

des artères ; contre elle, l'âge relativement jeune du malade. La manière dont apparurent les symptômes en foyers, leur développement rapide et leurs modifications, de même que la conservation des réactions pupillaires, appuieraient encore cette donnée. Il faut ajouter que nous rencontrons relativement assez souvent au cours de l'artério-sclérose des idées délirantes et des hallucinations. Nous concluons donc que nous n'avons très probablement pas affaire ici à une paralysie générale, non plus qu'à une affection syphilitique, mais bien à un processus d'artério-sclérose cérébrale ; nous ne pouvons toutefois pas dire pourquoi il s'est manifesté si tôt. Les causes de l'artério-sclérose sont en effet encore inconnues. Le pronostic est très grave. Il faut s'attendre à ce que la maladie progresse lentement et amène la mort au bout de quelques années à la suite de phénomènes en foyer (1).

Voici maintenant un maçon, âgé de 52 ans, qui nous amène à continuer notre discussion. Il entre, la boutonnière extraordinairement fleurie, en boitant et en faisant des mouvements maladroits. Il nous salue avec emphase et prolixité, tout en répondant de façon sensée et exacte aux questions qu'on lui pose. Il finit pourtant toujours par émettre des propos incohérents, par vouloir raconter des faits de guerre et proférer des provocations ; on devrait l'envoyer dans une ville d'eau pour ses rhumatismes, à Baden-Baden par exemple. On détourne sans effort le cours de ses idées, mais sur une nouvelle incitation de notre part il revient transitoirement à son idée première, pour la reprendre encore ensuite plus à fond ; il la répète presque dans les

(1) Malheureusement, lorsque nous eûmes à examiner ce malade, nous ne connaissions pas encore le précieux moyen d'investigation que fournit le cytodagnostic. La présence ou l'absence de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien aurait grandement servi à trancher entre le diagnostic de syphilis et celui d'artério-sclérose. Le malade, quinze mois après son entrée à la clinique, mourut dans un asile de chroniques. L'examen de l'écorce montra l'existence indiscutable d'artério-sclérose.

mêmes termes. Dans ses discours il entremêle sans raison des mots dénués de sens comme « fasso, fasso soso » venant du mot « façon ». En l'interrogeant, nous voyons qu'il est bien au courant de la date de l'année, de l'endroit où il se trouve et des personnes qui l'entourent. Il vient d'une prison où on l'a « téléphoné » ; ce sont les gardiens qui faisaient cela ; ici encore il entend les voix du téléphone de là-bas ; « maintenant alors, avec le téléphone, voilà comme c'est : ici voilà mon lit et ici voilà la cloison qui est électrisée. Ici j'ai encore mes douleurs dans le dos et dans les épaules ; tout cela c'est la faute de l'électricité. Ici dans la porte il y a un levier ; on le pose, il roule et électrise. Cela provient de ce que dans la prison j'ai couché sur le lit du bas ; avec la secousse j'ai eu la chose dans la tête, dans les oreilles et dans les épaules ; je suis comme gelé. Ils parlent et entendent tout ce que nous disons ; j'entends tous les mots qu'ils disent et ils entendent tout ce que je dis ». Si on le prie de répéter ce que les voix disent, il s'arrête un instant, puis : « ils racontent quelque chose, ils bavardent, maintenant ils ont fini, maintenant ils ne peuvent plus rien dire, c'est ce que dit le docteur, maintenant ils parlent politique... la mère, c'est la même chose que si nous causions ensemble ». Il continue par une histoire confuse de Sybilla qu'un facteur lui aurait racontée. « L'empereur, le grand duc sont enfermés, et moi j'entrerai dans la pièce comme centre, puis je vais télégraphier à l'empereur de Russie comme soldat d'infanterie, afin qu'il soit enterré. Il est venu, puis a causé avec moi, il se nomme le tzar Frédéric. J'ai voulu épouser la princesse Marie-Thérèse Hildazar. Je ne me laisse pas contredire : le garde et le facteur qui ont fait l'histoire avec l'ambulance et avec le phénomène surnaturel. Ils ont été aussi enfermés avec la machine à électriser. »

Pendant qu'avec force gestes il nous expose toute cette histoire, le malade cherche son uniforme « de roi Halleluya de Portugal » qui est ici. En même temps, il réclame sa

pension de 800 marks, veut une permission pour aller épouser la princesse Karoline Victoria à Berlin ; il voyagera comme général de la Thamm aussi longtemps qu'il ne sera pas couronné. Il nomme les médecins des médecins militaires ; il veut aussi emmener quelques malades afin de les établir dans plusieurs situations. Il veut organiser un congrès d'empereurs à Baden-Baden, où tous les princes et nobles de l'Allemagne apparaîtront pour l'installer empereur d'Allemagne comme empereur de Russie et de France.

L'affectivité du malade est plutôt excitée et facilement excitable. Il esquisse souvent un sourire irrésistible. « Il faut que je rie, ajoute-t-il ; je ne ris pas volontiers, mais je ne peux faire autrement ; ça va, ça vient comme la mer ». Il nous parle sans gêne comme à ses collègues, nous tape sur l'épaule, frappe avec force sur la table ; il est quelque peu abattu, mais son maintien est naturel et ordonné ; on ne remarque qu'un peu d'inquiétude et de tendance à bavarder.

L'examen somatique de ce solide gaillard bien bâti montre avant tout que sa boiterie est due à une ancienne coxalgie avec luxation de la tête fémorale en arrière et raccourcissement de la jambe de 7 centimètres. Le bras gauche est plus faible que le droit. Le malade prétend qu'il a souvent la sensation d'avoir de la fourrure sur lui ; il ne présente cependant aucun trouble de la sensibilité. Le côté gauche de la face est un peu plus flasque que le droit ; le réflexe rotulien gauche est exagéré. La réaction pupillaire se fait sans aucune anomalie. La parole est un peu embrouillée et pâteuse. L'écriture ne décèle ni irrégularité ni tremblement ; il y a bien quelque omission de lettres, mais il est malaisé de porter un jugement sur lui à cet égard, vu son instruction rudimentaire. L'artère radiale est flexueuse et dure, le pouls tendu et lent. Par ailleurs l'examen somatique est négatif.

En ce qui concerne les antécédents de notre sujet, nous apprenons qu'il a été malade pendant la campagne de 1870 et qu'il y a été fait prisonnier. Une arthrite purulente de la

hanche se développa à ce moment, qui se termina par un raccourcissement de la jambe droite. Le malade commença à boire en 1881 et alla s'affaiblissant de plus en plus. Il fut condamné soixante fois pour mendicité, tapage, disputes dans son ménage, injures, de temps à autre aussi pour blessures et vols de minime importance. Il fut de plus envoyé trois fois en prison, après déclaration du médecin légiste qu'il était non pas aliéné, mais ivrogne et simulateur. En prison il se signala dès l'abord à l'attention par un manque de souplesse à la discipline qu'aucune punition ne réussit à réprimer. Lorsqu'enfin, il y a sept mois, il se montra violent, refusa la nourriture, parla d'une visite prochaine de l'empereur, on le transféra à la clinique.

Ici, indépendamment de son bavardage uniforme et lent, il ne présenta d'abord rien de particulier. Il écrivait à toutes les autorités et personnes haut placées toutes sortes de lettres et de missives, dans lesquelles il racontait avec incohérence ses faits de guerre et sa prétention d'être traité et soigné dans une ville d'eau.

En même temps il manifestait sans cesse une gaieté bruyante, disait des plaisanteries lourdes et bêtes et faisait des discours aux malades ; il amassait des ordures dans ses poches, se parait de rubans qui servent à entortiller les cigares et en mettait d'autres autour des doigts. Par intervalles il émettait des idées délirantes des plus variables, semblables à celle qu'il expose aujourd'hui. Il descend d'un général russe et sa femme d'un général français ; il devrait être empereur d'Allemagne et empereur couronné, général en chef n'ayant rien à faire en temps de paix. Puis viennent les histoires de téléphone. Tous ces récits étaient débités sur un ton de plaisanterie, et on en dérivait le cours en quelques mots. Sa tenue était tout à fait ordonnée et il s'occupait beaucoup en travaillant dans les salles.

Cinq semaines après son entrée, le malade présenta brusquement une série d'accès convulsifs graves qui durèrent

dix-sept jours et se renouvelèrent jusqu'à quatre-vingts fois en vingt-quatre heures. Les accès débutèrent toujours par des mouvements des yeux en haut et à gauche. La tête se tournait à gauche ; puis le bras du même côté se levait et se fléchissait ; ensuite c'était la jambe gauche et enfin le bras droit. Puis apparaissaient des secousses violentes dans les bras et dans la face, surtout à gauche ; en même temps les deux jambes devenaient raides, tout le corps était énergiquement secoué, la mâchoire était contracturée et la respiration saccadée. Les convulsions cessaient au bout d'une minute et les pupilles, qui jusque-là avaient été très dilatées, réagissaient alors pour demeurer de nouveau immobiles. Après un stade de confusion de courte durée, le malade revenait à lui, reconnaissant son entourage, montrant qu'il comprenait ce que voulait le médecin, mais se refusant à croire qu'il avait eu des convulsions. Consécutivement, il était souvent confus et peu clair entre les accès, mais la plupart du temps son humeur restait bonne. Lorsque les accès eurent petit à petit disparu, on nota la persistance d'une paralysie avec contracture du côté gauche, anesthésie, exagération des réflexes rotuliens et signe de Babinski. Le fond de l'œil était normal ; le pouls était dur et tendu ; lent d'abord, il devint mou et était souvent très déprimé avec intermittences. Tous ces troubles disparurent rapidement et presque complètement. Depuis, l'état mental du malade a certainement beaucoup baissé. Les hallucinations auditives, les idées délirantes et incohérentes sont plus fréquentes ; la parole et l'écriture plus mauvaises.

Ce tableau clinique peut en imposer de prime abord pour une paralysie générale ; c'est ce que tendraient à prouver les idées de grandeur, stupides et faciles à modifier, les accès qui rappellent bien ceux de la paralysie générale, enfin les troubles du langage et de l'écriture. Néanmoins, il y a des données qui s'inscrivent contre cette façon de voir. Le malade a toujours exactement su où il se trouvait et connaissait

bien la date du jour. Il était en cela très différent du paralytique dont la conduite est tout l'opposé de la sienne. Malgré un affaiblissement démentiel très marqué, il est encore actif et vif, tandis que les paralytiques se comportent d'ordinaire de manière inverse. De même les hallucinations auditives, qui dominent ici la scène, sont très rares dans la paralysie générale, abstraction faite des formes associées au tabès. Les troubles pupillaires manquent en outre totalement et les modifications de la parole et de l'écriture sont minimales; les accès enfin sont un peu différents des accès paralytiques et il est notamment fort particulier de voir que le sujet reprend vite connaissance entre chaque phase convulsive. Chez un paralytique qui a souffert de nombreux accès successifs persiste toujours quelque confusion. Les convulsions offraient aussi des analogies très accusées avec celles qu'on observe dans les cas de lésion circonscrite de l'écorce; elles laissaient après elles, plusieurs mois durant, des symptômes paralytiques, ce qui est l'exception au cours de la paralysie générale.

Dans ces conditions, nous devons nous demander si nous ne pouvons pas fournir une autre interprétation de ce cas. L'état du pouls peut à coup sûr nous amener à penser à une affection cérébrale d'origine artério-scléreuse, mais nous nous heurtons encore à de nouvelles difficultés. Les légères altérations que semble avoir subi la mémoire, la violence des idées délirantes et surtout des hallucinations sensorielles, ne concordent pas avec une telle hypothèse. Celle-ci est encore démentie par les troubles du langage, plutôt ataxique et parétique, et par la longue série d'accès convulsifs qui se sont succédé sans laisser de séquelle sérieuse.

