Recherches sur les centres nerveux : alcoolisme, folie des héréditaires dégénérés, paralysie générale, médecine légale.

Contributors

Magnan, V. 1835-1916.
Augustus Long Health Sciences Library

Publication/Creation

Paris : Masson, 1893.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/qjtvfgn2

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Augustus C. Long Health Sciences Library at Columbia University and Columbia University Libraries/Information Services, through the Medical Heritage Library. The original may be consulted at the the Augustus C. Long Health Sciences Library at Columbia University and Columbia University. where the originals may be consulted.
This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

wellcome collection

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64122689
RC346 .M272 1893 Recherches sur les c
RECAP

RC346 M272

Columbia University
in the City of New York

1893.

College of Physicians and Surgeons



Department of Physiology

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/recherchessurles00magn

RECHERCHES

SUR

LES CENTRES NERVEUX

OUVRAGES ET PRINCIPAUX MÉMOIRES
DU MÊME AUTEUR

De l'alcoolisme : des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement, in-8° de 282 pages avec six figures et trois tracés sphymographiques. Paris 1874.

Recherches sur les centres nerveux, in-8° de 222 pages, 3 planches et 2 figures. Paris 1876.

Leçons cliniques sur les maladies mentales, in-8° de 440 pages. 2e édition. Paris 1893.

Délire chronique, en collaboration avec le Dr Sérieux (*Encyclopédie des aide-mémoire*). Paris 1892.

Paralysie générale (dans la 5e édition du *Guide du médecin praticien*, de Valleix, t. I, p. 821 à 844). Paris 1866.

Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme, alcool et absinthe : épilepsie absinthique. (*Recueil de médecine vétérinaire*, mai et juin 1871. Brochure avec préface de M. H. Boulay). Paris 1871.

Alcoolisme aigu : épilepsie causée par l'absinthe. Alcoolisme chronique : accidents épileptiformes, symptomatiques des lésions organiques. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 5 avril 1869.)

Alcoolisme aigu, épilepsie absinthique. (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 31 juillet 1871.)

Camisole. (*Article du Dict. encyclop. des sciences méd.*, avec 2 figures.)

Méningite tuberculeuse cérébro-spinale. (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 5e série, t. I, 1869, p. 284.)

Folie puerpérale. (*Gaz. méd.*, mars 1877.)

Des rapports entre les convulsions et les troubles circulatoires et cardiaques dans l'attaque d'épilepsie (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 6e série, t. XIV, 1877, p. 183, avec une planche.)

Otite purulente de l'oreille moyenne droite, se traduisant chez un lapin par des mouvements de manège et de roulement. (*Com. à la Soc. de Biol.*, 7 avril 1888.)

DEPARTMENT OF PHYSIOLOGY
COLUMBIA UNIVERSITY

RECHERCHES

SUR

LES CENTRES NERVEUX

ALCOOLISME, FOLIE DES HÉRÉDITAIRES DÉGÉNÉRÉS PARALYSIE GÉNÉRALE, MÉDECINE LÉGALE

PAR

LE Dr V. MAGNAN

Médecin de l'asile clinique (Saint-Anne),
Lauréat de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine,
Membre et ancien vice-président de la Société de Biologie,
Membre et ancien président de la Société médico-psychologique,
Membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

DEUXIÈME SÉRIE

AVEC 6 PLANCHES HORS TEXTE, UN GRAPHIQUE EN CHROMOLITHOGRAPHIE
ET 27 FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1893

RC346
M272
1893

La plupart des questions traitées dans ce volume sont afférentes à l'hygiène et à la médecine légale.

La première partie de l'ouvrage consacrée à l'alcoolisme montre l'influence pernicieuse de l'alcool et des liqueurs alcooliques sur la santé publique ; le poison s'attaque non seulement à l'individu, mais son action s'exerce puissamment sur sa descendance, si bien que l'alcoolisme devient le pourvoyeur, le plus actif, des hôpitaux et des asiles d'aliénés et que, véritable péril social, il finira, si on n'y porte remède, par entraîner la dégradation physique, intellectuelle et morale de la race.

Ces terribles conséquences, que le médecin plus que tout autre peut prévoir et constater, expliquent l'ardente croisade entreprise depuis plus de vingt ans contre l'alcoolisme. Les discussions qui ont eu lieu à l'Académie de médecine, les travaux de MM. Bergeron, Verneuil, Lancereaux, Rochard, Dujardin-Beaumetz, Lunier, etc., ont puissamment contribué à la promulgation des mesures fiscales tendant à la surtaxe de l'alcool et de l'absinthe, à la suppression du privilège des bouilleurs de cru et à l'affranchissement des boissons hygiéniques, vin, bière, cidre.

C'est vers ce même but qu'ont concouru nos recherches sur l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe, notre étude expérimentale, en collaboration avec M. Laborde, sur les alcools dits supérieurs et les bouquets artificiels, et enfin nos exposés cliniques des effets désastreux de ces intoxications, dont nous avons, en dernière analyse, la démonstration flagrante sur la table de l'amphithéâtre.

Les trois mémoires, I. *Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales;* III. *De l'alcoolisme;* IV. *Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale*, se complètent et font ressortir les méfaits de l'alcool, soit que ce poison agisse comme simple excitant et rende plus aigus et plus durables les symptômes de l'affection première, soit qu'il atteigne plus profondément l'organisme et crée son délire spécial, soit qu'en dernier lieu il conduise, après des rechutes successives, à la démence ou à la paralysie générale. Nos statistiques relevées dans le service du Bureau central d'admission sont formelles; sur cent hommes admis dans les asiles plus de 35 y sont poussés directement par l'alcool, sans compter les malheureux dégénérés, victimes de l'alcoolisme des ascendants.

L'alcool éthylique, même le mieux rectifié, est un poison, mais sa toxicité est beaucoup moindre que celle des alcools amylique et butylique; aussi peut-on considérer comme l'une des principales causes du progrès de l'alcoolisme, l'énorme développement de la fabrication des alcools d'industrie et les falsifications, chaque jour plus nombreuses, que, sans nul souci de

l'hygiène, la plupart des distillateurs introduisent dans les boisons de table.

Le mémoire V : *De la toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels*, a permis de démasquer tous ces poisons et de rapporter à chacun d'eux les désordres qui leur appartiennent.

Le mémoire II : *Des principaux signes cliniques de l'absinthisme*, met en relief les signes propres à cette intoxication, et prouve que la clinique est entièrement d'accord avec l'expérimentation physiologique.

Ce n'est pas assez de l'alcool pour consommer sa perte ; l'homme a recours encore à d'autres poisons ; l'éther, la morphine et, plus récemment, la cocaïne. Le mémoire VI donne quelques exemples de cette intoxication plus moderne.

On le voit, cette étude de l'alcoolisme est fertile en enseignements précis au point de vue prophylactique. C'est encore elle qui, déjà, nous avait conduit à supprimer, dans les manifestations si bruyantes du *delirium tremens*, tout moyen de contention et en particulier la camisole de force. (Camisole, *Recherches sur les centres nerveux*, t. I, 1876, 157, et *Alcoolisme des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, Paris, 1874, p. 154.)

Après avoir ainsi défini la part si grande qui revient aux applications hygiéniques, abordons l'examen des dégénérés qui soulève, à chaque pas, les problèmes les plus délicats de la médecine légale.

L'héréditaire dégénéré est dans un perpétuel état d'imminence morbide. Son jugement peu solide, son

sens moral imparfait le font entrer fréquemment dans la voie du crime ou du délit. C'est la connaissance de cette déséquilibration continue, fonction fatale d'influences héréditaires multiples qui doit rendre circonspect le médecin appelé à éclairer les tribunaux sur la question relative au degré de responsabilité.

Mais ici, le problème médico-légal est complexe. Tous les cas ne se réduisent pas à l'examen de cet état mental pur et simple ; car au-dessus de lui se développent des obsessions, des impulsions, des phénomènes inhibitoires, *stigmates psychiques* révélateurs de la dégénérescence mentale.

Tous ces phénomènes ont un caractère commun d'irrésistibilité telle que le dégénéré est privé de sa liberté d'action, en dépit de son état de conscience. De telle sorte que l'impulsif homicide, le kleptomane, l'incendiaire, l'exhibitionniste, tous les anomaux sexuels se trouvent expliqués : l'hérédité pèse sur tous les déchus du cerveau ; elle rend compte de leur état mental, et de leurs actes délicteux ou criminels. Et si le magistrat pouvait émettre un doute sur la valeur de ces formes mentales, s'il pouvait paraître surpris d'entendre parler d'idées obsédantes, d'impulsions au vol ou au meurtre, et de tous ces actes étranges que la perversion sexuelle fait commettre, il suffirait, pour le convaincre, de faire passer sous ses yeux le tableau comparatif des autres syndromes.

Prenons, par exemple, l'onomatomane auquel est consacré le mémoire XIII. Lorsqu'on est témoin de l'angoisse extrêmement pénible à laquelle est en proie

le malheureux qui cherche un mot dont il n'a nul besoin, lorsqu'on le voit faire des efforts surhumains pour ne pas projeter au dehors le mot qui l'obsède, et que l'on assiste à la détente, à l'immense soulagement dont sont suivis soit la découverte, soit la décharge du mot, soit la substitution du mot préservateur au mot funeste, on n'est plus étonné par le langage du kleptomane, du pyromane, de l'impulsif homicide ou sexuel, du coupeur de nattes, de l'exhibitionniste, ou du malheureux qu'obsède l'idée de mordre la peau d'une jeune fille, quand ils déclarent que, malgré tous leurs efforts, leur ardent désir de résister, ils ont fini par succomber.

Partout le phénomène est le même ; il s'agit toujours d'un centre surexcité qui appelle la sensation ou l'acte qui le satisferont. Ainsi se trouvent unis, dans le grand complexus clinique de la dégénérescence, ces malades inexpliqués jusque-là ; ainsi se trouvent élucidées les questions médico-légales qui s'y rapportent.

L'état mental de l'héréditaire, ses syndromes ne sont qu'une partie du tableau ; de ce sol de prédilection peuvent sortir toutes les floraisons délirantes. Et celles-ci multiples, mobiles, peuvent, à leur tour, ouvrir des débats sur la capacité civile ou la responsabilité du malade. L'étude clinique que nous faisons de cette autre classe de dégénérés, les persécutés-persécuteurs, mémoire XVII, vient encore apporter sa pierre à l'édifice médico-légal.

Le champ n'est pas moins vaste pour le légiste dans la paralysie générale. L'encéphalite chronique inter-

stitielle diffuse rend compte de cette démence si remarquable du paralytique général. Il n'y a plus solidarité entre les différents centres, plus de coordination entre les idées, les sentiments et les penchants, et cette anarchie intellectuelle, morale et affective anéantit la volonté : d'où ces actes indélicats et ces délits de toute nature que le paralytique commet avec une souveraine imprévoyance. Il est en effet délinquant ou criminel à sa manière, et la clinique seule, en permettant de bien apprécier ces dispositions maladives, fournit une base solide à la médecine légale. C'est le but que nous avons poursuivi dans nos leçons.

Constater les troubles mentaux d'où dérive l'irresponsabilité complète ou atténuée de l'inculpé, tel est le rôle habituel du médecin expert, et c'est celui que nous avons envisagé dans les chapitres précédents. Mais ce rôle s'accroît d'une difficulté nouvelle quand, dans l'intérêt de la vérité et de la justice, il faut démasquer la fraude en aliénation, c'est-à-dire la simulation de la folie.

Et cependant celle-ci n'est pas facile ; il n'y a guère, dans toute la série des psychoses, que la mélancolie qui puisse prêter à l'imitation soutenue, surtout si le simulateur a la sagesse de s'en tenir à la dépression sans stupeur, sans anxiété, ni idées délirantes. Il faudra dès lors une étude attentive des symptômes et de la marche de l'affection supposée, une enquête sérieuse sur les antécédents ; cet examen qui parfois exige un temps assez prolongé devra toujours être fait dans un milieu approprié. dans un asile.

Le cas que nous examinons dans le mémoire III de la 4e partie est un exemple de longue et habile simulation. Et cependant le système adopté de mélancolie avec hallucinations et idées de persécution ne pouvait être rattaché à aucune forme connue de l'aliénation mentale ; il s'émaillait de contradictions, de phénomènes insolites qui s'excluaient réciproquement, si bien que la folie ne put être admise. Et ce lypémaniaque stupide, après avoir, à son départ de l'admission pour la prison, souligné son état d'impuissance par un gâtisme obstiné, retrouvait au lendemain du jugement, ouïe, parole, vigueur et gaieté. Rien d'ailleurs, mieux que les photographies que nous donnons, ne peut rendre compte de ce revirement subit et complet.

A côté de la folie simulée, il y a la folie méconnue ; à côté du criminel qui essaie d'échapper à la justice ; il y a le malheureux aliéné encore trop souvent condamné. C'est l'étude de cette catégorie intéressante de malades qui clôt le mémoire.

PREMIÈRE PARTIE

ALCOOLISME

PREMIÈRE PARTIE

ALCOOLISME

I. Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales.

II. Des principaux signes cliniques de l'absinthisme.

III. De l'alcoolisme.

Sommaire : Considérations générales; causes et progrès de l'alcoolisme ; mesures prophylactiques : augmentation de la taxe sur l'alcool et l'absinthe ; diminution de la taxe et mieux affranchissement des boissons hygiéniques, vins, bières, cidres ; nécessité de la suppression du privilège des bouilleurs de cru. Conditions fâcheuses d'hygiène provoquant le développement énorme de l'alcoolisme en 1870 et 1871. Rapports étroits entre l'alcoolisme et le développement de la paralysie générale et des dégénérescences mentales.

