

dans les intervalles les malades sont tout à fait sobres.

Comme vous pouvez le constater sans peine, chaque accès se manifeste par une période de mauvaise humeur, par une sensation de malaise et d'inquiétude que seule l'ingurgitation de boissons alcooliques parvient à calmer. Puis, sous l'influence de l'alcool, éclate une période d'excitation qui force encore à boire, jusqu'à ce que l'accès s'arrête brusquement. Pour avoir une idée exacte de ce que sont ces « ivrognes à répétition », il est indispensable de tenir compte de deux faits de grande valeur. Tout d'abord nous observons très souvent ces accès chez des malades qui sont d'indubitables épileptiques ; de plus, après la suppression radicale de l'alcool chez ces dypsomanes, — et c'est le cas pour notre malade, — on voit ces accès revêtir l'allure d'une simple période de dépression passagère, en tout semblable à ce que l'on note dans l'épilepsie.

Je pourrais vous montrer toutes les formes de transition possibles entre la dypsomanie et l'épilepsie vulgaire. Ainsi certains malades, à côté d'accès convulsifs graves, ont des périodes de dépression avec une légère teinte dypsomaniaque. Dans une série de faits on note, en dehors des crises de dypsonie, des syncopes et des étourdissements. Enfin, au cours d'autres observations, telle par exemple celle de notre malade, la dypsomanie représente le seul phénomène morbide. Pour toutes ces raisons, je ne puis voir dans la dypsomanie qu'une des manifestations si variées de l'épilepsie. Bien que l'ingestion de boisson semble occuper la place prépondérante dans le tableau clinique, elle n'est qu'un symptôme secondaire, concomitant, et qui par lui-même est sans aucun rapport avec la cause même de l'affection. La boisson, c'est incontestable, aggrave cette dernière dans une large mesure ; mais les choses s'enchaînent de la même façon que dans les autres formes d'épilepsie où nous avons également constaté des accès d'étourdissement et d'ivresse pathologiques.

Les dypsomanes, tout en ayant de grandes analogies avec les buveurs vulgaires, en diffèrent cependant très sensiblement. En fait, les troubles généraux dus à l'alcool sont beaucoup moins sérieux chez le dypsomane, grâce au peu de durée des accès, quelquefois cependant singulièrement violents. Par suite, le pronostic se présente communément sous un jour plus favorable au point de vue de l'alcoolisme en lui-même que chez le buveur ordinaire. Mais l'abstinence ne s'acquiert qu'au prix d'une éducation suffisamment soignée et prolongée. Nous n'avons malheureusement pas pu obtenir pareil résultat chez notre sujet. Les malades sont-ils assez intelligents et énergiques pour éviter toute leur vie les boissons alcooliques, les accès se présentent alors presque toujours sous forme de légères modifications de caractère en même temps qu'ils s'espacent petit à petit. En face d'un tel état de choses, il faut recommander le repos du lit et donner selon les circonstances d'assez fortes doses de bromure. Notre patient a souvent échappé à un accès en absorbant dès les premiers symptômes deux grammes de sulfonal ou de trional par jour. Il dormait après cela aussi longtemps que nécessaire, et en un ou deux jours toute envie de boire était évanouie (1).

(1) Ce malade rentre chaque année pour quelque temps à la clinique, tantôt avant, tantôt pendant, tantôt après l'accès. Dans l'espace de onze années il est revenu trente-deux fois.

## DIX-NEUVIÈME LEÇON

### Morphinisme et Cocainisme.

Messieurs, il n'est pas de médecin, je crois pouvoir l'affirmer, qui ne considère comme un principe absolu de ne pas nuire à ses malades. Cependant je dois vous entretenir aujourd'hui de troubles mentaux, malheureusement trop fréquents, qui relèvent presque exclusivement de fautes professionnelles. Je vous présente tout d'abord un paysan âgé de 44 ans, qui reçut il y a vingt et un ans un coup de feu dans le côté gauche. Le bassin fut atteint et l'os iliaque un peu lésé. A la suite de son accident, cet homme éprouva dans les cuisses des douleurs extrêmement violentes qui s'exagéraient par la marche et pour lesquelles il se soumit à toute une série de cures thermales. Le projectile ne fut extrait que cinq ans plus tard, mais les phénomènes douloureux persistèrent malgré cela.

Dès le début, on eut recours à la morphine et le malade se fit bientôt lui-même ses injections ; c'est dire qu'elles furent pratiquées sans précaution ni asepsie ; aussi provoquèrent-elles des abcès multiples. Le malade résolut alors, voilà seize ans, d'avalier sa morphine. Naturellement, comme dans tous les cas de ce genre, ce médicament ne tarda pas à lui être indispensable. Ne l'avait-il pas absorbé, il se sentait fatigué, engourdi, oppressé et infailliblement il revenait au poison. En outre les doses primitives n'étaient plus suffi-

santes, et pour obtenir le soulagement désiré, il se vit contraint de les augmenter dans de fortes proportions. Il essayait bien de les diminuer de temps à autre, mais c'était sans succès; chaque fois, sous peine d'endurer les pires souffrances, il revenait aux quantités antérieures. Il semble n'avoir ingéré à certains moments que 0 gr. 06 par jour, voire moins; mais récemment il allait jusqu'au double et au triple, et encore, à l'instar de tous les malades de ce genre, son estimation est-elle sujette à caution.

Au premier abord, il est très possible que vous ne remarquiez rien de particulier chez cet homme qui nous raconte son histoire avec calme et bon sens. Il trouve extrêmement désagréable d'être constamment forcé d'ingérer son médicament. Il nous exprime son vif désir d'être délivré de cette obligation, et cela d'autant que la morphine n'a plus d'action sur sa lésion; elle calme tout simplement les douleurs, qui réapparaissent régulièrement après sa suppression. Il a la sensation d'être plus faible qu'autrefois; il dort mal, n'a plus d'appétit et son état général baisse tous les jours. Il est néanmoins d'une parfaite constitution. Les pupilles sont étroites, signe caractéristique de l'intoxication opiacée, et les mains tremblent un peu. Les deux bras, les cuisses et la poitrine sont tout couverts de cicatrices nacrées et apparentes, reliquat des anciens abcès produits par les piqûres; au niveau des deux coudes, leur rétraction est telle qu'elles gênent les mouvements articulaires. C'est là un symptôme pathognomonique de l'abus de la morphine ou d'autres poisons analogues; il ne manque que dans les cas exceptionnels où le médicament a été pris à l'intérieur. De l'ancienne blessure ne persiste qu'une trace insignifiante et à peine sensible au bord supérieur du bassin. Je n'ai pu relever aucun trouble moteur dans la jambe gauche. Le patient se plaint de fourmillements intolérables dans la plante des pieds et dans les orteils, de douleurs dans la cuisse pendant la marche et d'une série d'autres sensations pathologiques, mais

je crois que le tout ne reconnaît d'autre cause qu'un besoin de morphine. La mémoire et l'intelligence ne paraissent pas atteintes ; dans le domaine de l'émotivité existe peut-être quelque tendance à se plaindre sans raison.

Pour n'être guère prononcés à un premier examen, les phénomènes pathologiques créés par cet abus prolongé de la morphine n'en sont pas moins d'une extrême gravité. Des expériences nous ont montré l'action de l'opium sur le psychisme de l'individu ; nous savons que cette substance, si elle facilite le travail intellectuel, affaiblit par contre considérablement l'énergie et paralyse même la volonté. Ce dernier point est surtout patent dans le morphinisme chronique et c'est lui qui y domine toute la scène morbide. Les malades s'amollissent, perdent leur activité, leur résistance, leur ardeur au travail ; en un mot ils sont atteints dans toutes leurs forces vives. De plus, l'excitation intellectuelle que donnent de petites doses fait bientôt place à toutes espèces de symptômes diamétralement opposés ; ce sont des inquiétudes intérieures extrêmement pénibles avec un sentiment d'anxiété ; puis ce sont des bâillements, des éternuements, des vertiges, de la diarrhée, des crises de sueurs, des palpitations et une foule d'autres sensations qui incitent encore le malade à l'absorption d'une nouvelle quantité de poison. En même temps se manifeste invariablement une susceptibilité exagérée à la plus petite douleur physique ou morale. Pour le moindre motif les malades se servent de leur seringue et la morphine devient le but unique de leur vie, primant toutes les autres considérations, régnant en maîtresse absolue et exerçant surtout son empire sur la sphère de la volonté. L'insomnie, l'affaiblissement de l'état général, l'atténuation de la résistance corporelle, la diminution des fonctions sexuelles viennent enfin parfaire ce tableau clinique.

Il est malheureusement très difficile de guérir cette funeste passion. Nous avons commencé par supprimer la morphine, ce à quoi on réussit toujours en deux ou trois semaines. La

suppression brusque est dangereuse, à cause de la possibilité du collapsus. Les malades avouent en général une dose beaucoup plus forte que la dose réelle ; ils prennent constamment aussi une quantité bien supérieure à celle que nécessiterait le soulagement de leurs souffrances. Au début de la cure on peut donc aller assez vite. Chez notre malade par exemple nous avons donné le premier jour 0 gr. 46 de morphine, le second jour 0 gr. 42 seulement, et aujourd'hui, après quatorze jours, nous sommes tombés à 0 gr. 04. Les douleurs ont été assez légères ; mentionnons un peu d'agitation et d'insomnie, quelques bâillements, quelques éternuements et un peu de diarrhée ; l'appétit n'a pas cessé d'être à peu près satisfaisant. D'ici trois ou quatre jours la suppression du toxique sera, nous l'espérons, complète. Je dois dire encore que nous avons l'habitude de réserver pour le soir la dernière dose permise, et cela afin de limiter à la journée les douleurs et autres incidents du sevrage. Le malade est resté rigoureusement au lit, soutenu par une nourriture aussi substantielle que possible dont les laitages constituaient la base ; on lui donnait enfin tous les jours un grand bain chaud. Actuellement, je me crois autorisé à le proclamer hors de danger.

Mais ce n'est là que la première partie de notre tâche ; nous avons encore à prévenir les rechutes, et celles-ci sont fréquentes. Comme l'alcool, la morphine en excès affaiblit considérablement la volonté, et à l'ennui le plus anodin, à la plus insignifiante douleur, les malades demandent immédiatement à leur seringue de les consoler. Les choses se prolongent ainsi très longtemps, des mois et même des années. Le morphinomane, lui, se regarde comme guéri dès qu'il a passé quelques jours sans injection. Si cette déplorable illusion personnelle ne s'est pas évanouie à tout jamais et si le morphinomane, à l'instar de l'alcoolique d'ailleurs, n'est pas soumis à une surveillance étroite et suffisamment prolongée, le pronostic garde toute sa gravité. Je taxe de duperie

véritable et tout à fait inexcusable ces réclames alléchantes que certains médecins lancent dans les journaux : « Morphisme guéri en trente jours sans danger et sans douleur. » Supprimer la morphine en un mois sans aucun accident est facile à coup sûr ; mais prétendre de la sorte guérir les malades, c'est se tromper soi-même ou c'est exploiter les patients. Les malheureuses victimes de ces réclames vont d'asile en asile, après avoir perdu toute confiance en elles et en leur médecin.

Il est malaisé de prédire l'avenir réservé à notre sujet. Quoique nous lui ayons montré à quel danger il s'expose en retournant dès maintenant chez lui, il n'en est pas moins résolu à nous quitter, et cela après sept à huit semaines de traitement. Il n'a jamais usé, il est vrai, que de petites quantités ; c'est d'autre part un homme sérieux dont l'énergie ne semble pas trop atteinte. Et cependant je me garderai bien d'affirmer qu'il ne reviendra pas un jour à l'opium. Je m'empresse d'ailleurs d'ajouter que les douleurs qui ont motivé l'emploi de la morphine sont des plus supportables (1).

