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

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

Le pronostic que nous avions posé autrefois s'est réalisé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tout ce tableau clinique et toute cette évolution sont

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HUITIÈME LEÇON

États mixtes maniaques-dépressifs.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NEUVIÈME LEÇON

Excitation catatonique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DIXIÈME LEÇON

Délire de grandeur dans la paralysie générale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ONZIÈME LEÇON

Troubles psychiques d'origine alcoolique.

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

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

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

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

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

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

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

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