IV. Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.

V. De la toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels.

VI. Trois cas de cocaïnisme chronique.

VII. Anatomie pathologique.

I

INFLUENCE DE L'ALCOOLISME SUR LES MALADIES MENTALES (1)

Les progrès incessants de l'alcoolisme, l'influence pernicieuse qu'il exerce sur l'individu, sur la descendance, aux points de vue physique, intellectuel et moral font de cette intoxication un fléau pour l'humanité, un danger pour la société. Aussi cette étude s'impose-t-elle au Congrès, s'adressant à tous, à l'hygiéniste, au médecin et au chirurgien.

I. — L'alcool produit de toutes pièces la folie et cette folie a des caractères généraux constants offrant toutefois, suivant les sujets et la qualité des boissons, des modifications au point de vue de la marche et de l'intensité des phénomènes ou de la prédominance de quelques-uns d'entre eux.

En France, la différence est grande entre l'alcoolisme de l'ouvrier des grandes villes et celui du paysan des pays vignobles. Pour le premier, la boisson ordinaire est de l'eau-de-vie ou du vin résultant d'un vinage avant tout lucratif, du vin qui n'est autre que de l'alcool dilué, de l'alcool de grains, de betteraves, de pommes de terre, c'est-à-dire une substance fort délétère. Le second boit du vin non adultéré, contenant son alcool propre, l'alcool éthylique, combiné à plusieurs autres principes immédiats, comme le tannin qui,

(1) *Rapport au Congrès international des sciences médicales de Genève*, septembre 1877.

loin de nuire, corrigent, dans certaines limites, son action toxique.

Dans d'autres pays, en Écosse, par exemple, l'alcoolisme revêt des caractères promptement graves chez des individus qui, ne pouvant satisfaire leur passion avec du whiskey (alcool d'orge), recherchent et s'estiment heureux de boire, à bas prix, les résidus des opérations de cet alcool infiniment plus toxiques que le whiskey lui-même. Tous ces faits, faciles à établir directement, sont confirmés par les recherches expérimentales. M. Cros, dès 1863, fait connaître l'action éminemment nuisible de l'alcool amylique. M. Rabuteau démontre dans ses *éléments de toxicologie* (1873), que les alcools sont d'autant plus dangereux que leur composition atomique est plus complexe. Enfin, MM. Dujardin-Beaumetz et Audigié arrivent à des résultats à peu près analogues par l'étude comparative des alcools éthylique ou vinique, propylique, butylique et amylique ; ces expérimentateurs ont noté que les phénomènes toxiques provoqués par les divers alcools sont de même nature et diffèrent seulement par leur degré d'intensité, progressivement plus accusé à mesure que les proportions de carbure d'hydrogène augmentent. Ainsi la dose mortelle chez les chiens est, par kilogramme, de poids du corps, pour ces différents alcools : 7 gr. 09 : 4 gr. 32 ; 2 gr. 15 ; 2 gr. 02 ; en d'autres termes, l'alcool amylique est presque quatre fois plus toxique que l'éthylique. Toutefois, selon les prévisions de M. Dumas, MM. Dujardin-Beaumetz et Audigié ont trouvé que cette loi n'était pas rigoureusement exacte, quand on l'applique à tout le groupe des alcools mono-atomiques, et si les alcools méthyliques, heptilique, octylique conservent une action toxique presque aussi grande que l'alcool butylique, l'alcool cétylique ($C^{16}\ H^{34}\ O$), dont les proportions de carbone et d'hydrogène sont si considérables, n'a aucune propriété toxique. Cette inertie semble dépendre de son insolubilité à la température ordinaire, dans l'eau et dans l'alcool, qu'on

l'introduise sous la peau ou qu'on l'administre par l'estomac. Quoi qu'il en soit, le fait général qui résulte de ces études est, je le répète, que les différents alcools ont une action progressivement plus toxique à mesure que leur composition atomique devient plus complexe.

D'autre part, en dehors de l'alcool, on sait que certaines substances qui entrent dans la composition des liqueurs de table ont des propriétés toxiques spéciales ; l'absinthe, en particulier, détermine, à faible dose, des vertiges et des secousses musculaires, et à dose élevée, des attaques d'épilepsie et du délire. Je ne pense pas devoir rappeler nos expériences sur l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe, expériences que les docteurs Amory, de Boston, et Challand, de Lausanne, ont répétées et qui confirment les résultats déjà obtenus. La démonstration expérimentale a servi de guide dans l'étude des phénomènes plus complexes observés chez l'homme. C'est ainsi que le délire prématuré des buveurs d'absinthe, que les attaques épileptiques qui les frappent, peuvent aujourd'hui être rapportés à leur véritable cause, et que le traitement lui-même, en ce qui concerne les attaques, peut être dirigé avec plus de sûreté. La clinique d'ailleurs s'enrichit chaque jour de nouveaux faits, et dernièrement encore M. Prevost a rapporté plusieurs observations de ce genre dans son travail sur le délire alcoolique. Dans la plupart des cas étudiés par les auteurs, se trouve signalé un délire avec des hallucinations qui, semblable à celui de l'alcoolisme, au point de vue des caractères généraux, offre un mode d'évolution différent, tandis que l'alcool a besoin de préparer son terrain pour faire éclore le délire, l'absinthe le fait naître promptement chez l'homme, mais toutefois, à cause du mode d'administration, avec beaucoup moins de brusquerie et de rapidité que chez les animaux, le chien, par exemple, sur lequel on peut d'emblée, immédiatement, produire des hallucinations avec de la frayeur, des cris, de la colère et de l'agitation.

Pour les troubles physiques, l'absinthe a aussi sa manière spéciale d'agir; elle provoque, à faible dose, des secousses musculaires et des vertiges, et si ces phénomènes passent parfois inaperçus, chez l'homme, dès que l'intoxication se complète, apparaissent des accidents irrécusables, visibles pour tous, des attaques épileptiques. L'attaque d'épilepsie n'est point la plus haute expression des troubles de la motilité chez les alcooliques, ce n'est pas le degré le plus élevé de cette trémulation générale que l'on trouve dans le *delirium tremens*, c'est un accident d'un autre ordre qui se surajoute aux autres phénomènes moteurs. Il suffit, pour s'en convaincre, de remarquer les circonstances au milieu desquelles les attaques se produisent. Tantôt elles surprennent le malade au début, tantôt au déclin de l'accès de délire alcoolique, quand le tremblement est peu accusé ; d'autres fois, au contraire, elles se montrent au milieu de l'accès quand le tremblement est à son apogée; mais, quel que soit le moment de l'attaque, le tremblement reste, après elle, ce qu'il était avant. Il diminue ensuite si l'accès de délire alcoolique est vers son déclin, il augmente, au contraire, si l'attaque est survenue au début. Il n'y a donc pas de corrélation entre l'attaque et le degré de tremblement. Du reste, chez les animaux, l'attaque est produite immédiatement sans tremblement et quelquefois même sans la moindre secousse préalable. L'alcool, de son côté, n'a pas la propriété que l'on pourrait appeler épileptisante; dans les très nombreuses expériences sur l'animal pratiquées avec toute la série des alcools, on n'a jamais obtenu d'attaques épileptiques, pas même dans le cas où les animaux ont été soumis à l'usage prolongé du poison.

Si chez l'homme des attaques d'épilepsie se montrent à la suite d'abus alcooliques, on peut être assuré que l'individu a eu, précédemment à ses excès, des attaques d'épilepsie et n'est autre qu'un épileptique, ou bien qu'il est prédisposé à cette névrose et que l'alcool a agi comme cause excitante.

Aussi, qu'arrive-t-il dans la plupart de ces cas, c'est que les attaques se reproduisent, se répètent en l'absence de nouveaux abus, tandis que l'épilepsie absinthique a comme caractère de cesser avec les abus d'absinthe. Il est rare que les attaques absinthiques soient graves, elles se terminent ordinairement d'une façon favorable et lorsqu'elles se reproduisent plusieurs fois, elles sont généralement séparées par un espace de plusieurs heures; toutefois, exceptionnellement, elles peuvent être plus rapprochées, ne laisser entre elles qu'un intervalle de quelques minutes; dans ce cas l'individu peut succomber à la troisième ou à la quatrième crise ou bien rester dans un état comateux qui se termine par la mort. Mais, dans la grande majorité des cas, une ou deux attaques au plus se montrent, elles deviennent un avertissement pour l'entourage et le malade, les abus d'absinthe sont suspendus provisoirement et ce temps de répit suffit à l'apaisement des accidents aigus.

L'alcool, à la longue, peut amener des convulsions, mais celles-ci ne se montrent plus sous la forme d'attaques franches d'épilepsie, leur mécanisme est tout autre. Ce ne sont plus des attaques toxiques, développées sous l'influence spéciale d'un poison, ce sont des attaques convulsives épileptiformes analogues à celles que présentent les paralytiques généraux, les déments séniles, les malades atteints de tumeur cérébrale, attaques dépendant des lésions profondes déjà produites dans les centres nerveux par l'usage prolongé des boissons spiritueuses. En résumé, il serait nécessaire de préciser ce que l'on doit entendre par épilepsie dite alcoolique et de s'assurer si réellement, chez des sujets non prédisposés, il existe des cas d'épilepsie dépendant uniquement des abus alcooliques; pour ma part, je n'ai jamais observé de cas de ce genre.

II. — Un autre fait d'une importance capitale pour la pathogénie, la sémiologie et la thérapeutique, c'est la détermination exacte de ce que l'on doit entendre par *delirium tremens*.

Que signifie, en effet, le terme *delirium tremens*? Est-ce

le délire qui survient chez les alcooliques à la suite d'excès récents de boissons? Est-ce le délire alcoolique avec fièvre qui survient dans le cours de l'alcoolisme? Est-ce le délire qui, chez les alcooliques, s'associe aux affections intercurrentes ou aux traumatismes? Ces différents états qui se rattachent à des phases aiguës de l'alcoolisme chronique ne sauraient cliniquement être confondus, et cependant, pour les deux formes d'alcoolisme aigu, simple ou apyrétique et fébrile ou grave, le diagnostic devient parfois très difficile. En présence, en effet, de malades affectés d'alcoolisme aigu, on est parfois fort embarrassé pour savoir quels sont les cas graves, quels sont, au contraire, les sujets dont on peut, avec assurance, annoncer la guérison.

Supposons un alcoolisé avec les hallucinations multiples et très actives, le tremblement de tout le corps, l'agitation, les cris, les frayeurs ou les violences résultant des perceptions illusoires et des hallucinations; si à ces phénomènes on ajoute l'injection des yeux, l'altération des traits de la face, les sueurs profuses, la fréquence et la force du pouls, on a, en résumé, les signes principaux de l'alcoolisme aigu. Eh bien! tel alcoolique chez qui les symptômes précédents existent à un haut degré guérit facilement, tel autre, au contraire, qui, en apparence, n'est pas plus fortement frappé, se trouve gravement atteint et peut rapidement succomber. Dans les deux cas, le délire toxique présente ses caractères habituels; les hallucinations sont pénibles, mobiles, roulent sur les occupations journalières ou les préoccupations dominantes du moment. Dans quelques circonstances même, le délire se montre avec plus d'activité chez les alcoolisés dont l'accès aigu n'offre aucun danger; de là l'erreur possible, si l'on se basait sur les manifestations les plus saillantes et sur l'intensité des phénomènes intellectuels pour juger du degré de gravité du *delirium tremens*. C'est donc en dehors de l'agitation, en dehors des troubles de l'intelligence qu'il faut chercher les symptômes

capables de guider dans le diagnostic et le pronostic.

Le premier signe du *delirium tremens* fébrile, le plus important, est fourni par l'élément *fièvre*, que le thermomètre permet d'apprécier exactement. Toutes les fois que chez un malade atteint d'alcoolisme aigu, sans complications pectorale, abdominale, sans traumatisme, sans affection intercurrente, en un mot, capable par elle-même de provoquer et d'entretenir la fièvre; toutes les fois, disons-nous, que la température prise au rectum, après avoir oscillé pendant deux ou trois jours autour de 39 degrés centigrades, s'élèvera à 41°, le pronostic sera grave, et la gravité augmentera avec l'accroissement ou la persistance même de cette élévation de température. Lorsqu'au contraire, après une élévation assez rapide à 39° ou même à 40°, on voit, au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, le thermomètre baisser, le pronostic cesse d'être fâcheux et bientôt l'ensemble même des symptômes fait prévoir une solution favorable. Dans les cas d'alcoolisme aigu à forme bénigne, la colonne peut s'élever jusqu'à 38 degrés 2 ou 3 cinquièmes, par suite de l'agitation quelquefois extrême de l'alcoolique, mais cette limite est rarement dépassée, et, dans tous les cas, aussitôt que le malade a un moment de répit, la colonne thermométrique descend rapidement et oscille autour de 38 degrés.

Le pouls est variable, il ne suit pas d'une façon régulière la marche de la température et ne peut fournir par lui-même de renseignements précis. Un second signe d'une grande valeur est fourni par les désordres du mouvement, et ici encore il faut distinguer l'intensité même, l'activité de ces troubles moteurs avec leur durée, leur persistance et leur degré de généralisation. Un alcoolique, par exemple, présente un tremblement énorme des bras, des jambes, de la face, si ce tremblement ne persiste pas, s'il n'occupe pas tous les muscles du corps, on peut se rassurer, c'est un coup de fouet, un accident passager qui s'apaisera souvent, sans laisser de traces fâcheuses de son passage : mais si le trem-

blement, d'une intensité d'ailleurs moyenne, s'est emparé de tous les muscles du corps, s'il s'accompagne de secousses et surtout de frémissements et d'ondulations musculaires, si tous ces phénomènes persistent, sans disparaître pendant le sommeil, on arrive dès le second ou le troisième jour à l'épuisement nerveux, à un abattement complet des forces, à un état des plus graves. Ces deux signes si caractéristiques, faciles à reconnaître, pourront néanmoins, si l'on n'y prend garde, passer inaperçus.

