelle moins la négation que le doute. Combien de fois le médecin, même expérimenté, se demande-t-il si l'entrée en matière n'a pas été un accident réel, au lieu d'être un événement chimérique, et hésite-t-il entre une exagération et une aberration sentimentale!

Dans le délire à deux, l'aliéné, l'agent provocateur, répond, en effet, au type dont nous venons d'esquisser les principaux traits. Son associé est plus délicat à définir, mais avec une recherche persévérante, on arrive à saisir les lois auxquelles obéit ce second facteur de la folie communiquée.

La première condition est qu'il soit d'une intelligence faible, mieux disposée à la docilité passive qu'à l'émancipation; la seconde qu'il vive en relation constante avec le malade; la troisième qu'il soit engagé par l'appât d'un intérêt personnel. On ne succombe à l'escroquerie que par la séduction d'un lucre, quel qu'il soit; on ne cède à la pression de la folie que si elle vous fait entrevoir la réalisation d'un rêve caressé.

Nous envisagerons successivement chacune de ces données d'après les renseignements que fournit l'observation.

1° Les enfants, appréhensifs par nature, confinés dans un milieu sans expansion, sont disposés au premier chef à devenir les échos d'un délire auquel on les associe. Leur raison indécise n'engage pas la lutte et pour peu que l'aliéné les ait faits partie prenante, ils espèrent ou ils craignent pour leur propre compte avec l'égoïsme inhérent à leur âge. Leur foi, dans quelques cas, va si loin, que l'aliéné lui-même hésite à

les suivre et qu'à première vue on croirait que les enfants ont créé les délires dont ils sont le reflet. En général, et sauf de très rares exceptions, les conceptions ainsi transmises sont plus terrifiantes qu'agréables. On sait combien les enfants prédisposés aux troubles cérébraux sont accessibles à la crainte. Les manifestations spontanées consistent dans des frayeurs au moment du sommeil, des craintes dans l'obscurité, des rêves à cauchemar, des peurs de dangers imaginaires ou d'individus menaçants; les manifestations provoquées artificiellement se meuvent dans la même sphère. Les joies de l'avenir les touchent peu; c'est plus tard seulement, quand avec la raison croissante, la prévision s'est mieux assise, qu'apparaissent les aspirations envieuses vers le plaisir, la fortune, etc., qui ne se développent guère que plusieurs années après l'éclosion de la puberté, quand l'enfant est tout près d'être un homme.

Deux vieilles filles ont recueilli, comme l'unique héritage d'une de leurs sœurs, une petite orpheline, grêle, pâle, âgée de huit ans. La vie est difficile et les ressources au-dessous des besoins. Une des sœurs vient à mourir et son travail manquant, l'existence est encore plus étroite : l'autre sœur est prise d'un délire de persécution vulgaire, à forme sénile. Les voisins se sont ligués contre elle; des voix l'injurient; des bruits auxquels elle attribue un sens menaçant se produisent. L'aliénation avance par un progrès lent; au bout de quatre années, elle a pris de telles proportions que les habitants de la maison s'inquiètent.

L'enfant, qui sort à peine pour les commissions urgentes, tandis que sa tante refuse de quitter sa chambre où elle s'enferme, est questionnée. On apprend d'elle que de méchantes gens ont essayé de l'empoisonner, ainsi que sa tante; toutes deux ont éprouvé de graves accidents; des ennemis sont entrés pendant la nuit pour l'arracher à la protection de sa parente; à toutes les questions elle répond avec la lucidité des enfants que la cohabitation des vieillards a mûris avant le temps. Ses assertions sont d'autant plus plausibles qu'elles représentent la

folie de la malade absente, atténuée, émondée par la nièce qui n'est pas une aliénée.

Il survient alors un fait curieux que nous avons vu se reproduire bien des fois. Les conceptions délirantes, réduites à leur plus faible expression en passant par la filière d'une intelligence demi-saine, sont plus près de la raison qu'aucune idée engendrée dans le cerveau d'un aliéné. Les auditeurs ont moins de répugnance à se rendre; les objections qu'ils élevaient ont été accueillies; l'enfant a renoncé à quelques-unes de ses énonciations, dont on lui montrait l'impossibilité; celles qui restent n'en ont que plus de valeur. L'expérience est conforme à la règle déjà posée que : moins le délire est brutal, plus il devient communicable.

Les voisins prennent fait et cause pour l'enfant : ils en appellent à l'autorité, imaginant une fable romanesque de nature à justifier ces prétendues persécutions. L'enquête et l'examen auquel procède un de nous ne laissent subsister aucun doute. La malade est placée dans un asile, et l'enfant dans un orphelinat où elle guérit de cette maladie pour ainsi dire parasitaire; mais les gens du quartier conservent encore des soupçons et ne se déclarent pas satisfaits.

Dans d'autres cas, la participation de l'entourage est plus active; non seulement il accueille, mais il provoque les confidences et, en passant de bouche en bouche, le récit se rectifie ou s'amplifie. L'enfant se trouve alors entre deux courants. L'un, celui de l'aliénée, qui a été le promoteur de ces conceptions, l'autre, celui des assistants, qui atténuent les invraisemblances et complètent les côtés admissibles au gré de leurs passions. Dévoyé par l'un, redressé par les autres, l'enfant finit par croire et ensuite par faire croire à ses inventions de seconde main.

Cette double culture était très marquée dans un fait que nous mentionnerons, sans entrer dans des détails intéressants, mais qu'il serait trop long de rappeler. Il s'agit encore d'une jeune fille élevée cette fois par sa mère, que le père a laissée

dans la misère pour s'enfuir on ne sait où. La mère est persécutée, mais son délire, sans complications de sénilité (elle a 40 ans), porte sur des objets définis. Ce sont les prêtres, un surtout, qui se sont acharnés contre elle et l'empêchent de trouver du travail. La fille a 10 ans, scrofuleuse, chlorotique, de taille et de stature moyennes, à intelligence peu développée. Elle n'a appris que laborieusement à lire, a peu fréquenté l'école, n'a été astreinte à aucun apprentissage. La mère et la fille vivent dans une étroite communauté, de la petite pension que leur fait un parent plus aisé: elles habitent la même chambre, couchent dans le même lit et ne se quittent jamais. L'enfant répète aux voisins les propos délirants de la mère; elle affirme avec elle qu'un prêtre vient chez elle de temps en temps, le soir quand elle est couchée, que les lumières sont éteintes et qu'il les menace. Sa mère l'entend, quoiqu'il parle à voix basse, et elle aussi, mais confusément. Au matin, sa mère lui répète tout, et elle se souvient bien d'avoir entendu.

Les confidents se communiquent les détails de cette étrange aventure et y ajoutent des commentaires. Il leur plaît de découvrir que ce prêtre imaginaire en veut à la vertu de la fille et ils le lui persuadent aisément. De là, plainte, examen médical et constatation de la folie caractérisée de la mère.

Dans ces deux faits, comme dans tous les autres qu'il nous a été donné d'observer (et ils sont assez nombreux), la folie a pris naissance chez l'adulte et s'est déversée sur l'enfant; elle a consisté dans un délire de persécutions tout appréhensif.

Nous ne citerons qu'une brève observation, et au lieu d'un exposé, nous donnerons pour ainsi dire la sténographie du récit auquel se sont associées les deux malades. Le fait ainsi rapporté est brute et presque brutal, mais à ce titre il devient saisissant et donne pour ainsi dire la note caractéristique de la situation.

La femme M... a 35 ans, sa fille en a 13. Le délire vulgaire date environ de quatre mois et c'est sur les plaintes des voisins que la mère a été soumise à un examen médical. Elle est

de taille moyenne, amaigrie, pâle et presque fébrile; physiquement, elle se plaint de nausées fréquentes, d'insomnie, de fatigues sans maladie. Des troubles gastriques assez accentués sont attribués par elle à des tentatives répétées d'empoisonnement. Elle sent dans la bouche comme un goût de safran qui l'abrutit et qui l'énerve, elle a trouvé d'ailleurs du safran dans ses aliments.

« Ça a commencé, dit-elle, qu'on me suivait dans les rues; les voisins s'en sont mêlés et m'ont insultée. Il y a évidemment des personnes qui me sont étrangères et d'autres que je connais; il faut qu'il y ait comme un complot.

« Depuis quelques semaines, on fait la nuit des pesées à ma porte. Je me suis sauvée de chez moi il y a huit jours pour aller coucher chez une amie au milieu de la nuit. Là aussi on a frappé à la porte cochère et essayé de la soulever avec des pinces; je l'ai entendu.

« Je n'y suis pas restée et j'ai voulu rentrer chez moi, mais il m'a fallu m'enfuir et demander à coucher à une autre dame. Là il n'y a rien eu.

« Je suis revenue chez moi ; on a essayé d'ouvrir la porte en mon absence, on a changé ma clef. Bien des affaires ont disparu de ma chambre, des bandes de mérinos, de la laine, de la soie, etc.

« C'est la nuit qu'on me tourmente et l'on s'en va à 7 heures du matin. Je les ai entendus remuer et me suis barricadée avec mon lit, mais je ne les entends pas parler.

« Les gens qui me persécutent sont les nommés V... et S... mes voisins. V... a dit devant moi : Il y a toujours ceci et cela. Sa femme a fait courir le bruit que j'allais tous les soirs livrer ma fille pour manger.

« Je ne sais pas pourquoi on m'en veut; mon mobilier ne doit pas faire envie ; c'est pure méchanceté. A l'église, on m'a déchiré ma robe en m'injuriant ; j'étais allée conduire ma fille et ne connaissais personne.

« Épuisée, ne dormant que le matin, j'avais résolu de mener

ma fille à la consultation de l'hôpital. Je suis descendue à deux heures du matin, du haut de la maison qui a plus d'un étage, avec une échelle, emportant mon enfant sur mon dos; je ne sais pas comment nous ne nous sommes pas tuées. Je me suis promenée toute la nuit avec l'enfant, et le matin on nous a renvoyées de la consultation. J'ai à Paris mon beau-père qui voulait bien nous recevoir, mais j'ai eu peur pour lui parce qu'il était seul. Puisqu'on me persécute, on le persécuterait aussi. »

La fille M..., 13 ans, est grêle et porte moins que son âge; elle est vêtue d'une robe sale et en lambeaux; ses réponses sont entrecoupées de sanglots. « Je voudrais voir ma petite mère; quand maman sortait pour travailler, il y avait un homme qui faisait *hou! hou!* sous la porte, comme le vent; j'avais peur, je n'osais pas me coucher, j'étais malade. On faisait peur aussi à maman la nuit. C'était un homme qui retirait ses sabots; on ne l'entendait pas marcher et il arrivait sous la porte, le matin, à midi; le soir, je croyais qu'il y avait du monde caché sous le lit. On entendait comme si on soulevait les meubles et la porte; nous étions obligées de nous barricader avec le lit. Nous avons entendu des coups dans la nuit; on a arraché avec une pince un morceau de la porte. Je l'ai entendu avant maman, mais je n'osais pas lui dire. Je n'ai jamais rien vu, mais j'entendais bien qu'on marchait et qu'on frôlait des papiers sur le carré.

« Maman m'a raconté que c'était une femme qui lui en voulait. »

De ces récits sommaires mis en regard, l'un représente le délire classique de persécutions, l'autre n'exprime que des terreurs enfantines et d'une crédulité qu'explique l'âge de l'enfant. Il faut se rappeler que la maladie de la mère est récente; la fille n'a été associée qu'aux manifestations les plus grossières et cependant son affirmation n'a pas été sans influence. D'un côté, elle garantissait l'authenticité des hallucinations auditives; de l'autre, elle poussait la mère à des actes qu'elle seule n'eût peut-être pas risqués. Encore au début de la folie, la

femme M... s'inquiète des conséquences qu'aurait pour son beau-père une cohabitation dangereuse; elle se préoccupe avec une anxiété plus active du sort réservé à sa fille et on a vu comment elle avait tenté de la soustraire aux persécutions. Or, dans ces folies à type psychique, être sollicité à agir c'est accélérer le progrès des conceptions délirantes.

2° Les choses ne se passent pas ainsi lorsque la transmission a lieu inversement d'un jeune sujet à un individu sénile, ou seulement plus âgé et faible d'intelligence. L'adulte reflète plus passivement; il est aussi convaincu en apparence, aussi affirmatif, mais il n'exagère ni ne développe les conceptions délirantes, faute d'un effort d'imagination qui lui coûterait. On pourrait dire qu'il s'agit moins d'une persuasion réelle que d'un assentiment qui s'énonce par des phrases interjectives : Ah! c'est bien vrai; il n'y a pas à en douter; elle ne ment pas, etc. Lorsque l'association délirante s'établit entre des adultes, l'état mental du réceptif est plus complexe. L'enfant obéissait aux instincts de son âge, tandis que l'adulte a remplacé les impulsions instinctives par des habitudes, des calculs, des combinaisons dont il entrevoit le fort et le faible. Il s'installe avocat de sa propre cause et ne se livre que dans la mesure qui lui semble s'accorder avec ses intérêts. L'enfant ment quand même et l'obstination de son mensonge finit par conduire à la vérité. L'adulte trompe à son heure et sait taire les raisons intimes qui le font agir.

Néanmoins, et comme il s'agit d'intelligences débilitées, moitié par intimidation, moitié par persuasion, on arrive à élaguer le faux et à découvrir la réalité cachée sous d'assez vulgaires artifices. On s'aperçoit alors que les adultes et les enfants se rapprochent par de saisissantes analogies, et c'est pourquoi nous avons insisté sur les délires infantiles réflexes.

Il existe pourtant des différences qui tiennent moins aux procédés intellectuels qu'à l'acquit. Tout individu, mûri par l'expérience de la vie, si faible qu'on le suppose, garde les notions des misères qu'il a souffertes ou dont il a entendu parler; il a

parallèlement l'appétit des joies qu'il a goûtées ou qu'il ne connaît que par ouï-dire. Chaque homme a, comme on l'a dit, son roman tout prêt dans sa tête. Il faut donc, pour le séduire, que la conception de fantaisie corresponde à ses préoccupations du moment, et cette nécessité d'une communauté de sentiments entre l'aliéné et son associé se réalise facilement dans la vie.

De la part des inconnus, bien des manifestations, même vulgaires, nous surprennent. Les gens avec lesquels nous avons pris l'habitude de vivre dans un commerce de chaque jour peuvent au contraire se permettre des bizarreries qui ne nous affligent ni ne nous étonnent, accoutumés que nous sommes à leur humeur. Il existe pour les relations sociales une sorte d'acclimatement qui atténue l'imprévu, s'il ne le supprime pas.

La cohabitation d'un individu faible avec un aliéné, constante, sans rémissions comme sans réticences, la participation aux mêmes espoirs et aux mêmes craintes, sollicitée par des événements dont une portion n'est pas sans attaches avec la réalité, ménagent la transition entre la raison défaillante et le délire. La folie d'ailleurs, dans le milieu que nous représentons, n'est pas le fait d'une invasion subite. La période prodromique a préparé incidemment les voies. Les deux confidents ont mis en commun leurs aspirations et leurs peines, et quand l'un des deux vient à excéder la limite du raisonnable, l'autre ne la franchit pas brusquement, mais y pénètre par une insinuation progressive. C'est donc peu à peu que ce travail de solidarité s'effectue.

Rendu à lui-même, ne fût-ce que pendant quelques heures chaque jour, ou quelques journées chaque semaine, le néophyte du délire réfléchit; les doutes l'assaillent, la raison se relève. Pour que la conversion soit complète, il faut un entraînement sans répit, qui ne laisse pas de temps pour se reprendre. Tel est en effet le cas des délirants à deux. Toujours les relations ont été étroites et longtemps prolongées; toujours le second malade a été mêlé au début de la maladie et en a parcouru les

phases successives. Luttant d'abord, se défendant de moins en moins, enfin prenant fait et cause pour des conceptions qu'il s'est lentement assimilées. Cette dégradation est évidente dans toutes les observations, et elle est d'autant plus manifeste qu'on a pu pénétrer plus avant dans l'évolution intime de la maladie.

On doit donc placer en première ligne les éléments essentiels que nous venons de résumer : d'abord, la modération relative du délire, ses côtés sentimentaux, sa concordance avec les dispositions de celui qui s'y adapte ; en second lieu, la répétition incessante des mêmes propos, renouvelés sans rémission ; enfin, la débilité intellectuelle et morale du participant.

Une fois que le contrat tacite qui va lier les deux malades a été à peu près conclu, il ne s'agit pas seulement d'examiner l'influence de l'aliéné sur l'homme supposé sain d'esprit, mais il importe de rechercher l'action inverse du raisonnant sur le délirant, et de montrer par quels compromis mutuels s'effacent les divergences.

Qu'on essaye de mettre un fou atteint d'une manie de persécutions portée aux extrêmes, halluciné, égoïste à l'excès, implacable dans ses affirmations obstinées, insensible à l'approbation comme au doute, en rapport avec n'importe quel homme doué du meilleur vouloir, il ne sortira rien de cette association que la lassitude. Le demi-persécuté, qui étend sa sollicitude maladive sur ceux qui l'entourent, les confondant avec lui dans ses appréhensions, aiguisant d'un peu d'espérance ses inquiétudes quelque peu confuses, ne se maintient pas indifférent à la résistance ou à l'encouragement de l'auditeur. Celui-ci répète, avec des variantes, la leçon qui lui a été apprise ; il ébarbe pour ainsi dire les trop brutales absurdités ; il remplit avec des données presque logiques des lacunes excessives. Petit à petit, l'histoire se dégage et se systématise, revue et considérablement amendée.

L'aliéné a profité, non pas d'une éducation à laquelle il reste fatalement insensible, mais il a contracté l'habitude d'un récit tant de fois reproduit qu'il n'exige plus d'effort.

Tous les médecins savent avec quelle étrange fixité de mémoire certains persécutés racontent leurs aventures imaginaires, n'oubliant ni un détail, ni une date, ni un incident. C'est l'histoire non pas inventée, mais formulée à deux qu'ils racontent.

Il résulte de cette assidue collaboration une telle homogénéité dans le dire des malades, qu'il faut souvent un long temps, doublé d'une active recherche, pour discerner le délirant primitif du secondaire. C'est quand on a séparé l'un de l'autre pendant plusieurs jours, quand non seulement la vie commune a été rompue, mais que le milieu a été transformé, qu'on acquiert une certitude. La donnée psychologique la plus curieuse n'est pas celle que nous fournit l'influence de l'aliéné sur l'individu sain d'esprit ; c'est au contraire l'action qu'exerce le confident raisonnable sur l'aliéné. L'expérience vraie qui représente l'aliéné comme fermé à toute persuasion, aussi incapable d'être détourné par une objection que d'accepter une addition à ses idées favorites, ne se dément pas.

En étudiant le travail insidieux qui s'exécute dans l'esprit du malade, on voit bien vite qu'il n'a pas cédé un pouce de son terrain. Ses concessions apparentes se sont bornées à taire provisoirement ou à laisser dans l'ombre quelques-unes de ses idées pathologiques. Les fous en voie de guérison, ou dans la première période encore mal assurée de la maladie, se prêtent volontiers à de semblables réticences ; et c'est là une des difficultés bien connues de l'examen.

Qu'on prenne à part le malade primitif et qu'on se donne la peine de l'étudier attentivement, on finit par rompre la glace et par retrouver au-dessous le type et la ténacité des conceptions délirantes telles qu'on les observe chez les malades isolés. Cette enquête incisive est souvent difficile, mais il est rare qu'à force de patience on n'y réussisse pas.

Si on isole les deux malades, au lieu de les confronter côte à côte, parlant presque toujours ensemble, répétant tout au moins les mêmes idées avec les mêmes phrases, s'entendant sans

s'aider du regard, à la façon des enfants qui récitent à l'unisson une fable apprise par cœur, dans quelle mesure parvient-on à détruire le parallélisme ?

C'est par cette étude comparative qu'on peut estimer le degré de pénétration de la maladie acquise, et qu'on se convainc aisément que le nom qui convient le mieux à la situation respective des deux individus n'est pas celui de *contagion*. Le malade réel est resté le malade ; l'aliéné par reflet n'a pas réussi à dépasser les limites de l'absurde. Or, l'absurdité, si loin qu'elle soit conduite, n'a de commun avec la folie que les grossières apparences. Elle est mobile, capricieuse, compatible avec certaines puissances de raison, et n'obéit pas aux lois qui s'imposent à toute aliénation. A force de persévérance, on ébranle les croyances erronées qui semblaient les plus fermement assises ; l'erreur a des moments d'indécision, et si on ne consent pas à s'avouer vaincu, combien de fois ne discernons-nous pas la pointe d'amour-propre ou de respect humain qui s'est mise en travers !

L'aliéné qui se résigne à déclarer qu'il renonce à ses pensées délirantes commet un mensonge qui lui coûte. L'individu dominé par des opinions absurdes, et qui affirme persister obstinément, commet le plus souvent un mensonge, mais en sens inverse. Le contraste suffit pour établir entre les deux la ligne de démarcation la plus infranchissable ; l'un est fou, au sens social et médical du mot, l'autre ne l'est pas.

Pour le faux malade, l'adhésion de l'entourage est un auxiliaire considérable. Comme il a accepté les idées qu'on lui suggérait, on admet celles qu'il énonce avec quelques réserves, et il puise dans cet appui tacite ou explicite de nouvelles forces. Mis en face d'une contradiction persistante, dominé par la volonté d'un interlocuteur qui fait presque fonction de juge, il perd peu à peu de son assurance. Le malade vrai n'est plus là pour le soutenir, et si on prend soin d'atténuer ses contradictions, au lieu de les faire ressortir, il éprouve une façon de soulagement à être délivré de ces conceptions parasitaires.

Nous avons indiqué les principaux points sur lesquels doit porter l'étude des malades délirant à deux. Qu'on n'oublie pas qu'il s'agit d'une des formes de l'aliénation, intermédiaires entre la raison et la folie confirmée, et qui, exemptes de troubles physiques caractérisés, ne se prêtent qu'à une analyse psychologique. Les observations qu'on va lire, et que nous avons choisies en vue d'indiquer les divers types, empruntent à la nature de la maladie un aspect tout particulier, et ressemblent plus à des études de mœurs qu'à des observations médicales. Il n'en saurait être autrement quand la recherche implique un double examen : celui du malade et celui de l'individu sain entrant dans le courant des divagations. Les aventures réelles de la vie, l'organisation du milieu où ces événements s'accomplissent jouent un grand rôle dans l'évolution des délires atténués et le récit composé de données vraies, de croyances intéressées, d'inventions délirantes, d'efforts sincères mis au service des divagations, ne s'accommode pas aux formules scientifiques.

Le premier fait que nous rapportons résume si bien les conditions en vertu desquelles naît et se développe le délire à deux qu'on peut le considérer comme un type.

La nommée X..., 66 ans, exerce la profession de sage-femme dans une ville de province. Son intelligence s'est abaissée avant l'âge et sa clientèle a baissé parallèlement. Les ressources du ménage suffisaient à peine aux besoins de la femme X... et de sa fille qui vit à ses dépens; le mari a disparu depuis longtemps.

Un dernier coup vient achever la misère; le petit emploi de sage-femme attachée au bureau de bienfaisance, ou à une Société charitable, est enlevé à la malade. Pendant cinq ans, elle vit de ses économies et en resserrant encore les liens étroits qui la rattachent à sa fille.

Celle-ci a 28 ans; elle est de stature moyenne, assez vive d'esprit, mais au fond d'une intelligence limitée. Elle a fait quelques études et a même obtenu le diplôme d'institutrice du dernier degré, sans réussir à utiliser ses quelques connais-

sances. A diverses reprises, elle a dû se placer en France ou à l'étranger; par des raisons qu'elle énonce assez confusément, aucune de ces tentatives n'a abouti.

La pauvreté ainsi croissante arrive à son comble. Les deux femmes sont expulsées de leur humble logis, sans ressources, plus incommodes à ce qu'il paraît qu'intéressantes aux yeux de leurs rares relations ; on fait en leur faveur une petite collecte, à laquelle s'associe la municipalité locale, et qui monte à 40 francs. Avec ce pécule, on les envoie à Paris où, dit-on, elles ont toutes chances de gagner leur vie.

Elles descendent, absolument étrangères dans la ville, dans un petit hôtel où elles sont accueillies avec bienveillance.

Pour que ces deux provinciales aient consenti à un tel voyage, pour qu'on ait songé à le leur proposer, il fallait que cet absurde déplacement répondît à quelque chose de plus que la banale confiance dans l'hospitalité d'une grande ville.

La fille X... a, en effet, une visée à laquelle elle a associé sa mère. Il existe quelque part une succession Dubois, ou comme dit la mère (traduisant dans son langage les affirmations de sa fille), un *avoir* qui vient des Dubois. De cet héritage, on ignore la provenance et le chiffre, mais on sait qu'il est *conséquent*. Un parent, frère de l'une, oncle de l'autre, devait être héritier, sans qu'on puisse deviner à quel titre, car il ne porte pas le nom du prétendu testateur, mais il avait, soi-disant, rassemblé les papiers et pris des arrangements que sa mort a interrompus.

L'invention est, comme on le voit, toute populaire. De temps en temps il circule des histoires de fortunes immenses accumulées jusqu'au merveilleux, et qui attendent un heureux inconnu destiné à les recueillir, dès qu'il aura justifié de son droit. Le défunt porte d'habitude un nom vulgaire assez répandu, pour solliciter de nombreux aspirants.

Pour se résoudre à aspirer à une situation si enviable et convertir en conviction arrêtée un rêve qui excède toutes les rêveries, il faut un travail intellectuel dont les aliénés seuls sont capables.

Ici, après un examen prolongé, on parvient à suivre la filière des conceptions délirantes imaginées par la fille et reflétées par la mère, qui leur donne l'appoint de sa sanction, l'autorité de son âge, la sobriété de l'exposé et cette apparence de sincérité qu'ont les récits romanesques reproduits de seconde main.

Le parent étant un gendarme retraité, il avait, a-t-on dit, après sa mort fait un testament. Or, pourquoi avait-il testé puisqu'il n'avait pas un sou à léguer. On a dû mettre les scellés et on n'a jamais communiqué les papiers. C'est qu'on avait intérêt à les soustraire.

Le délire une fois assis sous cette forme, et la première conception remonte aujourd'hui à deux ans (le frère est mort il y a cinq ans), il se partage et suit deux directions : d'une part, affirmer le droit à l'héritage; de l'autre, chercher par quelles menées souterraines les vrais destinataires ont été dépouillés.

La première tâche semble, par un compromis tacite, avoir été surtout réservée à la mère ; la seconde, celle qui consiste à dépister la persécution, revient à la fille plus imaginative.

Un nommé R..., dont l'individualité reste assez indécise, mais qu'elles supposent attaché à un séminaire, leur a fait dire par une femme qui ne pouvait être le mandataire d'un autre individu : allez connaître. Cette phrase énigmatique, si conforme à celles que répètent les hallucinations de l'ouïe, a été la première révélation parlée ; on en cause, on la commente à deux et après un an de réflexion inquiète, on se décide à suivre sur cette entrée en matière.

Un M. C ..., homme d'affaires, que le parent héritier présumé a connu, doit être chargé de la succession qu'ils sont trois à se partager, les deux malades, une de leurs parentes encore vivante et le nommé R...

La mère, incitée par la fille, se rend chez M. C... ; elle lui demande d'avancer de l'argent ou de lui confier un titre sur lequel elle puisse provisoirement emprunter. Celui-ci refuse, met la femme à la porte, déclarant qu'il ne sait de quelles af-

faires il s'agit. Néanmoins, il a dit à une femme : c'est vrai, et à une autre : qu'elles s'occupent de leurs affaires.

La fille a écrit à M. C... lettres sur lettres, mais ne reçoit pas de réponses, et ce silence, qu'elle n'ose rompre par une nouvelle visite, devient un argument de plus en faveur du bien fondé de ses prétentions.

C'est sur ces entrefaites qu'a lieu le voyage à Paris. Les deux femmes descendent, comme nous l'avons dit, dans une maison garnie tenue par une dame X... Elles cherchent de l'ouvrage et n'en trouvent pas. On offre à la fille une place d'institutrice en Pologne; elle la refuse parce que son absence nuirait au succès de l'entreprise.

La maîtresse de l'hôtel paraît avoir subi, à quelque degré, l'influence de ce délire, qui serait devenu peut-être une aliénation à trois si les relations avaient été plus étroites et plus durables. Cependant on est de plus en plus réduit aux expédients; on vend le peu qu'on possède, une bague, du linge, et le bagage finit par se réduire à la possession de quelques hardes.

Moitié pitié, moitié confiance dans un meilleur avenir, la dame X... avance quelques francs; peu à peu la dette s'accroît vite, puisque aucune des dépenses de loyer ou de nourriture n'est payée et elle monte à près de 100 francs.

Pourquoi la maîtresse d'hôtel a-t-elle été si favorable, pourquoi y a-t-elle été de sa bourse? On ne court pas de pareils risques quand on n'a pas de raisons pour le faire. C'est qu'elle avait pris des informations, qu'elle savait la succession prochainement réalisable. Elle l'a d'ailleurs laissé entendre par des mots équivoques. A qui fera-t-on croire qu'on fasse ainsi, sans raison, des cadeaux dans Paris?

Le mutisme de M. C... se prolongeant, on écrit au notaire, qui ne répond pas davantage, parce qu'il n'a rien à répondre à propos d'une succession imaginaire à partager entre des héritiers de fantaisie. Le mauvais vouloir a pris les proportions d'un complot, et là commence le rôle prédominant de la fille.

R... est séminariste, ou supposé tel, car ni l'une ni l'autre ne l'ont vu ; elles savent seulement qu'il connaissait leur parent, le collectionneur des papiers authentiques. Or, une église a été bâtie dans la ville où le séminaire du diocèse est installé. Cette église a, dit-on, coûté 5,000 francs. Qui a fait don de cette somme considérable? Évidemment R..., qui a dû hériter le premier, puisque c'est lui qui a laissé sous-entendre l'existence de la succession. Le notaire a dit à une personne : « Cette femme qui m'écrit est malade. » C'est qu'il avait fait serment de ne rien révéler.

« Le clergé est mêlé dans l'affaire, la succession existe, mais *j'y suis soustraite*, dit la fille, par la faute des prêtres. On dit partout que l'archevêque veut que nous en fassions l'abandon. Maman n'y a pas pris garde ; mais moi je suis sûre de l'avoir entendu. D'ailleurs on n'invente pas ces choses-là. »

Une fois la persécution admise, elle s'affirme à chaque pas, et on comprend combien il est facile de succomber à l'idée d'une persécution, quand tout effort est impuissant, toute ressource épuisée, et qu'on n'a plus, suivant l'expression de la mère, qu'à mourir de faim.

La part proportionnelle de chacune des deux malades s'accuse mal dans un récit condensé ; elle est certaine pour qui conduit l'enquête et dirige l'interrogatoire. La mère, qui ne joue que le rôle secondaire, a peine à se retrouver dans le lacis des déductions logiques à l'aide desquelles la persécution se prouve et s'explique. Le thème, sans les variations, suffit et au delà à la portée de son intelligence. La fille, au contraire, se complaît au récit du complot dont elle renoue les fils avec moins d'habileté toutefois que bien d'autres persécutées. De temps en temps elle en appelle à un de ces aphorismes dont les esprits de second ordre font si volontiers les prémisses de leurs argumentations : « J'ai cherché de l'ouvrage, et on m'en a refusé. Pourquoi ? J'ai présenté des modèles, et on ne les a pas regardés. C'est la malveillance organisée qui seule peut être cause de tout cela. »

Quant à l'existence d'une aliénation vraie, aucun médecin

expérimenté ne la mettra en doute. Elle se prouve moins par l'absurdité de la donnée première que par le mécanisme intellectuel à l'aide duquel elle est mise en œuvre. En somme, tout repose sur un non-sens ; il n'existe ni succession ni parité de noms avec le testateur Dubois, ni pièces ni papiers à l'appui. Des propos indirects, des mots dépourvus de sens servent de point de départ ou de point d'appui ; comme dans toute folie, c'est la foi maladive qui commande, n'admettant ni objection ni contrôle.

L'association des deux malades, dont l'une ne délire que par *commission*, a seulement effacé les angles, limité le délire dans une systématisation convenue, et qui a pu en imposer à quelques faibles d'esprit.

L'histoire suivante a tant d'analogies avec celle qu'on vient de lire qu'il convient de l'en rapprocher. Les nuances en médecine sont plus précieuses que les contrastes.

Il s'agit de deux sœurs jumelles, âgées de 41 ans, de même complexion, quoique se ressemblant peu de figure. Elles ont vécu en commun pendant leur enfance et leur adolescence. Le père et la mère sont morts, et on ne peut avoir sur eux des renseignements explicites.

Lucile s'est mariée, à l'âge de 17 ans, à un homme excellent dont elle n'a jamais eu qu'à se louer. De ce mariage est née une fille, âgée aujourd'hui de 15 ans.

Le ménage, qui s'était installé en province, tandis que la sœur continuait à habiter Paris, ne réussit pas. Un petit établissement de cafetier qu'ils avaient fondé prospéra d'abord, puis l'ambition d'accroître leurs affaires les gagne, et ils achètent une brasserie. Des difficultés de tout genre, des déboires auxquels ils n'étaient rien moins que préparés, les assaillent ; en trois ans, ils perdent leur petit capital, fruit de laborieuses économies. L'associé qui, à leur dire, les avait trompés, reprend la brasserie et la relève. Des 20,000 francs perdus au cours de l'entreprise, il ne reste plus que 900 francs, insuffisants à couvrir les dettes. Le mari et la femme se remettent à l'œuvre et finissent par se libérer de ce

qu'ils doivent, au prix d'énormes sacrifices. Le mari, découragé, fait quelques affaires en vins avec un demi-succès, puis il succombe en 1865 à une maladie qui paraît avoir été un cancer de l'estomac.

N'ayant plus rien qui la retienne en province, Lucile revient à Paris avec sa fille âgée de 3 ans ; elle se réfugie près de sa sœur et toutes les deux vivent de leur travail qui suffit aisément à leurs dépenses.

Joséphine a épousé un ouvrier en 1856 et n'a pas eu d'enfants; le mari menait une mauvaise conduite et les querelles étaient fréquentes. La femme, d'ailleurs laborieuse et régulière, a toujours été d'un caractère difficile. Dans les premiers mois de 1875, le mari est arrêté pour outrage à la pudeur. Un soir qu'il était demi-ivre, il s'est déboutonné devant une jeune fille qui a porté plainte. La prévention assez courte est suivie d'une condamnation à six mois de prison, réduits plus tard, à cause des antécédents relativement favorables du prévenu, à cinq mois.

On comprend quel coup porte le déshonneur imprévu dans la maison où les deux femmes vivaient étroitement liées par leurs affections et par un sens droit du devoir. Que faire? A quoi se résoudre? Faut-il pardonner ? Faut-il au contraire tenir rigueur et témoigner ainsi la répulsion profonde que la faute inspire. Les délibérations se succèdent et se multiplient, sans qu'aucun incident apporte des éléments nouveaux de décision.

Un événement terrible n'excède pas habituellement les forces des intelligences même débiles. Il en est autrement de la perplexité qui use peu à peu les meilleurs courages et creuse comme la goutte d'eau proverbiale. Peut-être ne trouverait-on pas une condition plus désavantageuse à l'intégrité de l'intelligence?

Joséphine est la plus intéressée dans la résolution ; elle hésite des mois et finit par se résoudre à quitter son logis pour une autre installation. C'est dans le nouveau domicile que rentre le

mari, après l'expiration de sa peine gracieusement abrégée. Les difficultés de toutes sortes recommencent. Il est alternativement accepté et repoussé, jusqu'au jour où fatigué de cette lutte avec deux femmes, dont l'une est déjà maladive, il annonce qu'il va vivre dans un hôtel garni, mais qu'il maintient son droit à l'habitation conjugale et qu'il saura bien forcer la main à sa femme récalcitrante, en lui faisant un procès qu'elle est sûre de perdre.

La menace ne reçoit pas de commencement d'exécution ; cependant l'inquiétude augmente. Les gens du peuple n'ont qu'une idée assez confuse de la justice, de son autorité qui garde un côté mystérieux et de ses droits.

Joséphine entre alors dans le délire vrai dont les prodromes se sont si longuement préparés. Elle refuse le travail et comme elle était de beaucoup la plus active et la plus habile, la gêne commence. Les nuits sont insomnes ; elle se lève terrifiée, allume les bougies sur une table qu'elle a d'abord couverte d'une nappe, déclarant que le prêtre va venir les administrer parce que la mort est proche. Lucile suit de loin, d'abord résistante, puis indécise, et ce n'est qu'au bout de deux mois qu'elle prend une part active à la folie.

Ainsi associées, les deux femmes ne se bornent plus à une appréhension expectante. Elles se résolvent à quitter Paris pour fuir à l'étranger ; elles font et défont leurs malles et leurs journées se passent en préparatifs qui n'aboutissent pas. La nourriture est insuffisante ; ni l'une ni l'autre n'ose sortir en quête de provisions ; le peu d'économies amassées finit par s'épuiser. Ce ne sont plus de vagues prévisions, mais on entend des bruits étrangers dans la rue ; la police informée veut leur infliger la peine d'un déshonneur dont elles sont solidaires.

Un jour, c'était en novembre 1875, Joséphine annonce l'arrivée des gendarmes ; devant ces extrémités, il ne reste qu'une ressource : la mort. On éteint les lumières et toutes deux se glissent sous leurs matelas, avec une inexpérience enfantine du suicide, pour s'asphyxier ; la première sensation de suffocation

est si pénible qu'elles ne se sentent pas le courage de persévérer. On voit par quelle progression la tristesse a monté aux degrés extrêmes de la mélancolie anxieuse. L'excitation n'a plus de trêve ; les voisins se plaignent et une parente informée se décide à placer les deux malades, l'une dans une maison de santé, l'autre dans un asile d'aliénées. Par une regrettable condescendance, les deux sœurs sont, après deux mois de séparation, réunies dans le même asile.

Joséphine, celle dont on pourrait dire qu'elle a mené l'affaire, est prise d'une agitation maniaque, croissante et communicative. Les scènes d'excitation se multiplient et malgré la violence incohérente du délire, le lien qui unissait les deux femmes ne se brise pas. Chacune semble donner son mot dans la réplique, et quand l'une s'apaise, l'autre redouble. On se décide alors à les isoler ; mais la séparation est plus apparente qu'effective ; les deux malades se voient par les fenêtres, par les grilles du préau. La plus raisonnable, la seule en réalité qui raisonne, met son intelligence au service d'une sœur en plein accès de manie. Si la malade est ainsi excitée, dit-elle, c'est qu'on la torture ; elle est dans un cas de légitime défense et a droit d'être secourue. Elle intervient alors, à la manière des enfants dans les querelles de ménage, dépassant par son agitation calculée la violence toute pathologique de sa sœur.

La parente, qui avait fait les frais de cette surveillance imparfaitement organisée, demande le placement des deux malades à bout de ressources dans un asile départemental.

Joséphine qui continue à subir un accès de manie à rémission est en effet séquestrée. Lucile, après quelques jours, est rentrée en possession d'elle-même et sa belle-sœur consent à la recevoir avec sa fille qui, malgré l'influence redoutable d'un tel milieu, n'a pas faibli.

Il est curieux de constater la rapidité avec laquelle les impressions délirantes s'effacent chez Lucile, tandis qu'elles ne se modifient pas chez sa sœur.

Le premier jour de la séparation, elle affirme hautement et

raconte les péripéties qui ont précédé l'explosion délirante, non sans quelques réticences et quelques excuses: la peur de la prison, notre âge critique nous a hallucinées ; nous étions toutes deux ainsi tourmentées, peut-être moi plus qu'elle.

Le lendemain, elle détourne l'entretien de ces débuts et ne consent à s'expliquer que sur les faits relatifs à l'internement dans l'asile. Là, en effet, les énonciations ont plus de vraisemblance. Ce sont des récriminations encore violentes, mais qui ne touchent déjà plus que par quelques points à l'aliénation : « Ma fille me dit : ma tante est folle ; je lui réponds : c'est impossible ; elle a des idées noires, mais ce n'est pas de la folie. J'exige qu'on me mène à l'asile. J'y vais malgré une assez vive résistance. J'entends crier ma sœur attachée dans une chambre avec la camisole de force, et je m'écrie : dans quel état es-tu là et je me précipite sur elle pour la délivrer. On m'enferme moi-même. Les pensionnaires, les infirmières, les médecins disaient les uns : ne criez pas, les autres : criez pour qu'on sache que vous êtes ici. On nous aurait toujours gardées pour profiter de l'argent que nous payions et que nous ne dépensions pas. »

Le quatrième jour, elle est fatiguée, parle lentement, s'exprime en bons termes sur toutes choses et dit : c'est ma sœur qui a eu peur ; je l'ai crue et j'ai eu tort ; si j'avais été moins faible, je l'aurais peut-être détournée et elle n'en serait pas où elle en est. »

Cette longue observation appelle peu de commentaires. On y suit l'évolution des idées sur laquelle nous avons déjà insisté, moins les lueurs d'espérance. Dans le premier cas, les femmes étaient excitées par l'appât d'un héritage qui devait les sauver ; ici, la frayeur domine et le délire prend une acuité incompatible avec les rêves consolants qui le modifient.

Dans l'observation qu'on va lire, c'est, au contraire, l'aspiration vers une fortune imaginaire qui domine, tandis que la persécution passe au second plan. Chacun de ces faits éclaire les diverses faces de l'aliénation à deux, et, plus le récit est détaillé, moins les corollaires ont besoin de développements. C'est, nous

ne dirons pas l'excuse, mais la raison de l'étendue que nous avons cru devoir donner à nos observations.

La nommée L..., veuve S..., âgée de 46 ans, sans profession, la nommée M..., 49 ans, journalière, demeurant toutes deux au même domicile, sont arrêtées, à une heure du matin, dans la salle d'attente du chemin de fer d'Orléans (côté de l'arrivée), où elles étaient couchées et endormies sur un banc.

De leur aveu, voilà la quatrième nuit qu'elles passent ainsi, obligées de se cacher pour soustraire à la rapacité d'une police occulte des papiers de grande valeur qu'elles ont en leur possession.

Elles sont arrivées ensemble du Midi à Paris, le 5 décembre 1872, et se sont rendues directement à Versailles, demandant à voir le Président de la République et à obtenir justice des vols dont la femme M..., que nous appellerons Jeanne de son prénom, est victime.

La veuve Marie S... a fourni l'argent nécessaire au voyage et à leur modeste entretien à Paris, depuis six mois qu'elles y résident. Elle affirme que la police est incessamment à leurs trousses, et, bien que le découragement commence à la gagner, elle veut rentrer au moins dans ses déboursés. Sans être guidée par l'intérêt, elle est assurée que, quand la femme Jeanne M... sera devenue millionnaire, elles partageront.

Dès cette entame, il est facile de voir que la femme Marie S... n'est que le reflet des aspirations de sa compagne, et que, pour découvrir ou la filouterie ou le délire, c'est à cette dernière qu'il faut s'adresser.

L'interrogatoire du commissaire de police, chargé de la première instruction, est déjà assez explicite pour que nous le reproduisions :

La femme M... dit avoir raconté l'affaire au curé de la paroisse qu'elle habitait en 1857, à l'époque de la mort de son grand-père. Celui-ci, avant de mourir, avait fait connaître l'existence d'un trésor dans une maison désignée par lui, mais sans indiquer la place. Le curé a découvert la cachette et volé le

trésor, et ce n'est qu'en 1866 que le premier vol a eu lieu. Elle est venue à Paris réclamer la protection de M. Thiers. Elle déclare, en outre, avoir eu, en 1868, une maladie grave, provoquée par des outrages commis à l'aide d'une poudre qui a paralysé momentanément son fils et elle-même.

Le double élément de la persécution et de la réparation prochaine apparaissent ainsi d'emblée. Le clergé est partie prenante. Rien ne manque au délire modelé sur celui des femmes X... Seulement, au lieu d'une succession à recueillir, c'est un trésor à ressaisir. L'histoire ainsi conçue rappelle, sous une autre forme, les aventures romanesques où se complaisent les imaginations populaires.

Un examen médical attentif et prolongé permet de remonter jusqu'aux premières phases de la folie et d'en suivre le développement; mais un long exposé écrit et colporté par la femme Marie donne au mieux la physionomie de l'aliénation :

« Vol fait clandestinement avec effraction et escalade à mon préjudice, empoisonnement des animaux, outrages qui m'ont été faits et dont j'ai dû garder le lit plusieurs fois et plusieurs semaines depuis 1866 jusqu'en 1872. »

Nous nous garderons d'essayer l'analyse d'un pareil document, qui ne contient pas moins d'une vingtaine de pages et qui se compose d'une série de récits sans cohésion.

Il en résulte que la femme M... a été prévenue par une voisine de l'existence de la caisse mystérieuse, de la place où elle était déposée et de son contenu en pièces d'or.

Un nommé Victor, personnage qui remplit exactement le rôle dévolu à R... dans la première observation, est l'agent principal qui découvre le secret, s'entend avec le curé de la paroisse, intervient de sa personne, s'introduit, tantôt par des moyens habiles, tantôt par effraction, dans la maison. La malade raconte des fragments de conversation échangés entre elle et Victor, qu'on retrouve comme les éléments essentiels de l'interprétation délirante dans les folies de cette espèce. Victor finit par organiser un complot; il n'est plus lui; il devient la

société Victor, être abstrait, occulte, et qui se prête mieux qu'une personnalité même confuse à des conspirations impossibles.

La nuit, à de nombreuses reprises, des apparitions étranges ont eu lieu dans sa chambre ; elles ne parlent pas, mais menacent du geste ; des poignards brillent dans l'ombre ; des sensations bizarres lui donnent à croire qu'elle a été l'objet de honteuses violences, et qu'avant d'abuser d'elle, on l'a endormie par des odeurs ou des breuvages. Pendant ce temps, on emporte des fardeaux de choses précieuses, et le lendemain, elle se réveille si souffrante qu'on croit devoir mander un prêtre. Les amis supposent charitablement que le diable est entré dans le domicile et qu'il conviendrait de l'exorciser.

Plus tard, les obsessions sont à la fois de nuit et de jour; les conspirateurs se déguisent, les uns en marchands, les autres en colporteurs ou en femmes de la campagne. Ils peuvent ainsi agir plus librement. Des voitures inconnues circulent dans les rues; des propos, dont la malade saisit le sens, sont échangés ; c'est un conflit de rencontres, de conversations énigmatiques, de démarches avortées pour arriver à la découverte de la vérité, des plaintes adressées aux autorités du pays, tantôt bien reçues, tantôt repoussées par calcul. Les noms propres se croisent, et il n'est pas une assertion qui ne s'appuie sur le témoignage d'un individu dénommé. On répète à voix haute tout ce qui s'est passé dans les nuits d'anxiété. On lui donne tantôt des conseils de prudence, tantôt des encouragements à agir. Une seule donnée reste immuable : le trésor est une fortune à ne pas y croire; il faut le voir.

C'est après cette longue incubation que la femme M... entreprend ses voyages à la poursuite de son bien imaginaire, allant chercher un complément d'information et un surcroît de confiance par les villes voisines, et espérant ainsi échapper à ses persécuteurs. C'est au même temps qu'elle entame des relations de plus en plus intimes avec la veuve S...

Les réponses de la veuve S..., au cours de l'interrogatoire mé-

dical, sont à la fois assez explicites et assez naïves pour qu'il y ait tout profit à les reproduire :

« Je connais madame M... depuis avril ou mai 1872. Veuve d'un capitaine au long cours, je l'ai rencontrée chez un marin de nos amis ; j'ai pris de suite part à ses peines. Je ne suis pas bien au courant de ses malheurs et ne veux pas chercher à les approfondir.

« Je suis venue à Paris pour la soutenir; sans moi, elle serait morte bien des fois. A Paris, je me suis adressée au ministère de la marine ; on m'a répondu qu'on ne pouvait pas s'en occuper.

« J'avais connaissance de ses affaires par elle et par les témoins, qui m'ont tout avoué. Madame C..., la femme d'un employé du chemin de fer, m'a dit que c'était exact, mais qu'elle ne déposerait qu'en justice, et nous ferons de même.