Voici par contre une femme de 44 ans, mariée à un tanneur, dont la situation est autrement sérieuse, car elle vous représente un exemple typique de morphinisme grave. Elle est en pleine possession d'elle-même et se rend compte à merveille de son état ; elle est cependant d'humeur très excitable. Lui parle-t-on d'abus de morphine, là voilà aussitôt en colère : son médicament lui a été enlevé, mais elle le reprendra à la première occasion ; du reste elle s'étranglera dès qu'elle le pourra, ce qui est extrêmement facile. Physiquement, c'est une femme petite et d'un état général précaire ; les dents sont mauvaises ; la langue, un peu chargée, est agitée d'un tremblement qui se retrouve au bout des doigts ; l'œil droit présente un coloboma consécutif à une iridectomie antérieure ; les deux bras et les flancs sont sillonnés d'innombrables cicatrices nacrées.

(1) Le malade mourut dix ans après sa sortie. Il n'aurait pas repris de morphine.

Elle a déjà été ici il y a quatre ans. Son père était buveur et sa grand'mère maternelle paralysée. Elle s'est mariée voilà treize ans et a deux enfants en bonne santé. L'origine de l'affection actuelle remonte à dix-sept ans. On dut autrefois en effet l'opérer d'un glaucome et un médecin lui prescrivit alors de la morphine. Puis sa garde-malade, elle-même morphinomane, continua ces injections, si bien qu'elle en contracta rapidement l'habitude. Au début elle se procurait la morphine grâce à une ordonnance ; plus tard elle obtint qu'un pharmacien lui en délivrât sans prescription. Pour trouver l'argent nécessaire, elle vendait en cachette des peaux ou puisait dans le coffre-fort de son mari. Celui-ci pratiquait lui-même ces derniers temps les injections, mais jamais en quantité suffisante ; aussi sa femme inventait-elle toutes sortes de moyens pour se satisfaire : elle s'administrait par exemple la morphine contenue dans une bouteille, mettait de l'eau à la place et renversait le flacon pour que l'on crût à un accident. En l'espace de dix ans, elle usa pour plus de mille marks de morphine, au point d'ébrécher la situation pécuniaire de sa famille. La morphine constituait tout le but de son existence. Sa santé périlait de plus en plus ; sous le coup d'une perpétuelle anxiété, elle ne pouvait pas vivre sans injection ; elle ne mangeait plus, ne dormait plus et se cachectisait petit à petit ; ses règles enfin étaient complètement suspendues.

L'année dernière la malade se mit à boire. Pour lui retirer sa morphine on ne recula devant aucune tentative, mais elles échouèrent toutes ; à la longue son mari se décida à l'amener à la clinique. Elle aurait absorbé alors de un à deux grammes de morphine par jour. Cependant nous avons réussi sans aucune difficulté à supprimer tout à fait en cinq jours l'usage du toxique, ce qui me permet d'affirmer que ce sont là des chiffres certainement exagérés. Nous n'avons eu à noter qu'un peu d'agitation, quelques accès d'oppression et de la diarrhée. Mais après toute cette

période de sevrage la malade s'est montrée fort irritable; quoiqu'ayant souvent manifesté le désir de guérir, elle se promettait de se procurer de la morphine dès qu'elle le pourrait. Dans la suite son poids augmenta; elle devint plus raisonnable et plus confiante; la rechute, disait-elle, n'était plus à craindre. Elle ne resta pas davantage ici et avec l'assentiment de son mari quitta la clinique sans y avoir passé deux mois pleins. Dans ces conditions une récurrence était évidemment fatale et la malade nous avoue avoir recommencé les injections dès son premier jour de liberté. Mais son mari ne s'en aperçut qu'au bout d'un an. Les troubles somatiques anciens ne tardèrent pas à renaître; aussitôt qu'elle n'avait plus de morphine, elle était obligée de garder le lit, se sentant très déprimée et se plaignant de battements de cœur. Elle cherchait par tous les moyens possibles à trouver du toxique; « J'aurais volé, dit-elle; un morphinomane n'a aucune pudeur. » Elle absorbait environ un gramme de morphine par jour, si nous l'en croyons. Nous avons tout d'abord réduit cette quantité du tiers et nous avons encore rapidement baissé les doses suivantes. La première nuit, elle fut déjà très agitée et accusa des douleurs dans les jambes, des sueurs et de l'oppression. « Vous ne pouvez vous faire une idée de mes souffrances, gémissait-elle; personne ne peut m'aider, personne, pas même un ange du ciel. »

En dix-sept jours, la quantité de morphine tomba à 0 gr. 04. A ce moment la patiente vit des fourmis sur les draps et entendit son mari lui adresser des reproches. Deux jours auparavant, elle avait déjà brisé sans motif les carreaux d'une fenêtre. Sa confusion était complète; elle parlait seule, tenait des propos incohérents, apercevait dans la tannerie de son mari les robinets des baquets de couleur grands ouverts et laissant couler tout le liquide; elle chassait les punaises et autres insectes qui couvraient son lit. De temps en temps elle se ressaisissait; elle craignait alors de devenir

folle et éprouvait, disait-elle, la sensation d'une grosse planche devant la tête. On constatait aussi qu'à certains moments ses mains se mettaient à trembler très fortement. En général elle ne savait pas où elle se trouvait; elle tutoyait le médecin et passait de la gaieté à l'effroi et à l'anxiété. Quand on lui appuyait sur les globes oculaires, elle avait l'impression de regarder de l'eau; c'était du reste la seule hallucination qu'on pût provoquer. Mais elle demandait qu'un paravent placé en face de son lit l'empêchât de voir l'homme qui tenait devant elle un écriteau portant ces mots: « On ne doit pas se faire d'injections. » Cet état délirant se prolongea environ une semaine, avec des oscillations très variables; aussi nous fut-il impossible d'abaisser la dose journalière de plus d'un centigramme. Aujourd'hui, comme vous le constatez, cette femme a repris possession d'elle-même, quoiqu'encore confuse et irritable. Je pense que dans deux ou trois jours, le sevrage sera terminé.

Le pronostic est ici beaucoup plus mauvais que chez notre précédent malade. Les doses de poison ont toujours été très élevées, et cela depuis plusieurs années; de plus la patiente manque de retenue et a une grande faiblesse de volonté, symptômes qui, tout en relevant de l'abus de la morphine, préexistaient plus ou moins avant l'usage de cette dernière. La première tentative de sevrage a raison de son désir de briser les chaînes auxquelles la rive son intoxication. Enfin, dominée par son insatiable besoin de se procurer de la morphine, elle n'a déjà pas hésité à contrevenir aux règles de la morale, comme, hélas! il arrive souvent chez les morphinomanes dont l'appétit pour le poison n'est jamais assouvi. Cette perte du sens moral, chaque fois que l'intoxication morphinique entre en jeu, montre à merveille l'influence considérable du poison sur le psychisme de l'individu, malgré la conservation presque totale de la mémoire et de l'intelligence (1).

(1) D'après son mari, cette femme ne prendrait plus de morphine depuis six ans.

La période de sevrage se complique encore chez cette femme de l'adjonction d'un état délirant spécial. Il existe en effet assez communément chez les morphinomanes des troubles qui ne sont pas imputables au toxique. Ici notamment, l'ensemble du tableau clinique plaide en faveur du rôle surajouté de l'alcoolisme, et de fait la malade reconnaît elle-même avoir eu souvent recours à l'alcool pour calmer ses douleurs. Bien des fois c'est le médecin qui prescrit l'alcool et le patient ne manque pas alors d'associer les deux toxiques. La cocaïne de son côté ne vaut guère mieux. On l'a beaucoup prônée jadis comme le véritable antidote de la morphine, mais on s'est vite aperçu que le remède était pire que le mal. Notre malade, sur la recommandation d'un médecin, a également employé il y a sept ans la cocaïne. Le résultat ne s'est pas fait attendre : au bout de huit à quinze jours elle était inquiète et agitée et entendait des voix parler sur son compte. Son mari la menaçait ; elle se croyait au sommet d'une tour, entourée d'anges qui voulaient la précipiter dans le vide. Aussitôt l'usage de la cocaïne suspendu, les hallucinations se dissipèrent.

Examinez enfin ce jeune dentiste de 26 ans, sorti depuis peu d'un établissement spécial pour morphinomanes ; il nous offre un type clinique à peu près analogue au précédent. Morphinomane depuis quelques années, il entra dans le dit établissement il y a huit mois. Les deux premiers mois tout alla très bien, et cela jusqu'au jour où la dose quotidienne tomba à 0 gr. 02. Les premiers phénomènes de sevrage se manifestèrent à ce moment. Le malade aussitôt reprit 1 gramme de morphine, car, comme tous les morphinomanes, il avait mis en réserve une certaine quantité pour parer à toute éventualité. Il réussit à tromper le médecin assistant, qui « n'avait pas encore, dit-il, l'habitude nécessaire pour connaître à fond les morphinomanes. Du reste la majorité des malades trichaient et le médecin ne s'en apercevait pas ». Plus tard survint une inflammation de la paroi thoracique et à cette

occasion la dose journalière remonta à 1 gramme. Ulérieurement encore un autre malade qui, sous prétexte d'être à même de supporter son sevrage, se pratiquait aussi des injections, en fit un certain nombre à notre jeune dentiste afin de s'assurer sa discrétion. En un mot, la cure de notre sujet n'aboutit à aucun résultat.

Finalement le directeur le renvoya, arguant qu'il y avait impossibilité à le traiter par le sevrage rapide. Aucun médecin ne voulait plus à cette époque lui donner de morphine ; il but dans une pharmacie « un cognac opiacé » et acheta une solution de morphine et cocaïne dont il s'administra aussitôt une partie, gardant le reste pour son voyage. L'association de la cocaïne à la morphine lui avait été recommandée par son médecin comme susceptible de rendre les injections indolores. A peine avait-il quitté l'établissement qu'il s'aperçut avec effroi avoir oublié sa morphine. Il songea bien à renouveler sa provision dans une pharmacie, mais on le soupçonna d'être morphinomane et on ne lui délivra que 0 gr. 13 de toxique. Il retourna alors en cachette à la maison de santé et le surveillant lui remit une bonne quantité de poison. Il s'en injecta une assez forte dose pour être capable de supporter le voyage. Peu après, il s'endormit et tomba entre les mains d'un voleur qui lui déroba sa montre et son argent. Ayant porté plainte aux agents de police, il leur fit l'impression d'un malade et on le mena à l'hôpital. Là, il eut un délire si violent et si complet qu'on nous l'envoya il y a huit jours.

Chez nous cet homme était tout à fait perdu ; il ignorait où il se trouvait et n'avait aucune idée de sa situation. Quoique sa compréhension fût très obscure, il était poussé à parler par un besoin impérieux, par une sorte d'impulsion. Il entamait le récit des derniers incidents qui lui étaient arrivés, puis s'arrêtait sans plus savoir ce qu'il voulait dire. Il eut aussi des hallucinations qu'il nous raconta plus tard. A l'hôpital il voyait des rats, des souris, des chats sauter dans sa

cellule et grimper sur ses jambes en le mordant ; il criait alors et cherchait à se sauver. C'était du spiritisme, et ces animaux avaient traversé le mur au moyen de l'hypnotisme. Les draps de son lit prenaient l'aspect de deux hommes, dont l'un déjà autopsié. Il apercevait en outre, assis dans un trou de la cloison, un vieillard extrêmement âgé qui donnait une représentation. Une de ses tantes avait devant lui des rapports sexuels avec un gardien ; elle obligeait à l'imiter sa propre sœur qui n'avait qu'onze ans. Il entendait l'enfant crier et sa tante la consoler. Il dit alors lui-même à cette dernière de ne pas choisir des hommes aussi forts. Une autre enfant de six à sept ans était traitée de la même façon. La tante allait quérir les hommes dans la rue et les conduisait au lit où se trouvaient les petites filles. Il assistait aussi à un meurtre ; le militaire tirait un coup de feu et les pompiers envoyaient tant d'eau que sa cellule en était inondée. A la clinique, le malade voyait des poissons dans son bain, entendait tirer des coups de feu ou écoutait des voix venant du dehors. Au point de vue somatique, on relevait une hyperesthésie très marquée des gros troncs nerveux, un tremblement de la langue, plusieurs abcès et un embarras gastrique aigu. Les pupilles étaient très dilatées, bien que le malade prit 0 gr. 03 à 0 gr. 04 de morphine par jour.