La peau, en effet, souvent sudorale, ne permet au toucher qu'une appréciation incomplète de la température, il faut absolument recourir au thermomètre. D'autre part, si le frémissement musculaire, les ondulations, les petites secousses, sont peu accusés au visage, on ne songe pas à appliquer la main sur le corps et à sentir ainsi sous les doigts les cris de souffrance de la moelle, dont les forces excito-motrices s'épuisent vainement dans cette activité stérile, tumultueuse, désordonnée; la main apposée sur les cuisses, sur les muscles du dos, sent, en pressant un peu, les ondulations et les frémissements avec des secousses jusque dans les parties profondes. Si l'on s'en tient à la simple contemplation de la surface de la peau, on aperçoit, sans doute, les petites saillies et les dépressions, les petites ondes que produisent les contractions inégales et irrégulières des faisceaux musculaires, mais en réalité, on ne se rend pas compte de l'intensité d'un travail aussi continu et aussi généralisé.

Ces deux signes, fièvre et tremblement, existent d'ordinaire simultanément, mais ce serait une erreur de croire que la fièvre est sous la dépendance du tremblement et qu'elle en est la conséquence. La fièvre a son existence propre, et, dans quelques cas, elle se montre très violente avec un faible tremblement et en l'absence même de phénomènes spasmodiques. On voit, enfin, survenir souvent de la faiblesse musculaire. Les malades qui les deux ou trois premiers jours peuvent se tenir debout, marcher malgré la trémulation gé-

nérale, chancellent ensuite, serrent plus faiblement quoique le tremblement n'ait pas augmenté. Cette paralysie incomplète, plus marquée ordinairement dans les membres inférieurs, trouve fréquemment une explication suffisante dans les hyperémies parfois si considérables et les hémorragies plus ou moins étendues que révèle l'autopsie, sans compter l'action spéciale du poison qui déjà s'est exercée plus particulièrement sur la moelle, et a rendu plus active l'influence des autres causes. Ce troisième signe, basé sur l'état des forces musculaires, a moins d'importance que les deux précédents tirés de la température et du frémissement avec secousses musculaires, parce qu'il n'est pas constant et à cause surtout de son apparition plus tardive.

La fièvre, le tremblement, la faiblesse musculaire, sont les éléments essentiels qui séparent le *delirium tremens* fébrile du *delirium tremens* simple ou apyrétique; la forme fébrile se distingue également d'une façon complète du *delirium tremens* associé aux affections intercurrentes et aux traumatismes.

Le *delirium tremens* fébrile, en effet, survient presque toujours à la suite d'excès récents et nombreux de boissons; le *delirium tremens* associé aux affections intercurrentes se déclare chez l'alcoolique chronique, sans excès nouveaux, à l'occasion uniquement de la maladie qui vient le frapper accidentellement.

Dans le premier, la fièvre élément essentiel de la maladie est indépendante de toute lésion locale; dans le second, la fièvre a des sources multiples, depuis la pneumonie, l'érysipèle, la péricardite, etc., jusqu'au traumatisme accidentel ou thérapeutique, et elle suit naturellement le cycle fébrile ou la marche de l'affection intercurrente.

Dans ces deux formes de *delirium tremens*, on doit tenir compte du degré d'intoxication chronique auquel est arrivé l'individu, mais tandis que, d'un côté, la gravité dépend surtout de l'intensité même de l'accès aigu, de l'autre côté,

elle se trouve sous la dépendance de la maladie surajoutée.

Dans l'union pathologique entre une affection intercurrente et l'alcoolisme, les phénomènes alcooliques développés accidentellement offrent des degrés très différents d'intensité ; non seulement le délire se traduira quelquefois simplement par des hallucinations nocturnes avec des cauchemars, mais les troubles de la motilité se borneront assez souvent à un tremblement plus ou moins étendu des mains, ou des bras et des jambes, ou des bras, des jambes et de la face, et ne s'accompagneront pas de cette trémulation si remarquable de tous les muscles du corps qui se présente dans le *delirium tremens* fébrile.

Enfin dans ce dernier, en dehors de l'hyperémie aboutissant quelquefois à l'hémorragie et attestant ainsi l'irritation très violente des centres nerveux, on ne trouve guère à l'autopsie, dans les différents systèmes, que les altérations plus ou moins avancées de l'alcoolisme chronique (stéatose et sclérose) ; il n'en est pas de même dans l'autre forme du *delirium tremens*, qui, en dehors des altérations de l'alcoolisme chronique, présente les lésions propres à la maladie intercurrente, lésions souvent très étendues et cause principale de la terminaison funeste.

Les caractères différentiels si tranchés qui viennent d'être examinés dans les trois formes de *delirium tremens* établissent entre elles une ligne de démarcation qui les sépare complètement. Il n'est pas nécessaire d'y insister.

III. — A mesure que l'intoxication alcoolique progresse, il survient de la démence, des paralysies partielles, quelquefois aussi la paralysie générale. Est-ce là une maladie nouvelle, une complication, ou bien est-ce un des modes d'évolution de l'alcoolisme chronique? Pour répondre, il suffit de rappeler que sous l'influence de l'alcool un double processus se développe ; l'expérimentation physiologique, les recherches d'anatomie pathologique ont démontré cette double tendance morbide.

L'organisme, en effet, subit dans son entier des modifications profondes, il est frappé de dégénérescence graisseuse. C'est là le fait le plus fréquent; mais la stéatose n'est pas seule, avec elle se produit une tendance aux irritations chroniques diffuses, double processus (sclérose et stéatose) qui devient la caractéristique de l'alcoolisme chronique. Selon la prédominance dans les centres nerveux, de l'une ou de l'autre de ces lésions, nous voyons l'alcoolique chronique marcher vers la démence (stéatose et athérôme), ou vers la paralysie générale (sclérose interstitielle diffuse).

Ces altérations organiques, d'ailleurs, se présentent avec les mêmes caractères dans les muscles, les glandes, et pour le foie, en particulier, on sait que la cirrhose ou la dégénérescence graisseuse sont l'apanage de l'alcoolisme chronique (1).

L'encéphalite interstitielle diffuse ou paralysie générale est donc le résultat de l'évolution régulière de l'un des processus pathologiques de l'alcoolisme, ce n'est point une complication intercurrente, mais bien un mode de terminaison de l'alcoolisme chronique.

IV. — L'alcool, dans les vésanies, agit comme excitant, mais il se produit, de toutes pièces, une folie, et cette folie alcoolique a des caractères généraux constants. Rappelons rapidement les symptômes intellectuels, on les distinguera mieux ensuite dans leurs combinaisons avec les diverses formes mentales.

L'abus prolongé de l'alcool, après les phénomènes passagers de l'ivresse, après une période intermédiaire d'irritabilité, d'inquiétude, d'impressionnabilité, amène un véritable délire; celui-ci est le résultat du privilège singulier que possèdent les boissons spiritueuses d'agir sur le cerveau dans une direction déterminée et de susciter dans les centres perceptifs des sensations toujours de nature pénible, si bien que chaque sens devient pour le malade alcoolique un objet de

(1) Lancereaux, art. Alcoolisme; *Dict. encycl. des sc. méd.*

torture. Ces hallucinations varient à l'infini, mais elles reflètent souvent l'objet, soit des occupations journalières, soit des préoccupations dominantes du moment, avec cependant un choix particulier, pour ce qui est le plus pénible, le plus désagréable. Un troisième caractère de fausses sensations et de perceptions illusoires, est leur mobilité : hommes, choses ou animaux, tout ce qui fait l'objet des hallucinations se meut et se déplace; de là aussi la mobilité, la rapidité des idées et des actes de l'alcoolique, qui, d'ailleurs, anxieux, inquiet, suppliant ou agressif, intervient toujours de la manière la plus active.

Voici, d'ailleurs, au milieu de quelles préoccupations le malheureux alcoolisé se trouve placé sous l'influence des troubles sensoriels. Par la vue : il se figure avoir devant lui des animaux immondes, des voleurs, des assassins; il assiste aux scènes les plus navrantes ; il se voit au milieu des flammes, devant l'échafaud. Par l'ouïe : il croit entendre des injures, des menaces, des accusations contre son honneur, sa moralité, il entend des gémissements, des plaintes, des cris, le cliquetis des armes. Par l'odorat : ce sont les puanteurs les plus désagréables qui l'affectent, des odeurs qui le suffoquent ; il croit respirer un air empesté. Par le goût : il n'est pas de substances nauséabondes qu'il ne perçoive, de poison qu'il ne sente. Enfin par le toucher : il se croit soumis aux supplices les plus épouvantables ; il sent la lame du couteau pénétrer dans ses chairs et le mutiler affreusement, ou bien c'est la reptation d'un serpent qui glisse sur sa peau et l'enlace ; ce sont des insectes, des vers qui rongent son corps qu'il voit tomber en lambeaux ; des nuées de mouches qui pénètrent dans sa bouche, dans ses narines, dans ses yeux ; ou bien encore il se noie, il est jeté dans un précipice.

Sous l'influence de ses hallucinations, le malheureux patient réagit de diverses manières : il s'excite, se défend, menace, frappe ou bien reste immobile, accablé, atterré. De là ses différentes attitudes : maniaque, mélancolique, stupide, pui-

sant toutes leur origine dans la même cause, mais variant suivant les degrés d'intensité de cette cause. On observe une gradation successive dans le développement de ces phénomènes. On passe du simple trouble fonctionnel à l'illusion, de celle-ci à l'hallucination confuse d'abord unique, puis multiple et devenant peu à peu hallucination nette, précise, distincte, s'imposant en un mot comme la réalité. A mesure que l'amélioration se produit, les phénomènes disparaissent graduellement, d'après un ordre décroissant analogue, c'est-à-dire que l'hallucination précise mène à l'hallucination confuse, celle-ci à l'illusion, qui à son tour est suivie d'un simple trouble fonctionnel. Telle est l'évolution habituelle des phénomènes hallucinatoires dans l'alcoolisme. Exceptionnellement toutefois ils peuvent arriver d'emblée à leur apogée, c'est ce qui se produit chez les buveurs d'absinthe.

V. — Le délire alcoolique une fois connu, comment intervient-il dans les maladies mentales? D'une manière générale on peut dire que dans les combinaisons qu'il offre avec celles-ci, l'alcool agit parfois comme simple excitant et rend plus apparents sans les modifier les symptômes de l'affection première ; d'autres fois, au contraire, atteignant plus profondément l'organisme malade, l'agent toxique impose son délire spécial qui vient se greffer sur le trouble cérébral préexistant et l'influence de diverses manières.

Nous avons déjà vu le rôle puissant de l'alcoolisme dans le développement de la paralysie générale qu'il peut à lui seul faire naître, mais d'autres fois son influence se fait sentir chez les paralytiques généraux de causes diverses. Ceux-ci, en effet, par les caractères particuliers de leur délire, sont non seulement poussés à boire, mais encore entraînés à solliciter et à provoquer eux-mêmes les occasions de boire, aussi peut-on, chez eux, observer tous les degrés de l'intoxication aiguë. Tantôt l'alcool, pris en petite quantité, excite, stimule cette activité maladive déjà si prompte à se montrer chez les paralytiques ; d'autres fois dépassant cette

limite, outre l'excitation, il provoque des illusions, quelques hallucinations ; enfin, à un degré plus élevé, il fait naître un accès de délire alcoolique qui masque à la fois les symptômes physiques et les symptômes intellectuels de la paralysie générale, rend impossible toute appréciation exacte de la portée intellectuelle et par les hallucinations suscite des idées délirantes qui se placent au premier plan et cachent toute autre manifestation. D'autre part, le tremblement alcoolique beaucoup plus accusé domine les phénomènes moteurs de la paralysie, et dans quelques cas, lorsque des frémissements s'emparent des muscles de la face, l'embarras de la parole lui-même perd ses caractères spéciaux.

Si, dans de telles conditions, le malade se trouve à la première période de la paralysie générale, quand les symptômes de l'encéphalite interstitielle diffuse sont encore peu accusés, il se présente sous les dehors d'un alcoolique simple, et le diagnostic est des plus difficiles ; mais peu à peu les hallucinations et le délire qui les accompagne diminuent et disparaissent, le tremblement toxique s'amende, cesse à son tour, et l'on voit renaître peu à peu, un à un, en quelque sorte, les signes de la paralysie générale. Toutefois, le délire toxique peut dans quelques cas laisser sa trace après la disparition des accidents aigus, et il n'est pas très rare d'observer pendant plusieurs mois encore des hallucinations et des idées de persécution qui s'ajoutent aux conceptions ambitieuses et hypochondriaques habituelles.

Dans la démence sénile, l'alcoolisme exerce une influence analogue ; l'alcool peut agir à titre d'excitant, ou bien, à dose suffisante, provoquer son délire particulier. Son action se fait sentir aussi sur les lésions anatomiques dont il active l'évolution. La combinaison de l'alcoolisme avec la démence sénile, moins fréquente qu'avec la paralysie générale, n'est pas rare cependant et l'on voit assez souvent arriver dans les asiles, des déments séniles dans un accès de délire alcoolique ou d'agitation à la suite d'abus de boissons. Ici encore les

phénomènes toxiques disparaissent assez rapidement pour laisser à découvert les symptômes habituels de la démence sénile, et dans quelques cas seulement, des hallucinations avec des idées de persécution peuvent persister pendant plusieurs mois.