« On m'a montré les endroits, et je crois qu'elle a été volée. Quand madame C... m'a eu raconté la chose, comme me l'avait contée madame M..., j'ai été convaincue. La petite demoiselle C... m'a dit que madame L... avait fait aussi connaissance avec madame M..., mais qu'elle a déclaré ne pouvoir la servir, parce qu'elle était en rapports de parenté avec les voleurs. On a creusé et on a trouvé les débris du coffre à l'endroit où madame L... les avait cachés. Elles ont déclaré qu'elles en parleraient à la justice, quand on les interrogerait, mais qu'elles avaient peur de mécontenter les gens.

« Je crois que le curé du village a tout fait avec une bande. Je ne sais pas ce que c'est que Victor; je suppose que c'est un sorcier ; pourtant je ne crois pas aux sorciers. Pour pousser à bien cette affaire, il faudrait prendre le curé ; la soutane a toujours raison. Si on ne réussit pas, c'est que le curé s'en mêle.

« Je suis étonnée que la justice ne donne pas suite à notre plainte.

« J'ai dépensé pour elle, et, si elle rentrait dans sa fortune, elle me rendrait mes déboursés. J'ai commencé et je ne reculerai pas, quoiqu'il m'en coûte d'avoir quitté mes enfants. Je n'es-

père pas qu'il me reviendra de l'argent; elle m'a toujours dit qu'elle m'en donnera, mais je n'y compte pas, et, en tout cas, cela ne regarde personne. C'est d'un grand cœur que je suis partie, et je ne regrette rien, car j'aurai fait une belle œuvre ; je suis sûre qu'on l'a volée. Mon mari a sauvé une grande fortune comme cela : le bateau avait été incendié; on a retrouvé l'or caché dans le désert. Je me suis dit : Je pourrai comme lui sauver une fortune. »

A la question ainsi posée : « Vous êtes-vous jamais demandé si la femme M... jouissait de sa raison? » Elle répond : « Elle a bien sa tête ; je n'aurais pas suivi une folle; d'ailleurs, on l'a fait visiter par les médecins. »

C'est la veuve S... qui paraît avoir, après bien des hésitations, décidé le voyage à Paris. Un personnage resté indéterminé, et qu'elles appellent le monsieur de Bordeaux, leur a conseillé de demander une audience au ministre. Elles se sont adressées au président du conseil d'État. Le monsieur de Bordeaux avait promis de revenir sans fixer un jour. Elles l'attendaient, et il leur avait paru qu'elles auraient plus de chance de le rencontrer au chemin de fer.

Le jugement de la femme M... sur sa compagne, la veuve S..., est confus; mais, dans ses moments de lucidité, elle invoque son appui moral, déclarant qu'elle est au courant de tout, qu'elle a vu les témoins, et que la meilleure preuve de sa confiance, c'est qu'elle a tout quitté, famille, enfants, étant à l'abri du besoin, pour aider au succès de l'entreprise.

La veuve S..., après une courte séparation, a demandé à retourner près de ses enfants. Ceux-ci ont été mandés à Paris et l'ont reconduite. La femme Jeanne M... a été placée dans une maison de santé.

L'histoire suivante reproduit, sous une autre forme, un de ces drames intimes familiers aux médecins, inconnus aux romanciers, et qui donnent une note à peine discordante dans le concert des misères humaines. Il s'agit encore de deux femmes, et cette fois de deux sœurs.

L'une, D..., est veuve depuis l'âge de 20 ans et âgée aujourd'hui de 47 ans. L'autre, L..., séparée de son mari depuis une vingtaine d'années, a 51 ans. La première est petite, trapue, de bonne mine, causant volontiers et assez vive d'intelligence. La seconde est grasse, épaisse physiquement et intellectuellement ; elle répond avec peine aux questions et semble dominée par la crainte de se compromettre.

Elles sont venues à Paris il y a quelque trente ans avec leur père et leur mère établis en province, possesseurs d'un petit avoir laborieusement amassé et sollicités par l'espérance d'un gain plus élevé. Le père était tailleur, et la mère l'aidait dans son travail. Leurs affaires ont d'abord prospéré, puis des pertes d'argent sont survenues, et tous deux sont morts presque dans la misère.

D... épousa un ouvrier peintre, d'une bonne conduite, et qui paraît avoir succombé à une phthisie aiguë. Une fois veuve, elle prit domicile chez sa sœur mariée avec un ouvrier d'un caractère difficile, gagnant aisément sa vie comme peintre sur porcelaine, mais ayant des habitudes de brutalité et de dissipation.

Au bout de peu de temps, le ménage fut rompu. Le mari partit, sans que depuis on en ait eu de nouvelles, et les relations entre les deux sœurs devinrent de plus en plus étroites.

L'ouvrage ne manquait pas, et, pendant dix ans, cette union volontaire fut toute heureuse. D... était habile dans sa profession de culottière; elle trouvait régulièrement du travail dans un grand magasin de confection pour hommes et menait une vie économe et exemplaire. Un jour, elle reçut quelques reproches pour un manque d'exactitude dans la livraison de son ouvrage. De dépit, elle refusa de retourner au magasin, et, comme elle était la seule pourvoyeuse, les deux sœurs, ne gagnant rien, épuisèrent lentement leurs ressources.

C'est alors que D... enleva, en compagnie de sa sœur, un paletot à l'étalage d'un tailleur, l'emporta ostensiblement, se fit arrêter, fut renvoyée de la plainte par ordonnance de non-

lieu et transférée à la Salpêtrière, où elle séjourna avec sa sœur de 1859 à 1864.

Vers la fin de 1864, nouvel accès. Délire de persécutions avec terreurs. Elle se croit poursuivie par des gens qui menacent de l'empoisonner. Son beau-frère lui avait dit : « Je connais des poisons que les médecins ne découvriront pas; méfiez-vous. » Elle supposait et suppose encore que son mari est mort empoisonné.

Son second séjour à la Salpêtrière, où elle est seule enfermée, est de sept ans et elle sort réputée guérie en 1872.

Au printemps de 1876, après quatre années de travail fructueux et non interrompu, l'ouvrage manque de nouveau soit par le fait de la morte-saison, soit par suite d'un trouble indécis de l'intelligence. Les deux sœurs se décident, sous la pression de D..., à provoquer une seconde arrestation pour échapper à la misère. C'est elles-mêmes qui vont se dénoncer au commissaire de police, s'accusant d'avoir volé deux chandeliers de cuivre appartenant à leur logeuse. On fait une perquisition sommaire, et, avant même qu'elle soit terminée, elles soulèvent leur matelas et montrent dans leur paillasse les chandeliers qu'elles prétendaient avoir vendu.

Placées administrativement comme aliénées le 23 mars 1876, elles quittent l'asile le 5 octobre de la même année.

Cette fois, la période laborieuse est plus courte. On leur refuse de l'ouvrage, parce qu'elles ne rapportent pas en temps utile celui qu'on leur a confié. La maîtresse du garni ne consent à continuer la location que si elles payent d'avance. L'épargne minime s'use vite, et, réduites aux derniers extrêmes, elles n'ont plus que six sous en leur possession. D... est reprise des impulsions qui l'ont déjà entraînée et qui succèdent toujours à un malaise mental incompatible avec un travail assidu. Elle emmène sa sœur, et, après d'assez longues hésitations, non pas sur la conduite qu'elles vont tenir, mais sur le procédé dont elles feront choix, elles dérobent chacune une paire de mitaines sans valeur chez un marchand de nouveautés. On les arrête,

et elles sont écrouées à Saint-Lazare sous prévention de vol.

Après deux mois, elles sont remises en liberté, assez calmes, rassurées par le pécule qu'elles ont amassé en prison et qui monte à une trentaine de francs, mais encore sous le coup d'une notable confusion d'esprit.

Rien n'est plus facile, en interrogeant séparément les deux malades, que de discerner celle qui a été active de celle qui s'est bornée à un rôle passif. L'aînée, L..., n'a qu'un souvenir confus du passé; elle avoue avoir été placée à la Salpêtrière, mais elle ne sait ni quand, ni pendant quelle période de temps. Sa réponse monotone à toutes les demandes est : « Il faudrait donc se laisser mourir de faim? »

A la prison de Saint-Lazare, on la mande trois fois chez le juge d'instruction. Ces déplacements répétés lui semblent extraordinaires, et elle en conclut qu'on allait lui couper la tête. Si on objecte qu'on ne condamne pas les gens à mort pour un tel délit, elle ajoute : « Que voulez-vous que je vous dise, on le disait là-bas; moi je ne dis rien. »

La veuve D..., la plus jeune, a une tout autre activité intellectuelle. Elle est la seule des deux qui sache lire et écrire, la seule qui se chargeât de procurer de l'ouvrage. Elle se souvient qu'on s'est amusé d'elles à Saint-Lazare; les détenues contaient à sa sœur qu'on lui couperait la tête; elle savait bien qu'il n'en était rien et n'est pas niaise à ce point, mais il lui ardait d'être jugée.

« En somme, dit-elle avec une certaine animation, je connais mon métier; pourquoi me refuse-t-on du travail? pourquoi me coupe-t-on l'herbe sous le pied? pourquoi? qui? Je n'en sais rien, je ne parle à personne, je ne connais personne. On veut donc que je me tue ou que je meure de faim? Il y a là quelque chose que je ne puis dire. Peut-être que j'ai été folle. Admettez que je l'aie été; à présent vous voyez bien que je suis guérie. Je pensais... Non, je ne me le rappelle plus... Si, je pensais qu'on voulait m'empoisonner dans ma nourriture... Est-ce que je ne mange pas de tout à présent? Je ne répondrai plus, parce

que tout ce que je dirais serait folie. Si j'ai volé, ce n'était pas pour m'enrichir ; tout cela n'est pas de la folie, c'est du malheur. »

Les deux mois de détention préventive, l'assurance de vivre au moins quelque temps sur son pécule, ont amoindri, sinon fait cesser la crise, et les deux sœurs sont rendues jusqu'à nouvel incident à la liberté.

Une dernière observation, déjà publiée, offre avec celle qu'on vient de lire de telles ressemblances que nous tenons à la reproduire; elle montrera que les faits, dont nous avons donné l'analyse, plutôt que le récit complet, ne sont pas de rares exceptions. Il est bon de ne pas se confiner dans sa propre expérience, et, même identiques au fond, les observations recueillies par des médecins différents varient par la forme ou par le détail. M. le docteur Dagron, qui a raconté, avec de longs développements, l'histoire de la folie des deux sœurs, avait toute compétence pour formuler un jugement. La maladie, on pourrait presque dire l'affaire, avait pris d'ailleurs de si désobligeantes proportions que notre confrère était engagé à ne rien en omettre.

Mademoiselle X..., âgée de 38 ans, et sa sœur madame X..., âgée de 36 ans, ont été admises dans l'asile des aliénés du département le 20 février 1856.

Il résulte des renseignements qui nous ont été fournis, que ces dames ne jouissaient pas depuis longtemps de leur raison, et que partant elles se faisaient remarquer par leur excentricité.

Mademoiselle X... nous occupera seule ici. Raisonnable lorsqu'il s'agissait d'intérêt, il n'en était plus ainsi lorsqu'on scrutait sa vie de famille. Logée avec son père, cette malheureuse fut toujours pour ce pauvre vieillard une source de chagrins. Que de faits absurdes d'immoralité ne lui a-t-elle pas reprochés ; que de mémoires n'a-t-elle pas adressés à l'autorité pour qu'elle eût à la protéger contre lui ; que de visites n'a-t-elle pas faites aux hommes d'affaires pour leur confier ses soucis imaginaires !

M. X... père fut accusé par elle d'avoir favorisé sur sa personne et sur celle de sa sœur un attentat énorme. Après lui avoir fait prendre un narcotique, M. X... aurait introduit dans leur chambre, elle ne sait comment [car leur porte était toujours fermée en dedans] M. le sous-préfet de X..., qui aurait assouvi sur elles sa passion ; une grossesse, dont mademoiselle X... a attendu l'issue pendant près de deux ans, s'en serait suivie. Une chemise trouvée à son domicile portait une étiquette ainsi conçue : « Chemise que je portais dans la nuit fatale du... »

Pénétrée de cette idée, de nombreuses démarches ont été faites par Mademoiselle X... pour avoir une entrevue avec son séducteur ; des menaces ont été proférées contre lui, et elle aurait même, ne pouvant pénétrer à la sous-préfecture, cherché à l'attirer dans une autre maison, où elle et sa sœur s'étaient rendues armées de pistolets.

M. M... fils, élève du Lycée, âgé de 16 ans environ, ayant été pendant les vacances conduit chez son père, Mademoiselle X... après l'avoir entouré de soins, parce qu'il ressemblait, disait-elle, à l'un des enfants de sa sœur qu'elles avaient eu le malheur de perdre, le prit tout à coup en aversion : c'était un émissaire de son frère, un polisson qui voulait les violer ; il les suivait pour les compromettre ; elle le voyait et le rencontrait partout ; une fois même, elle poussa l'extravagance jusqu'à faire culbuter une barge de fagots croyant le trouver caché dessous.

Mademoiselle X... ne marchait jamais sans armes ; les plus grandes précautions étaient prises par elle lorsqu'elle se renfermait dans sa maison et, dans une construction qu'elle devait faire, elle ne voulait employer que des serrures de sûreté, non pour se protéger contre les voleurs, car elle ne craignait pas pour sa bourse, mais contre des ennemis imaginaires qui en voulaient à son honneur et à celui de sa sœur.

Son frère, versé dans la magie, ne lui laissait pas, disait-elle, un instant de repos ; son influence occulte s'étendait jusque sur les animaux qu'elle affectionnait. Tantôt il faisait

trembler le plancher sur lequel elle marchait, ou la faisait danser malgré elle; tantôt il lui faisait éprouver des sensations étranges qui toutes se rapportaient aux organes génitaux; d'autres fois, il lui faisait changer de visage, au point que sa sœur avait de la peine à la reconnaître. Son pauvre chat lui-même se ressentait de ses maléfices : que de fois, après avoir fixé longtemps le même endroit, ne s'est-il pas rapproché d'elle en miaulant, etc.!

Ce délire, qui durait déjà depuis plusieurs années, devint assez intense en 1856 pour que M. X... dût songer à prendre des mesures pour sa sûreté personnelle et celle de ceux qui l'environnaient.

Le 18 février il écrivait : « Monsieur, je suis le plus malheureux des pères; mes filles sont dans un état d'aliénation extrême. Venez constater leur état, je vous prie, et me donner des conseils. »

Le lendemain 19, M. X... fils vint me prendre, et nous nous rendîmes à X... où j'eus avec le père une entrevue chez l'un de ses neveux.

On me raconta que, depuis dix nuits, ces dames ne s'étaient pas couchées. Renfermée avec sa sœur, Mademoiselle X... ne voulait pas lui permettre de dormir, et si la malheureuse, succombant à la fatigue, fermait les yeux, elle la réveillait aussitôt, le moindre soupir étant un indice qu'on la violait.

La veille elles s'étaient précipitées sur une personne qui traversait la cour de leur père, et elles lui eussent fait un mauvais parti si l'on ne fût venu leur faire lâcher prise. Le matin, quittant leur appartement, elles s'étaient rendues dans la maison où nous nous trouvions, et la demoiselle X... s'y était livrée à des extravagances sans nombre. Leur exaltation était, me dit-on, à son comble, un malheur était imminent.

Dans une telle occurrence, je crus devoir conseiller le transfert dans une maison d'aliénés ; un tel état de choses, en effet, ne pouvait durer plus longtemps sans que l'autorité s'en émût. On y consentit, mais la difficulté était de se rendre maître de

ces pauvres femmes qui, une fois barricadées chez elles, pouvaient y soutenir un siège.

Nous en étions là de notre entretien lorsqu'on vint nous prévenir qu'une femme et son enfant venaient d'être renfermés dans leur cuisine et que l'on craignait un accident.

M. X... se rendit sur les lieux, fit tout ce qu'il put pour les calmer, puis, n'y pouvant parvenir, m'envoya dire de venir à son aide.

Accompagné alors d'un gardien que j'avais avec moi, et de deux ou trois personnes de bonne volonté, je courus à la maison, où, me glissant le long des murs, je pus parvenir jusqu'au perron de la cuisine, sur lequel elles se tenaient avec leur père, qui se trouvait heureusement dans la porte pour les empêcher de rentrer.

A ma vue elles se récrièrent ; mais avant qu'elles eussent eu le temps de faire un mouvement, j'étais sur le seuil, les prévenant qu'elles ne pourraient entrer qu'après moi. « Je suis, leur dis-je, M. Dagron; je viens pour constater votre état et vous engager à vous rendre dans une maison de santé. » Madame X... qui m'avait vu près de son mari, atteint lui-même d'aliénation mentale, me dit que je n'étais pas M. Dagron, et toutes deux alors se précipitèrent sur moi. Une lutte dont je ne pouvais prévoir l'issue, car j'apercevais à deux pas un fusil de chasse, s'en suivit; les malheureuses me déchirèrent les mains, me mordirent, et l'on ne put s'en rendre maître qu'en les fixant avec la camisole.

Mademoiselle X... était terrible; oubliant toute pudeur elle se roulait à terre comme une furie. Mais bientôt une lueur d'espérance lui venant, elle se releva et, passant dans un petit salon où je la suivis, elle me dit: « Que craignez-vous, donnez-moi au moins les mains. » Si je l'eusse fait, j'étais perdu : un large couteau de cuisine était caché sous la housse du canapé sur lequel elle était assise.

Confiant alors ces dames à la garde des personnes qui m'avaient accompagné, je rejoignis le père dans un appartement

voisin, et il fut décidé qu'elles seraient provisoirement déposées à l'asile de... M. X... fils fut chargé de remplir toutes les obligations de la loi.

On donna l'ordre d'atteler. Le départ fut moins laborieux que je ne le craignais.

Le long de la route elles furent assez calmes ; Mademoiselle X... se plaignait bien pourtant à plusieurs reprises qu'on la violait, et demandait à sa sœur si elle n'en ressentait pas autant. Arrivées à l'asile assez tard dans la soirée, on leur enleva la camisole, et elles furent installées pour la nuit.

Mademoiselle X... fut en proie pendant quelques semaines à une excitation extrême. Des hallucinations sans nombre venaient à chaque instant l'éveiller et, si l'on cherchait à la convaincre de ses erreurs, elle avait aussitôt recours à l'électricité pour tout expliquer.

Que de fois n'a-t-elle pas entendu à travers les murailles des voix ennemies qui conspiraient contre son honneur? Son père, son frère ne lui laissaient pas un instant de repos. M. M... fils, son cousin, rôdait autour des murs pour l'enlever ; je la menaçais en imitant la voix de la b...., etc.

La supérieure de l'établissement faisait partie d'une confrérie qui lui voulait du mal ; elle avait introduit dans la maison un frère de Saint-Laurent qui était venu la violer, et elle offrait d'en montrer les traces sur sa chemise. On venait, jusque sous ses fenêtres, tirer des coups de fusil; les murs et le lit sur lequel elle couchait étaient chargés d'électricité.

Les aliments qu'on lui faisait prendre contenaient des substances capables de lui nuire. Tous les soirs, avant de se coucher, elle regardait dans les tiroirs des tables, des commodes, pour s'assurer si quelqu'un n'y était pas caché.

Son désespoir parfois était si grand, qu'elle menaçait de se suicider : elle aimait mieux, disait-elle, la mort que d'endurer plus longtemps de telles souillures. Elle eût fui au bout du monde pour y échapper; toujours prête à partir, elle portait

sur elle des sommes assez fortes qui ont été trouvées cousues dans des galons attachés autour du corps.

Des pages sans nombre, qui toutes sont sorties d'ici, ont été écrites par elle. Une d'elles contenait un testament pour la fille d'un aliéniste, dont la veuve, quelque temps après, me dénonçait au président du tribunal pour séquestration illégale, en ces termes :

« Monsieur, ces quelques mots dictés par le cœur, par la conscience surtout, ce n'est pas à l'ami que je les adresse, mais à l'éminent magistrat dont l'humanité, l'équité me sont bien connues, et qui saura faire la lumière.

« Appelées à X..., ma fille et moi, par nos affections et nos intérêts, nous apprenons avec une profonde surprise, une vive douleur, l'incarcération dans l'hôpital des aliénés de X..., de deux sœurs, Madame et Mademoiselle X...

« Quelques épanchements échappés à ces infortunées au milieu des plus grandes souffrances morales laissent bien des doutes ! Une odieuse et cupide haine peut facilement s'exercer contre des femmes privées de tout soutien. Plus de vingt ans passés en contact avec les aliénés et leurs familles surtout nous ont dévoilé bien d'horribles mystères, etc. »

Cet état a duré avec des alternatives de calme et d'agitation, du 20 février au mois de mai. Il serait fastidieux de répéter ici toutes les idées qui ont traversé ce pauvre cerveau.

Des bains prolongés, quelques irrigations, des antispasmodiques ont triomphé de ces accidents.

En mai, en effet, le calme est revenu, et Mademoiselle X..., sans renoncer à ses idées erronées, me dit : « Eh bien ! lorsque je sentirai qu'on me viole, je me lèverai si je puis me réveiller à temps, et *remuerai tant que cela ne pourra pas entrer.*

Depuis cette époque l'amélioration a continué, quelques promenades en voiture ont pu être entreprises, la confiance est revenue, et mademoiselle X... a été mise en liberté le 28 juin 1856.

Je n'en avais plus entendu parler, lorsque le 24 mai 1858, je

reçus une lettre d'un avocat qui, prétendant qu'elle n'avait jamais été folle et que son père avait abusé de ma confiance, se proposait de diriger des poursuites contre lui.

« Cette malheureuse demoiselle, me disait-il, que j'ai souvent dans mon cabinet, a été examinée par moi, et je n'ai jamais reconnu le moindre dérangement dans ses idées; bien au contraire.

« J'ai voulu étudier s'il y avait quelque monomanie, une idée fixe ; je n'ai rien vu de cela dans son esprit ; j'ai besoin d'être renseigné pour savoir quelle est la règle de conduite que j'aurai à adopter dans ce conflit qui existe entre le père et la fille, etc. Veuillez m'honorer d'une réponse. »

Je crus devoir répondre que Mademoiselle X... avait été sérieusement malade, que son père avait agi sagement en la faisant traiter dans une maison d'aliénés et que je craignais bien que cette instance en justice ne fût un symptôme de rechute.

En réponse à cette déclaration, je reçus le 13 juillet une assignation pour comparaître en conciliation devant M. le juge de paix, à l'effet de m'entendre sur une demande en dommages-intérêts de 25,000 francs formulée par Mademoiselle X... contre son père et moi, mais écrite en entier de la main de son conseiller.

Je fis défaut.

Une nouvelle assignation me fut adressée pour comparaître, cette fois, devant MM. les juges composant le tribunal civil de X... L'affaire fut appelée, mais M. le procureur impérial demanda, en ce qui me concernait, le rejet de la demande de Mademoiselle X... jusqu'à ce qu'elle eût rapporté une autorisation du conseil d'État, des poursuites ne pouvant être dirigées contre un fonctionnaire public sans cette autorisation.

Mademoiselle X..., abandonnant alors les poursuites contre moi, poursuivit son père seul, qui lui répondit par une demande en nomination d'un conseil judiciaire, comme dissipant sa fortune en procès inutiles.

Le tribunal de X... accueillit cette demande; un appel de ce

ASILE CLINIQUE
BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

jugement a été soutenu à Poitiers par un des avocats les plus distingués de Paris, lancé, on ne sait comment, dans cette affaire, mais la cour a confirmé la sentence des premiers juges.

Aujourd'hui Mademoiselle X... vit en liberté, privée de l'administration de ses biens.

Dans des conditions assez différentes et peut-être plus communes qu'on ne le croirait, c'est un vieillard qui imprime la direction au délire qu'un adulte, relativement jeune et faible d'intelligence, finit par adopter.

Les délires séniles, quand ils n'arrivent pas à la démence absolue, gardent un aspect raisonnable, ou commandent, par l'âge du délirant, une sorte de respect. Intermittents avec des intervalles de lucidité, excusés par des lacunes de mémoire, ils imposent tout au moins l'indulgence.

Nous ne suivrons pas la folie communiquée sur ce terrain, où les problèmes que soulève la sénilité multiplient les difficultés de la recherche. Aux deux âges extrêmes de la vie, chez l'enfant et chez le vieillard, les troubles de l'intelligence empruntent une partie de leurs caractères à l'évolution ou à l'involution, et ne se dégagent pas stables, immobilisés, tout prêts pour l'étude, comme chez l'adulte.

Les données que nous venons d'exposer ne se résument pas. Comme toutes les investigations psychologiques, elles ne valent que par les détails et ne sauraient aboutir à de brèves conclusions. Condenser ces récits, ce serait commettre la faute d'un observateur qui croirait faire connaître les aventures d'une exploration poursuivie dans des terres inconnues en énonçant les points de départ et d'arrivée et les étapes intermédiaires.

Néanmoins nous croyons pouvoir terminer ce travail par les conclusions suivantes :

1° Dans les conditions ordinaires, la contagion de la folie n'a pas lieu d'un aliéné à un individu sain d'esprit, de même que la contagion des idées délirantes est très rare d'un aliéné à un autre aliéné.

2° La contagion de la folie n'est possible que dans des conditions exceptionnelles que nous venons d'étudier sous le nom de *folie à deux*.

3° Ces conditions spéciales peuvent être résumées ainsi :

a. Dans la folie à deux, l'un des deux individus est l'élément actif ; plus intelligent que l'autre, il crée le délire et l'impose progressivement au second, qui constitue l'élément passif. Celui-ci résiste d'abord, puis subit peu à peu la pression de son congénère, tout en réagissant à son tour sur lui, dans une certaine mesure, pour rectifier, amender et coordonner le délire, qui leur devient alors commun et qu'ils répètent à tout venant, dans les mêmes termes et d'une façon presque identique.

b. Pour que ce travail intellectuel puisse s'accomplir parallèlement dans deux esprits différents, il faut que ces deux individus vivent, pendant longtemps, absolument d'une vie commune, dans le même milieu, partageant le même mode d'existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes et les mêmes espérances, et en dehors de toute autre influence extérieure.

c. La troisième condition, pour que la contagion du délire soit possible, c'est que ce délire ait un caractère de vraisemblance ; qu'il se maintienne dans les limites du possible ; qu'il repose sur des faits survenus dans le passé, ou sur des craintes et des espérances conçues pour l'avenir. Cette condition de vraisemblance seule le rend communicable d'un individu à un autre et permet à la conviction de l'un de s'implanter dans l'esprit de l'autre.

4° *La folie à deux* se produit toujours dans les conditions ci-dessus indiquées. Toutes les observations présentent des caractères très analogues, sinon presque identiques, chez l'homme et chez la femme, comme chez l'enfant, l'adulte et le vieillard.

5° Cette variété de la folie est plus fréquente chez la femme, mais on l'observe aussi chez l'homme.

6° On pourrait faire intervenir dans sa production l'hérédité, comme cause prédisposante, lorsqu'il s'agit de deux personnes

appartenant à la même famille, comme la mère et la fille, les deux sœurs, le frère et la sœur, la tante et la nièce, etc. Mais cette cause ne peut plus être invoquée dans les cas où il n'existe entre les deux malades aucun lien de parenté, par exemple lorsque la maladie se produit entre le mari et la femme.

7° L'indication thérapeutique principale consiste à séparer l'un de l'autre les deux malades. Il arrive alors que l'un des deux peut guérir, surtout le second, quand il est privé du point d'appui de celui qui lui a communiqué le délire.

8° Dans la plupart des cas, le second malade est moins fortement atteint que le premier. Il peut même quelquefois être considéré comme ayant subi une simple pression morale passagère, et comme n'étant pas aliéné, dans le sens social et légal du mot. Il n'a pas alors besoin d'être séquestré, tandis que l'on fait enfermer son congénère.

9° Dans quelques cas rares, la pression morale exercée par un aliéné sur un autre individu plus faible que lui peut s'étendre à une troisième personne, ou même, dans une mesure plus faible, à quelques personnes de l'entourage. Mais il suffit alors presque toujours de soustraire l'aliéné actif à ce milieu qu'il a influencé à divers degrés, pour que l'entourage abandonne peu à peu les idées fausses qui lui avaient été communiquées.

(*Archives générales de médecine*, septembre 1877.)

VERTIGE MENTAL.

Le nom de vertige que j'ai choisi, faute de meilleur, n'est pas susceptible de définition. Il a cela de commun avec toutes les dénominations destinées à exprimer des états subjectifs, et qui nous sont imposées par les malades.

Collaborateur obligé du médecin, le malade énonce des sensations dont il est le seul juge. Si, au lieu d'avoir recours à sa nomenclature de fantaisie, il emprunte la nôtre, c'est en lui attribuant des significations qui échappent à notre contrôle. On a dit qu'il était impossible d'avoir mal à la tête d'un autre; il n'est guère aisé de se représenter la nature et le degré du mal de tête dont l'autre se plaint.

Nous prenons alors pour terme de comparaison une impression que nous supposons avoir nous-même éprouvée, ou nous nous contentons d'une formule qui appartient au vocabulaire habituel des malades, dût-elle ne fournir qu'une notion assez confuse.

C'est en me conformant à ce procédé logique, défectueux mais irremplaçable, que j'ai choisi le vertige simple, qui se produit au sommet d'une tour ou d'un lieu élevé, pour faire comprendre des états tout autrement complexes, auxquels cette note est consacrée.

Ce vertige a certainement pour point de départ une impression visuelle. Un homme, conduit les yeux bandés sur les hauteurs les plus vertigineuses, n'éprouve aucun malaise. L'expérience, empruntée aux chevaux qui font mouvoir les manèges,

et qui ne résistent qu'à la condition d'être momentanément aveuglés, n'est ni moins classique ni moins décisive.

Le vertigineux n'a qu'une conscience très confuse du trouble visuel ; il y attache d'autant moins d'importance qu'en fermant les yeux il n'améliore en rien sa situation. Souvent, au contraire, l'occlusion des yeux exagère l'anxiété ; fermer les yeux, après les avoir soumis à une épreuve sensorielle, n'est d'ailleurs pas un fait indifférent. Les gens prédisposés peuvent créer un vertige en ouvrant et en fermant alternativement les yeux devant un objet qu'ils regardent fixément.

La sensation dont le vertigineux, que j'ai pris pour exemple, se préoccupe, se résume presque tout entière dans un malaise général extrêmement pénible, facile à décomposer et par conséquent à décrire.

C'est d'abord un sentiment d'angoisse précordiale, épigastrique, à forme compressive, assez caractéristique et assez constant pour qu'on le retrouve au début de la plupart des anxiétés vertigineuses. En second lieu, une sensation de collapsus, de défaillance imminente, avec plus ou moins de mollesse et de tremblement des membres inférieurs ; le sol, comme on dit, se dérobe sous les pieds, et l'expression est d'un pittoresque achevé.

Il peut alors survenir un trouble visuel secondaire consistant en une sorte de brouillard interposé, d'obnubilation semblable à celle qui accompagne la période initiale de presque toutes les défaillances.

L'étourdissement, la gyration propres à d'autres modes de vertiges ne se produisent pas. Le malade, car c'est déjà un malade, distingue aisément son état de ceux que provoque le tournoiement ou la mobilité onduleuse du pont d'un navire. Dans ces derniers, le sens de l'équilibre est surtout intéressé, mais dût-il être porté jusqu'aux spasmes gastriques, il n'entraîne pas à un égal degré un malaise général.

L'inquiétude morale plus ou moins comparable à la peur devient bientôt l'élément domina de la crise. Elle se traduit par

toutes les perversions consécutives aux impressions terrifiantes, la pâleur du visage, la constriction thoracique, l'angoisse respiratoire, la rétraction de la peau du scrotum, l'algidité, la sueur froide, diffuse ou partielle. Elle semble, autant que le malade est maître de son analyse, se composer de la crainte d'une chute dans l'espace et de l'appréhension d'une défaillance qui pourrait finir par compromettre la vie.

La raison, même aidée par les paroles encourageantes des assistants, a perdu toute force de résistance. Le danger est nul, une balustrade élevée, solide, protège contre la possibilité d'un accident, le malade le sait, il le reconnaît, mais il se sent en même temps incapable de commander à sa préoccupation anxieuse.

Deux possibles se présentent alors : ou le vertigineux se maintient dans une immobilité qu'explique son incapacité matérielle de se mouvoir, ou il accuse une impulsion qui le porterait, s'il n'était retenu, à se précipiter dans le vide. Ces deux modes contradictoires répondent l'un au vertige qu'on pourrait nommer actif; l'autre, au vertige passif.

C'est à ce dernier seul qu'est consacrée cette étude.

La succession des phénomènes que je viens d'énumérer se fait avec une rapidité variable, et quelques-uns des stades peuvent être si fugaces qu'ils passent inaperçus.

Dans tous les cas, l'impression mentale est le fait dominant, celui dont tous les malades se souviennent avec une pénible réminiscence. Des moindres impressions morales, aucune ne leur a échappé, et il n'est pas nécessaire, tant on est renseigné par eux, d'avoir été le témoin de l'accès : aussi serait-il malaisé de trouver une condition plus favorable à l'étude.

En dégageant les données qui seront ultérieurement utilisées, on trouve : 1° que l'anxiété mentale est toujours précédée de symptômes physiques ; 2° qu'elle n'est pas proportionnée à l'intensité de ces symptômes ; 3° qu'elle est parfaitement consciente, mais invincible; 4° qu'elle éclate subitement sans avoir été précédée d'une délibération ou d'une réflexion qui l'a

justifiée ; 3° qu'une fois née, elle suit une évolution fatale, enfin que le vertigineux ne parvient pas à la dominer, même en la déclarant déraisonnable et absurde.

Comme il est possible, ainsi que l'enseigne l'expérience de tous les jours, de se tenir sur un point élevé, sans éprouver la sensation, même la plus atténuée, du vertige, de même on peut ressentir les mêmes effets vertigineux sans que l'influence de l'altitude intervienne.

Il existe toute une catégorie de perversions intellectuelles qui ne se comprennent et se classifient qu'à la condition d'être rattachées au type vertigineux dont je viens d'indiquer les principaux traits.

C'est à cette classe d'affections que j'ai donné le nom de *vertige mental*, indiquant par là que la maladie est constituée par un malaise physique, définissable, sinon défini, et par une angoisse morale qui peut s'élever jusqu'au délire de la folie.

Tous ces états vertigineux, bien que similaires, ne sont pas identiques, et on doit les classer sous des chefs différents, suivant que tel ou tel des éléments prédomine.

Dans une première catégorie, le point de départ visuel est manifeste, et le malade est le premier à s'en rendre compte ; seulement le trouble initial de la vue varie suivant les sujets. Une jeune fille ne peut se regarder dans un miroir sans être prise d'un malaise intellectuel et physique. Ses jambes refusent de la soutenir, elle est contrainte de s'asseoir, et elle accuse une défaillance qui, en s'exagérant, arriverait à la syncope. En même temps des perversions mentales, toujours les mêmes, viennent l'assaillir ; elle se demande si c'est elle qui est l'objet de cette impression ; elle a des doutes bizarres sur sa personnalité, qui lui devient indistincte.

L'opération visuelle, supprimée brusquement, ne fait pas cesser immédiatement la crise qui s'éteint peu à peu. Une autre est incapable, à certaines heures de la journée, de fermer les yeux brusquement, sans être prise d'anxiété précordiale, de suffocation, de la peur d'être jetée à la renverse par un mouvement

involontaire. Beaucoup ressentent, sous des formes et à des degrés différents, cette sensation pénible au moment du passage de la veille au sommeil, par le seul fait de l'occlusion des yeux; quelques-uns déclarent expressément que le malaise est absolument le même que celui qui les affecte en regardant d'un point élevé. Il faut bien dire que tous ces malades, quel que soit le type auquel ils se rattachent, deviennent aisément vertigineux des altitudes.

Non seulement ils gardent la pleine conscience de leur situation pendant tout l'accès, mais leur faculté d'observation est aiguisée. Pas un des phénomènes psychiques ne leur échappe ; ils en racontent les moindres incidents avec une fidélité quelque peu méticuleuse.

On n'a pas à leur apprendre que les sensations qu'ils énoncent sont illusoires. Ils savent, du reste, ne fût-ce que par leur propre expérience, que ces accès sont inoffensifs ; mais la répétition des malaises n'atténue en rien leur oppression. Il en est de ces vertiges comme des autres : ils échappent à l'accoutumance et ne sont pas émoussés, même par une longue habitude.

Dans des cas déjà moins simples et qui forment la transition vers des types plus graves, l'acte visuel se limite à un objet : le malade, à l'aspect d'une épingle, d'une allumette, d'un fragment de verre, d'un animal, entre en crise. Les manifestations physiques ne diffèrent pas de celles que je viens d'énumérer, l'état normal est plus caractérisé. Une première fois subitement, sans y avoir jamais pensé, le malade a éprouvé une sensation d'angoisse vertigineuse en face de cet objet; une commotion soudaine s'est produite en lui; effrayé, il s'est demandé si cette épingle, cette allumette, cet animal, ne seraient pas l'occasion de quelque malheur. A partir de ce moment chaque nouvelle rencontre ramène une nouvelle anxiété.

Le malade est alors dans la condition du vertigineux des altitudes, qui sait déjà par expérience à quoi l'expose une ascension, et qui a peur de sa peur. Seulement celui-ci a conscience qu'il est maître d'éviter les occasions de vertige ; l'autre, au contraire,

ASILE CLI... BIBLIOTHÈQUE

en est réduit à subir des hasards imprévus et le plus souvent impossibles à conjurer. De là une attente inquiète qui va devenir un des éléments de la maladie et constituer un état plus ou moins continu dans l'intervalle des accès. J'indiquerai plus loin quelles conséquences en résultent.

La seconde catégorie, de beaucoup la plus compréhensive et la plus importante, renferme la somme des malades chez lesquels le stade visuel n'existe pas ou passe absolument inaperçu. La crise débute ou semble débuter par les troubles généraux et par le vertige mental, qui absorbe d'emblée les autres symptômes.

Si, au lieu de se reporter à la phénoménologie du vertige, on se borne à un examen superficiel, il s'agit de conceptions délirantes ou bizarres qui échappent au classement. Si au contraire on recherche les caractéristiques du vertige, on les retrouve assez distinctes pour constituer une espèce pathologique munie de son diagnostic, de sa prognose, obéissant à une évolution et où le délire n'est qu'un phénomène du second ordre.

Tous les malades, sans exception, déclarent, si l'on dirige l'interrogatoire en ce sens, que leur affection procède par accès débutant assez brusquement, mais s'épuisant par une décroissance le plus souvent graduelle. Ce processus répond à ce que nous observons dans le vertige simple.

Le malaise initial est précordial ou épigastrique au commencement ; mais bientôt il se généralise. Que son aspect extérieur soit ou ne soit pas modifié, le malade se sent une impression profonde de malaise intérieur qu'il est incapable de dominer. Il distingue cette indisposition toute spéciale des souffrances ou des défaillances qu'il a subies, soit sous le coup d'une maladie, soit sous l'influence d'une émotion justifiée par un chagrin ou d'un malheur accompli.

Plus ou moins tôt, souvent dès les premiers instants, le vertige mental absorbe l'attention du malade. C'est sur sa marche, ses variétés, son intensité, que j'insisterai expressément.

De quelque nature que soit la préoccupation, elle a pour caractère pathognomonique d'éclater soudainement, de ne s'ap-

puyer sur aucun fait passé, et de viser exclusivement l'avenir.

La crainte physiologique ne procède pas ainsi excluant la notion du passé. Celui qui tremble pour traverser la nuit une forêt isolée stimule son imagination et même crée de toutes pièces sa frayeur par le souvenir des histoires qui se pressent dans sa mémoire. Suivant son âge, son instruction, son milieu, il a peur des revenants, des voleurs ou des embûches. L'aliéné persécuté se complaît dans la réminiscence des témoignages d'hostilité qu'il a recueillis; ce qu'il craint il le redoute en vertu d'une expérience qu'il suppose acquise. Quand on l'interroge comme il convient, il se reporte toujours dans le passé et ne consent à envisager l'avenir qu'en se rattachant aux faits accomplis. Il a peur de voir se renouveler des misères qu'il connaît, qui cent fois l'ont obsédé : sa prévision est toute rétrospective.

Autrement en est-il du vertigineux. La soudaineté, l'imprévu de l'accès excluent la délibération; il n'a pas à faire appel à des souvenirs, puisque son état n'a pas d'antécédents. Son activité intellectuelle se concentre dans un avenir vague, confus, qui, dans les formes les plus avancées, acquiert plus de consistance, sans arriver cependant à se fixer.

Aussi ses formules sont-elles les mêmes au fond, bien qu'elles semblent à première vue singulièrement variées.

C'est une des fautes de la psychologie pathologique de donner aux idées énoncées une importance qui n'appartient qu'aux conditions mentales qui les ont produites. Qu'un malade tremble d'être ruiné, déconsidéré, condamné ou menacé d'une affection mortelle, il obéit à une disposition morbide identique au point de vue du médecin, si diversifiée qu'elle semble au moraliste. La recherche médicale doit porter d'abord sur le travail intellectuel, et secondairement sur ses produits.

Le vertigineux réduit à prévoir, sans un point d'appui même délirant, roule dans un cercle monotone. Si le mot était acceptable, on pourrait dire qu'il est sous le coup de vapeurs intellectuelles. Il va m'arriver un malheur ; que va-t-il arriver ? tout va se trouver perdu, confondu, je ne peux pas échapper; les miens,

mes amis, mes enfants, sont compromis. Le vertigineux alcoolique à forme anxieuse éprouve des sensations analogues; il ignore ce qu'il craint, mais il a peur également d'un avenir nuageux : Sauvez-vous, s'écrie-t-il, on va venir, on n'échappera pas, on va les arrêter. Impossible d'obtenir de lui une notion plus exacte de ce danger qu'il redoute; comment, ne s'en rendant pas compte, pourrait-il l'expliquer aux autres?

Dans ce désordre où n'intervient pas une conception fausse, parce qu'il ne se produit pas une idée définie, la raison n'a rien à voir. Le malade, parfaitement conscient de son appréhension, reste impuissant à la modérer. Quels arguments invoquer contre un malaise doublé de frayeur? Celui qui prévoit les pires événements accepte la contradiction, à la condition de justifier lui-même sa raison de craindre; s'il se contente d'avoir peur, les plus habiles conseillers ne sauraient lui prouver qu'il a tort.

Mis en présence d'un malade qui se déclare pris de défaillance portée jusqu'au collapsus et qui se sent en passe de mourir, le médecin n'a à son service, comme le patient, que des généralités peu convaincantes : vous avez éprouvé cent fois pareille souffrance et vous savez par expérience combien elle s'est dissipée rapidement. Mais la même consolation s'applique aux crises syncopales des cardiaques, aux angoisses des angineux de poitrine et quelle assurance peut garantir l'innocuité du 101e accès? Le malade, subissant toujours un malaise uniforme que la répétition n'atténue pas, retrouve à un égal degré ses inquiétudes. Il aurait beau se raisonner qu'il ne trouverait pas matière à se tranquilliser; aussi reste-t-il obstinément tourmenté tant qu'il reste vertigineux.

L'intelligence ne prend pas de part à ce délire. Beaucoup vont au-devant des objections et reconnaissent à quel degré leurs craintes doivent paraître absurdes. Le délire vertigineux est affaire de sensation et de sentiment.

Du moment que les facultés intellectuelles sont hors de question, le pronostic s'adoucit; les perversions sentimentales n'ont

pas la gravité des perversions de l'entendement. Dans les intervalles de répit plus ou moins prolongés, le malade est capable des efforts d'intelligence les plus productifs. Les événements, si énormes qu'ils puissent être, qui ne provoquent pas de crise vertigineuse, le trouvent ferme, résistant, hardi au besoin. La durée de l'affection n'entraîne pas d'abaissement progressif de l'intelligence, mais elle n'a pas pour effet obligé d'amoindrir la susceptibilité vertigineuse.

Les occasions qui provoquent ces crises de vertige sentimental, sans participation de l'intelligence, sont multiples, et cependant moins diverses qu'on ne croirait. Elles se résument dans l'impression que provoque un péril invraisemblable, mais possible. L'appréhension raisonnée n'y joue néanmoins aucun rôle; le même individu, qui ne saurait monter en chemin de fer sans devenir immédiatement vertigineux, n'est pas troublé par une course effrénée à cheval ou en voiture. Celui qui a peur de la solitude dans sa maison ne craint pas l'isolement dans la maison d'autrui. L'hypochondriaque vertigineux, et ils le sont presque tous, sinon tous, tolère les pires souffrances, pourvu qu'elles ne s'accompagnent pas de vertige.

La séméiologie de ces états si pénibles est précise. Elle peut se condenser dans cette formule : le malaise appréhensif est la conséquence d'un *ictus* physique ; toutes les fois que cette mise en train fait défaut, la crise ne se produit pas. Le malaise est identique à celui du vertige de cause visuelle ; il détermine un trouble anxieux, d'intensité variable, auquel l'intelligence ne participe ni pour l'aggraver ni pour le restreindre. Les individus sujets au vertige mental le sont habituellement au vertige des altitudes; la réciproque n'existe pas. L'appréhension vertigineuse est limitée, provoquée par une cause toujours semblable; elle ne répond ni à une aptitude ni à une habitude du caractère. Elle ne s'appuie sur aucun antécédent raisonné et consiste dans une prévision toujours confuse.

J'ai exposé sommairement, trop sommairement peut-être, la forme purement sentimentale du vertige nerveux dégagé de

toute complication délirante. Cette description n'est que l'entrée en matière d'une étude plus délicate.

Dans les cas élémentaires qui viennent d'être décrits, l'intelligence reste indemne; dans d'autres, l'intelligence intervient, elle donne un corps aux sensations, elle les commente et les explique.

Le malade devient alors délirant sous deux formes : ou la peur du mal à venir le tient dans une perpétuelle anxiété ; il se complaît à se représenter les événements qui vont survenir, à les classer, à les attendre ; ou, remontant à la cause de ses angoisses, il constitue, comme il arrive si communément aux aliénés, une étiologie imaginaire de son malaise. Au fond l'intelligence est peu troublée et les perversions qu'elle subit se limitent d'elles-mêmes.

Le vertige mental, accompagné de délire, exigerait un long exposé et j'ai dû me contenter, pour ne pas abuser des instants de l'Académie, de cette préface à l'étude des états vertigineux délirants.

(*Communication faite à l'Académie de médecine*, janvier 1876.)

DES VERTIGES.

(Leçon recueillie et rédigée par le Dr Frémy.)

I

Du vertige oculaire.

Messieurs, le vertige dépend d'un nombre infini de causes. Pour se retrouver dans cette multiplicité, il faut catégoriser.

Une première classe de vertiges comprend les vertiges sensoriels, parmi lesquels le vertige oculaire occupe la première place.

Une seconde classe est représentée par le vertige dit stomacal.

Une troisième se compose des vertiges diathésiques : goutte et rhumatisme.

Une quatrième classe comprend le vertige cérébral. Enfin dans une cinquième on peut faire rentrer le vertige par intoxication : belladone, tabac, alcool.

Nous nous occuperons surtout dans cette étude du vertige oculaire, des vertiges gastrique et diathésique, du vertige épileptique.

D'abord, qu'est-ce que le vertige?

La conception qu'on peut se faire du vertige dépend d'une série de notions. Une maladie n'est pas un tout compact, exemple, le rhumatisme. Il y entre une multitude d'éléments.

Le vertige est une maladie expérimentale. On ne se donne ni

une pneumonie ni un rhumatisme. On se donne le vertige; on le crée de toutes pièces en tournant sur soi-même, de même qu'on se donne la migraine par des horaires de repas mal choisis.

Le vertige est un signe subjectif. C'est un signe dans lequel le malade est plus fort que le médecin, car il raisonne son vertige, tandis que le médecin ne peut raisonner que par analogie.

Toute crise vertigineuse peut se décomposer en une multitude d'états; mais il y a surtout deux termes à considérer : la perte de l'équilibre et la peur qui l'accompagne à un degré différent.