Mais ces signes mêmes, en se présentant à nous comme autant d'objections, nous fournissent peut-être un nouveau mode d'interprétation, car ils nous aiguillent du côté de la syphilis. Les faibles troubles de la mémoire, la conservation de la clarté et de l'activité psychique malgré un déficit indis-

cutable, les hallucinations auditives constantes qui rappellent jusqu'à un certain point la paralysie générale, les altérations à peine marquées du langage et de l'écriture, les convulsions qui représentent des phénomènes de lésion en foyer cadrent tout naturellement avec la conception d'une endartérite syphilitique. Un état démentiel peut en effet se développer, plus ou moins prononcé et aggravé de quelques troubles somatiques; il dure de longues années, souvent même se complète par des hallucinations auditives permanentes. Le traitement antisiphilitique ne produit ordinairement aucune modification (1).

(1) Le malade mourut deux mois plus tard à la suite d'une nouvelle série d'ictus graves. On trouva un foyer apoplectiforme à la base du lobe frontal droit, des reins contractés, un gros cœur avec dégénérescence du myocarde, de l'endartérite de la crosse de l'aorte. L'examen microscopique de l'écorce montra une endartérite syphilitique très étendue. Malheureusement nous n'avions pas encore, pour éclairer ce cas de clinique, la ponction lombaire, qui nous aurait au moins permis d'écartier complètement le diagnostic d'artério-sclérose.

VINGT-TROISIÈME LEÇON

Démence sénile.

Messieurs, nous avons déjà eu l'occasion dans le cours de ces leçons de voir que la cause la plus directe de la mélancolie paraît résider dans les modifications somatiques liées à la vieillesse. Mais cette affection n'est pas la seule que nous rencontrions au retour d'âge ; l'organisme, affaibli dans sa résistance, devient en effet un terrain propice au développement de toute une série d'autres troubles psychiques. On observe le plus fréquemment des accès de folie maniaque-dépressive ou la paralysie générale, celle-ci surtout chez la femme ; plus rares sont l'épilepsie, les variétés de folie sans rapport avec l'âge du sujet, comme les intoxications. Il existe encore une catégorie de psychopathies qui, bien plus que la mélancolie, empruntent le cachet de l'affaiblissement intellectuel sensible même au cours de la vieillesse normale. Nous avons récemment parlé d'une de ces formes à propos du délire de persécution qui s'installe chez les vieillards.

Voici un ouvrier, travaillant dans le caoutchouc, qui présente un de ces tableaux cliniques. Il entre à pas petits, lents et lourds, la taille courbée ; il nous rend amicalement notre salut, nous tend la main avec confiance et se montre fort abordable et prêt à causer. Il nous indique exactement son âge, 86 ans ; mais il se trompe en retardant de

quelques mois la date du jour et en prétendant que notre conversation se passe 1991 ; il se reprend toutefois quand on lui en fait la remarque. Il ne sait pas depuis combien de temps il est ici, « un an ou six mois peut-être » ; il sait pourtant qu'il se trouve au milieu de malades « à cause de sa tête ». Il connaît les médecins de vue, tout en ignorant leurs noms ; de même, il s'est déjà rencontré avec l'étudiant qui l'interroge. Il n'a aucune notion de sa maladie ni de la manière dont elle a débuté, non plus que de son arrivée parmi nous. Lorsque nous lui rappelons qu'il y a huit mois il s'est subitement lavé avec son urine et qu'il en a bu, puis qu'il s'est cru obligé d'aller trois fois de suite à la gare et d'en revenir par un certain chemin, ses souvenirs se précisent quelque peu ; mais il lui est impossible de dire pourquoi il a agi de la sorte : « Cela je n'en sais rien, aujourd'hui encore je n'en sais rien. » Lorsque je lui raconte qu'il a prétendu être le Christ et avoir été dans le ciel, il rit de bon cœur : « Comment, j'ai dit cela ? » s'écrie-t-il. Puis il reprend son sérieux et ajoute : « Mais je sais que ma femme ferma l'eau pour que je ne puisse pas me noyer . » Sur tout ce qui s'est passé les années précédentes, comme sur tous les événements politiques qui se sont déroulés il y a trente ans, il est capable de fournir des renseignements exacts, mais peu détaillés. Quant aux événements des années suivantes, nous ne savons plus rien. Son instruction, en calcul notamment, est encore passable ; toutefois il oublie déjà au bout de quelques minutes le peu de mots et de chiffres que nous lui demandons de retenir. Il n'a plus du tout souvenance de ce qu'il a fait les jours précédents ou même quelques heures plus tôt ; le lui rappelle-t-on, il semble en douter. Il répète souvent les mêmes histoires sans s'apercevoir qu'il vient de les raconter à l'instant même. Son humeur est enfantine et gaie ; parfois, quand on le contredit, il devient moins aimable et paraît agacé. Il désirerait rentrer chez lui ; si on lui objecte qu'il est encore malade, il se montre cependant

content et souhaite alors d'être bientôt guéri. Il s'était mis en tête que sa belle-fille, cette garce, lui aurait tapé sur les dents avec ses doigts et l'aurait ainsi rendu fou.

L'examen somatique décèle, avant tout, des signes évidents de sénilité : atrophie de la peau, des os, des muscles, artério-sclérose généralisée, trace de cataracte. La pupille gauche est plus large que la droite, la réaction à la lumière peu accusée des deux côtés. L'ouïe est affaiblie du côté droit.

L'interprétation clinique de cet état ne nous présenterait aucune difficulté alors même que l'âge de notre sujet ne nous aurait pas mis sur le chemin. L'ignorance des dates et de ce qui entoure le patient associée à la conservation de la compréhension et de l'excitabilité psychique, les idées délirantes juxtaposées à une certaine sensation d'être malade, l'absence d'intelligence de sa situation, la gaité illogique, plus encore l'impossibilité absolue de fixer l'attention et la perte progressive de la mémoire qui garde cependant le souvenir des faits anciens, tout cela représenté le tableau que crée l'exagération morbide des troubles normalement liés à la vieillesse ; nous désignons cet état sous le nom de « démence sénile ». Sans doute trouvons-nous dans la paralysie générale et dans la maladie de Korsakow une atteinte très marquée de la faculté de fixer l'attention. Mais dans la première de ces deux affections, sans parler des signes somatiques, existent, à côté de ces troubles si marqués de la faculté de fixer l'attention, une démence très prononcée, un abrutissement, une absence de compréhension, une difficulté et une lourdeur de l'esprit, une pauvreté des pensées. De plus, l'affaiblissement de la mémoire porte aussi sur les faits anciens et sur l'orientation dans le temps ; la faculté de compter est prise la première. La différenciation avec la maladie de Korsakow est encore plus délicate quand on ne prête pas attention à l'âge ou aux antécédents du sujet. Ici, les troubles de la faculté d'attention sont toujours très marqués, tandis que la perte de la mémoire est moindre que dans la démence

sénile ; le jugement est moins faussé ; quand elles existent, les idées délirantes sont loin d'être aussi stupides et perdues ; l'état d'esprit, au lieu de paraître infantin comme chez le dément sénile, a plutôt le laisser aller humoristique et abruti du buveur.

En ce qui concerne les antécédents du malade, ajoutons qu'il appartient à une famille dont la santé est bonne, qu'il a eu trois enfants bien portants et qu'il ne buvait pas. Il travailla jusqu'à l'année dernière, mais depuis longtemps déjà il se plaignait de douleurs céphalalgiques, se levait la nuit, s'appliquait des linges humides sur la tête ; ou bien il émettait des injures non motivées, se trompait de domicile, était à la recherche de ses vêtements, ne trouvait plus ses affaires et le lendemain avait tout oublié de cette agitation nocturne pathognomonique de la démence sénile. Il y a huit mois environ, se manifestèrent les traits particuliers que je vous exposais tout à l'heure. Le malade se disait le successeur du Christ ; il recevrait un médaillon en or ; de temps en temps il était excité, se plaignait de sa belle-fille : c'était une grande pécheresse qui irait en enfer. Chez nous, lors de son entrée il y a sept mois, il se disait le fils de Dieu ; il allait souvent au ciel où il se trouvait encore la nuit dernière et il traversait l'air sur une voiture d'or. Il disait que le ciel était tout semblable à la terre ; seulement les fruits y étaient meilleurs et les habitants n'en mangeaient que la moitié, ce qui leur convenait mieux. Tout y était beaucoup plus beau. « Quand je pissais, il y avait beaucoup plus d'eau. » Au ciel, il n'y avait pas de mauvaises gens et pas de chemin de fer ; les gens devaient beaucoup travailler et n'étaient pas paresseux. Il avait délivré cette nuit sa femme qui se trouvait au ciel depuis douze ans. Le Saint-Esprit lui avait commandé de faire du bien et de reconstruire Mannheim. « Tous les gens riches qui avaient mangé de l'argent devaient l'aider à construire, Rothschild en tête ». Il n'était pas plus or enté sur le temps que sur le lieu de son séjour. La nuit il dormait

peu, marmottait tout seul et se frappait la poitrine. Il était d'humeur plutôt gaie, mais parfois devenait coléreux et injuriait les gardes qui « mangeaient tout et ne nous laissaient plus rien ». Déprimé et triste par moments, il ne disait alors pas un mot, restait couché les yeux fermés, résistait énergiquement à tous les efforts et, lorsque soudain il était de nouveau gai, il expliquait que l'Esprit-Saint avait été près de lui. Certains jours il refusait la nourriture ; le Saint-Esprit le nourrissait, il n'avait pas besoin de manger.

Petit à petit le malade prit mieux conscience de sa situation et disait qu'il était fou. Cependant çà et là il avait des idées délirantes sujettes à modifications. Sa femme revenait de la mort, lui avait rapporté deux distinctions honorifiques, il était président, etc. Il racontait aux autres malades de longues histoires sur ses voyages au ciel, faisait des descriptions invraisemblables et ne se souvenait plus de rien dans la suite. Il eut un jour un petit accès d'étourdissement (1).

Cette marche de l'affection répond pleinement à ce qu'on observe d'ordinaire dans des cas semblables. Ce qui y est particulièrement fréquent, ce sont ces oscillations entre les états délirants et normaux. Le développement rapide de l'affection peut sembler singulier ; il est cependant fort probable qu'il existait depuis longtemps de légers troubles analogues à ceux qu'on observe au cours de la vieillesse normale. La sénilité des vaisseaux est le substratum le plus facilement appréciable de cette affection ; mais il n'est pas douteux qu'en dehors de ces lésions vasculaires il y ait beaucoup de points de l'écorce cérébrale, du moins dans la démence sénile, qui soient détruits.

Vous aurez encore un type plus frappant de démence sénile chez cette femme de 72 ans, qui nous fut amenée il y a six mois. Elle a toujours été jusqu'ici saine de corps

(1) Le malade est depuis deux ans et demi dans un asile de chroniques.

et d'esprit. Mariée à 30 ans, elle eut quatre enfants dont deux sont encore vivants. A la mort de son mari, qui succomba au bout de sept ans de mariage, cette femme eut de grands soucis ; un changement énorme s'opéra en elle il y a un an. Mais depuis longtemps elle se plaignait de céphalées et d'étourdissements ; puis elle devint oublieuse, ne retrouvait plus sa maison, ne savait plus si elle avait déjà déjeuné, parlait beaucoup de ses parents, morts depuis longtemps, comme s'ils vivaient encore, confondait les noms de ses connaissances, ignorait la date du jour, prenait par exemple sa fille pour sa sœur ; enfin elle devint inquiète. En même temps elle se montrait excitable, coléreuse et méfiante, refusant de se coucher, s'occupant de tout et se levant bien avant le jour pour aller se promener sans but, à l'aventure. Son alimentation était des plus irrégulières.