L'alcoolisme se combine fréquemment avec l'imbécillité, et l'on peut voir chez l'imbécile tous les degrés de l'intoxication. Chez ces sujets originellement dégradés, l'action des boissons alcooliques est beaucoup plus puissante. Leur ivresse s'accompagne fréquemment d'accès de violente colère et quelquefois de fureur ; la démence, d'une part, arrive plus rapidement chez eux à la suite des excès, et sur un petit nombre d'imbéciles que nous avons vu devenir paralytiques, la plupart s'étaient adonnés à l'ivrognerie.

Il n'est pas rare encore de voir se développer chez les imbéciles des impulsions sous l'influence des abus de boissons, et chez deux imbéciles incendiaires, récemment observés, l'acte avait été accompli après l'ingestion d'une certaine dose d'eau-de-vie.

Les épileptiques encore plus que les imbéciles subissent une fâcheuse influence de l'alcoolisme, et si exceptionnellement on trouve quelques malades chez lesquels les abus de boissons n'augmentent pas la fréquence des crises, le plus grand nombre, au contraire, tombent davantage quand ils ont bu, et bien des épileptiques doivent aux excès de boissons les manifestations premières d'une maladie qui aurait pu longtemps encore rester latente. L'épileptique alcoolisé est un des malades les plus dangereux, il ajoute aux impulsions parfois si terribles qu'il tient de la maladie, celles qu'il puise dans l'intoxication.

Un fait très curieux au point de vue clinique, c'est, chez les épileptiques alcoolisés, l'existence possible sur les mêmes sujets de deux espèces de délire; l'un qui suit l'attaque épileptique et dont les malades n'ont aucune conscience, dont ils ne conservent nul souvenir, l'autre éloigné des crises et

que les malades se rappellent parfaitement, comme du reste tous les alcooliques ; ils racontent leurs hallucinations, leurs idées pénibles, les actes accomplis sous l'influence des conceptions délirantes; et quand ils s'améliorent, ils passent volontiers en revue les diverses phases de leur accès délirant, se rendant parfaitement compte de leurs erreurs.

Les deux accès de délire ont quelquefois le même caractère; en voici un exemple : un homme de 36 ans, épileptique alcoolisé, s'imagine après une attaque, être poursuivi par un individu qui veut l'assassiner; il crie, se défend, puis tout à coup il se précipite sur son domestique qu'il cherche à étrangler. Une heure après, devenu plus calme, il ne conserve aucun souvenir de la scène de violence qui vient de se passer ; vers le soir, il entend des menaces, des injures, il voit des animaux, il aperçoit des incendies, il s'excite encore et passe toute la nuit dans les frayeurs, les lamentations, et par moments, il s'irrite et menace. Le lendemain dans la journée, il raconte avec grands détails tout ce qui s'est passé la nuit, quant à l'agression contre le domestique, à l'accès consécutif à la crise, ils sont pour lui non avenus, il ne se souvient absolument de rien.

Plus rarement, les accès de délire ont des caractères différents. Ainsi un ancien militaire, âgé de 40 ans, épileptique alcoolisé, après une attaque survenue dans la rue, s'est cru un grand personnage; il s'imaginait que les passants se prosternaient devant lui, il donnait des ordres, réclamait son équipage, et il a été arrêté au milieu de ses conceptions ambitieuses. Arrivé à l'asile Sainte-Anne, il présente des hallucinations pénibles pendant quelques jours, il voit des chats, des rats, il entend des menaces, il se croit poursuivi par des voleurs, etc.; mais, tandis qu'il conserve plus tard un entier souvenir de son délire à Sainte-Anne, il ignore complètement ce qui s'est passé après son attaque, lors de son arrestation dans la rue, et il est très surpris lorsqu'on lui parle de ses idées ambitieuses.

On voit donc chez le même sujet deux états différents, à manifestations distinctes conservant leurs caractères particuliers et marchant simultanément ; mais ce serait une erreur de croire qu'ils n'exercent aucune influence l'un sur l'autre ; au contraire, l'existence d'une névrose rend plus active l'action du poison, et celui-ci, d'autre part, rend aussi plus violent le délire qui suit les attaques. Il faut ajouter que les attaques d'épilepsie absinthique peuvent s'accompagner, comme l'épilepsie ordinaire, d'un accès de délire aveugle et dont le malade ne conserve aucun souvenir. Ces faits très nombreux et faciles à observer ont une grande importance, non seulement au point de vue clinique, mais aussi au point de vue médico-légal.

L'alcoolisme aggrave singulièrement certaines formes mentales, certains délires partiels, le délire des persécutions en particulier, dans lequel existent déjà des idées de nature pénible. Dans la majorité des cas, on peut faire la part du délire préexistant et celle de l'intoxication.

M. Lasègue, rappelant à ce sujet les caractères du délire du persécuté, dit : « Non seulement le champ des inquiétudes est ainsi limité, mais dans cette sphère rien n'est mouvant. Le délire monotone tend à se stéréotyper. Le complot une fois organisé l'est si bien qu'il fonctionne presque sans variations, tout au moins sans grands écarts. Celui qu'on accuse d'être un voleur est toujours accusé d'avoir volé, celui qu'on magnétise est toujours plus ou moins magnétisé, celui qu'on a empoisonné par les aliments continue à être l'objet d'un empoisonnement de même nature. »

Dans le délire alcoolique, nous le savons, c'est, au contraire, la mobilité, la multiplicité, la variété qui caractérisent les conceptions délirantes.

Aussi, dès que le délirant partiel se soumet à l'action prolongée des boissons spiritueuses, il change d'attitude, il devient actif, mobile, inquiet, loquace, il est en proie à des hallucinations de tous les sens, et ces symptômes ne s'amen-

dent et disparaissent qu'avec la sobriété. Quelquefois l'entrée dans les asiles est motivée par l'apparition des accidents alcooliques qui ont provoqué l'activité du délire et de l'agitation.

L'alcoolisme complique habituellement la dipsomanie, forme particulière, on le sait, de monomanie instinctive, sur laquelle Trélat, Marcé et bien d'autres ont attiré l'attention.

Le dipsomane, avant de boire, se trouve dans des conditions analogues à celles du mélancolique; il est triste, inquiet, il dort mal, perd l'appétit, éprouve de l'anxiété précordiale; c'est un aliéné ordinaire. Au début, quand les accès de dipsomanie sont séparés par de longs intervalles, l'ivresse seule les accompagne et ne laisse pas de traces de son passage, mais plus tard, quand ils se rapprochent et que l'alcool agit d'une façon plus continue, les hallucinations, le délire se développent à leur tour, et comme pour les autres formes mentales, après avoir joué le rôle d'excitant, l'alcool imprime son délire spécial, si bien que le dipsomane se présente avec le délire alcoolique et ce n'est qu'après la disparition des accidents aigus que l'on retrouve la maladie principale, la dipsomanie.

Chez des alcoolisés à prédisposition morbide, l'accès de délire alcoolique subissant certaine transformation, se prolonge quelquefois indéfiniment. On voit, en effet, consécutivement aux accidents aigus, persister des conceptions délirantes, émanant des troubles hallucinatoires actuels ou passés, tantôt multiples et variables, quelquefois plus circonscrites et affectant la forme d'un délire partiel. C'est ainsi que les uns, jaloux, soupçonneux, se disent trompés par leur femme et interprètent dans ce sens, absolument comme les persécutés, ce qui se dit et ce qui se fait autour d'eux. D'autres, en butte à des poursuites, s'entendent accuser d'actes obcènes et l'un d'eux est resté plus de cinq mois en proie à des hallucinations de l'ouïe toujours les mêmes, à des voix

qui l'appelaient « sodomiste ». Quelquefois encore, il reste des troubles de la sensibilité générale avec des idées hypochondriaques, des craintes d'empoisonnement. Ce délire à forme mélancolique, circonscrit dans quelques cas, laisse, comme les délires partiels, une certaine liberté d'esprit aux malades qui, pouvant ainsi passer plus facilement des conceptions délirantes aux actes, fournissent des exemples plus nombreux de suicide et d'homicide.

Nous nous arrêtons là, le champ de l'alcoolisme est si vaste, les questions qui s'y rattachent sont si nombreuses qu'on pourrait soumettre à la discussiou un grand nombre de propositions. Pour nous limiter, nous avons choisi les suivantes parmi celles qui présentent le plus d'intérêt immédiat, faisant toutefois appel aux lumières de chacun, quelle que soit la direction donnée aux recherches, tous ces faits étant connexes et se prêtant un mutuel appui.

Les conclusions suivantes résument les principaux faits que nous avons développés.

1° L'alcoolisme présente des caractères différents selon la nature des boissons dont on abuse.

2° L'alcool par lui-même ne produit pas l'épilepsie; quand celle-ci intervient, elle dépend d'une prédisposition du sujet, ou d'une substance autre que l'alcool.

Les attaques épileptiformes de l'alcoolisme chronique reconnaissent pour cause, non la boisson ingérée, mais les lésions organiques déjà produites dans les centres nerveux.

3° Des caractères particuliers permettent de distinguer trois formes de *delirium tremens*, l'une symptomatique d'un traumatisme ou d'une affection intercurrente, l'autre spontanée, apyrétique et bénigne, la troisième spontanée, fébrile et grave.

4° L'alcoolisme peut conduire directement à la paralysie générale, certaines lésions terminales de l'alcoolisme chronique ne différant pas des lésions de la paralysie générale.

5° La folie alcoolique est distincte de toutes les autres formes de la folie, mais elle peut les compliquer, les masquer, hâter leur éclosion, accélérer leur marche, elle peut enfin être le point de départ d'un délire partiel avec tendance à la systématisation et à la chronicité.

II

DES PRINCIPAUX SIGNES CLINIQUES DE L'ABSINTHISME (1)

Dans la séance du 27 juillet 1887, j'ai eu l'honneur de vous communiquer, au nom de la Commission que vous aviez nommée (2), les résultats de l'étude expérimentale dont nous avions été chargés, M. Laborde et moi, sur la toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels. Dans ces recherches, nous avons été conduits à rappeler l'action de différents alcools, l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe, et nous avons fait connaître, parmi les bouquets artificiels, la puissance toxique de deux aldéhydes : l'aldéhyde pyromucique (furfurol) contenu dans des alcools de grains, d'avoine, de seigle, d'orge, et l'aldéhyde salicylique (essence de reine des prés) introduit par les industriels dans les bitters et les vermouts. Ces deux poisons, moins actifs que l'absinthe, ont néanmoins, comme elle, une action nettement épileptisante, ce qui a permis d'expliquer, vous le savez, certains côtés obscurs jusque-là de la pathogénie de l'alcoolisme.

Aujourd'hui je vous demande la permission de placer sous

(1) Ce mémoire a été lu à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, dans la séance du 23 juillet 1890.

(2) La commission était composée de MM. Brouardel, président ; Cheysson, Girard, Laborde, A.-J. Martin, Napias et Magnan, rapporteur.

vos yeux quelques faits cliniques; mais avant de vous présenter l'homme en proie à l'intoxication alcoolique ou absinthique, je dois dire un mot sur les recherches récentes de MM. Cadéac et Albin Meunier sur la liqueur d'absinthe.

Dans un premier mémoire lu à l'Académie de médecine le 10 septembre 1889, ces auteurs déclarent « que la liqueur d'absinthe emprunte à l'anis la plus grande partie de ses propriétés narcotiques et toxiques; que les essences d'absinthe et de coriandre interviennent comme correctifs, en raison de l'excitation vive, gaie et continue qu'elles produisent... que l'essence d'absinthe surtout doit être relativement innocentée... que l'essence d'anis est la cause principale des accidents les plus graves; si bien que, pour ralentir les progrès toujours croissants de l'absinthisme, il n'y aurait peut-être qu'à modifier la composition de la liqueur, en augmentant légèrement la composition des essences bienfaisantes (parmi lesquelles l'absinthe) et en diminuant la quantité d'anis, de badiane et de fenouil, etc. »

Pour compléter leur pensée, ils proposent de substituer au mot absinthisme celui d'anisisme.

Je n'ai pas à relever les erreurs qui se sont glissées dans ce travail. MM. Laborde et Ollivier, dans un lumineux rapport à l'Académie de médecine, ont nettement déterminé l'action comparative des différentes essences qui entrent dans la composition de la liqueur d'absinthe et rendu à l'essence d'absinthe la place prépondérante qui lui revient dans l'intoxication.

Devant les arguments irréfragables présentés par les honorables rapporteurs, force a été à MM. Cadéac et Albin Meunier de plaider les circonstances atténuantes. Dans une note communiquée à la Société de biologie (séance du 9 novembre 1889), ils reconnaissent que les essences d'absinthe avec lesquelles ils avaient expérimenté et qui venaient du midi de la France étaient moins actives que le produit pris comme étalon par MM. Laborde et Ollivier.

Je ferai observer que depuis longtemps déjà je m'étais enquis de la qualité de l'essence d'absinthe, et dans une communication à la Société de biologie, M. Hardy et moi nous avions fait connaître l'action des différents principes constitutifs de l'essence d'absinthe (1).