La peur a ses règles. C'est d'abord un spasme laryngé : on voudrait crier, on ne peut pas. Puis il se produit une sorte de rétraction générale en vertu de laquelle la peau se creuse, les yeux s'excavent, les parties génitales se rétractent. Enfin, tandis que les autres sécrétions disparaissent, une sueur profuse vient ajouter au malaise général.

Tous ces symptômes ont une intensité variable; ils peuvent aller depuis l'angoisse précordiale et prégastrique jusqu'à la syncope. Quelquefois la peur constitue à elle seule tout le vertige.

Il y a deux procédés pour envisager le vertige : l'examen du symptôme en lui-même et l'examen de la cause productrice du vertige.

Le premier procédé symptomatique est difficile et n'est pas sûr. Le vertige est une maladie d'imposture : on a un petit vertige avec une grande maladie, et un grand vertige à propos d'un malaise indifférent. Il a une gravité extrême, puisqu'il peut être le premier symptôme d'une maladie cérébrale latente, c'est-à-dire l'entrée dans une affection implacable. Il est sans valeur, puisqu'il est occasionné par un petit état stomacal.

Il est tout ou rien : le vertige cérébral est grave, le vertige stomacal n'est rien.

Quelquefois même, il est toute la maladie et rien ne peut mettre sur la voie de sa cause.

Et puis, pourquoi a-t-on le vertige et pourquoi ne l'a-t-on pas? Je valse, j'ai du vertige ou je n'en ai pas. Pourquoi?

Il n'y a donc pas de procédé symptomatique possible. On ne peut pas avoir confiance dans un signe de valeur si différente, pas plus que je ne puis avoir confiance en un monsieur qui se fâche de la même façon si on lui marche sur le pied que si on viole sa fille.

Le second procédé consiste à examiner la cause qui a déterminé le vertige. C'est le procédé pathogénique.

Une des principales causes du vertige, c'est le trouble de la vue. On se donne le vertige dans nombre de conditions : en tournant sur soi-même ou en regardant les objets tourner. Ainsi, regarder les chevaux de bois tourner ou tourner dessus, c'est absolument la même chose. Le résultat, c'est le vertige dit rotatoire, c'est-à-dire le vertige type.

Le vertige survient quand on passe rapidement le long d'une grille; c'est le vertige latéral.

Il peut être horizontal : on l'a dans son lit. Il est plus rare, car l'homme couché n'a pas besoin d'asseoir son équilibre par ses facultés visuelles. Il existe cependant, et il y a des individus dont le maximum de vertige a lieu quand ils sont au lit, le matin. Ils se lèvent, ils n'ont plus rien. Ce trouble est-il dû à de l'anémie ou à de l'hypérémie cérébrale?

Le vertige peut être vertical : de bas en haut, quand on regarde des tableaux, de l'architecture; et de haut en bas, quand on regarde du haut des tours Notre-Dame.

Cette dernière catégorie de vertige constitue le vertige des altitudes. Il vient d'un trouble de l'accommodation et d'une sensation attractive. Le malaise qui en résulte est considérable. La peur, dans le vertige des altitudes, peut avoir des conséquences énormes, puisqu'on se suicide par crainte de se tuer. Cet état, à la fois rétractile et centrifuge, équivaut à une impulsion. Il touche au vertige maniaque impulsif.

La valse, la place publique, le bateau, donnent le vertige. Le mal de mer est un trouble du même ordre.

C'est encore un phénomène d'ordre visuel que le sommeil magnétique créé par l'observation directe d'un objet.

L'état magnétique, comme la migraine, comme le vertige, peuvent être créés de toutes pièces.

Dans une catégorie de faits, le vertige a donc bien une origine visuelle. Mais dans le trouble visuel, est-ce le mouvement seul qui donne le vertige? Non, car on cause dans la rue, et tout à coup on est pris de vertige sans phénomènes visuels venant du dehors.

Quel est le lien entre ce vertige de cause interne et le vertige oculaire? Je ne le connais pas. Tout ce que je sais, c'est qu'il faut une aptitude spéciale, car il y a des gens qui valsent du premier coup sans vertige.

Cette question de l'aptitude au vertige n'est pas une question indifférente ; elle est importante au point de vue cérébral. Mais ce qu'il vous importe de retenir pour le moment, c'est que c'est l'œil qui maintient l'équilibre ; que l'objet soit mobile ou que ce soit l'œil, peu importe.

J'ai déjà dit que le vertige rotatoire est le vertige type.

Pour l'analyser, il y a trois catégories de faits. Il y a le côté visuel, le côté physique et le côté mental.

Le côté visuel, nous le connaissons; il est créé par la rotation de l'individu sur lui-même ou par la rotation des objets autour de lui.

Le côté physique est constitué par de la pesanteur de tête, une sensation de défaillance dans les jambes, par des sueurs. Ces symptômes peuvent s'accentuer. La défaillance peut aller jusqu'à la syncope, mais la perte de connaissance n'est jamais soudaine, elle est secondaire au vertige, et est toujours préparée. Les sueurs peuvent devenir algides, avec chaleur au début. Des vomissements peuvent avoir lieu, et tous ces accidents se terminent par de la courbature générale. En tous cas, ces phénomènes ne sont que des annexes du vertige ; ils viennent après lui.

Quant au côté mental, il est surtout caractérisé par la peur des conséquences de la syncope.

Dans le vertige épileptique, la peur est atroce, terrifiante; dans le vertige hystérique la peur est monotone, uniforme. Le malade vous dit : « Figurez-vous que..., etc. »

Le vertige visuel n'est jamais rhumatismal, ni goutteux. Il existe pour son propre compte. C'est le vertige. Les autres sont des états vertiginoïdes.

Une seconde cause de vertige sensoriel est le vertige auriculaire. Les phénomènes visuels n'y sont pour rien. Il a une origine cérébrale ou non cérébrale. Quand il arrive à la suite d'une affection de l'oreille, il est produit par des susurrus, par une moindre audition. Il arrive encore qu'on emmène un individu dans un milieu bruyant : il a du vertige.

Parfois le vertige auriculaire est colossal ; exemple, le vertige de Ménière.

Dans tous ces cas, de même que le vertige oculaire, il n'est sous la dépendance d'aucune diathèse.

II

Du vertige gastrique.

Une seconde classe de vertiges comprend le vertige gastrique. Comme l'indique le titre, c'est l'estomac qui est la cause du vertige. On a encore appelé le vertige gastrique, le *vertigo a stomacho læso*. Or, il est à remarquer que ce sont seulement les affections légères de l'estomac qui donnent du vertige et que le *stomacho læso* n'en donne pas.

Lorsqu'un malade est atteint d'une maladie grave de l'estomac, il n'est pas vertigineux ; le cancer stomacal ne donne pas de vertige. Le vertige gastrique, comme les autres phénomènes nerveux réflexes du même ordre, n'est la conséquence que d'un petit état gastrique ; et cela est si évident, que quand

une vraie maladie gastrique succède à un mauvais état de l'estomac, elle fait disparaître le vertige.

Du jour où une affection organique envahit un organe, elle supprime les réflexes. La gangrène de la verge ne donne pas de douleur, le cathétérisme pratiqué même sur une longueur de 10 centimètres donne la fièvre. Quelquefois, il est vrai, on voit de la gastralgie préalable dans le cancer de l'estomac, mais c'est exceptionnel. Les réflexes stomacaux sont la céphalalgie, la fatigue, les vertiges, c'est un jeu de raquette entre l'estomac et le système nerveux; s'ils n'existent pas, prenez garde à une affection organique.

Le vertige n'est pas en raison directe de l'affection stomacale; on peut avoir un grand vertige avec un léger trouble gastrique. Il apparaît surtout sous l'influence de la réplétion ou de la déplétion stomacale.

La réplétion coïncide avec le moment de la digestion. Ce moment varie selon la quantité, l'horaire, la nature des aliments.

Le vertige ne vient jamais immédiatement après le repas. Il faut que la digestion soit arrivée à une période donnée qui est de plusieurs heures. Alors tout ce qui vient la troubler : une impression morale, une conversation animée, la fumée de tabac, un verre d'eau, ont la même influence. Toutes ces causes amènent le vertige, et quand il survient, il arrive vite. Il se traduit par la perte de l'équilibre, qui est ondulatoire ou rotatoire; il peut aller même jusqu'à la syncope. C'est une dyspepsie vertigineuse par réplétion, ou si vous aimez mieux, une indigestion avortante. Il n'y a pas de sensation stomacale, il n'y a qu'un grand malaise général et une syncope. S'il y avait eu indigestion complète, il n'y aurait pas eu de vertige.

De même que pour les aliments solides, il y a une dyspepsie des liquides et un vertige des boissons. Tel est le vertige alcoolique, mais qui est, en même temps, un vertige toxique. La quantité des boissons est indifférente; un petit verre suffit pour déterminer, quelque temps après son absorption, du vertige cérébral, chez les individus prédisposés.

Si la réplétion détermine de tels troubles, la vacuité de l'estomac n'en cause pas de moindres.

Dans ce cas il ne s'agit plus de crises de vertige, c'est l'état vertigineux qui domine la scène. Qu'est-ce que l'état vertigineux? C'est la peur du vertige. C'est une instabilité de l'équilibre, une indécision dans la marche, qui fait que l'on n'est pas sûr de soi. Il y a des dyspeptiques qui en arrivent au point de ne plus oser traverser la rue. Quand cet état s'aggrave, c'est moins la syncope qui survient que la nausée et les vomissements.

Ainsi donc on peut être vertigineux sans avoir de vertige.

Comme les dyspepsies par réplétion sont des indigestions, le malade ne va bien que quand il ne mange pas. Tandis que dans les dyspepsies par déplétion, l'estomac ne s'agite que quand il commence à se vider : c'est-à-dire de quatre à six heures après le repas. Alors le malade n'a qu'un but, c'est de manger. Que résulte-t-il de ces différents états? C'est que dans le premier on tend à diminuer de plus en plus son alimentation, et qu'on arrive ainsi par des étapes successives à la fatigue, à la faiblesse, à l'anémie, aux états nerveux qu'amènent les maladies qui déterminent l'inanition.

Il y a même des individus qui, dans le but de soutenir leurs forces qui déclinent, font abus des boissons alcooliques. L'alcoolisme vient alors se surajouter à l'inanition et engendre des états cérébraux complexes.

D'autres fois au contraire, les malades, pour faire taire leur malaise, mangent. Ils font des collations avec des tasses de bouillon, de thé ou de chocolat. Ce sont eux qui ont inventé l'alimentation fractionnée.

Quand il s'agit de diagnostiquer une affection dyspeptique de l'ordre purement gastrique, il faut étudier avant tout, si la dyspepsie appartient à l'affection par réplétion ou à l'affection par déplétion stomacale.

Dans le vertige par réplétion, le malade a des crises, mais il

ne reste pas vertigineux. C'est le contraire qui a lieu dans la dyspepsie par vacuité stomacale.

Dans les cas de crise vertigineuse de l'estomac, il y a de la périodicité. Elle revient à heures presque semblables.

Dans le vertige stomacal, la crise finit où commence l'état vertigineux ; la crise devient un maximum et n'est jamais une crise foudroyante d'emblée. Le malade ne perd connaissance qu'après la crise. Il commence par être un peu, beaucoup, passionnément vertigineux.

Il y a donc avant la syncope quelque chose d'initial : la syncope n'a pas été brusque. De plus elle ne va jamais jusqu'à la perte de connaissance absolue. Aussi le malade vous renseigne-t-il. Il est bon juge : il s'est étudié.

Or, pour qu'un individu étudie son vertige, il faut qu'il ait conservé son intelligence.

Une femme se trouve mal ; vous lui demandez : « Avez-vous perdu connaissance? — Non, j'entendais. » C'est un quart de connaissance qui nous laisse en rapport avec le monde extérieur. Plus la conscience existera, plus le vertige sera bénin.

A un autre degré, le vertige s'accompagne de suracuité de la conscience. Il y a, entre cet état et le précédent, la différence qui existe entre voir et regarder.

Ce dont on peut être assuré, c'est qu'il n'y a pas, dans ces modalités du vertige, d'affection cérébrale de l'ordre grave.

Parfois le diagnostic du vertige gastrique ne laisse pas que d'être extrêmement délicat, et pour nous faire voir combien, dans certains cas, il est difficile, je vais vous en citer quelques exemples.

J'ai soigné un jeune homme dans les circonstances suivantes. Jeune, beau, intelligent, cet homme allait épouser une jeune fille. A la fin d'un dîner, il causait en fumant un cigare, lorsque tout à coup il pâlit, et tombe à terre. Il a un vomissement alimentaire, puis un autre bilieux : c'est tout. On le couche. Le lendemain, il ne gardait pas traces de l'événement de la veille. On crut à une indigestion.

Le soir de ses noces, il a un malaise semblable au premier, suivi d'un vomissement. On crut que c'était l'émotion. Puis, pendant deux ou trois mois, les malaises se renouvellent toujours accompagnés de vomissements. Cet homme fut obligé d'entrer dans une maison de santé. Il en sortit, mais fatigable d'esprit.

Ainsi on diagnostiqua un vertige par indigestion et c'était une affection cérébrale. Qui aurait pu s'en douter? Le vertige avait été l'avertissement sans frais.

Dans un régiment, un cavalier a un vertige; il perd connaissance, il tombe. La perte de connaissance dure trois ou quatre minutes. Il a un vomissement. Son chef de bataillon a également un vertige. Il tombe aussi avec perte de connaissance et vomissement. Le premier a une insolation, le second va peut-être devenir un cérébral. Quels éléments de diagnostic avez-vous?

Un homme de quarante à cinquante ans se promène dans la rue ou joue aux cartes. Il a un éblouissement, un vertige, avec vomissement bilieux, ou alimentaire s'il a mangé. Il va se coucher et on dit que la chaleur a déterminé une indigestion. Il peut être aussi bien un cérébral. Un individu est à la campagne, il se promène par un grand soleil, il est subitement pris de vertige, avec malaise, un vomissement arrive, un seul, suivi de nausées pendant 36 à 48 heures. Est-ce un cérébral ou un stomacal?

Tous ces accidents sont-ils des phénomènes vertigineux gastriques causés par des accidents cérébraux, ou bien sont-ce des états de l'estomac déterminant des accidents cérébraux?

Avec ces sortes de vertiges, on est dans un carrefour ; il faut regarder partout. Il ne faut pas être consolant par ignorance : si nous n'avons pas la prévision, qu'est-ce qu'il nous reste? Car dans ces cas nous n'avons qu'à faire du diagnostic pronostic.

Aucun de ces symptômes n'est un guide sûr, un renseignement absolu. Il est sage de penser à une affection cérébrale possible, et c'est tout.

Cependant il y a quelques points de repère. Le fait que l'estomac seul est en jeu est capital. Le vomissement unique, non provoqué par l'alimentation, la tendance nauséeuse, l'indépendance de l'intestin, la constipation moyenne, sont des symptômes de premier ordre.

Les dyspeptiques n'ont pas de ces vomissements d'aventure. Pas un n'a cette tendance nauséeuse pendant des journées entières. Chez eux, les intestins ne restent pas indifférents. Il y a aussi bien de l'indigestion par en bas qu'il y en a par en haut.

Quand l'intestin ne sonne pas avec l'estomac, c'est mauvais signe. Il faut chercher la cause des troubles gastriques ailleurs que dans l'estomac ou l'intestin.

Ces crises de vertige avec vomissements peuvent durer des années. J'en ai vu qui ont duré sept ans, avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie cérébrale.

Quand vous vous trouverez en face de tels troubles, prenez donc garde. C'est une affection cérébrale qui a ses retentissements réflexes, avant tout autre symptôme.

Ces états vertigineux prémonitoires sont exceptionnellement rares dans les affections cérébrales. Ce qui est fréquent, ce sont ces douleurs énormes, persévérantes, en plaque, non sous forme de névralgies, et siégeant dans les régions épigastrique, anale, au talon même. Ce sont encore les vomissements, la céphalalgie, les convulsions, les troubles de la sensibilité. Puis arrivent les accidents cérébraux, vertige, hémiplégie, etc.

Le stomacal peut avoir aussi de l'état vertigineux, dans l'ombre, dans l'obscurité, la nuit, les yeux formés. Il éprouve une violente secousse, il tombe dans un précipice. C'est une crise de vertige d'origine gastrique. L'alcoolique a un autre genre de cauchemar.

En résumé, le vertige stomacal se compose soit de crises, soit d'état vertigineux. Nous venons d'étudier la crise, nous verrons l'état vertigineux à propos des vertiges diathésiques.

Quand il y a réplétion stomacale, il y a une crise ; quand il s'agit de vacuité stomacale, il y a une série de crises.

Dans la crise de vertige, de deux choses l'une : ou bien le malade a la conscience nette de ce qui s'est passé, ou il est dominé par son vertige.

C'est là aussi qu'il faut chercher la différence entre le vertige causé par une névrose et le vertige causé par une affection cérébrale.

Quelle différence, en effet, entre tomber à terre, foudroyé, ce qui est le fait de l'épilepsie, et tomber en entendant ce qu'on dit autour de vous, ce qui est le fait de l'hystérie à forme syncopale!

Quand vous êtes en présence d'un ictus, interrogez les fonctions sensorielles et intellectuelles, étudiez ce qu'elles sont devenues non seulement pendant la crise, mais après : voyez s'il n'y a pas eu de troubles de la sensibilité ou de la motilité.

La thérapeutique des dyspepsies a pour but de rétablir le fonctionnement de l'estomac qui était mauvais.

Dans toute dyspepsie, il faut appuyer sur l'intestin au moyen des purgations durables. Donnez-les pendant huit jours d'une façon continue. Évitez les purgatifs à répétition : il ne faut pas de secousses. Les eaux minérales sont le meilleur mode d'emploi des purgatifs que vous puissiez trouver : vous en élevez ou abaissez les doses suivant l'indication.

Donnez des absorbants, de la chaux, des laxatifs, de la magnésie ; quelques excitants amers ou alcooliques. Ne donnez pas d'alcalins.

S'il y a de la gastralgie, donnez l'opium entre le déjeuner et le dîner. Vous vous trouverez bien de conseiller, à quatre heures, une pastille de Vichy, avec une goutte d'opium dessus.

La thérapeutique hygiénique consiste à étaler l'alimentation sous la forme la plus diluée. Elle doit se composer de laitages, de consommés, de viande crue. Vous pouvez ajouter au bouillon de l'eau de chaux.

Mais si certains malades se contentent de lait et de bouillon, il en est d'autres qui ont besoin d'une alimentation plus relevée. A ceux-là, vous pouvez donner du vin ou des vins thérapeutiques tels que le vin de Bugeaud.

N'oubliez pas enfin que l'alimentation doit être fractionnée.

La maladie a un décours forcé. La durée obligatoire des accidents vertigineux gastriques est de un mois à un an. Voici ce qui arrive en général : la maladie dure trois ou quatre mois, elle se repose pendant le même laps de temps, pour recommencer encore trois ou quatre mois. Ne vous évertuez donc pas à vouloir guérir tout de suite ce qu'il n'est pas en votre pouvoir de faire disparaître rapidement. Attachez-vous surtout à préparer la convalescence.

III

Dyspepsie vertigineuse rhumatismale

On peut avoir du vertige tout en digérant bien, sans avoir mal à l'estomac. Comment croire que c'est du vertige stomacal alors ? C'est du rhumatisme.

Tout estomac en état de réplétion a droit au vertige. Tout estomac qui , en ;état de vacuité, détermine du vertige, est un estomac de rhumatisant.

Qu'est-ce donc que d'être rhumatisant ? Est-ce avoir des rhumatismes ? Non ; on peut avoir une attaque de rhumatisme articulaire aigu comme on a une pneumonie, sans être pour cela un rhumatisant ; pas plus que la pneumonie ne constitue le pulmonaire, comparativement à ceux qui ont de petites bronchites, et qui sont les bronchitiques.

Un rhumatisant a de petites douleurs rhumatismales que l'on appelle musculaires et pseudo-articulaires, alors qu'en réalité elles siègent dans les tissus fibreux et tendineux. Ces formes lancinantes, vagues, disséminées ou localisées, durent six mois, un an.

Pendant ce temps le malade ne peut pas mettre son paletot, par exemple ; il a ses douleurs ; tantôt à l'épaule, tantôt au bras. Et cet état est très compatible avec la vie active. Mais pourquoi

ces douleurs ? Il faut une cause. Cette cause, c'est un état constitutionnel.

Le rhumatisant a une disposition particulière de la peau : il est prédisposé aux érythèmes papuleux, scarlatiniformes, ortiés, aux rougeurs, aux cuissons, aux démangeaisons.

Le rhumatisant a un état mental particulier : il a des inégalités d'humeur, il est triste, il est gai sans raison, il a des accès de mélancolie, et pendant ce temps il a la langue crémeuse. A la fois affectueux et indifférent, il a une nature quinteuse, variable, mobile.

Les rhumatisants aigus sont toujours de mauvaise humeur, ils sont peu obligeants, pleins de dégoût ou de dédain. Cet état vient de l'estomac.

Vous recevez dans votre cabinet un malade, qui se plaint de vertiges ; il tire la langue, elle est blanche, crémeuse ; il l'a toujours ainsi. Elle n'est ni sale ni propre, elle n'est pas rouge au bout. On l'a fait purger et repurger, elle est restée toujours là même. Alors on lui a donné des toniques et on n'a pas obtenu de meilleur résultat. Si vous lui dites qu'il est rhumatisant, il est profondément étonné, et il vous répond qu'il n'a jamais eu de douleurs rhumatismales. C'est cependant un rhumatisant de par son vertige, son état cérébral mélancolique, sa langue crémeuse. Seulement la diathèse rhumatismale s'est logée ailleurs que dans les articulations. J'ai vu une dame dont la mère était morte à la suite d'une attaque d'apoplexie cérébrale. Cette dame n'avait pas de douleurs, elle avait un estomac excellent, mais la langue était crémeuse, son caractère était triste. Elle avait souvent « ses chiens », suivant son expression, et elle avait du vertige. Il était téméraire, avec ces renseignements, de construire une rhumatisante ; cependant je lui prédis des douleurs. Et elle les a eues. Est-ce une raison pour que son vertige disparaisse ? Non. On peut avoir des douleurs et du vertige.

Les individus atteints de dyspepsie rhumatismale n'ont jamais de vomissements. Ils ont de la flatulence qui n'est qu'un symptôme, qu'un moment de la dyspepsie et non pas une forme. Ils

ont de la constipation, pas de diarrhée. Ils se nourrissent donc, puisqu'ils n'éprouvent pas de déperdition.

Le rhumatisant n'aime pas être à jeun. Aussi est-il exigeant pour l'heure des repas. Il a un estomac pendulaire. Non seulement il n'aime pas, mais il ne supporte pas l'inanition. L'individu qui dit, à six heures et une minute : « C'est étonnant qu'on ne serve pas ! » est un diabétique ou un rhumatisant.

Mettez six individus en voyage. Ils ont déjeuné. A sept heures, pas d'auberge. Ces six individus se trouvent dans les mêmes conditions gastriques. Eh bien, de même que de six hommes tombant à l'eau, chacun aura son affaire, le premier une pneumonie, le second une pleurésie, le troisième une attaque de rhumatisme, le quatrième de l'eau dans l'oreille, etc., nos six individus en voyage présenteront chacun un trouble différent. Seulement ceux d'entre eux qui auront une sensation si petite quelle soit, vide, brûlure, chaleur, aigreur, avec petit malaise général et à plus forte raison avec sueurs, courbature, ceux-là sont des rhumatisants. Ces formes sont propres à la maladie rhumatismale.

L'inanition chez eux détermine un petit malaise d'estomac qui se traduit soit par du vertige, soit par de la mauvaise humeur, soit par de l'état nerveux. Ces phénomènes sont d'ordre réflexe : l'individu a une diathèse, et il n'a pas de maladie d'estomac.

Dans les dyspepsies, vous devez baser votre diagnostic bien moins sur la symptomatologie que sur l'étiologie.

Aussi quand un malade présente des phénomènes réflexes quelconques, que ce soit une douleur, un vertige ou tout autre symptôme, il faut procéder à la recherche de l'organe perturbateur. Et c'est très difficile.

Dans le vertige cérébral, la perte de connaissance est complète. Le malade qui a eu une véritable attaque d'apoplexie à la suite de laquelle il est resté hémiplégique, ne sera plus ce qu'il était, cérébralement parlant. L'ictus a pris toute la tête; le malade est dans un état intellectuel inférieur qui est définitif; sa somme d'activité est restreinte, sa valeur d'homme est diminuée ; il est entré dans la cachexie intellectuelle. Cet homme supérieur est

dans un état enfantin : il est niaisot, il pleure, il s'irrite. On n'a plus que du mépris pour ce grand caractère qui est devenu bête en un quart d'heure.

Le vertige épileptique, quelque petit qu'il soit, même non suivi de coma, abolit la conscience.

Le vertigineux épileptique perd la mémoire; et comme tous les amnésiques, il est indifférent.

Il en est de même pour les héréditaires cérébraux.

C'est après un ictus que s'installe l'état cérébral sous forme du délire des persécutions, de mélancolie ou d'une vésanie continue.

J'ai connu un jeune homme intelligent, d'un caractère droit, possesseur d'une grande fortune. C'était un héréditaire vrai. Un jour en dînant, il a un vertige, il a un éblouissement, hoche la tête sans parler et c'est tout, il remange. Jamais cet ictus ne se répéta; seulement depuis ce moment, il ne peut plus travailler, il est sombre, il s'enferme : on le crut amoureux. Puis il se met à sortir le matin, ne rentre que le soir, cela pendant quinze jours. Il devint alcoolique et passa par une multitude d'aventures qu'il serait trop long de rapporter.

Dans tous ces états cérébraux d'ordre différent, l'ictus est le père de la maladie ; il agit à la façon des maladies solennelles. Les unes modifient l'état cérébral, les autres modifient la nutrition générale.

Le vertigineux rhumatismal a des crises de vertige qui ne s'accompagnent pas de la perte totale de l'intelligence. De plus elles ne laissent pas de traces cérébrales. Elles ont une périodicité que n'a jamais le vertige cérébral.

On peut dire que chez le vertigineux rhumatismal qui donne les premières manifestations de sa diathèse par du vertige, que l'ictus non progressif est une épreuve avant la lettre; tandis que l'ictus qui a laissé des souvenirs est une épreuve après la lettre.

Pour établir votre diagnostic, il y a une nécessité absolue, c'est la connaissance des dessous pathologiques. Le fait actuel doit être pris comme nul, l'histoire du malade est tout. Une maladie cérébrale bien nettement caractérisée qui a donné des

signes physiques dix mois ou dix ans auparavant, donne après ce répit, des accès cérébraux qui ne sont pas connexes avec cette première maladie, mais qui s'y rattachent. La connaissance des antécédents est donc de toute nécessité.

C'est grâce à la connaissance de ces antécédents, c'est par l'examen direct du malade que vous arrivez à asseoir votre diagnostic.

Vous voyez si vous avez affaire à un héréditaire cérébral ou à un cardio-vasculaire, à une névrose ou à un vice de conformation du crâne, à un simple dyspeptique ou à un diathésique.

Le vertigineux constitutionnel se modifie. Le vertigineux cérébral qui l'est devenu par un ictus, ne se se modifiera jamais. L'ictus a été une maladie.

La crise rhumatismale dure toujours au moins de deux à trois mois, six quelquefois. Pendant ce temps le malade se plaint atrocement; il a surtout peur du vertige dans la rue. C'est le vertige qui domine, et il met bien au second plan sa dyspepsie et ses douleurs. Ce dont il veut être guéri, c'est de son vertige. Mais soyez persuadés qu'il durera le laps de temps que je vous ai indiqué.

IV

Du vertige goutteux.

La difficulté qui existe pour diagnostiquer le vertige rhumatismal, existe pour la goutte.

La goutte et le rhumatisme se rapprochent et dans certains cas, il est impossible de savoir ce qui appartient à l'un ou à l'autre.

Tout goutteux a un stock de matière morbifique.

Quand il a un stock suffisant, il a la goutte pure, la goutte type. Elle reste localisée toute la vie au gros orteil, et avec cela, il a de la dyspepsie, de la gastralgie, de l'insomnie, de la lassitude,

du découragement, du vertige. Le malade a un foyer essentiel.

Quand il n'a pas un stock suffisant, le goutteux n'a pas de foyer principal, il n'a que des foyers secondaires : les fumées de la goutte.

C'est là que surgissent les véritables difficultés du diagnostic. Deviner des symptômes qui n'existent pas, deviner des peut-être, c'est chercher à déchiffrer un rébus. C'est une sorte de procès de tendance que d'avoir une arrière-pensée à laquelle on ne croit que par une série de combinaisons, mais qu'on ne peut exprimer autrement que par cette phrase : « J'ai senti la fumée, il y a de la goutte dans la maison ! » C'est pourtant ce qu'on est obligé de faire.

Ainsi donc, deux choses : on a eu la goutte, puis des manifestations secondaires. On n'a jamais eu la goutte, et on n'en a que la monnaie : on n'a que des manifestations secondaires.

Parmi elles, le vertige occupe une place importante. Le vertigineux goutteux est une espèce.

Je veux vous en rapporter immédiatement quelques exemples parce que j'estime que les histoires sont des épingles qui fixent les choses.

Un homme, garçon forgeron, âgé de 27 ans, tombe ; il a une perte de connaissance qui dure un quart d'heure, il ne se débat pas, ne se mord pas la langue ; il se relève, marche. Il n'a pas d'hémiplégie. Il ne lui reste de cette aventure que de la céphalalgie.

Le lendemain, il tombe de nouveau, avec les mêmes symptômes, sans nausées, sans vomissements ; il n'y a pas après l'attaque, de stertor qui pourrait lui donner l'apparence d'une attaque comateuse. Il n'y a pas de convulsions partielles qui pourraient la faire ressembler à une attaque épileptiforme. Cela ressemble plutôt à une syncope comme on en voit chez les anémiques. Il n'a pas l'aspect d'un homme qui a reçu un coup. En dehors de ses crises, il se porte assez bien. Il a bon appétit, il ne se plaint depuis cinq ou six jours que d'étourdissements. Le pouls compte vingt-cinq pulsations, les pupilles se

dilatent également bien. Il a le crâne bien conformé. On ne voit pas sur son corps de traces de syphilis.

Qu'est-ce que c'est? C'est un vertigineux diathésique goutteux. Depuis l'âge de 13 ans, il a des migraines.

J'ai soigné un malade qui eut pendant trente ans du vertige. Au bout de ce temps, il eut une rétraction de l'aponévrose palmaire. C'était un rhumatisant goutteux.

Ce vertige qui arrive à la perte de connaissance avec chute, c'est le grand vertige goutteux. On l'a, de 12 à 70 ans. Il arrive subitement : on peut se jeter par la fenêtre.

Un homme a eu des crises goutteuses. Il a 50, 60, 70 ans. Mais cet homme a vieilli, c'est un autre homme. La maladie a vieilli, c'est une autre maladie. Le goutteux âgé n'a plus les mêmes aptitudes que quand il était jeune. Il n'a plus la même goutte, c'est là le fait capital. Qu'il arrive un vertige chez cet homme, il tombe dans la rue, on le rapporte chez lui. Qu'est-ce qu'il a ? Il a un parfum de goutte. Le vertige d'un cérébral n'est pas ce grand vertige.

Outre le grand vertige goutteux, il y a des sortes d'états vertigineux torpides, exclusivement mentaux. Ils se traduisent par du malaise, de l'inaptitude intellectuelle, de la paresse d'esprit, du défaut d'équilibre.

Le malade est lourd ; il cause à peine, il ne répond pas à vos questions. Il dort ou ne dort pas. Il sommeille bêtement. (La bêtise domine cet état.) Il se réveille, va voir les étoiles, regarde sa pendule. Il est éteint. Il est effrayant à voir. On le croit aliéné. Mais avec cet appareil cérébral, il a de la flatulence *post prandium*. Il a la langue d'un blanc crémeux, comme s'il avait léché du fromage mou. Il est anorexique, il souffre dans son appétition. Il a du dégoût pour certains aliments. Il ne mange pas de ceci, pas de cela ; ce sont les légumes qui lui répugnent, ou bien la viande noire, ou bien les corps gras. C'est un quinteux, il fait son code. La viande blanche est bonne, la viande noire est mauvaise. Il a des caprices, des bizarreries de goût. Il ne mangera jamais de soupe, par exemple. Il cherche toujours quelque mets

nouveau. Pour le goutteux, la qualité des aliments est bien plus essentielle que la quantité. De même qu'il a des caprices de goût, il a des caprices de digestion. Il y en a qui ne digèrent pas le poisson ; d'autres, pas les viandes blanches ; d'autres, pas les œufs.

Cette sélection a l'air d'un fait sans importance, elle est colossale. J'ai connu un monsieur qui disait ne pouvoir digérer la ciboule. On crut à une plaisanterie, et on lui en mit un jour, à son insu, dans un mets quelconque. Il la vomit, et il ne vomit qu'elle seule. Cet homme est devenu un grand goutteux. L'estomac n'a pas le droit d'être récalcitrant à ce point; et cette dyspepsie sélective est d'une importance capitale, puisqu'elle est la traduction d'une disposition diathésique à la goutte ou au rhumatisme.

Pour en revenir à notre histoire, voilà le fonds sur lequel se sont développés brusquement les accidents cérébraux. Puis tous ces symptômes disparaissent aussi rapidement qu'ils sont venus. Cet état a duré trois jours, il aurait pu durer trois mois. C'est de la goutte.

Le diagnostic de ces accidents cérébraux est difficile, surtout à une première attaque et quand il n'y a pas d'autres symptômes qui portent en eux l'étiquette de la maladie, car il y a de ces états de torpeur qui ne sont pas dus à la goutte et qui s'éternisent, et c'est alors une affection cérébrale définitive.

J'ai soigné un homme qui était arrivé à cinquante ans, en jouissant d'une santé toujours excellente. Son teint était frais et fleuri. Un jour, au lieu de se lever comme d'habitude, il reste au lit. On s'inquiète, on va voir pourquoi... Il déclare qu'il ne se lèvera pas de la journée. On veut aller chercher un médecin, il refuse. Il dit à son entourage qu'il n'a besoin de rien. Il veut qu'on le laisse tranquille. « Allez-vous-en, dit-il, je sonnerai ». Le lendemain se passe de la même façon. Il ne se nourrit que de potage, il a du dégoût pour les aliments. Il reste dans son lit, les rideaux fermés. Le quatrième jour, il se lève et reprend ses occupations comme si de rien n'était : la crise est passée.

LE CLINIQUE (Sainte-Ba

Il fait ce métier-là depuis treize ans. Il reste confiné au lit, six, huit jours par mois, et pendant ce temps il ne voit absolument personne. En dehors de cela, il est gai, drôle, bon vivant.

Qu'est-ce que cela? Que deviendra cet homme? Est-ce un cérébral? C'est un goutteux. Pourquoi? Il ne vous donne aucun renseignement. Il prétend n'avoir jamais rien éprouvé, ni douleurs de goutte ni arthralgies rhumatismales. Mais par son entourage, on apprend qu'il a eu des douleurs musculaires humbles, de la sciatique pendant dix-huit mois. Aujourd'hui il a de l'empâtement de l'aponévrose palmaire; et il a eu ce vertige particulier.

Autre exemple. J'ai soigné un homme âgé de 48 ans, qui avait été vertigineux toute sa vie. Il n'avait jamais pu monter sur une tour. Il avait eu de la gravelle pour laquelle il avait été trois fois à Contrexeville. Il y a trois ans, il eut un vertige tel, qu'il lui était impossible de se tenir debout. Il l'avait même le matin au lit. Depuis ce temps, l'état vertigineux était presque continu, surtout debout. Au lit il ne l'avait eu que deux fois seulement. Le vertige était aussi mental. Il avait peur de la solitude. Il ne pouvait passer près d'une grille. Quand il passait, par exemple, à l'entrepôt, devant les magasins fermés par des grilles, il avait un vertige qui s'accompagnait d'une sensation de tiraillement à la nuque, insupportable. Il en était arrivé à avoir la crainte de sortir à pied ou en voiture. Il n'avait pas de céphalalgie. La lecture le rendait parfois vertigineux.

Quoique très sobre, il était doué d'un fort embonpoint. Il était gras depuis l'âge de 30 ans. Peu intelligent, triste, il était agénésique depuis 3 ans. Il avait de l'emphysème pulmonaire; le cœur était gros, impulsif, sans souffle ni incorrection de rythme. Sa dyspnée croissante le forçait à se coucher à demi assis. Eh bien, cet homme n'avait jamais eu que deux petites crises de goutte du gros orteil, il y a 10 ans. Et ces crises n'avaient duré que quelques jours.

J'ai également soigné un homme de cinquante ans qui se plaignait depuis quelque temps d'étourdissements, d'angoisse, d'indé-

cision dans la marche, et cet état vertigineux avait brusquement empiré. Cet homme actif était devenu un soliveau. Il ne voulait plus sortir. On crut à de la démence. Mais ses doigts commencèrent à se rétracter : c'était un goutteux. En effet, ce vertige dura encore trois mois ; il cessa, et l'individu reprit ses affaires.

Pour finir, car je pourrais vous entretenir de ces cas à l'infini, je vous citerai encore le fait suivant. C'était un homme de 40 à 50 ans. Il était vertigineux, et cet état s'accompagnait de malaise, d'appréhensions, d'inquiétudes qui rendaient sa vie fort misérable. Un jour, au moment de monter en voiture, il s'arrête tout à coup. On ne sait ce qui arrive, mais rien au monde ne le ferait monter. Il va se coucher. Le lendemain il reprenait ses affaires. C'était un goutteux.

Les accidents nerveux de la goutte ou du rhumatisme sont violents, tapageurs, terribles parfois, mais ils n'ont pas de retentissement sur la santé générale.

Les névralgies, dans ces diathèses, sont continues et fort douloureuses.

Le vertige est terrifiant parfois, et je vous ai montré, à propos du vertige rhumatismal et de la goutte, combien il peut être difficile dans certains cas.

LE MAL DE TÊTE.

(Leçon recueillie et rédigée par M. de Beurmann, chef de clinique.)

Le mal de tête ! j'aime mieux ce mot que tous les noms grecs qui lui ont été substitués et qui ne disent rien de plus. On a introduit dans la langue médicale le terme céphalalgie, puis le terme céphalée, on a même essayé de donner à chacun d'eux une signification particulière ; le premier s'appliquerait au mal de tête passager, peu intense, tandis que le second désignerait le mal de tête profond, durable et tenace. Je vous donne cette distinction pour ce qu'elle vaut.

S'il est un symptôme subjectif, c'est bien celui que nous étudions. Le malade seul peut en rendre compte et je mets au défi qui que ce soit d'affirmer si telle personne a mal à la tête. Nous n'avons donc aucun procédé d'investigation qui nous permette de le reconnaître ni d'en mesurer l'intensité, et force nous est de nous en rapporter au dire du patient. Quelquefois, il est vrai, on remarque un peu d'engourdissement, de la pâleur ou de la rougeur de la face ; mais ces signes ne sont ni obligatoires ni spéciaux. De plus le mal de tête est le plus souvent isolé et se classe par conséquent dans la partie la plus difficile de la séméiotique. On peut en effet distinguer deux ordres de symptômes : les uns font partie d'un ensemble et s'accompagnent d'autres signes qui en facilitent l'interprétation : tels sont par exemple la céphalalgie et l'anorexie qui accompagnent la fièvre. Les autres, au contraire, constituent à eux seuls tout l'appareil

symptomatique. C'est ce qui arrive souvent pour le mal de tête, et c'est pourquoi il rentre dans la partie la plus délicate de la séméiologie.

En présence d'un cas pareil, la difficulté est telle, qu'on cherche toujours à ramener au premier groupe un symptôme qui appartient légitimement au second et que dans l'examen, d'un mal de tête, on commence par demander au malade s'il n'a pas éprouvé tel ou tel trouble de la santé qui accompagne plus ou moins souvent la céphalalgie, qu'on s'ingénie à dépister les compagnons du mal de tête et qu'on ne parle pas du mal de tête lui-même. Étudions donc le mal de tête isolé, le mal de tête *per se*.

Tout d'abord, nous devons énoncer cette loi: aucun individu ayant une affection cérébrale, substantielle et profonde, n'a mal à la tête. Le même fait surprenant au premier abord, se retrouve dans la pathologie cardiaque : aucun homme qui se plaint de douleur de cœur n'a d'affection cardiaque. Cette règle souffre peu d'exceptions. J'ai eu l'occasion de voir beaucoup d'aliénés ; après un examen minutieux je suis arrivé à la statistique suivante : sur dix mille aliénés que j'ai interrogés, pas un seul n'avait eu mal à la tête ; un seul a fait exception et j'ai cru, devant ce fait insolite, pouvoir affirmer l'existence d'une affection méningée. La suite m'a donné raison.

Le mal de tête, en effet, est un symptôme de la méningite et non des affections encéphaliques, d'où la règle que toutes les fois qu'il y a avec un état cérébral, du mal de tête, il faut penser que les méninges sont atteintes. Cette loi est absolument conforme à l'observation clinique.

Le cerveau est entouré d'enveloppes qui peuvent se ramener à trois couches : une couche externe, comprenant les parties molles qui recouvrent le crâne, une couche osseuse, une couche méningée. Chacune de ces couches peut être le siège du mal de tête ; mais bien souvent, en face d'un malade on ne peut arriver à savoir quelle est celle de ces enveloppes qui est affectée. Nous savons que la céphalalgie n'est pas d'origine cérébrale, mais nous

n'avons aucun signe qui nous permette de dire dans un cas particulier si son siège est extra ou intracrânien.

On a prétendu, je le sais bien, que la succussion augmente le mal de tête intracrânien, tandis qu'elle est sans influence sur les autres variétés ; j'ai cherché ce qu'il y avait de vrai dans cette opinion, et l'observation m'a démontré qu'elle est absolument inexacte. Cette distinction de fantaisie n'a pas le sens commun.

Ainsi, qu'il s'agisse d'une névralgie sans importance ou d'une affection méningée d'une gravité menaçante, le symptôme primordial est le même, et rien, absolument rien, ne nous permet de les différencier. Cette impuissance d'arriver à un résultat, en s'en tenant à l'observation séméiotique seule, force le clinicien à s'adresser ailleurs. Il est donc obligé de rechercher les symptômes concomitants les plus minimes et de leur accorder une importance considérable. Il en est réduit à étudier la diffusion plus ou moins grande, l'intensité plus ou moins variable du mal de tête, deux caractères qui ne donnent que bien peu de renseignements positifs.

Quoi qu'il en soit, il faut se contenter de ces pauvres données pour établir une distinction entre les différentes variétés du mal de tête.

Voici le programme qu'on devra suivre dans cette recherche : Déterminer successivement la topographie, la chronologie, l'intensité du mal de tête ; grouper autour de lui les phénomènes qui l'accompagnent, vertige, photophobie, fièvre, etc. Si ces divers éléments peuvent être déterminés d'une manière très exacte, on pourra encore arriver à constituer quelques types définis, mais dans la majorité des cas, le travail est trop difficile pour aboutir à un résultat. Aussi le nombre des maux de tête classés est-il très restreint.

La migraine est, dans cet ordre d'idées, un idéal qui montre comment avec un seul symptôme, on peut constituer une classe dans le cadre de la nosologie. De tous les maux de tête c'est celui qui a l'individualité la plus nette, la plus tranchée.

Chronologiquement, ce symptôme apparaît à un certain

âge de la vie et disparaît à un autre ; il est intermittent, il a des lois d'intermittence, chaque crise a une durée déterminée.

Topographiquement, la douleur occupe des points définis ; elle a des localités diverses qui lui sont propres, elle est susceptible de changer de côté pendant la crise. Elle s'accompagne souvent de photophobie, de vomissements ou de quelques autres phénomènes accessoires.

Étudions la migraine pour en débarrasser la séméiologie du mal de tête.

La migraine ne débute jamais avant la puberté et elle finit avec la vie génitale ; autant les accès de la phase active de la vie génitale sont nets et bien caractérisés, autant ceux qui répondent à son déclin deviennent confus et mal délimités. En général elle commence de seize à vingt ans ; c'est une maladie cyclique qui n'a pas de période d'augment, dont la première crise est aussi intense que les crises suivantes et qui a son cycle révolu en décroissant d'intensité.

La migraine a une aura. J'insiste sur ce fait, car il la distingue pour moi des phénomènes liés à l'épilepsie vraie dans lesquels la crise éclate toujours brusquement sans être précédée d'aucun signe prémonitoire. Tantôt au milieu d'un repas où le malade mange des aliments peu goûtés ou peu appropriés, un malaise stomacal, vague, indéfinissable, représenté surtout par une sensation de plénitude apparaît et sert de prodrome à la crise ; tantôt au contraire, le migraineux qui va avoir un accès a un appétit vaillant, une bonne humeur et une sensation de bien-être général qu'il connaît à merveille et qu'il redoute, car il en prévoit les conséquences. Certains éléments provoquent la crise chez un malade particulier, à l'exclusion de tout autre, en sorte qu'il peut pour ainsi dire commander sa crise et la faire naître à volonté.

A mon sens, ce fait seul suffit à montrer qu'il y a un abîme entre les accidents des cérébraux et ceux des épileptiques vrais d'une part et ceux des migraineux d'autre part. Jamais, je vous l'ai dit souvent, les cérébraux ni les épileptiques ne peuvent ainsi faire naître leurs accès. Ceux-ci éclatent toujours, au

contraire, à l'improviste et sans aucune provocation connue.

Le plus souvent, un malaise général mal défini, s'accompagnant de paresse de l'esprit et de paresse du corps annonce l'apparition de la migraine.

Un homme qui est dans la période d'état de la migraine ne peut avoir plus de deux ou trois crises par mois ni moins d'une crise en trois semaines. S'il avait des crises moins fréquentes, ce ne serait plus un migraineux; c'est assez vous dire ce qu'il faut penser des personnes qui disent avoir eu la migraine deux ou trois fois par an. La crise ne dure pas plus de 36 heures ni moins de 4 ou 5 heures; aussi toute maladie à accès très court ne peut être considérée comme étant la migraine. Les crises ne sont jamais subintrantes. Elles débutent par un point qui ne persiste quelquefois que pendant quelques minutes mais qu'on retrouve toujours au commencement de l'accès.

Après les prodromes dont nous avons parlé, l'accès se déclare toujours par le mal de tête. Ce mal de tête est péri-orbitaire, péri-oculaire et oculaire. Il peut s'étendre au delà de son siège primitif; le plus souvent, la région temporo-pariétale est le siège d'une sensation obtuse, contusive, puis finit peu à peu par être envahie par la douleur aiguë qui siégeait autour de l'orbite. Topographiquement, la migraine n'est donc pas, comme on le dit, une hémicrânie; en réalité elle est plus que cela, puisqu'elle occupe en même temps que la moitié du crâne, la moitié supérieure de la face. Il suffit, pour vous en convaincre, de regarder un malade au moment de sa crise. Il ne porte pas la main à son front comme dans le mal de tête ordinaire, vous le voyez au contraire comprimer de la paume de la main la région orbitaire et la région malaire, laissant à ses doigts le soin de recouvrir la région frontale.

La douleur crânienne et faciale, est toujours unilatérale; ses caractères sont presque indescriptibles; elle n'est pas lancinante, aiguë comme la névralgie faciale; elle est compressive, gravative et en même temps profonde; elle est également intense dans toute l'étendue qu'elle occupe. La douleur au fond de

l'œil est particulièrement pénible et inexplicable. La douleur peut, après avoir parcouru la partie supérieure de la face et la région pariétale, venir se fixer à la nuque et s'y installer pendant plusieurs heures. Il y a de véritables migraines de la nuque.

Elle peut changer de côté pendant la durée de l'accès ; certains malades, qui souffrent à droite au commencement de la crise, souffrent à gauche au bout de quelques heures ; mais elle n'occupe jamais les deux côtés à la fois.

Chez les enfants les prodromes de la migraine ont une durée très courte ; la crise arrive vite à son summum d'intensité, ce qui est conforme à la loi générale suivant laquelle l'évolution des maladies est toujours très rapide chez les sujets jeunes.