Sans tarder, devant une telle excitation et un tel bavardage nous avons mis ce malade dans un bain ; nous l'avons nourri aussi substantiellement que possible avec la sonde après lui avoir lavé l'estomac et nous lui avons donné quelques petites doses de morphine et de caféine. Le lendemain même son état s'était considérablement amélioré. Il mangeait seul, les hallucinations avaient disparu ; cinq jours plus tard la morphine était complètement supprimée. Les troubles du sevrage, sueurs, bâillements, éternuements, ont été modérés ; mais persistent encore des idées un peu obscures et embrouillées. De temps en temps il était de mauvaise humeur, légèrement anxieux et surexcité ; il allait

même jusqu'à la menace. Il écrivait toutes sortes de phrases incohérentes et sans suite, répétait les mêmes lettres, changeait les syllabes de place. Son écriture était tremblée et incertaine. Ces troubles furent de courte durée. Son poids a augmenté de 6 kgr. 500 et il a recouvré le sommeil ; après six semaines de séjour ici, il est en assez bon état. Ses cicatrices seules rappellent la phase aiguë qu'il a traversée. Il se rend très bien compte de sa maladie et est plein de confiance dans l'avenir ; en jurant de ne plus jamais toucher à une seringue, il réclame sa liberté. Sa mère insiste dans le même sens. Après ce que je vous ai dit plus haut, vous comprendrez que nous n'accédions à son désir qu'à contre-cœur ; nous n'avons toutefois aucun droit de le retenir. En réalité, la cure a été beaucoup trop courte pour que la guérison soit définitive (1).

Dans cette observation, il faut relever l'accès de délire qui a duré dix jours et dont la vivacité rappelle jusqu'à un certain point le délire alcoolique. Il n'est pas impossible que le cognac opiacé en soit responsable ; mais certains traits me portent bien plutôt à incriminer l'action de la cocaïne. Toute cette série de troubles, sensations de morsure, histoires génitales, besoin de parler, de bavarder et d'écrire, dépendent bien plus du cocaïnisme que de l'alcool. Mais il est délicat de distinguer ce qui appartient en propre à chacune des deux intoxications ; ce que je puis en tout cas affirmer, c'est que cet état n'a pas pris naissance sous la seule influence de la morphine.

Ces exemples nous montrent la lourde responsabilité qui incombe aux médecins dans l'étiologie du morphinisme. Ils sont, il est vrai, eux-mêmes très souvent morphinomanes et sèment précisément alors autour d'eux le mauvais exemple. Leur faute est d'autant plus inexusable que, mieux que personne, ils doivent savoir combien ce poison rend

(1) Malheureusement je n'ai plus eu de nouvelles de ce malade.

l'existence pénible. N'oublions pas non plus qu'il est extrêmement aisé de se procurer partout la morphine qu'on désire. Notre code est demeuré complètement impuissant sur ce point. Le seul moyen d'action vraiment efficace contre la morphinomanie est entre les mains des médecins; ils ont l'obligation de bien envisager la responsabilité qu'ils assument en usant de morphine couramment et longtemps chez un même malade.

## VINGTIÈME LEÇON.

### État terminal de la paralysie générale.

Messieurs, les états terminaux des diverses maladies que nous avons l'occasion d'observer en clinique représentent, me semble-t-il, les phases les moins aléatoires et les plus caractéristiques pour l'établissement d'un diagnostic définitif. Nous avons vu bien souvent quels multiples aspects est susceptible de revêtir une même affection. La variabilité des tableaux morbides est telle que dans nombre de cas il paraît impossible de remonter à leur cause véritable et de déterminer le processus dont ils dérivent. Mais une fois les phénomènes concomitants disparus, persiste toujours, au moins dans les formes incurables, un syndrome mental particulier qui, lui, reflète la nature exacte du mal. La connaissance approfondie des états terminaux nous permet alors de préciser l'affection générale dans ses traits fondamentaux et de la dépister, quand bien même ces derniers seraient plus ou moins masqués par des symptômes surajoutés et transitoires. Grâce à l'analyse de ces troubles au déclin, nous arrivons à différencier et à isoler les signes cardinaux. Mais, sans parler de ce point de vue purement théorique, la simple étude des périodes terminales n'en offre pas moins une très grande importance. C'est elle qui donne au clinicien toute latitude pour prévoir la marche des faits qu'il constate, besogne qui en psychiatrie est peut-être d'un plus grand

intérêt qu'en médecine générale. Car en face de l'impuissance de nos moyens thérapeutiques, ne constitue-t-elle pas maintes fois la seule satisfaction réservée au médecin ?

La paralysie générale est une de ces affections où la période terminale est constamment uniforme et qu'on réussit par conséquent à reconnaître, malgré la complexité de ses formes cliniques. Idées de grandeur, délire de petitesse, phases d'excitation et de dépression, hallucinations, le tout aboutit à un état démentiel spécial des plus nets, accompagné de paralysies. La terminaison est toujours identique, à condition toutefois que ne survienne pas quelque autre incident. En outre, les cas si fréquents qui se résument uniquement en un affaiblissement progressif nous prouvent à l'évidence combien sont différents du fond même de la maladie les troubles qui sautent aux yeux dès le début et qui n'ont que la valeur de manifestations associées.

Voici par exemple un mécanicien de 41 ans, chez lequel vous n'avez aucune peine à diagnostiquer un état démentiel fort prononcé. Il répond lentement et péniblement aux questions qu'on lui pose. Il ne sait pas au juste où il est et se croit « dans une maison d'hydrothérapie où l'on traite des névropathes ». Les dates du mois et de l'année lui sont inconnues; il ignore également son âge, l'époque de son mariage, la durée de son séjour ici ainsi que les noms des médecins qui le soignent. Son instruction est aujourd'hui très précaire. Bien que lisant avec assiduité le journal, il s' imagine que le Wurtemberg est une république. « Le kronprinz va devenir président, dit-il, Georges ou comment s'appelle-t-il. » La bataille de Sedan aurait eu lieu le 10 ou 12 septembre et les autres batailles de 1870 furent livrées à Königgratz, à Belfort, à Saarlouis. Le moindre de ses calculs renferme des fautes grossières, ce qui ne l'empêche pas d'être toujours satisfait du résultat et de se considérer comme un calculateur de tête émérite. Son séjour parmi nous ne lui est pas désagréable; tout en se refusant la qualité d'aliéné, il s'y trouve

très bien. Tout au plus serait-il un peu nerveux. Ouvrier fort actif dans une fabrique de papier, il a dû travailler de longues heures au milieu d'une extrême chaleur. D'une indifférence parfaite, il se s'occupe pas de sa santé et se laisse mener comme on veut, sans l'ombre de résistance.

Cette courte conversation met assez en relief les troubles prédominants de la mémoire et de l'orientation, l'affaiblissement du jugement et l'apathie pour que l'idée de paralysie générale vienne immédiatement à l'esprit. De plus, au point de vue somatique, nous notons une mollesse et un affaissement bien particuliers des traits du visage qui restent figés et sans expression. Le malade tire-t-il la langue, vous voyez des petits tremblements et des secousses sillonner tous les muscles de la face et du cou. La pupille droite est plus grande que la gauche ; toutes deux sont insensibles à la lumière. Un tremblement léger et continu agit les mains ; la force musculaire est très affaiblie, les mouvements lourds et maladroits. Les réflexes tendineux présentent une exagération notable et vous pouvez provoquer un léger clonus du pied. Dans la station debout avec les yeux fermés, vous constatez aussi un certain degré de balancement. La sensibilité cutanée est singulièrement diminuée ; quand j'attire l'attention du sujet sur une épingle que je lui ai enfoncée dans la main à son insu, il manifeste un profond étonnement. La marche est pénible, l'écriture incertaine. Signalons enfin de sérieuses altérations du langage ; outre l'achoppement syllabique, que les mots un peu compliqués laissent aisément percevoir, l'aphasie y participe pour une part. Ainsi le malade est incapable d'indiquer les noms des objets qu'il connaît le mieux, mais il approuve aussitôt qu'on les lui nomme.

Un examen plus détaillé confirme donc de tous points notre diagnostic. Vous retrouvez tous les traits fondamentaux de la paralysie générale, sans que cependant vous releviez aucun délire ou aucune des modifications de caractère

observées chez les malades que nous avons vus autrefois. Il pourrait évidemment s'agir aussi d'une phase avancée de l'affection ; ce n'est toutefois pas le cas. Cet homme est né d'une union illégitime et n'a plus que deux parents éloignés, tous deux aliénés. Il y a un an et demi, c'était encore un ouvrier sobre, laborieux et tout à fait bien portant. Il est marié et a un enfant. L'affection actuelle a éclaté après un incendie ; mais il convient de remarquer que, voilà quatre ans, le malade eut déjà des accès de diplopie et que par moments il ne pouvait plus retenir ses urines. A la suite de la frayeur que lui causa l'incendie, il se plaignit de douleurs de tête, d'insomnie, d'inappétence, de constipation. Sa mémoire déclinait et il avait des périodes de dépression ; puis ces phénomènes disparaissaient et il se remettait à travailler avec une sorte d'ardeur fébrile. Lorsqu'on nous l'amena, il présenta à plusieurs reprises des accès d'étourdissement avec faiblesse et confusion mentale. Il était obligé de s'asseoir et avait alors des troubles aphasiques très accusés, le tout d'ailleurs ne durant pas longtemps. Il se remettait complètement en quelques heures. Il n'avoue pas la syphilis et prétend n'avoir eu qu'une blennorrhagie ; mais la diplopie rend très vraisemblable l'origine spécifique de sa lésion.

Si ces antécédents aident à notre diagnostic, ils ne nous révèlent pas l'existence de ces accès paralytiques qui se voient très souvent au début de la paralysie générale, accompagnés d'aphasie passagère. Au point de vue psychique, la maladie a pris les allures d'un simple affaiblissement démentiel progressif, abstraction faite des quelques crises de dépression qui surgissent presque régulièrement à ces premières périodes. Cette marche spéciale de la paralysie générale, à laquelle s'applique d'ordinaire l'expression de « forme démentielle » est à mon avis d'une énorme fréquence. Mais elle est observée bien plus par les neurologistes que par les psychiatres, car les troubles psychiques ne sont jamais très saillants.

Je dois vous dire que dans cette forme s'égrènent les variétés les plus disparates, tandis que la marche en est volontiers fort grave. La démence complète ne tarde pas à s'installer et la mort peut survenir avec une rapidité surprenante. Quelques mois suffisent dans bien des cas et l'on est alors tenté de conclure que la maladie était restée longtemps inaperçue. C'est là une erreur, j'en suis convaincu. De même éclatent très fréquemment des accès paralytiques ; les rémissions sont par contre rares. En d'autres circonstances la marche est encore plus prompte, à tel point que dans presque le cinquième des observations la mort arrive dès la première année. Citons parallèlement les faits, d'ailleurs en petit nombre, de formes démentielles qui ont une évolution prolongée et qui durent très longtemps. Nous ne savons malheureusement rien sur la raison de cette diversité. Chez notre malade, les symptômes primitifs de l'affection remontent assez loin, car la diplopie et les troubles vésicaux sont à coup sûr en relation avec la paralysie générale. Pareilles constatations se renouvellent souvent. Peut-être par suite de la lenteur d'apparition des signes de gravité du début, nous est-il permis d'espérer que chez lui l'évolution ne progressera qu'à la longue (1).