MM. Cadéac et Albin Meunier admettent donc qu'ils ont employé une essence de qualité inférieure, mais ils tiennent néanmoins à innocenter l'absinthe. Ne pouvant plus contester la qualité puissamment toxique de cette essence, ils invoquent la minime quantité qui, d'après eux, se trouverait contenue dans la liqueur d'absinthe. Ils commencent par faire litière de leur propre formule, présentée d'abord comme une moyenne, mais devenue exagérée depuis qu'ils ont été obligés de reconnaître l'énergique toxicité de l'essence. Puis, se basant sur la composition exceptionnellement faible de certaines liqueurs, ils déclarent que, dans la liqueur d'absinthe, l'essence y entre à dose homœopathique. Malheureusement ne sont pas homœopathiques les graves accidents enregistrés par la clinique et rattachés avec juste raison à l'absinthisme.

Après avoir ainsi mis hors de cause, annihilé l'influence de l'essence d'absinthe, ces expérimentateurs ont admis, néanmoins, un groupe d'essences épileptisantes, dans lequel, à côté de l'absinthe, ils placent l'hysope et le fenouil.

L'essence d'hysope provoque, en effet, des attaques épileptiques, mais elle est quatre ou cinq fois moins active que l'essence d'absinthe. Les nouvelles expériences que nous avons faites dans le laboratoire de M. Laborde nous ont montré, en effet, qu'il fallait arriver, en injection intraveineuse, à 70 centigrammes sur un chien de 12 kilogrammes pour obtenir l'attaque d'épilepsie que provoquent 10 à 15 centigrammes d'essence d'absinthe.

(1) Hardy et Magnan, Analyse de l'essence d'absinthe, étude clinique et expérimentale, (*Soc. de Biologie*, 10 août 1872, *Comp. rend. des séances*, t. IV, 5e série, pag. 210.)

Dans mes premières recherches de 1864 sur la liqueur d'absinthe, je n'avais même pas eu à m'occuper de l'essence d'hysope, puisque cette substance n'entrait pas dans les diverses formules de liqueur d'absinthe qui nous avaient été communiquées, à mon regretté maître Marcé et à moi. Aujourd'hui encore, cette essence ferait défaut, d'après Duplais, dans l'absinthe ordinaire (1); c'est surtout pour colorer la liqueur d'absinthe qu'on emploie l'hysope, et c'est le plus souvent le jus d'hysope ou l'infusion de la plante qui sont mis à contribution à cause de leur couleur verte. Dans ces conditions, la quantité d'essence d'hysope est presque nulle.

Quant à l'essence de fenouil que MM. Cadéac et Albin Meunier considèrent comme une substance épileptisante, les nouvelles expériences que nous avons faites M. Laborde et moi ne permettent pas de la placer à côté de l'absinthe.

Il suffira de rappeler l'une de ces expériences dans laquelle 4 centimètres cubes d'essence de fenouil ont été injectés par la veine saphène externe sur un chien mâtiné de 13 kilogrammes.

4 h. 45. — Injection, en un quart d'heure, par la saphène interne de 2 centimètres cubes d'essence de fenouil. — Légère excitation, cris à la fin de l'injection; pupilles dilatées; fréquence du pouls; expiration imprégnée d'une forte odeur d'essence.

5 heures. — Injection de 1 centimètre cube d'essence en dix minutes, cris, plaintes, agitation, respiration accélérée; salivation abondante.

5 h. 13. — Efforts de vomissements, vomissements muqueux suivis de secousses cloniques dans les muscles du cou, alternatives de repos et de tremblements de la tête, sans raideur ni secousses dans les pattes.

5 h. 25. — Injection de 1 centimètre cube en 8 minutes;

(1) P. Duplais, *Traité de la fabrication des liqueurs*, 4e édition, 1882, t. I, p. 377.

l'animal pousse des cris plaintifs, la respiration est très fréquente; efforts suivis de vomissements muqueux; pas de tremblement.

5 h. 48. — Pas de tremblement; pas d'autres vomissements; respiration diaphragmatique.

6 h. 15. — L'animal se tient étendu sur le sol, mais la tête redressée; il regarde et se lève à l'appel; la respiration reste très fréquente. Dans la soirée un vomissement bilieux.

Introduite par l'estomac, l'essence de fenouil a provoqué des secousses et du tremblement, mais aucun cycle convulsif rappelant l'attaque d'épilepsie. C'est donc à l'absinthe qu'il faut attribuer les attaques épileptiques dans l'absinthisme aigu.

A côté du groupe épileptisant, MM. Cadéac et Albin Meunier admettent un groupe stupéfiant comprenant l'anis, la badiane, l'angélique, l'origan, la menthe, la mélisse et la coriandre.

Il faut des doses énormes de ces diverses substances pour provoquer chez les animaux secondairement — les accidents primitifs se traduisant par l'excitation — non point de la stupeur, mais une légère hébétude et de la somnolence.

Je rappellerai même que pour la substance la plus importante du groupe, l'essence d'anis, on peut en introduire 22 grammes dans l'estomac d'un chien, sans déterminer d'autres phénomènes qu'une légère excitation, de la salivation, de l'accélération de la respiration et de la fréquence du pouls. J'ai fait récemment à l'École pratique, dans le laboratoire de M. Laborde, de nouvelles expériences, qui ont de tout point confirmé les premiers résultats (1).

Il n'est pas sans intérêt de noter les phénomènes que MM. Cadéac et Albin Meunier attribuent, dans l'absinthisme, à ces substances dites stupéfiantes. « Ce groupe, écrivent-ils, revendique dans les accidents de l'absinthisme

(1) Magnan, Accidents déterminés par la liqueur d'absinthe. (*Union médicale,* 4 et 9 août 1864.)

les tremblements, la somnolence, la torpeur, la perte de la mémoire, la paresse intellectuelle, l'hébétude, l'abdication complète de la volonté et l'abrutissement (1). »

Mais, est-ce que nous n'observons pas journellement les tremblements, la somnolence, la torpeur, la perte de la mémoire, la paresse intellectuelle, l'hébétude, l'abdication complète de la volonté et l'abrutissement chez des individus alcoolisés par le vin et l'eau-de-vie, sans intervention aucune de l'absinthe, du vermout ou du bitter?

Quelle est donc, au point de vue du diagnostic différentiel, la valeur de symptômes que l'on peut, à la fois, observer dans l'alcoolisme et dans l'absinthisme?

Si ces symptômes sont communs aux deux intoxications, quels sont donc les signes caractéristiques qui permettent au clinicien de porter un diagnostic certain? Ces signes sont l'attaque épileptique, le vertige, le délire hallucinatoire précoce et le délire inconscient qui suit parfois l'attaque, c'est-à-dire les phénomènes qui, d'une part, excluent l'alcoolisme simple, et, d'autre part, sont l'expression symptomatique de l'intoxication absinthique.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'attaque épileptique; les graphiques obtenus pendant la crise dans les nombreuses expériences faites sur les animaux établissent de la façon la plus nette que les convulsions sont la reproduction exacte du cycle épileptique : convulsions toniques suivies de convulsions cloniques, d'abord rapides et courtes, puis de plus en plus lentes et étendues pour aboutir au repos.

Nous savons, en outre, que l'essence d'absinthe provoque le délire chez le chien, et cet accès délirant hallucinatoire devient des plus manifestes, surtout quand le poison est introduit dans l'estomac. Ainsi, dans une de mes expériences, douze minutes après une attaque, on voit tout à coup et sans aucune provocation le chien se dresser sur ses pattes, le poil hérissé, l'aspect courroucé, les yeux injectés

(1) *Revue d'hygiène*, décembre 1889, p. 1082.

et brillants; il dirige ses regards vers un point où rien ne saurait attirer son attention, se met en arrêt, le cou tendu, prêt à s'élancer; il avance et recule successivement, il aboie avec rage et se livre à un combat furieux, entre-choquant les mâchoires, se déplaçant brusquement pour saisir l'ennemi imaginaire; il secoue ensuite latéralement la tête, les dents serrées, comme pour déchirer une proie. Peu à peu, il se calme, regarde encore plusieurs fois en grognant vers la même direction, puis il se rassure entièrement (1).

Cet accès délirant, si promptement développé, explique le délire précoce des buveurs d'absinthe. Il se développe promptement comme après l'administration de certains poisons, de la jusquiame, de la belladone, du datura stramonium, du haschisch, et cette rapidité dans le développement des troubles intellectuels est un des caractères distinctifs entre l'action de l'absinthe et de l'alcool; celui-ci, en effet, a besoin, en quelque sorte, de préparer le terrain, et ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines que le délire se développe. (2)

Enfin, quelquefois, sous l'influence de faibles doses d'essence d'absinthe, le chien s'arrête tout à coup, hébété, la tête basse, la queue pendante, le regard morne, étranger à tout ce qui se fait autour de lui; il est dans un état de petit mal ou de vertige épileptique.

Ces syndromes, attaque, vertige et délire hallucinatoire, que l'on obtient dans les conditions nettement définies de l'expérimentation, la clinique nous les présente avec non moins d'évidence. Parfois, en effet, des cas dégagés de toute complication, de tout phénomène accessoire, réduits en quelque sorte à leurs éléments simples, ne laissent aucun doute sur la pathogénie de ces phénomènes.

(1) Magnan, Recherches de physiologie pathologique avec l'alcool et l'essence d'absinthe; épilepsie. (*Arch. de phys. normale et path.*, mars et mai 1873, p. 127.)

(2) Magnan, *De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, Paris, 1875, p. 100.

Voici d'abord, pour l'attaque épileptique, un fait assez démonstratif dont je viens récemment d'être témoin.

C .. Ernest, âgé de 26 ans, garçon épicier, arrive au bureau d'admission de Saint-Anne dans une agitation extrême; il se dit poursuivi par des chiens qui veulent le mordre, il voit des chats; des individus armés l'injurient et menacent de l'assassiner; il sent des odeurs infectes; il éprouve des picotements sur tout le corps; il se frotte et secoue violemment les bras et les jambes pour se débarrasser de la vermine dont il se croit couvert; il est sans cesse en mouvement pour se défendre et échapper à ses prétendus ennemis. Des sueurs profuses recouvrent tout le corps, les mains sont tremblantes; la langue est humide, le pouls fréquent et plein.

Par tous ces symptômes, C... ressemble à un délirant alcoolique ordinaire, mais toup à coup, il pâlit, pousse un cri, perd connaissance et tombe en raidissant les bras qu'il porte en avant; les muscles du cou, fortement contractés, détournent la tête à gauche; le visage se crispe en un rictus tétanique. Bientôt après, la figure s'empourpre, devient grimaçante; tous les muscles sont agités par des convulsions incessantes, les paupières clignotent, les mâchoires s'entrechoquent, une salive rougeâtre spumeuse s'étale sur les lèvres et s'écoule le long de la joue gauche; la tête, les bras, les jambes sont secoués par des décharges incessantes; l'urine et les matières fécales s'échappent involontairement. Le visage est violacé, bouffi; les yeux sont saillants, larmoyants et injectés, la respiration est stertoreuse. Au bout de trois minutes toute convulsion cesse, et le malade reste dans une hébétude profonde. La langue est fortement mordue sur le bord gauche.

Au bout d'un quart d'heure, le malade revient à lui, ne conservant aucun souvenir de ce qui s'est passé, et quelques instants après les hallucinations pénibles reprennent avec la même intensité.

La mère affirme que jamais son fils n'avait eu de convul-

sions. Toujours bien portant, il avait été bon élève à l'école et n'avait jamais présenté de troubles nerveux ni dans son enfance, ni dans sa jeunesse. Placé dans l'épicerie, il s'acquittait avec intelligence de sa tâche, et ses patrons s'étaient montrés satisfaits jusqu'à ces derniers temps où, disaient-ils, il aurait commencé à se déranger, à boire du cassis, du bitter, du vermout, et surtout de l'absinthe.

Il dormait mal et avait des cauchemars depuis trois semaines; il avait depuis huit jours commencé à délirer la nuit, et il y a deux jours on a eu juste le temps de l'empêcher de se précipiter dans la Seine.

Dans cette observation, si on laissait de côté l'attaque épileptique, on aurait un accès de délire alcoolique. D'ailleurs, pour faire ressortir la valeur sémiologique de l'attaque épileptique dans les intoxications aiguës par les boissons spiritueuses, il est facile, les cas sont suffisamment nombreux, de comparer des sujets de même âge, de 25 à 30 ans par exemple, sans antécédents héréditaires fâcheux, sans tare cérébrale, sans prédisposition particulière, de manière à laisser aux divers agents toxiques, dans les phénomènes observés, la part de responsabilité qui leur revient. De deux individus dans ces conditions de bonne santé, l'un fait abus depuis quelques mois de vin et d'eau-de-vie, l'autre de vin, d'eau-de-vie et principalement d'absinthe. Tous les deux, sauf l'évolution un peu plus rapide pour le second, présentent les symptômes habituels du délire alcoolique; ils ont des hallucinations de nature pénible, d'une mobilité extrême, des hallucinations qui rappellent leur vie ordinaire, leurs préoccupations prédominantes et qui les mettent ainsi en scène de la façon la plus active.

Les troubles hallucinatoires dans l'alcoolisme aussi bien que dans l'absinthisme s'emparent de tous les sens : tous ces intoxiqués entendent des injures, des menaces, des provocations, la fusillade; ils voient des chiens, des chats, des rats, des animaux de toute sorte, des flammes qui les environ-

nent, des gens armés qui se jettent sur eux : ils perçoivent des odeurs de soufre, des puanteurs qui les suffoquent ; les aliments et les boissons ont les saveurs les plus désagréables; ils sentent la lame du couteau traverser les chairs, des serpents ramper et glisser sur la peau ou pénétrer profondément. La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher, tous les sens sont désagréablement affectés. De plus, chez ces deux individus, nous observons du tremblement des mains, de l'inappétence, des vomissements pituiteux le matin. Jusqu'ici tout est à peu près semblable; mais subitement, l'un d'eux pâlit, pousse un cri, perd connaissance et tombe en proie à une attaque épileptique.