Cette femme est petite, voûtée, ridée ; elle a des cheveux blancs, quoiqu'encore assez abondants ; son état général est très médiocre. Comme troubles somatiques, nous avons à noter un tremblement des mains suffisamment net et quelques intermittences cardiaques. Pour comprendre ce qu'on lui dit, on est obligé de répéter les questions et l'on voit sans peine qu'il lui faut vaincre une certaine difficulté ; il est évident d'après ses réponses qu'elle est ignorante du lieu où elle se trouve et de la date du jour. Elle se croit ici à un mariage ; toutes les personnes présentes lui sont connues et elle regrette son manque de mémoire qui l'empêche de les désigner. « Je ne suis pas capable de me mêler de cela. » Elle est si seule ; elle n'a pu s'occuper de rien. Comme quantité de l'année, elle indique tantôt la date de sa naissance, tantôt n'importe quel autre nombre ; une fois elle est âgée de 30 ans, une autre fois de 60, ou bien encore elle n'a pas 20 ans. L'appelle-t-on vieille dame, elle est très choquée. Les contradictions de dates les plus grossières passent totalement inaperçues à ses yeux. Ainsi sa fille est de deux ans plus jeune qu'elle ; vient-elle de nous apprendre qu'elle est

âgée de 60 ans, aussitôt après elle prétend que son père est dans sa soixantième année ; son enfant a 3 ans, etc. Elle explique qu'elle vit encore avec ses parents et ses grands-parents et donne son nom de jeune fille. Le grand-duc s'appelle Léopold et les pièces de monnaie sont encore des gulden et des kreuzer.

Elle est toute prête à se marier et même, ajoute-t-elle, un voisin vient déjà tous les jours prendre de ses nouvelles. Elle accepte du premier coup tout ce qu'on lui raconte. Elle a reçu des visites hier et elle s'est promenée. Elle va jusqu'à compléter les phrases que d'autres ont commencées ; elle fixe de la sorte le but de sa promenade et désigne les noms des personnes qui l'accompagnaient. Remarquez aussi ce trait important : c'est seulement lorsqu'il s'agit de faits d'ordre chronologique qu'elle se laisse aller à des stupidités. Lui affirme-t-on que la neige est noire : « Oui, répond-elle, si de la suie la recouvre. — Le sang n'est pas noir, mais pourtant foncé. — Les cerises sont bien vertes quand elles ne sont pas mûres, mais ensuite elles deviennent rouges. » Elle comprend très bien ces plaisanteries contradictoires et y répond avec bonne humeur. « Nous ne serons pas encore d'accord », dit-elle en riant, quand je prétends devant elle qu'un voleur est un honnête homme ; et si j'ajoute qu'elle-même est une voleuse, elle reprend, prête à la riposte : « Ça jamais ; mais je suis toute disposée à me laisser voler mon rhume. »

Ce qui est aussi très frappant, c'est la rapidité avec laquelle disparaissent les diverses représentations mentales que l'on provoque. En quelques minutes, souvent même instantanément, la malade oublie ce qui s'est passé. Le médecin vient-il de lui pratiquer une injection, elle se plaint de ce qu'une jeune fille l'ait piquée. Elle bâtit des histoires inraisonnables pour suppléer aux souvenirs disparus. Comme elle avait un jour noué son mouchoir autour de son pied, elle alléguait successivement que son soulier s'était ouvert et qu'elle avait

dû le rattacher avec son mouchoir ; qu'elle s'était appliqué un pansement pour une écharde ; enfin que, le médecin lui ayant marché sur le pied, elle avait été obligée de se l'entortiller. Quand on lui met sous les yeux une série d'images ou d'ustensiles, cinq secondes plus tard elle n'est capable de désigner que le quart des objets qu'on lui a montrés ; après trente secondes, elle en a encore oublié un quart, et ensuite elle ne se rappelle plus du tout ce qui s'est fait devant elle. Elle a elle-même la sensation de la mobilité de ses représentations. « Je ne sais pas, dit-elle ; on ne peut plus se retrouver dans tout son intérieur. »

Quoique d'humeur toujours égale, elle a de temps à autre des accès de colère ; mais elle est volontiers gaie et aime la plaisanterie. Elle manifeste parfois une réelle agitation ; elle emballe alors ses affaires pour s'en aller chez ses parents assister à un mariage ; ou bien elle s'imagine avoir sous ses couvertures un enfant qui doit être baptisé ; elle devient grossière quand on veut la ramener dans son lit. Son sommeil est très troublé par cette excitation. Elle s'alimente bien néanmoins et se tient propre à condition qu'on prenne certaines précautions.

Ce qui domine dans ce tableau clinique, c'est l'altération si marquée de la mémoire d'acquisition. Les quelques représentations qui sont suscitées soit par l'entourage de la malade, soit par la malade elle-même, s'évanouissent si rapidement, qu'aucun souvenir ne persiste de ce qui vient d'arriver. Bien des signes, je dois l'ajouter, démontrent que cette femme paraît mettre beaucoup plus de temps que les sujets normaux à prendre conscience des impressions qui frappent son esprit, et nombre d'images s'effacent avant même d'avoir eu le temps de se graver dans son cerveau. On comprend dès lors comment, sous l'action simultanée de ces deux phénomènes morbides, cet état si particulier a réussi à se développer. A cette forme nous réservons le nom de « presbyophrénie ».

Ces troubles de la mémoire d'acquisition représentent le symptôme capital dans les variétés graves de la folie des vieillards ; à mon avis, chaque fois qu'on les rencontre au cours de la démence sénile à côté d'états de dépression ou d'excitation, on doit penser à la possibilité d'une évolution fâcheuse (1). Si l'avenir confirme cette manière de voir, nous aurons trouvé le signe important qui nous permettra de différencier la mélancolie, prise dans son sens ancien, de la démence sénile.

Il ne faut pas davantage nous dissimuler qu'il est souvent malaisé de mettre une étiquette sur les syndromes cliniques qui s'installent au seuil de la vieillesse. Prenons l'exemple de cette femme de 60 ans ; il ouvre la porte à toute une série d'hypothèses. La malade appartiendrait à une famille bien portante et aurait toujours été en très bonne santé jusqu'à ces dernières années. A ce moment elle devint méfiante et avare ; dans la crainte d'être volée, elle s'entoura de mille précautions inaccoutumées, surtout contre de soi-disant mauvais voisins. Quelques semaines avant son arrivée ici, il y a six mois environ, elle se calma ; mais elle fut alors frappée d'anxiété et se confessa. Une fois, elle sauta par la fenêtre pour aller prier un voisin de la prendre chez lui. La nuit suivante, très anxieuse, elle monta sur le toit afin de remettre son argent à un voisin, car le diable était là-dedans. Ce n'est qu'à grand'peine qu'on parvint à la faire descendre. Par instants, elle était de nouveau absolument sensée et se rappelait tout ce qu'elle avait fait auparavant.

A son entrée parmi nous, la patiente ne prononça pas une parole ; elle s'assit en travers de son lit et il n'y eut pas moyen de lui faire prendre une autre position. Le jour suivant elle se montra par contre plus docile, exécutant des ordres peu compliqués, mais continuant à ne pas parler ; elle se borna à ces mots brefs et brusques deux fois répétés : « Allez-

(1) La malade mourut au bout de trois ans dans un asile de chroniques. Elle était devenue de plus en plus démente et apathique.

vous-en. » De plus on notait une catalepsie des plus évidentes ; elle tenait ses bras élevés dans une attitude de prédicateur. Elle n'absorbait aucune nourriture et retenait ses urines, si bien qu'on dut la cathétériser. Plus tard, elle se blottissait par terre totalement nue ou se couchait sous son lit. Au bout d'une semaine environ, elle se remit à parler et s'excusa de tout ce qu'elle avait fait ; si elle n'avait pas mangé, disait-elle, c'est qu'elle n'avait nullement eu faim. Elle se souvenait de tout ce qui s'était passé ces derniers temps et reconnaissait son voisinage ; elle avait aussi un peu la sensation d'être malade, mais ne comprenait pas bien la stupidité de son maintien.

Le lendemain matin, elle était de nouveau cataleptique, muette et opposante ; assise sur son lit sans bouger, tenant sa natte dans sa main droite étendue, elle avait repris sa position favorite. Cet état resta soumis à de multiples variations jusqu'au jour où éclata une angoisse des plus vives. La malade semblait écouter des voix et disait en regardant au plafond : « Que voulez-vous donc ? Je viens tout de suite. » A d'autres instants elle était abordable, aimable, souriante et émettait à voix basse et rapide des réponses peu compréhensibles.

Depuis lors, sa situation n'a pas changé. Vous la voyez là, assise, qui ne se soucie nullement de ce qui se passe autour d'elle et ne répond qu'aux interpellations énergiques. Tout en connaissant le médecin qui la soigne, elle ignore son nom ainsi que celui des personnes qui l'environnent. Elle possède aussi des notions très confuses sur le temps ; elle s'excuse des erreurs qu'elle commet à ce sujet, en prétextant que depuis longtemps elle n'a pas consulté de calendrier ; elle est incapable d'indiquer l'année ou le jour de sa naissance. De son instruction, autant qu'on peut en juger par les quelques renseignements qu'elle fournit, ne subsiste que peu de chose. Elle paraît ignorer complètement sa position, reste apathique, ne pense à rien et n'émet aucun

projet d'avenir ; elle ne désire même pas retourner chez elle. D'ordinaire indifférente à tout, elle est par intervalles pleurnicharde et pusillanime, mais pour peu de temps ; un rien suffit en effet à la transformer et à la rendre gaie et bavardé, mais elle reste toujours très confuse. « Ma tête est bonne et bien portante », dit-elle. Les troubles somatiques se réduisent à un léger tremblement des mains ; cette femme a cependant été très affaiblie et son état général a été même si mauvais qu'on s'est vu contraint de la nourrir à la sonde.

Il est certain que cette malade est aujourd'hui tout à fait démente. On relève chez elle à un très haut degré l'impossibilité de se rendre compte de l'ambiance où elle vit, la perte de toute idée, la faiblesse du jugement, l'oubli des notions antérieurement acquises, la profonde atteinte de l'affectivité. Elle montra bien à quelques visites de son mari une certaine vivacité, mais l'apathie profonde et l'indifférence de l'état affectif n'en sont pas moins très nettes chez elle. Il est difficile de relier cet ensemble à la période démentielle terminale d'une mélancolie : il manque en effet la dépression caractéristique et les idées d'auto-accusation qui constituent dans la mélancolie le fond du tableau clinique, et surtout fait défaut ce besoin de causer qui porte si impérieusement les mélancoliques à communiquer leurs idées pleines de tristesse. Nous notons par contre ici toute une série de symptômes déjà rencontrés dans la catatonie ; je veux parler de l'apathie, du maintien si particulier, du négativisme, de la catalepsie, des hallucinations, de ces alternatives de stupeur maussade et d'affabilité.

Cependant, nous hésitons à invoquer dans ce cas la catatonie. Nous n'avons encore observé cette affection que dans le jeune âge. De plus certains symptômes appartiennent en propre à la démence sénile : perte complète de la notion du temps, oubli rapide des points acquis antérieurement, méfiance. La mémoire d'acquisition ne semble évidemment pas aussi lésée que chez notre sujet précédent ; mais ce n'est

peut-être là qu'une apparence, un examen complet ayant été impraticable par suite de la résistance et de l'apathie de cette femme.

Je dois ajouter que ce ne sont pas quelques signes catatoniques qui par leur présence suffisent à autoriser le diagnostic de démence précoce. Ils se retrouvent par exemple dans la paralysie générale. Il est même possible de supposer que nous serons à même un jour d'isoler une forme de démence sénile avec symptômes catatoniques, sans que cependant cette forme ait rien de commun avec la catatonie particulière aux jeunes sujets. Pour l'instant, je ne suis pas encore autorisé, à l'aide des symptômes cliniques, à affirmer pareille conception. Peut-être l'anatomie pathologique résoudra-t-elle le problème. Quoi qu'il en soit, autant que je puis en juger par ce que j'ai constaté jusqu'ici, ces formes comportent toujours un pronostic sévère ; elles aboutissent en général à une démence profonde et les signes catatoniques sont de moins en moins caractéristiques (1).