Cet état de démence simple peut également se manifester dans des formes de paralysie qui ont eu une allure clinique toute différente. Cette femme, âgée de 52 ans, commerçante, vous en offre un exemple caractéristique. Elle se trouve dans la clinique depuis six ans. Vous l'apercevez qui, voûtée, entre à pas lourds et embarrassés. Ses réponses, quoiqu'à peine compréhensibles, montrent qu'elle sait où elle est et n'a pas oublié les noms de quelques médecins qu'elle a vus antérieurement. Mais elle n'a aucune idée de la date du jour ni de son propre état. Il lui est impossible de dire son nom, son âge, l'époque de son mariage ; elle ignore comment s'ap-

(1) Le malade est mort trois ans et neuf mois après le début des premiers troubles psychiques.

pellent ses enfants et à quel moment elle est venue ici. Elle se croit très bien portante et ajoute n'avoir jamais été malade. Parfois un peu excitée, elle est en général indifférente à tout. Le souvenir de son mari et de ses enfants ne l'impressionne nullement. A quelques tournures de phrases on reconnaît les traces d'une certaine instruction. Elle entremêle à ses paroles des termes italiens et français. Prononce-t-on devant elle le mot « Artaxerxès », elle répond : « Annibal, Carthage. » Elle lit assez couramment, mais sans comprendre le sens. Par moments, elle devient un peu opposante, refuse de donner la main et prétend qu'on l'a volée. Le reste du temps elle demeure apathique, insouciant et ne prête aucune attention à ce qui se fait autour d'elle.

Outre l'aspect endormi et stupide du visage, l'examen somatique décèle en première ligne des troubles considérables de la parole. L'articulation est extrêmement embrouillée et chaque mot est énoncé avec saccades et difficulté; souvent même des syllabes sont interverties ou omises. La langue et les lèvres sont animées de trémulations, le pli naso-labial droit abaissé, la pupille gauche beaucoup plus large que la droite, toutes deux d'ailleurs étant complètement insensibles à la lumière. Il y a une grande diminution de la sensibilité à la douleur et une notable exagération des réflexes tendineux.

Cet examen rend indubitable le diagnostic de paralysie générale. Vous voyez comme à la fin de l'affection tous les signes pathognomoniques sont solidement groupés et s'affirment avec évidence, sans être masqués par des phénomènes concomitants. La malade descend d'une famille nerveuse et a toujours été vive, excitable, en même temps qu'adroite sur certains points. Elle avorta trois fois et a une fille atteinte depuis sa jeunesse d'une lésion cérébrale et médullaire chronique. Le début de sa paralysie générale date de huit ans; dès cette époque éclataient des périodes d'aphasie temporaire. L'année suivante, un bouleversement total s'établit

dans sa manière d'être. Elle devint agitée, oublieuse, négligente, passant des lettres ou des mots entiers quand elle écrivait. Puis elle perdit tout à fait la mémoire des langues étrangères qu'elle connaissait; elle n'était plus capable de chanter, ne manifestait plus aucun goût artistique, violait les lois de la morale et de la bonne éducation, se montrait brutale et grossière envers sa famille et ne se souvenait plus des règles de la civilité. En même temps son langage était absolument inintelligible et traînant.

C'est dans cet état qu'on nous amena la malade, déjà psychiquement fort affaiblie. Elle fut chez nous en proie à un délire de grandeur des plus stupides. Elle commença par parler d'une superbe propriété en Italie, de sa voix incomparable et de ses enfants de toute beauté. Plus tard, elle distribuait 1.000 litres de vin rouge et de champagne, et avait 3.000 caisses remplies de vêtements d'or, beaucoup de millions d'or, trente jolis doigts, quatre octaves dans la voix; elle avait trois enfants de Bismarck et était encore enceinte de deux mois des œuvres de l'empereur. Elle sentait dans son corps des enfants de quatre pieds; elle avait accouché 70 fois. Puis survinrent de légers accès paralytiques avec étourdissements, vomissements et rougeur très prononcée de la face. Elle avait en outre un énorme appétit et son poids, en l'espace de quinze mois, passa de 53 kilogrammes à 80 kgr. 500.

Mais à partir de ce moment elle tomba à 45 kgr. 500 en un fort court laps de temps. Simultanément, elle fut prise d'une vive excitation, d'anxiété, d'une confusion profonde; elle ne mangeait et ne dormait plus, résistait à tout, était agitée; elle tenta plusieurs fois de se blesser, de s'arracher la langue et les dents. Son délire, sans rien perdre de sa stupidité, revêtit surtout une note dépressive. Elle était morte et ne pouvait plus avaler. Il y avait des bandits; l'homme allait être assommé; les enfants étaient assis dans les cabinets. Cent mille impératrices étaient dans le calorifère; on lui avait

volé dix mille mouchoirs de poche, coupé la poitrine et desséché le sang.

Au bout de quelques mois, fort lentement, la malade sortit de cette situation périlleuse. Cependant son poids ne dépassa jamais 50 kilogrammes. On put alors se rendre compte que l'affaiblissement intellectuel et les troubles physiques avaient fait des progrès excessifs. La patiente était en pleine démence. Depuis cette époque, son état n'a presque pas empiré (1). Dans cette observation, l'évolution est en contradiction directe avec les cas habituels, dans lesquels la mort survient au bout de trois ou quatre ans. Pareils faits ne sont pourtant pas rares, et il faut toujours compter avec la possibilité de voir l'affection s'arrêter dans certaines circonstances favorables. On ne manquera pas, il est vrai, en présence de ces formes de « paralysies stationnaires », de faire les réserves que comporterait une erreur de diagnostic, et j'insisterai surtout sur la confusion avec la syphilis de l'écorce. Chez notre malade la netteté du tableau clinique rend une telle hypothèse bien improbable. Malheureusement l'examen du liquide céphalo-rachidien ne peut pas, en l'espèce, lever les derniers doutes. Cet examen constitue en effet une méthode de diagnostic précieuse qui permet la différenciation des démences d'origine artério-scléreuse, alcoolique, traumatique ou catatonique avec la paralysie générale. Il est de règle qu'à l'état normal le liquide cérébro-spinal retiré par la ponction lombaire ne renferme presque aucun élément figuré; chez les paralytiques, il contient toujours au contraire de nombreux lymphocytes. Notre sujet nous a bien fourni un résultat positif; mais comme la syphilis, lorsqu'elle atteint la pie-mère, augmente

(1) La malade se trouve encore aujourd'hui, après 12 ans, à la clinique, complètement démente; au point de vue somatique, elle est très affaiblie. Le bras droit est légèrement contracturé, et il existe probablement un anévrisme de la crosse de l'aorte. Une de ses filles mourut, et la nécropsie permit de constater les lésions d'une paralysie générale juvénile qui a pu être occasionnée par une syphilis héréditaire.

aussi la quantité des cellules blanches, la question ne saurait être tranchée dans cette observation.

Comme vous le voyez, toute une série de troubles pathologiques très disparates a fini par aboutir au seul tableau de la forme simple de la paralysie générale. Les diverses formes morbides que l'on note dans la paralysie générale, forme agitée, forme dépressive, etc., ne constituent pas par elles-mêmes des groupes bien délimités. Elles ne donnent que quelques renseignements grossiers sur la nature même du mal. Malheureusement il ne nous est pas encore possible aujourd'hui de proposer une meilleure classification.

Chez cette femme, la courbe du poids a suivi dans une mesure certaine les modifications de l'état mental. C'est là un fait de constatation courante. D'ordinaire en effet à telles périodes de la paralysie générale le poids du corps augmente beaucoup pour diminuer ensuite sans discontinuité, et cependant la nourriture reste presque toujours identique. Cette évolution est si commune qu'il est difficile d'y voir une affaire de hasard. Pour moi, il me semble hors de doute qu'il s'agit de modifications profondes de l'organisme non sans analogie avec ce qui s'observe dans le diabète ou dans l'alcoolisme. Ces phénomènes amènent à conclure que la paralysie générale n'est pas uniquement une maladie du cerveau, mais qu'elle est en relation directe avec des altérations générales de l'organisme, hypothèse qui, je crois, trouve encore sa confirmation dans la tendance des paralytiques à avoir des eschares, des fractures de côte, et enfin dans la fréquence de l'albuminurie et des troubles vaso-moteurs.

Cette malade nous fournit en outre un exemple de paralysie générale chez la femme. Celle-ci ne se distingue pas essentiellement par sa marche de celle de l'homme. Si l'on a prétendu que l'évolution est plus lente chez les femmes et les idées délirantes moins accentuées, il faut plutôt attribuer cette distinction à la situation plus libre de l'homme.

Ce dernier s'expose davantage au début de son affection à des accidents qui en influenceront défavorablement le cours ultérieur. Les excès génitaux et alcooliques jouent en particulier maintes fois un rôle très important. Dans le cas actuel la syphilis entre d'ailleurs aussi en ligne de compte, comme en font foi les avortements successifs de la mère et la maladie de l'enfant. D'ordinaire il est sans doute encore beaucoup moins aisé d'apporter la preuve évidente de cette dernière cause étiologique chez la femme que chez l'homme.

Voici enfin un facteur âgé de 50 ans qui vous offre l'image de la paralysie générale à sa phase ultime et dangereuse. Je suis obligé de le faire amener sur son lit, car depuis longtemps il n'est plus en état de marcher. En outre depuis hier il est sans connaissance et ne réagit plus à la parole ni même à la piqûre. Il a la tête renversée et penchée un peu à gauche; les yeux à peine entr'ouverts regardent en haut et également à gauche. Les pupilles dilatées restent complètement insensibles à la lumière. Les traits du visage sont affaissés et endormis, les lèvres et la langue desséchées et recouvertes de petites croûtelles brunâtres. De l'haleine se dégage une odeur puante et aigrelette qui rappelle celle que répandent d'habitude les aliénés affamés et se rapproche un peu de l'odeur d'acétone. La respiration est superficielle et ralentie, le pouls petit et fréquent, la température un peu élevée. Essayez de plier les membres: vous vous heurtez à un certain degré de tonus musculaire plus marqué à droite et cependant les réflexes rotuliens sont encore perceptibles. Remarquez comme au bout de quelques instants les yeux se portent brusquement à gauche et voyez le mouvement consécutif de la tête, toujours vers la gauche, bientôt compliqué de secousses convulsives. Les membres se contractent plus énergiquement et sont aussi le siège de légères secousses avec prédominance à droite. Le tout dure à peine quelques minutes et laisse le sujet à nouveau inerte.

Vous assistez là à une attaque paralytique. Ce qui la diffé-

rencie dès l'abord de l'attaque épileptique, c'est l'atténuation relative des mouvements convulsifs et la perte de connaissance plus profonde. Les convulsions se localisent à des territoires musculaires déterminés, procédant comme dans l'épilepsie corticale et se séparant essentiellement du syndrome de l'épilepsie classique où les convulsions sont d'ordinaire symétriques.