L'accès fini, il reste hébété environ un quart d'heure, sans conserver le moindre souvenir de ce qui vient de se passer. Peu après, les hallucinations recommencent avec la même intensité ; le tremblement n'est pas plus marqué, l'attaque n'a rien changé et se montre indépendante de tous les autres symptômes.

Pourquoi l'attaque chez ce malade ? En quoi diffère-t-il de l'autre ?

Ils sont tous deux dans les mêmes conditions d'âge, de force, de tempérament. Une seule chose les distingue dans leurs abus bachiques, le convulsivant buvait de l'absinthe.

Un malade, entré à Sainte-Anne à la suite d'une tentative de suicide qui n'a laissé aucun souvenir, fournit un exemple d'accès de délire inconscient à la suite d'attaque d'épilepsie absinthique.

L., Pierre, 26 ans, sans antécédents héréditaires nerveux ni vésaniques, a joui d'une bonne santé dans son enfance, n'a jamais eu de convulsions et a passé trois ans sous les drapeaux sans le moindre trouble dans sa santé physique ni dans son intelligence. En quittant l'armée, il vient à Paris et se place dans un café comme garçon de salle. Il contracte des habitudes d'intempérance et boit de l'eau-de-vie, mais surtout de l'absinthe. Il devient sombre, triste, irritable ; il

dort mal, et au mois de décembre dernier, pendant son travail, il perd subitement connaissance, tombe lourdement la face contre une chaise, tous les membres raidis contractés et, bientôt après, secoués par des convulsions cloniques. Après trois jours de repos, il reprend son service, mais il devient de plus en plus nerveux ; il est brusque, disent ses amis, sombre, maussade. Il se lève la nuit, il écoute; des individus veulent, dit-il, entrer dans sa chambre. A la fin de février, les hallucinations sont plus actives ; il entend des injures, des menaces ; on l'électrise, on l'accuse de vol, on veut le traduire devant un tribunal.

Le 1er mars, il est retiré de la Seine où il vient de se jeter près du Pont-Neuf. Le lendemain, il entre à Sainte-Anne, toujours halluciné avec un léger tremblement des mains, mais ne conservant aucun souvenir de sa tentative de suicide, de son passage à l'infirmerie du dépôt, ni de son arrivée à l'asile.

Le 3 mars, il a tout à coup une attaque épileptique dans le jardin, suivie pendant une demi-heure d'une excitation automatique pendant laquelle il bouleverse tout ce qui l'entoure. Revenu à lui, il a de la lourdeur de tête, il répond aux questions, mais il ignore ce qui vient de se passer. Les nuits restent agitées pendant une semaine, mais au bout de quarante-huit heures, tout délire cesse pendant le jour.

Une nourriture substantielle, des boissons amères, des douches froides ont, au bout de six semaines, entièrement rétabli Pierre L..., qui sort de l'asile, promettant de changer de métier et d'aller à la campagne, près de ses parents, où il ne trouvera plus les occasions de boire.

Cet homme, sans aucune prédisposition maladive, doit à sa mauvaise hygiène tous les accidents qu'il a présentés : d'abord les hallucinations nocturnes et l'insomnie, puis le délire hallucinatoire persistant nuit et jour, les attaques épileptiques et les phases délirantes inconscientes. Il est probable qu'un ictus vertigineux ou convulsif avait précédé la ten-

tative de suicide qui n'a laissé aucun souvenir. Quant au court accès d'agitation automatique et inconscient survenu sous nos yeux, il avait suivi l'attaque épileptique.

Parmi les absinthistes que j'ai observés depuis le commencement de l'année, il en est un encore qui mérite d'être signalé par l'apparition, longtemps avant les attaques, de vertiges nettement dessinés.

J., Félix, 37 ans, comptable, présente, du côté paternel, quelques antécédents nerveux. Le père, en effet, était irritable, bizarre, s'occupait de spiritisme ; une tante paternelle, après avoir longtemps été préoccupée par des idées mystiques, est allée vivre chez les Mormons. Une autre tante morte à la Salpêtrière.

Quant à lui, il n'a jamais eu de convulsions, il n'avait jamais été malade, lorsqu'il y a trois ans, à la suite d'abus de boissons et particulièrement d'absinthe, il est devenu irritable, soupçonneux, brutal pour son entourage ; en même temps il a été pris de vertiges. Subitement, dans une conversation ou pendant le repas, il s'arrêtait interrompant sa conversation, le regard fixe, laissant retomber la main sur la table ; un instant après il revenait à lui, étonné, ne sachant ce qu'il disait et ignorant ce qui venait de se passer.

Ces vertiges se sont reproduits plusieurs fois en 1887 et 1888.

Dans le courant de 1889, après des abus plus fréquents d'absinthe, une première attaque convulsive s'est montrée la nuit, suivie peu de temps après d'attaques d'autant plus fréquentes que les libations d'absinthe étaient plus nombreuses.

En mai 1890, des hallucinations pénibles et un délire très actif ont agité le malade nuit et jour ; il entendait des menaces, des injures ; il apercevait des gens armés de revolvers ; il était témoin des scènes les plus pénibles ; il voyait flamber le toit de sa maison ; il assistait à des expériences faites sur son fils, à qui l'on ouvrait le crâne avant de l'enterrer vivant.

Il s'imagine que sa femne s'entend avec ses ennemis pour le tromper et se débarrasser de lui, il la poursuit et menace de la tuer.

Il est conduit à Sainte-Anne le 12 juin dans un état d'agitation extrême, les mains tremblantes ; criant, vociférant, courant de tous côtés. Le délire persiste toute la nuit ; à 4 heures du matin. il tombe dans une violente attaque épileptique ; il perd ses urines et se mord profondément la langue. A 11 heures, une seconde attaque épileptique le renverse violemment sur le sol. A 5 heures du soir, il pâlit, perd subitement connaissance, se raidit et tombe lourdement contre une marche d'escalier et se brise trois dents ; au stade tonique succèdent des convulsifs cloniques avec stertor respiratoire: la langue est encore mordue, des déjections souillent la chemise. L'hébétude se prolonge plus d'une heure, elle est suivie de délire hallucinatoire et d'excitation. La nuit est très agitée; on parvient, toutefois, à faire prendre du jus de viande, du vin et du lait. Le lendemain, les hallucinations sont moins actives, la température est descendue à 38° ; le malade est accablé. Il dort quelques heures d'un sommeil traversé par des cauchemars.

Le 15 juin, la journée se passe sans délire, mais la nuit est encore troublée par des hallucinations pénibles. Au bout de quelques jours le malade, convalescent, commence un traitement hydrothérapique. Il ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant les attaques, il ne se souvient pas non plus du délire qui a suivi, et pendant lequel il voyait à travers les rideaux de la fenêtre des hommes armés qui se cachaient en le visant ; il demande comment il s'est déchiré la lèvre et s'est brisé trois dents.

Je pourrais parmi les faits récents puiser encore d'autres exemples, car l'absinthisme n'est malheureusement pas rare, mais des observations déjà nombreuses ont établi les signes caractéristiques de l'absinthisme.

D'après une statistique portant sur les années 1870 et 1871,

que j'ai communiquée avec M. Bouchereau à la Société médicopsychologique dans la séance de novembre 1872, sur 377 alcoolisés entrés en 1870 dans les asiles de la Seine, 31 avaient eu des crises épileptiques à la suite d'abus d'absinthe. En 1871, sur 291 alcoolisés, 15 absinthistes ont éprouvé des attaques d'épilepsie ; et nous faisions remarquer à cette époque que ces attaques d'épilepsie liées à l'absinthe, s'étaient présentées aussi bien chez des malades atteints d'accidents aigus que d'accidents subaigus. Ce qui prouve bien que l'attaque épileptique est un phénomène spécial, sans nul rapport avec le degré de tremblement : celui-ci, en effet, est parfois à peine accusé dans l'alcoolisme subaigu.

Dès 1859, M. Motet avait rapporté dans sa thèse une observation de délire précoce à la suite d'abus d'absinthe, et un autre cas d'absinthisme accompagné d'attaques épileptiques (1).

Un peu plus tard, en 1864, M. Lagarosse relate également des cas d'absinthisme avec attaques épileptiques (2).

Vers cette même époque, j'ai publié dans l'*Union médicale* (4 août 1864) une observation des plus curieuses d'alcoolisme et d'absinthisme chez un épicier marchand de vins qui, à trois reprises différentes, s'adonne au vin et à l'eau-de-vie et présente du délire alcoolique simple, puis il abuse de l'absinthe et il est en proie à des attaques épileptiques.

Challand, dans son étude sur l'absinthisme et l'alcoolisme, rappelle cette observation et en rapporte d'autres dans lesquelles, au milieu des accidents habituels de l'alcoolisme, les abus d'absinthe provoquent l'attaque épileptique. Il donne aussi un cas de délire précoce (3).

(1) Motet, *Considérations générales sur l'alcoolisme et plus particulièrement des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe*. Thèse de Paris, 1859.

(2) Lagarosse, *Essai sur la folie alcoolique aiguë*. Thèse de Paris, 1864.

(3) Challand, *Étude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme*. Thèse de Paris, 1871.

Pour ma part, dans mon Mémoire sur l'alcoolisme (Paris, 1874), j'ai rapporté plusieurs observations d'absinthisme accompagné de vertiges et d'attaques épileptiques, et quelques cas aussi d'alcoolisme chronique dans lesquels les sujets, après avoir, au début de l'intoxication, fait de fréquents abus d'absinthe, avaient été frappés d'attaques épileptiques, et qui plus tard, après quinze ou vingt ans d'intempérance, finissaient par réaliser des lésions anatomiques donnant lieu, non plus à de l'épilepsie, mais à des attaques épileptiformes ou apoplectiformes, accidents analogues à ceux des paralytiques généraux, des déments séniles, des malades atteints de tumeur cérébrale. Ces cas établissent nettement la différence entre l'épilepsie toxique et les ictus apoplectiformes ou épileptiformes symptomatiques des lésions organiques dont s'accompagne l'intoxication dans son évolution ultime.

Enfin le Dr Prévost, médecin en chef de l'hôpital cantonal de Genève, dans son étude sur le délire alcoolique, consacre un chapitre à l'absinthisme, dans lequel se trouvent plusieurs observations, parmi lesquelles trois cas très nets d'épilepsie absinthique (1).

C'est la forme nettement épileptique qu'affectent les accidents convulsifs de l'absinthisme ; toutefois M. Lancereaux a relaté quatre observations dans lesquelles les sujets, dont deux de vingt ans, avaient présenté, après avoir bu de l'absinthe, des accidents hystériformes plutôt qu'épileptiformes (2). Ces faits exceptionnels peuvent dépendre non seulement de la prédisposition même du sujet, mais encore des falsifications des liqueurs d'absinthe dans lesquelles, entre autres substances, certains fabricants introduisent du salicylate de méthyle, qui provoque des convulsions à forme clonique.

Quant à l'hystérie alcoolique, à laquelle de nombreux tra-

(1) L. Prévost, *Étude clinique sur le délire alcoolique*, Genève, 1875.

(2) Lancereaux, *Absinthisme aigu, absinthisme chronique et absinthisme héréditaire*. Comm. à l'Académie de médecine, séances des 7 septembre et 19 octobre 1880.

vaux viennent d'être récemment consacrés, elle vise plus particulièrement les cas d'alcoolisme chronique avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle dont j'ai moi-même publié plusieurs observations. Ces faits diffèrent entièrement de l'attaque épileptique de l'absinthisme aigu qui se présente chez des individus indemnes de toute tare et de tout stigmate hystérique.

En terminant, Messieurs, je me garderai bien de vous demander, à l'instar de MM. Cadéac et Albin Meunier, un codex des liqueurs. Le jour où les ivrognes auraient à leur disposition *l'absinthe de la Société d'hygiène*, l'influence de nos conseils, déjà bien précaire, serait absolument anéantie.

Il faut, au contraire, proclamer bien haut cette vérité incontestable : c'est que l'alcool est un poison et qu'il devient un poison encore plus redoutable sous les travestissements perfides dont le recouvre l'industrie pour lui donner accès sur nos tables.

III

DE L'ALCOOLISME

Sommaire : Considérations générales; causes et progrès de l'alcoolisme; mesures prophylactiques : augmentation de la taxe de l'alcool et de l'absinthe, diminution de la taxe et mieux affranchissement des boissons hygiéniques, vins, bières, cidres ; nécessité de la suppression du privilège des bouilleurs de cru. Conditions fâcheuses d'hygiène provoquant le développement énorme de l'alcoolisme en 1870 et 1871. Rapports étroits entre l'alcoolisme et le développement de la paralysie générale et des dégénérescences mentales (1).

La question de l'alcoolisme est plus que jamais à l'ordre du jour; elle s'impose aux méditations de tous : philosophes, moralistes, hygiénistes, économistes, médecins, etc., etc.

Nul, en effet, ne peut rester indifférent en présence des progrès envahissants, surtout dans notre vieille Europe, de ce fléau qui s'attaque aux forces vives des populations et qui, selon l'expression de M. Claude (des Vosges), est devenu un péril social. Il s'empare, en effet, de l'individu valide, altère à la fois l'esprit et le corps, et frappe la descendance des stigmates les plus profonds de la dégénérescence physique, intellectuelle et morale.