Une fois installé, le mal de tête s'étend, s'étale, devient d'une intensité intolérable ; il s'augmente par le mouvement, mais, remarque curieuse, tandis que la plus petite quinte de toux retentit douloureusement et ramène les souffrances, l'éternuement ne provoque aucune douleur ; j'ai noté ce fait chez un grand nombre de migraineux :

Le malade devient hyperesthésique ; le bruit, les odeurs, la lumière sont pour lui, comme le mouvement, des causes de souffrance ; cependant les sensations tactiles ne sont pas troublées dans les régions envahies, et la pression de la main donne plutôt du soulagement qu'une augmentation de la douleur.

A ce moment le malade éprouve le besoin de rester dans l'immobilité absolue ; il se couche, fait le silence et l'obscurité autour de lui. Ou bien il est pris, au bout de peu d'instants, d'un sommeil profond, quasi comateux ; ou bien il lui est impossible de s'endormir et il reste dans le même état de souffrance. Enfin au bout de quinze, dix-huit, vingt-quatre heures, il a dormi et son sommeil a été accompagné d'un rêve caractérisé par son incessante et impitoyable monotonie, ainsi qu'il arrive aux cérébraux.

Le migraineux qui veille et celui qui dort sont deux types différents. Au bout d'un certain temps celui qui dort se réveille, celui qui ne dort pas a pris quelque repos et n'éprouve plus le

besoin de dormir qu'il ne pouvait satisfaire. Ils sont presque guéris. Pour tous deux la crise sera terminée lorsqu'ils auront mangé.

A la phase du mal de tête qui caractérise le plein de l'accès et qui suit celle des prodromes succède donc la phase du sommeil et de la faim qui termine la crise.

Un certain nombre de sensations annexes accompagnent le mal de tête de la migraine. Elles sont de trois ordres et peuvent intéresser l'estomac, le système nerveux ou l'appareil circulatoire.

La participation de l'estomac se traduit par plusieurs symptômes qui peuvent manquer en totalité ou en partie : ce sont le dégoût pour les aliments, la perte simple de l'appétit ou anorexie, enfin le spasme qui consiste dans une constriction stomacale (degré inférieur) s'accompagnant de bâillements degré moyen) et de vomissements (degré supérieur). Dans certains cas l'appétit est conservé et même exagéré.

Les troubles qui dépendent du système nerveux sont visuels ou auditifs.

Ce sont des sensations lumineuses subjectives, bizarres : le malade voit les arcs éclairés des étincelles ; il a dans l'œil une sorte de feu d'artifice dont il suit les phases. Souvent il y a une photophobie bien caractérisée, quelquefois au contraire de la photophilie; dans ces cas exceptionnels il recherche la lumière dont la présence le soulage, mais ce sont là de rares exceptions. Il faut distinguer ces faits du mal de tête aveugle qui n'est pas de la vraie migraine. On observe alors, en même temps que des sensations lumineuses subjectives, des douleurs pongitives et lancinantes et surtout une perte passagère mais complète de la vision qui donne à la maladie sa caractéristique.

Les troubles de l'ouïe sont très fréquents : c'est une échophobie qui va depuis un léger degré d'hyperesthésie auditive jusqu'à une horreur absolue du bruit le moins intense et le plus fugace.

Les troubles circulatoires ne font jamais défaut. Ce sont : la pâleur externe de la face qui signale le début de la crise, persiste pendant l'acné et ne cesse qu'au déclin. Les intermittences du

poule qui se produisent très fréquemment. Les sensations de battement dans la tête qui sont souvent très pénibles. D'ailleurs tous les migraineux peuvent suspendre les sensations douloureuses qui constituent la crise en comprimant la carotide du côté douloureux ; mais ils remplacent alors la douleur par une sensation tellement pénible qu'ils préfèrent laisser l'accès suivre son cours.

Tels sont les troubles qui accompagnent le plus souvent la migraine ; ils peuvent varier suivant les cas, mais ils se rangent toujours sous les trois chefs que je viens de vous indiquer.

La migraine diffère suivant l'âge du malade et suivant l'ancienneté de la maladie. Quand le migraineux se sénilise, la maladie s'éparpille pour ainsi dire ; elle perd sa netteté, son âpreté ; ses caractères deviennent vagues et confus ; l'accès diminué, dilué, n'est plus que le fantôme de ce qu'il a été autrefois ; il n'y a qu'un mal de tête diffus, mal localisé, qui permet au malade de continuer à vivre de sa vie ordinaire, mais se prolonge en général plus longtemps que ne le faisait l'accès aigu et franc.

Les femmes ont souvent leurs accès au moment des époques menstruelles ; chez elles aussi l'évolution de la maladie se montre intimement liée à l'évolution génitale. La migraine qui accompagne les règles fournit encore une preuve de l'influence des causes externes sur la production des crises. Rien de tel, avons-nous dit, ne s'observe chez les cérébraux et chez les épileptiques ; aussi refusons-nous d'admettre que cette maladie essentielle, autonome, ait la moindre affinité avec les manifestations des affections cérébrales ou avec l'épilepsie.

On a prétendu aussi que la migraine n'est que l'expression fruste de la goutte : c'est une interprétation fausse de faits bien observés. Il est vrai que la migraine précède quelquefois la goutte et est remplacée par elle, mais elle disparaît de même quand survient un état diathésique, que ce soit un cancer, une affection cérébrale ou une éruption cutanée ; elle cède le pas et leur laisse la place. La succession quelquefois observée des crises de migraine et des crises de goutte chez un même malade ne prouve

donc pas que la migraine soit une manifestation goutteuse. En somme je crois que cette affection singulière si bien limitée, si nette dans ses allures, doit être considérée comme isolée, qu'elle n'a que des liens éloignés avec les états organiques ou diathésiques auxquels on a voulu la rattacher et que sa cause est encore à trouver.

Elle se distingue facilement, au point de vue symptomatique, des autres variétés de maux de tête et cette étude peut servir à vous montrer comment en analysant un symptôme, en fixant sa chronologie, sa topographie, son évolution, en cherchant les circonstances accessoires qui le précèdent et l'accompagnent, on peut arriver à en connaître et à en fixer la valeur.

A côté de la migraine il existe une série de maux de tête définis et connus que je ne ferai qu'énumérer rapidement afin de vous faciliter la comparaison entre cette affection et celles qu'on pourrait être tenté de confondre avec elle.

Ces maux de tête sont en assez petit nombre. Ce sont : la céphalalgie qui précède et accompagne tout vertige et celui qui précède toute syncope; ils ont un caractère indéfinissable ; le malaise est intérieur, il semble au malade que tout va lui manquer; puis le vertige ou la syncope se produisent, et après, le mal de tête persiste un certain temps, comme il persiste aussi après l'attaque d'épilepsie ; la tête est lourde, les idées un peu confuses, la douleur est sourde, obtuse et ne se dissipe que graduellement.

Le mal de tête méningitique, celui des tumeurs qui touchent l'écorce cérébrale, est localisé comme celui de la migraine; il occupe une région déterminée, toujours la même, et revient souvent comme lui par accès, mais il n'a ni le même siège ni la même étendue ni la même marche; la plaque douloureuse occupe la région pariétale et n'envahit jamais la face; les accès ont une durée singulière et ne présentent pas une marche cyclique ; il est donc facile de les distinguer de ceux de la migraine jusqu'au moment où l'apparition d'autres symptômes va montrer quelle est leur véritable nature.

Le mal de tête urémique et le mal de tête syphilitique sont les deux plus intenses, les deux plus profonds ; ils persistent jour et nuit, empêchent le sommeil et ne laissent quelquefois aucun repos au malade. En présence d'un mal de tête présentant ces caractères, d'un mal de tête généralisé sans cause prochaine connue, pensez toujours à la syphilis ou à l'albuminurie, vous en trouverez souvent les signes, et ce symptôme vous aura mis sur la voie du diagnostic d'une affection grave que vous méconnaîtriez si vous ne vous attachiez pas à analyser et à interpréter la sensation que vous livre le malade.

Le mal de tête connectif aux traumatismes crâniens est fréquent et intéressant à étudier : il indique un processus qui évolue sourdement et relie souvent des accidents cérébraux tardifs à une violence extérieure survenue de longues années auparavant et à peu près oubliée du malade. Vous savez l'importance que j'attache au traumatisme dans le développement des accidents cérébraux en apparence primitifs ; le mal de tête est, en pareil cas, un signe prodromique important dont je vous engage à tenir grand compte ; méfiez-vous des malades chez lesquels ce signe persiste après un accident ayant intéressé la boîte crânienne et les enveloppes du cerveau.

A côté de cette forme de céphalalgie je placerai le mal de tête associé à une douleur persistante du talon. Cette forme non décrite et singulière a pour moi une grande valeur. J'ai suivi plusieurs malades chez lesquels cette association de la douleur du talon et du mal de tête existait d'une manière persistante ; chez tous il est survenu des accidents cérébraux graves : je considère donc ce mal de tête comme d'origine encéphalopathique.

Enfin je vous citerai pour mémoire le mal de tête de l'homme qui a trop mangé, mal de tête congestif et réflexe dont le point de départ est manifestement stomacal ; j'en rapprocherai le mal de tête avec sensation nauséeuse de l'homme qui a trop fumé.

Tous ces maux de tête sont définis comme la migraine, sinon aussi bien qu'elle ; il faut les connaître et ils sont très intéressants, mais ils ne comprennent en somme qu'une petite partie

de ceux que l'on observe. A côté d'eux existe une classe très considérable, très nombreuse de maux de tête vagues non définis dont on ne connaît pas encore la valeur et les caractères distinctifs. On a cherché à les grouper sous les trois chefs suivants :

Mal de tête par anémie ;

Mal de tête par congestion ;

Mal de tête réflexe.

Ce sont là des têtes de chapitre commodes pour un exposé didactique dans lequel on fait intervenir une physiologie pathologique plus ou moins fantaisiste; mais ces divisions sont en réalité tout artificielles; elles n'ont rien de clinique et il ne faut les maintenir que pour la commodité de la description. Il vaut mieux distinguer nettement les espèces bien connues, comme nous avons essayé de le faire pour la migraine, et avouer que dans bien des cas l'interprétation du mal de tête est encore impossible.

DE LA SPERMATORRHÉE.

(Leçon recueillie et rédigée par le Dr Frémy.)

Messieurs, l'homme couché au n° 1 se plaint de spermatorrhée. Ce n'est pas un malade d'hôpital. Aussi je m'empresse de saisir cette occasion pour vous parler de cette affection.

On a dramatisé la spermatorrhée. La perte de ce liquide quintessencié, cette crême sur le lait, vous amenait à la phthisie, et on mourait à la fleur de l'âge. Tissot et Lallemand avaient les mêmes opinions de l'onanisme. Eh bien, la cachexie onanistique comme la cachexie spermatorrhéique sont de pures fantaisies. Ce sont les troubles nerveux qui précèdent, et l'onanisme ou la spermatorrhée ne sont que des résultats.

Il y a deux espèces de spermatorrhée bien distinctes : la spermatorrhée chirurgicale, qui est rare, et la spermatorrhée médicale, qui est fréquente.

La spermatorrhée chirurgicale est causée par une blennorrhagie qui, du canal de l'urèthre, remonte aux vésicules séminales; elle gagne les canaux déférents et s'étend aux testicules. Elle se voit quand la chaude-pisse détermine du catarrhe de la vessie, du ténesme vésical, de la dysurie. Elle se propage ainsi aux canaux éjaculateurs, etc. Il y a alors éjaculation par exagération de sécrétion. La spermatorrhée a lieu par un mécanisme analogue à celui qui provoque la chute du rectum par suite de troubles digestifs. Il n'est pas question là-dedans d'impuissance. Cet état détermine des symptômes généraux. Il y a

de la fatigue. L'appétit génésique a disparu. Il y a des éjaculations pendant la nuit, rarement, mais elles existent. Aussi l'impuissance est-elle le fait initial. Non seulement, ces éjaculations involontaires peuvent survenir pendant la nuit, mais des émissions d'urine et de sperme, également involontaires, arrivent dans la journée.

A trente-cinq ou quarante ans, on a du catarrhe de la vessie, de l'incontinence ou de la rétention d'urine, une affection du col de la vessie, enfin une affection vésicale quelconque insignifiante, et on a de la spermatorrhée. On en a, après huit ou dix mois d'une blennorrhagie. La cystite aiguë n'en donne pas. La péricystite chronique en donne.

Il y a des gens jeunes encore qui vous disent qu'ils peuvent avoir des rapports normaux avec des femmes, mais qu'ils sont dans l'impossibilité d'éjaculer. Ce sont des constipés spermatiques. C'est une espèce d'individus à part. Ils n'ont pas cependant les testicules atrophiés. On ne sait rien de cette affection.

Le traitement chirurgical consiste dans l'introduction, dans le rectum, d'appareils de prothèse. Il faut mettre un robinet sur ces canaux trop ouverts. On est convaincu que du jour où le sperme sera retenu, tout sera pour le mieux, et que le malade sera guéri. Les testicules n'éprouvent jamais le contre-coup de cette affection.

Telle est la spermatorrhée chirurgicale.

Mais si dans certains cas il y a eu quelquefois de la blennorrhagie comme antécédents, quelquefois aussi il n'y en a pas eu. Si la spermatorrhée n'est ni congénitale ni chirurgicale, c'est une maladie. Quelle est-elle?

C'est une histoire, toujours la même. Un homme jeune encore — il a quarante ans, — vient vous trouver; il est humilié, il rougit, il est tourmenté. Il vous dit qu'il a des pertes séminales qui se répètent une, deux, trois fois par semaine, par mois ou par an. Il a fait un rêve pendant la nuit, il s'est senti mouillé, et le lendemain, il se lève éreinté, défaillant. La lumière lui

brouille les yeux. Puis il rougit de nouveau — c'est un émotif, — il accuse les habitudes du pensionnat.

Eh bien, masturbation, pertes séminales, fatigue... tout cela n'a pas le sens commun. Ce qui est vrai, c'est un état de santé mauvais et des pertes qui sont secondaires à cet état. Voilà tout. Ne faites pas de médecine de reflet, de médecine de photographe. Les onanistes sont communs. La spermatorrhée est beaucoup plus rare. Il n'y a donc pas relation de cause à effet.

Le spermatorrhéique a peu d'appétits génésiques : il solfie et ne chante pas. Le résultat de cette petite appétition, c'est l'indifférence sexuelle. Il a un petit appétit, d'où une petite jouissance. Pour lui l'acte conjugal n'a pas d'intérêt, il est sans curiosité, il y va mollement. C'est un petit générateur. L'appétit génésique est une sensation à longue portée. Si cette sensation est courte, c'est anormal.

L'appétition est une grande fonction. Prenez la vulgaire envie d'uriner. Il y a d'abord l'envie, le besoin tempéré pendant une heure. Cet appétit a sa mesure et sa jouissance. Si le besoin est immédiat, c'est pathologique. Il en est de même pour l'appétit génésique. Étant petit générateur, le spermatorrhéique n'appelle pas l'attention sur son impuissance; il dit qu'il a des éjaculations sans dommages, mais sans avantages. Ce sur quoi il appelle l'attention, c'est sur sa fatigue. Il la rapporte à ses habitudes d'onanisme passées. Il va chercher loin, parce que c'est un hypochondriaque.

Les hypochondriaques se plaignent d'affections du bas-ventre, du gros intestin, du foie, de la rate, de l'estomac. Ils placent dans ces organes le foyer de leurs sensations incommodes.

Cependant il y a les hypochondriaques du cœur. Il y a toujours une sensation. Il en est de même pour le sens génital. C'est une sensation que les spermatorrhéiques accusent. En tous cas les testicules n'y participent en rien.

Quelquefois cependant on constate un arrêt de développement. Il y a de petits testicules dans de gros scrotums. Tout hypochondriaque se compose de deux éléments : un élément

local qui est le trouble fonctionnel, et un élément général qui est le malaise général. N'est pas hypochondriaque qui veut! Il faut passer par certaines étamines. Il y a en général peu de chose comme trouble fonctionnel, et chacune des sensations incommodes se traduit par du collapsus, de la défaillance générale. Aussi le malade prête-t-il plus de valeur à ces signes généraux qu'aux signes locaux.

« L'affection spermatique dont je suis atteint doit être colossale, puisque je suis mal à mon aise! » Voilà le thème des spermatorrhéiques. Ils ont un vrai malaise qui se traduit tantôt par la forme syncopale ou *syncopable*, c'est-à-dire la préparation à la syncope et n'y arrivant jamais, tantôt par des états nerveux généraux. Le malaise en général est odieux : le vomissement n'est rien à côté de l'envie de vomir.

A la longue les spermatorrhéiques guérissent. S'ils sont atteints de vingt-cinq à trente ans, ils guérissent de quarante à quarante-cinq ans. Le changement d'existence y aide. Il en est de même pour les hystériques et les hypochondriaques. Mais quand on a de l'hypochondrie à quarante-cinq ans, c'est une autre affaire. Tout hypochondriaque a des aptitudes mentales particulières, et quand l'affection se développe tard, le pronostic est plus sombre. Il est criblé de craintes, bourrelé de remords. Il a de l'excitation, et cet état peut se terminer par le suicide. Ce n'est pas chose rare. Une goutte fait déborder le vase. Ou bien l'hypochondriaque reste dans un état de mélancolie renfrognée qui ne passe pas à l'acte. La masturbation remplace le ménage. L'appétit rapide et court supprime les préliminaires de l'acte conjugal. La défiance de soi-même amène le célibat et la masturbation intermittente. Et cet état est la preuve de l'infériorité du système nerveux.

Quelquefois les spermatorrhéiques ont la crainte du mariage, par la peur de ne pouvoir accomplir l'acte conjugal. Mais cela finit par s'arranger; ils font des enfants comme les autres, et ils sont préservés d'un avenir triste.

En résumé, les spermatorrhéiques sont des individus mal por-

tants. Leur irritabilité, leur excitabilité amènent des pertes séminales, et ce n'est pas l'inverse qui est la vérité. On ne devient pas spermatorrhéique : on l'est. C'est congénital et l'affection n'éclate que quand les organes génitaux parlent. Elle appartient aux mauvaises espèces nerveuses, à celles qui sont incurables.

L'affection se développe tard quand les organes génitaux se développent tardivement. Adolescents, ils avaient déjà des éjaculations faciles. La voiture, une irritation légère, déterminaient un spasme de l'urèthre et l'éjaculation avait lieu. Ce sont des nerveux par constitution et non des énervés. Ce sont les mauvais.

La spermatorrhée est-elle déterminée localement par un spasme ou par de l'atonie des canaux éjaculateurs? Ce défaut de contention est-il dû à la nature du sperme? Je n'en sais rien. Ce que je sais, c'est que les urinorrhées tiennent non à un spasme, mais à un défaut de la sécrétion urinaire. C'est une question chimique. La densité de l'urine est anormale ; elle est de 1,008.

Dans la spermatorrhée, le sperme joue évidemment un certain rôle, il est dilué. Or les mauvaises excrétions et les mauvaises sécrétions sont des troubles de premier ordre. Ce ne sont pas des maladies imaginaires. D'abord il n'y a pas de malades imaginaires, il y a des infirmes de naissance.

Le traitement général doit se baser sur la reconstitution de l'état physique et de l'état moral. On a affaire à des individus mal construits, mais non pas faibles. Tous les gens faibles alors seraient spermatorrhéiques ! Après une fièvre typhoïde, on aurait de la spermatorrhée. Il faut conseiller l'hydrothérapie et la campagne, voire même le mariage.

SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

(Leçons rédigées par le Dr Motet.)

AVANT-PROPOS.

Nous publions ici quatre leçons cliniques faites, l'année dernière, par Lasègue à l'hôpital de la Pitié sur la paralysie générale et recueillies par l'un de ses élèves.

En 1853, il avait publié, pour le concours d'agrégation en médecine, une thèse magistrale sur *la Paralysie générale progressive*, qui est encore aujourd'hui restée classique.

Cette thèse était en rapport avec les idées qui régnaient à cette époque sur cette maladie et qui sont encore actuellement celles de beaucoup de médecins. Elle contient, sous une forme concise et saisissante, la description rapide et aussi complète que possible de cette affection, considérée comme espèce morbide unique, ayant sa marche et ses symptômes spéciaux et formant comme un trait d'union entre la pathologie cérébrale et la pathologie mentale.

Mais depuis lors la science a marché. De nouveaux faits, très différents les uns des autres, ont été observés non seulement dans les asiles d'aliénés, mais dans les hôpitaux ordinaires et dans la clientèle privée, et le champ d'observation de cette maladie s'est singulièrement élargi. On a signalé dans sa marche et dans la plupart de ses symptômes de telles diversités que la conception de son unité s'est de plus en plus obscurcie, et que sa description classique s'est notablement modifiée. Sans doute, malgré les nombreuses diversités d'aspect de chaque cas particulier, beaucoup de médecins conservent encore sur cette maladie leur opinion ancienne et continuent à considérer la paralysie générale comme une affection distincte et spéciale, représentant une véritable unité morbide. Mais d'autres auteurs, et Lasègue

était de ce nombre, ont profondément modifié sous ce rapport leur opinion primitive. En présence de l'extrême variété des faits cliniques réunis aujourd'hui sous le nom trop vague et trop étendu de paralysie générale, ils se sont demandé s'il ne conviendrait pas d'admettre plusieurs espèces de paralysies générales, au lieu de n'en reconnaître qu'une seule. Les uns, sans pousser aussi loin la fragmentation pathologique, se sont bornés à proclamer l'existence de plusieurs variétés distinctes de marche dans cette espèce morbide restée unique. Les autres, comme M. Baillarger [qui soutient aujourd'hui cette thèse avec un grand talent et une ardente conviction], ont voulu substituer la théorie dualiste à la théorie unitaire : ils ont cherché à prouver que, sous le nom générique de paralysie générale, on réunissait à tort deux maladies distinctes, la folie paralytique et la démence paralytique, dont l'une pouvait cesser momentanément d'exister chez certains malades, tandis que l'autre continuait néanmoins son cours régulier jusqu'à la mort. D'autres enfin (et c'était là l'opinion défendue par Lasègue, avec une grande énergie, dans les dernières années de sa vie) ont proclamé qu'à côté du type classique et bien connu de la paralysie générale (périencéphalite chronique diffuse), tel qu'il est admis aujourd'hui dans la science et décrit par tous les auteurs, il convenait de rechercher et de décrire plusieurs autres types voisins, présentant sans doute quelques symptômes communs, analogues à ceux de la paralysie générale vraie, mais en différant profondément par l'ensemble des autres symptômes et surtout par leur marche, et que, dès lors, il fallait admettre l'existence clinique de plusieurs espèces de paralysies générales, au lieu de n'en reconnaître qu'une seule. C'est là l'idée mère que Lasègue a développée dans les quatre leçons qui vont suivre. Dans ces leçons, il a donné, de main de maître, des indications générales très précieuses pour arriver à établir un diagnostic différentiel entre les diverses affections cérébrales chroniques, réunies aujourd'hui, à tort selon lui, sous le nom trop vague et trop compréhendif de paralysie générale, et il a conclu que ce nom devait désormais servir à désigner un vaste genre de maladies cérébrales chroniques, comprenant plusieurs espèces pathologiques distinctes et non une espèce morbide unique. C'est parce que ces leçons expriment sa dernière manière de voir sur la paralysie générale, ou plutôt sur les diverses espèces de paralysies générales, que nous avons cru devoir les publier de préférence, au lieu de réimprimer purement et simplement sa thèse d'agrégation de 1853, qui ne représentait plus son opinion actuelle sur les symptômes variés et les nombreuses diversités de marche de cette affection.

J. FALRET.

I

La paralysie générale n'est pas une espèce aussi nettement définie que la plupart des médecins inclinent à le croire. Par un procédé commode peut-être, mais d'un résultat scientifique douteux, on établit sans effort le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et d'autres affections cérébrales qui n'ont rien de commun avec elle ; on néglige, parce qu'on les connaît mal, toutes celles qui sous certains aspects se rapprochent de la paralysie générale. Les difficultés du problème sont doubles : elles tiennent à la nature même du sujet, elles tiennent aussi à votre défaut de préparation. Vous ne savez pas étudier les phénomènes intellectuels ; inhabiles à parler une langue qui ne s'apprend qu'à la longue, vous n'avez à votre service que des expressions sans valeur ; et, quand vous avez, un peu au hasard, prononcé les termes de débilité mentale, d'affaiblissement intellectuel, vous êtes restés dans les généralités vagues, vous n'avez rien fixé d'une manière décisive. Dans cette étude où rien ne s'improvise, où il faut suivre pas à pas l'évolution de la maladie, vous vous arrêtez à la surface, parce que vous n'êtes pas mûrs pour cette acquisition nouvelle. Il me faudra donc vous préparer par des notions préliminaires, à comprendre. Pour la paralysie générale vous y arriverez d'autant plus vite que la maladie est de découverte récente, et qu'on en peut plus facilement suivre la genèse.

De tout temps, il y a eu, dans les asiles d'aliénés, une catégorie d'individus remarquables par les exagérations vaniteuses ou satisfaites de leur délire. Si variés que soient les types, vous y retrouverez l'ambitieux qui, dans ses redites monotones, vous parlera de sa haute situation, de sa parenté avec Dieu, de ses rapports avec les puissants du jour ; de ses alliances et de son

pouvoir. Il ne sortira pas de cette sphère ; il n'ajoutera rien à un délire qui le laisse satisfait, et vous le verrez, si grandes que soient ses orgueilleuses visées, se plier à la règle des maisons d'aliénés, se prêter sans grande résistance à des soins domestiques, à d'humbles corvées, comme s'il eût oublié pour un moment qu'il était tout à l'heure un monarque, un prophète, un Dieu.

A côté de ces aliénés, on rencontre une autre catégorie de délirants ambitieux sous une forme singulière. Leurs conceptions vaniteuses sont vagues, sans limites précises, incohérentes.

Elles n'ont rien de fixe : dans la première catégorie le délire une fois constitué restait immuable ; dans la seconde, il s'étend, il devient diffus. Les aliénés de ce genre sont riches à millions et leur générosité est sans bornes ; ils se croient toutes les qualités, toutes les aptitudes, et, mobiles à l'excès dans leurs manifestations délirantes, ils ajoutent sans cesse aux exagérations de la veille, jusqu'au jour où le cercle se rétrécit, et où les idées de richesses se traduisent seulement par les mots d'or, d'argent, de diamants, etc.

Ce type n'avait pas échappé aux observateurs. Esquirol l'avait décrit, il admettait une monomanie ambitieuse, il en signalait les variétés, mais il n'était pas allé plus loin ; c'étaient alors encore des aliénés ; comme tous les autres, ils restaient confondus dans les catégories communément admises.

Au temps d'Esquirol l'étude de l'aliénation mentale était simplement symptomatico-psychologique ; on croyait avoir tout dit quand on avait déterminé la forme sous laquelle le trouble intellectuel pouvait se traduire. C'était l'époque où l'école psychologique s'ingéniait à chercher les troubles des facultés de l'entendement humain, à retrouver chez les aliénés les troubles de l'attention, de la mémoire, du jugement, du raisonnement, etc. Cette première phase de l'étude de l'aliénation mentale fût d'une durée longue. Pendant son cours, on vit pourtant se dessiner une tentative d'observation de symptômes assez sévère pour détacher une espèce dont les caractères ne tardèrent

pas à se préciser davantage. Après une incubation pendant laquelle on resta stationnaire, il se fit brusquement, comme il arrive si souvent dans les sciences, un changement de front, et l'on marcha dans un sens tout opposé.

Avec Broussais, on admit que l'aliénation mentale n'était pas seulement un trouble psychique; que les perversions de l'ordre physique avaient une importance supérieure qu'on ne devait pas négliger. On se remit à l'œuvre; c'est à Royer-Collard que revient le mérite d'avoir franchement ouvert la voie : on ne se demanda plus jusqu'à quel point, chez les aliénés, les facultés intellectuelles différaient des facultés normales, mais quels étaient les phénomènes physiques qui traduisaient une maladie. Or, il existait dans les asiles toute une catégorie d'aliénés incommodes du même type, vivant depuis longtemps renfermés, atteints pour la plupart de troubles de l'appareil locomoteur, de la sensibilité générale, en même temps que de démence. Ces paralytiques aliénés n'avaient pas de troubles intellectuels à caractères nettement tranchés; ils étaient réunis sous la dénomination générale de gâteux, confondus avec les idiots qui présentaient la même déchéance qu'eux. Comme on s'occupait pour la première fois des phénomènes physiques de l'aliénation mentale, l'attention se porta tout naturellement sur ces malades, sujets d'études relativement faciles, et l'on fut amené à penser que dans chaque établissement d'aliénés, il y avait un certain nombre de malades pour lesquels la paralysie était le dernier terme d'une aliénation ancienne, la démence en était le corollaire obligé; on avait alors cette série : délire limité, à expression plus ou moins vive, affaiblissement consécutif de l'intelligence, paralysie terminale.

Mais le procédé, précisément parce qu'il était bon, ne tarda pas à donner plus. On s'aperçut bientôt que, s'il était vrai qu'un certain nombre d'aliénés devenaient déments et paralytiques après de longues années de trouble mental, il y avait à côté d'eux une autre espèce composée d'individus chez lesquels l'évolution avait été bien autrement rapide; ils avaient franchi en

quelques mois tous les degrés qui menaient à la démence ; agités, incommodes, ayant encore un certain degré de vitalité active, mais déjà paralytiques et gâteux. Les recherches dans cette voie amenèrent à distinguer deux formes : l'une dans laquelle la paralysie survenait à la fin des démences, l'autre dans laquelle la maladie avait pris des allures rapides, et où la paralysie avait devancé la démence. Ce fut cette seconde catégorie qui constitua le groupe des paralytiques généraux aliénés.

La délimitation de ce groupe ne fut pas tout d'un coup précise ; on inclinait à penser qu'on était en présence de cas à marche plus rapide, subaiguë ; l'étude physique n'élucida pas tout d'abord le problème, et l'anatomie pathologique, qui devait plus tard donner la solution définitive, s'égara dans l'étude de lésions qu'on trouvait semblables chez les aliénés paralytiques à évolution lente, et chez les aliénés à marche rapide. C'était cependant par l'examen microscopique que devaient être fixés les caractères différentiels ; nous aurons occasion d'y revenir.

La question fut ainsi posée par les médecins aliénistes : il est possible que, dans certaines formes d'aliénation mentale, survienne, à un moment donné, de la paralysie avec des caractères particuliers, que le trouble intellectuel ait lui-même sa caractéristique, et que les lésions trouvées à l'autopsie soient d'une nature toute spéciale. L'erreur était excusable, si l'on songe que c'est seulement dans les asiles d'aliénés qu'on observe ces malades, et qu'ils n'y arrivent jamais à la première période de la maladie. Le début restait inconnu, on ne le soupçonnait même pas, tout semblait commencer à une époque voisine de l'internement, à l'heure où les troubles intellectuels avaient, par leur intensité, contraint à prendre les mesures d'isolement nécessaires.

C'est donc dans les asiles d'aliénés que se constitua la paralysie générale, c'est aux médecins aliénistes qu'appartient son histoire : il convient de mentionner ici les travaux de Delaye, de Bayle, de Calmeil (1826), de Parchappe, et leurs recherches anatomo-pathologiques. L'attention du monde médical s'éveilla,

ANNE CLIN. GÉNÉRALE
-Anne!
MÉDICALE

et des asiles, les investigations s'étendirent aux hôpitaux. Les médecins qui ne s'occupaient pas spécialement d'aliénation mentale cherchèrent, dans les services hospitaliers ordinaires, les analogues au point de vue des troubles physiques, des types dont ils avaient lu la description, et, en 1846, Requin, trouvant dans ses salles un malade qui répondait, sauf le délire, au tableau tracé par les médecins aliénistes, nomma la maladie « paralysie progressive » supprimant les termes « des aliénés ».

Or, pour les médecins d'asile, le trouble de l'intelligence était constant, caractéristique, indispensable même. Pour les médecins d'hôpitaux, tels que Requin, Sandras et d'autres, le trouble intellectuel moins étudié, moins connu, ne fut pas considéré comme nécessaire, la maladie pouvait exister sans lui, et ils se demandèrent, en présence de la vive résistance des médecins aliénistes, s'il n'existerait pas une forme de paralysie générale parcourant les phases de son évolution sans que le délire y apparût. De ce conflit d'opinions surgit une question : « Existe-t-il des paralysies générales sans délire? » qui partagea longtemps les médecins en raison même de la spécialité des études des médecins aliénistes. Vous trouverez même encore aujourd'hui des livres où cette question posée semble embrasser la généralité des problèmes que soulève l'étude de la paralysie générale. Ce serait, à mon sens, les réduire à peu de chose, et ce n'est pas ainsi qu'il convient de les étudier. La question est d'établir la place que doit occuper la paralysie générale dans le cadre nosologique, de rechercher jusqu'à quel point elle se distingue des autres maladies et si elle est toujours identique à elle-même.

Parmi les affections cérébrales qui ont avec la paralysie générale certaines analogies, il ne faut conserver pour l'étude que celles dans lesquelles il y a des troubles intellectuels. Je tranche donc absolument la question : il n'y a pas de paralysie générale sans troubles intellectuels. Il importe aussi de ne pas confondre avec elle, de ne pas rapprocher d'elle, toutes les affections cérébrales à marche franchement et complètement

aiguë. Il n'y a pas de diagnostic à faire entre la paralysie générale, affection chronique, et les maladies cérébrales qui parcourent en deux ou trois semaines, par exemple, les phases rapides de leur évolution.

Je sais que ces affections cérébrales aiguës sont celles que vous connaissez le mieux; elles répondent à quatre ou cinq types qui vous paraissent résumer la généralité des affections cérébrales, au delà vous n'entrevoyez rien ou presque rien. L'observation attentive du malade vous montrera votre erreur. Vous n'avez pas tout dit quand vous avez affirmé qu'un homme avait une apoplexie, un ramollissement (et quelle latitude ne vous laisse pas le ramollissement!), une méningite, une tumeur cérébrale. Il se peut que vous soyez satisfaits de votre diagnostic, et, si l'autopsie vient le confirmer, vous trouverez sans doute que vous êtes arrivés à la précision diagnostique en fait de maladies cérébrales. Et cependant, à côté de ces maladies aiguës incontestables, il y en a d'autres qui sont chroniques, et dont l'évolution n'est pas moins curieuse à suivre. Elles n'entrent pas dans votre programme, je le sais, elles ne vous arrêtent pas, et vous les qualifiez, un peu au hasard, de méningites chroniques. Pourriez-vous donc sous cette appellation vague déterminer ces maladies cérébrales dont l'invasion est soudaine, qui procèdent par attaques successives de durée variable d'un jour, de deux jours, quelquefois d'une heure? A la suite de cette secousse considérable, énorme, phlegmasique ou autre, l'individu va rester dans un état de dépression intellectuelle ou dans un état de paralysie tantôt partielle, tantôt plus ou moins généralisée. Dans un espace de temps très court, ce malade aura perdu de ses facultés intellectuelles ou physiques, il restera considérablement abaissé, amoindri; il entrera d'emblée dans la chronicité; mais cet état chronique ne sera pas à évolution uniformément progressive. Il procédera par secousses; à chacune d'elles, il y aura une déchéance plus marquée, mais ce ne sera pas de la paralysie générale. Ces secousses, ces attaques, vous pourrez bien les retrouver dans la paralysie générale,

mais ce que vous observerez aussi, c'est qu'entre chacune d'elles, en dehors d'elles, la démence ira toujours croissant.

Vous voyez que j'élimine les affections cérébrales aiguës et même les affections cérébrales chroniques à grandes secousses, qui débutent à la manière d'une attaque pseudo-apoplectique, qu'on a réunies sous le nom de congestions cérébrales vives, intenses, et qui sont encore si peu connues.

Je les élimine bien qu'elles aient avec la paralysie générale des points de contact assez nombreux pour que le diagnostic reste souvent difficile; aussi bien pour cela, d'ailleurs, que pour ces formes frustes où la maladie débute lentement, marche progressivement, intéressant à la fois l'intelligence, la sensibilité, le mouvement, sans avoir toutefois les allures propres de la paralysie générale. Là, en effet, le diagnostic différentiel devient difficile, car il s'agit de comparer la paralysie générale à des espèces inconnues ou mal décrites. Ces difficultés je ne chercherai pas à les éluder, et résolûment, je tends à élargir le cadre de la maladie, à aborder l'étude comparée de la paralysie générale et d'autres affections cérébrales.

Je ne me renfermerai pas dans le simple problème de savoir s'il y a, oui ou non, une forme de paralysie générale sans délire, je trouve cette donnée insuffisante. Je ne négligerai pas plus les difficultés d'un autre ordre, tenant à ce que, pendant son décursus, la paralysie générale se complique avec d'autres états cérébraux, à ce qu'elle peut, à un moment donné, dévier de son type, présenter de singulières anomalies. Dans un organe dont la physiologie est encore si peu connue, on peut avoir affaire à une série de lésions très délicates et dont l'existence prépare de singuliers mécomptes.

Pour bien des cas, vous n'aurez pas de certitude, et il vous sera parfois difficile d'arriver à en acquérir une. Ce qu'il y a de sage, c'est de décrire un type de la paralysie générale; de prendre une succession de faits, de les décrire exactement, tout en ayant soin de faire cette réserve, que cette succession de symptômes ne représente pas tout ce qui se peut observer:

nous la prenons comme une mesure, laquelle s'applique à un très grand nombre d'objets, qui cependant ne sont pas forcément adaptés tous à cette même mesure. Ce type de la paralysie générale que je vais vous présenter ne répond qu'à un certain nombre de malades ; mais il me sera permis, avec lui, de vous dire ce qui dans tel autre cas se présente soit en plus, soit en moins.

Un homme, entre trente et quarante ans (c'est l'âge de la maladie ; après cinquante ans, vous ne la rencontrerez que par exception, et toujours plus fréquemment chez l'homme que chez la femme), jusque-là vigoureux, bien portant, actif, devient un peu triste ; il ne prend plus le même intérêt qu'autrefois à ses occupations accoutumées, il s'ennuie ; c'est à peine si son entourage prend garde à ce changement d'humeur. Son sommeil n'est pas troublé, son appétit est le même, son activité ne semble pas réduite. Il ne se plaint d'aucun malaise, et si on l'interroge sur sa santé, il répond qu'il ne se sent pas malade. En dehors d'une tristesse mal définie, que rien ne motive, il est le même qu'autrefois ; il en peut sortir encore sans grand effort. Puis cette tristesse augmente ; elle prend le caractère d'une préoccupation durable, d'un souci, et l'homme semble devenir étranger à ce qui se passe autour de lui. L'attention s'éveille, on pense à un trouble moral, on ne suppose pas la maladie. Bientôt le caractère se modifie, il devient irritable, facile à agacer ; il ne supporte pas la plus légère contradiction ; les moindres embarras qui surviennent dans ses affaires prennent des proportions énormes, il ne sait plus parer à des difficultés qui ne l'eussent pas arrêté il y a quelques mois.

En même temps ses aptitudes au travail baissent. Il dirige encore sa maison, ses affaires, il vise sa comptabilité, mais s'il a un calcul à faire, il y mettra une demi-heure là où cinq minutes lui auraient suffi. Il s'y attache avec cette insistance que mettent à faire les choses les plus simples les gens d'une intelligence au-dessous de la moyenne. Il travaille beaucoup pour un résultat petit. Cette assiduité trompe et laisse malheu-

reusement les troubles cérébraux marcher sans intervention médicale. A quoi bon demander un avis pour un homme dont la santé physique est, en apparence, parfaite

Trois ou quatre mois se passent, et un jour on s'aperçoit que le père, le mari, le chef de famille n'est plus l'homme intelligent d'autrefois; qu'à sa tristesse succède un besoin de mouvement et d'extériorité : chez lui, au dehors, il entame des conversations qui n'aboutissent pas. A chaque instant il change de place, il sort, marche vite, et si on l'accompagne on a peine à le suivre; si on lui donne le bras, on se sent entraîné par lui : sa démarche est mal assurée, tantôt les pieds posent lourdement à terre, tantôt il heurte les pavés de la rue. A cette période, examinez l'écriture, vous verrez des inégalités qui sautent aux yeux; à côté de caractères régulièrement tracés, vous en trouverez d'autres incorrects; les pattes de mouche se mêlent aux lettres de grandeurs différentes, les pages sont couvertes de ratures, des mots sont oubliés, et sur la table de travail s'accumulent des épreuves inachevées.

L'inquiétude de la famille commence; on appelle le médecin qui, le plus souvent inexpérimenté, examine les grandes fonctions, ne constate de troubles ni du côté de la circulation, ni du côté de la respiration; les digestions sont faciles, le sommeil est bon, les fonctions génitales ne sont pas atteintes; tout au plus va-t-il penser à un embarras gastrique, à un peu de fatigue cérébrale; il conseille de distraire cet homme ennuyé, et l'intervention médicale sans profit pour le malade a l'inconvénient grave de jeter la famille dans un ordre d'idées où elle continue à s'abuser, à rester inactive. On cherche quels peuvent être les sujets d'ennuis, et on en trouve toujours. On ne s'occupe que de les écarter, et la maladie marche. Il arrive un moment où non seulement la correspondance est assez confuse pour qu'il ne soit plus possible de l'expédier, mais où l'indécision dans la marche, les inégalités dans le caractère, se doublent d'une hésitation fréquente dans l'articulation des mots. Ce n'est pas tout à coup qu'on s'aperçoit de ce trouble, il y aura, dans une con-

versation de quelques minutes, certains mots moins nettement prononcés que d'autres, puis des syllabes au milieu d'un mot, puis enfin l'hésitation portera sur les mots entiers.

Les phénomènes cérébraux, légers d'abord, apparaissent. Lorsqu'il est debout, le malade est pris d'un peu d'étourdissement. Il lui semble qu'il a de la peine à conserver son équilibre, et, sans mal de tête, il a plusieurs fois dans la journée un état de vertige fugace. La première période de la paralysie générale n'est rien de plus que cela. Je dis que pour le médecin habitué à cette étude, il y a dans cet ensemble de symptômes assez pour lui permettre de prédire, du premier coup, sinon que le malade est atteint d'une paralysie générale, du moins qu'il est sous le coup d'une affection cérébrale grave.

Dans toutes les maladies lentement progressives du cerveau, l'évolution est telle que je viens de vous l'exposer. J'insiste sur une perversion que je vous ai signalée. Presque insignifiante, peu profonde en apparence, profonde en réalité, elle s'observe plus encore du côté du caractère que du côté de l'intelligence. Les médecins ne savent pas assez quelle importance il convient d'attacher aux déviations du caractère chez les malades. Or, il n'y a pas de maladie dans laquelle les déviations du caractère se présentent sous cette forme, au début. Vous ne les trouverez d'ordinaire qu'à la dernière période des cachexies, de l'épuisement. Chez les tuberculeux, par exemple, dont la maladie est à évolution longue, vous ne trouverez rien au début qui ressemble aux perversions du caractère des paralytiques généraux. Vous verrez bien plutôt l'inverse; c'est à la dernière période qu'ils montrent la satisfaction, le contentement, l'égalité d'humeur. Ainsi, lorsque chez un homme, en pleine santé apparente, vous constaterez ces modifications profondes du caractère, survenues presque tout à coup, vous serez autorisés à porter un pronostic grave.

Il importe que ces notions restent présentes à votre esprit; dans ces phases de début, tout est fait pour vous dérouter si vous n'avez pas l'éveil d'une situation grave sous des apparences

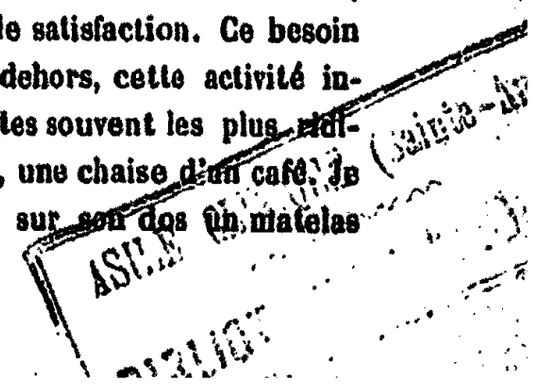
bénignes. Ne cherchez pas le délire, il n'y en pas alors. Tristesse, affaissement de l'intelligence, inégalité du caractère, tels sont les premiers faits, et si peu importants encore qu'ils échappent à la famille. Cet homme, à l'inverse des autres malades, vit dans sa maison de la vie de tout le monde; il se plaindra d'être un peu fatigué, mais le malaise vague ne se formule pas: « Je ne sais pas ce que j'ai, dit-il, cela ne va pas, je n'ai mal nulle part, je suis un peu fatigué, et cependant j'éprouve le besoin de marcher. » D'autres fois, il vous trompera complètement, et si, en arrivant auprès de lui, vous buttez sur une erreur, il vous fournira les moyens de vous tromper indéfiniment. Mettez-le sur la voie de l'embarras gastrique, il vous suivra, disant oui à toutes vos questions, en raison même de l'affaissement de son intelligence. Il ne prépare plus d'objections, il accepte, et avec une docilité qui accroît votre erreur, il développe le thème que vous lui avez fourni presque à votre insu.

Et comme la maladie marche, un jour il tombe dans un accès de mélancolie plus profonde; il va rester dans son lit une partie de la journée, indifférent à tout, sourd aux prières, refusant de se lever, et n'acceptant qu'après de longs pourparlers les aliments qu'on lui offre. Il arrive même que, plus irritable, il s'obstine, et, sans que les troubles physiques aient pris de l'intensité, les perversions du caractère augmentent dans d'inquiétantes proportions.

Ce ne sont pas, à proprement parler, des phénomènes nouveaux qui surgissent. Dans cette maladie, on peut formuler cette loi: « Que les troubles vont progressivement croissant, sans pourtant changer de forme. » Que ce soit l'irritabilité du caractère, que ce soit la mobilité des idées, c'est par l'exagération de l'une ou de l'autre que se manifesteront les progrès de la maladie. Irritable, le malade, qu'un rien agace, brise ou frappe; on s'en étonne peu, on s'y attendait, parce que déjà depuis quelque temps on s'apercevait de sa brusquerie de caractère. On ne s'en alarme pas: que de gens se conduisent de même sans qu'on ait le droit de les regarder comme malades!

Les progrès de l'affection cérébrale peuvent se traduire par l'incessant besoin de locomotion. Le malade ne peut plus tenir en place ; levé au point du jour, il sort, revient, mange à la hâte, gloutonnement, repart sans qu'on sache où il est allé, où il va. Sobre d'ordinaire, il entre dans les cafés, lie conversation avec des inconnus, dépense sans compter. Sa famille s'étonne de ce changement d'allures, elle les trouve singulières. Qu'y peut-elle? c'est de l'agitation, ce n'est pas encore du délire. Bientôt les courses deviennent désordonnées, incohérentes : en homme affairé le malade monte en voiture, se fait conduire aux extrémités de Paris, descend devant une maison sans savoir pourquoi il est venu jusque-là, paye, ou quelquefois ne paye pas son cocher, et rentre chez lui à pied, harassé de fatigue : heureux s'il ne lui est pas arrivé en route quelque désagréable aventure.

L'intelligence baisse : le souci des affaires a disparu ; le malade est devenu à la fois absolument incapable de s'en occuper, absolument indifférent pour ce qui regarde ses intérêts. Il s'est créé une existence imaginaire qui n'a pas de nom. Il est sous le coup d'impulsions passagères, mobiles qui l'entraînent malgré lui, au hasard. Il ne rentre même plus aux heures des repas, il mange où il peut. Puis cette mobilité se spécialise davantage ; le malade entre dans une phase nouvelle qui trahit un degré plus avancé. C'est le moment des achats d'objets les plus disparates : dans les poches s'accumulent les acquisitions insignifiantes et, quand il rentre chez lui, il les dépose sur les meubles, dans les tiroirs, et les oublie. D'autres fois, et ceci paraît répondre davantage à la nature même de la maladie, il achète des objets d'une certaine valeur et ne se trompe pas sur leur importance. Il agit en vertu d'une sorte d'appétit, d'une tentation singulière que le plus souvent l'occasion a fait naître, et auxquels il a cédé avec une véritable satisfaction. Ce besoin incessant de mouvement, de vie en dehors, cette activité inquiète, entraînent ces malades aux actes souvent les plus ridicules. Les uns emporteront une table, une chaise d'un café. Je me souviens d'un malade qui emporta sur son dos un matelas



et s'en alla le déposer un peu plus loin. Interrogez-les alors : si vous leur demandez le pourquoi de pareils actes, vous constaterez chez eux un étonnement naïf, mais vous ne relèverez pas une conception délirante; ils ont agi en vertu d'une impulsion instinctive, ils n'ont rien de l'aliéné qui suit sur une idée délirante. Arrivés à ce point, ils deviennent voleurs, soit parce qu'ils ne payent pas ce qu'ils ont demandé, soit parce qu'ils ont pris directement ce qui était à leur portée. La caractéristique de ces actes est l'imprévoyance absolue avec laquelle ils sont commis. Un homme dans une certaine position sociale qui volera dans la rue les outils d'un ouvrier, en plein jour, sans précaution d'aucune sorte, et parce qu'ils sont là sous sa main, est un paralytique général. L'aliéné voleur agit d'une tout autre façon, il satisfait un goût, il y met un raffinement, une habileté que vous ne trouverez jamais chez les paralytiques.