Parfois, il est vrai, les attaques paralytiques sont de tous points semblables aux accès épileptiques. Dans d'autres circonstances, c'est un accès apoplectiforme qui éclate : brusquement, les malades tombent à terre sans connaissance, ont de la respiration stertoreuse et succombent ; ou bien après un certain temps ils reviennent à eux, mais restent hémiplégiques et dans quelques cas aphasiques. La disparition rapide de ces divers symptômes doit toujours nous faire penser à leur nature paralytique. Nous avons autrefois déjà parlé de ces étourdissements avec perte de connaissance qui, eux aussi, trahissent leur origine pathogénique par des traces d'aphasie.

Chez notre malade la crise entière, constituée par une suite de petits accès, dure en moyenne 30 heures ; elle peut aussi persister plus longtemps dans certaines conditions, 8 à 10 jours, et même davantage. Le pronostic va chaque jour en s'assombrissant (1). Ce n'est pas l'affection cérébrale qui emporte en général les patients ; ceux-ci meurent le plus souvent de pneumonie par déglutition. La salive, souillée de toutes espèces de saletés, ne rencontre aucun obstacle pour traverser un gosier insensible et provoque dans les poumons des inflammations lobulaires. Les eschares représentent encore un autre danger. On éprouve les plus grandes difficultés à mettre à l'abri de cette complication ces malades gâteux qui ne s'aident pas spontanément. Les soins les plus minutieux, les bains continus qui sont un trai-

(1) Le malade est mort dans un accès le jour suivant.

tement de choix n'en ont pas toujours le pouvoir. Nous suspendons l'alimentation tant que les malades n'avalent pas ; il n'y a pas d'inconvénient à les laisser au début sans manger. Mais si l'accès se prolonge plus de 2 à 3 jours, on est obligé de les soutenir en les nourrissant à la sonde. De toutes manières, il est possible de leur faire absorber auparavant une certaine quantité d'eau, sous forme de lavements de sérum artificiel. Si le cœur est sur le point de faiblir, nous recourons aussi aux injections de sérum sous-cutanées. La cavité buccale demande à être tenue autant que possible avec la plus parfaite propreté, et cela par l'usage de lavages réitérés ; il faut enfin veiller avec attention à vider la vessie et le rectum, fort exposés à s'encombrer. Quoiqu'il en soit et malgré les soins les plus sérieux, les accès paralytiques sont d'une constante gravité. Réussit-on en effet à sauver la vie du malade, on voit que l'affaiblissement intellectuel a toujours gagné par la suite beaucoup de terrain.

Notre sujet a déjà eu il y a trois mois un accès paralytique de plusieurs jours. Le début de son affection remonte à un an et neuf mois. Sa mémoire baissait ; il commettait de nombreuses erreurs en comptant ; il écrivait et parlait avec peine. Bien que ces troubles progressassent de jour en jour, il ne se sentait pas atteint. C'est son premier accès qui nécessita son transfert à l'hôpital. On s'y rendit aisément compte de son affaiblissement mental ; il s'y montra en outre un peu agité et proférait quelques idées de grandeur. Il vint ici voilà sept mois complètement dément, avec des troubles violents du langage, se traduisant par une tendance très marquée à répéter les syllabes sans accent tonique. Il eut aussi des périodes d'aphasie. Ainsi il appelait les allumettes « des bouts de bois, de petits bouts de bois, des caisses de bois » ; une clef de montre « une montre à empereur, un remontoir de montre ». Les pupilles réagissaient encore un peu. La réflexibilité était telle que le moindre mouvement brusque pro-

duit près de son visage produisait un tremblement généralisé. L'asseyait-on sur une chaise, de façon à ce que la pointe des pieds touchât seule le sol, aussitôt apparaissaient des mouvements rythmiques de haut en bas qui aboutissaient au clonus du pied. La contraction et la faiblesse de ses jambes rendaient la marche et la station debout presque impossibles. Son poids diminua régulièrement de 10 kilogrammes, malgré une alimentation très substantielle. Il se montrait chaque jour de plus en plus affaibli et gâteux. Enfin ces derniers temps on put encore noter ce grincement de dents si spécial que l'on constate aux périodes terminales de la paralysie générale.

Cette perte complète de la vie psychique, jointe à la cachexie corporelle progressive et aux autres phénomènes paralytiques, sont les symptômes terminaux de la paralysie générale. On rapporte bien de multiples observations de paralytiques qui seraient arrivés à une période de calme complet ou même à une guérison absolue. Il y a pourtant un trop grand nombre de ces malades, Messieurs, qui finissent tristement, pour que nous ayons le moindre droit d'escompter une pareille éventualité. Il est d'ailleurs fort possible qu'existent quelques rares affections dont l'évolution présente à certaines périodes des analogies avec la paralysie générale et qui sont cependant d'un pronostic moins grave. Il me semble aussi, d'après ce que j'ai vu, que les malades qui souffrent de phénomènes paralytiques ne relèvent pas tous de la paralysie générale.

Peut-être un jour l'anatomie pathologique nous mettra-t-elle sur la voie en nous apprenant à différencier ces diverses formes. Pour l'instant, elle nous montre que la paralysie générale a pour base anatomique des altérations frappant toutes les parties importantes de l'écorce : les cellules nerveuses, les fibres ainsi que la substance grise qui se trouve entre les cellules. De plus, on note toujours une prolifération de la névroglie et une multiplication considérable des petits vaisseaux. A la fin se dessine une

rétraction énorme de l'écorce cérébrale, avec disparition plus ou moins totale des éléments qui représentent le substratum anatomique du psychisme. Les modifications anatomiques ne restent pas cantonnées à l'écorce; elles atteignent bien d'autres parties du cerveau : noyaux centraux, origine des nerfs; il n'est pas jusqu'à la moelle qui ne soit lésée, surtout dans ses cordons latéraux et postérieurs. Enfin les méninges et très probablement beaucoup d'autres organes ne demeurent pas intacts; mais je dois dire que sur ce point nos connaissances sont encore fort imparfaites.

Il y a là un ensemble de lésions anatomiques qui doit être considéré comme caractéristique de la paralysie générale. Sur la foi de l'examen anatomo-pathologique, on est en effet autorisé à cataloguer comme formes atypiques de cette maladie nombre de tableaux cliniques que la diffusion anormale de leurs altérations éloigne beaucoup cliniquement des cas ordinairement constatés. D'autre part, grâce à l'étude anatomique, il nous est aujourd'hui loisible de détacher du cadre de la paralysie générale toutes les formes associées qui n'en constituent pas une manifestation spécifique. En clinique, la délimitation de ces faits est encore très problématique. Il faut espérer cependant que petit à petit nous saurons déterminer ces nombreuses formes qui s'accompagnent de paralysie cérébrale progressive et dont l'origine syphilitique est prouvée par bien des observations cliniques et anatomiques. Nous serons alors à même de les distinguer nettement de ces autres formes qui s'en rapprochent par des analogies d'ordre clinique, mais qui reconnaissent une étiologie spéciale et dont la marche et la terminaison pourraient bien être également particulières.

## VINGT ET UNIÈME LEÇON

### État terminal de la démence précoce.

Messieurs, dans la paralysie générale la période terminale est toujours identique à elle-même, et cette invariabilité nous autorise à conclure, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'examen nécropsique, que les phénomènes cliniques observés, si multiples soient-ils, sont constamment dus à un processus anatomique de l'écorce cérébrale. Dans d'autres espèces de démence, pareille question est beaucoup plus difficile à résoudre. Les tableaux morbides terminaux que l'on rencontre sont extrêmement dissemblables ; il y manque cette unité grâce à laquelle se dépiste au premier coup d'œil la parenté qui relie entre eux des symptômes cliniques épars. Non seulement on relève dans les démences tous les degrés, depuis les formes les plus bénignes jusqu'aux plus graves, mais encore l'état terminal peut présenter un aspect spécial à cause de la persistance de quelques symptômes d'une période antérieure de l'affection. C'est pourquoi la marche et la terminaison de la folie revêtent des allures si complexes. Je me souviens encore trop bien avec quelle perplexité je cherchais pendant des années à opposer les uns aux autres ces nombreux cas d'affaiblissement mental qui peuplent les asiles de chroniques. Si l'on est tenté d'isoler certains groupes en se basant sur la différentiation des phénomènes, on est cependant bien obligé d'accepter, malgré cette diversité

extérieure, l'existence de traits fondamentaux qui se retrouvent toujours avec les mêmes caractères.

Il est des malades dont l'observation nous indique la voie à suivre pour nous orienter dans ce labyrinthe. Nous constatons alors que chez la majorité de ces sujets, dont la démence oscille dans de larges limites, on note des signes plus ou moins nets, mais caractéristiques, de démence précoce. Nous constatons alors, par un examen approfondi, que les distinctions les plus profondes au début n'empêchent pas la maladie d'imprimer à la démence terminale son même sceau uniforme. Aussi n'y a-t-il qu'un moyen de résoudre ce problème délicat autant qu'important : c'est d'expliquer les phases antérieures du mal par sa période terminale, au lieu de préjuger dès le début quelle sera cette dernière et quelle évolution y conduira. Il n'est pas un seul état démentiel qui à son déclin soit analogue à la fin d'autres affections mentales incurables ; chaque forme d'aliénation mentale, lorsqu'elle ne guérit pas, tend au contraire à une période terminale qui lui est propre. C'est là évidemment une loi qui n'est valable qu'en ce qui concerne les symptômes fondamentaux ; les signes secondaires se présentent de leur côté de manières bien disparates. Nous ne savons malheureusement que fort peu de chose sur ces symptômes cardinaux, si bien qu'en face d'un état terminal particulier nous ne sommes capables de sortir du doute qui plane dans notre esprit qu'à condition d'être au courant de l'histoire antérieure. Toujours est-il qu'en étudiant avec soin les signes cliniques dans un très grand nombre de cas, nous pouvons à peu près conclure de l'état terminal d'une maladie à ce qu'elle a été dans ses débuts.

En voici un exemple. Il s'agit d'une femme âgée de 57 ans, en pleine possession d'elle-même, connaissant très bien le lieu où elle se trouve comme la date du jour, bavardant avec grande facilité. Elle insiste tout d'abord sur sa bonne santé ; elle n'appartient pas à la clinique, mais attend sa

sortie qu'on ne tardera évidemment pas à lui octroyer. Par contre son mari était fou en l'amenant ici ; il courait avec d'autres femmes, dépensait des sommes énormes, tandis qu'elle n'a cessé d'être honnête et économe. De plus les voisins l'avaient insultée, et un passant aurait fait devant elle un geste inconvenant. Un jour qu'elle était allée à la mairie chercher un certificat de bonne vie et mœurs, elle avait dû rire malgré elle. Pareil fait lui était déjà arrivé au moment où on l'examinait, avec un miroir, dans un établissement où elle fut enfermée autrefois. Elle est mal vue des infirmières ; les malades lui disent des choses stupides ; on crache dans sa cuvette. La nuit son lit la brûle de façon surnaturelle ; il y a certainement quelque chose de particulier dans les matelas. Le médecin lui a abîmé le bras et lui a fait quelque chose aux yeux. Elle débite ces histoires dans un langage prolixe, poseur et emploie toutes sortes de phrases ambiguës. Elle met toujours une certaine hésitation à faire ce qu'on lui commande. « C'est inutile de me donner la main » ; puis elle la tend enfin toute raide. Au point de vue somatique, je n'ai à vous signaler que la pâle bouffissure de son visage et la petitesse de son pouls qui bat à 120 pulsations.