(1) La malade mourut au bout de deux ans dans un asile de chroniques, après avoir été complètement démente, apathique et négative.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

Démence épileptique.

Messieurs, nous avons déjà constaté à différentes reprises l'existence de phénomènes morbides qui ne se manifestent que par l'apparition d'accès plus ou moins réguliers, et vous connaissez plusieurs groupes d'affections mentales dont l'évolution est nettement périodique. Il s'agit cependant à coup sûr de troubles permanents du psychisme, mais qui en général sont impossibles à dépister dans l'intervalle des crises paroxystiques. C'est en somme un fait de même ordre que dans beaucoup d'autres fonctions : circulation, respiration, menstruation, sommeil, etc., sans que pour cela nous connaissions d'ailleurs la véritable cause qui régit la périodicité. A côté de ces observations, il en est toute une série d'autres où les accès périodiques s'accompagnent d'une altération persistante de la personnalité ; ce sont alors des décharges subites qui n'ont pas la valeur de symptômes autonomes, mais qui extériorisent simplement un état pathologique immuable. La démence précoce, à sa période terminale, en offre un exemple très instructif, avec ses phases d'excitation régulièrement récidivantes. Aujourd'hui nous avons à nous occuper d'un groupe de maladies dans lesquelles des troubles psychiques, toujours greffés sur un terrain débile, surgissent à intervalles variables pour rapidement remplir leur cycle évolutif.

Je vous présente, pour commencer, un ouvrier menuisier âgé de 18 ans qui depuis un an est revenu cinq fois à la clinique. Il appartiendrait à une famille saine ; il aurait toutefois perdu deux frères de convulsions. Il eut lui-même, à 6 mois, un premier accès qui récidiva d'abord au bout de quatre mois et ensuite tous les mois. Les accès étaient en général nocturnes et se succédaient en série. Mais ces convulsions se compliquèrent, voilà deux ans et demi et voilà un an et demi, d'hallucinations, d'angoisse, de confusion ; tel était l'état de notre sujet lorsqu'il nous fut présenté pour la première fois, il y a un an. Dans l'espace de quatre jours il eut six crises, après lesquelles on vit cet homme, jusqu'alors très tranquille et peu causeur, devenir anxieux et agité. Il se croyait sur le point de mourir, ne dormait plus, suppliait, implorait sa grâce ; un ouvrier cordonnier de ses voisins devait lui couper le cou, lui enlever les yeux avec un long couteau et les remplacer par des yeux d'animaux ; on lui avait retiré la gorge. Il entendait son patron dire : « Il vient de sur la terre. » Il était en outre tout à fait confus et égaré, la tête sans cesse étourdie. Le tout dura environ une semaine.

Ultérieurement éclatèrent d'autres crises analogues, qui presque toutes nécessitèrent le transport du malade à la clinique. Nous avons ainsi eu l'occasion de les observer souvent ici, et nous constatons habituellement en même temps des accès convulsifs qui se prolongeaient pendant plusieurs jours. Le malade était confus, excité et émettait toutes sortes d'idées hypocondriaques : il était mort, n'avait plus de sang ; ses poings ne se fermaient plus, ses yeux s'agrandissaient ; ou bien on en voulait à sa vie ; on allait le fusiller, et déjà il apercevait des fusils braqués sur lui ; dans son excitation, il poussait des cris et courait partout solliciter du secours. Le calme renaissait après quelques jours, quelquefois même après quelques heures ; les idées délirantes persistaient plus longtemps, mais après leur disparition le malade reconnaissait lui-même avoir été « délirant », et son poids, qui

diminuait beaucoup pendant les accès, augmentait à ce moment.

Ces périodes surgissaient tous les trois ou quatre mois ; entre temps le malade avait des syncopes et de légères convulsions toniques et cloniques de quelques minutes de durée. Il présentait en outre des crises de sommeil pendant lesquelles il restait couché, sans réagir à la piqure ou à la parole ; les yeux fermés il gardait et faisait des mouvements de défense lorsqu'on tentait de les lui ouvrir. La pupille demeurait sans cesse dilatée, mais se rétrécissait à la lumière. Notons aussi de petits symptômes cataleptiques passagers. La contracture musculaire empêchait l'examen des réflexes rotuliens ; le pouls enfin était rapide. Cet état persistait quelques heures ; revenu à lui, le malade se plaignait d'étourdissements transitoires, de tremblement et de faiblesse dans les mains. En un mot, il éprouvait des sensations identiques à celles qui annonçaient l'accès. Mais il ne perdait pas connaissance et récupérait facilement ses sens.

Cet homme est de petite taille et de mauvaise constitution. Vous observez chez lui des anomalies groupées sous le vocable de stigmates de dégénérescence : front étroit, racine du nez enfoncée, voûte palatine en ogive, oreilles mal plantées, etc. Les pupilles sont dilatées ; elles réagissent toutefois bien à la lumière ; les doigts tremblent, les réflexes cutanés sont exagérés. Sur toute la surface du corps, anesthésie complète. Des aiguilles enfoncées ici ou là dans les plis de la peau n'éveillent aucune douleur. La sensibilité au toucher ne semble pas diminuée. Psychiquement, c'est une certaine obtusion qui constitue la note dominante de la situation. Le sujet est cependant en pleine possession de lui-même ; il a conscience de la date du jour, du lieu où il se trouve ; mais il lui faut un certain temps avant de répondre aux questions ; malgré toute son attention, il ne les comprend pas toujours immédiatement et a beaucoup de peine à s'expliquer. Il a bien la sensation d'être malade et en con-

vient lui-même. Il est toutefois incapable de donner de grands détails sur son affection. Il croit par exemple que les derniers accès ont été insignifiants. Quant à ses périodes de confusion, c'est à peine s'il en a le souvenir. Ce qu'il disait alors, ajoute-t-il, n'était que l'expression de ce qu'il apercevait en toute évidence ; les gardiens avaient des revolvers pour le tuer ; il se trouvait au ciel et voyait Dieu ; tout ce qu'il pensait apparaissait immédiatement devant ses yeux ; souvent par contre il était étourdi et ses idées s'embrouillaient.

Sans avoir été mauvais élève, il n'en possède pas moins une instruction très précaire. En dehors de ce qui se passe continuellement devant lui, il ne sait rien. Son intelligence, son jugement sont à peu près ceux d'un enfant de 10 à 12 ans. Indifférent à l'ambiance tant qu'il n'est pas personnellement en cause, il a cependant une vive affection pour sa famille, parle avec amour de son père chéri auprès duquel il voudrait bien retourner ; il est toujours heureux de recevoir des visites. Dans l'intervalle des accès, son attitude n'est pas sible d'aucun reproche. Bien que légèrement déprimé, il est serviable et de bonne humeur. Mais quand une crise se prépare, il s'irrite pour un rien et devient méchant. Sauf quelques petits travaux qu'on lui demande et qu'il exécute fort lentement, il est presque toujours inactif. Je tiens aussi à vous faire passer ses dessins, vraiment étonnants pour qui songe au développement si fruste de son intelligence. Il copie des images coloriées de plantes et d'animaux avec tant d'exactitude et de minutie qu'on a souvent grand'peine à les distinguer du modèle. Mais il est totalement incapable de construire un carré sur des mesures données, car tout ce qui exige un peu d'intelligence est au-dessus de ses moyens.

En présence de crises convulsives qui éclatent régulièrement à certaines périodes et qui, datant de la prime jeunesse, sont devenues de plus en plus fréquentes, on ne saurait

douter de la nature épileptique de l'affection ; les accès d'étourdissement et les états crépusculaires ne sont pas moins habituels au cours de cette névrose. Les attaques de sommeil, il est vrai, s'y rencontrent moins volontiers, et, jointes à l'analgésie, elles pourraient en imposer pour de l'hystérie.

Enfin, dans le courant de l'année dernière, nous avons vu s'installer un affaiblissement progressif, parfaitement caractéristique et tout différent des autres syndromes analogues que nous connaissons déjà. Il consiste en une obtusion intellectuelle, une sorte de maladresse mentale en plein contraste avec la conservation de la raison. De plus les limites de l'intellectualité sont des plus bornées, tout en laissant encore au malade un champ d'action suffisant pour lui permettre dans une certaine mesure de régler convenablement ses faits et gestes. C'est juste le contraire dans la démence précoce, où la persistance de quelques bribes d'une instruction poussée parfois très à fond côtoie l'impossibilité absolue de mener à bien les travaux les plus élémentaires. La mémoire est aussi fort endommagée, et les conceptions par suite assez restreintes. Mais, à l'inverse de ce qu'on observe chez les paralytiques généraux, le déficit porte sur les souvenirs anciens, les souvenirs récents n'ayant rien perdu de leur vivacité ; bien plus, quelques faits nouveaux et importants peuvent être encore emmagasinés.

L'affectivité n'a également subi qu'une atteinte partielle. Si, comme dans la démence précoce, elle est bien diminuée, elle n'en garde pas moins encore une réelle activité. A coup sûr l'égoïsme et l'entêtement se retrouvent à la base de la vie sentimentale du patient ; pendant ses accès, il est violent et excité ; à part quelques personnes et sa famille, son affectivité envers autrui est très atténuée. Par contre il est assez dévôt, ce qui est très fréquent chez les épileptiques. De légères craintes hypocondriaques ne l'empêchent pas d'envisager l'avenir sans trop d'inquiétude ; il n'aura, dit-il, que

« quelques crises très légères ». Rappelons enfin cette minutie exagérée qui ressort si clairement de l'examen de ses dessins ; c'est là un caractère commun à beaucoup d'épileptiques.

Cet ensemble symptomatique appartient en propre à la démence épileptique et on le retrouve avec plus ou moins de netteté dans tous les cas graves ou prolongés. Par plus d'un point il rappelle le tableau de la débilité congénitale ; mais ce qui l'en différencie au premier chef, c'est que les malades ont très franchement la sensation de leur affection. Cette démence évolue souvent avec une extrême rapidité et il lui suffit parfois de quelques années pour atteindre son apogée. Chez notre sujet, elle a fait d'énormes progrès depuis un an et elle va très probablement continuer à s'accroître. Les divers médicaments, le bromure en particulier, qu'on oppose avec un certain succès aux accès convulsifs sont sans la moindre action vis-à-vis de cette démence et n'enraient nullement son développement ultérieur (1).

Voici maintenant une jeune fille de 26 ans que la clinique gynécologique nous a envoyée, il y a cinq semaines, et chez qui le diagnostic comporte plusieurs difficultés. Elle était à la fin de sa grossesse lorsqu'elle devint très agitée, confuse et anxieuse, et se mit à courir au hasard de droite et de gauche, si bien qu'on fut obligé de nous l'amener ici. Deux accès avaient déjà précédé le développement de cet état. Chez nous la malade était des plus confuses. A toutes les questions elle répondait : « Je ne sais rien. » Puis elle parlait seule entre ses dents d'un ton monotone et rythmé, comme si elle s'adressait à une autre personne. Ses propos étaient tout à fait incohérents : « Si, que dois-je ? — que fais-tu ? — il faut mourir, — ah ! que vois-je ? — je ne veux pas mourir, —

(1) Le malade se trouve depuis cinq ans et demi dans un asile de chroniques ; il travaille et dessine tout en étant complètement dément. Il présente encore des périodes de modification de caractère accompagnées de délire ainsi que d'attaques.

jolie école, — toujours reste assise, ah ! où dois-je ? — dois-je toujours chanter ? — ah ! la souris est morte — ne trouve-t-elle donc pas ? — faut toujours mourir, — ah ! je dois toujours danser, etc. » Et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elle se décide à nous répondre, mais tout à contresens. Elle est âgée de 100 ans, puis de 13 ans ; elle se trouve à Mannheim ; l'empereur était le père de son enfant. Par instants elle recommençait ses bavardages incohérents. Vraisemblablement ne comprenait-elle pas ce qu'on lui demandait, malgré ses efforts pour prendre part à la conversation qu'elle entendait autour d'elle.