Les actes ici précédent le délire défini. C'est là l'un des traits de la paralysie générale à la première période. Et comme la mobilité des idées est excessive, la mobilité dans les actes ne le sera pas moins. Quand le paralytique applique à une chose définie, ce qui est l'exception, l'activité qu'il dépense pour mille choses différentes, d'ordinaire il arrive à des énormités. J'ai connu un riche banquier, pris de paralysie générale sous cette forme. Un jour, il arrive chez son notaire avec cette agitation dévorante que vous connaissez maintenant, et sans préambule il lui dit : « Eh bien, et votre grande affaire? » Le notaire, qui avait à vendre un immeuble de plus d'un million, croit que son client fait allusion à cette vente et lui répond : « Je m'en occupe toujours, est-ce que vous auriez l'intention d'acheter? » Certainement, fait le banquier, sans savoir ce dont il s'agissait, et il donne verbalement plein pouvoir au notaire qui lui achète l'immeuble. Vous retrouverez des faits analogues dans une plus petite sphère : vous verrez des ouvriers, de petits commerçants, acheter sans réflexion aucune un fonds de commerce, une maison; et, chose étrange, si pour la plupart l'acte absurde entraîne de graves conséquences, il se pourra que l'affaire audacieusement

conclue soit bonne. Un de ces paralytiques agités voit un jour affichée sur les murs la vente d'une terre importante. Il se présente chez le notaire qu'il connaît et, comme on le sait fort à l'aise, l'affaire est vite conclue. Moins de deux heures après, arrivaient à l'étude les fondés de pouvoir d'une société industrielle établie dans le voisinage de cette terre; ils en avaient besoin, elle permettait de donner un développement aux affaires; ils avaient attendu longtemps l'occasion qui s'offrait enfin. Leur désappointement fut grand, ils firent des offres que le notaire se chargea de transmettre à son acquéreur. Lorsqu'il alla le trouver, cet homme, ce paralytique, qui avait engagé sa signature, l'accueillit avec l'indifférence d'un étranger à l'affaire, il accepta tout ce qu'on lui proposait, et on lui versa cent mille francs pour céder un marché qu'il avait oublié déjà.

Un degré de plus, et vous allez voir poindre le délire non pas continu, mais intermittent, avec le caractère ambitieux. L'imagination en fait presque tous les frais. Le malade s'exagère sa propre valeur; il se considère comme un personnage supérieur, doué des plus remarquables aptitudes. Familier, bienveillant, il offre sa fortune, invite à sa table, vante le luxe de sa maison; gardez-vous de l'erreur de considérer ce délire comme uniforme, parce qu'il semble peu varier dans son objet. La caractéristique d'un délire ne se fait pas par l'objet sur lequel porte ce délire, vous trouverez des aliénés persécutés par l'électricité, par le gaz, par l'air, toutes choses dont ils ont entendu parler, et auxquelles va se rattacher leur délire. Vous en trouverez d'autres, délirants, mélancoliques avec des craintes analogues, portant sur les mêmes objets; les premiers sont et restent des aliénés atteints du délire de persécution; les seconds seront des mélancoliques: si le délire a le même objet, combien la forme de la maladie est différente dans ses allures, dans son pronostic!

Chez les paralytiques généraux, ce n'est pas sur l'objet du délire, c'est sur sa manière d'être, sur son évolution qu'il en faut établir la nature. C'est pour cela que j'ai insisté sur l'agitation du malade, dont le délire, sur quelque objet qu'il se porte,

conserve le caractère de mobilité propre à la maladie elle-même, dans cette première période. Je vous ai dit que le fait dominant était la satisfaction ; elle se traduira par d'orgueilleuses exagérations. Les richesses, les honneurs, les dignités, la vanité de la force musculaire, de la beauté du visage, la supériorité de l'esprit, l'habileté dans les exercices du corps, les paralytiques ont tout cela, et plus encore. Leurs relations sont les plus élevées, leur luxe est du meilleur goût, leurs chevaux sont des plus brillants. Tout ce qui relève d'eux est d'une incomparable supériorité. Il n'y a pas, à cette période, une idée délirante particulière ; tout se ramène à une satisfaction diffuse, avec une excessive mobilité quant à l'objet de ce vaniteux contentement. Tels sont les caractères généraux de ce délire, en vertu duquel, par intervalles, le paralytique passe aux actes. Je vous ai parlé des achats inconsidérés, vous rencontrerez, sous une autre forme, des actes non moins absurdes. Marié de fait, un paralytique rêve un mariage nouveau. Il va chez un loueur de voitures et dispose tout pour une imaginaire cérémonie ; je suis appelé un soir chez un aliéné de ce genre qui avait à sa porte une file de quinze voitures. Le loueur auquel il s'était adressé n'avait rien vu de sa folie tant le délire était peu apparent. C'était un petit fabricant ; non seulement il avait loué des voitures, mais il avait encore fait de nombreux achats en vue de son mariage. J'insiste près de vous sur ces faits, ils sont de la plus haute valeur : retenez bien ceci, c'est que le délire dont on parle dans les livres n'a rien de comparable à celui que je vous représente, et qu'il importe pour vous de n'en pas oublier les caractères, si vous voulez ne pas être embarrassés pour interpréter les actes à cette période de début de la maladie.

A un moment donné, cet individu actif va retomber, fatigué, dans quelque ressouvenir de sa première phase mélancolique. Il redevient passif, engourdi, complètement indifférent aux choses de la vie ordinaire. Les troubles physiques marchent aussi ; parmi tous, le trouble de la parole est celui qui se dessine le plus nettement : il n'est pas constant, il est intermittent.

Lorsque le malade est calme, il bégaie beaucoup ; lorsqu'il s'agite, l'articulation des mots est plus franche, il peut même arriver que toute hésitation disparaisse. Défiez-vous donc encore de cette caractéristique tirée de l'hésitation de la parole, parce qu'elle peut manquer, — cependant, elle est assez commune pour qu'il soit nécessaire de la bien définir ; — lorsque nous comparerons la paralysie générale à d'autres affections cérébrales dans lesquelles existent des troubles de la parole, il y aura lieu de déterminer les caractères différentiels de ces troubles. L'hésitation dans la parole, chez le paralytique général, n'est pas à bien dire du bégaiement, c'est un arrêt sur une syllabe qui ne sort pas ; le malade ne fait pas effort, comme le bègue, pour la prononcer, il la supprime en passant ; pas de choix, pas d'obstacles créés par une lettre ou une syllabe plutôt que par une autre, au hasard l'articulation reste incomplète, et s'accompagne d'une trémulation visible de la langue et des lèvres. Si vous voulez observer le phénomène dans toute son intensité, faites lire le malade : l'attention qu'il dépensera pour suivre les mots imprimés doublera l'embarras, et si vous prolongez l'expérience, la fatigue le rendra plus grand encore. Il n'en est plus de même si le malade s'anime, et vous verrez se produire pour la lecture ce que vous avez vu pour la conversation, l'articulation des mots redeviendra plus nette.

Les tremblements n'existent pas seulement alors à la langue et aux lèvres, vous les constaterez aux mains, l'écriture les révèle sûrement, le défaut d'agilité des doigts dans les actes qui exigent un peu de précision les trahit. Ils ne sont pas de tous les instants, ils sont intermittents, et tel paralytique général qui n'aura pas pu écrire la première ligne d'une lettre quand vous l'examinerez, vous écrira toute une page quelques heures après ; il vous fera, à la plume, un dessin qui suppose la rectitude du trait et la fixité de la main. Ce n'est pas, à cette heure, de la paralysie vraie, que cette incapacité variable à différents moments de la journée.

Il semblerait, si l'on s'en tenait aux apparences, que le para-

lytique général est d'autant moins malade physiquement qu'il est plus excité. L'excitation dissimule les symptômes, elle ne les fait pas disparaître; le retour d'une accalmie les ramène avec leur intensité première.

Puis la marche devient de plus en plus lourde, le malade vacille, traîne tantôt une jambe, tantôt une autre : si après avoir fait quelques pas, vous lui dites de se retourner vivement, il fait effort pour maintenir son équilibre. Ce n'est pas qu'à cette époque il y ait de fréquents vertiges; ils existent cependant, mais déjà l'intelligence est assez engourdie pour qu'il soit difficile d'obtenir des renseignements à ce sujet. D'une docilité passive, le paralytique général obéira volontiers à tout ce que vous exigerez de lui, excepté si vous lui demandez de vous rendre compte de ce qu'il éprouve. Vous vous trouvez en présence d'une impossibilité, il est impénétrable. Il vous dira qu'il n'a ni étourdissement, ni mal de tête, ni tremblements. Il niera l'embarras de sa parole. Si vous n'êtes pas prévenus, si de l'ensemble des faits observés, vous n'êtes pas déjà sur la trace, les difficultés du diagnostic accrues par l'intermittence de phénomènes physiques, presque tous subjectifs, ne seront pas levées par les renseignements fournis par le malade. C'est à vous à rechercher, par une étude rétrospective, la succession des troubles caractéristiques dont je vous ai tracé l'évolution dans cette première période de la maladie.

II

Je vous ai montré un premier type de la paralysie générale où la marche des accidents est progressive, sans secousses. J'ai éliminé à dessein les complications qui sont tellement communes qu'elles méritent à peine ce nom de complications. J'ai supposé le malade arrivé à la période délirante, j'ai insisté sur les caractères du délire, sur ceux que revêtent les accidents somatiques et les troubles paralytiques. Je vous ai fait voir ce qu'était le dé-

lire, la multiplicité des objets sur lesquels il se pouvait porter, tout en conservant la forme ambitieuse et son excessive mobilité, dont l'importance au point de vue du diagnostic est supérieure à celle de la conception délirante elle-même. Nous avons suivi ensemble la marche des phénomènes paralytiques, si tant est qu'ils méritent ce nom, des phénomènes ataxiques, si vous voulez, qui vont toujours en progressant, dépassant peu à peu les limites dans lesquelles ils étaient renfermés au début : embarras de la parole, hésitation de la marche, tremblements particuliers avec des spasmes intermittents, et plus spécialement les spasmes de la face qui sont d'une constatation facile. Parmi eux, vous trouverez très communément un léger frémissement occupant le plus souvent la lèvre supérieure, peu significatif quand il existe seul, ayant toute la valeur d'un symptôme secondaire lorsqu'il existe, en même temps que ce délire, d'autres phénomènes paralytiques.

Une fois arrivés à ce qu'on peut appeler la seconde période de la maladie, ces individus peuvent rester dans cet état pendant un espace de temps indéterminé ; mais dans la forme progressive sans secousses que j'ai choisie pour type, la durée moyenne de la maladie ne dépasse pas, en général, 4 à 6 mois sous cette forme. J'ai pris à l'aventure quelques exemples, je vous reproduirai le langage même des malades pour vous donner une idée de la manière dont ils délirent. Vous jugerez combien ils associent mal leurs idées, combien est profond le désordre de leur intelligence.

Le sujet de l'une de ces observations est un homme de 40 ans, remarquable par ce fait, que si son délire était d'une mobilité excessive, il avait cependant des éclaircies de raison suffisantes pour tromper des personnes non prévenues et les entraîner dans une série d'idées dont elles ne soupçonnaient pas les exagérations maladives. Cet homme se présente chez le commissaire de police et se plaint d'un vol commis à son préjudice par une fille publique : elle lui a pris sa montre. On fait une enquête, on reconnaît que la plainte n'a aucun fondement ; bien plus, on retrouve

chez lui une reconnaissance du mont-de-piété, indiquant qu'il y avait lui-même déposé sa montre. C'est là un fait qui appartient beaucoup plus souvent qu'on ne le croit au délire paralytique. Ce ne sont pas des gens aussi incohérents qu'on veut bien le dire, ils peuvent inventer de toutes pièces une histoire et la suivre jusqu'à un certain degré. Mais là où se révèle le désordre, la mobilité sur laquelle j'insiste, c'est à la fois dans la persistance à suivre sur une idée démontrée fausse, en changeant les circonstances, l'objet, le lieu aussi souvent qu'on les poussera pour obtenir d'eux des détails ou des renseignements nouveaux : c'est ce qui arriva chez cet homme. Il renouvela sa plainte; formulée une première fois en termes assez corrects pour motiver des recherches, elle devint ensuite absurde, et lorsque le commissaire de police discuta, intervint dans le délire, le malade fut dérouté et divagua davantage. Il raconte qu'il a fait la guerre, qu'il a été blessé : l'instant d'après il dit que ce n'est pas dans un combat qu'il a reçu sa blessure, mais dans une lutte avec les agents de police.

Puis il a vendu des chevaux très cher; il est marchand boucher, marchand de vin cinq minutes après. Il revient à l'idée du vol : ce n'est plus sa montre qui a disparu, ce sont des marchandises, des sommes d'argent. L'instant d'après il a trente mille francs de rente, et il a vendu des peaux de mouton pour trois mille francs. Il me reconnaît pour avoir dîné avec lui, au dessert il a chanté une chanson qu'il me répète. Il est agité, il ôte sa redingote et la remet; il est prêt à partir, il s'éloigne, il revient; l'hésitation de la parole est très prononcée, il y a du spasme des lèvres, surtout marqué à droite, du tremblement des mains, des gestes saccadés.

Un autre est mécanicien. Celui-ci est content de lui-même, il a 43 ans, mais « lorsqu'il est en toilette il n'en paraît pas plus de trente. » Vous avez là un exemple très curieux du délire paralytique qui s'éloigne peu de certaines prétentions vaniteuses assez communes. Que de gens, sans être paralytiques, ont d'eux-mêmes cette opinion avantageuse !

Ce mécanicien vit dans un état de satisfaction générale et pourtant indécise : il a de l'instruction, ayant appris, dit-il, l'arithmétique dans Bezout, il connaît les quatre règles, il a le génie de la mécanique, il fait des pendules d'une manière remarquable.

Si on lui demande des explications, il s'embarrasse, se perd, et laisse là les pendules pour se dire architecte de génie : il va faire construire une tour dans des proportions gigantesques. Il change de sujet, et raconte qu'il est allé voir une construction faite avec des cailloux qu'il n'a pas trouvés bien arrangés, il est allé parler à l'architecte, et lui a conseillé de faire venir des ouvriers avec des brunissoirs pour faire reluire les cailloux ; l'architecte a été enchanté de sa proposition et l'a invité à déjeuner.

Puis, il dit qu'il sait bien dessiner, qu'il est dans la garde nationale à cheval, il estcostumé superbement, il ira voir M. Arago dans ce costume, et cet homme si convaincu perd la tête à la plus légère objection. Vous le ferez sans peine se contredire, et affirmer dans les sens les plus opposés : il prétend que les femmes lui sont indifférentes, et cependant il a fait, en un clin d'œil, la conquête d'une très jolie femme, dont il trace le portrait avec une complaisance naïve.

En voici un autre qui se dit négociant en tapisseries. Notez qu'il est courtier en vins. Il a loué un appartement magnifique, il fait des affaires considérables. Il est lié avec M. P..., le premier diplomate de France. Il va se marier, il faut qu'il sorte pour aller voir la dame : s'il n'y allait pas, il manquerait sa position. Il a 90,000 francs qui vont lui rentrer ; l'article de la parfumerie lui permet de gagner plus de 30,000 francs, etc., etc.

Dans cette seconde phase, le délire s'accuse ; mais, avec leurs idées ambitieuses, ces malades peuvent encore vivre de la vie commune ; ils se laissent à demi gouverner ; ils sont jusqu'à un certain point sociables, et quand chez eux l'entraînement au vol n'est pas trop actif, on les peut conserver dans la famille.

Mais il arrive souvent qu'ils passent d'une idée à l'autre, qu'ils

se livrent à des dépenses considérables, hors de proportion avec leurs ressources, et alors il devient nécessaire de les enfermer ; une fois placés dans une maison de santé, dans un asile, ils peuvent rester longtemps immobiles ; peu à peu, cependant, ils inclinent vers la démence.

Pendant leur réclusion, de deux choses l'une, ou bien ils tombent dans une sorte d'apathie qui tient surtout à l'absence d'excitations extérieures, ou bien, par le fait de l'impossibilité de communiquer avec le dehors, ils deviennent plus violents ; ils ont de l'excitation maniaque, ils sont dangereux, bien plus par leur inconséquence que par un parti pris d'agression. Ils se brisent la tête tout aussi bien qu'ils frappent les gardiens ; ils ne sont pas méchants, ils sont périlleux.

En même temps marchent les autres phénomènes ; la paralysie s'accentue, l'embarras de la parole dégénère en un bégaiement confus, on les entend à peine parler, et, quand ces malades ont conservé les idées ambitieuses, ce qui n'arrive pas toujours, on distingue, au milieu de la confusion de leur langage, les mots de millions, de richesses, de fortune. Ils ont dans leur parole quelque chose d'analogue à la prononciation empâtée d'un homme à la dernière période de l'ivresse. Cette paresse dans l'articulation des mots, jointe à leur aspect répugnant, leur donne une physionomie sans pareille, même dans les asiles d'aliénés.

Dans la première période, l'excitation passagère pouvait masquer l'embarras de la parole, il est maintenant permanent. Plutôt apathiques, indifférents à tout, ils deviennent malpropres. Ils mangent gloutonnement, avec voracité ; prennent dans leur assiette les aliments avec les doigts, et comme leurs mains sont tremblantes, inhabiles, ils se salissent, et n'en ont pas souci. Et cette indifférence est tellement caractéristique, que si vous trouvez de ces malades qui restent propres, il est probable que ce ne sont pas des paralytiques généraux.

Si accusés que soient les tremblements, ces individus conservent encore pendant longtemps leurs forces musculaires, ce qui

les rend parfois dangereux ; ils vous serrent énergiquement les mains, ils peuvent porter de lourds fardeaux, et quand ils obéissent à de soudaines impulsions, ils opposent à toute contrainte de redoutables résistances. Mais la déchéance peut marcher vite lorsque par le fait de leur mode d'alimentation, et de l'immobilité à laquelle ils sont réduits, des troubles surviennent dans leurs fonctions digestives, ils ont des vomissements, de la diarrhée, ils s'affaiblissent, on est obligé de les maintenir assis pendant la plus grande partie de la journée ; ils pâlissent, leurs cheveux blanchissent, tous les sens s'engourdissent, les matières fécales les souillent, ils sont gâteux ; avec la démence confirmée se sont de plus en plus étendus les troubles paralytiques ; la vitalité de la peau est diminuée, aux points de contact se développent des eschares profondes, et ces malades succombent dans un état de cachexie, de marasme, auquel, à bon droit, on a donné le nom de marasme paralytique. Parfois la mort arrive plus prompte et par accident. Comme la déglutition se fait mal, quelque soin qu'on prenne, des aliments peuvent passer dans le larynx et déterminent la suffocation. La station horizontale obligée peut donner lieu à des pneumonies hypostatiques, très souvent aussi des bouffées congestives avec des convulsions épileptiformes viennent rapidement terminer une existence depuis longtemps compromise.

Je ne m'arrêterai pas plus longtemps à ces terminaisons rapides de la maladie. Je veux surtout dégager nettement le type qu'il vous importe de bien connaître, parce que votre intervention médicale sera nécessaire dès le début, parce qu'il faut que vous sachiez quelle est la valeur de ces troubles intellectuels légers d'abord, et qui aboutiront fatalement à la démence de ces troubles physiques qui, sans secousse, vont progressivement s'accroître, de cet ensemble enfin, qui donne à un médecin expérimenté l'éveil, et l'autorise à formuler, du premier coup, un pronostic grave. Je ne crains pas de me répéter, rappelez-vous que parmi les troubles intellectuels, le plus saillant, l'apparition des idées ambitieuses ne constitue pas à elle seule le

délire paralytique, ce délire vaut surtout, au point de vue diagnostique, par sa mobilité.

Parmi les affections cérébrales à évolution lente, il y en a qui peuvent présenter pendant un certain temps tous les caractères de la paralysie générale, il y en a d'autres qui, ayant certains points de ressemblance avec elle, se compliquent d'une foule d'affections intercurrentes qui déjouent toutes les prévisions sur la marche ultérieure de la maladie : il y en a enfin qui n'ont rien de commun avec elle: le diagnostic vrai, qui isole la paralysie générale de toute autre maladie cérébrale, peut se faire en peu de mots; celui qui, dégageant les caractères propres à la maladie, recherche les symptômes, si légers qu'ils soient au début, leur assigne leur réelle valeur, est le diagnostic des gens habiles. Le diagnostic enfin, qui consiste à décrire les affections cérébrales qui peuvent donner quelques caractères nouveaux à la paralysie générale, et lui impriment des modifications dans son cours, est de tous le plus intéressant, mais aussi le plus difficile, parce que le sujet est peu étudié.

Je ne vois guère que deux maladies qui aient avec la paralysie générale assez de points de ressemblance pour qu'on ait cru devoir en établir le diagnostic différentiel : je veux parler de l'ataxie locomotrice et de la paralysie atrophique. Je ne vous décrirai pas ces maladies, je vous signale seulement le fait, parce que je crois qu'un grand nombre des observations de M. Brierre de Boismont et de Duchenne de Boulogne étaient simplement des cas d'ataxie locomotrice ou de paralysie atrophique. Il n'est pas moins curieux de voir que ces maladies ont servi à mettre en lumière ce fait, que, dans la paralysie générale, s'il y a des désordres du mouvement, l'énergie de la contractilité musculaire non seulement n'est pas abolie, mais peut être exagérée. Une autre maladie, et celle-là bien autrement difficile à distinguer, bien plus délicate encore à isoler, et qu'il importe cependant de différencier de la paralysie générale, du premier coup, c'est l'intoxication alcoolique. Bien moins connue qu'elle, elle peut, plus que les autres maladies mentales, donner lieu à des

méprises. Cette forme d'alcoolisme chronique que Magnus Huss, en Suède, a décrite le premier, n'est pas celle que nous observons à Paris. Magnus Huss avait pour sujet d'observation des gens vivant de poisson et de pommes de terre, le plus souvent enfermés à cause du froid excessif, buvant de mauvaise eau-de-vie de grains ou de pommes de terre, mais ne faisant pas de débauche. Ils boivent, le matin, de six à huit ou dix petits verres d'eau-de-vie, autant dans la journée ; ils se nourrissent d'une manière insuffisante, dépensent modérément leurs forces, et sont par conséquent des ivrognes passifs, torpides. Dans nos climats, dans les grandes villes, vous ne rencontrez guère cette forme d'ivrognerie ; il est rare que des individus y ingèrent de l'alcool d'une manière passive et calme. Ceux qui s'alcoolisent, chez nous, sont des ivrognes à débauches intermittentes. Ils boivent beaucoup pendant une période de temps, avec des amis, au hasard de l'occasion. Ils ont besoin d'être entraînés par une excitation extérieure. Sollicités à boire, ils le font moins par habitude acquise que par une sollicitation fortuite. Pendant un certain temps, un homme fera des excès de ce genre, il pourra devenir, ce qui est rare à Paris, un demi-dypsomane. Il boira tantôt du vin, tantôt de l'eau-de-vie : il se détournera de son travail, il aura des querelles dans sa maison. Survient alors un élément nouveau qui va devenir un élément actif d'excitation intellectuelle. Il va quitter son domicile, il va vivre à droite et à gauche, faisant sur la route la rencontre de filles qu'il associe à ses débauches. En même temps qu'il s'alcoolise, des excitations physiques, intellectuelles et morales viennent compliquer l'intoxication alcoolique ; il apporte ainsi à la maladie ultérieure, non plus seulement le fait de l'ingestion de l'alcool dans la veine comme on le ferait au laboratoire expérimentalement sur des animaux, mais encore une dépravation intellectuelle qui est, elle aussi, un antécédent de la paralysie générale. A la suite d'un excès, surviendra un accès de delirium tremens, ce qui est une rareté chez les gens du Nord, chez lesquels l'alcoolisme marche tranquillement, insidieusement, graduellement. Nos

ivrognes des climats tempérés procèdent par accès, et la maladie chez eux se comporte comme l'intoxication saturnine où un certain nombre d'accès de colique de plomb précèdent l'épilepsie saturnine. Ce delirium tremens, d'une durée moyenne de quatre à cinq jours, est caractérisé par une excitation très grande d'une nature assez particulière pour que, si vous interrogez avec soin les malades, vous restiez frappés de ce fait, qu'ils vous feront des réponses courtes, mais justes ; maniaques à l'extrême dans leur agitation désordonnée, ils diffèrent des véritables maniaques par la possibilité de répondre aux questions. Ils gesticulent, ils injurient, ils frappent ; vous vous approchez d'eux, vous leur parlez, ils vous disent leur nom, leur âge, leur profession. Vous allez retrouver l'équivalent de la perversion de l'intelligence dans l'alcoolisme chronique. Vous trouverez des malades violents, furieux, menaçants, dangereux ; ils enfoncent les portes, brisent les vitres, s'attaquent à tout le monde, mais leur délire se renferme dans un cercle d'idées excessivement restreint, ils ont un thème toujours le même sur lequel ils brodent des variations. Tantôt c'est une condamnation judiciaire : ils entendent les gendarmes, ils les voient entrer dans la maison, il y a des gens armés qui descendent par la cheminée et envahissent la chambre, ce sont toujours des terreurs, toujours un danger immédiatement menaçant. Des agents envoyés par la justice sont là, ils vont être arrêtés par eux, et l'excitation est telle qu'ils ouvrent la fenêtre pour se précipiter et échapper à leurs imaginaires persécuteurs. Au milieu de ces désordres, les alcoolisés sont d'une mobilité extrême, ils ont un incessant besoin d'aller, de venir, ils font leurs paquets, empilent leurs affaires, et recommencent cent fois des préparatifs de départ qui restent inachevés.

C'est là de l'excitation maniaque avec prédominance d'idées de terreur, de craintes urgentes, imminentes, actuelles et non futures, avec des rémissions cependant. Tel est l'aspect habituel du delirium tremens ; supposez un degré de plus dans l'intensité de cette excitation maniaque, et vous verrez survenir de

grandes complications cérébrales, de l'inflammation des méninges et la mort.

L'individu pourra subir un certain nombre d'accès de ce genre ; ces accès n'iront pas en augmentant à mesure qu'ils se répéteront, ils resteront identiques à eux-mêmes, le dernier ressemblera au premier, et l'état chronique s'installera sans qu'on ait eu à signaler une forme différente dans un état aigu qui, répondant à une intoxication, ne varie que dans son intensité.

Le tremblement des alcoolisants est universel. Vous le constaterez dans les muscles de la langue aussi bien qu'aux extrémités. Mettez la main sur l'épaule d'un paralytique général, il ne tremble pas. Prenez son bras, il ne tremble pas non plus ; son avant-bras et ses mains, ses jambes et ses pieds, tremblent, mais à la différence de l'alcoolisant, ce ne sont pas des tremblements généralisés, qui vous donnent, lorsque vous touchez l'alcoolisant, la sensation d'un frémissement quelle que soit la région du corps explorée ; la voix elle-même est tremblante, si bien qu'on pourrait appeler cette affection, « la maladie tremblante universelle. »

Lorsque l'intelligence s'affaiblit après plusieurs accès de delirium tremens, lorsque survient de l'hésitation convulsive de la parole, des spasmes, de l'incertitude dans la marche, le diagnostic différentiel avec la paralysie générale est des plus délicats à faire. Si vous vous contentez de prendre la paralysie générale et les distinctions vagues que vous trouvez dans la plupart des livres, vous n'arriverez à rien. Appliquez, au contraire, comme une pierre de touche, chacun des détails propres à la maladie, les difficultés deviendront moindres. Je vous ai parlé de l'instabilité du délire des paralytiques généraux, vous ne la retrouverez pas chez les alcoolisants. Supposez-les excités jusqu'aux idées ambitieuses, ils changeront difficilement d'idées ; ce sont des gens qui gardent plus d'intelligence que les paralytiques, et qui sont tenaces dans leurs conceptions délirantes. Vous pouvez tenir leur esprit captif beaucoup plus longtemps que vous ne le ferez chez le paralytique, et vous observerez enfin chez eux un

certain nombre de phénomènes qui manquent dans la paralysie générale, et dont il faut que je vous entretienne.

Les paralytiques généraux ne sont pas, sauf les plus rares exceptions, des gens hallucinés quelle que soit la nature de leur délire. Vous n'entendrez pas dire qu'ils voient des choses imaginaires, ils font des interprétations imaginaires. Mettez-leur des cailloux dans les mains, ils vous diront que c'est de l'or, des diamants; ils transporteront sur l'objet qu'on leur présente leurs préoccupations, mais ce ne sera pas une hallucination.

Les alcoolisants sont des gens à hallucinations fixes; non pas ceux de Magnus Huss qui n'en ont pas, mais les nôtres qui ont commencé par la forme aiguë. Ce sont en général des hallucinations visuelles, vous ne trouverez presque jamais d'hallucinations de la vue chez les paralytiques généraux, et si, par hasard, elles apparaissent, vous pouvez à coup sûr affirmer qu'elles sont survenues par suite d'une complication. Chez les alcoolisants, l'hallucination visuelle se traduit toujours par la perception de mouches volantes, de points noirs, d'objets de petit volume qu'ils sont incessamment occupés à chasser ou à chercher à saisir, et qui échappent sans cesse à leurs mains tremblantes. Rien n'est plus saisissant, plus caractéristique, que leur attitude, leurs efforts, les mouvements brusques auxquels ils se livrent pour essayer de saisir ces corps qui s'agitent et fuient devant eux. Jamais, au moment même de leur plus grande excitation, les paralytiques généraux ne sont absorbés par une pareille recherche. Hier, on m'amenait un homme arrêté sur le Pont-Neuf. Il s'était endormi sur un banc de l'un des refuges. Ce qu'il était venu faire là, il ne le sait pas. Il est cuisinier, je l'interroge, il me parle de son mariage. Il a du tremblement, un peu d'hésitation de la parole; dans mon esprit se pose la question de savoir si c'est un cas d'alcoolisme chronique ou de paralysie générale. Je m'aperçois que son chapeau était aplati comme si on l'avait passé au laminoir; je lui demande pourquoi, il me répond qu'il avait passé sa journée à chasser des mouches imaginaires avec

son chapeau : il frappait avec, sur lui-même, sur le mur. Ce petit fait suffit pour me faire incliner vers l'alcoolisme chronique qui plus tard a été démontré pour moi par la suite de l'histoire de ce malade. Voici un autre fait, dans lequel les points de contact entre l'alcoolisme et la paralysie générale sont assez nombreux pour que le diagnostic soit difficile. Un garçon de restaurant est pris d'un malaise à la suite d'une contrariété. Il avait eu autrefois des accès de delirium tremens. Avec un début aigu, brusque, il présente du tremblement dans les bras et dans les jambes. Il continue son service à la *Maison dorée* où il est employé, il fait des erreurs, des oublis; des consommateurs se plaignent. Avant même que sa femme s'en fût aperçue, des étrangers ont constaté le désordre. On le renvoie. Son caractère était orgueilleux, vif, mais non violent. A partir de ce moment, il éprouve des étourdissements assez fréquents, il tombe plusieurs fois. Au bout de deux mois, hésitation de la parole, tremblement des mains, grincements de dents qui durent pendant une heure et davantage. Tous ces accidents, vous les trouvez dans la paralysie générale, mais à une période beaucoup plus avancée ; les grincements de dents surtout appartiennent à la période ultime, ils durent des jours et des nuits, et c'est un vrai supplice que d'être condamné à les entendre. Cet homme a de plus des douleurs dans les membres. Il n'a jamais eu de délire ambitieux. Six mois après, sa mémoire s'affaiblit, son caractère devient irritable ; il veut toujours s'en aller et s'emporte, si on essaie de le retenir ; il fait des paquets. Il continue à boire sans arriver au delirium tremens. Comme presque tous les alcoolisants, à côté de ses emportements il montre une docilité singulière que vous ne trouvez pas chez les paralytiques ; il se laisse mener comme un enfant. Il dort peu, pendant le jour il a des visions ; la nuit elles sont plus actives et se compliquent d'hallucinations de l'ouïe ; il entend et il voit des assassins. Il en a peur, il se lève, ouvre sa porte, regarde dans l'escalier, rentre chez lui, se met à sa fenêtre, et cherche s'il ne les aperçoit pas dans la rue. Un moment il se calme, puis, sollicité de

nouveau par les visions et par les voix, il recommence ses recherches. Ceci n'appartient pas à la paralysie générale, ni à aucune autre espèce d'aliénation mentale, dans lesquelles les gens qui voient des assassins ne bougent pas ; seuls, les alcoolisants veulent s'assurer de la présence de leurs imaginaires ennemis.

Ce garçon supportait mal le vin, c'était une tête faible. Aux excès alcooliques s'étaient ajoutés des excès vénériens, puis il était devenu impuissant, avec une exagération de l'appétit, il n'avait pas pourtant la voracité du paralytique, il avait conservé dans sa tenue une propreté tout à fait contraire aux habitudes des paralytiques. Chez lui, l'affaiblissement intellectuel n'avait pas été graduel, il avait été subit ; et les renseignements fournis par sa femme ne laissaient aucun doute sur ce point. C'était à coup sûr un alcoolique chronique, et la marche de la maladie, non moins que l'étude sévère des symptômes, donnaient au diagnostic, si difficile qu'il pût être à établir, une certitude absolue.

S'il est difficile de distinguer la paralysie générale de l'alcoolisme lorsque ces deux maladies sont à l'état de simplicité, la tâche devient bien plus délicate encore lorsqu'elles se compliquent l'une et l'autre. Les paralytiques généraux agités se mettent souvent à boire. L'excitation alcoolique apporte un élément nouveau, cause des plus grands embarras ; il est parfois presque impossible de démêler au premier examen ce qui appartient à la paralysie générale, ce qui appartient à l'alcoolisme. Là, encore, recherchez les phénomènes de début, et vous trouverez que les débauches sont de date récente, qu'elles sont en dehors des habitudes passées, qu'elles répondent à la mobilité observée déjà dans d'autres circonstances de la vie du malade, vous verrez encore qu'elles sont liées à une prodigalité qui n'est que l'un des modes de manifestation du délire vaniteux.

Je dois vous dire un mot encore sur les accidents cérébraux à forme aiguë auxquels les alcoolisants sont si sujets. En quelques jours, en quelques heures, ils peuvent être emportés par

des apoplexies, des méningites; il en est de même des paralytiques généraux. Le diagnostic, à ces périodes ultimes, peut encore être fixé, moins par ce qui se passe sous vos yeux, que par l'étude des commémoratifs. En vous reportant à ces données précises sur lesquelles j'ai souvent insisté à dessein, vous pourrez encore, quelles que soient les ressemblances, différencier deux maladies dont le début et l'évolution ont des caractères propres à chacune d'elles, et dont le délire, cet élément sur l'importance duquel je suis revenu tant de fois, vous permettra de déterminer la nature.

III

Il est entré dans nos salles un malade, type remarquable des troubles que je vous décrivais dans ma dernière leçon. C'est un mécanicien; « il a eu des chagrins, dit-il; il avait fait une serrure très ingénieuse, pour laquelle son patron devait le récompenser largement, il lui avait promis une maison. Ces promesses n'ont pas été tenues, son patron l'a exploité. » Il raconte avec une certaine vivacité, il ne délire pas. A la suite de ces contrariétés, il s'est senti mal à son aise, il s'est mis à boire, il a fait des excès considérables. Il est arrivé à l'hôpital avec un tremblement universel, il n'a pas d'hésitation de la parole, pas de frémissements musculaires du côté de la face. Sa loquacité est extrême, il est très irritable; il a des hallucinations incomplètes de la vue. Il nous a raconté aujourd'hui que pendant la nuit il avait cru voir des gens se promener dans la rue, que ce devaient être des malades de la salle; que les rideaux de son lit lui semblaient être des colonnes soutenant un temple. Cela me paraît être de l'alcoolisme subaigu.

Mais une difficulté surgit : quels sont les antécédents de cet homme? La maladie dont il est atteint, est-elle simplement le résultat des excès alcooliques? ou bien cet homme a-t-il bu, parce qu'il était déjà malade? L'élément alcoolique est incon-

testable, il est plus facile de le reconnaître que de déterminer la part qu'il convient de lui faire. Si cet homme n'avait pas, avant de boire avec excès, des troubles intellectuels qui l'ont entraîné, il n'est rien de plus qu'un alcoolisant vulgaire. S'il avait, dépendant d'une paralysie générale en évolution, des troubles intellectuels qui l'ont sollicité à boire, c'est un paralytique général alcoolisé. C'est là une question presque insoluble à l'hôpital, plus facile à résoudre pour les malades que vous verrez au milieu de la famille et sur les antécédents desquels vous pourrez être renseignés.

Je vous ai indiqué dans ma leçon précédente l'état comparé de la paralysie générale type et de l'alcoolisme, j'entre aujourd'hui dans un autre ordre de considérations.

Il existe un certain nombre d'affections, qui ont avec la paralysie générale des analogies assez étroites pour qu'il soit difficile de les distinguer. L'étude clinique à l'hôpital est peu faite, le plus souvent, pour éclaircir ces questions délicates. La paralysie générale est une maladie de *longue haleine*, elle dure plusieurs années, elle présente, dans son cours, des phases, des aspects divers. Lorsqu'une maladie doit durer longtemps, les médecins, en général, ne s'astreignent pas à l'observer. A l'hôpital moins qu'ailleurs, vous ne trouverez d'observations suivies de maladies prolongées. Quand on a, pendant quelques semaines, relevé tout ce qui semblait utile à connaître, l'attention devient distraite, et s'il est survenu une amélioration même légère, on ne résiste pas à une demande de sortie du malade, on lui conseillera même, volontiers, de passer quelques jours à la campagne, en convalescence. Les médecins substituent ainsi, par leur fait, des observations écourtées à des observations suffisamment prolongées. Il n'est pas de maladies peut-être, pour lesquelles les faits se passent, à l'hôpital, plus souvent ainsi que pour la paralysie générale, parce qu'on se contente de déterminer un certain nombre de symptômes pathognomoniques à l'aide desquels on croit qu'il sera toujours possible de reconnaître la maladie. Mais si, avec ces données incomplètes, vous

voulez un jour aborder le diagnostic différentiel de maladies qui, à un moment donné, peuvent présenter quelques-uns des symptômes de la paralysie générale, je vous mets au défi de vous y reconnaître. Car il survient, dans la vie des paralytiques, des incidents qui changent la physionomie de la maladie, et si vous procédez comme on le fait d'ordinaire, vous serez conduits à confondre la paralysie générale avec une infinité d'autres maladies. Aussi, le mot de diagnostic différentiel m'inspire une véritable répulsion; il consacre un procédé faux qui mène à l'étude comparative de signes réputés valoir la totalité de la maladie. Si vous voulez arriver à un diagnostic sévère, il faut suivre la maladie depuis le commencement jusqu'à la fin. Vous n'avez pas le droit de vous contenter de dire : il y a du tremblement, de l'hésitation de la parole, des frémissements musculaires, de l'indécision dans les mouvements ; vous devez prendre l'observation, je ne dis pas l'écrire; mais il faut remonter aux antécédents, et vous montrer moins soucieux de porter un jugement rapide, que de porter un jugement sûr; seul, le temps vous permettra de le formuler.

En fait d'affections cérébrales, sachez qu'il y en a un certain nombre qui, dans les phases successives de leur évolution, peuvent ressembler à la paralysie générale.

Je les appellerai volontiers maladies cérébrales extrinsèques. Il en est du cerveau comme de tout autre organe. Vous verrez des malades être pris d'une hématémèse, laquelle n'indiquera pas autre chose qu'un malaise de l'estomac ; l'hématémèse terminée, ces malades reprendront toute l'activité de leur fonction digestive, ils seront revenus à la santé. Vous verrez aussi des individus surpris par un accident pathologique qui aura sur leur cerveau des conséquences du même ordre, tout en se passant, pour ainsi dire, en dehors du cerveau. Supposez une hémorrhagie cérébrale considérable ; elle sera suivie de désordres dans le cerveau qui amèneront des troubles secondaires, mais la raison première de ces désordres n'est pas tirée d'une maladie de l'individu, elle est venue d'une rupture vasculaire laquelle a amené

l'hémorrhagie. Dans ces conditions, les conséquences de l'accident sont proportionnelles à l'accident lui-même, à une hémorrhagie interne correspondront des désordres graves, à une hémorrhagie légère succèderont des conséquences médiocres, des troubles de courte durée. La réparation se fait plus ou moins complète ; l'individu peut rester atteint d'une infirmité, mais cette infirmité ne s'aggravera qu'à la condition d'une nouvelle rupture vasculaire.

Il n'y a pas là deux maladies : l'une qui serait la première secousse, l'autre qui serait une secousse consécutive.

Il n'y a qu'une seule affection, accomplissant son évolution en totalité, et laissant ensuite le cerveau dans un état de repos qui peut être durable. Dans un certain nombre de ramollissements vous voyez les choses marcher de même ; vous voyez survenir de la roideur, des paralysies partielles; ces phénomènes suivent leur évolution et sont même capables d'entraîner la mort; mais là, encore une fois, ils sont les effets ordinaires d'une cause que vous connaissez.

Un individu reçoit à la tête une blessure. Il a une méningite consécutive, ou des accidents cérébraux d'un autre ordre, et plus ou moins graves. Il va guérir ou ne pas guérir, mais les accidents aigus ou chroniques sont sans analogie avec la paralysie générale, lors même qu'ils sont énormes. D'ordinaire, en effet, ils se limitent, et, fait capital, ils évoluent dans la sphère où ils se sont passés, ils ne vont pas au delà.

Cependant, à côté de ces lésions bien nettes, vous observerez des complications qui tiennent à des prédispositions individuelles. Un homme reçoit une blessure, fait une chute; l'accident n'a pas semblé grave, la maladie qui le suit peut être formidable. C'est que la maladie de cet homme ne se mesure pas à la gravité de l'accident, elle n'est pas simplement la conséquence de la blessure ou de la chute, il y avait un dessous pathologique que vous ne connaissiez pas et qui va se révéler par une série de troubles ; ce ne seront plus des effets directs, ce seront des phénomènes nouveaux survenus à l'occasion de ce traumatisme. Vous pouvez

affirmer que celui qui l'a subi, et qui se comporte devant lui de cette manière insolite, n'avait pas un cerveau normal; qu'il avait cette prédisposition particulière, élément capital dans cette étude, en vertu de laquelle les accidents cérébraux ont pris chez lui des proportions énormes. Un individu appartient à une famille d'une santé régulière, normale, il reçoit une blessure, un coup, il lui arrive un accident quelconque, une apoplexie, il est dans des conditions ordinaires, communes. Un autre, atteint de la même façon, appartient à une famille dans laquelle il y a une tare cérébrale; il y a des familles à prédispositions morbides cérébrales et chaque membre issu de ces familles présente par le fait de sa constitution encéphalique telle ou telle autre prédisposition ultérieure au développement d'une affection cérébrale; cet individu, ce blessé va subir l'influence du traumatisme d'une manière excessive; ce sera l'étincelle tombée sur une plaque d'amadou qui provoque la combustion générale. A une lésion localisée pour le premier cas, correspond pour le second une affection universelle, absolue, qui va croissant, et prendra les caractères de la paralysie générale. Je ne saurais trop appeler votre attention sur cette influence héréditaire. Elle est de la plus haute importance, pour deux raisons : d'abord, elle crée la prédisposition aux complications cérébrales; en second lieu, passez-moi cette expression, elle brouille les cartes : les maladies, chez cet individu qui est déjà une anomalie, ne procèdent pas comme chez ceux qui appartiennent à un type normal. Défiez-vous toujours de ces familles à prédisposition encéphalique; je sors à peine de la sphère médicale en vous mettant en garde contre elles. N'entrez jamais dans ces familles ; rien ne s'y passe d'une manière correcte; la prédisposition s'y manifeste sous les formes les plus bizarres, les plus imprévues. Les membres de ces familles prédestinés aux affections cérébrales sont atteints dans des proportions tellement effrayantes, que vous les voyez rapidement disparaître, soit que la mort les frappe prématurément, soit qu'ils tombent dans la démence; décimées dans une mesure de beaucoup supérieure à celle qu'on pourrait croire, ces famil-

les s'éteignent fatalement dans une courte période de temps.

Il est nécessaire, dans une étude de ce genre, de procéder anecdotiquement; si l'on voulait ne s'en tenir qu'au dogmatisme, on risquerait de tout confondre.

Prenons donc un exemple : Je suis appelé chez un jeune homme en proie à une affection cérébrale des plus graves. Complètement paralysé, tous les sens abolis, il était mourant. Il avait été pris huit jours auparavant d'accidents cérébraux terribles.

L'un de ses frères était idiot; un autre était mort très jeune, de convulsions; un troisième était commerçant; ce dernier était un homme bizarre, fantasque, presque impossible à vivre : d'une mobilité extrême, il faisait des voyages soudains et parfaitement inutiles.

Sans sa femme, il eût été absolument incapable de faire des affaires, même les plus ordinaires. Sa mère, qui paraissait avoir toute sa raison au moment de la maladie de son fils, est maintenant dans un asile d'aliénés : une sœur de cette mère est morte dans une maison de santé, une autre avait d'interminables procès, elle était bien connue au Palais, où elle venait sans cesse solliciter les avocats. Une autre sœur a eu un délire singulier, que je dois vous signaler, vous en rencontrerez des exemples dans votre pratique, car ce sont des gens que l'on n'enferme pas, le plus souvent, si incommodes qu'ils soient. Elle avait des scrupules de propreté poussés si loin, qu'elle n'eût pas touché le bouton d'une porte sans l'avoir préalablement essuyé avec un linge : elle se lavait perpétuellement les mains, époussetait tous les sièges, et, à côté de ces précautions, elle était, par une contradiction qui n'est pas rare, d'une excessive malpropreté sous certains rapports. De plus, il y avait des frères dans cette famille. L'un, qui était militaire, avait des hallucinations la nuit : il s'armait de son sabre et courait la maison à la recherche de voleurs imaginaires. L'une des sœurs, mariée, avait perdu une de ses filles d'accidents cérébraux aigus, comme ceux que présentait le jeune homme dont je vous ai parlé.

Une autre sœur avait épousé son cousin germain; ils avaient

eu deux enfants qui n'avaient pas de sexe défini et présentaient un hermaphrodisme douteux; de ces deux enfants, l'un avait vécu, l'autre était mort. Vous pouvez suivre dans cette famille une prédisposition aux affections cérébrales, dont on peut dire ce qu'on dit de la lésion cérébrale de la péri-encéphalite, elle était diffuse comme elle.

En dehors de cette prédisposition qui peut être moins marquée que je ne vous l'ai montrée, mais qui peut aussi être énorme, vous constaterez chez certains individus des dispositions particulières, ce qui n'est pas la même chose.

