

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## DOUZIÈME LEÇON

### Folie consécutive aux maladies aiguës.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## TREIZIÈME LEÇON

### Les délires.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## QUATORZIÈME LEÇON

### La folie puerpérale.

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

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

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

Le caractère de cette malade ne présente rien de bien

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le tableau clinique au surplus ressemble du tout au

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

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