Pendant longtemps, la France semblait à l'abri de ce danger, et il y a quarante ans à peine, en dehors des grands centres industriels, en dehors de certaines agglomérations soumises à des régimes exceptionnels, à une mauvaise hygiène comme, par exemple, nos armées d'Afrique, on n'ob-

(1) Leçon faite à l'asile Saint-Anne, *Bulletin méd.* 12 novembre 1890.

servait que de rares cas d'alcoolisme. Aujourd'hui, les choses ont changé et, dans certains départements, la population des campagnes n'a rien à envier aux habitudes d'intempérance des grandes villes.

Enfin, depuis une quinzaine d'années, depuis la destruction de la vigne par l'oïdium d'abord, par le phylloxera ensuite, le Midi commence à payer à son tour tribut à l'alcoolisme. Le vin disparaissant, l'alcool, avec son triste cortège, fait son apparition.

Mais un fait, souligné par M. Coste, s'est produit dans quelques contrées, c'est que le développement de l'alcoolisme répond à des années de prospérité. Ainsi entre l'apparition de l'oïdium et du phylloxera, certains pays tels que : les Pyrénées-Orientales, une partie de l'Aude, quelques parties du Bordelais, épargnées par l'oïdium, ont vendu leurs récoltes à des prix exceptionnellement élevés; de là, l'aisance et du même coup le goût de la dépense ; on a déserté l'antique cabaret, qui s'est fermé, pour le café où l'alcool, sous toutes ses formes, remplace le vin. C'est ainsi que les uns doivent l'alcoolisme à la misère, les autres à une fortune inespérée et malheureusement passagère, car si l'argent a disparu avec l'apparition du phylloxera, l'alcoolisme reste. Cette hygiène déplorable, qui substitue l'eau-de-vie au vin, au cidre, à la bière, a donné à une industrie autrefois rudimentaire, celle des bouilleurs de cru, un développement considérable, et sous prétexte de liberté et de protection à l'agriculture, cette industrie nouvelle répand à profusion les produits les plus délétères.

Cette lamentable situation, dont se sont préoccupés les Sociétés savantes, puis la Presse, enfin le public, a suscité des cris d'alarme qui ont fini par trouver un écho dans les Assemblées législatives, et depuis quelques années un courant d'opinion tend à rendre connexe, dans le régime des boissons, le triple point de vue fiscal, moral et hygiénique.

C'est ainsi qu'on a augmenté la taxe de l'alcool et de l'absinthe, diminué, — du moins à Paris, — les droits sur le vin, promulgué des lois répressives sur l'ivresse (1873), et l'on paraît de plus en plus favorable à l'opinion formulée par M. Guyot (député du Rhône), et que tous les hygiénistes appellent de leurs vœux, à savoir : « Affranchir complètement les boissons hygiéniques, vins, bières, cidres, en faisant payer leur rançon par l'alcool. »

En jetant les yeux sur le tableau comparatif de la production des alcools, par nature des substances mises en œuvre, tableau emprunté à l'Atlas statistique du rapport de M. Claude (des Vosges), on se rend compte des progrès incessants de l'alcoolisme et de la nécessité, pour arrêter cette marche envahissante, de nouvelles mesures fiscales sur les boissons.

Ce diagramme, représentant les variations chronologiques de la production des divers alcools, montre, en effet, qu'en 1840 on distillait, en France, 800,000 hectolitres d'alcools de fruits, c'est-à-dire d'alcool éthylique, d'alcool moins dangereux, sans doute, mais non inoffensif, car tous les alcools, y compris l'alcool éthylique, sont des poisons. Les alcools de mélasse ne dépassaient pas à cette époque 40,000 hectolitres. Les alcools de substance farineuse, de grains : blé, seigle, orge, maïs, riz, etc., y figurent pour 35,000 hectolitres environ, et les alcools de betteraves pour 20,000 hectolitres.

Vous savez ce que sont ces alcools de mélasse, de betterave et de grain. Ils renferment, sans doute, en grande proportion de l'alcool éthylique, mais avec lui des alcools méthylique, prophylique, butylique, amylique, alcools dits supérieurs à cause de leur composition atomique plus élevée qui les rend d'autant plus toxiques; nous y reviendrons d'ailleurs dans un instant.

Distillés tout d'abord en faible quantité, ces alcools ne tardèrent pas à occuper une place prépondérante. Après les

maladies de la vigne, l'industrie les substitua aux eaux-de-vie de fruits, et les mit à contribution pour fabriquer de toute pièce des vins sans raisin. Aussi, voyons-nous, à partir de 1876, les chiffres s'élever progressivement pour atteindre, en 1885, 1,800,000 hectolitres, tandis que la production de l'alcool de vin tombe à 25,000 hectolitres.

Or, à l'appui de l'interprétation hygiénique de la consommation de cette quantité énorme d'alcools supérieurs, il n'est pas sans intérêt d'étudier les cartes annexées au rapport de M. Claude. On y constate la progression croissante de la consommation de l'alcool. En 1873 la consommation de 1 à 2 litres par habitant existe dans les deux tiers de la France; en 1885, elle atteint 3 à 4 litres, et de plus nous voyons plusieurs départements méridionaux, jusque-là réputés sobres, être gravement envahis.

Ces chiffres, quelque élevés qu'ils paraissent, sont cependant au-dessous de la vérité. Ils indiquent bien le stock d'alcool soumis aux droits, mais ce n'est là qu'une partie de l'alcool consommé, car la fraude introduit dans la consommation des quantités tout aussi considérables. Un grand distillateur, M. Luzet, calcule que la fraude ne s'élève pas à moins de 1,072,000 hectolitres d'alcool, et un syndicat de négociants et d'industriels, s'appuyant sur le rapport de M. Cavalié, député du Tarn, estime que deux millions d'hectolitres d'alcool sont frauduleusement soustraits à l'impôt.

Ces évaluations ne paraîtront pas exagérées, si l'on songe qu'en dehors des larges fissures par lesquelles la contrebande introduit les alcools par nos frontières, surtout celles de l'Est, le privilège des bouilleurs de cru s'étend à plus de 500,000 producteurs qui, répandus sur toute la surface du territoire, par le fait même du privilège échappent à toute surveillance sérieuse. Le plus lamentable, c'est que la plupart, mal outillés, se servent des appareils les plus primitifs, que bon nombre ne récoltant ni raisins, ni pommes, ni poires, se procurent aux prix les plus modiques des déchets

qu'ils distillent, et d'où ils retirent les alcools industriels les plus toxiques.

Que deviennent ces alcools?

Ils sont présentés sur nos tables, non seulement sous forme d'eaux-de-vie ou de liqueurs de toute sorte, mais encore sous forme de vins que l'industrie est arrivée à fabriquer de toute pièce.

Les vins, en effet, ont leurs bouquets artificiels; ils ont aussi leurs colorants artificiels, et ainsi munis, les vignerons clandestins introduisent dans le commerce des « *simili vins* », — passez-moi l'expression, — dans lesquels le jus de raisin entre, parfois, pour une très faible part.

D'ailleurs, le vinage a été la première étape dans la voie des productions artificielles. Autrefois, c'était une opération honnête et utile; elle avait pour but d'améliorer des vins un peu faibles par une addition de 2 à 3 0/0 d'alcool éthylique; mais, dans ces dernières années, cette pratique a donné lieu aux abus les plus regrettables, surtout pour des vins étrangers, notamment d'Italie et de l'Espagne. Les alcools d'industrie allemands passaient en Espagne; on les mêlait aux vins, non plus pour un vinage bienfaisant, mais dans les proportions de 15 à 18 0/0, et l'on introduisait en France des vins vinés, qui n'étaient autres que de fortes dilutions alcooliques; de là, du même coup, une perte pour le Trésor, et un dommage grave pour la santé publique. L'industrie, en possession de ce breuvage, riche en alcool, renouvelle par voie de dédoublement le miracle de la multiplication des pains. Une pièce de vin en donne deux ou trois, mais ce mouillage effréné change la couleur et la saveur, et c'est la chimie qui lui rend l'une et l'autre.

Déjà, en 1867, la production des alcools d'industrie s'élevait à 840,000 hectolitres, et l'alcool de fruits et de vins à 540,000 hectolitres; mais, en 1876, c'est 1,090,000 hectolitres que fournissent les grains, les betteraves et les mélasses, tandis que l'alcool de vin tombe à 200,000 hectolitres

pour arriver, d'ailleurs, quelques années après, à 20,000 hectolitres.

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher des cartogrammes de la consommation de 1873 et 1881, une carte due aux patientes recherches de Lunier, indiquant une moyenne pendant dix ans, de 1867 à 1876, de la répartition départementale de la folie alcoolique en France.

La répartition géographique de l'alcoolisme correspond généralement à la répartition de la consommation, et les cas de folie alcoolique sont bien plus nombreux dans la plupart des départements du Nord et du Nord-Ouest, qui ont à leur actif une plus grande consommation.

Toutefois, dans quelques départements, la Vendée, la Haute-Savoie, par exemple, où la carte de consommation en 1873 n'indique même pas un litre d'alcool par tête, la répartition de la folie alcoolique donne 19,64 0/0 en Vendée et 13,22 0/0 dans la Haute-Savoie, chiffres considérables qui répondent en général à 4 ou 5 litres d'alcool par tête. Ces résultats contradictoires s'expliquent aisément, si l'on observe qu'à côté de la consommation officiellement constatée, il y a la consommation alimentée par le trafic frauduleux.

Si nous en venons aux alcoolisés du département de la Seine, nous les voyons soumis depuis 1835 à de nombreuses variations.

Une première statistique de Marcé et Contesse, s'étendant de 1855 à 1862, nous donne la proportion des alcooliques sur cent aliénés entrés dans le service de Marcé. Cette statistique ne porte que sur les adultes, et le *percentum* eût été évidemment moins élevé, si, comme de nos jours, on eût compris dans les entrées les enfants et les épileptiques.

En 1855 et 56, la proportion n'est que de 12 à 13 0/0, mais elle s'élève promptement pour donner 22 en 1860 et 1861, et 25 au commencement de 1862.

Je n'ai pas de 1862 à 1869 un relevé suffisamment exact pour vous le communiquer.

Mais voici la statistique de 1870 à 1884, que j'avais communiquée à mon ami M. Coste, qui l'a insérée dans son ouvrage intitulé : *Les questions sociales contemporaines* (1886).

M. Coste a tiré parti de cette statistique pour faire ressortir que dans un pays généralement aisé comme la France et surtout Paris, l'alcoolisme doit être considéré comme une manifestation de l'aisance publique plutôt que comme une manifestation de la misère. C'est l'inverse dans d'autres pays; en Suisse, par exemple, où l'enquête du Dr Schuler tend à démontrer que la consommation de l'alcool est en raison directe de la consommation de la viande.

Quoi qu'il en soit, l'alcoolisme, déjà fort élevé à la fin de l'Empire, a atteint son maximum pendant la guerre et la Commune; par suite de la mauvaise hygiène, beaucoup d'individus et surtout des femmes ne pouvant se procurer qu'une alimentation insuffisante, avaient recours pour se soutenir à la soupe au vin, c'est-à-dire à une dilution alcoolique et non à un vrai vin. J'ai pu le constater chez de pauvres vieilles femmes qui n'avaient certes jamais été intempérantes.

De plus, des distributions d'eau-de-vie faites régulièrement aux gardes nationaux ont eu pour résultat d'imprimer aux manifestations alcooliques une acuité spéciale et de rendre plus nombreux les cas de *delirium tremens*, comme je l'avais signalé le 21 novembre 1871 dans une communication à l'Académie de médecine, sur la statistique des alcooliques entrés au bureau d'admission de Sainte-Anne pendant les mois de mars, avril, mai, juin 1870 et les mois correspondants de 1871.

De 1870 à 1884, la marche de l'alcoolisme subit plusieurs oscillations dont les phases ascendantes semblent, en effet, correspondre aux périodes de prospérité.

La statistique de 1887 à 1890 est plus complète; elle comprend non seulement les cas d'alcoolisme proprement dits

— *delirium tremens*, délire alcoolique et alcoolisme chronique — mais encore des cas d'aliénation mentale dans lesquels l'alcool est intervenu accessoirement et a déterminé l'acte qui a provoqué la séquestration.

En 1887, le *percentum* de l'alcoolisme chez l'homme s'élève à 24.84, et l'influence de l'alcool sur les maladies mentales à 13.13, ce qui donne la proportion totale de 37.98; ce chiffre représente bien les méfaits de l'alcoolisme.

En 1888, un total général de 35.38 p. 100 hommes et 12.33 p. 100 femmes.

En 1889, de 33.17 p. 100 hommes et 11.95 p. 100 femmes.

Pour les dix premiers mois de 1890, 35.51 p. 100 hommes et 12.61 p. 100 femmes.

M. Garnier, dans son livre si curieux : *La Folie à Paris*, nous donne la statistique des alcooliques de l'infirmerie du dépôt de la préfecture de police. Ses proportions sont plus élevées que les miennes, parce que je reçois, en outre des malades venus de la préfecture de police, beaucoup d'enfants et de vieillards, qui sont amenés par les parents ou qui viennent des hôpitaux. Les alcooliques qui entrent directement sont très rares.

Mais ce qui est saisissant dans le livre de M. Garnier, c'est le groupement des diverses formes mentales d'après leur ordre de fréquence pour les deux sexes.

L'alcoolisme est en première ligne avec 2,189; les dégénérescences mentales, 1,465; la paralysie générale, 997.

