INTRODUCTION
A LA
PSYCHIATRIE CLINIQUE

PAR

LE PROFESSEUR EMIL KRÆPELIN

Professeur de psychiatrie à l'Université de Munich

Traduite sur la Seconde Édition Allemande

PAR

MM. ALBERT DEVAUX et PROSPER MERKLEN

PRÉFACE
De M. le Docteur DUPRÉ

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des hôpitaux et de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police

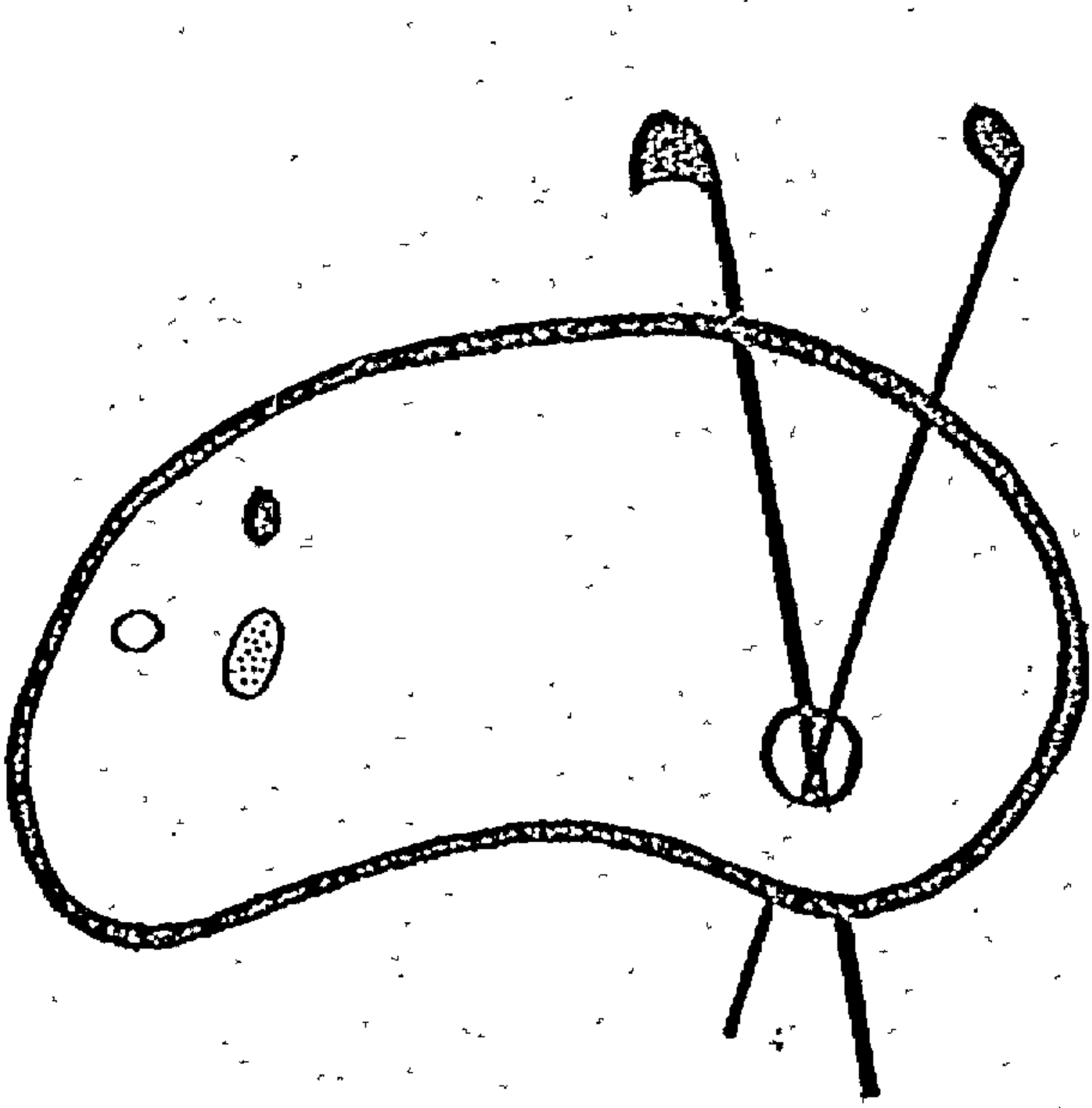
PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1907



FIN D'UNE SERIE DE DOCUMENTS
EN COULEUR

INTRODUCTION

A LA

PSYCHIATRIE CLINIQUE

951

INTRODUCTION

A LA

PSYCHIATRIE CLINIQUE

PAR

LE PROFESSEUR EMIL KRÆPELIN

Professeur de psychiatrie à l'Université de Munich

BIBLIOTECA CENTRALE

Traduite sur la Seconde Édition Allemande

PAR

MM. ALBERT DEVAUX et PROSPER MERKLEN

PRÉFACE

De M. le Docteur DUPRÉ

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des hôpitaux et de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1907

PRÉFACE

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

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

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

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

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

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

***

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

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

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

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

* * *

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

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

* * *

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

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

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

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

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

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

*
* *

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

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

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

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

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

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

* * *

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* * *

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Paris, juin 1907.

DUPRÉ.

PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION

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

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

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

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

Heidelberg, 4 novembre 1900.

PRÉFACE DE LA SECONDE ÉDITION

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

Munich, 5 février 1905

INTRODUCTION

A LA

PSYCHIATRIE CLINIQUE

PREMIÈRE LEÇON

Introduction. — Mélancolie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DEUXIÈME LEÇON

États circulaires dépressifs.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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