La malade se rappelle au mieux être déjà venue maintes fois à la clinique et se souvient des moindres détails. Sa mère était très dévote. Elle-même s'est mariée à 22 ans et a eu neuf enfants, dont six sont morts. A 38 ans elle a été atteinte d'une fièvre typhoïde et au cours de la convalescence apparurent les troubles psychiques. Je dois ajouter qu'elle a présenté également autrefois des stigmates fort nets pendant le premier mois d'une grossesse : les gens parlaient d'elle, l'injuriaient en plein visage, crachaient devant elle, se livraient en sa présence à toutes espèces de stupidités et cherchaient à lui faire dire du mal de l'empereur afin d'avoir l'occasion de porter plainte contre elle. Elle refusa de manger, ne dormit plus et il fallut l'amener à la clinique. Ici les persécutions ne se calmèrent pas ; elle eut plusieurs pé-

riodes d'agitation, avec cris et grimaces, pendant lesquelles elle s'arrachait les cheveux. Puis elle demeura quelques semaines sans parler, ne bougeant plus et conservant constamment la même physionomie abrutie. Quoiqu'améliorée dans une large mesure, elle resta mécontente, bougonne, sans vouloir convenir qu'elle avait été malade. Elle retourna dans sa famille six mois plus tard et continua à se montrer excitable, distraite et oublieuse.

Depuis sept ou huit ans, cet état n'a fait qu'empirer. Elle était inactive et ne proférait aucune parole, ou bien elle reprenait ses anciennes idées de persécution. Tout à coup, il y a quatre ans et demi, elle tenta de s'empoisonner avec des allumettes et plus tard elle essaya de s'ouvrir les veines. Son mari avait aussi remarqué une préciosité de langage qui n'existait pas autrefois. Lorsqu'elle revint à la clinique, elle tomba dans un accès de stupeur très prononcé. Elle se rendait compte à merveille de l'endroit où elle se trouvait, mangeait sans se faire prier et se tenait proprement. Toutefois pendant près d'un an elle ne prononça pas une parole; blottie dans son lit et les yeux fermés, elle opposait une très grande résistance à tout ce qu'on lui demandait. La portait-on à grand'peine dans son lit, elle se levait aussitôt; cherchait-on à lui ouvrir les yeux, elle s'arrangeait de façon à ce qu'on échouât. A la piqûre d'épingle aux endroits les plus douloureux, elle réagissait tout au plus par un clignement d'œil ou une légère rougeur. Les visites de ses parents la laissaient tout à fait indifférente. A table, elle mettait son nez dans son assiette et portait sa cuiller à sa bouche d'un mouvement lent et régulier. Elle se retirait dès qu'on entrait dans sa chambre. Elle gardait ses doigts serrés les uns contre les autres au point d'avoir des eschares. Son poids s'était abaissé de 16 kilogrammes.

On la transporta alors dans un autre établissement où son état se maintint stationnaire pendant un an. Puis elle se réveilla brusquement et demanda à sortir, car, disait-elle,

elle était très bien portante. Aujourd'hui encore, sans avoir rien oublié d'aucun des détails de son affection, elle ne veut pas avouer être malade. Elle explique qu'elle n'avait pas parlé dans l'espoir de revenir ainsi plus vite chez elle. Elle gémit ensuite amèrement de ce qu'on lui ait planté dans le front un morceau de fer et de ce qu'on ait essayé de la renverser. Il s'agit là de l'épingle avec laquelle j'avais examiné sa sensibilité.

Sur ces entrefaites elle retourna chez elle, il y a deux ans et demi. Elle s'y montra très excitée et violente et porta plainte au sujet de son internement, en réclamant 30.000 marks à titre de dommages et intérêts. Puis apparurent petit à petit des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité. Son mari ou les passants l'insultaient. Dans son lit, dans les chaises, dans le poêle se trouvaient des machines infernales au moyen desquelles on lui envoyait des rayons. Dans son propre corps, dans les conduites d'eau, dans les aboiements d'un chien elle reconnaissait des voix menaçantes, si bien qu'elle n'eut de repos ni jour ni nuit et voulut se laisser mourir de faim. Aujourd'hui elle nie ces symptômes et prétend n'avoir entendu que du bruit et des souffles pendant la nuit ; du reste elle ne laisse pas passer les propos de ruse-majesté. Elle reste à l'écart des autres malades, mais s'occupe de couture et écrit de nombreuses lettres, toujours identiques, où elle insiste auprès de son mari pour rentrer à la maison.

Il n'est pas douteux qu'il s'agisse ici d'un cas de catatonie. La longue évolution, le négativisme et la stupeur si accentués en font foi, ainsi que le début où les phénomènes de stupeur s'associent aux hallucinations auditives et aux idées de persécution. J'insiste particulièrement sur le fait qu'à un état de stupeur des plus nets succéda une période de dix années pendant lesquelles, à part de très légères modifications du caractère, ne se manifesta aucun trouble morbide digne d'être signalé. La rechute consécutive mon-

tra que ce n'était là qu'une fausse guérison. Cette observation, que beaucoup d'autres observations analogues pourraient confirmer, nous apprend quelle prudence il faut apporter à parler d'amélioration ou de guérison chez un catatonique.

Après la seconde récurrence, nous voyons que la disparition brusque de la stupeur a laissé à sa suite un certain degré d'affaiblissement intellectuel. De plus cette femme n'avait pas conscience de son affection ; il lui était impossible de donner le moindre renseignement sur les mobiles de ses allures bizarres et elle se refuse à admettre l'origine pathologique des troubles dont elle est atteinte. Il est bien évident que la stupeur de la catatonie ne consiste pas seulement en hallucinations et en idées délirantes, comme différents auteurs l'admettent encore aujourd'hui ; elle consiste au contraire en une altération primitive de la volonté ; c'est un affaiblissement psychique particulier caractérisé par de l'amointrissement du jugement, par une émotivité émoussée, par de l'excitabilité, du maniérisme, des traces de négativisme, tandis que la mémoire et l'intelligence sont à peine frappées. Tel est en effet l'état de notre malade. En même temps existent des hallucinations auditives auxquelles se joignent des idées délirantes, le tout rappelant ce que nous avons vu dans la forme paranoïde de la démence précoce. Cet ensemble doit être considéré comme la période terminale du mal. De nouvelles phases de stupeur ou d'excitation surgiront peut-être, l'affaiblissement gagnant de son côté, mais il ne faut plus compter sur la possibilité d'une amélioration sérieuse (1).

Voyons maintenant cette femme âgée de 36 ans qui nous offre un tout autre tableau clinique. Elle entre, un sourire honteux sur les lèvres et s'assied sans regarder autour d'elle. A peine arrive-t-on à en tirer quelques monosyllabes ; la plupart du temps elle est immobile, les yeux fixes

(1) La malade fut transportée dans un asile de chroniques. Elle retomba en stupeur et mourut quelques années après.

et sans expression. Elle se trouve « dans la chambre », dit-elle et a déjà été ici il y a quatre ans. Je suis le « Monsieur de Francfort ». Elle connaît aussi un autre médecin qui passait toujours dans la chambre. Elle ne sait pas son nom et ne se croit pas malade. A toutes les questions sur sa famille et ses antécédents elle répond : « J'ai des enfants qui sont à la maison. » Elle résiste à tout ce qu'on veut qu'elle exécute ; elle refuse de me donner la main. Subitement quand elle voit qu'on s'occupe d'elle, la voilà qui émet toute une série de propos incohérents : « Qu'ai-je besoin d'être couchée ici pour les vieux fous ! Je ne peux pas les nettoyer. De l'autre côté les vieux sont couchés, qu'est-ce que ça peut me faire ? Certes ils sont assez vieux, ils peuvent bien rester couchés. Une partie des hommes disent se coucher, mourir ou cadavre. » Et elle continue en riant : « Ils ont dit que les enfants pondent des cadavres, mais les enfants ne pondent pas des œufs. Ces gens-là sont beaucoup trop prétentieux. »

Il n'y a pas moyen de lui faire exposer la signification de ces phrases. Elle ne s'occupe pas de ce qu'on lui dit, regarde partout, se tient un instant tranquille, puis recommence à murmurer un tas de mots sans suite pour aboutir peu à peu à un véritable accès d'excitation. Très affaiblie et dans un mauvais état général, elle a allaité son enfant après son dernier accouchement, voilà un an et demi. Ses urines renferment de temps à autre du sucre.

Les propositions dépourvues de sens de la malade nous fournissent un point de repère important qui nous aide à nous rendre compte de son état. Ses paroles n'ont aucun rapport avec les questions posées ou avec les faits ambiants. En un mot, c'est de la confusion du langage. Cependant cette femme est parfaitement capable de suivre une conversation peu compliquée. Je dois vous faire observer en outre que dans les salles elle travaille très convenablement par moments, sans toutefois cesser de parler toujours

avec la même stupidité. Notons aussi les signes de négativisme et le refus de donner la main, de regarder son interlocuteur, de répondre à des questions qu'elle est parfaitement apte à comprendre; signalons enfin sa complète indifférence et l'apathie qui perce dans toute sa conduite. Cette malade, qui est démente, a toute une série de symptômes que nous avons déjà rencontrés dans la catatonie et nous n'hésiterons pas à diagnostiquer chez elle : état terminal d'une catatonie incurable.

Une de ses tantes était débile. A la suite de couches, elle eut elle-même de petites convulsions avec battements de cœur, mais sans perte de connaissance. Il y a trois ans, ayant son enfant malade dans une autre ville et se trouvant sur le point de déménager, elle fut prise d'anxiété. L'avenir la tourmentait; elle avait rendu son mari malheureux et négligé son intérieur. Force fut de l'amener à la clinique. Pleurnicharde et abrutie, elle ne savait plus ici où elle se trouvait, se plaignait de douleurs de tête, refusait de rester au lit, jetait son assiette par la fenêtre et renversait les plats pleins de légumes. Tout à coup et sans raison, elle manifesta la plus extrême violence. Plutôt gaie que triste, elle était surtout indifférente, ou bien elle partait d'un éclat de rire qui se terminait par un bruyant « hurrah ».

Ses propos étaient déjà souvent empreints de la même incohérence et de la même stupidité qu'aujourd'hui. Elle lançait un morceau de pain à la tête du médecin et criait : « Voilà, prenez le bœuf. Je suis un bœuf, je suis un bœuf, prenez-moi, je suis un bœuf. » Plus caractéristique encore est sa tendance à répéter toujours les mêmes phrases. Nous avons déjà vu que c'est là une habitude des catatoniques. Une autre fois elle disait : « Je n'ai pas brillé, je n'ai pas désiré, je n'ai pas volé, je suis en pension, je n'ai jamais eu cela à la maison. Les fours ne sont pas des hommes. » A côté de la tournure recherchée des phrases, je vous prie de noter les

néologismes absurdes qui s'observent très souvent dans la confusion du langage.

Lorsque son mari venait la voir, elle restait indifférente ou au contraire était très excitée; elle avalait gloutonnement et salement les friandises qu'il lui apportait. Nous avons aussi relevé des hallucinations, d'ailleurs transitoires. Pour notre sujet les aliments enfin revêtaient un goût de mort; elle voyait son frère marcher au dehors et il lui fallait, racontait-elle, délivrer toutes les âmes. Enfin son pouls était notablement ralenti.

Après un séjour de six mois et malgré l'avis du médecin, son mari la ramena au logis. Elle continua à présenter des idées de persécution, avançant que ses enfants allaient être décapités. Bien que très oublieuse, elle s'occupait de son ménage; elle accoucha encore une fois. Mais ces derniers temps se dessinèrent des troubles très marqués; elle voulut entrer de force dans une école et on la trouva en train d'ouvrir un tombeau; il fallut la transporter de nouveau à la clinique, il y a quatre mois. A ce moment son état était analogue à ce qu'il est aujourd'hui; ses idées de persécution prenaient cependant une teinte génitale (1).