Elle était d'humeur bien variable, subitement pleine d'angoisse, prête à danser et à chanter un instant après. Lui demandait-on d'exécuter un ordre, elle s'y prêtait sans hésiter. C'est ainsi qu'elle écrivait soigneusement et lisiblement son nom et les divers mots qu'on lui dictait. Mais dans une lettre qu'on lui fit écrire, ce n'était qu'un fatras d'expressions bizarres et de phrases sans rapport entre elles, souvenirs d'anciennes lectures ; elle la terminait en alignant des chiffres. Elle n'hésitait pas à tirer la langue, bien qu'on lui dit que c'était pour la piquer ou pour la couper ; cependant il n'y avait pas de véritable *befehlsautomatie*. Une analgésie complète et généralisée constitue le seul phénomène somatique appréciable.

Devant cet ensemble morbide que rien ne venait éclairer dans le passé, nous avons à discuter plusieurs diagnostics ; les crises antérieures ne nous apportaient en effet aucun appoint sérieux et pouvaient être aussi bien de nature hystérique, épileptique, catatonique ou paralytique. L'état d'obtusion intellectuelle, l'absence totale de suggestibilité, les variations de l'émotivité plaident contre l'idée d'hystérie ; nous ne retrouvons pas davantage ces formes dramatiques qui accompagnent d'ordinaire les états crépusculaires de cette névrose. Si le langage et l'écriture faisaient à coup sûr pencher la balance en faveur de la catatonie, le négativisme, les

manières, la *befehlsautomatie* et surtout la difficulté qu'éprouvait la patiente à comprendre ce qu'on exigeait d'elle représentaient autant de symptômes contraires à ceux qui s'observent au cours de la démence précoce ; dans ce dernier cas, l'absence complète d'attention n'empêche pas les sujets de se rendre très vite compte de ce qu'on leur ordonne. De même la lenteur et l'absurdité des réponses nous paraissent bien plutôt dépendre de la confusion intellectuelle que du négativisme, et encore une fois la malade cherche à saisir les diverses questions qui lui sont posées.

Le tableau clinique semblait mieux répondre à la notion de paralysie générale, et cependant nous avons encore rejeté cette hypothèse. Des signes somatiques suffisamment nets faisaient défaut ; tout au plus pouvait-on noter de l'analgésie, et celle-ci paraissait effectivement plutôt liée à la paralysie générale qu'à l'hystérie. Toutefois les réponses de la malade étaient bien plus incohérentes et plus confuses que celles d'un paralytique général qui aurait une égale activité d'esprit. Il y avait là une disproportion beaucoup plus en faveur de l'état crépusculaire que de la démence paralytique. On aurait à la rigueur pu songer à la confusion mentale qui succède à l'ictus apoplectiforme ; mais la confusion n'était pas assez prononcée dans notre cas et surtout on ne constatait pas les phénomènes paralytiques pour ainsi dire constants après l'attaque. Aussi le diagnostic d'état crépusculaire nous a-t-il, en définitive, semblé le plus fondé, et nous avons conclu à la rapide guérison de tous les phénomènes morbides.

Dès le lendemain en effet nous voyions s'évanouir les troubles de la conscience et nous apprenions alors que la patiente, issue d'une mère nerveuse, avait depuis l'âge de 15 ans des accès convulsifs récidivant toutes les trois à quatre semaines, quelquefois par série ; ils s'accompagnaient de pertes de connaissance et on constatait parfois des morsures de la langue ou d'autres blessures. Les convulsions

venaient-elles à manquer, la malade restait durant une semaine en pleine confusion. Son développement intellectuel a d'ailleurs été entravé par l'affection et son instruction s'en est de même fortement ressentie.

Examinez à son tour cette femme dont la constitution et l'état général sont excellents. Elle a récemment accouché sans aucun incident. Vous la voyez bien lucide, mais elle a à peu près l'intelligence d'un enfant de 10 à 12 ans. Bien qu'elle comprenne aisément les questions peu compliquées qu'on lui adresse, elle a cependant une instruction fort lacunaire et manque tout à fait de jugement. Elle ignore entièrement ce qui se passe en dehors de son cercle journalier. Elle s'exprime avec gaucherie, maladresse et par phrases uniformes et banales ; les lettres très soigneusement écrites qu'elle envoie à ses parents, — et leur nombre est considérable, — ne renferment que salutations et formules de politesse. Quant à sa grossesse, elle n'en tient pas compte. Elle a tant mangé, nous raconte-t-elle puérilement, qu'elle a engraisé au point de ne plus pouvoir boutonner ses vêtements. Sa mère un dimanche lui avait refusé de l'emmener avec elle à la promenade ; elle s'était alors assise sur un escabeau et avait regardé par la fenêtre. Elle a eu un amoureux qui lui répétait toujours : « Tu es une bonne fille. » Mais une de ses amies lui avait dit : « Ne va plus avec ton amoureux, car il court après d'autres filles. » Elle lui avait aussitôt écrit une lettre de rupture et ce fut l'amie qui alla ensuite avec lui. Son père lui avait donné son enfant. Le Christ lui était une fois apparu et lui avait parlé : « Tu ne seras pas battue, tu es une brave fille ; l'enfant vient du père. » Elle met un entêtement tenace à affirmer la véracité de ce récit. Elle est en général de bonne humeur ; mais elle est fort étonnée de voir que son accouchement n'a pas guéri sa maladie, comme elle en était persuadée. Elle se console en proclamant que ses accès sont beaucoup plus courts, tandis qu'en réalité ils sont très fréquents et très graves. Dans toute sa conduite

elle se montre docile, aimable et s'occupe spontanément de quelques petits travaux.

Vous n'aurez pas de peine à retrouver chez cette femme tous les caractères spéciaux à la démence épileptique, tels que vous les avez déjà vus chez nos autres malades : obtusion intellectuelle, rétrécissement du champ de l'esprit, faiblesse du jugement, contentement exagéré de soi-même, espoir de guérison, bigoterie et politesse poussées un peu loin. De plus, dans les courts intervalles où il nous a été possible de suivre la malade, nous n'avons pas noté d'irritation ou de tendance à l'excitation. Je dois ajouter que la plupart des épileptiques ne sont d'ordinaire excitables qu'à certains moments ; ce sont le plus souvent des gens aimables et prêts à rendre service, maladroitement et bêtement il est vrai. Sur la demande des parents, nous allons laisser sortir cette malade et nous n'instituerons pas chez elle le traitement bromuré, qui d'ailleurs ne nous permettrait pas grand espoir. Elle pourra fort bien s'y soumettre dans sa famille, à condition toutefois d'être placée sous la direction d'un médecin. C'est là un point essentiel et on ne saurait trop insister sur les dangers de l'intoxication bromurée ; établir un traitement de ce genre sans surveillance médicale, comme il arrive si souvent, constitue une tentative toujours périlleuse (1).

Dans les deux cas précédents, l'épilepsie a débuté pendant la prime jeunesse. Je vous montre par opposition un charpentier, âgé de 50 ans, épileptique depuis peu de temps seulement. Il appartient à une famille bien portante, est marié et a trois enfants en bonne santé ; quatre sont morts à la suite de convulsions. Quoique grand buveur, il n'a jamais cessé d'être un ouvrier régulier et laborieux. Il y a vingt ans, il est tombé d'un bâtiment de la hauteur de deux étages ; il est resté quelques jours sans connaissance, puis

(1) Deux mois après sa sortie, la malade a fait tomber une lampe à pétrole au cours d'une crise ; elle est morte des suites de ses brûlures.

s'est entièrement rétabli. Il a eu une pneumonie, voilà huit ans, au cours de laquelle éclata un délire assez violent : il se sauva deux fois pour aller travailler. Il y a trois ans, et sans motif cette fois, surgit un nouvel accès de délire qui dura quatorze jours et s'accompagna de douleurs de tête avec un degré d'angoisse assez marqué. A dater de cette époque, son caractère se modifiait par périodes : il devenait coléreux, agressif envers son entourage ; il accusait sa femme d'infidélité et la maltraitait, alors que d'ordinaire il vivait avec elle en parfaite intelligence. Voilà un an, il se plaignit de vertiges ; en rentrant chez lui il tomba et se mit à délirer, en proie à une grande excitation. C'est pour cette raison qu'on nous l'amena.

Il était en pleine possession de lui-même, mais de fort méchante humeur. Il ne se rappelait ni sa chute, ni son excitation. « J'ai eu quelque chose à la tête, disait-il, mais je ne sais pas ce que ça a été. » Une semaine environ échappait à son souvenir. Autrefois déjà il accusait des picotements et des secousses au niveau de son ancienne cicatrice ; il avait alors de fréquents étourdissements qui survenaient au milieu de son travail, qui lui faisaient lâcher ce qu'il tenait dans la main et à la suite desquels il ignorait complètement tout ce qui était arrivé. En quelques jours sa mauvaise humeur se dissipa. S'il eut encore ultérieurement quelques accès d'étourdissement, il n'offrit par contre rien de bien net, à part un certain affaiblissement démentiel ; au bout de quelques semaines d'observation, nous le laissâmes partir.

Mais bientôt apparurent des crises convulsives épileptiformes, parfois en séries qui se répétaient tous les cinq ou six semaines. En général le malade demeurait quelques heures en pleine confusion, errant sans but et émettant des propos incohérents. En outre depuis cinq semaines, sans cause aucune, il ne pouvait plus dormir ; il était excité et violent vis-à-vis de sa femme et de ses enfants ; il s'imaginait être au ciel, prêchait et obligeait sa femme à prier ; finalement il

mit le feu à son lit. On le fit alors de nouveau entrer à la clinique. Au début il était complètement perdu ; il reconnaissait pourtant les personnes qui se trouvaient avec lui, mais il voulait descendre à son atelier et, disait-il : « Ça l'avait repris dans la tête. » L'accès avait commencé par de l'angoisse, des frissons, des étourdissements. Il voyait un oiseau voler vers lui ; il avait entendu des voix, de la musique, des cloches. Il se souvenait bien du feu, sans en connaître la cause. Plus tard, il crut se rappeler qu'il avait eu l'intention de faire du café.

Aujourd'hui, vous le voyez, le malade est tout à fait lucide et maître de lui ; dans sa conduite rien ne mérite d'être relevé ; mais il ne comprend que difficilement ce qui se passe autour de lui et ses pensées sont longues à se coordonner. Il lui faut réfléchir longtemps sur les questions les plus simples et certains événements anciens le laissent fort perplexé. Ainsi n'est-il guère en état de nous fournir des renseignements sur son affection. De ses accès il ne connaît que les quelques détails que lui a appris sa famille, et encore ne s'en est-il pas vivement préoccupé. Il se plaint tout au plus pendant quelques heures d'étourdissements et de bouffées de chaleur à la tête. Du reste c'est à peine s'il parle ; quoiqu'il soit un peu apathique et abruti, rien dans son maintien n'attire l'attention ; il se livre enfin spontanément et régulièrement à quelques petits travaux. D'autre part, il affirme que son penchant à boire était sans importance. On éveille encore, il est vrai, de la sensibilité au niveau de son ancienne cicatrice, au côté droit du front, ainsi que sur une petite zone environnante, mais la pression sur ce point ne produit pas de crise convulsive.