Par suite des habitudes de leur esprit, les occasions d'excitation cérébrale deviennent fréquentes; ils ont éprouvé de grands malheurs, de grandes douleurs, de grandes pertes. Lorsque vous verrez un de ces individus, à la suite de commotions morales violentes, devenir tout autre, dans l'exercice des fonctions intellectuelles, qu'il n'était auparavant, s'il se greffe sur cette perversion une affection cérébrale, elle va se comporter comme l'étincelle qui enflamme une traînée de poudre, elle va envahir la presque totalité du cerveau. Voici un exemple où cette influence morale est bien vraie, bien nette. Un homme est arrêté sous une inculpation quelconque, qui se justifie ou ne se justifie pas. C'est un négociant qu'on accuse avoir vendu avec de faux poids; on suppose qu'il a frauduleusement livré des marchandises dont le poids vérifié ne correspondait pas à celui porté sur la facture. C'est peut-être son employé, son charretier qui a commis la fraude. Peu importe, il est arrêté : de négociant considéré qu'il était, jouissant d'une réputation excellente, il devient un homme mis socialement en suspicion. Il est en prison. Au grand étonnement de tous ceux qui le connaissent, il tolère merveilleusement cette secousse, chacun trouve son indifférence étrange.

A partir de ce moment, ce n'est plus le même homme; à la moindre maladie qu'il va prendre, il est perdu, parce que cette maladie au lieu de rester localisée va devenir générale. Suppo-

sez qu'il se refroidisse, il prend une pneumonie qui n'aurait pas

donné de délire à un autre individu, il aura, lui, des accidents cérébraux graves, son délire rappellera celui des alcoolisants. C'est que la commotion, la secousse, supportée d'une manière indifférente, en apparence, l'a transformé en homme cérébral, bien qu'il n'eût rien de ce côté ni par lui-même, ni par ses ascendants.

Vous assisterez à cette évolution, elle se passera sous vos yeux. En voici un exemple encore. Un homme, un marchand de vins, non alcoolisé, jouissant dans son monde d'une excellente réputation, est amené à la prison de Mazas sous la prévention d'assassinat. Le voilà seul, dans une cellule, l'inquiétude le gagne, il s'attriste ; cependant après quelques jours, la prévention n'étant pas justifiée, on le remet en liberté. Il reste chez lui, reprend ses habitudes, mais il reste triste, ce qui ne surprend personne. Puis une nouvelle enquête judiciaire fait supposer qu'il peut être complice de l'assassinat, et de nouveau il est interné à Mazas. Cette seconde secousse dépasse ses forces, il n'a plus de résistance ; il prend une bronchite qui se complique immédiatement d'accidents cérébraux à marche rapide: on se demande si c'est un aliéné, ou s'il a une affection cérébrale aiguë. On ne peut le garder dans la prison, on le conduit à l'asile des aliénés, et quatre ou cinq jours après son arrivée, il présente tous les signes d'une méningite diffuse, il meurt. Cet homme est devenu un cérébral par le fait de la secousse morale qu'il a subie. J'ai choisi à dessein des faits saisissants ; mais il y en a bien d'autres de moindre importance qui ont, à la longue, des conséquences tout aussi graves : aux premiers correspondent les accidents cérébraux aigus, à marche rapide, aux seconds les lésions diffuses qui s'étendent lentement et pour ainsi dire à loisir. Un individu sans prédispositions cérébrales reçoit une blessure, supposons-la légère, il guérit ; un autre individu, et celui-ci prédisposé, reçoit la même blessure, en apparence, elle se comportera comme chez le premier ; en réalité, il ne guérira pas. Il va lui rester, par le fait de cette blessure, un levain, une prédisposition qui, au bout d'un temps plus ou moins long, se tra-

duira par des troubles cérébraux significatifs. Vous allez saisir sans peine l'énorme différence qu'il y a entre la paralysie générale et les affections qui lui ressemblent et qu'on confond avec elle dans les livres. Un maçon tombe d'un échafaudage, on le relève, il est dans le coma, puis il a le délire pendant plusieurs jours, on craint une méningite. Il a peut-être un peu de frémissements musculaires, de l'insensibilité, et tout passe, tout rentre dans l'ordre, la chose est finie pour lui, plus jamais vous n'en entendrez parler. Un autre, moins bien organisé cérébralement, fait la même chute, il a les mêmes accidents, il guérit de la même façon; il est aussi bien que possible, le médecin qui l'a reçu dans son service d'hôpital le renvoie. Sous le coup d'un optimisme bien excusable cet homme rentre dans sa famille. Là, on s'aperçoit qu'il n'est plus le même. Son caractère a changé, il n'aime plus à sortir le soir après son dîner, comme il en avait l'habitude; ou, tout au contraire, il recherche les distractions bruyantes, il fuit son domicile, et quand il y revient, il est acariâtre, querelleur, il ne trouve rien de bien, et sa mauvaise humeur atteint sa femme, ses enfants qui ne le reconnaissent plus, tant il est devenu différent de lui-même. Cela dure six à sept mois, et tout à coup, survient un vertige singulier, bizarre. Alors commence une affection cérébrale qui a été composée de deux secousses : une première qui était la disposition cérébrale de l'individu, une seconde qui a été l'accident. Je tiens à ce que vous distinguiez bien ces deux éléments. Il y a des affections cérébrales dans lesquelles la totalité du cerveau n'est pas envahie, et ceux qui les portent n'en sont pas moins des malades encéphaliques, tout aussi bien qu'il y a des gens qui souffrent de malaises de l'estomac sans être pour cela des dyspeptiques, des gastralgiques. Il y a d'autres affections cérébrales, où à l'occasion d'une secousse quelconque, entrent en jeu tous les éléments qui, au lieu d'une maladie habituellement localisée, produiront une maladie à extension progressive, s'étendant et procédant à la manière de la paralysie générale.

Chez ces individus prédisposés par le fait de l'hérédité, enfants de parents bizarres, singuliers, dans la famille desquels il y a eu un certain nombre d'aliénés, ou des accidents cérébraux, toute perturbation cérébrale, intellectuelle, morale ou physique, que ce soit un violent chagrin, une déception profonde, une chute, une contusion, ne va plus donner lieu seulement à une modification sur place. La maladie cérébrale consécutive va trouver un terrain tout prêt, elle va se développer, s'étendre, se répandre partout; à marche aiguë, rapide, chez les malades indemnes de prédispositions héréditaires, évoluant dans un espace de temps relativement court, l'affection cérébrale chez les malades prédisposés marche plus lentement, au contraire, et parcourt les phases de son évolution dans une série de mois, quelquefois d'années. Je ne parle ici que de l'adulte, ce que je viens de vous dire ne s'applique pas à l'enfant. Chez lui, toutes les fois que survient un accident cérébral, si petit qu'il paraisse, lorsque la prédisposition cérébrale existe, attendez-vous à une méningite aiguë, elle ne tardera pas à éclater et elle se terminera rapidement par la mort. Les méningites, les accidents cérébraux, à forme de ramollissement aigu, sont des affections assez communes dans les maisons de jeunes détenus. Il y a dans ces maisons une foule de mauvais sujets, débauchés et pervers, qui bien souvent ne sont que des individus à prédispositions cérébrales héréditaires. Indisciplinés, destructeurs, irréguliers dans leurs actes, sans cesse punis, jamais domptés, ils prennent un jour un accident cérébral, la méningite suit, ils succombent. Chez les individus plus avancés en âge, presque d'emblée la maladie prend un caractère de chronicité qui, hors le début, présente avec les allures de la paralysie générale la plus grande analogie, à tel point même qu'il est difficile de l'en distinguer.

Ces débuts peuvent être variables, et je dois insister sur les diverses formes sous lesquelles ils s'annoncent. Un homme, avec toutes les apparences de la santé, a subitement, sans avertissement, une attaque d'apoplexie. Il cause avec un tiers, il tombe à ses pieds. On le relève, on l'assied; après une minute

ou deux, et ces minutes sont déjà un temps long dans les affections de ce genre, il regarde autour de lui, étonné: il est légèrement paralysé du côté gauche, il est même, si vous voulez, complètement paralysé de la jambe et du bras d'un côté du corps, il ne peut parler. Le lendemain, il peut aller mieux: si l'amélioration persiste, vous allez assister à une rémission pendant toute la durée de laquelle la maladie reste stationnaire, jusqu'au moment où vont survenir des accidents à forme subaiguë ou inflammatoire qui décideront de la vie de cet apoplectique. Ou bien encore, après l'attaque il restera dans le coma et succombera rapidement. Mais les choses peuvent ne pas suivre cette marche; l'homme, subitement atteint, perd connaissance, s'endort d'un sommeil lourd pendant plusieurs heures, puis il se réveille, et se retrouve à peu de chose près ce qu'il était auparavant. Il lui est resté seulement un peu d'hésitation de la parole, un peu de déviation de la face, et si cette déviation existe, vous vous dites qu'il n'est pas étonnant que sa parole ne soit plus nette. Vous faites fausse route, car ce n'est pas la déviation de la langue qui contribue à l'hésitation de la parole; il y a autre chose, un phénomène d'un autre genre.

Cet état de paralysie peut aller en diminuant, à peine reste-t-il un peu d'hémiplégie; la prononciation est plus franche, mais l'intelligence ne revient pas. A partir de cette secousse qui a duré quelques minutes, pendant la période aiguë, qui en quarante-huit heures s'est dissipée, qui n'a donné aucun souci pour la vie du malade, moralement, intellectuellement, la déchéance est acquise.

L'abaissement intellectuel est considérable. Autrefois, c'était un homme remarquable, vif d'esprit, avec lequel la conversation ne languissait pas, et qui avait toutes les habitudes du monde, toutes les finesses de la causerie légère; maintenant, il ne s'intéresse plus à rien; s'il veut se livrer à l'acte intellectuel le plus simple, il n'en a plus la force; il est au-dessous de lui-même. Cependant cet état, qui a causé de vives inquiétudes, semble s'équilibrer; est-on devenu plus indulgent, ou bien a-t-on pris

moins haut son terme de comparaison? L'un et l'autre peut-être, et l'on se rassure; et un jour, on vous demandera ce qu'a eu le malade. Or, vous qui ne devez pas vous contenter de ces apparences, regardez de plus près. Vous avez affaire à un malade qui a de l'hésitation dans les mouvements des membres inférieurs, plus marquée d'un côté que de l'autre; la marche est indécise, il a comme des tiraillements dans une jambe; à la face, des mouvements spasmodiques, de la déviation de la langue, une légère hésitation de la parole, un affaiblissement considérable de l'intelligence. Il a emprunté aux hémiplégiques cette béatitude du sourire qui révèle chez eux l'affaiblissement intellectuel, et vous vous demandez quelle différence il y a entre cet état et la paralysie générale?

La différence, elle est capitale. — Ici, la maladie a commencé par une secousse, par une apoplexie qui n'est pas de l'apoplexie vraie, mais qui a donné lieu à des accidents ultérieurs, parce que le malade avait une prédisposition cérébrale. Il est resté dans un état d'affaiblissement intellectuel, sans avoir passé par les phases que je vous ai décrites, et vous êtes obligé de reconnaître, en constatant ces allures si différentes, que vous êtes en présence d'une maladie, au plein de son évolution, qui, ayant débuté sous la forme apoplectique, n'est pas tenue de reproduire des accidents de la même forme, comme cela se passe chez un vieillard qui, ayant eu une première hémorrhagie cérébrale, en aura une seconde, une troisième, avec les mêmes phénomènes à chaque atteinte nouvelle. Les troubles intellectuels procèdent d'une manière toute particulière. Le malade, comme perdu dans sa maison, se promène au hasard, il prend de l'excitation cérébrale, il crie, il chante, et de plus en plus il s'abaisse. Vous assistez à cette dégradation progressive, chaque secousse en accélère la marche, et vous voyez la maladie se terminer ou par la démence comme la paralysie générale, ou bien par un accident subit qui sera soit un état comateux, soit une attaque épileptiforme.

Je n'invente pas une espèce, ce sont là des cas fréquents, de

ceux qu'on a constamment sous les yeux, sous la main. La difficulté, peut-être, est grande de les reconnaître, à cause de leur variété même. Encore une fois, ce n'est que par une patiente étude que vous y arriverez. A côté de ces individus vous en trouverez d'autres qui, frappés de même, présentant le même état apoplectique, la même hémiplégie incomplète, se répareront mieux. L'intelligence sera moins atteinte, seulement il restera des singularités du caractère. L'homme ne sera plus, il ne redeviendra jamais, ce qu'il était jadis. Il a pris aux gens cérébraux leur irritabilité d'humeur, la moindre chose le rend mécontent; il a conscience des difficultés qu'il soulève à tout propos, il dit de lui : « Je ne suis pas maître de moi, je me mets en colère malgré moi; à table, je n'ai pas faim, et si l'on tarde à me servir, je brise mon assiette, je ne puis m'en empêcher. » Et cet homme si irritable s'engourdit, s'endort; tout effort le fatigue, il ne veut plus sortir, tout mouvement provoque une lassitude extrême. Là encore, vous avez affaire à une affection cérébrale qui a débuté par une secousse apoplectiforme, et qui va lentement marcher vers la démence, se terminer soit par des accidents apoplectiques, soit par des accidents épileptiformes, ressemblant à la paralysie générale, sans se confondre cependant avec elle.

Dans d'autres cas, la secousse initiale n'a pas les mêmes caractères. Elle surprend l'individu dans la plénitude apparente de sa santé, elle est précédée par une modification qui a une valeur considérable, et souvent un des éléments les plus sûrs du diagnostic, un homme jusque-là intelligent, actif, facile à vivre, change d'humeur, il n'a plus les mêmes aptitudes, le même entrain. Il est à table, il dîne, il est pris d'un malaise, il est inquiet, il regarde vaguement autour de lui, il pâlit, il ne sait pas ce qu'il a ; il attribue ce malaise à l'aliment qu'il vient de prendre et, autour de lui, on accepte cette explication. Mais il a un côté engourdi, une main qui ne remue pas, il se frappe le côté, se frotte la main inerte avec celle qui est restée libre ; il se rend compte, et se lève; il n'a eu qu'un moment rapide d'obnubila-

tion, et cependant il est hémiplégique incomplet. Cinq ou six jours se passent, les mouvements se rétablissent, il redevient exactement ce qu'il était avant cette secousse en apparence légère. Si petite qu'elle ait été, elle reste formidable quant à ses conséquences, si cet homme a une prédisposition cérébrale, c'est un homme perdu. Voici un exemple qui vous permettra de suivre la marche des accidents de ce genre.

Un homme, jeune encore, est marié à une femme atteinte d'une affection utérine qui suspend les rapports conjugaux. A côté de cette femme, à son service, est une femme de chambre. Ce mari se trouve dans cette situation qu'il est obligé, par un véritable scrupule de conscience, de s'abstenir de cohabiter avec sa femme, et de reconnaître que la servante est jolie. Vous pressentez le résultat. — Comme il arrive toujours en pareil cas, tout le monde s'aperçoit de ce qui se passe, les autres domestiques en parlent ; la fille devient enceinte, l'anonyme couvre mal l'auteur. Elle accouche, et alors commence une persécution sans trève, la série interminable des tracas des amants, soi-disant heureux — c'est malheureux qu'il faudrait dire. — Ce mari doit payer pour l'enfant, payer pour la mère ; s'il regimbe, on le menace de tout dire à madame, il vit dans une perplexité continuelle. Et, comme il appartient, d'ailleurs, à une famille singulière, composée de gens pétris d'orgueil, il craint un scandale, il n'a plus de repos ; à partir de ce moment existe une occasion, une cause. Survienne une secousse cérébrale, elle va trouver cet homme dans des dispositions mauvaises, fatigué par l'anxiété, le tourment. Ce sont là des choses dont on rit au théâtre, mais dans la vie pratique, le médecin s'en inquiète à bon droit. Cet homme prend une hémiplégie. L'accident est léger en somme, et au bout de quelques jours, les mouvements sont revenus, il n'en reste plus de traces. Mais peu de temps après, les indifférents mêmes s'aperçoivent que cet individu n'est plus le même, il ne s'occupe plus de ses affaires, il est sans activité aucune ; engourdi, il mange énormément, dix fois plus qu'il n'en avait l'habitude, et cette exagération de l'appétit

touche à la voracité. Sa démarche est lourde, il a l'air d'un homme fatigué, et, en effet, c'est d'une fatigue constante qu'il se plaint. On fait venir son médecin qui ne constate rien de plus que de l'embarras gastrique, et le purge. La maladie marche, des étourdissements fréquents surviennent, et le caractère jusque là faible s'altère ; ennuyé, agacé, les colères succèdent aux colères.

Un jour, il rencontre dans la rue la femme de chambre qui l'interpelle, essaie avec opiniâtreté de le ressaisir. Il s'emporte, il la frappe, et rentre chez lui dans un état d'irritation extrême. Tout le monde s'inquiète alors, et l'on appelle en consultation plusieurs médecins, et l'un d'eux n'hésite pas à dire à la femme la triste vérité. Cet homme ne s'appartient plus, ne se dirige plus, son intelligence a singulièrement baissé, on le conduit à la campagne; au bout de quelques semaines les vertiges se répètent, puis survient de la satisfaction, un délire ambitieux très incomplet d'ailleurs, très difficile à juger, mais que suit de près une excitation désordonnée. De guerre lasse, la famille impuissante à le surveiller, à le retenir, le place dans une maison de santé, il y passe quelques mois, et il y meurt dans un état de démence complète, avec des accidents cérébraux qui viennent clore la série des troubles d'une affection cérébrale qui n'a pas été la paralysie générale franche, qui, par certains côtés, a pu lui ressembler, mais dans laquelle la secousse initiale a été greffée sur une disposition mauvaise. Je pourrais mettre des noms à cette histoire : c'est celle d'un de nos collègues, qui, sous l'influence d'une excitation, a été pris d'accidents vertigineux, hémiplégiques, on n'a jamais bien su au juste, mais qui devint d'une irritabilité exceptionnelle ; il fallut le placer dans une maison de santé, il en sortit, puis il y rentra, et il y mourut d'une façon paralytique. C'est aussi l'histoire d'un accoucheur en renom, qui a fini de la même manière, après avoir débuté par une affection cérébrale à forme apoplectique, qui n'était pas de l'apoplexie vraie; à la suite de l'attaque il y eut de la mélancolie comme il y en a chez les paralytiques, ce qui est une menace bien plus grave que l'hémiplégie vraie.

Pour ne prendre que cette forme, vous voyez une apoplexie limitée, laissant après elle un trouble intellectuel, des modifications profondes du caractère et vous trouvez avec cela, je dirais presque au-dessus d'elle, une disposition, soit héréditaire, soit acquise, qui décide de la marche ultérieure de la maladie. Suivez son évolution, elle ne présentera pas d'apoplexie nouvelle, elle aura ce caractère commun avec la paralysie générale, d'être, comme elle, lentement progressive ; elle aboutira comme elle à la démence, si elle n'est pas trop tôt interrompue par la mort survenant avec des accidents cérébraux.

IV

Je vous ai parlé dans ma dernière leçon d'un homme que je supposais atteint d'alcoolisme. L'événement a donné raison au diagnostic que j'avais porté. Le malade est en voie de guérison ; le tremblement diminue, l'intelligence a repris son activité normale. Tout a été simple, régulier, dans l'évolution des troubles ; leur disparition progressive a été caractéristique ; si, au premier abord, dans l'ignorance où j'étais des antécédents, j'ai cru devoir faire devant vous quelques réserves, je n'ai plus de raison de les maintenir aujourd'hui. Revenons maintenant à notre sujet.

J'ai voulu vous montrer jusqu'à présent quelles étaient les affections cérébrales qui avaient avec la paralysie générale le plus d'analogies. Je vous ai fait voir qu'il y en avait un certain nombre dans lesquelles, soit par la manière aiguë dont procède la maladie, soit par les limites étroites dans lesquelles l'accident initial reste renfermé, il y avait des phénomènes tout autres que ceux observés dans le cours de la paralysie générale. Je vous ai montré enfin qu'il existait, à côté d'elle, des affections cérébrales dues, je le crois du moins, à des conditions particulières que vous trouverez chez des individus apportant une prédisposition, et chez lesquels la maladie évolue d'une façon toute spéciale. Ces affections cérébrales chez ces individus prédisposés,

que j'ai désignés sous le nom d'individus cérébraux, ont cette propriété particulière que les accidents localisés sont en général peu intenses; qu'ils marquent le début de la maladie, mais qu'elle n'en reste pas là : elle s'étend, se généralise, et progressivement, le mouvement, la sensibilité, l'intelligence sont compromis. Je vous avoue qu'il m'est presque impossible de vous exposer tous les cas, toutes les formes, toutes les diversités de ces affections cérébrales ; j'ai tenu cependant à vous donner quelques types, de manière à ce que, vous trouvant en présence de cas analogues, vous eussiez sinon des notions exactes sur la maladie, du moins une vue préalable qui vous permit de ne pas vous perdre dans le dédale des incertitudes en face desquelles vous vous trouveriez.

Je vous ai fait une description typique de l'une de ces formes dans laquelle l'affection cérébrale destinée à devenir plus tard généralisée commence par une affection en apparence localisée, c'est-à-dire par une apoplexie probable. Je vous ai parlé de ces cas où une apoplexie intense avait été suivie d'une réparation prompte, mais où l'affection cérébrale devenait ensuite diffuse, progressait lentement, comme la paralysie générale elle-même. Enfin, je vous ai présenté une autre catégorie d'individus, frappés au début par une apoplexie insignifiante, par des accidents hémiplégiques légers, disparaissant vite, et chez lesquels cependant persiste un état maladif, qui les conduit par d'incessants progrès à la démence, à la mort, sans qu'ils aient trouvé l'occasion d'une nouvelle attaque apoplectiforme.

Ces débuts variables sont bien loin d'être les seuls que vous puissiez rencontrer, et je tiens à mettre sous vos yeux un autre type encore ; quand nous ferons le résumé de ces descriptions, vous verrez pourquoi j'ai établi ces classes, pourquoi je les ai séparées les unes des autres.

Voici un malade chez lequel l'affection cérébrale n'a pas débuté par une apoplexie. Elle s'est préparée lentement, insidieusement ; elle s'est révélée par un de ces états singuliers que je tiens à définir autant que cela est possible, et la tâche est par-

fois difficile. Cet état, la famille l'a entrevu à peine, et souvent ce ne sera pas plus à elle qu'au malade lui-même qu'il faudra vous adresser pour être exactement renseigné. Consultez plutôt les gens qui vivent en relations d'affaires avec le malade : il n'y a rien de si facile à caractériser que l'état moral d'un homme qu'on connaît depuis longtemps et bien ; si l'on vient vous dire de lui qu'il présente des irrégularités dans sa manière d'être, méfiez-vous, alors même que l'intelligence vous paraît intacte. Il y a toutes chances que les amis, les proches aient raison, et que vous ayez tort en affirmant qu'il n'y a rien. L'état mental d'un homme ne se juge pas commodément dans une courte conversation : votre intervention le conduit à se tenir sur la défensive, il ne se livre pas, à votre insu vous lui fournissez un point d'appui. Les renseignements qu'on vous donne valent mieux que votre examen direct. C'est surtout dans des demi-accès que se manifeste ordinairement le trouble de l'esprit ou du caractère. Peu apparent, longtemps stationnaire, il sollicite cependant l'attention, et l'on vous signale des périodes de tristesse, d'ennui, alternant avec de l'excitation ; on ne sait pourquoi le malade est sombre quand il devrait être gai, ou au contraire excité, loquace, quand il devrait être réservé. Dans la vie commune ces variations insolites ne sauraient passer inaperçues, et si l'explication échappe, le fait reste avec sa valeur symptomatique. Pour prendre un exemple qui vous rende la chose saisissable, supposez que vous donniez une soirée, qu'un de vos amis y vienne dans une tenue négligée. Il a fait une chose énorme qui jure avec ses habitudes et qui emporte du premier coup un pronostic des plus graves. Il y a une multitude de faits de ce genre dont vous ne pouvez vous rendre compte si vous n'apercevez pas les tenants et les aboutissants. Ici les familles, au courant des habitudes d'esprit des individus, ont pour les juger une meilleure mesure que le médecin. Cet oubli des convenances peut ne pas être de longtemps suivi d'une manifestation plus significative. Puis un jour, chez cet homme dont on dit qu'il est singulier, survient un léger étourdissement : il n'y a pas trace

d'hémiplégie, c'est une obnubilation passagère. Il n'a pas perdu connaissance, il reconnaît qu'il vient de se passer en lui quelque chose d'étrange, et il se remet à peu près; l'étourdissement aura été sans importance, son état sera ce qu'il était auparavant.

Cependant, il semble qu'il y a plus de malaise; on se rassure pourtant, et deux ou trois mois se passent dans une sécurité trompeuse. Survient tout à coup, sans avertissement, un étourdissement plus considérable. Le malade est obligé de s'appuyer sur un meuble. Cette fois il ne sait pas s'il a, oui ou non, perdu connaissance. Si vous prenez ce seul étourdissement comme élément de diagnostic, c'est un élément insuffisant, et vous risquez de commettre des erreurs énormes. Rien n'est plus difficile que d'en déterminer l'importance, la valeur diagnostique. Vous n'avez, en effet, aucun moyen de savoir d'emblée jusqu'à quel point l'étourdissement est un phénomène superficiel ou un phénomène profond. Vous n'ignorez pas les distinctions qu'on a établies avec juste raison; les uns sont la conséquence d'affections cérébrales, d'autres sont produits par une congestion; d'autres sont sympathiques d'un malaise stomacal, d'autres sont des étourdissements ou des vertiges véritablement épileptiques. Quelle que soit la description qu'on vous en ait donnée, vous comme tout le monde, du reste, vous serez singulièrement embarrassés quand, vous trouvant en présence de ce symptôme, vous serez obligés d'en déterminer la cause.

Quoi qu'il en soit, cet étourdissement n'a pas eu de suites graves; et, néanmoins, le malade décline, devient plus singulier. Ce qui avait été une légère pointe d'excitabilité devient presque de l'excitation; il se fâche, s'irrite au moindre obstacle, il devient étranger à ce qui se passe chez lui, dans sa propre maison. Les grands événements le trouvent sans émotion, les événements insignifiants provoquent des émotions hors de mesure. Puis, au bout de quelques mois, survient un étourdissement plus fort que les précédents, et, en général, quand ces étourdissements se sont ainsi succédé pendant un temps plus ou moins long, le malade entre dans une phase rapidement,

presque immédiatement caractérisée et caractéristique aussi.

La forme insidieuse que la maladie a prise a préparé dans l'ombre les troubles intellectuels qui vont apparaître : ce ne sera plus alors de l'indifférence, l'homme est « alienus », il n'est plus de la maison, il est tout à fait en dehors, étranger. Il cesse d'être un homme en possession de son bon sens, il tourne à la manie. Il la frise sous la forme dépressive. Et en même temps des troubles physiques plus manifestes surviennent : il ne peut plus écrire, tant est grand le tremblement de ses mains ; sa démarche est lourde, mal assurée ; il a des crampes douloureuses dans les jambes, dans les bras, des frémissements convulsifs dans la langue, et sa parole est hésitante. Rarement vous trouverez de la céphalalgie dans cette forme. Sur les 9/10 des individus atteints de ce genre d'affection cérébrale, il n'y a pas de mal de tête, un dixième à peine le présente et encore intermittent.

La terminaison, brusque ou lente, est subordonnée à l'intensité des accidents cérébraux qui surviennent tôt ou tard. Mais la démence est arrivée, profonde, non pas tout à coup, elle a été progressive, laissant l'homme sans parole, engourdi, n'ayant plus quand on s'adresse à lui qu'une seule manifestation, toujours la même, un sourire qui navre, et tellement caractéristique, que vous n'en oublierez jamais l'expression attristante quand vous l'aurez observé une fois.

Sous une autre forme, les étourdissements sont beaucoup plus rares. J'ai vu des individus chez lesquels la maladie avait commencé sous la forme névralgico-gastrique. Ils étaient convaincus qu'ils avaient pendant quelque temps souffert de l'estomac, que leur appétit était diminué, et que sous l'influence d'une alimentation réduite, leurs forces avaient tout naturellement baissé, que pour cette même cause leur caractère s'était modifié. Mesurer cet abaissement, ces modifications le plus souvent légères, n'est pas chose facile. Si vous avez affaire à un homme de vie simple, sans grande activité intellectuelle, se laissant aller aux habitudes d'une vie sans imprévu, vous manquerez d'éléments d'appréciation ; s'il s'agit au contraire d'un

homme mêlé à des affaires nombreuses et parfois délicates, dont l'intelligence est sans cesse tenue en éveil, les éléments de comparaison ne vous feront plus défaut, et au besoin les renseignements vous seront fournis, sûrs, précis, par la famille ou par des tiers.

J'ai été, dans ma pratique, très frappé par un fait de ce genre : Un négociant dans une grande situation commerciale était atteint de troubles légers en apparence, mais dont la longue durée sous cette forme m'inquiétait; je le soupçonnais sous l'imminence d'une affection cérébrale : la famille n'avait rien remarqué, quand le hasard me fit rencontrer un autre négociant en relations d'affaires avec lui. Il me dit : « Vous connaissez un tel, qu'a-t-il donc? Est-ce qu'il perd la tête, il est tout drôle, il n'est plus ce qu'il était autrefois, il vient de faire une très mauvaise affaire dans laquelle il a agi sans précautions; il a conclu dans des conditions tout à fait déraisonnables; il s'est laissé entraîner par un courtier, il aurait dû refuser; je ne comprends pas comment, lui, si prudent d'ordinaire, s'est conduit aussi légèrement. » — C'était l'avertissement de l'abaissement intellectuel du malade. Il me venait, non par la famille, mais par un tiers qui avait, pour juger, un terme de comparaison qui m'avait manqué à moi-même, et qui justifiait mes prévisions.

Trois mois après survenait un grand vertige, après lequel les troubles intellectuels étaient apparents pour tout le monde; non pas de nature à imposer la nécessité d'un internement dans une maison spéciale, assez sérieux pourtant, pour que cet homme, ce négociant, ne puisse plus diriger ses affaires; il n'est plus le chef de famille, c'est sa femme qui mène tout aujourd'hui. Voilà donc encore une forme insidieuse où les accidents vertigineux ne vous éclairent pas par eux-mêmes : c'est le processus de la maladie qui vous apportera la lumière; mais en présence de ces faits d'une interprétation si délicate, n'oubliez jamais de vous enquérir de tous côtés, ne négligez aucun de ces faits qui, petits en apparence, sont en réalité l'indice d'un trouble grave qui se prépare.

D'autres fois la maladie est plus insidieuse encore : chez un individu prédisposé survient un trouble qui n'est ni une apoplexie, ni une méningite, mais qui est une affection nerveuse. Je veux vous en donner un exemple, cette méthode ayant pour avantage de fixer mieux les choses dans votre esprit.

Un jeune ingénieur, dans une excellente situation, homme d'esprit d'ailleurs, mais bizarre, fantasque, est pris, au milieu de ses travaux habituels qui n'avaient rien d'excessif, d'une sensation de fatigue considérable : il ne peut s'appliquer à l'étude d'un projet, d'un dessin, au delà de quelques minutes ; s'il veut vaincre la difficulté qu'il éprouve, s'il veut faire un effort, il s'endort. Surpris de ces sommeils lourds, se sentant malade, il demande un congé et se repose. Il ne s'améliore pas, tout au contraire ; à son retour l'impossibilité de travailler est absolue, il s'en rend compte et s'en attriste. Il a avec lui des employés, des piqueurs de mine qui, très habitués à ses affaires, font sa besogne. Bientôt il ne peut plus signer. Il essaye de faire un voyage dans lequel il avait des plans à lever. Il s'arrête à moitié chemin en disant qu'il est trop fatigué pour aller jusqu'au bout.

Il n'y a pas jusqu'alors de maladie déclarée, quand survient chez lui une douleur très vive au talon. Le médecin consulté croit à un simple rhumatisme ; on le soigne dans ce sens ; la douleur devient intermittente comme une névralgie ; une médication nouvelle échoue comme la première : puis la douleur disparaît pendant quelque temps ; on s'imagine que tout est fini, quand tout à coup elle reparaît plus aiguë ; et cette douleur, à siège singulier, qui n'occupait tout d'abord que le talon, envahit le mollet ; des crampes la compliquent. Le malade s'en va aux eaux, il fait une saison et n'en éprouve aucun soulagement. Il devient un autre homme, et sans avoir eu d'autre accident cérébral que cette somnolence dont je vous parlais, il est tellement inférieur à lui-même que son administration lui accorde un congé indéfini. On l'amène à Paris ; là, il est pris de diplopie, puis bientôt après d'un accès d'agitation à forme maniaque. La

diplopie passe, l'état maniaque tombe ; une rétention d'urine succède, des accidents à forme cérébrale multiples, variés à l'infini, le conduisent jusqu'à la méningite, et il succombe.

J'ai été une seconde fois témoin d'un fait du même genre ; une névralgie plantaire fut le début de la maladie. Il s'agissait d'un mécanicien qui ressentait à la plante du pied une douleur excessivement vive. Les accidents névralgiques, et c'est ce qui éveilla mon attention et fut pour moi l'occasion d'une grande instruction, passèrent d'une jambe à l'autre. A partir de ce moment, l'intelligence alla en diminuant : le malade eut d'abord de la peine à rassembler ses idées, il eut ensuite de l'indécision dans les mouvements, et l'affaiblissement intellectuel arriva presque à la démence. Vous trouvez là un exemple d'une forme insidieuse dans laquelle la maladie commence par une douleur névralgique intense, accident qu'on pourrait à la rigueur isoler complètement, et qui n'a, en apparence, aucune signification mais qui prend une importance énorme, si, au lieu de regarder l'accident local, vous considérez l'individu qui en est atteint. Cet accident va évoluer chez lu d'une tout autre façon que chez un individu indemne de prédisposition cérébrale. — Un médecin renommé pour les affections de l'urèthre se plaint d'une douleur dans le gros orteil ; il menait une vie des plus actives à tous les points de vue ; il travaillait beaucoup, et voulant étendre sa clientèle, il fréquentait un monde qui lui constituait des relations faciles et commodes. Il était, d'ailleurs, homme du monde, dînait beaucoup en ville, passait des nuits, se couchait tard et se levait de bonne heure. Il apportait à cette vie toute d'agitation une certaine disposition personnelle de caractère. Inquiet de la persistance de sa douleur, il en parle à un médecin de ses amis, qui, connaissant ses habitudes, lui dit que c'est la goutte. Il accepte cette idée et modère son régime. La douleur au gros orteil reste identique à elle-même, comme fixité, comme intensité, elle ne se modifie pas. Il se persuade alors que c'est sa botte qui lui fait mal. A partir du jour où il a abandonné l'idée de la goutte

pour arriver à l'idée plus consolante d'une gêne produite par sa botte, il s'attriste, et présente les contradictions les plus singulières. Il n'a plus d'autre préoccupation que de rechercher s'il souffre par la goutte ou par la pression de sa chaussure; tantôt il est convaincu dans un sens, tantôt dans l'autre: son humeur change, il ne sort presque plus de chez lui.

L'autre orteil se prend: les deux orteils s'engourdissent, et l'engourdissement gagne les deux membres inférieurs qui sont bientôt complètement envahis. Il marche comme sur une carde à matelas, c'est-à-dire qu'il a, à la fois, la sensation de piqûre, et celle d'un sol mou sous ses pieds. La paralysie monte toujours, et bientôt il devient incapable de faire un certain nombre de mouvements. Pendant qu'il est sous cette influence, il se fait chez lui, cérébralement, une transformation complète. On ne le reconnaît plus, il devient négligent de sa personne, presque malpropre quand il mange; il reste indifférent à tout, et cette espèce d'indifférence est, il faut le dire, un fait bien plus significatif qu'une indifférence morale profonde. La paralysie gagne lentement, mais sans temps d'arrêt. Un jour le malade a un léger étourdissement; presque aussitôt survient un délire qui rappelle les anciennes habitudes; il reprend de l'activité, ses jambes sont plus solides, ses mouvements plus faciles, et cette excitation cérébrale légère, qui ne crée pas la nécessité de le conduire dans un asile, lui donne une confiance en lui-même qu'il avait perdue; il était déprimé, mélancolique, il est heureux, satisfait. Il s'use vite sous cette forme, des accidents cérébraux surviennent coup sur coup, je ne vous en énumérerai pas la série perpétuellement renouvelée; ils aboutissent à la démence avec une paralysie généralisée. Gâteux, incapable de manger seul, se salissant la figure avec les aliments qu'on place devant lui, il n'est plus qu'une ruine; il faut, dans cette période ultime, le transporter dans une maison de santé où il s'éteint avec des eschares au sacrum, dans cet état de marasme qu'on a appelé le marasme paralytique.

Ces paralysies se font lentement, progressivement, et finissent

par donner à l'individu chez lequel elles ont débuté par les extrémités inférieures, un aspect qui n'est pas éloigné de celui de la paralysie générale: les troubles intellectuels de la dernière période sont les mêmes, et les analogies sont parfois saisissantes.

Un autre individu, au lieu de passer par l'une de ces formes que je viens de vous signaler, est pris d'une violente attaque d'épilepsie. Ce n'est pas du vertige, ce n'est pas de l'apoplexie, c'est la grande convulsion avec ses mouvements toniques et cloniques. Que d'erreurs de diagnostic vous pouvez commettre! Combien peut être incomplet ou insuffisant votre pronostic! Jusque-là très bien portant, cet individu, à la suite d'un événement quelconque, a une attaque convulsive, après laquelle se montrent, plus ou moins rapprochés, des vertiges, ou même de nouvelles attaques. Son caractère se modifie, il devient irritable, hargneux, quinteux, ou câlin, obséquieux; puis cet homme succombe soit pendant une série d'accès subintrants, soit par suite d'une maladie intercurrente. En voyant cet homme cérébral vous raisonnez à la façon ordinaire, et vous dites: C'est un épileptique. Eh bien, non. Cet homme n'était pas et n'est pas devenu un épileptique, il a eu des convulsions comme celles des épileptiques, et bien qu'il fût pour vous dans les conditions apparentes d'un épileptique ordinaire, il aura, s'il continue à vivre, tout autre chose que la conséquence habituelle de l'épilepsie. Il aura, graduellement, progressivement, tous les troubles intellectuels que je vous ai décrits. Et le nombre des attaques n'y fera rien; il se pourra que dans toute sa vie il n'ait eu que deux ou trois accès; il n'en finira pas moins par cette série d'accidents terminaux qui conduisent à l'anéantissement complet de l'intelligence avec une paralysie universalisée.

S'il suffisait de dire : « Voilà toute une série d'individus ayant des accès épileptiques qui ne se comportent pas comme les vrais épileptiques, » ce serait un résumé trop facile; mais le fait en lui-même a une signification tout autre : il faut distinguer deux états absolument différents l'un de l'autre, le premier dans

lequel l'épilepsie est une névrose, le second, celui qui appartient à notre sujet, où l'épilepsie est d'origine cérébrale. L'épilepsie névrose est une affection qui débute sans accident cérébral vrai, à la manière des autres névroses, elle reste dans les conditions générales des névroses, et l'individu qui en est atteint n'est pas, par le fait de son épilepsie, constitué dans un état cérébral qui appelle après lui une affection cérébrale grave. Il y a donc deux espèces d'épileptiques, les uns ayant une névrose, les autres ayant une affection cérébrale. C'est de ces derniers que je vous ai parlé, ils constituent une espèce, mais il s'en faut de beaucoup qu'ils représentent dans les accidents que je vous ai décrits tous les cas possibles.

Enfin, et en dernier lieu, il arrive que tous ces accidents cérébraux ne commencent pas sous la forme d'accidents à aspect spontané; ils se développent après un coup, une chute, une blessure. La prédisposition y joue-t-elle un rôle, il est assez difficile de le dire, mais l'évolution n'en est pas modifiée. Un individu est blessé dans un incendie, à Montmartre; avec un rare courage, il montait pour aller sauver une femme, quand une poutre tombe, le frappe à la tête et le renverse. On le rapporte chez lui, blessé, mais sans gravité apparente. On le soigne, il guérit vite, et l'on pouvait penser que tout était fini. Mais on s'aperçoit bientôt que ce n'était plus lui-même. Une transformation s'était opérée dans son caractère, dans ses allures. Après quelques mois, il avait des idées ambitieuses, non pas modérées, mais énormes, ressemblant à celles de la paralysie générale, et pendant quinze jours, ses aspirations, ses projets, sont sans bornes, le sentiment de sa supériorité est excessif. Puis content, satisfait, faiblement agité, il court les rues à la recherche de mille riens; et il entre sans secousse dans la phase des accidents cérébraux, dans la démence, et il disparaît.

Un autre individu, un ouvrier, tombe d'un échafaudage, il a une commotion cérébrale, mais pas d'hémiplégie, pas de coma, pas d'accidents graves, rien qui soit de nature à donner la

moindre inquiétude, quand survient une crise convulsive. De ce moment, il est un homme cérébral. Les accès se répètent, les accidents marchent lentement et progressivement. Je tiens à vous montrer les grands incidents de cet état cérébral, canevas sur lequel se fait la tapisserie de ces accidents variés. Je n'ai pas la prétention que tout cela reste clair dans vos esprits, mais j'insiste parce qu'il s'agit de choses qui ne sont à l'état de clarté dans l'esprit de personne, parce qu'elles présentent un grand nombre de côtés encore indécis, incertains.

Je crois vous être utile en vous disant que ce qu'il vous faut surtout considérer, ce sont ces états cérébraux qui sont de véritables maladies cérébrales et qui ont leur raison d'être dans des lésions encéphaliques plus que probables; qui se manifestent d'abord par des troubles intellectuels, puis par des troubles physiques. Ne confondez pas les gens nerveux avec les gens cérébraux; aucun rapprochement n'est possible, ils sont séparés par l'imminence des accidents cérébraux, qui n'existe menaçante que pour les seconds. Si vous faites cette distinction, elle vous rendra dans la pratique les plus grands services. Les gens nerveux n'ont aucune prédisposition cérébrale, comme je l'entends, ils ont autre chose qui ne se transforme pas. Prenez l'hystérie la plus active, poussée jusqu'au délire le plus violent, le plus extraordinaire, le plus bizarre, avec les névralgies, les céphalalgies incessantes, avec les boutades du caractère, les misères digestives, l'indifférence la plus absolue, supposez la femme qui en est atteinte plus malade, quant aux apparences, qu'aucun des individus dont je vous ai parlé, tout cela n'est rien, ne mène à rien, vous ne verrez pas survenir d'accidents cérébraux, et je dirai presque que, loin de constituer une prédisposition, il y a là une disposition d'un autre ordre. Il n'y a pas de médecin qui n'ait occasion de voir comment finissent les vieilles hystériques : chez elles, il est bien rare de constater des accidents cérébraux, et les troubles intellectuels qu'elles peuvent présenter n'ont rien qui les ramène à la forme d'aliénation mentale dont je vous ai fait le tableau.

Je ne vous ai montré que des individus pouvant vivre un certain temps encore, quelquefois même jusqu'à la fin de leur existence, dans la famille, dans la société. L'affaiblissement de leur intelligence permet qu'on les garde dans leur maison. Je n'ai pas voulu vous introduire dans ce monde bien autrement difficile, bien autrement délicat, où après ces crises, cette épilepsie, ces accidents névralgiques, le malade dont l'intelligence s'est troublée, est devenu un véritable aliéné. Si vous pénétrez dans un asile, vous y trouverez un certain nombre d'individus qui ne sont pas autre chose que les malades dont je viens de vous entretenir. Ce ne sont pas des fous, ce sont des individus ayant une maladie cérébrale qui a donné son cachet à l'aliénation, et qui a produit ce résultat, qu'au lieu de faire du malade un être passif, cela en a fait un maniaque vrai qu'il a fallu enfermer. Après l'internement dans une maison de santé, dans un asile, la maladie continue, de nouvelles crises de vertige surviennent, et la démence arrive, dernier terme de l'affection cérébrale, et non pas résultat d'une simple usure des facultés intellectuelles.

Je vous ai donné sous une forme symptomatique cette description de maladies cérébrales, parce qu'il m'eût été presque impossible de procéder autrement; parce que je ne pouvais pas prendre une lésion pour la mettre en regard du phénomène correspondant. Néanmoins, il a dû vous apparaître que ces états cérébraux étaient constitués par une maladie diffuse, s'étalant peu à peu sur le cerveau, pénétrant plus profondément sur certains points que sur d'autres. Lorsqu'on fait une autopsie dans ces conditions, on retrouve les traces d'une affection diffuse, tendant à se généraliser, mais dont il est difficile de suivre l'évolution ; ces individus, en effet, ne meurent habituellement, qu'à la condition d'avoir éprouvé des accidents cérébraux d'un ordre plus élevé ; si bien que vous vous trouvez là en présence à la fois d'une maladie chronique caractérisée par ses lésions propres, et d'une maladie aiguë avec une lésion de date plus récente, et qu'il vous est impossible de dé-

terminer à l'autopsie le départ de ces deux ordres de lésions.

Vous trouvez des épaississements des méninges, des méningites diffuses, du ramollissement superficiel, très vague, très difficile à circonscrire, occupant à la surface du cerveau les points les plus variés, ou bien cachés dans les replis des circonvolutions, paraissant s'y être longtemps localisés pour de là s'étendre, se développer sous la forme de nappes diffuses ; quelle est la part qu'il faut faire aux accidents primitifs et aux accidents ultimes? Le problème est presque insoluble, et la réponse à la question se fait bien plutôt par des jugements que par des faits. Quant à rattacher ces lésions aux symptômes, c'est une tentative souvent essayée, mais où les efforts sont restés vains. Bayle l'a essayé dans son livre, il a produit des données hypothétiques, qui peuvent bien avoir quelques côtés ingénieux, mais qui, même par ces côtés, ne soutiennent pas la discussion.

Eh bien, prenez la paralysie telle que je vous l'ai décrite au début de ces leçons, prenez ce type uniforme que je vous ai nettement isolé, et semez sur cette paralysie générale toutes les possibilités que je viens de vous énumérer, prenez-les une à une ; mettez en regard de cette paralysie générale la forme apoplectique, puis la forme congestive, puis la forme vertigineuse, vous vous apercevrez que toutes se peuvent rencontrer dans la paralysie générale. C'est-à-dire que, dans un certain nombre de cas, vous assisterez à l'évolution d'une maladie suivant sa marche d'une manière non interrompue, et que dans un grand nombre d'autres cas elle progresse au milieu d'aventures qui répondent aux incidents multiples dont je vous ai longuement entretenus. Vous avez donc, d'un côté, une maladie que vous appelez paralysie générale, qui est exempte de ces incidents pour un petit nombre de cas ; d'un autre, une maladie qui semble encore être la paralysie générale, mais qui évolue dans d'autres conditions, et se trouve compliquée de ces accidents cérébraux que je vous ai fait connaître, accidents qui ont avec elle de si étroites analogies que, si vous ne tenez pas

compte du point de départ de la maladie, vous serez exposés à tout confondre.

Je comprends que, lorsqu'il s'agit de différencier des choses qui ont entre elles tant de points de ressemblance, vous éprouviez un réel embarras : je comprends que vous vous demandiez jusqu'à quel point ces maladies sont différentes ou similaires, jusqu'à quel point vous avez le droit de faire de la paralysie générale une espèce, alors que cette espèce va pouvoir rentrer tout à l'heure dans l'espèce voisine, alors que vous allez voir des individus comme l'ouvrier de Montmartre, perdre au bout de quinze jours sa paralysie générale pour entrer dans une autre forme cérébrale ; alors enfin, que vous rencontrez des individus qui présentent d'une manière intermittente les phénomènes de la paralysie générale, n'êtes vous pas autorisés à douter qu'il se soit réellement agi d'elle? — La maladie a ressemblé mot pour mot, lettre pour lettre, fraction de lettre pour fraction de lettre, s'il m'est permis de parler ainsi, à ce qu'était une affection simple, régulière, de courte durée, comme l'une de celles dont je vous ai parlé, et il vous paraît bien difficile de prononcer le mot de paralysie générale. En présence de ces difficultés si considérables, vous comprendrez mieux le peu d'intérêt qu'il y aurait à poser d'un côté une espèce qui serait la paralysie générale des aliénés, de l'autre, une espèce imaginaire qui serait la paralysie générale sans délire, combien ce serait peu faire le diagnostic différentiel, et combien ce serait s'éloigner de la vérité.