Lors de son premier séjour ici, elle avait déjà eu une syncope. Pareil accident lui était déjà arrivé plusieurs fois chez elle, compliqué même de convulsions. Nous pûmes observer récemment des crises analogues. La malade tombe sur le plancher et ferme les yeux, se débat, ne réagit plus aux piqûres ni aux pincements et murmure: « J'ai mal, oh! ma tête. » Aux bras et aux jambes de légères secousses agitent les masses musculaires et les mâchoires sont fortement contractées l'une contre l'autre. La respiration, toute superficielle, devient irrégulière, entrecoupée de pauses prolongées; le pouls est petit; les pupilles réa-

(1) La malade se trouve depuis neuf ans et demi dans un asile de chroniques, démente avec confusion du langage, négativisme, maniérisme et de temps à autre périodes d'excitation.

gissent à la lumière. Le tout disparaît au bout de 15 à 20 minutes. Ces attaques ont une grande ressemblance avec ce que nous avons constaté dans l'hystérie. S'il est du reste possible qu'elles soient bien de nature hystérique, il ne faut pas oublier qu'elles ont débuté dans les suites de couches et les couches, nous le savons, représentent précisément un facteur important dans l'étiologie de la catatonie. J'ajouterai qu'au cours de la catatonie j'ai souvent noté des crises identiques, avec ou sans perte de connaissance et rappelant quelquefois l'épilepsie. Je connais de nombreux faits où des accès d'allure hystérique ont marqué la phase première d'une catatonie dont la démence fut des plus accentuées. Pour l'instant, nous ne sommes pas encore en état d'en fournir l'explication.

Le dernier de nos malades est un solide gaillard de 21 ans, ouvrier dans une fabrique de cigares. Par son allure nonchalante et stupide, il donne encore une plus profonde impression d'imbécillité. Il faut insister pour savoir comment il s'appelle. Il n'ignore pas où il est, connaît la date du jour et se souvient d'avoir déjà été ici, il y a cinq ou six ans ; mais il est incapable de dire notre nom. Il ne se sent pas malade et serait mieux chez lui, ajoute-t-il. Cet homme ne témoigne pas le moindre intérêt pour ce qui se passe autour de lui ; il ne parle pas spontanément, ne répond que par monosyllabes et la seule participation de son émotivité se résume en un sourire niais. Il exécute difficilement ce qu'on lui demande et tend la main avec raideur ; il est plein de manières et nettement cataleptique. En ce qui concerne sa vie antérieure, ses projets d'avenir, sa famille, impossible d'obtenir une seule parole. Cependant, quoique paraissant complètement abruti, cet individu trouve sur une carte géographique, sans peine et avec une rapidité étonnante, toutes les villes qu'on lui indique. De même ne commet-il pas d'erreur dans la solution des problèmes peu compliqués.

Voilà encore un cas d'idiotie acquise. Le malade n'a pas

toujours été dans l'état que vous voyez aujourd'hui; il n'aurait en effet jamais pu apprendre quoi que ce soit. D'autre part son absence d'émotivité, ses allures recherchées nous portent immédiatement à incriminer la période terminale de la démence précoce. Je vous fais remarquer en outre qu'il a une certaine bouffissure du visage. Vous apercevez enfin sur le cuir chevelu et sur la face de nombreux petits abcès dus à des grattages; il s'est également arraché quelques ongles aux orteils. J'ai fort souvent observé cette tendance à des mutilations, parfois très douloureuses, aux périodes d'imbécillité de la démence précoce.

Deux tantes de notre sujet ont été épileptiques. Il a lui-même présenté dans sa jeunesse des accès épileptiformes et il y a sept ans a eu un érysipèle récidivant de la face. A l'école, ce fut un des meilleurs élèves; il était assez timide et réservé. Voilà six ans, à la suite d'une chute sur la partie postérieure de la tête il fut pris d'anxiété; son travail était pénible; la nuit il voyait quelqu'un se pencher sur son lit; il disait avoir fait la guerre et tué six diables. Puis il devint de jour en jour plus tranquille et il lui semblait que son esprit s'en allait. Il se mettait à faire l'exercice militaire pour amuser ses camarades de travail. A table il mangeait avec glotonnerie, ce qui constitue un signe très fréquent de la démence précoce, alternant presque toujours avec le refus d'aliments.

A son arrivée à la clinique, il y a cinq ans, il paraissait aussi abruti qu'aujourd'hui. Il était opposant, répondait en termes incohérents et tenait des propos où se discernaient de la confusion du langage et de la stéréotypie. Il répétait à satiété: « Celui-ci est le Seigneur; c'est un Seigneur », ou bien: « C'est pas la peine de le tuer — Français — ça devrait être tambouriné — je prends la sonnette. » Lorsque je lui demandais: « Où sommes-nous ici? » — « Près du Seigneur », répondait-il. — « Dans quel pays? » — « De Hiob », etc. Il ne manifestait pas trace d'émotivité, ne pré-

taut aucune attention à ce qui se faisait autour de lui et demeurait le plus souvent couché dans un coin, sans s'occuper de rien. Au bout de quelques mois, il reprit un peu d'activité et fit montre d'une foule de connaissances qu'on était loin de lui soupçonner. Mais sa conduite resta toujours aussi inepte et ses réponses aussi stupides. De temps en temps il était excité, crachait à la figure du médecin et brisait des vitres ; puis il se calmait et ignorait alors pourquoi il s'était livré à toutes ces violences. Il est possible qu'à ce moment il ait entendu des voix ; il avait très souvent de l'écholalie et une fois il chercha à s'étrangler.

Ce malade retourna chez lui neuf mois plus tard. Il fut en état de reprendre son travail, mais il y apportait plus de lenteur qu'auparavant. Il parlait peu et avait de fréquentes périodes d'excitation. Voilà plus d'un an, il devint très violent ; il se mit à aller sans cesse au café ; il lançait les ustensiles par les fenêtres, criait à pleine voix et paraissait être en proie à de très vives hallucinations auditives et visuelles. Il se disait ensorcelé ; il ne mangeait plus, ne dormait plus et on dut le ramener ici. A la clinique il savait ce qui se faisait autour de lui, bien que fort affaibli au point de vue mental et émotif. Il se rappelait son précédent séjour, mais sans être à même de fournir le moindre détail. Il prétendait être persécuté et torturé, passait la plupart de ses journées dans le lit, la tête enfouie sous les couvertures. Puis survenait une phase d'excitation aiguë : il criait par les fenêtres, gâtait, prenait des attitudes bizarres, grimpait aux barreaux de son lit, jetait les couvertures à terre et proférait de violentes menaces. Ou bien, vraisemblablement sous l'empire d'hallucinations auditives, il se plaignait de ce qu'on voulait lui couper le corps et lui arracher le gosier. Après quelques jours, il redevenait calme et retombait dans son désœuvrement imbécile. En fait de signes physiques, il présentait un dermographisme des plus prononcés, de l'exagération du réflexe du facial et de la bouffissure du visage. La

courbe de son poids suivait les périodes d'excitation (1).

Je viens de vous donner une description que vous pouvez prendre comme l'exemple d'innombrables cas du même genre. Le début est marqué par de la dépression avec anxiété ; bientôt apparaissent certains symptômes catatoniques auxquels succèdent la stéréotypie, la *befehlsautomatie*, des actes impulsifs, des manières, de la confusion du langage ; en fin de compte, ce sont des alternatives perpétuelles entre des états d'abrutissement apathique et des phases d'excitation stupide accompagnées de quelques hallucinations. Tous ces troubles n'empêchent pas l'instruction antérieurement acquise de demeurer parfaitement intacte. Les périodes d'excitation se retrouvent presque constamment à la terminaison de la démence précoce. C'est surtout dans les grands asiles qu'on voit des malades atteints de la sorte. A leur allure singulière, à la brusquerie avec laquelle ils entrent en excitation s'oppose ce fait qu'ils sont maîtres d'eux et capables de travailler, ce qui leur imprime un cachet bien particulier. Si différents que soient chez ces nombreux sujets tels détails symptomatiques, les signes fondamentaux et pathognomoniques, qui traduisent les altérations du sentiment et de la conduite, revêtent toujours un caractère identique.

(1) Le malade resta cinq ans dans un asile de chroniques et après une amélioration relative put rentrer à son domicile. Il travaille, mais parle peu et est facilement excitable.

## VINGT-DEUXIÈME LEÇON

### Troubles psychiques dans les affections organiques du cerveau.

Messieurs, je vous ai déjà dit qu'on réussirait un jour à isoler de la paralysie générale d'autres affections particulières de l'écorce cérébrale. Aujourd'hui déjà, remarquez-le, nous n'avons aucune peine à différencier de la paralysie générale les maladies où les altérations de l'écorce, au lieu d'être diffuses, sont au contraire bien localisées. Vous ne prendrez pas par exemple pour une paralytique générale cette paysanne âgée de 58 ans. Comme vous le voyez, le côté droit est complètement paralysé. Le bras droit est serré le long du corps, la main tombe cyanosée, un peu œdématisée et froide. En cherchant à étendre les doigts qui sont légèrement recourbés, vous vous heurtez à une grande résistance; il faut une certaine force pour les déployer. La flexion du bras est également difficile; la malade ne peut faire que des mouvements limités des doigts et du bras. Quand elle marche, elle traîne un peu la jambe droite. La sensibilité à la douleur, au toucher et à la piqure d'aiguille, affaiblie à droite, est aussi un peu émoussée à gauche. Les réflexes rotuliens sont augmentés à gauche, diminués à droite; du même côté on constate un léger clonus du pied. Il n'y a pas de troubles dans les mouvements des yeux et de la pupille; le fond de l'œil est normal. Le pouls est assez plein et dur.

L'examen détaillé est rendu très délicat par l'aphasie de la malade. Les seuls mots qu'elle prononce, en les répétant constamment, sont : « Je veux aller au lit. » Cependant on s'aperçoit qu'elle saisit les questions peu compliquées. Elle tire la langue, elle tend la main qu'on lui désigne, si l'on prend soin de parler lentement et de bien articuler les mots. Elle a un penchant à toujours exécuter des mouvements identiques, alors même qu'on exprime le désir de les voir changer; elle ne comprend qu'au bout d'un certain temps ce qu'on lui demande. Mais il ne faut rien exiger d'elle de trop difficile. Elle fait un petit effort pour donner sa main paralysée. Si je lui dis de toucher son oreille droite avec sa main gauche, elle est toute désorientée; elle tire la langue, ferme les yeux ou bien recommence un geste quelconque.

Il est naturellement très malaisé d'affirmer que cette attitude relève de l'incapacité à mener à bien les mouvements voulus. En un mot y a-t-il de la paraproxie? Ou bien cette femme ne comprend-elle pas ce qu'on lui dit? A chaque modification dans les exercices, elle est portée à continuer les mouvements antérieurs en les améliorant, ce qui semblerait plaider en faveur de la paraproxie. Mais dans ses très rares manifestations volontaires spontanées, nous n'avons pas observé de gêne à la mise en œuvre du mouvement conçu ou une exécution contraire au but fixé. De plus, il est tout à fait incontestable que la malade ne se rend pas exactement compte du sens des mots.

Lui met-on dans la main deux pièces d'or en la priant d'indiquer celle qui a le plus de valeur, elle ne voit pas de quoi il s'agit. Tantôt c'est l'une, tantôt c'est l'autre qu'elle dépose; ou bien des yeux elle interroge le médecin pour savoir ce qu'on lui veut. Mais lorsqu'elle connaît déjà les objets ou lorsque ceux-ci ont des caractères suffisamment tranchés, elle n'hésite pas et du premier coup conçoit de quoi il est question. Avec une clef par exemple, elle fait le simulacre d'ouvrir une porte; elle prend une allumette dans une

boite, ce qui nécessite de nombreux efforts, car elle n'a plus qu'une main libre; de même elle ouvre un couteau à l'aide de ses dents. Elle reconnaît très bien un médecin qui l'a soignée jadis, lui adresse un signe de tête chaque fois qu'elle le rencontre et comprend parfaitement les conversations dont il est le sujet. Je lui demande de chercher le médecin de la salle qu'elle occupe; elle le trouve sans aucune peine, de la tête lui fait un geste amical et, pleine de gaieté, répète sa phrase monophasique.