Existe-t-il un rapport de causalité entre l'épilepsie du sujet et sa blessure de tête ? C'est là une question à laquelle il est impossible de répondre avec certitude. On est autorisé à supposer que, durant la longue période écoulée entre l'accident et les accès aigus, se sont manifestées de légères

crises nocturnes passées inaperçues. On peut admettre aussi que la chute a été la conséquence et non l'origine de l'épilepsie ; les cas de ce genre ne sont en effet pas rares. De plus il est un autre facteur très important : c'est l'alcool. Il me paraît d'ailleurs douteux que l'alcool ait seul engendré les convulsions, mais il faut nous demander si celles-ci sont bien sous la dépendance de l'épilepsie vraie. « L'épilepsie alcoolique » ne donne lieu qu'à des crises convulsives et on n'y retrouve pas tous les nombreux équivalents de l'épilepsie gèneine : accès fugaces, périodes crépusculaires, dépression. Toutefois l'alcool aggrave constamment l'épilepsie vulgaire.

Dans notre observation, qui par bien des côtés se rattache à l'épilepsie véritable, les différents symptômes ne doivent à coup sûr pas être uniquement et infailliblement mis sur le compte de l'alcool. Tout d'abord il convient de ne pas négliger la chute de notre malade, susceptible d'avoir créé chez lui certaine prédisposition à l'épilepsie ; celle-ci aurait fait son apparition plus tard, s'installant sous l'influence nocive de l'alcool ; les idées de jalousie peuvent en tout cas sans hésitation être imputées au toxique. N'est-il pas loisible aussi de ne voir dans les troubles psychiques qui ont accompagné la pneumonie autre chose qu'un accès de delirium tremens ? En ce qui concerne la dernière crise délirante l'hypothèse n'est plus valable, et cependant il est encore des traits qui l'étaient. Mais le long laps de temps révolu depuis trois ans, la teinte religieuse si nette des derniers troubles mentaux, les altérations de la mémoire et enfin l'absence de la jovialité propre à l'alcoolique représentent autant d'arguments qui nous confirment dans notre idée primitive. Quoi qu'il en soit, nous recommanderons expressément au malade l'abstention complète d'alcool. Suivra-t-il et pourra-t-il suivre notre conseil ? Voilà malheureusement un point très douteux (1).

(1) Le malade est mort chez lui de phthisie quelques années plus tard.

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

Folie hystérique.

Messieurs, quelle impression pénible produit cette jeune femme, âgée de 30 ans, qui entre à petits pas, soutenue par une infirmière, et à bout de forces s'affaisse sur une chaise ! De taille élancée, elle se ratatine sur elle-même ; sa physionomie est pâle et tirée ; ses yeux baissés ne se détachent pas du sol ; de ses doigts grêles et très soignés elle joue nerveusement avec un mouchoir. Elle répond d'une voix faible, avec peine et sans élever le regard. Elle sait parfaitement où elle est, se rend compte de ce qui se passe autour d'elle et n'ignore pas la date du jour. Au bout de quelques minutes, elle ferme complètement les yeux ; sa tête penche en avant et elle semble plongée dans un profond sommeil. Ses bras sont flasques et retombent comme paralysés lorsqu'on les élève. Elle ne parle plus. Lorsqu'on écarte ses paupières, on voit les globes oculaires se tourner en haut ; les piqûres d'épingles ne provoquent qu'une réaction insignifiante. Jetons lui un peu d'eau froide sur le visage ; la voilà qui a une forte inspiration ; elle se lève, ouvre les yeux, considère l'ambiance avec étonnement et revient complètement à elle. Depuis sept ans, dit-elle, elle souffre de cette affection qui se caractérise par des « accès de sommeil » de ce genre. Ces accès sont fort irréguliers et sus-

ceptibles de se renouveler plusieurs fois par jour comme de durer de quelques minutes à une demi-heure.

Résumons le bilan de ses antécédents. Ses parents sont morts en très peu de temps il y a seize ans ; un de ses oncles paternels a tenté de se suicider ; un de ses frères mène une existence aventureuse. J'ajoute que ses deux sœurs, que nous connaissons, donnent l'impression d'être très nerveuses. A l'école elle avait de grandes facilités ; elle fut élevée au couvent et passa avec succès ses examens de sortie. Sous prétexte de soulager des maux de dents, elle absorba une grande quantité de chloroforme qu'elle se procurait en cachette. Plus tard on lui extirpa un polype du nez et les céphalalgies qu'elle accusait s'améliorèrent alors beaucoup. Chaque fois qu'elle souffrait d'une affection fébrile, elle délirait avec une extrême facilité. Il y a trois ans, elle alla en Hollande comme institutrice dans une famille ; mais bientôt elle tomba malade ; et voilà sept ans qu'elle passe sa vie dans telle ou telle maison de santé, à part de courtes interruptions. Entre temps elle fut placée en Moravie.

Au dire de son médecin et de ses parents, elle se serait plainte de maux de toutes espèces et aurait fait des cures merveilleuses. On lui extirpa le col de l'utérus et on lui mit un pessaire pour de violentes douleurs dans le bassin et des troubles de la menstruation dus à une sténose du canal cervical et à une rétroflexion de la matrice. Plus tard elle devint aphone et eut une contracture de l'avant-bras et de la cuisse gauches, sans localisation bien nette. Ces troubles furent traités par l'électricité, le massage et l'allongement sous chloroforme. Puis une série d'autres symptômes apparurent : serrement de cœur, gêne de la respiration, modifications de la miction, paralysie fugitive de quelque territoire musculaire, syncopes, sensations désagréables tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, et surtout céphalée des plus pénibles. Du même coup s'opérait une énorme transformation dans son état d'esprit qui changeait à tout propos. Elle ne s'intéressait

plus qu'à l'atteinte de sa santé et prétendait que ses parents manquaient d'égards pour elle, quoiqu'ils n'aient reculé devant aucun sacrifice. Bains de soleil, bains russes, bains électriques, cures d'air, bains de mer, séjour à la Riviera, ils essayèrent de tout, mais sans résultat, ou plutôt avec des résultats transitoires.

Il y a deux ans les crises de sommeil devinrent plus fréquentes, et on dut amener la malade à la clinique. Ces « crises » éclataient brusquement, surprenant la patiente debout, au milieu de ses occupations et duraient pendant une heure. Elle ne tombait cependant pas et s'appuyait simplement contre un soutien quelconque.

A la clinique nous avons observé ces faits ; de plus survenaient quelquefois des accès de suffocation, que la simple suggestion pouvait modifier. Les essais d'hypnotisme n'aboutissaient qu'à de l'hypotaxie et l'amélioration produite par la suggestion était de courte durée. Les courants faradiques, les affusions d'eau froide furent par contre assez efficaces, même contre des poussées de paralysie qui s'installaient à certains moments. Au bout de huit mois la malade retourna auprès de sa sœur ; mais peu après on fut obligé de la conduire dans un autre établissement où elle ne séjourna pas loin d'un an. Elle rentra de nouveau dans sa famille pour revenir ultérieurement à la clinique.

Actuellement la malade, outre ses anciennes jérémiades, présente encore de grandes crises ; je vais tâcher de provoquer devant vous une crise de ce genre en comprimant la région ovarique gauche extrêmement sensible ; une pression assez légère est déjà très douloureuse ; au bout d'une à deux minutes, la physionomie change. La patiente se précipite ici et là les yeux fermés, et crie en français, presque sans s'arrêter, qu'il ne faut pas la toucher. « Tu ne dois rien me faire, chien, chien, cochon, cochon. » Elle appelle au secours, se défend, se retourne, comme pour éviter un attentat génital. Le moindre frôlement suffit à augmenter

son excitation et tout son corps se rejette en arrière. Puis brusquement, autre tableau : elle supplie qu'on ne la maudisse pas ; elle pleure, elle sanglote. Mais le tout ne tarde pas à s'évanouir, dès qu'on lui lance un peu d'eau froide sur le visage. Elle fait alors un brusque mouvement de retrait, se réveille en poussant un profond soupir et semble ne pas se rendre compte de ce qui se passe autour d'elle ; elle n'est pas le moins du monde capable de donner sur cette crise le plus petit renseignement.

L'examen somatique, à part les quelques symptômes que nous avons déjà mentionnés, n'offre rien de particulier. Notre malade se borne à se plaindre d'une sensation de faiblesse générale ; aussi garde-t-elle souvent le lit ou bien demeure-t-elle étendue. Tous ses mouvements sont mous et sans force ; il n'existe toutefois pas trace de paralysie. Elle passe de fort mauvaises nuits ; elle se promène, réveille les infirmières et envoie chercher le médecin. Elle n'a que fort peu d'appétit ; entre les heures de repas, elle aime à grignoter toutes sortes de gâteaux, de fruits et de compotes que sa famille lui apporte sur ses instances.

Ce qu'il y a de plus saillant dans ce tableau clinique, ce sont d'abord les accès de la malade et les multiples troubles qu'elle présente ; c'est ensuite la facilité avec laquelle une influence extérieure modifie cette symptomatologie. Ces deux signes sont pathognomoniques de l'affection que l'on désigne sous le nom d'hystérie. A mon avis, cet ensemble morbide relève de phénomènes psychiques et se trouve sous la dépendance de représentations mentales qui s'accompagnent d'une impression émotive de forte intensité. Il n'est pas une seule de ces manifestations si variées et si diverses qui ne puisse être provoquée par un ébranlement émotif tant soit peu violent. Ce qui est pathologique, c'est qu'elles apparaissent sans raison ou pour un motif tout à fait futile. Dans les « grandes crises », la malade assiste une seconde fois, comme dans un rêve, à des événements qui

d'après ses affirmations auraient véritablement eu lieu autrefois. Il s'agit d'un examen gynécologique qu'un médecin hollandais aurait pratiqué d'une façon brutale et d'une malediction qu'une de ses tantes aurait proférée contre elle.

Il est un fait qui démontre en toute évidence qu'une représentation associée à une puissante réaction émotive donne naissance à tous ces troubles ; c'est leur complète et subite disparition sous une influence psychique. Il est par exemple bien curieux de voir qu'une paralysie avec contraction de l'avant-bras droit a débuté chez cette femme après une question quelconque posée par un médecin, qui autrefois l'avait soignée pour un phénomène analogue. Le lendemain, elle avait la main si contracturée que ses ongles étaient rentrés dans la peau. Après que nous lui eûmes appris en quoi consistait la métallothérapie, une pièce d'or ou une clef appliquées sur son poignet dissipèrent les contractions en totalité. Le pinceau faradique a encore une action plus efficace. Son sommeil, qui résiste à tous les hypnotiques, devient excellent si on lui administre une potion renfermant de l'eau distillée avec une poudre sucrée quelconque, de même que par ce procédé disparaissent ses douleurs, dès que le médicament lui inspire confiance. Il est vrai que cette guérison n'est que passagère et en rapport avec son émotivité, toujours en équilibre instable. Au bout de quelques heures ou de quelques jours, avec ou sans cause, renaît tel ou tel symptôme de l'affection primitive.

Les phénomènes hystériques, avec tous leurs caprices, prêtent aisément au soupçon de la simulation ou tout au moins d'une façon d'être voulue et artificielle. Mais la volonté est impuissante à imiter beaucoup d'entre eux. D'autres sont ignorés des malades, comme la diminution du champ de la perception.

Ces faits constituent, à mes yeux, autant d'arguments en faveur de cette notion qu'entre toujours en jeu l'influence involontaire d'une très vive émotivité.

L'existence entière de ces malades montre bien encore ce que leur état a de pathologique. Voilà par exemple cette jeune femme qui, malgré ses réelles qualités, n'a jamais réussi à rester quelque temps dans une place et qui depuis plusieurs années court de médecin en médecin. Ce sont là des altérations de la volonté qui ne font jamais défaut chez les hystériques. En dépit des lamentations qu'elle ne cesse d'émettre sur son affection et qu'elle communique continuellement au médecin, par lettres ou par petits mots, elle ne trouve pas l'énergie nécessaire pour lutter contre ses troubles morbides ou les surmonter. Son mal lui procure une certaine satisfaction et elle résiste, à son insu, lorsqu'on s'efforce de l'en débarrasser. Toujours surgissent de nouveaux phénomènes extraordinaires ; il faut à toute force qu'elle voie le médecin ; elle désire instamment que son état soit remarqué ; sa maladie est devenue indispensable à sa vie.