Ne faites pas de la paralysie générale quelque chose d'absolu. L'étude de la maladie n'autorise pas ces délimitations étroites. Si vous voulez procéder d'une manière conforme à la réalité, faites-la plutôt rentrer comme une espèce dans un genre. Ce genre est celui auquel vous donnerez le nom de « périencéphalite diffuse », caractérisée par une perversion graduelle, successive, interrompue ou non par des incidents d'une faible intensité, sans arriver à une grande paralysie de l'intelligence, sans que la nécessité de l'internement s'impose. C'est là une

forme légère, mais ce n'est pas la seule, vous trouverez aussi, par une progression suivie sans secousses, une détérioration physique, arrivant jusqu'à l'anéantissement intellectuel, avec des désordres énormes, et vous vous souviendrez que la démence a précédé les troubles physiques. C'est la forme grave, dont l'évolution plus ou moins rapide, plus ou moins lente, sera tout entière subordonnée à l'intensité des incidents cérébraux intercurrents.

S'il est vrai que les difficultés du diagnostic soient parfois considérables, c'est qu'il y a une foule de lésions cérébrales qui restent encore inconnues. Cependant, je vous aurai, je crois, rendu service, si, sans vous donner de toutes ces choses une notion définie, précise, que je n'ai pas moi-même, je vous ai amenés à comprendre qu'il y a toute une catégorie d'affections cérébrales, étalées, diffuses, universalisées, prenant l'individu tout entier, et dans lesquelles, que vous les appeliez comme vous voudrez, périencéphalites, paralysies générales, il y a toujours un certain nombre de caractères communs. Si l'évolution n'est pas constamment la même, la fin de la maladie reste invariable, elle est fatale.

Il y a toujours une nécessité, une incontestable utilité pour le médecin, à explorer un monde qu'il ne connaît pas. Dans ces investigations curieuses, vous éprouverez, à un moment donné, une sensation qui est bonne, scientifiquement, médicalement plutôt; c'est que, tout cela qui pour vous est confus, s'éclaircira un jour quand vous y aurez réfléchi pendant quelque temps, quand vous aurez vu quelques malades. Cette sensation est celle qu'on éprouve quand on apprend une langue vivante. Il semble tout d'abord qu'on n'en pourra rien retenir, puis un jour, le voile se déchire. Pour l'étude de ces affections cérébrales difficiles à suivre, il vous arrivera de même. En voyant un malade, vous vous direz : « Cet homme est atteint d'une maladie cérébrale, je me méfie de lui. » Et par ces seuls mots vous aurez posé l'élément le plus capital de votre diagnostic. Vos recherches ultérieures seront dirigées dans une voie droite ; vous aurez été

un médecin, un juge éclairé, si vous avez su prévoir toute la gravité d'un état qui se cachera longtemps peut-être encore, sous de trompeuses apparences.

DE L'ÉPILEPSIE PAR MALFORMATION DU CRANE.

I

On confond sous le nom d'épilepsie deux ordres de manifestations morbides. D'une part, les crises convulsives avec perte complète de conscience pendant l'accès, et, par suite, impossibilité de se souvenir non-seulement des symptômes, mais de l'existence même de l'attaque; d'autre part, la maladie épileptique caractérisée par des crises comitiales revenant à intervalles plus ou moins inégaux, est soumise à une évolution qui lui est propre.

Entre les deux, la différence est la même que celle qui sépare l'*insultus hystericus* de l'hystérie proprement dite; la douleur articulaire de la diathèse rhumatismale, l'accident de la maladie.

Personne n'ignore que, dans le cours d'un grand nombre d'affections cérébrales, il se produit, concurremment avec les symptômes les plus divers, des accès épileptiques auxquels conviendrait peut-être mieux le nom d'accès épileptiformes. La lésion fondamentale guérissant, les crises disparaissent pour ne plus revenir; elles sont variables d'intensité, variables de durée et s'accompagnent de phénomènes accessoires empruntés à la maladie causale.

Il importe, au point de vue clinique, de séparer absolument ces attaques mixtes des crises vraies. Le diagnostic présente

souvent de sérieuses difficultés; mais là comme dans toute diagnose, on arrive au plus près de la certitude en se référant au type ou à ce qu'il conviendrait mieux encore d'appeler l'*étalon*.

Si on veut prendre pour exemple l'espèce confuse désignée sous le nom d'hystéro-épilepsie, la règle logique est de viser l'épilepsie franche et de rechercher jusqu'à quel point les cas indécis s'en rapprochent ou s'en écartent. S'ils sont absolument conformes au type, la malade est épileptique; elle le paraîtra d'autant moins qu'il se rencontrera plus d'exceptions.

Je crois devoir laisser de côté ces formes imparfaites que je me contente de mentionner et qui sont trop complexes pour qu'il y ait profit à les envisager superficiellement.

Diverses intoxications à localisations cérébro-spinales donnent lieu à des attaques plus épileptiformes qu'épileptiques. Sans les passer en revue, une d'entre elles mérite d'être notée: je veux parler de l'empoisonnement alcoolique. Il est constant qu'il survient chez quelques alcooliques moins nombreux d'ailleurs qu'on incline à l'admettre, des accès d'aspect épileptique. C'est un incident relativement peu commun, si rare même que, malgré une très longue expérience, je n'en ai personnellement observé qu'une dizaine de cas.

Or, voici comment les choses se passent. Le malade, sous l'influence ou non d'un alcoolisme chronique, se livre à une débauche de boissons qui excède ses habitudes. Au lieu de boire méthodiquement, régulièrement, à heure et à doses fixes, conformément aux mœurs pathologiques des alcoolisants, il a succombé à un entraînement de hasard et substitué l'empoisonnement aigu à l'intoxication lente. L'état où il se trouve après cet excès est un mélange d'ivresse et d'alcoolisme. L'excitation générale est extrême, elle s'accuse par des symptômes physiques plus encore que par l'état mental; l'agitation psychique peut exister en dedans et se dissimuler au dehors sous l'apparence d'une sorte d'étonnement inquiet qui en impose aux médecins peu expérimentés. En revanche, le pouls est fréquent, bondis-

sant, la peau chaude, la sueur profuse et incessante, l'œil injecté, la langue sèche. La vue est incertaine ou troublée sans hallucinations distinctes, incompatibles avec l'obtusion sensorielle et le vague des perceptions cérébrales, l'ouïe est sans acuité, le goût indifférent à ce point que la soif se satisfait avec n'importe quel breuvage. Ce tableau n'est que celui de l'accès alcoolique suraigu. A un moment, éclate la crise épileptique soudaine, terrible, on pourrait dire excessive. Elle s'accuse par des rigidités tétaniques, par des convulsions cloniques énormes, par une strangulation qui ne provoque pas la cyanose, mais une congestion pourprée de la face, bouffie, ardente, couverte de sueur, avec les paupières gonflées, les lèvres saillantes, la langue rutilante, faisant issue entre les arcades dentaires. C'est certainement un des spectacles les plus terrifiants que puisse créer la maladie, mais ce n'est pas là l'image froide de l'épilepsie vraie.

Après quoi le malade meurt et sa mort est un témoignage que l'accès touche de plus près à l'éclampsie qu'à l'épilepsie.

Ajoutez que les attaques comportent des variantes indéfinies, depuis le simple trismus, l'œsophagisme au moment de la déglutition des liquides, le tremblement convulsif d'un des membres, la rétraction si fréquente et parfois extrême du pénis, la raideur du tronc, etc., jusqu'au mode *maximum* que je viens de rappeler.

Les demi-crises auxquelles on refusera avec raison l'épithète d'épileptiques surviennent fréquemment : on pourrait dire que l'alcoolisme suraigu n'en est presque jamais exempt. Elles ont une grande importance nosologique parce qu'elles permettent d'établir une échelle graduée entre le tremblement obligé de toute intoxication par l'alcool et la convulsion portée à ses dernières limites.

Lorsqu'un malade a traversé, dans les conditions expresses que j'indique, une attaque épileptiforme d'intensité moyenne et compatible avec la préservation de la vie, il ne reste pas épileptique. S'il le redevient, c'est qu'il s'expose à une rechute aiguë ;

et encore les récidives représentent-elles plutôt l'exception que la loi. Tout malade qui, à la suite d'une attaque provoquée par la boisson, est supposé avoir continué l'épilepsie, était épileptique au préalable, seulement l'enquête a été ou insuffisante ou mal conduite.

Je n'invoque ni ne récuse les résultats des recherches expérimentales entreprises sur les animaux, et veux m'en tenir à l'observation humaine. En analysant les faits constatés par des observateurs éminents, on trouverait plutôt la confirmation que la contradiction de ce qui vient d'être énoncé.

Si on cherche à établir un parallèle entre l'épilepsie alcoolique et l'épilepsie vraie, on constate d'abord qu'il existe seulement des attaques dues à l'ingestion toxique de l'alcool et pas d'épilepsie continue ; que les accès se présentent sous des formes variées et bâtardes ; qu'ils sont aussi inégaux dans leur durée que dans leur intensité ; que les symptômes même les plus accentués ne répondent pas à la rigoureuse correction du type. Or, ce qui est vrai de l'intoxication alcoolique l'est de tous les autres empoisonnements épileptogènes.

Mon opinion est qu'on doit, en réunissant dans un cadre à part les pseudo-épilepsies toxiques, leur ménager une étude spéciale, mais qu'on ne saurait, sans une regrettable confusion, les assimiler à l'épilepsie classique, soit au point de vue des symptômes essentiels, soit à celui des lésions.

A côté ou plutôt fort au-dessus des épilepsies toxiques, figurent celles qui doivent leur origine à des tumeurs intra-crâniennes, qu'elles soient ou non de nature syphilitique. Les syphiliographes contemporains ont consacré de savantes études à l'épilepsie syphilitique, et je n'ai pas à rappeler les travaux intéressants dont cette forme d'affection nerveuse a fourni la matière.

Il est hors de doute que des crises comitiales peuvent survenir intercurremment, dans le décours des encéphalites syphilitiques ; il n'est pas moins certain que les accès convulsifs représentent un des éléments essentiels du diagnostic des tumeurs cérébrales. Qu'on consulte les traités classiques, qu'on se réfère

aux monographies, l'affirmation des observateurs est unanime.

Si on porte plus avant l'examen, et qu'au lieu de se contenter de la dénomination on analyse les symptômes, on voit qu'il s'agit de crises épileptiformes analogues à celles que provoquent les intoxications flottantes, à manifestations indécises, trop réduites ou trop énormes. L'accès n'est qu'une sorte d'aventure et le jugement médical porte sur des phénomènes qui remplissent le vide des attaques : céphalée, céphalalgie, paralysies partielles, spasmes intermittents, insomnie, etc. Il ne s'agit pas d'épileptiques, mais de malades sujets à d'autres troubles encéphaliques subissant des crises incidentes ; pas plus que pour l'alcoolisme, l'accès comitial ne résume et ne compose la maladie. Le jour où les crises ont disparu, le sujet n'en reste pas moins à l'état pathologique s'il garde tout ou partie des accidents étrangers à l'épilepsie.

Or, c'est là, pour moi comme pour tous ceux qui ont frayé avec l'épilepsie, la caractéristique solennelle. Du moment où le médecin, au lieu de dire : cet homme est épileptique, s'est borné à reconnaître qu'il était atteint d'attaques épileptiques, fussent ces accès aussi corrects qu'on voudra, il n'a pas émis d'opinion formelle. Plus encore, il a témoigné que le doute existait dans son esprit. Si nous n'étions pas en mesure de porter un diagnostic plus précis, on se consolerait, comme pour tant d'autres maladies, de l'insuffisance du savoir, mais la condition est tout autre. Notre premier critérium est le suivant : nul ne doit être déclaré épileptique vrai, si la crise comitiale se tient au second plan et s'il existe des troubles cérébraux avérés qui ne relèvent pas d'elle.

Tel est le cas des tumeurs intra-crâniennes et en particulier des compressions syphilitiques du cerveau. Je ne me dissimule aucune des difficultés pratiques du problème. J'ai, comme tous ceux qui se sont occupés des affections cérébrales, enregistré trop de faits douteux pour ne pas être indulgent aux indécisions, mais il s'agit ici d'une question de principes.

Des accès épileptiques francs, dégagés des accessoires, exempts

de complications durables, se produisent à la suite de traumatisme du crâne avec enfoncement des os, esquilles saillantes, dépressions des tables osseuses plus ou moins circonscrites, etc. Il faut bien peu de saillie osseuse pour motiver les accès comitiaux. Je renvoie sur ce point de doctrine aux récits des chirurgiens, en demandant seulement à exposer les aspects médicaux de l'attaque.

Un ouvrier est frappé par un éclat de pierre ou de bois projeté de loin qui lui brise un des deux pariétaux : il tombe sans connaissance. Un coma entremêlé de convulsions se prolonge plus ou moins longtemps avec des phases et des phénomènes divers, puis tout guérit: intelligence, sensibilité, mouvement; deux mois plus tard, une attaque d'épilepsie, la première, renverse le malade ; elle est sans avertissements, sans excuses pour ainsi dire, et caractéristique. Les crises se répètent à intervalles variables, souvent séparées par des mois, toujours identiques à elles-mêmes, parfois suivies de sopor comateux, parfois accompagnées d'un vague délire. Le malade est, du fait de sa blessure, devenu épileptique et pendant le reste de sa vie, si l'art n'intervient pas, si la lésion locale ne se fait pas spontanément (chance rare), il reste condamné à cette implacable maladie.

Que le traumatisme résulte d'une chute, d'une contusion, d'un choc, il peut entraîner les mêmes conséquences dès qu'il détermine les mêmes altérations. L'épilepsie en se prolongeant ne change pas de caractère, mais peut se compliquer de troubles consécutifs.

Ces blessés répondent au type et sont conformes à l'étalon. Les attaques ne sont pas un accessoire puisqu'en dehors d'elles on ne découvre pas une tare morbide au moins pendant un espace de temps indéfini.

Je n'insiste pas sur ces épilepsies acquises, survenues par une cause évidente, bien qu'il me paraisse important de noter le rôle que joue la compression d'un os accidentellement déplacé. Je passe également sous silence les épilepsies tardives se déclarant à un âge relativement avancé, et dont la pathogénie nous

échappe parce que la lésion cérébrale à laquelle elles se rattachent est douteuse ou méconnue.

II

Il existe une classe d'épileptiques corrects, la plus compréhensive de toutes, celle qui peuple nos trop rares asiles, celle qui jette le désespoir dans les familles et qui n'admet pas même les consolantes prévisions du médecin : c'est à celle-là que je veux m'attacher exclusivement.

Maladie de développement, elle n'éclate qu'à un âge défini, ni au-dessus, ni au-dessous. Passé 20 ans on peut affirmer qu'elle est non pas invraisemblable, mais impossible. Plus redoutable que les autres maladies liées à l'évolution, elle ne se modifie ni par le progrès de la vie ni par les transformations du tempérament, à la façon de la scrofule ou de la chlorose.

Par sa marche, par ses caractères positifs tels que les ont établis des siècles d'expérience, elle étonne ; on pourrait dire qu'elle se compose d'une série de dérogations aux lois pathologiques.

Tout d'abord, à l'inverse des autres affections quelles qu'elles soient, elle fait explosion sous une forme et avec une violence d'*insultus* dont elle ne se départira jamais. La première attaque est l'égale de celles qui la suivent, aussi intense, aussi achevée. Les accès peuvent s'éloigner ou se rapprocher, nous les comptons, nous ne les pesons pas. Dans certaines familles d'épileptiques, on tient registre des attaques et on les inscrit à leurs dates. Il n'est pas un de nous qui n'ait ou qui n'ait eu à sa disposition de ces registres embrassant de longues périodes de mois et d'années. Nous nous réjouissons de voir s'allonger les répits, nous tenons compte de la périodicité des heures, moins parce qu'elle engage l'avenir que parce que les crises nocturnes sont moins pénibles aux malades. Quel médecin a jamais songé à mesurer l'intensité des attaques, tant nous sommes convaincus d'avance de leur monotone fatalité ?

L'épilepsie, dans son uniformité symptomatique, n'est même pas progressive par le rapprochement des attaques. Tantôt subintrantes, constituant ce que par une expression réussie on appelle l'état de mal, tantôt distancées par d'énormes intervalles, elles n'obéissent à aucune règle et se soustraient à la prévision. Personne n'est autorisé à admettre que plus on a vieilli dans l'épilepsie, plus on est sujet à des crises fréquentes ; encore moins oserait-on accorder que les attaques acquièrent graduellement une violence croissante.

Les aggravations justement redoutées n'empruntent rien à l'attaque proprement dite qui ne dévie pas, et relèvent toutes de complications cérébrales. A force de subir des commotions encéphaliques, le malade peut tomber dans un état de maladie secondaire dont on retrouverait l'analogue à la suite de beaucoup d'autres *ictus* cérébraux ; c'est le délire qui succède à la convulsion, c'est l'imbécillité ou l'idiotie acquise, c'est la folie continue, c'est la stupeur ou l'agitation plus ou moins durable. Quand ces altérations du second ordre se sont constituées, elles n'influent ni sur la marche, ni sur le mode des attaques. Ces faits sont d'une authenticité si bien acquise qu'elle est devenue banale.

La première attaque est pareillement aussi soudaine que celles qui lui succèdent. Elle éclate au milieu de la santé la plus florissante, sans prodromes, sans avertissements à l'usage des plus habiles. On aime à l'attribuer à une cause occasionnelle dans l'espérance que, la cause disparaissant, le mal cédera avec elle. L'illusion est de courte durée même pour la famille. Si exquise que soit la recherche, rien ne fournit un indice. L'histoire des *aura* préparatoires est pleine d'exagérations, et encore ne comprend-elle guère que les cas mixtes. L'hystéro-épilepsie, les épilepsies accidentelles peuvent se préparer de longue main : la malade arrive par exception à les prévoir assez longtemps d'avance pour se garantir de la chute, mais ces *casus rariores* répondent aux accès épileptiformes.

Chez quelques épileptiques à attaques exclusivement mati-

nales, le sommeil semble être un antécédent nécessaire. Là même, ni la profondeur, ni la légèreté du sommeil, ni sa durée, ni les fatigues de la veille, ni les troubles digestifs qui jouent un si grand rôle dans les perversions du sommeil, ni les rêves ni les cauchemars n'interviennent. Le malade qui, pendant 10 ans, n'a éprouvé de crise que de 4 à 6 heures du matin, est frappé en plein jour, et cet écart ne surprend pas le médecin qui s'y attendait sans avoir eu le droit de le prévoir.

L'attaque initiale n'est ni plus longue ni plus courte que les autres. L'élément de la durée constitue pour tous les observateurs une des données les plus décisives, celle qui éclaire le mieux les diagnostics différentiels ; toute crise qui se prolonge au delà du terme pour ainsi dire réglementaire éveille le doute ; ou elle se compose d'une succession d'attaques, brèves et répétées, ou elle n'appartient pas au type classique. La première question qui s'impose dans l'examen d'un sujet réputé épileptique est la suivante : combien de temps dure l'accès, de son début instantané à la période soporeuse ; s'il est acquis que chaque crise a duré pendant des minutes, le médecin réserve son jugement. L'attaque éclamptique ou épileptiforme subit au contraire de telles variations de durée qu'elles échappent à toute prévision.

La succession des symptômes dont se compose l'accès épileptique à toute époque de la maladie n'est pas moins constante. Chaque stade peut s'accuser avec une intensité variable, mais les phénomènes essentiels ne font jamais défaut. Si la stase sanguine qui provoque la lividité de la face est moins marquée, si la convulsion tonique prédomine sur les secousses cloniques, si la vessie ou le rectum participe davantage aux spasmes, si la langue se rétracte dans la bouche ou qu'elle soit mordue entre les dents, si la salive est abondante ou perle seulement au bord des lèvres, la chose n'a pas d'importance. Elle en aurait une énorme dans le cas où, par le progrès du mal, l'accès croîtrait en violence, et les observateurs sans nombre qui ont envisagé l'épilepsie sous tous ses aspects n'auraient pas manqué

de le signaler. A ce point de vue comme à tous les autres, je mets le praticien le plus compétent au défi de soupçonner, lorsqu'il est témoin d'une attaque, s'il assiste à la première ou à la centième.

La constitution du malade, son état diathésique, qu'il soit anémique, scrofuleux ou sous l'influence de tout autre tempérament, est si dépourvu de signification qu'il serait oiseux d'en parler, le sexe même ne compte pas.

L'épilepsie dont je parle est implacable: elle ne guérit jamais. La thérapeutique contemporaine a réussi, et c'est une de ses conquêtes, à retarder ou à suspendre les attaques, sans aller au delà.

Les praticiens exercés sont tellement convaincus de l'individualité de l'épilepsie vraie, qu'ils se réfugient dans l'empirisme et ne font pas d'emprunt aux médications banales. Les médicaments se sont succédé sans que l'insuccès éteignît le zèle, mais les seuls commençants ont songé à utiliser les ressources habituelles des formulaires : ni l'hydrothérapie, ni les toniques ou les antiphlogistiques, ni les dérivatifs de tout ordre, ni les moyens hygiéniques les plus autorisés ne servent même à modérer la maladie ; on ne serait pas excessif en ajoutant qu'ils ont peu de prise sur le malade.

L'épileptique se trouve à ce point de vue dans les conditions du syphilitique indifférent à toute médication qui ne va pas droit à son mal. Il n'en est pas ainsi lorsqu'il s'agit de crises épileptiques adventices qui se subordonnent aux médicaments locaux ou généraux propres à atténuer l'affection dont elles ne sont qu'un des symptômes.

Comment espérer d'ailleurs qu'un modificateur transitoire de l'économie produira des effets utiles lorsqu'on voit que la puberté elle-même passe inaperçue !

L'épilepsie maladie d'évolution n'est pas héréditaire. Cette proposition semble avoir soulevé quelque surprise et j'ai peine à le comprendre tant elle a peu de nouveauté. Je n'ai pas à défendre un fait, mais peut-être convient-il de le commenter.

La formule de l'hérédité épileptique, si elle existait, serait celle de toute généalogie : *Epilepticus autem genuit Epilepticum*. Or, les statistiques (et combien elles sont nombreuses!) ont suffisamment prouvé que cet engendrement direct est l'exception. L'épilepsie se transmet si rarement que jamais un dicton populaire n'aurait osé dire : à père épileptique, fils épileptique; à plus forte raison un aphorisme médical. Sous ce rapport l'épilepsie se rapproche, et on ne saurait y voir une simple coïncidence, de la surdi-mutité par vice de conformation.

Est-ce à conclure que l'épilepsie, affection autochthone, se produit par une génération spontanée et n'emprunte rien aux ascendants. Bien s'en faut. Elle est au contraire une des maladies sur la genèse desquelles la santé des parents a le plus d'influence. mais par voie détournée comme pour la surdi-mutité.

Qu'on fasse enquête sur les familles dont les épileptiques vrais sont issus, on trouve un nombre limité de cas collatéraux. Les ascendants, quand ils ont présenté des troubles maladifs, étaient atteints des affections les plus diverses du système nerveux, de la bizarrerie à l'aliénation confirmée; ils avaient contracté des mariages consanguins; ils s'étaient livrés à des débauches de tout genre; ils appartenaient à une race, pour mieux dire à une *tribu* de dégénérés, ou ils avaient eux-mêmes inauguré la déchéance : alcooliques, vicieux, vagabonds, déclassés de n'importe quelle classe de la société.

Les ascendants irresponsables comptent dans leur progéniture des idiots, des infirmes et des difformes, enfants mal venus sans qu'on trouve la raison de cette imperfection génitale.

Dans certains cas enfin, on ne peut invoquer que l'hypothèse parfois plausible d'un accouchement laborieux, d'une grossesse entravée par des accidents ou d'une altération fœtale.

Il m'est arrivé souvent, comme à tous les médecins, d'être consulté sur la possibilité de marier un épileptique. La réponse était facile en présence de l'incurabilité et en regard des événements si menaçants de l'avenir. On accordait le péril et on s'y résignait. Mais les enfants? Quel sort leur présageait cette union

librement consentie et dont il répugnait de leur infliger les conséquences? J'avais épuisé honnêtement les arguments contraires; je me reconnaissais à peine le droit d'opposer comme un souverain empêchement la probabilité de l'hérédité épileptique. Dans ces graves circonstances, il déplait d'agir seul. Mes confrères consultés, hommes de mûre expérience, n'ont pas eu d'autre avis : avec moi ils admettaient les dangers que peut entraîner pour la descendance toute grave affection du système nerveux. De même que l'homme cérébral donne naissance à l'occasion à un fils épileptique, de même le père ou la mère épileptique peut engendrer, suivant le hasard des transformations héréditaires, un enfant irréprochable, idiot, infirme ou aliéné prédestiné.

Il faudrait défigurer le sens des mots pour appeler ces modes de transmission ou plutôt d'influence : hérédité épileptique.

Pourquoi l'épilepsie type échappe-t-elle aux lois fondamentales de la pathologie? Pourquoi n'a-t-elle ni évolution ni involution? Pourquoi demeure-t-elle invariable dans sa manifestation essentielle : l'attaque? Pourquoi les aggravations, les complications, les aventures ne changent-elles rien au fond? Pourquoi la mort n'est-elle pas sa conséquence obligée?

C'est que la grande épilepsie n'est pas une maladie, mais une infirmité; autant elle s'écarte des règles qui commandent aux malades, autant elle obéit à celles qui s'imposent aux infirmes : l'immobilité invariable, l'incurabilité, le fait d'être un centre fixe autour duquel gravitent des accidents multiples et secondaires. Dès qu'on l'envisage sous cet aspect, ce qui était complexe devient simple, ce qui était obscur s'éclaircit.

Infirmité, elle s'acquiert par les deux seuls procédés possibles : ou par un traumatisme à lésions immuables ou par une déformation spontanée. J'ai passé outre au premier ordre de faits pour ne m'arrêter qu'au second.

L'épilepsie non traumatique ne survient pas à tout âge; son apparition n'a lieu, comme je l'ai dit, que de 10 à 18 ans en moyenne. L'enfant réputé épileptique de naissance rentre dans

une autre catégorie sur laquelle j'aurais à revenir. L'adulte devenu comitial plus tardivement n'appartient même pas à l'espèce.

De 10 à 18 ans il s'accomplit une évolution dans l'assiette du crâne. Les sutures si multiples de la base se consolident en masse ou par portions. C'est au moment où ce travail s'achève, date variable dans la limite de plusieurs années, que la conformation crânienne devient fixe; c'est à la même période de la vie que l'épilepsie apparaît.

Les conformations vicieuses des pariétaux, de l'occipital, de la voûte profitent des compensations bien connues qui en annulent en tout ou en partie les effets fâcheux. Il n'en est pas ainsi pour les os qui se rattachent à la fois à la base et à la face, groupés autour des segments antérieurs du trou occipital, solidaires les uns des autres et subissant le contre-coup, même à distance, de leurs variations de formes.

La consolidation s'effectue en vertu d'une loi physiologique sans trouble aucun de la santé qui puisse fournir un avertissement. Correcte, elle assure la symétrie de l'appareil osseux qui concourt à la formation de la base du crâne; incorrecte, elle s'accuse par une asymétrie. C'est un fait depuis longtemps mieux qu'entrevu, constaté par des observateurs compétents, que la déformation du trou occipital joue un rôle dans la genèse de l'épilepsie. Son rôle eût été tout autre si, au lieu de confondre dans une commune description les épilepsies de divers ordres, on avait pris compte des seules épilepsies dues à une erreur de conformation.

Les zoologistes ont, à juste titre, posé une loi qui trouve son étroite application à la médecine, c'est qu'aucun des caractères qui servent à la classification ne doit être latent et révélé seulement par les autopsies. Si les déformations basiques du crâne ne se découvrent que *post mortem*, elles cessent d'avoir une valeur pratique.

Il n'en est pas ainsi, et les asymétries de la face auxquelles correspondent celles de la base crânienne sont pendant la vie

d'une facile constatation. Le tout est de les chercher et d'acquérir par l'expérience la technique de ce mode d'investigation.

L'asymétrie épileptogène s'accuse par une saillie plus ou moins notable d'une des moitiés du frontal; j'ai cru pendant longtemps que le côté droit était le seul atteint, et je persiste à croire qu'il est de beaucoup le plus fréquemment affecté. Cette saillie globuleuse occupe la région sus-orbitaire dans la plupart des cas, quelquefois elle se porte plus en arrière, au niveau de la suture avec le pariétal correspondant, dont elle compromet la symétrie. J'ai actuellement dans mon service un homme épileptique qui présente au plus haut degré cette disposition.

La saillie prédominante se constate à la fois par le toucher et par la vue : par le toucher, en appliquant simultanément les deux mains sur le front du malade et en exerçant un palper répété et attentif; par la vue, en faisant renverser la tête en arrière, de manière à ce que la partie moyenne du frontal se dessine comme ligne d'horizon.

Si la déformation se borne là, je la tiens pour douteuse. Il faut qu'elle retentisse sur le système osseux de la face et s'y accuse par des déviations certaines. On constate à l'examen, tantôt une asymétrie des orbites, tantôt celle d'un des os malaires qui fait une saillie évidente tandis que l'os parallèle subit une dépression, souvent toutes les deux. L'inspection de la voûte palatine me paraît fournir un complément d'information indispensable. L'arête qui trace la ligne médiane est plus ou moins oblique et les deux côtés de la voûte du palais n'affectent pas la même courbure.

Je crois pouvoir admettre que, dans certains cas, le plan imaginaire qui passerait par le centre des apophyses mastoïdes est également oblique, mais je n'oserais l'affirmer. La mensuration par le palper est trop délicate et nous n'avons pas de mesure plus exacte à lui substituer.

Ces asymétries presque toujours manifestes même à première vue, quelquefois exigeant une recherche méthodique, semblent répondre à deux types. Ou la face a subi un mouvement de ro-

tation en sens inverse du frontal, ou elle est entraînée dans la même direction. Dans le premier cas, à la saillie frontale droite répond une saillie malaire gauche, dans l'autre les saillies se dessinent du même côté. La première forme est la plus commune.

Il arrive que les parties molles du visage participent visiblement à la déformation des plans osseux, les muscles sont alors, comme chez les gibbeux, soumis à des tractions inégales et la face ne se contracte plus également des deux côtés; tantôt un des deux sourcils s'abaisse, tantôt les lèvres se dévient et s'entr'ouvrent obliquement, tantôt les plicatures de la peau sont plus marquées dans une des moitiés du visage. Ces déformations accessoires ont peu d'intérêt et souvent même appellent une autre interprétation.

Les médecins qui ont pénétré profondément dans l'étude des prédispositions nerveuses savent quelle importance prennent les anomalies des tissus mous de la face, lors même qu'elles ne s'expliquent pas par une conformation vicieuse des os; dues à un défaut de concordance des nerfs symétriques, elles témoignent d'un désordre qui peut préparer de plus graves lésions, mais elles n'ont que de lointains rapports avec l'épilepsie.

On comprend que je ne puis ni ne veux poursuivre dans le détail l'étude de variations, qu'il me serait impossible de décrire. La mensuration précise nous échappe faute de procédés et de moyens graphiques propres à donner un simple schème des degrés de l'asymétrie.

Ce que j'affirme, c'est que l'asymétrie fronto-faciale est la règle toutes les fois que la première attaque épileptique est venue surprendre le malade dans les limites d'âge que j'ai assignées. Mon observation ne porte pas sur quelques faits qu'il serait permis de considérer comme de hasardeuses exceptions, elle s'appuie sur des centaines, j'oserais dire sur des milliers de malades; elle a reçu le contrôle d'enquêtes sérieuses relatives à la période de la vie où l'épilepsie s'est déclarée.

Mon but en publiant ces recherches a été, à l'exclusion de

l'investigation anatomo-pathologique réservée à des médecins placés dans des conditions plus favorables que moi, d'exposer les côtés cliniques de la question. Sur ce terrain, bien peu de praticiens pourraient invoquer une expérience plus profuse.

La seule conclusion à laquelle j'entends aboutir est celle-ci : Toutes les fois qu'un médecin sera appelé à examiner un épileptique, que son premier soin soit de constater si oui ou non il existe une asymétrie de la région supérieure de la face ; s'il constate son existence, l'épilepsie est le résultat d'une malformation et son début répond à l'âge de la vie où se fait la consolidation osseuse.

La maladie due à un vice de développement et ne procédant pas d'une lésion accidentelle répond au type dont j'ai énuméré les caractères, et par ses symptômes, et par sa marche, et par les conséquences qu'elle entraîne.

(*Archives générales de médecine*, 1877.)

LA PATHOGÉNIE DE L'ÉPILEPSIE.

Il existe à Londres une institution médicale tout enviable, et qu'il serait heureux de voir importer chez nous. De généreux donateurs ont fondé des leçons ou *lectures* faites devant un auditoire d'élite, par des médecins choisis à cet effet. L'affluence est considérable, et ces enseignements, assez courts pour ne pas fatiguer l'attention, assez remplis pour solliciter la curiosité, sont intégralement reproduits par les journaux de médecine. Ce mode d'entraînement scientifique n'est-il pas, en somme, préférable aux œuvres manuscrites que récompensent nos Académies, quand elles ont le courage de les récompenser, et qui, sans éclat même éphémère, passent tristement de l'indifférence à l'oubli?

Il s'en faut, on le comprend, que ces leçons aient une égale valeur et un égal retentissement.

La dernière *Gulstonian Lecture*, délivrée, pour prendre la formule anglaise, devant le Collège royal des médecins, était confiée au docteur Gowers, médecin de l'hôpital national pour les paralysés et les épileptiques,

Le professeur, par un singulier retour à des habitudes justement démodées, a cru devoir emprunter à la statistique les éléments de sa dissertation orale. Si la méthode était encore discutable, il aurait fourni contre elle de bien puissants arguments. Le défaut des doctrines défectueuses n'est pas seulement d'affirmer une erreur, mais d'en tirer des conclusions qui restent longtemps après qu'on a oublié les prémisses.

Le docteur Gowers a émis, sur la pathogénie de l'épilepsie en particulier, de telles propositions qu'il convient de s'en défendre. Quand un homme de son expérience énonce, comme démontrées, des lois plus ou moins illusoires, il est à croire que ses vues théoriques comptaient d'avance des partisans, et qu'elles appellent tout au plus un supplément de preuves ; on évoque alors des histoires sans authenticité, mais conformes à la tradition inconsciente, qui est le pire ennemi du progrès en médecine.

Le passage relatif aux causes immédiates de l'épilepsie vaut d'être traduit *in extenso* :

« De toutes les causes immédiates de l'épilepsie, les plus puissantes sont les causes psychiques : la frayeur, l'excitation, l'anxiété. A ces causes, 157 cas sont attribuables, plus d'un tiers des cas de cause déterminée et un septième de toute la série des faits observés; c'est la frayeur qui occupe le premier rang, avec 119 cas, ou 10 p. 100 de la totalité. Elle agit surtout aux premiers âges de la vie, où l'émotion est facile ; elle est encore puissante à l'époque du passage de l'enfance à l'adolescence ; plus tard, elle devient inactive. Sur 119 cas, 70 se déclarèrent entre 10 et 20 ans, 30 seulement au-dessous de 10 ans, et 3 après l'âge de 30 ans.

« Le sexe féminin est notoirement plus émotile ; aussi la proportion des filles devenues épileptiques à la suite de frayeurs excède-t-elle celle des garçons. Le contraste est moindre qu'on n'aurait dû le croire : 71 filles et 48 garçons.

« On sait que la différence des sexes, en ce qui concerne l'émotilité (*emotionality*), s'accuse d'autant plus que les sujets avancent en âge. Dans l'enfance, les deux sexes sont égaux; à la puberté, la fille est plus prompte à s'émouvoir que le garçon. L'influence de la frayeur sur la production de l'épilepsie est en parfaite harmonie avec cette loi. De 10 à 20 ans, le rapport des garçons aux filles est de 3 à 4; entre 20 et 30 ans, ce même rapport est de 3 à 13.

« L'action de cette cause est positivement reconnue dans la

phraséologie populaire ; on comprend sa valeur quand on se rappelle avec quelle violence la frayeur affecte les centres nerveux. La stimulation des centres nerveux se manifeste par des actes musculaires subits, comme le tressaillement de la peur qui provient, sans aucun doute, de la tendance instinctive à une action immédiate. Le tremblement se continue souvent assez longtemps pour indiquer que le trouble nerveux n'est pas seulement transitoire. Dans les nerfs organiques, le centre vasomoteur est d'abord excité, puis refréné, les sphincters échappent au contrôle, les nerfs de la sensibilité sont excités, les mouvements du cœur sont accélérés peut-être par suspension de l'activité du pneumogastrique, et ce dernier effet est le plus constant.

« La frayeur est de diverses natures. Dans 8 cas, il s'agissait d'une plaisanterie stupide, comme l'apparition d'un prétendu fantôme ; deux fois les enfants avaient été jetés dans des cabinets noirs ; dans 5 cas, l'effroi avait été causé par un incendie, dans 6 par des voleurs, dans 3 par de violents orages, 6 fois les malades avaient été témoins d'accès épileptiques. Un soldat a eu son premier accès à la suite de l'apparition inattendue d'une chèvre (!).

« L'intervalle entre la cause frayeur et l'effet épilepsie a été 28 fois presque nul ; 16 fois de quelques heures ; 10 fois d'une journée à une semaine ; 13 fois de plusieurs semaines.

« L'anxiété a été la seule cause appréciable dans 29 cas. »

Viennent ensuite, dans l'importance numérique des causes d'épilepsie, les traumatismes.

Il est difficile de réunir en si peu de lignes tant de naïves assertions, et on s'étonne qu'un médecin, rompu à l'étude des épileptiques, se soit fait, au nom du numérisme, le défenseur ou le rénovateur des vieux préjugés populaires.

Non, l'épilepsie n'est pas plus provoquée par la peur que par l'anxiété, ou par ce moteur de haute fantaisie qu'on appelle l'émotion sans le définir, agent si subtil qu'on le note avant et qu'on ne le retrouve plus après.

Le soldat épouvanté à la vue d'une chèvre, pas même d'un bouc, sort du cadre pathogénique pour rentrer dans les types

bouffes des soldats fanfarons et poltrons à l'usage des comédies. Les aventures de ce brave me rappellent une histoire qui peut lui servir de pendant.

Un philosophe aliéniste, plus théoricien qu'observateur, me racontait solennellement le fait d'un gendarme qui, après avoir assisté à une exécution capitale, fut pris d'insomnie et de terreurs nocturnes; il voyait la nuit des têtes de décapités descendant le long des murs de sa chambre. L'émotion ne justifiait-elle pas le trouble mental, et pouvait-on mettre en doute l'influence des causes morales sur la genèse de la folie? Or, le gendarme, on l'a deviné, était sous le coup d'un accès de déliro alcoolique : buveur invétéré et si incorrigible qu'on dut lui signifier son renvoi.

Qu'on prenne au hasard une de ces causes morales, qu'on choisisse même la plus saisissante : la peur du feu; qu'en dehors de l'épilepsie on en cherche les prétendus effets dans les cas de simples délires anxieux, on verra quel crédit méritent ces interprétations fantaisistes.

Un malade, homme de 45 ans, est éveillé le matin par un feu de cheminée. Il en éprouve une inquiétude excessive, et, à partir de ce moment, il devient sombre, néglige ses affaires, s'enferme seul et tombe dans un état mélancolique. Voilà le récit, voici la vérité : Le malade était déjà anxieux, l'excès de sa frayeur a été une révélation pour la famille qui, ne comprenant rien à tant d'émotion, a remonté dans le passé et fait dater la maladie du jour où elle s'en était aperçue. Depuis lors le mal a marché : ces antécédents mélancoliques, avec ou sans feu de cheminée, n'étaient que les prodromes d'une affection cérébrale du type maniaque en pleine évolution.

Madame X... assiste à un incendie au voisinage de sa demeure, son effroi légitime n'excède pas le permis. Pendant deux ou trois jours, elle est troublée, ne parle que du désastre, dont elle a été le témoin. Puis une crise maniaque éclate, qui se termine par des accidents méningitiques mortels.

La nommée R..., 35 ans, domestique dans un hôtel, est, elle

aussi, réveillée par un incendie d'ailleurs sans importance, et qui se déclare dans une maison voisine. Émotion, frayeur, anxiété, tous les éléments invoqués par le docteur Gowers. Elle est obsédée par la pensée qu'on l'accuse d'avoir mis le feu, elle entend des voix qui le lui imputent, elle va au-devant des reproches et demande à se disculper. Quoi de plus évident ? Or, la femme R... était depuis un mois sous l'influence d'un délire de persécution classique avec hallucinations de l'ouïe, interprétation des propos recueillis au hasard, des récits des journaux qui devaient la concerner, etc. Elle s'en était déjà prise à des accidents insignifiants. On lui avait donné une lettre à porter, la personne était absente. Certainement elle l'avait évitée par mépris, et le mystère l'entourait, gros de menaces. La peur d'être accusée d'incendie a duré trois jours, elle est remplacée aujourd'hui par la crainte d'être soupçonnée de vol; dans huit jours, il surgira quelque autre appréhension. La cause n'est pas à demander à la peur, mais à une succession d'éblouissements et de vertiges qui a signalé l'invasion du délire.

J'accepterais encore une émotion violente, terrible, occasionnant un délire de passage; mais je ne consens pas à laisser figurer ces agents subalternes en tête de l'épilepsie, la maladie la plus rebelle aux influences extérieures quelles qu'elles soient.

Un enfant traverse avec son père un des chemins creux et ombragés de la Normandie ; tout à coup un chien de berger saute d'une haie à l'autre pour aller rejoindre le troupeau. L'enfant a peur, et, huit jours après, éclate la première crise épileptique. Or, le malade a 10 ans, sa conformation crânienne a rang parmi les plus vicieuses, ses frères sont morts de méningite, et la famille tout entière est entachée de prédispositions cérébrales. Tout naturellement l'étiologie est affirmée par les parents désireux d'attribuer le mal à une cause extérieure et d'innocenter ainsi les imperfections de leur race.

Une jeune fille de 14 ans est prise d'un accès épileptique le matin, au réveil. La famille interroge, s'inquiète; il lui faut à tout prix une raison et presque une excuse. L'enfant est victime

d'une terreur qu'on n'a garde de spécifier. A force d'insistance, j'apprends que le vent a soufflé la bougie que l'enfant tenait à la main en montant, le soir, l'escalier de la maison qu'elle habite. L'événement ridicule a eu lieu n'importe quand ; mais s'il est pardonnable aux gens du peuple de se complaire à des récits d'autant plus accrédités qu'ils sont plus merveilleux, les médecins ont-ils droit à la même indulgence?

Tantôt il faut des heures et tantôt des mois d'incubation pour que la frayeur porte ses fruits. Quant à l'anxiété et à l'émotion, comme il est absolument impossible d'en constater la réalité, on manque de bases pour établir le temps écoulé entre la conception et l'éclosion, et on n'en parle que pour mémoire. Les statistiques, déjà si défectueuses quand il s'agit d'établir des pathogénies *fermes*, deviennent des jeux d'enfant lorsqu'on les met au service des plus capricieux antécédents et surtout des partis pris populaires.

L'épilepsie, dit le docteur Gowers, est si bien un fait de sensibilité morale surexcitée, qu'elle apparaît entre 10 et 20 ans, à l'âge où les émotions font leurs pires ravages, et que 4 petites filles forcément plus accessibles à la peur ont été affectées, contre 3 garçons non moins forcément plus hardis. On ne discute pas ces choses-là, et c'est déjà presque trop que de les raconter.

Au commencement de ce siècle, quelques médecins littérateurs s'étaient ingéniés à expliquer psychologiquement les origines de la folie puerpérale. La jeune mère ne devait-elle pas subir de douces ou d'émouvantes sensations? Ne voyait-on pas ces joies, ces anxiétés, ces responsabilités nouvelles jetant le trouble dans la sérénité de leur âme? Et le délire n'était-il pas la conséquence toute naturelle de tant de perplexités morales? Pour un peu, les accouchées non délirantes auraient manqué de cœur. Qui oserait aujourd'hui en présence des lésions nerveuses multiples, des paraplégies, des hémiplégies, des crises hystériques extra-intellectuelles provoquées par la gestation, continuer la plaidoirie en faveur des causes morales?

Pour l'épilepsie, il n'existe même pas un semblant d'excuse. Comment! il serait toléré d'expliquer la plus terrible des maladies par le plus humble des *ictus* ? Un moment de frayeur suffirait à créer une affection cérébrale implacable, destinée à suivre une évolution qui aboutit aux plus graves perversions encéphaliques ? Et ni la peur à son *summum*, ni la mort imminente, ni le péril suprême ne seraient de force à provoquer ultérieurement le vertige épileptique de quelques secondes, pas plus que la grande attaque !

La loi de l'épilepsie vraie, ce qui fait son énormité, ce qui décourage dans ses médications, c'est qu'elle n'emprunte rien aux circonstances extérieures ; saut le sommeil, il n'est pas un élément de la santé ou de la maladie dont elle reconnaisse l'influence utile ou nuisible. L'enfant grandit et reste, à 40 ans, épileptique comme il l'était à 14 ; il est riche, il est pauvre ; il est chétif, il est robuste ; il mène la vie la plus correcte ou la moins régulière, rien n'y fait.

Qu'on me cite, je ne dirai pas une série de crises, mais un seul accès déterminé par une cause morale, joie ou terreur ! L'imprévu, l'imprévoyable, voilà le caractère qui domine tous les autres. Or, la recherche des causes actives, apprises par leurs effets, était pressante, car la cause connue se supprime plus ou moins, et avec elle disparaissent ses conséquences.

L'épilepsie n'est malheureusement ni un hasard ni une curiosité pathologique, et les occasions de l'observer ne sont rien moins que rares. Les familles s'associent avec une curiosité anxieuse à l'étude de l'attaque. Si nous pouvions seulement prévoir et prévenir la chute! est leur phrase consacrée.

Tous les efforts ont été improductifs, et le docteur Gowers, précédé dans cette voie par ce qu'il appelle timidement la phraséologie populaire, a trouvé non plus la cause de l'attaque, mais celle de la maladie tout entière. Et la cause serait si énergique qu'elle aurait du premier coup épuisé son effet et qu'on n'aurait plus à compter avec elle. Il est vrai que la triade : peur, émotion et anxiété, stimulant les centres nerveux, excitant le système

vaso-moteur et précipitant les mouvements cardiaques, on serait mal venu de s'étonner qu'elle donnât naissance à l'épilepsie !

Il y a là une erreur de pathogénie et une faute de pathologie qu'il serait sans profit de relever, si elles n'étaient commises par d'autres médecins. L'épilepsie est encore, pour un petit nombre de praticiens, une névrose, et, pour un nombre encore plus restreint, l'idéal des névroses : or, du moment qu'on parle de névroses, il n'est pas de causalité fantaisiste qui semble hors de propos.

Pour ma part, je ne suis pas un statisticien, je ne me fie pas aux assertions des relevés hospitaliers, mais je déclare n'avoir jamais rencontré un cas d'épilepsie franche qui, après enquête personnelle et sérieuse, me paraisse avoir dû naissance ni à la peur ni à une émotion d'aucun genre.

(*Union médicale*, 1880.)

CATALEPSIES PARTIELLES ET PASSAGÈRES.

Il paraît accepté que les états nerveux se composent d'une succession confuse de symptômes protéiformes, insaisissables, et qui échappent à toute tentative de classement. Admettre qu'une maladie trompe à ce degré l'attente des médecins, c'est à la fois avouer et excuser son ignorance. On ne saurait trop s'élever contre ce parti pris résigné qui conduit à s'abstenir de l'étude en la déclarant impossible; si peu productifs qu'ils soient, les efforts à l'aide desquels on cherchera à apporter de l'ordre dans ce désordre ne peuvent être sans quelque profit.

J'ai, dans un autre mémoire, essayé de circonscrire et d'exposer sous le nom d'*ataxie hystérique* toute une classe de faits déjà signalés, mais qui peut-être avaient été l'objet d'une analyse moins approfondie. Mon intention est de décrire aujourd'hui une autre catégorie de phénomènes qui ont encore moins éveillé l'attention des observateurs.

On désigne provisoirement sous le nom d'*hystérie* un ensemble de manifestations nerveuses se produisant de préférence chez les jeunes femmes, se rencontrant chez les jeunes gens par une rare exception et ne relevant pas d'une lésion connue des centres nerveux. Quelle que soit la valeur singulièrement contestable de la définition, elle sert à constituer un genre qu'on arrivera plus tard à décomposer en espèces.

