

TROISIÈME LEÇON

Démence précoce.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Outre la déchéance intellectuelle et la perte des réactions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

QUATRIÈME LEÇON

Stupeur catatonique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(1) *Spannungsirresein.*

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

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

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

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

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

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

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

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

sibilité s'obtient aussi parfois directement par la suggestion.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CINQUIÈME LEÇON

États de dépression dans la paralysie générale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SIXIÈME LEÇON

Folie épileptique.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nous avons affaire ici à un état de dépression se distinguant

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SEPTIÈME LEÇON

Excitation maniaque.

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

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

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

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

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

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

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