A mesure qu'évolue son affection, la sentimentalité du sujet va se réduisant à un égoïsme étroit qui la porte à exiger l'exécution de toutes ses volontés. Elle s'arrange constamment pour obliger son entourage à la soigner ; nuit et jour, pour le motif le plus futile, elle demande le médecin auprès d'elle ; elle dépiste la moindre négligence. S'occupe-t-on d'une autre malade, elle en est jalouse ; à l'aide de plaintes, de racontars et d'injures, elle cherche à dominer le personnel infirmier. Tous les sacrifices consentis à son égard par les autres et surtout par sa famille sont bien naturels, et si par moments elle remercie celle-ci avec trop d'effusion, c'est avec l'espoir de se ménager des ressources pour ses nouvelles prétentions. Afin d'être assurée qu'on s'intéressera à sa personne, elle détaille, toujours avec exagération, les tortures de son esprit et de son corps ; ses crises ne perdent jamais leur caractère théâtral et à tout instant elle a soin de se mettre en pleine lumière. Elle est, dit-elle, une réprouvée, une maudite ; ou bien elle prend des allures mystérieuses,

pour laisser supposer qu'il y a dans son existence des actes épouvantables et charmants qu'elle ne peut confier qu'aux oreilles du médecin discret, l'ami de son âme.

La folie hystérique est l'expression d'une prédisposition pathologique particulière. Des causes extérieures ont le pouvoir de la provoquer, mais non de l'engendrer. Chez cette femme le début remonte à la première jeunesse ; aussi n'avons-nous aucun profit à attendre de la thérapeutique car nous ne changerons pas de fond en comble le psychisme de la patiente. Les malades chez qui les symptômes ordinaires de l'hystérie s'associent à l'égoïsme représentent un vrai calvaire pour leur famille et pour les médecins. On arrive bien à agir sur les symptômes, mais l'essence même, la base de l'affection ne se modifie jamais (1).

Pour vous permettre d'apprécier à quelle époque se manifestent déjà les premiers stigmates de l'hystérie, je vous présente une petite fille de 5 ans qui nous fut amenée il y a quelques jours. Comme vous le voyez, cette enfant, un peu petite pour son âge, est dans un parfait état général. Elle a jadis eu des accidents rachitiques qui ont laissé à leur suite un peu d'incurvation des jambes et une certaine augmentation de volume des épiphyses. Sans cesse en mouvement et pleine d'activité, elle comprend à merveille ce qu'on lui dit et reconnaît, sans difficulté ni erreur, les divers ustensiles et images qu'on lui met sous les yeux. Elle répond sans hésiter à ce qu'on lui demande. Peut-être cependant son instruction ne correspond-elle pas à son âge. Elle est en outre plus ou moins agitée et a de la tendance à bavarder et à grimacer. Elle est en général de bonne humeur, mais pour un rien elle pleure et devient colère. Cette enfant a aussi des penchants érotiques. Elle prend et caresse volontiers la main du médecin ; elle aime beaucoup cela, dit-elle. Elle se cache la figure en plaisantant et cligne de l'œil

(1) La malade est morte phthisique dans une maison de santé, un an plus tard, sans changement psychique.

entre ses doigts ; elle fait surtout son possible pour être remarquée. Sa conduite est néanmoins assez naturelle : elle mange convenablement, aime à jouer et se tient proprement. Le soir, il n'est guère aisé d'obtenir d'elle qu'elle se couche ; elle voudrait rester à bavarder et à s'amuser avec les autres malades. Elle est alors quelquefois très méchante ; elle pleure et griffe si on ne plie pas devant sa volonté.

Cette fillette est issue d'une famille normale, mais aurait eu des accidents de rachitisme assez graves. Il y a deux ans, après une attaque d'influenza, éclatèrent des crises convulsives d'une certaine violence pour lesquelles elle est entrée ici. Elle avait eu d'abord des douleurs de ventre, de la suffocation, des battements de cœur, de la rougeur de la face, des crises de sueur après lesquelles elle s'endormait toute pâle et comme morte. Il suffisait de l'asperger d'eau froide pour la réveiller ; elle ne se souvenait plus alors de ce qui s'était passé. Ces crises se répétèrent au bout de quelques semaines, furent de plus en plus fréquentes et finalement apparurent par séries de cinq ou six dans la journée. L'avant-dernière eut lieu voilà vingt-huit jours ; on amena l'enfant à l'hôpital et sa dernière crise se produisit il y a quatorze jours. Son développement psychique a subi un peu de retard ; elle a beaucoup oublié de ce qu'elle savait auparavant. Elle aurait été soignée autrefois pour une vaginite qu'elle aurait gagnée auprès d'une petite amie.

Nous n'avons malheureusement jamais pu observer aucune de ces crises ; mais d'après la description qui nous en est tracée, impossible de douter qu'il s'agisse là de phénomènes hystériques. La courte durée, la bénignité, la forme même des accès qui cèdent à l'aspersion d'eau froide plaident dans ce sens ; non moins caractéristique est cette succession de crises qui disparaissent complètement à l'hôpital. Un changement tout particulier s'opéra de plus dans la nature de cette enfant ; elle devint fort vive et son humeur se modifia très rapidement ; elle cherchait à attirer l'attention sur elle ;

son développement intellectuel demeurait stationnaire : autant de traits que nous rencontrons bien souvent chez les enfants difficiles à élever. Nous sommes autorisés à attribuer à l'état maladif le léger retard qui a entravé l'éducation de cette fillette, ainsi que les autres anomalies de tous points analogues à celles que nous constatons chez les hystériques adultes. Elles ont donc un rapport étroit avec la maladie dont les crises sont l'expression. Toutes les modifications pathologiques qui se sont produites dans le caractère de l'enfant nous indiquent la possibilité pour l'affection de se développer ultérieurement. D'ordinaire ces troubles hystériques anodins d'une telle fréquence chez les enfants dont l'émotivité est si changeante, sont fort susceptibles de ne pas aboutir aux formes d'hystérie grave. Assez souvent les manifestations s'effacent définitivement après un traitement psychique. Éloigner les malades de leur famille, dans un hôpital par exemple, ne pas prendre garde aux différents symptômes, recourir à un peu de suggestion, avec ou sans hypnose, telles sont les pratiques qui suffisent en général pour obtenir des résultats définitifs et de longue durée. Chez les adultes au contraire, tous ces moyens ne mènent à rien ou tout au moins ne procurent qu'une amélioration transitoire (1).

On considérait autrefois l'hystérie comme une maladie spéciale au sexe féminin. Le terme hystérie vient du mot grec qui désignait l'utérus. Il est certain que chez la femme l'impressionnabilité est extrême; un trouble psychique ou une altération somatique donnent donc facilement naissance à une de ces représentations accompagnées d'un processus émotif exagéré. C'est là un phénomène qui nous aide à comprendre en quoi consiste l'hystérie. Toutefois l'hystérie n'est pas rare chez l'homme, mais la symptomatologie en est plus uniforme. Voici un homme, âgé de 50 ans, qui nous fut amené il y a quatre semaines pour être examiné au point de vue

(1) L'enfant fut envoyée pour six ans dans un établissement d'idiots. On la fit sortir bien développée et en parfait état.

mental. Il avait stupidement et sans raison allumé un incendie. Rentré chez lui en état d'ivresse, il monta dans le grenier, imbiba de pétrole toutes sortes de vieux ustensiles qui ne lui appartenaient pas et en brûla quelques-uns. Quand sa femme, à ce moment gravement malade, lui demanda d'où il venait, il lui fit une réponse quelconque, puis il se mit au lit. L'incendie s'étendit rapidement et menaça la vie de la propre fille de notre sujet. On ne tarda pas à s'en apercevoir et on n'eut pas de peine à relever des traces de pas laissés par des chaussettes imbibées de pétrole, qui conduisaient jusqu'à la chambre du malade. Quand on arrêta ce dernier, il avoua sa faute, mais sans plus se rappeler aucun détail.

La mère de cet homme fut aliénée et il eut un neveu soigné ici même, à la clinique. Quant à lui, à l'âge de 19 ans, il se fit à la suite d'un accident une forte blessure à la tête, et il y a douze ans dans un nouvel accident il se fractura la deuxième côte. Depuis cette époque il est tout changé, et aussitôt après le second choc il se mit à geindre et à être anxieux. Il accusait des douleurs et des étouffements dont l'examen somatique ne rendait pas compte. Il craignait de plus être en état de travailler; de fait, ses forces étaient très diminuées et il obtint une rente d'invalidé de 30 à 50 pour 100. Il ne travaillait dès lors que fort irrégulièrement; il se laissait nourrir par sa femme, errait sans but dans la ville, allait au cabaret et retirait de l'argent de la caisse d'épargne pour avoir de quoi boire, bien que toute sa famille fût dans une situation des plus précaires. Plusieurs fois, surtout à la suite d'excès de boisson, survinrent des crises au cours desquelles il tombait, se débattait et perdait la respiration. Ces derniers temps sa mémoire baissa beaucoup; il ne s'occupait plus de rien, négligeait jusqu'aux nécessités pécuniaires; il abandonnait tout à sa fille, elle-même souffrante.

A son entrée à la clinique le malade était assez confus; il

avait besoin d'une réflexion prolongée pour répondre aux questions les plus simples concernant son passé. Il n'était même plus la moitié de lui-même, disait-il en pleurnichant. Au point de vue somatique, on constatait une diminution de la sensibilité sur la surface entière du corps, une exagération des réflexes, une parole saccadée et mâchonnée, un tremblement très accentué de tous les membres et surtout une grande maladresse dans les différents mouvements de préhension. Le lendemain s'ouvrit une période d'excitation immodérée avec nombreuses hallucinations visuelles. Le patient apercevait des animaux, en particulier des hannetons noirs qui couraient et volaient de tous côtés ; petit à petit s'évanouit la notion de l'endroit où il se trouvait. Au bout d'une semaine les hallucinations disparurent et il fut de nouveau à même de s'orienter. Ce tableau représentait un accès de delirium tremens. Nous observâmes dans la suite, par deux fois, des crises qui ressemblaient beaucoup à celles que sa fille nous avait décrites. Le malade se plaignait de ne pas être à son aise ; puis il tombait sur le plancher, se raidissait, remuait les bras et renversait la tête en arrière sur les oreillers. Sous l'empire de convulsions, ses yeux se tenaient fermés ; ses pupilles dilatées réagissaient mal à la lumière. Lui ouvrait-on les yeux de force, les globes oculaires se portaient en haut. Les piqûres d'aiguille, l'aspersion d'eau froide provoquaient des réactions défensives. Lorsque le médecin s'approchait du lit, les convulsions s'accroissaient ; et au contraire dès qu'on ne s'occupait plus du malade, le tout se calmait. Consécutivement ne persistait qu'un souvenir très confus.

Aujourd'hui notre sujet est de nouveau maître de lui, bien que gardant une certaine lourdeur d'esprit. Il parle avec insistance de son accident et des divers symptômes qui l'ont suivi. Son instruction est fort inférieure et son état d'esprit ne correspond nullement à sa situation actuelle ; d'ailleurs il ne pense guère à cette dernière et bâtit toutes

espèces de projets pour l'avenir; on arrive très facilement en outre à le faire pleurer. Somatiquement, on relève toujours des troubles de la parole, du tremblement des mains et de la maladresse dans les mouvements qui s'accroît encore quand on attire sur elle l'attention du malade. L'écriture est presque illisible. La sensibilité à la douleur et au toucher est affaiblie sur tout le corps, sans que l'on puisse cependant exactement limiter de zone anesthésique. Le champ oculaire est rétréci de moitié environ; l'odorat et le goût sont très émoussés.