Dans la multiplicité des troubles nerveux ainsi rattachés à la passion hystérique, plusieurs ont été soumis à une plus savante

analyse. Au lieu de décrire les crises où les accidents se succèdent avec une insaisissable rapidité, on a pris l'hystérique pendant ses périodes de rémission, alors qu'elle se prêtait à un examen régulier. C'est grâce à ce procédé qu'on est parvenu à la découverte d'un certain nombre d'altérations durables du système nerveux, et c'est en continuant à suivre la même voie qu'on réussira à compléter la recherche.

Au premier rang des faits acquis à la science, il convient de placer l'anesthésie qui avait échappé aux anciens observateurs. Nous savons actuellement, si peu renseignés que nous soyons sur sa raison physiologique, les variétés cliniques de l'anesthésie cutanée.

Au second rang vient l'hyperesthésie, dont la nature est encore toute confuse, phénomène moins fréquent, plus capricieux, et d'une plus difficile appréciation.

Les désordres du mouvement occupent la troisième place et se partagent, comme ceux de la sensibilité, en exagération ou en diminution de la motilité : d'une part, les convulsions et les contractures; de l'autre, les paralysies, les parésies, les simples affaiblissements musculaires.

Enfin dans un autre ordre d'investigations se présentent des perturbations qui intéressent la motilité volontaire, mais qui, ne consistant pas dans une simple interruption ou dans une surexcitation des mouvements, exigent une observation plus délicate et justifient les développements dans lesquels je crois nécessaire d'entrer.

Tout mouvement volontaire se compose, abstraction faite des organes, d'un certain nombre de termes ou de facteurs ; il suppose, en effet, un but à atteindre, un acte de volonté qui décide de l'effort, une série de sensations intermédiaires qui nous renseignent sur les résultats obtenus et une notion préalable plus ou moins vague des forces qu'il s'agit de mettre en action. Qu'on prenne le mouvement volontaire le plus simple, la préhension d'un objet situé près de nous, par exemple, et on retrouvera la trace de chacun de ces éléments reconnus et décrits par tous

les observateurs. L'individu qui jouit de la plénitude de la fonction accomplit presque à son insu ce travail multiple mi-intellectuel, mi-instrumental. Chez les malades dont le système nerveux est affecté, il manque par intervalles un des chaînons, et où le lien normal aurait volontiers échappé, on saisit aisément la lacune.

Les expériences cliniques ont sous ce rapport une valeur de détail que les expériences physiologiques sur les animaux ne sauraient jamais obtenir. La relation de la volonté avec le mouvement est, pour l'animal en expérimentation, réduite à son expression la plus grossière. L'animal remue le membre à la suite d'une irritation, ou reste incapable de le mouvoir ; mais l'expérimentateur ne sait pas dans quelle mesure l'acte répond à la décision. L'homme, au contraire, rend compte de son intention ; il ne se borne pas à fuir devant la douleur, mais il s'essaye à des exercices variés : il dispose de sa volonté sans être contraint ou par une action réflexe, ou par une impulsion fatale ; on peut ainsi mettre en présence la détermination et le fait accompli, la détermination qu'il énonce et le fait dont on juge par les mouvements réalisés. C'est justement parce que l'expérience est complète qu'elle est d'une analyse plus difficile ; on la simplifie en supprimant l'élément intellectuel, mais en même temps on abandonne une part de la vérité et on abaisse le niveau de l'expérimentation appliquée à l'espèce humaine. Les recherches cliniques sur la théorie des mouvements sont loin d'être aussi précises que les investigations des physiologistes : il ne s'agit d'établir entre les deux modes de recherches ni supériorité ni infériorité ; les sujets et les moyens n'étant pas les mêmes, on doit s'attendre à ce que les résultats soient différents.

L'individu qui a résolu d'exécuter un mouvement le veut avec plus ou moins d'énergie et de persévérance. L'affaiblissement de la volonté a pour corrélatif la diminution de l'activité musculaire ; sa surexcitation produit le fait inverse. Chez les malades atteints d'affections cérébrales qui intéressent les facultés intel-

lectuelles, chez ceux en particulier qu'on désigne sous le nom générique de *paralytiques généraux*, cette puissance cérébrale de la volonté est singulièrement manifeste. Les mêmes hommes qui marchent en titubant, dont les mains tremblottent quand ils les étendent, sont capables des pires violences sous l'influence d'une poussée de volonté. Dans une autre catégorie de maladies cérébrales, le sujet indifférent n'ayant pas de but qui le sollicite, meut ses membres lentement, cède à la moindre résistance et devient un demi-paralytique par inertie morale plutôt que par insuffisance musculaire.

Chez les hystériques, il est rare, comme on le sait, que l'équilibre intellectuel soit stable ; leur volonté capricieuse s'excite ou se lasse, et il est à peu près impossible de faire la juste part du bon et du mauvais vouloir. Les expériences instituées dans ce sens ont de telles chances d'erreur qu'il est sans profit de les entreprendre. Aussi n'est-ce pas aux hystériques qu'il faut s'adresser quand on cherche à mesurer l'intensité du mouvement en rapport avec l'intensité de la volonté, mais aux malades affectés de lésions organiques des centres nerveux, sans perversions concomitantes de l'intelligence ou du sentiment.

En dehors de l'intensité, telle qu'on peut l'apprécier par un dynamomètre, les mouvements volontaires ont d'autres conditions à remplir ; d'une part, c'est leur proportionnalité avec le but à atteindre ; de l'autre, c'est leur direction. A ce double point de vue, les hystériques fournissent la matière à de meilleures études.

Étant donné un exercice défini à exécuter qui nous soit familier, chacun de nous sait d'avance à quelle dépense de force il doit se préparer. L'adresse consiste à régler l'effort de telle sorte qu'il ne soit ni excessif ni insuffisant, on ne meut pas sa jambe avec la même vigueur pour écraser du pied une mouche ou pour briser une amande. Les paralytiques chez lesquels la motilité est incomplètement abolie, agissant sur des muscles indociles, perdent souvent à un haut degré ce sens de la proportion. Ils sont obligés de substituer à la conscience normale une notion indis-

tincte. Ce n'est pas de la faiblesse, car ils dépassent le but. Un paraplégique par lésion médullaire à qui on demande de ployer l'articulation du genou sous un angle déterminé n'y réussit que par tâtonnements, si même il réussit à placer exactement le membre dans la situation qu'on exige.

Je n'ai jamais observé dans l'hystérie cette indécision, et par conséquent, je la regarde comme un signe diagnostique de quelque importance dans les cas douteux. Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de faiblesse, mais de désordre.

La direction du mouvement implique l'intervention d'éléments plus nombreux et plus complexes. La vue, le tact, tous les sens au besoin, y concourent. L'ouvrière qui coud dans l'obscurité est guidée par le toucher, celle qui travaille à la lumière est dirigée par ses yeux, et ne se préoccupe plus des sensations que le tact lui fournit.

Dans les mouvements plus étendus, la sensibilité cutanée nous sert de mesure. On apprécie, les yeux fermés, la force avec laquelle on a serré la main vide, d'après les sensations que fournit la pression des doigts sur la paume de la main.

Cependant lorsque la sensibilité de la peau est amoindrie, lorsque surtout elle est complètement éteinte, et que les yeux sont fermés, la malade ne perd pas forcément l'aptitude à diriger les mouvements conformément à sa volonté. Il faut donc supposer qu'il existe, en outre des moyens indirects de contrôle, une sorte de conscience à laquelle on a donné des noms différents, mais qui tous expriment la même idée : un sens de l'excitation ou de l'action musculaire.

J'ai longuement énuméré, dans le mémoire que je citais en commençant, les phénomènes variés qu'on observe chez les individus qui ont perdu la notion instinctive de la direction du mouvement. J'ai fait voir comment ils y suppléaient par la vue, et comment ils restaient capables, à la condition de voir, d'exécuter les travaux les plus délicats. Une des malades dont j'ai rapporté l'histoire est employée aujourd'hui dans un atelier de couture, où elle est l'égale de toutes les ouvrières, bien que, les

yeux fermés, elle soit hors d'état de continuer même un mouvement commencé.

Cette forme d'ataxie hystérique, bien différente par sa raison anatomique de l'ataxie avec atrophie spinale, s'en distingue par plus d'un côté. Tandis que l'ataxique proprement dit n'est pas le maître de proportionner ses mouvements, même avec l'aide de la vue, et par conséquent est toujours maladroit, l'hystérique ataxique, du moment où elle dirige ses mouvements par le regard, n'a rien perdu de son adresse ou de sa libre agilité.

Les deux modes de troubles de la motilité dont je viens de résumer les principaux caractères portent non pas sur le mouvement en lui-même qui reste possible, mais sur ce qu'on me permettra d'appeler l'*accommodation* ou l'adaptation du mouvement volontaire. De même que l'œil accomplit sa fonction en s'accommodant aux conditions variées dans lesquelles la vision doit s'exécuter, de même le mouvement volontaire ne répond à sa destination qu'en s'adaptant au but à atteindre; il ne lui suffit pas d'être ou de ne pas être, il faut encore qu'il se modifie suivant les destinations. L'ataxie, quelle qu'elle soit, consiste symptomatiquement dans un défaut d'accommodation, que la vue surtout corrige et dissimule en remplaçant une sensation par une notion.

J'ai cru nécessaire de résumer ces quelques indications générales, avant d'aborder l'étude de phénomènes sur lesquels mon désir est de fixer particulièrement l'attention. Les distinctions de la nature de celles que j'indique semblent toucher de si près aux subtilités, qu'on éprouve le besoin de les justifier en montrant le lien qui les rattache à l'ensemble de la fonction.

Les mouvements ont lieu en vertu de contractions et de relâchements musculaires qui se succèdent avec plus ou moins de rapidité. Le relâchement ou l'inertie musculaire peut se prolonger pendant une période de temps presque indéfinie, l'activité au contraire a des limites plus étroites. La contractilité s'épuise; mais, avant que les muscles soient devenus incapables de se contracter, nous sommes avertis par une sensation toute spéciale,

si distincte et d'une telle banalité qu'on n'a guère songé à lui consacrer un plus mûr examen. Je veux parler de la sensation de fatigue.

Lorsque les relâchements alternent avec les contractions, il en résulte une série de repos qui permettent de prolonger l'exercice. Lorsque la contraction est plus durable, la fatigue est plus hâtive. C'est là un fait vulgaire qu'il suffit d'énoncer.

Si la contraction musculaire n'a pour but que d'exécuter un mouvement de déplacement du membre, une fois le résultat obtenu, elle est remplacée par un repos ; si, au contraire, on veut maintenir le membre dans la situation qu'on vient de lui imposer, la contraction reste fixe et s'appellerait plutôt du nom de tension musculaire.

Cette tension du muscle est soumise à la volonté, non seulement quant à sa durée, mais aussi quant à son intensité.

Nous pouvons en allongeant le bras lui conserver cette posture avec des degrés de tension très variables, dont nous avons l'exacte conscience, bien qu'ils se traduisent à peine par un peu plus de rigidité du muscle au toucher. La fatigue est en proportion de l'effort auquel nous nous sommes déterminés.

Le plus léger poids à l'extrémité du membre étendu, en exigeant une tension plus considérable, appelle aussi une lassitude plus rapide.

L'effort permanent, volontairement immobilisé, non seulement fatigue vite, mais il donne une sensation particulièrement pénible, et contre laquelle la résistance est bien plus difficile que celle qu'on peut opposer à la fatigue produite par des mouvements.

Pathologiquement, l'exagération des contractions répond aux convulsions cloniques ; l'excès de la tension continue correspond aux convulsions toniques. Qu'on compare, au sortir de la crise, l'épileptique qui s'est roidi presque sans se mouvoir, avec l'hystérique qui s'est livrée aux jactitations et aux évolutions musculaires les plus tumultueuses ; l'une est à peine éprouvée, l'autre, indépendamment des phénomènes cérébraux, se plaint d'une

ASILE
BIBLIOTHÈQUE

courbature profondément douloureuse des membres contracturés. Les choréiques qui se dépensent dans une incessante mobilité n'accusent pas de fatigues en proportion avec l'exercice auquel ils se livrent, et dans les cas de chorée partielle, la comparaison est facile entre le membre sain et le membre parallèle malade.

Lorsque nous avons dû garder pendant longtemps une position qui exige de la tension musculaire, nous sommes portés instinctivement à reposer le membre fatigué, en lui imprimant une série de contractions saccadées ; nous ne nous reposons jamais du mouvement par une tension musculaire prolongée.

Le sommeil ne supprime pas les mouvements, mais il a pour effet de relâcher tout l'appareil musculaire : il n'est personne qui ne sache la flaccidité du bras et des jambes d'un individu profondément endormi. Le sommeil artificiel, provoqué par les anesthésiques, donne au plus haut degré le même résultat.

Il faut donc, parmi les éléments dont se compose la motilité, détacher dans l'analyse physiologique la durée comme phénomène objectif, et le phénomène subjectif correspondant de la sensation de fatigue. Tout homme dont la force musculaire s'épuise sans qu'il éprouve de la lassitude est hors de l'état normal, et considéré comme un malade. Il suffit de se représenter l'impression que chaque médecin éprouverait en entendant cette phrase : Je ne suis pas fatigué, mais je ne peux plus faire mouvoir mon bras.

Il se peut que, par une contradiction toute maladive, la tension musculaire soit persistante, et qu'en même temps la sensibilité à la fatigue soit annulée; c'est cette anomalie que je désigne sous le nom d'*état cataleptique*, et que je vais essayer de décrire.

Si le nom de catalepsie a pris place dans la science, il s'en faut de beaucoup que l'idée qu'il représente soit scientifiquement définie. Dans le récent procès du Dr Pritchard, qui a soulevé tant d'émotions en Angleterre, le Dr Gairdner, appelé à déposer pour avoir donné des soins à la femme de l'assassin, déclarait que la malade était, au dire du mari, atteinte d'accidents nerveux

cataleptiques, mais que ce renseignement n'avait eu à ses yeux aucune signification, parce qu'il en était encore à apprendre ce qu'on devait entendre par catalepsie. Quand un homme de la valeur du professeur Gairdner fait ainsi l'aveu public de son ignorance, c'est que l'ignorance est avouable.

La catalepsie est constituée dans sa plus haute expression par une sorte de coma ou d'insensibilité absolue, qui annule les fonctions de la vie de relation sans porter atteinte aux fonctions de la vie végétative et par l'aptitude qu'a le malade à conserver passivement les attitudes, quelles qu'elles soient, qu'on impose à ses membres. Non seulement le malade ne fait pas d'effort volontaire pour changer les positions les plus incommodes, mais le membre reste immobile et tendu sans fatigue. La vie se continue ainsi, comme chez les animaux hivernants, pendant un temps illimité. L'invasion est ordinairement subite, et cet étrange état cesse comme il est venu, soudainement, sans cause appréciable.

Les exemples de cette grande et durable catalepsie sont rares. Depuis le fait tant de fois invoqué, dont le professeur Skoda a rapporté l'observation, on en retrouverait bien peu de cas dans les recueils médicaux. Et cependant la maladie est d'un aspect à la fois si saisissant et si bizarre, qu'elle éveille au plus haut point la curiosité.

Il est acquis tout d'abord que la catalepsie, ainsi caractérisée, ne survient que chez les femmes en pleine évolution hystérique. Cette loi absolue, qui n'a jusqu'ici souffert aucune contradiction, a été signalée sans qu'on songeât à profiter des enseignements qu'elle renferme.

Je suis profondément convaincu que l'hystérie n'échappe pas plus à l'analyse pathologique que les autres maladies; que ses manifestations les plus désordonnées en apparence n'ont pas le caractère individuel qu'on leur suppose, et que, comme expressions d'un état morbide, elles doivent se reproduire assez fréquemment pour n'être pas d'inexplicables exceptions. Ou il faut se ranger à cette conviction, ou il faut renoncer à l'étude de

l'hystérie. Seulement, au lieu d'attendre les accidents, il convient de les chercher et de substituer pour ainsi dire l'expérimentation clinique aux hasards aventureux de l'expérience.

En procédant ainsi, j'ai cherché et je n'ai pas tardé à reconnaître que, parmi les hystériques que j'ai eu l'occasion d'observer en grand nombre, la catalepsie n'était pas une telle exception que je n'eusse les moyens de l'étudier à ses divers degrés, et sous ses principales formes.

Les hystériques, envisagées au point de vue de la prédisposition à la catalepsie, peuvent se diviser en deux classes : les unes excitables, mobiles, spasmodiques même, dans l'intervalle des accès, moralement irritables et impulsives ; les autres, calmes, somnolentes, demi-torpides, réagissant peu, plus promptes à pleurer qu'à s'irriter. Les malades de cette seconde classe doivent être choisies pour cette recherche spéciale.

Lorsque, chez une hystérique du type que je viens d'indiquer, on applique la main sur les yeux, ou qu'on ferme les paupières, par n'importe quel procédé, la malade éprouve une sensation d'engourdissement toute particulière. Elle répond aux questions, elle exécute, quand elle n'est pas ataxique, les mouvements qu'on lui prescrit, mais avec une paresse croissante. Peu à peu la respiration se fait avec plus d'efforts, les parois de la poitrine se soulèvent davantage, les globes oculaires sont convulsés en haut, la malade cesse de répondre et elle s'endort d'un sommeil profond, identique au sommeil naturel, avec cette différence qu'elle reste plus insensible au bruit du dehors : on a beau l'appeler à haute voix, frapper vivement et près de son oreille sur un objet sonore, elle continue à dormir avec une placidité qui exclut toute possibilité de simulation. L'indifférence, la torpeur sont ainsi portées graduellement aux proportions extrêmes de la catalepsie spontanée ; la vie de relation s'est complètement suspendue. Seulement, cette léthargie presque artificielle, provoquée par l'observateur, a suivi chez la malade une progression graduelle qui permet d'en observer toutes les phases.

Si rapide qu'ait été le sommeil produit par la simple occlusion

des yeux, il n'a lieu qu'au bout de quelques minutes, plus ou moins vite, suivant la constitution nerveuse de la patiente. Chez certaines hystériques on réussit toujours à déterminer la torpeur complète ; chez certaines autres on n'arrive qu'à la somnolence ; chez d'autres, enfin, on ne dépasse pas un engourdissement qui cesse dès qu'on leur rend la vue, et qu'elles comparent à la fatigue qu'on éprouve dans la matinée qui succède à une nuit d'insomnie.

Qu'on ne croie pas que j'énonce ici un cas particulier que le hasard m'ait fait rencontrer, et dont le contrôle soit interdit aux médecins : je décris un état pathologique dont j'ai vu plus de dix exemples dans une seule année, que j'ai fait constater par mes élèves à de nombreuses reprises, et qui n'appartient pas aux *casus rariores* de la clinique.

La définition classique de la catalepsie se compose de deux termes : d'une part, l'état léthargique avec intégrité de la respiration et de la circulation ; de l'autre, la passivité absolue des membres, l'absence de tout mouvement volontaire, et l'aptitude à conserver les positions dans lesquelles les membres sont placés.

L'état léthargique est, dans les cas auxquels je fais allusion, parfaitement caractérisé : la malade est hors d'état d'exécuter aucun mouvement volontaire lorsque la torpeur a atteint ses proportions extrêmes. Si on la pince dans des points où la sensibilité est conservée, l'excitation détermine un mouvement réflexe peu étendu ; si on introduit un liquide dans sa bouche, elle ne fait aucun effort de déglutition. La crise est d'une durée variable ; la malade se réveille d'elle-même à la longue, ou reprend ses sens à la suite d'une vive commotion, de l'aspersion d'eau froide sur la figure.

L'état des membres ne répond pas moins à la définition de la catalepsie. Les masses musculaires offrent à la pression une résistance qu'elles ne présentent pas durant le sommeil. Quand on prend un des membres, le bras, par exemple, et qu'on essaye de le ployer au niveau d'une articulation, la jointure est demi-ri-

gide. Il semblerait qu'on opère sur un de ces mannequins articulés construits à l'usage des artistes, ou sur un corps qui aurait la flexibilité de la cire. L'articulation garde la position où on l'a placée, fixe, immobile, comme si elle était soutenue sur un point d'appui. On peut varier les situations à son gré, donner au membre les positions les moins tolérables, sans qu'un seul frémissement musculaire se produise, sans que le membre s'incline peu à peu et obéisse à la pesanteur.

On comprend que je n'entre pas dans le détail d'essais qu'il est si facile de varier et de multiplier. Comme il s'agit de mouvements passifs dont l'observateur est le maître et le juge, rien n'est plus aisé que de se mettre en garde contre la simulation en exagérant les difficultés.

C'est un spectacle singulier que celui d'une malade plongée dans une torpeur profonde, insensible à toutes les excitations, conservant, dans les poses auxquelles on l'assujettit, l'immobilité et la roideur d'une statue; restant assise, debout, inclinée en avant ou en arrière, la jambe suspendue hors du lit, ou fléchie à angle aigu sur le tronc, les bras et les doigts contournés, et maintenant la plus invariable et la plus absolue indifférence.

Dans ces conditions, il est impossible de méconnaître une tension durable, permanente des muscles, se produisant indépendamment de la volonté, n'entraînant pas la sensation de lassitude, et ne déterminant pas davantage une fatigue qui, à défaut de sensation, se traduirait par le relâchement musculaire.

La rigidité des membres varie, quant au degré, et il faut à l'observateur plus ou moins d'effort pour mouvoir l'articulation; mais chez le même individu, la résistance est presque toujours proportionnelle au volume des muscles destinés aux mouvements de la jointure. L'articulation de la cuisse, par exemple, a plus de rigidité que celle du poignet, et celle du coude que celle des phalanges.

La roideur cataleptique est générale ou partielle, complète ou incomplète, passagère ou durable. On peut dire qu'elle est proportionnée à la profondeur de la léthargie. Les hystériques dis-

posées à la catalepsie, et qu'on a seulement réussi à engourdir par l'occlusion des yeux, ont généralement beaucoup plus de rigidité dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs. Dans quelques cas plus rares, une seule moitié du corps est affectée. J'ai en ce moment dans mon service une hystérique qui a passé par les plus graves complications de la maladie, et qui, actuellement, n'est cataleptique que du côté gauche.

La catalepsie des membres est indépendante de l'ataxie qu'on rapporte à la perte du sens des actions musculaires, elle coïncide souvent avec elle, mais elle existe aussi bien chez des hystériques non ataxiques. Elle n'est pas davantage en relation positive avec l'anesthésie cutanée.

Dans tous les cas, elle cesse brusquement dès que la malade réveillée reprend le sens de la vue. Les muscles perdent leur rigidité, et les membres retombent dans la position qu'ils affectent quand l'appareil musculaire est en état de relâchement. Une des malades que j'observe dans mon service se prête, sous ce rapport, à une curieuse analyse. Elle a perdu la vue à la suite d'une crise d'une violence extrême, et d'une durée de plusieurs jours; néanmoins elle distingue encore le jour de la nuit, et par intervalle elle discerne quelques objets de couleurs éclatantes. Malgré cette cécité incomplète, la catalepsie des membres n'a lieu que quand, en fermant les paupières, on a provoqué la convulsion des globes oculaires et le sommeil cataleptique.

Une fois rentrées en possession d'elles-mêmes, les hystéro-cataleptiques n'accusent aucun sentiment de fatigue, quelque prolongée qu'ait été l'épreuve et quelques contorsions qu'on ait fait subir aux membres. Elles sortent sans transition de leur sommeil, se frottent les yeux, reprennent aussitôt l'exercice de leur volonté et de leur intelligence. A l'inverse des individus endormis par le chloroforme, elles savent qu'elles viennent de dormir, mais elles n'ont aucune conscience de ce qui s'est passé durant leur sommeil, et n'ont qu'une notion confuse du temps qui s'est écoulé.

Toutes les hystériques du tempérament nerveux indolent que j'ai indiqué, toutes celles qui subissent l'influence stupéfiante de la privation momentanée de la vue ne sont pas, pour cela, affectées de la rigidité caractéristique des membres. Un petit nombre n'a de la catalepsie que l'état comateux, si tant est qu'on puisse employer cette dénomination. Lorsqu'il en est ainsi, la somnolence est presque toujours précédée d'une lutte qui rappelle l'excitation provoquée par les inhalations du chloroforme. Les malades s'agitent, leur respiration est saccadée, presque convulsive, elles parlent ou elles gémissent jusqu'à ce que l'anesthésie générale ait pris le dessus.

Après avoir poursuivi ces recherches, répété les essais, diversifié les épreuves, j'étais resté convaincu que la catalepsie, spontanée ou survenant dans les conditions d'une expérimentation clinique, devait être exclusivement rattachée à l'hystérie. J'avais cherché vainement des phénomènes analogues chez des femmes atteintes de troubles nerveux d'une autre nature. Il m'était en outre démontré que l'état cataleptique ne se rencontrait que dans une des variétés de ce genre si compréhensif qu'on désigne du nom d'*hystérie*.

Cependant je ne pouvais me défendre d'une certaine hésitation. Toutes les manifestations hystériques, depuis l'attaque convulsive jusqu'à l'ataxie, se retrouvent à quelque degré dans la symptomatologie des affections cérébrales : anesthésie, hyperesthésie, contractures, paraplégie, hémiplégie, spasmes splanchniques, troubles de l'intelligence, etc. Fallait-il admettre ici une exception qui vint contredire une loi si absolue, et si bien en rapport à la fois avec la théorie et avec les faits?

Deux cas qui se présentèrent presque en même temps dans mon service ont levé tous mes doutes.

Je voyais de temps à autre, à la consultation de l'hôpital, un homme de 50 ans qui semblait, en me consultant, céder plutôt à une sorte d'habitude qu'au besoin de se soigner. Il était pâle, amaigri, se sentait fatigué, et, après avoir donné laborieusement les renseignements qu'on lui demandait, il se retirait aussi indif-

férent qu'il était venu, et n'attachant nulle attention aux conseils qu'on jugeait utile de lui donner. Aucune des grandes fonctions n'était troublée, et cependant à chaque visite l'amaigrissement et la faiblesse générale étaient plus marqués. Son aspect hébété, sa conversation, sa démarche, traduisaient évidemment l'existence d'une affection cérébrale difficile à dénommer et à classer, en l'absence de tous renseignements.

Au bout de plusieurs mois cet homme, étant probablement à bout de ressources, demanda son admission dans l'hôpital (salle Saint-André, n° 9). L'observation la plus persévérante ne me fournit pas des données plus précises. Le malade insouciant, étranger à toutes les influences, vivait passivement avec une invariable monotonie. Il se promenait dans la journée, portant sous le bras un livre qu'il ne lisait jamais; le matin, il tenait le même livre ouvert sur son lit, et ne causait avec personne. La sensibilité cutanée était indistincte, sans être abolie; pas de douleurs, pas de malaises subjectifs dont il se plaignit; les membres étaient débiles, sans paralysie; les mouvements s'exécutaient lentement, mais, autant qu'on pouvait en juger, dans la mesure de ses intentions. L'appétit était nul, bien que la digestion parût s'exécuter régulièrement; la température du corps en général abaissée, les battements du cœur normaux. A deux reprises, le malade fut pris d'accidents cérébraux subaigus : agitation, délire, insomnie, loquacité incohérente, mais ces crises furent peu durables, se dissipèrent d'elles-mêmes, et firent place à la passivité accoutumée.

Cependant l'appétit diminuait graduellement, malgré des incitations de tout ordre, l'émaciation faisait des progrès rapides, et le malade finit, malgré les soins assidus que d'ailleurs il ne sollicitait pas, par succomber dans le marasme.

Je résume les faits très succintement; des observations qui embrassent une période de près d'une année ne se racontent pas en détail. L'autopsie, faite attentivement, mais suivant les procédés applicables à l'amphithéâtre, n'apprit absolument rien. On ne trouva d'autres lésions que celles du tube digestif qui ré-

poudaient à l'émaciation prolongée. Le cerveau paraissait normal.

Dans les premiers mois du séjour du malade, je m'étais borné à constater la persistance de la sensibilité et du mouvement, la paresse notable de la motilité, et la lenteur des perceptions tactiles. Un mois avant sa mort j'essayai de mesurer le degré de la tension et de la sensibilité musculaires. En appliquant les mains sur les yeux du malade on ne l'endormait pas, il acceptait cette épreuve avec l'indifférence qu'il apportait à toutes choses. Dès que la vision était ainsi suspendue, les membres demi-rigides conservaient indéfiniment la posture où il plaisait de les placer; les bras surtout restaient fixes, et, bien que les masses musculaires fussent réduites à leurs moindres dimensions, les postures les plus fatigantes étaient maintenues sans effort. Quand le malade rouvrait les yeux, il laissait lentement retomber ses membres et il était impossible d'obtenir de lui qu'il employât sa volonté à garder une posture. Les membres inférieurs étaient sensiblement moins rigides.

La catalepsie musculaire était cependant moins saisissante que chez les hystériques, les jointures n'avaient pas la même roideur, et la tonicité musculaire paraissait moindre à la pression du doigt.

L'autre homme, âgé de 40 ans, entrait à l'hôpital Necker (salle Saint-Louis, n° 4) dans des conditions d'observation plus favorables. Il m'était recommandé par un de ses parents qui avait assisté aux premières phases de la maladie.

Cet homme, de grande taille, solidement musclé, avait été un ouvrier actif, intelligent, plein d'ardeur. Depuis plus d'une année, bien qu'il n'accusât aucune souffrance, ses forces avaient décrû graduellement : peu à peu il était devenu incapable de tout travail sans paraître s'en rendre compte, et, malgré l'intérêt que lui portait son patron, on avait dû le congédier de l'atelier.

Au commencement on avait attribué à quelques chagrins intimes cette trompeuse mélancolie qui marque le début de tant d'affections cérébrales. Cependant on n'avait pas tardé à s'aper-

cevoir que sa tristesse n'était que de la stupeur et de l'incapacité.

De la toux attribuée à un refroidissement était venue compliquer son état; pas de crises aiguës, pas de paralysie, mais une lenteur insouciante dans l'exercice de toutes les fonctions dont se compose la vie de relation.

A son entrée à l'hôpital, le malade présentait les signes d'une tuberculisation pulmonaire au second degré; deux dents cariées situées à gauche et à droite de la mâchoire avaient donné lieu à deux abcès ouverts au dehors et en pleine suppuration. Cet homme, né sur les frontières de l'Alsace, s'exprimait très difficilement en français, mais il parlait assez facilement la langue allemande.

Il serait hors de propos d'insister sur les lésions pulmonaires qui suivirent leur évolution habituelle et finirent par amener la mort. Au point de vue des fonctions cérébrales, l'intelligence était plutôt alanguie que pervertie, les questions recevaient toujours une courte réponse lentement articulée, mais jamais le malade ne manifesta ni un désir ni une répulsion ou ne hasarda une demande. Il se levait en même temps que son voisin et se couchait à la même heure que lui, l'accompagnant sans jamais lui adresser la parole; il acceptait la nourriture, mangeait avec appétit, mais n'eût pas demandé son repas. Les visites de sa famille n'émouvaient pas davantage sa passivité.

L'autopsie, en dehors des altérations tuberculeuses, ne donna pas à reconnaître de lésion cérébrale apparente. J'ajouterai, comme pour le cas précédent, que la nécropsie se borna à l'examen de l'amphithéâtre.

Chez cet homme, l'occlusion des yeux déterminait un excès de somnolence sans sommeil proprement dit, mais la catalepsie musculaire s'élevait à ses proportions extrêmes. Je n'ai jamais vu une rigidité plus absolue, et la comparaison avec le mannequin trouvait ici sa complète application. Je n'en citerai qu'un exemple, pour ne pas abuser des redites. Il était possible de placer le malade sur son lit de manière qu'il portât exclusivement

sur le bassin, les membres inférieurs étant relevés à angle aigu, les membres supérieurs élevés au-dessus de la tête, et le corps prenant ainsi la forme d'un V qui reposerait sur sa pointe. Cette posture pouvait être conservée pendant plus de dix minutes par un homme qui mettait un quart d'heure à descendre péniblement deux étages. Toutes les articulations avaient une égale roideur et donnaient au même degré, lorsqu'on essayait de les ployer, la sensation d'un bâton de cire ramollie.

Un peu plus tard, en juillet 1865, j'avais l'occasion d'observer les mêmes phénomènes dans des conditions beaucoup plus rares et sous une forme aiguë, chez un jeune homme couché salle Saint-André, n° 22. Le fait peut être exposé avec plus de détails parce qu'il a été de courte durée.

Ce garçon, ouvrier chaudronnier, d'une bonne constitution, de stature moyenne et robuste, n'avait jamais été malade ou même incommodé. Depuis un mois seulement il éprouvait, de temps en temps, des malaises vagues et comme des défaillances. Huit jours avant son entrée, les crises étaient devenues plus fréquentes et s'étaient répétées jusqu'à deux et trois fois par jour. Le dimanche 2 juillet, après avoir travaillé la matinée comme d'habitude, le malade fut pris, vers midi, en rentrant dans son domicile, d'un étourdissement avec perte de connaissance : il tomba à terre sans mouvement. Quand il revint à lui il fut fort surpris de se trouver couché, d'apprendre qu'il venait d'avoir une attaque et que la perte de connaissance avait duré plus de vingt minutes.

Le même jour, deux heures plus tard, une vive douleur se déclara dans les parois thoraciques sous le mamelon gauche, occupant un petit espace et s'exagérant par les mouvements. C'est uniquement pour être délivré de cette douleur que le malade réclame son admission.

Le 5 juillet la douleur persiste sans aucun signe d'une affection pleurale, cardiaque ou pulmonaire. Le malade est inquiet, égaré, il répond aux questions avec volubilité ou avec indifférence et ne se rend qu'un compte imparfait de ce qui se passe autour de lui.

Je constate, à l'aide d'un examen répété, une hyperesthésie très notable de tout le côté gauche, de la tête aux pieds; la moitié gauche de la langue est elle-même hyperesthésique. Il existe du même côté un affaiblissement musculaire sensible surtout dans le membre inférieur, le malade ne peut serrer la main, allonger le bras et le maintenir étendu ou même fléchir le genou et rester au delà de quelques secondes dans cette position sans que le membre retombe de lui-même.

Du côté droit, au contraire, les mouvements s'exécutent avec autant d'énergie que de facilité, mais toute cette moitié du corps, la langue comprise, est insensible, à quelques épreuves douloureuses qu'on la soumette.

Le contraste entre ces deux états inverses et extrêmes est à la fois si frappant et si singulier qu'on ne l'accepte qu'après de nombreux essais.

Malgré l'anesthésie profonde, le jeune homme n'est pas ataxique, il a la notion exacte des mouvements qu'on imprime au bras et à la jambe du côté droit ou qu'il exécute volontairement.

Lorsqu'on applique la main sur les yeux, le malade s'endort presque aussitôt, ses yeux se convulsent, la respiration s'accompagne d'un léger ronflement, et les membres du côté anesthésié deviennent complètement cataleptiques, conservant sans variation la posture quelconque dans laquelle ils sont placés.

Malgré l'absence de la fièvre, la vivacité des douleurs, l'agitation, l'anxiété de la respiration qui est haute, précipitée, presque convulsive, m'engagent à prescrire une saignée d'une palette et demie.

Le lendemain la dyspnée a presque disparu, le pouls est plus vif. L'état cataleptique persiste au même siège et sans variations.

Le surlendemain la sensibilité s'améliore du côté droit, l'hyperesthésie gauche est moindre, la catalepsie beaucoup moins marquée. Huit jours plus tard, après avoir traversé une série d'incidents sans intérêt, le malade n'éprouve plus qu'un léger affaiblissement musculaire du bras gauche. Il quitte l'hôpital trois semaines après son entrée, complètement guéri.

Je n'ai pas à ajouter d'épicrise au récit de ce fait curieux, qui rentre dans la catégorie des affections cérébrales non déterminées, et que j'ai cité seulement comme l'exemple de la catalepsie la plus limitée, la plus passagère que j'aie rencontrée.

Je ne crois pas davantage qu'il soit utile de résumer la description que j'ai donnée des états cataleptiques, ayant eu seulement en vue d'exposer le peu que je sais et d'appeler sur ce point de nouvelles recherches.

(*Archives générales de médecine*, octobre 1865.)

HYSTÉRO-ÉPILEPSIE.

(Leçon recueillie et rédigée par M. Queyrat, externe du service.)

Messieurs,

Le mot hystéro-épilepsie fut introduit dans le vocabulaire médical il y a une dizaine d'années, il est aujourd'hui très employé. C'est là, à mon avis, une terminologie vicieuse : nosologiquement parlant il n'existe pas une maladie : hystéro-épilepsie, mais une maladie *hystérie épileptoïde*. Autrement dit, entre deux entités morbides, l'hystérie d'une part, l'épilepsie de l'autre, il n'existe pas de combinaison, il n'existe pas de mélange : l'hystéro-épilepsie n'est pas un liquide moitié vin, moitié eau, c'est un vin clair qui ne rappelle l'eau que par sa coloration.

Pour pouvoir préciser la frontière qui sépare l'épilepsie de l'état épileptoïde, je n'aurai garde de prendre comme type les malades ayant subi sous l'influence du milieu une véritable culture; ce sera au contraire aux malades les plus simples que je m'adresserai.

Comment est constituée une attaque d'épilepsie ?

L'épilepsie a un caractère absolu : l'*invasion se fait sans que quoi que ce soit puisse la provoquer ou l'empêcher*.

Les attaques peuvent être périodiques; elles sont *matinales;* c'est qu'en effet le sommeil est épileptique, mais cette aptitude à l'attaque épileptique que constitue le sommeil n'existe *qu'à l'heure du réveil, jamais à l'heure de l'endormissement*. Ceci tient à ce que l'état cérébral au moment de s'endormir est tout différent de l'état cérébral au moment du réveil.

L'épilepsie peut dans certaines conditions survenir pendant la nuit sans que l'individu se réveille : il n'est aucune affection similaire, à part l'angine de poitrine, qui survienne pendant le sommeil.

Donc attaque :

1° Sans cause connue ;

2° Impossible à provoquer ;

3° En relation intime avec le sommeil, pouvant éclater pendant le sommeil, toujours le matin, jamais le soir.

Toute soi-disant épilepsie qui ne présentera pas ces caractères fondamentaux ne sera qu'un état épileptoïde.

La crise est *soudaine;* si la soudaineté fait défaut, il s'agit encore simplement d'un état épileptoïde. Le malade tombe avec ou sans cri, il y a perte de connaissance; la sensibilité est abolie, on peut dire totalement, car tout ce qu'il en reste se réduit à un clignement que l'on provoque en soufflant sur les yeux. Viennent alors des convulsions toniques ou cloniques, parfois les deux, mais il n'y a là rien de spécial, car ces convulsions s'observent aussi dans l'hystérie.

Toute attaque épileptique intéresse la respiration, et tout ce qu'on dit épilepsie et qui n'intéresse point la respiration n'est point de l'épilepsie. Dans la majorité des cas le malade arrive jusqu'à l'asphyxie, à tel point que son visage prend une teinte ardoisée bleue, et le nombre des malades n'est pas grand chez lesquels la participation respiratoire est moindre.

Enfin aucune attaque d'épilepsie vraie ne doit durer plus d'*une minute :* jamais la crise ne s'allonge, jamais il n'y a de déviation dans l'attaque vraie : tout est net, régulier. Néanmoins, dans l'état du mal, on peut observer des crises subintrantes qui se succèdent au nombre de cinq, six, sept, huit, mais ces crises sont séparées les unes des autres par un intervalle d'une demi-minute, d'une minute, intervalle pendant lequel le malade semble prendre haleine pour repartir dans une nouvelle crise. L'attaque terminée, l'épileptique passe à un état de coma, de sopor ou de conceptions délirantes; dans la presque totalité des

cas, on constate de plus en cherchant bien un état vertigineux — vertige épileptique, — qui pour le médecin éclairé est une estampille caractéristique.

Ainsi donc il existe une épilepsie vraie, légitime, nettement caractérisée par :

Son invasion sans cause ;

La perte de connaissance ;

Le spasme respiratoire et le coma ;

Par sa durée et sa nocturnité, j'ajouterai l'indifférence à la maladie.

Chez les épileptiques, d'autre part, il n'existe point de complications ; en dehors des crises, la santé est bonne et se maintient telle ; il n'y a pas de maladie cérébrale antécédente, il n'y a pas de maladie cérébrale concomitante, si ce n'est très tard. En un mot l'épilepsie est elle-même et elle reste elle-même. De telle sorte que dans les maladies à faciès épileptique, on peut dire que plus il y a d'accidents et moins il y a d'épilepsie. Cette formule d'ailleurs, soit dit en passant, ne s'applique pas qu'à l'épilepsie, mais aussi à beaucoup d'autres affections, le choléra par exemple.

Vous voyez que nous arrivons ainsi à simplifier l'histoire de l'épilepsie.

Maintenant il est possible que certaines maladies empruntent à l'épilepsie quelques-uns de ses caractères ; ainsi se trouvent constitués les *états épileptoïdes*.

Peuvent revêtir le cachet épileptoïde certaines intoxications ; l'empoisonnement par l'opium, par la belladone, par l'alcool, qu'il s'agisse de l'intoxication aiguë, — l'ivresse — ou de l'intoxication chronique, — l'alcoolisme.

Il faut placer dans la même catégorie les épilepsies saturnines, syphilitiques, urémiques, comme aussi celles qui succèdent à nombre d'affections cérébrales, les tumeurs en particulier.

De même également, les manières de crises épileptiques que l'on peut observer au cours des affections aiguës, du rhumatisme cérébral, des maladies du système nerveux proprement

dit, ou à la suite des traumatismes cérébraux, ne sont et ne seront jamais que des états épileptoïdes.

Enfin, sur le dernier plan, nous trouvons l'hystérie.

L'hystérie présente ce que j'appellerai volontiers des *zones de concentration*, que je distinguerai en périphérique, utérine, spinale et cérébrale.

Laissant de côté l'hystérie périphérique, la plus atténuée de toutes, nous voyons l'hystérie utérine produire des spasmes, des malaises, des syncopes. Avec la variété spinale nous montons d'un cran et alors paraissent les contractures des membres; au haut de l'échelle nous trouvons l'hystérie cérébrale. Celle-ci engendre un malaise de l'ordre intellectuel pouvant aller jusqu'à la vésanie, — vésanie hystérique; — elle produit des phénomènes cérébraux, des céphalées intra-crâniennes simulant un état cérébral pathologique; en dernière analyse elle produit des crises qui empruntent beaucoup à l'épilepsie parce qu'il s'agit là, comme pour l'épilepsie, d'une *maladie cérébrale*.

Néanmoins les éléments de diagnostic ne manquent pas. Un des plus importants est l'absence de nocturnité.

Un second élément, non moins important, est la possibilité de provoquer la crise. Or, jamais, au grand jamais, quoi que vous puissiez faire, vous n'arriverez à provoquer une attaque d'épilepsie.

Un autre signe distinctif est l'existence de l'aura. L'aura est un point douloureux, un malaise local qui, se transmettant de proche en proche, va atteindre le cerveau et déterminer une attaque.

Or tout individu qui a une aura n'est pas un épileptique. Chez cet individu il y a, et on trouve quand on veut se donner la peine de chercher, une maladie cérébrale qui préexistait à la crise de soi-disant épilepsie.

Et ce qui prouve l'exactitude de cette assertion, c'est que toute guérison supposée d'épilepsie a trait à des malades porteurs d'une aura. Or l'épilepsie — la vraie, — ne guérit jamais.

Un autre élément de différenciation nous est fourni par la façon dont les malades perdent connaissance.

Dans l'épilepsie, la perte de connaissance débute avec l'attaque, *sans aucun intermédiaire :* l'individu est littéralement foudroyé, et le plus effrayant de l'épilepsie n'est peut-être pas tant l'attaque en elle-même que sa solennité, — sa soudaineté, qui ne permet même pas au malade de se garer.

Donc tout individu qui ne commence pas sa crise par une perte de connaissance *subite*, — et j'ajoute *absolue*, — n'est pas un épileptique franc.

C'est ce que vous pouvez voir dans l'hystérie.

Les hystériques ont des prodromes, des symptômes avant-coureurs de leur attaque. Celle-ci, loin d'être subite, présente une gradation plus ou moins rapidement croissante.

Les hystériques ont une demi-conscience préalable qui leur permet au moins de parer au danger immédiat, d'éviter par exemple de tomber dans un brasier ou de se heurter la tête contre un meuble. Quelques-unes même pressentent leur crise de beaucoup plus loin. Vous en verrez qui se trouvant éloignées de leur demeure ont le temps d'y rentrer et de se mettre au lit pour *faire* leur attaque.

Tout cela ne s'observe jamais — jamais — dans l'épilepsie.

L'épilepsie est donc une maladie autonome, à caractères nettement tranchés, qui ne saurait servir d'accessoire et ne saurait en tolérer. Elle est elle-même, elle reste elle-même et ne se combine jamais avec telle ou telle autre affection.

En revanche, certains états pathologiques peuvent revêtir quelques-uns de ses aspects : ce sont les états épileptoïdes, et c'est à cette classe qu'appartient l'hystéro-épilepsie.

L'hystéro-épilepsie ne saurait exister en tant que combinaison, en tant que mixture des deux maladies : il y a une hystérie épileptoïde, il n'y a pas, il ne peut pas y avoir d'hystéro-épilepsie.

En terminant, je tiens à vous mettre en garde contre un mensonge qui vous sera fait souvent dans le monde des épileptiques.

Presque invariablement, quand vous rechercherez les antécédents du malade, vous verrez celui-ci ou son entourage invoquer comme cause première des accidents un traumatisme quelconque. C'est d'ordinaire toujours faux, mais cette assertion mensongère répond à un véritable besoin de l'esprit humain.

C'est qu'en effet il est des maladies nobles et des maladies non nobles; l'épileptique *a besoin* de paraître un blessé plutôt qu'un malade.

C'est que jusque dans ses misères et jusque dans ses souffrances, l'homme est un être souverainement vaniteux.

Il vous suffira d'être prévenu de ce fait pour dépister le mensonge et pour ne pas risquer de prendre a priori pour un état épileptoïde post-traumatique ce qui n'est en réalité qu'une franche épilepsie.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME PREMIER.

PRÉFACE..... 1

I. — Études biographiques..... 1

École psychique allemande..... 1

Stahl..... 1

Langermann et Ideler..... 37

Richard Bright. — Sa vie et ses œuvres..... 60

Graves et Bretonneau..... 80

L'école de Halle. — Frod. Hoffmann et Stahl..... 116

Éloge de M. le professeur Trousseau..... 140

Louis et l'école médicale d'observation..... 162

Duchenne de Boulogne. — Sa vie scientifique et ses œuvres..... 178

Le Braidisme..... 207

II. — Etudes de pathologie générale..... 233

Thrombose et embolie..... 233

L'école physiologique allemande..... 253

De la théorie cellulaire dans ses rapports avec la pathologie générale..... 270

De la logique scientifique et de ses applications médicales..... 303

De l'organisme vivant et de ses propriétés..... 327

Séméiotique de la langue..... 347

Du rationalisme en thérapeutique..... 354

Du vitalisme..... 367

Des ferments et des fermentations morbides..... 388

Des appétits en général et de l'appétit digestif en particulier..... 413

L'appétit de la soif. — La soif de l'alcool..... 420

Le sommeil..... 429

L'enseignement médical en France et à l'étranger..... 447

L'instruction préparatoire des étudiants en médecine..... 468

Enseignement médical.....
La thérapeutique jugée par les chiffres.....
III. — Études psychologiques.....
Du délire de persécutions.....
Les cérébraux.....
Questions de thérapeutique mentale.....
De la responsabilité légale des aliénés.....
Des délires par accès..... 6
Vol aux étalages..... 6
Les exhibitionnistes..... 66
La mélancolie perplexe..... 70
La folie à deux..... 72
Vertige mental..... 76
Des vertiges.....
Le mal de tête.....
De la spermatorrhée..... .
Leçons sur la paralysie générale..... 81
De l'épilepsie par malformation du crâne..... 8.
La pathogénie de l'épilepsie..... 891
Catalepsies partielles et passagères..... 899
Hystéro-épilepsie 913

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

8321-83. — Corbeil. Typ. et Stér. Crété.