Cette femme comprend donc assez bien le sens général d'une phrase accompagnée de geste, mais ne saisit que très mal les mots en eux-mêmes. A côté de l'impossibilité de parler, coexiste par suite un degré assez prononcé de surdité verbale. Elle est presque toujours apathique, ne prête guère d'attention à ce qui se passe autour d'elle et dort pour ainsi dire tout le temps. S'occupe-t-on d'elle, elle est satisfaite; la néglige-t-on, elle pleure comme elle fit un jour que l'infirmière avait oublié de la conduire au jardin avec les autres malades. Elle ne manifeste spontanément ni crainte ni désir. Elle n'est jamais agitée; elle salue le médecin; elle est propre, mange seule et se conforme toujours aux ordres qu'on lui donne.

Depuis quatre mois que cette malade est ici, son état n'a guère subi de modifications. Au début cependant elle gâtait et il fallut l'alimenter; elle semblait plus affaiblie qu'aujourd'hui. Tout cet ensemble suffirait à éliminer l'idée de paralysie générale, car au cours de cette dernière les phénomènes dus aux lésions en foyer ont l'habitude, sauf de très rares exceptions, de rétrocéder rapidement. Il s'agit donc d'une lésion circonscrite du cerveau, occupant les régions voisines de l'insula, intéressant la troisième circonvolution frontale et une partie du lobe temporal. De fait la malade a eu deux ictus apoplectiformes: le premier, très léger, il y a huit mois, le second trois semaines plus tard. Elle continua tout d'abord à vaquer aux soins de son ménage; mais après

la seconde attaque, survint l'hémiplégie droite avec perte de la parole. En même temps, elle était anxieuse, confuse, excitée; elle voulait se tuer et se jeta même une fois dans la rivière; elle en sortit d'ailleurs toute seule. Elle a toujours été bien portante et gaie; dans sa jeunesse elle eut un enfant illégitime. Sa grand'mère fut aliénée.

Quoique n'existe aucun signe précis qui nous permette de déterminer exactement le processus anatomique qui a lésé le cerveau, nous sommes autorisés, grâce à ces accès répétés à début brusque et sans signe de compression cérébrale ainsi que grâce à la durée des troubles consécutifs, à nous arrêter à l'idée d'obstruction vasculaire. Les altérations des vaisseaux ne sont pas rares en effet à l'âge de notre malade. Ce n'est pas d'autre part une lésion circonscrite qui donne lieu à des modifications psychiques générales et surtout à cette apathie si prononcée. Il est très probable que tous les vaisseaux corticaux sont atteints et je crois que nous pouvons admettre que, sous l'influence de l'artério-sclérose, s'installent des troubles de la nutrition générale de l'écorce avec obstructions vasculaires locales.

L'alcool et la syphilis sont les causes les plus connues de ces altérations. Lors de la vieillesse et du retour d'âge, on observe encore souvent des lésions vasculaires dont l'étiologie reste ignorée. Chez notre malade la syphilis était possible et nous avons essayé l'iodure, malheureusement sans succès. Elle dit quelques mots nouveaux, fut plus active; mais on ne saurait espérer que cet affaiblissement s'améliore. L'affection ira, bien au contraire, en augmentant, et tôt ou tard éclateront de nouveaux accès (1).

Voici un autre malade, électricien, âgé de 45 ans, chez qui l'interprétation du tableau clinique présente de nombreuses difficultés. Il entre à petits pas, l'air fatigué, et s'assied après nous avoir salués. Il nous donne sur son état des

(1) La malade mourut un an plus tard dans un asile de chroniques.

renseignements exacts, mais d'une voix un peu tremblée. Il est, dit-il, un enfant illégitime. Il exerça tout d'abord la profession de groom, puis celle de serrurier. Il ignore tout de ses parents et de sa famille. A 18 ans, il fut condamné à un an de prison pour avoir participé à un vol avec effraction. « Il était un vrai garnement qu'on aurait dû fouetter d'importance. » Il se maria quatre ans plus tard, mais divorça au bout de quelques années. « C'était comme un roman de concierge, mais je l'ai moi-même vécu. » Il eut deux enfants qui succombèrent. Par la suite, il obtint une place rémunératrice et y travailla régulièrement et assidûment. Sa santé fut parfaite jusqu'il y a trois ans. A ce moment il ressentit de violents maux de tête, surtout dans la région postérieure. Ceux-ci reprenaient presque quotidiennement, tantôt la nuit, tantôt le jour; il les combattait avec de la migrainine, mais l'action de ce médicament s'épuisa rapidement et le malade n'éprouva aucun soulagement. Entré ici depuis sept mois, il avait peu auparavant perdu le sommeil et était allé souvent à l'hôpital où il ne faisait du reste que des séjours de courte durée. On lui aurait dit qu'il avait du sucre dans les urines. Il dormit une fois vingt-quatre heures sans arrêt; à son réveil il était à peine en état de se tenir sur ses jambes. Finalement, contre son gré, on l'amena chez nous au milieu des aliénés. Il souffrait de douleurs intolérables et savait très bien qu'il allait vers sa fin. Il accueille d'un sourire les remarques qu'on lui adresse pour le consoler; mieux vaudrait certes lui dire la vérité; les médecins savent bien dans quelle piteuse situation il se trouve.

En causant plus à fond avec le malade de sa vie antérieure, on voit d'emblée combien ses phrases sont confuses et peu claires. S'agit-il de fixer une époque quelconque, il est plein d'hésitations; il est incapable de citer le nom de son dernier patron, auprès duquel il est resté plusieurs années, non plus que de rien dire sur les événements im-

portants qui se sont déroulés au cours des années précédentes : il prétend qu'étant un pauvre ouvrier il n'a pas besoin de s'occuper de politique. Il n'indique ni la date du jour, ni le millésime de l'année, confond les noms des villes où il a passé récemment et ne sait expliquer comment il est venu à la clinique. Lui demande-t-on s'il a eu des maladies vénériennes, il répond qu'il y a vingt ans il a contracté un chancre mou ; plus tard, il soutient que ce ne fut que trois ans avant son arrivée à la clinique et il parle en outre de deux blennorrhagies. Il fait encore quelques additions toutes simples, mais il se trompe dès qu'il lui faut conserver un chiffre dans sa mémoire. Il a une certaine conscience de ces troubles du souvenir et de la faculté de fixer quelque chose. « C'est ridicule, dit-il, pour un homme de mon âge d'être aussi désorienté. »

L'affectivité du malade est plutôt très déprimée. Bien qu'il ne comprenne qu'imparfaitement la gravité de son affection, dont il cherche toujours à expliquer les symptômes par des circonstances extérieures, il a pourtant le sentiment de son impuissance. Il se reproche de s'être masturbé, d'avoir été condamné, d'avoir perdu sa place ; il craint les suites graves de la migraine dont il prenait de grandes quantités et ne veut plus en faire usage. On réussit d'autre part à le distraire et même à le faire rire, mais ce n'est qu'incidemment. La faiblesse de sa volonté est des plus évidentes. Il exécute sur-le-champ tous les ordres qu'on lui donne ; il se dit prêt à rester à la clinique, tout en se plaignant de son internement ; il n'émet aucune idée précise pour son avenir.

Nous avons déjà remarqué, au cours de notre conversation avec le malade, qu'il s'exprime lentement et difficilement ; il cherche souvent ses mots ; il commet des erreurs et dit par exemple « place honorifique » pour « place qui permet de vivre ». Maintes fois aussi il se trompe de syllabes et ne les intercale pas à leur place : c'est là un signe qui prouve la persistance de l'impulsion motrice. Tous ces symptômes

s'accroissent avec la fatigue du sujet, si bien qu'à la fin il devient malaisé de le comprendre. Lui dit-on d'écrire, on retrouve de suite des stigmata parfaitement analogues à ceux qu'on constate dans la parole : le malade commence par tracer son nom sans aucune peine ; au bout d'un instant, après quelques mots, c'est un griffonnage dans lequel on distingue encore au besoin quelques lettres, mais où l'ordre régulier et ordinaire des syllabes est modifié par l'interposition illogique d'autres syllabes et par la répétition des mêmes signes ; en définitive, fatigué, le malade laisse tomber son crayon à côté de lui.

L'examen somatique de cet homme, qui est bien bâti, dont la nutrition générale est bonne, permet de constater la persistance de la réaction pupillaire ; il existe de légers mouvements nystagmiformes dans le regard à droite, et peut-être une légère hémianopsie autant qu'on peut l'affirmer chez un sujet à jugement si affaibli. La sensibilité cutanée est un peu diminuée à droite. Vient-on à lui mettre un objet dans la main, il le reconnaît plus vite à gauche qu'à droite. Il n'a pas de paralysie ; cependant la force musculaire est fort affaiblie, surtout à droite. Tous les mouvements sont lents et maladroits et sa main ne peut même reproduire les plus simples. Sa démarche est tremblante et on note le signe de Romberg. Lorsque la main est étendue, l'extrémité des doigts est agitée par de menues oscillations. Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés. On ne constate pas d'autres symptômes nerveux. Les temporales sont très sinueses et très visibles. L'artère radiale est dure. Le pouls, régulier et plein, bat à 72 pulsations. Le cœur est normal. L'urine contient des quantités d'albumine.

L'affaiblissement mental et surtout l'affaiblissement de la mémoire, joints aux signes d'une affection cérébrale grave comme celle que présente le malade, peuvent nous faire penser à une paralysie générale ; cette supposition sera plus légitime encore lorsque nous saurons que, deux mois après son

entrée à la clinique, il eut une syncope qui fut suivie le lendemain d'aphasie très marquée, avec hémianopsie, hypoesthésie et parésie du côté droit.

De temps à autre il était très confus et plusieurs fois eut des vomissements. Tous ces stigmates disparurent vite et presque complètement. Le mois suivant il eut une rétention d'urine transitoire, et six semaines plus tard un accès épileptiforme. Cette symptomatologie s'adapte entièrement au diagnostic de paralysie générale; certaines particularités cependant différencient ce cas du tableau clinique de la paralysie générale. Psychiquement manquent toutes les idées délirantes, l'état cénesthésique relativement bon, le maintien en tous points ordonné et normal. Remarquons de plus que les troubles de la parole et de l'écriture n'ont pas l'allure ataxique et parétique du paralytique, mais qu'il y a plutôt de la paraphasie et de la paragraphie. De même cette fatigue, qui est ici si frappante, ne se présente pas avec ces caractères chez le paralytique.

Nous avons par suite à nous demander s'il n'y a pas lieu de donner une autre interprétation à ce tableau clinique. On songera en première ligne à une affection syphilitique, ensuite à une manifestation d'artério-sclérose. D'après les dires du malade, il est douteux qu'il ait eu la syphilis; cependant, vu le mauvais état général, nous avons cru devoir entreprendre une cure mercurielle. Comme la santé du patient ne s'améliora pas, comme ses urines diminuèrent, comme l'albumine augmenta, nous dûmes interrompre le traitement et nous contenter d'une médication iodurée. Nous avons abouti à ce résultat de voir disparaître les phénomènes graves sans cependant que l'état antérieur fût le moins du monde modifié.

De cette expérience il fut impossible de conclure à l'origine syphilitique de la maladie, hypothèse qui du reste ne s'est jamais justifiée. L'idée d'une affection de nature artério-scléreuse prit alors plus de vraisemblance. En sa faveur plaident la présence de l'albumine dans l'urine et la flexuosité