Les crises successives dont a été atteint ce sujet sont suffisamment caractéristiques pour qu'il n'y ait pas à révoquer en doute leur origine hystérique; les autres troubles somatiques viennent confirmer ce diagnostic. La seule présence du médecin réussit grandement à modifier les troubles moteurs ou les crises elles-mêmes. Une seule séance d'hypnose améliore beaucoup les troubles de l'écriture, ce qui est encore une preuve de leur nature psychique. Tous ces symptômes ont succédé au deuxième accident et il est fort probable qu'il s'agit ici d'un cas d'hystéro-traumatisme. La première fois — c'est là une observation des plus curieuses — aucun phénomène pathologique n'est survenu après une commotion cérébrale d'une incontestable violence. Ce n'est pas d'autre part la fracture de côte qui a donné lieu aux crises, à la parésie du bras et au tremblement, et il est indubitable que la cause, ou pour mieux dire l'agent provocateur de tous ces troubles hystériques, réside uniquement dans une grosse secousse émotive.

Le malade est devenu incendiaire sous l'influence d'un de ces états crépusculaires hystériques qui, chez lui, naissent d'ordinaire par l'effet de l'alcool. La chose est bien connue; nous savons que l'alcool favorise dans une large mesure l'écllosion des symptômes hystériques et a une action néfaste sur la marche générale de l'affection.

L'accès de delirium tremens relève encore de l'abus de

l'alcool ; c'est également à ce toxique qu'il convient d'attribuer l'affaiblissement du sens moral et de la mentalité qui va progressant de jour en jour et correspond à l'abrutissement classique des buveurs.

Remarquez enfin que divers symptômes pathologiques ne se sont pas améliorés par la certitude où est le malade de posséder une rente ; pareil fait s'observe fréquemment. Peut-être faut-il derechef incriminer l'alcool, qui atténue la force de résistance du sujet et lui crée sans cesse de nouveaux soucis. Il est possible qu'après une longue abstinence, rigoureusement observée, survienne une certaine amélioration ; mais il n'y a pas à se dissimuler que les signes d'affaiblissement mental assombrissent singulièrement le pronostic (1).

(1) L'état du malade s'est beaucoup amélioré pendant son séjour à la clinique, bien que subsistât un certain degré de faiblesse intellectuelle et d'apathie. On le garda toutefois six mois dans un asile de chroniques à cause du danger qu'il présentait pour autrui ; puis il fut remis en liberté.

VINGT-SIXIÈME LEÇON

Folie consécutive aux traumatismes craniens.

Messieurs, nous avons déjà souvent eu l'occasion de constater l'influence que les traumatismes craniens graves sont parfois susceptibles d'exercer sur l'apparition des troubles mentaux. Il faut reconnaître cependant que cette relation de cause à effet a été bien exagérée, surtout lorsqu'il s'agit de psychopathies à évolution progressive et à éclosion plus ou moins tardive. Notre ignorance sur les origines réelles de la folie nous oblige à une extrême prudence en face de tous les cas où l'on s'est cru autorisé à fixer un rapport étiologique en dépit du temps écoulé. Pour que nous puissions accepter ce rapport, il est nécessaire que les troubles psychiques succèdent immédiatement au trauma et plus encore que les caractères cliniques soient parfaitement identiques à ceux fournis par d'autres observations où ne persiste pas le moindre doute. Ces deux conditions se trouvent, je pense, réalisées chez cet homme âgé de 44 ans, ferblantier, qui nous fut envoyé du service de chirurgie il y a huit jours. Voilà trois semaines ce malade, sortant de chez lui la nuit pour aller chercher de l'eau, glissa dans l'escalier et tomba d'assez haut. On le retrouva le lendemain matin sans connaissance et ce n'est qu'à la longue qu'il revint à lui. Il présentait une légère otorrhagie ; il eut vers midi quelques vomissements et chaque fois il aurait rendu la valeur d'une cuiller à soupe de sang. Dans

toute son histoire antérieure rien à relever, à part certains excès alcooliques qu'il supportait difficilement ; à la suite il était excité et maintes fois se montrait violent vis-à-vis de sa femme.

Dans la clinique de chirurgie, où il fut transporté tout d'abord, on nota sur la région pariétale droite une blessure par écrasement, grosse comme une pièce de 3 marks, avec gonflement et suffusion sanguine à la périphérie. Tout le côté droit de la face était fort douloureux et l'apophyse mastoïde très contusionnée, ainsi que le pavillon de l'oreille. Quelques caillots sanguins remplissaient le conduit auditif droit. Enfin la région correspondant à la troisième et à la quatrième côte gauche était très sensible. On ne percevait pas d'autres troubles directement liés à une blessure du cerveau. Par contre, le malade était assez agité pour que l'examen somatique fût des plus délicats. Il n'avait sur le temps que des notions empreintes de la plus extrême confusion ; il ne se souvenait ni des circonstances récentes de sa chute ni de ce qui était arrivé depuis lors. Il n'avait aucune idée de la gravité de sa situation et réclamait ses vêtements pour retourner travailler chez lui ; il déchirait son pansement, résistait à toute intervention, se levait la nuit. Sa blessure guérit rapidement et ses douleurs disparurent au bout de peu de temps ; mais son agitation et sa confusion ne firent que s'accroître. Il parlait d'une lettre qu'il aurait reçue ; il ignorait totalement depuis combien de temps il se trouvait à la clinique ; un soir enfin il s'échappa de la salle en pantoufles et en chemise pour aller se cacher dans un bâtiment en construction où, comme il l'avoua plus tard, son frère l'attendait avec une voiture. A la suite de cet incident, on nous l'amena ici.

Comme vous le voyez, cet homme est dans un état général assez précaire ; il a mauvaise mine, il est pâle ; s'il comprend bien ce qu'on veut de lui, c'est néanmoins avec une certaine lenteur. Il sait où il se trouve, connaît les médecins

qui le soignent et se rappelle tous les faits de ces jours derniers. En revanche, il est complètement désorienté dans le temps ; le renseigne-t-on même à ce sujet, il oublie bien vite ce qu'on vient de lui dire. D'autre part, il raconte à tort qu'hier sa femme est venue le voir et lui a promis de l'emmener aujourd'hui.

Capable encore de résoudre des calculs peu compliqués à l'aide de la table de multiplication, il se trouve embarrassé dès qu'ils nécessitent un peu d'attention ou de réflexion. Signalons un autre symptôme également de première importance : il ignore d'un bout à l'autre tout ce qui se rapporte de près ou de loin à sa chute ou à son séjour à la clinique de chirurgie. Il raconte une foule d'histoires de pure invention et chaque fois y apporte de nouvelles variantes. Tantôt c'est à trois heures qu'il est tombé dans la fabrique ; tantôt il aurait sauté une hauteur de trois marches sur une plaque de fer en courant après le train. Le pousse-t-on, il agrmente encore son récit d'une série de détails, profondément convaincu de la réalité de ce qu'il expose. Mais tout ce qu'il dit est très flou et imprécis. Il n'a pas la moindre sensation d'être malade et insiste naïvement pour reprendre son travail. Il perdra sa place s'il ne va pas à l'atelier ; on pensera, dit-il, qu'il veut être à la charge des siens. Quoique ne manifestant pas grande émotivité, il est plutôt de caractère pleurnichard. Le fait d'être dans un asile le laisse complètement indifférent et il ne prête guère d'attention à ce qui se passe autour de lui.

L'examen somatique montre à l'occipital droit une cicatrice récente et n'adhérant pas à l'os, ainsi que d'autres cicatrices plus petites sur l'arcade sourcilière. Le crâne est asymétrique ; les traits du visage sont affaissés. Il n'y a pas de signes de lésion en foyer. Les réflexes rotuliens et l'excitabilité musculaire sont assez exagérés. Au niveau de l'appareil auditif existerait une double lésion labyrinthique ; mais, au dire des spécialistes, elle n'aurait aucun rapport avec

la chute. Tous ces examens fatiguent visiblement le malade.

Quant aux troubles psychiques immédiatement consécutifs à la perte de connaissance et dus à la chute, ils sont caractérisés par une difficulté de la compréhension, par des lacunes dans la mémoire, même en ce qui concerne l'accident, par des modifications très accusées de l'attention et enfin par la substitution aux souvenirs réels, effectivement absents, d'autres souvenirs pleinement erronés. Il est encore un point d'un haut intérêt : c'est le manque de sensation d'être malade. D'après ce que je crois, l'ensemble de ces symptômes, que nous avons déjà rencontrés en partie tout au moins chez d'autres sujets, est caractéristique des commotions cérébrales ; le tableau clinique tout entier plaide en faveur d'une étroite relation étiologique entre la chute et la folie. Ces troubles peuvent d'ailleurs disparaître complètement au bout de quelque temps sans laisser la moindre trace ; il s'agit bien moins d'altérations sérieuses de l'écorce que de modifications anatomiques minimales susceptibles de guérison. Chez notre malade en particulier l'absence de fièvre et de signes de localisation en foyer nous incite à admettre une simple commotion cérébrale et il est très probable que tous les phénomènes actuels disparaîtront progressivement (1).

Je vous présente maintenant un jeune homme âgé de 18 ans, sur lequel j'ai à fournir un rapport médico-légal d'incapacité de travail. Il me servira d'exemple pour vous faire envisager l'avenir des malades qui ont été frappés de blessure grave à la tête. Cet homme appartient à une famille saine ; il reçut à l'école une instruction moyenne et s'y montra constamment travailleur et sérieux. Il tomba d'une échelle, voilà un an et demi, à la hauteur d'un quatrième

(1) Après quatre semaines de séjour, le malade a quitté la clinique. Il avait encore un peu de difficulté à comprendre et ne se souvenait toujours pas de son accident ; mais il était complètement lucide. Aujourd'hui, neuf ans plus tard, il continuerait à être très bien portant.

étage. La tête porta au niveau de la région frontale droite et on le ramena chez lui mourant ; tout le côté droit du visage était tuméfié ; on notait d'assez abondantes hémorragies buccales et nasales. Le malade ne recouvra ses sens qu'au bout de quelques jours et l'on s'aperçut alors qu'il était aveugle de l'œil droit. Son état ne s'améliora qu'à la longue, mais son père remarqua dès les premiers mois que son caractère était profondément modifié. Je dois ajouter qu'il se plaignait de violents maux de tête et qu'il toussait souvent en crachant un peu de sang. Aimable et gai jadis, il était devenu coléreux et excitable ; il était toujours fatigué, avait des étourdissements et ne réussissait pas à exécuter convenablement le moindre travail. Il dormait et mangeait bien, mais ses urines contenaient une petite quantité de sucre. L'examen ophtalmoscopique montra une atrophie du nerf optique et des lésions de la choroïde à droite, avec perte totale de la vision du même côté. Toutes ces lésions dépendaient d'une fracture de la voûte orbitaire qui intéressait le canal optique. Au dire du père, les troubles psychiques ne firent qu'augmenter.

Le malade, semblable à un enfant, ne travaillait plus ; il s'en allait souvent sans but, errant à l'aventure, et il fallait le chercher pour le reconduire à la maison. Il jouait comme un petit garçon et restait des heures à regarder des serins dans une volière. « Son intelligence ne marchait plus », dit le père en termes bien caractéristiques. Certains jours il était de mauvaise humeur et une futilité suffisait alors à le mettre en colère ; ou bien il se livrait à des « farces et des plaisanteries stupides » ; il tutoyait les gens âgés ; en un mot, il se comportait de manière déraisonnable.

On ne trouve plus aujourd'hui trace de l'accident en examinant ce garçon qui est de solide constitution et dont l'état général est excellent. L'œil droit toutefois est perdu et présente une légère parésie de l'abducens. La moitié droite du visage semble abaissée ; les réflexes tendineux de ce côté sont exa-