D'après M. Rochard le budget de l'alcoolisme, la somme que coûte annuellement à la France l'alcoolisme (prix de l'alcool, travail perdu, frais de traitement, etc.), s'élèverait à la somme de *un milliard et demi*. Ce chiffre est énorme ; il n'est cependant pas exagéré. M. Rochard, en effet, ne prend pour taux de la fraude que 1,072,000 hectolitres, et nous avons dit que c'était là un minimum ; ses autres chiffres sont également abaissés.

Ces considérations générales étaient nécessaires avant d'aborder l'histoire clinique de l'alcoolisme.

Dans l'étude que nous allons faire, nous aurons tout d'abord à déterminer l'action spéciale des diverses substances qui entrent industriellement dans la composition des boissons de table, c'est-à-dire les produits employés par le commerce pour donner aux vins, aux eaux-de-vie, aux diverses liqueurs, les apparences extérieures des boissons naturelles.

L'étude comparative de ces produits toxiques nous mettra en mesure de nous rendre mieux compte de certaines particularités de l'alcoolisme et de certains faits qui, pendant longtemps, avaient été mal interprétés.

Après cette étude préliminaire des divers poisons industriels, nous aborderons l'histoire de l'alcoolisme.

Quand on envisage l'intoxication alcoolique dans son ensemble, on trouve entre les deux pôles extrêmes, c'est-à-dire entre les accidents passagers, fugaces, de l'ivresse et les troubles profonds, permanents, irrémédiables, de l'alcoolisme chronique, une longue période dans laquelle les malades, tout en présentant les caractères généraux du délire alcoolique, offrent entre eux des différences assez marquées pour exiger un groupement particulier.

Les uns, en effet, présentent du délire, du tremblement, des troubles digestifs, qui s'amendent au bout de quelques jours et disparaissent entièrement si l'individu reste sobre.

D'autres se montrent avec des accidents tout d'abord analogues aux précédents, mais de marche différente ; chez eux, en effet, le délire persiste plus longtemps, ou bien les troubles hallucinatoires laissent, après leur disparition, des idées délirantes que l'on retrouve au bout de deux à trois mois, quelquefois même davantage ; ces malades, en général, font des excès depuis longtemps, et souvent ont déjà présenté d'autres accès de délire alcoolique ; les troubles somatiques chez eux sont plus accusés, et l'intelligence commence déjà

à présenter un certain degré d'affaiblissement. Toutefois, ils sont encore susceptibles de guérison, si, changeant de profession ou de milieu, ils font trêve avec leurs anciennes habitudes.

Enfin, une troisième catégorie d'alcooliques, moins nombreux que les deux autres, conserve après l'accès des idées délirantes systématisées, que l'on voit persister quelquefois très longtemps après la cessation des phénomènes physiques. Ce sont là des malades à système nerveux plus impressionnable, chez lesquels les antécédents héréditaires expliquent ordinairement l'action plus puissante et plus durable de l'agent toxique. Ces malades, d'ailleurs, — dont récemment s'est occupé M. Legrain, dans son excellent travail : « Hérédité et Alcoolisme, » — s'ils s'améliorent et sortent des asiles, ne tardent pas à faire de nouveaux excès, et pour eux les rechutes sont, on peut le dire, la règle.

Ainsi considéré, l'alcoolisme ne comprend pas encore tous les faits. Pendant la longue succession des scènes pathologiques dont il se compose, tantôt et le plus souvent, l'empoissonnement alcoolique marche d'une façon lente et progressive, sans secousses, et troublé seulement de temps à autre par des accidents peu intenses; d'autres fois, au contraire, on voit se dérouler des phénomènes d'une acuité extrême. Ces accidents suraigus, sous la dépendance fréquente d'excès récents et répétés, offrent, quelle que soit la période d'intoxication, un aspect assez uniforme pour que l'on s'accorde généralement à leur donner la même dénomination de *delirium tremens*, dont on admet, toutefois, deux formes : l'une fébrile et grave, l'autre apyrétique et généralement bénigne. La forme fébrile, sorte de délire aigu alcoolique, a sa physionomie spéciale et devra être mentionnée à part ; quant à la forme apyrétique, elle offre les caractères généraux du délire alcoolique dans lequel elle rentre.

L'alcoolisme chronique, auquel aboutissent habituellement les sujets après plusieurs accès de délire alcoolique,

peut également être acquis à la suite d'une longue intoxication, lente et progressive, résultant d'une mauvaise hygiène, sans autres phénomènes intellectuels que des cauchemars et de l'affaiblissement des facultés.

L'alcoolisme chronique, dans son évolution ultime, suit deux voies différentes, l'une aboutissant à la démence, l'autre à la paralysie générale. Il y aura donc à étudier successivement : l'action des différents poisons; l'ivresse; le délire alcoolique simple, envisagé, d'après le degré d'intensité, chez trois catégories distinctes de malades; le *delirium tremens;* l'alcoolisme chronique avec ses deux terminaisons : démence et paralysie générale; le délire alcoolique avec ses trois formes : maniaque, mélancolique, stupide; enfin les accidents absinthiques.

Après avoir déterminé les aspects variés sous lesquels se présente l'alcoolisme à ses diverses phases; après avoir étudié aussi les cas dans lesquels une affection intercurrente développe un accès délirant chez un alcoolisé, nous rechercherons les combinaisons que l'alcoolisme peut offrir avec diverses maladies mentales.

Dans ces combinaisons, l'alcool agit parfois comme simple excitant et rend plus aigus, sans les modifier, les symptômes de l'affection première; d'autres fois, au contraire, atteignant plus profondément l'organisme, l'agent toxique impose son délire spécial, qui vient se greffer sur le trouble cérébral préexistant, qu'il masque parfois complètement, rendant ainsi le diagnostic difficile.

Parmi ces combinaisons, nous insisterons particulièrement sur les relations, intimes dans quelques cas, de l'alcoolisme et de la paralysie générale et sur l'influence de l'alcool dans les dégénérescences mentales.

IV

DU ROLE DE L'ALCOOLISME DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

Dans une revue historique très complète sur le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, le rapporteur, M. le docteur Rousset a fait preuve d'un très grand éclectisme et après avoir exposé les diverses opinions, il range en quatre groupes, les tendances principales des différents auteurs :

1° Pour les uns, la paralysie générale est habituellement due à l'alcoolisme;

2° Pour d'autres, l'alcoolisme ne produit pas de véritable paralysie générale, mais des pseudo-paralysies générales alcooliques;

3° Pour d'autres, la paralysie générale ou l'alcoolisme chronique sont deux états distincts, mais l'alcoolisme chronique peut parfois aboutir à la paralysie générale;

4° Pour d'autres enfin, l'alcoolisme simple cause occasionnelle, n'aurait d'action que grâce à une prédisposition antérieure.

C'est sur ces deux dernières propositions que je tiens à soumettre quelques réflexions; les arguments que j'invoquerai répondent aussi en partie aux deux propositions extrêmes : la paralysie générale est habituellement le pro-

(1) Communication au Congrès de médecine mentale de Lyon, 1891.

duit de l'alcoolisme; l'alcoolisme ne peut produire que des pseudo-paralysies générales.

Les médecins qui admettent que l'alcoolisme a deux modes de terminaison, l'une par la démence et l'autre par la paralysie générale, se basent non seulement sur la physiologie expérimentale, mais aussi sur la clinique et l'anatomie pathologique.

Les expériences sur les animaux chez lesquels l'intoxication n'atteint pas un degré aussi avancé que chez l'homme, montrent néanmoins, en même temps qu'un processus dégénératif graisseux (stéatose) de la plupart des organes : foie, rein, cœur, une tendance à l'inflammation chronique de certains tissus : du péricarde, de la capsule des reins, de la capsule du foie, des méninges.

La plupart des auteurs, Paul Ruge, Pupier, Dujardin-Beaumetz et Audigié, mes propres recherches, montrent la dégénérescence graisseuse du foie et des reins; Paul Ruge note, en outre, la dégénérescence graisseuse du cœur, les adhérences de la capsule à la substance rénale. Neuman (de Kœnigsberg) et Kremiansky ont trouvé de la pachyméningite chez les chiens soumis à l'action continue de l'alcool. J'ai moi-même noté des plaques laiteuses sur le péricarde, l'épaissement et l'opacité de l'arachnoïde et de la pie-mère, de la sclérose des cordons postérieurs chez un chien. C'est, en un mot, l'ébauche des deux processus, stéatose et sclérose que nous trouvons à un degré si avancé chez l'homme.

Chez l'homme, en effet, l'alcoolisme chronique s'inscrit en traces indélébiles sur la plupart des tissus et sur la plupart des organes ; la trame conjonctive et le parenchyme sont à la fois compromis.

Est-il besoin de rappeler pour le système artériel, l'artériosclérose, l'athérome qui font d'un alcoolique de 40 ans, un vieillard de 70 ans; et cette vieillesse précoce se traduit sur le tracé sphygmographique par un plateau très étendu. La stéatose du foie, la dégénérescence graisseuse des reins

atteignent des degrés très avancés; le cœur est surchargé de graisse et les fibres musculaires elles-mêmes sont envahies par la dégénérescence granulo graisseuse. Le cerveau, dans les périodes avancées, offre parfois des lacunes dans les couches opto-striées et parfois également des foyers hémorragiques ou de ramollissement plus étendus au centre aussi bien que dans la couche corticale.

Tel est le principal processus dégénératif, celui qui conduit à la démence avec faiblesse musculaire et souvent paralysies partielles. Mais ce n'est pas tout; tous les observateurs constatent et signalent la stéatose, la sclérose diffuse, l'inflammation chronique des enveloppes, du tissu interstitiel, des petits vaisseaux, etc. Tantôt ils trouvent une cirrhose hépatique, d'autres fois une néphrite interstitielle; tantôt l'inflammation envahit le péricarde et le tissu même du cœur, tantôt les méninges, la moelle, le cerveau et l'on trouve une myélite, une encéphalite interstitielles diffuses.

Pourquoi cette sclérose diffuse s'installe-t-elle chez les uns sur un seul organe, chez d'autres sur plusieurs organes simultanément?

Il y a, sans doute, une certaine prédisposition, il y a aussi l'*organe faible*. On doit tenir compte de ces éléments, mais on est bien obligé de reconnaître que l'alcool a comme propriété spéciale de produire le double processus : stéatose et sclérose. La prédominance de l'un ou de l'autre de ces processus chez les divers individus dépend surtout, on ne le conteste pas, de la prédisposition du sujet et aussi des conditions multiples d'hygiène dans lesquelles il vit.

Que nous donne la clinique?

Suivons d'abord les cas les plus communs, ceux dans lesquels l'alcoolisé chronique s'achemine, de chute en chute, progressivement vers la démence.

Au bout de quelques années d'abus de boissons, quand les alcoolisés chroniques commencent, passez-moi l'expression, à devenir mûrs, c'est-à-dire suffisamment intoxiqués,

on voit leur intelligence s'affaiblir, la mémoire diminuer, l'imagination s'éteindre, le cours des idées se ralentir, le jugement devenir moins sûr, les facultés morales et affectives s'émousser; ils se montrent apathiques, indifférents, sans volonté, sauf pour donner satisfaction à leurs appétits instinctifs. A ce moment, apparaissent aussi des étourdissements, des fourmillements et des crampes dans les membres, de petits *ictus* apoplectiformes ou épileptiformes s'accompagnant tantôt d'une parésie passagère d'un bras ou d'une jambe, tantôt d'empâtement et de gêne de la parole, et cette difficulté dans l'articulation des mots avec le tremblement alcoolique peut ressembler à de l'hésitation de la parole; parfois aussi, il survient de l'inégalité des pupilles; et si dans ces conditions, le malade entre à l'asile, stimulé par un accès passager de délire alcoolique, lequel, en outre des hallucinations pénibles, mobiles, multiples, professionnelles, peut s'accompagner encore d'idées ambitieuses, de préoccupations hypocondriaques, on conçoit, surtout si les renseignements font défaut, combien le diagnostic est difficile. On se trouve, en effet, en présence d'un alcoolisé chronique qui a revêtu le costume du paralytique général. Mais au bout de peu de temps, les symptômes subaigus, dus à l'appoint alcoolique, disparaissent et l'on retrouve l'alcoolisé chronique vulgaire.

Un second groupe, moins nombreux d'alcoolisés chroniques, est celui qui s'achemine vers la paralysie générale. L'individu, après également de longs mois de boissons et après plusieurs accès de délire alcoolique suivi de guérison, finit par présenter, après la disparition d'accidents subaigus des modifications physiques et psychiques très notables. Les facultés intellectuelles ont baissé dans leur ensemble, la mémoire est infidèle, des oublis, des erreurs se répètent à chaque instant; il a moins d'aptitude au travail, son caractère a changé, il s'irrite pour des futilités, il reste indifférent pour des faits ou des contradictions graves, il a

une liberté de langage inusitée, il commet des actes indélicats, immoraux, dont il ne se préoccupe nullement. De temps à autre la parole est hésitante, et parfois les pupilles sont inégales; des étourdissements, des pâleurs subites, des engourdissements, des fourmillements et des crampes dans les membres se produisent aussi quelquefois.

S'il survient un nouvel appoint alcoolique, ces phénomènes s'accentuent et donnent à l'individu les apparences d'un paralytique général avancé, tandis qu'il n'est encore qu'au début de la maladie. Que se passe-t-il dans les cas de ce genre? Habituellement la maladie suit sa marche progressive; mais, parfois, comme du reste à la première période de la paralysie générale, il y a une amélioration sous l'influence du régime et de l'hygiène de l'asile et l'individu en rémission, mais non guéri, peut au bout d'un certain temps être rendu à la famille. Cette amélioration n'est qu'un arrêt dans la marche de la maladie et l'on ne serait pas fondé à considérer l'individu comme atteint d'une pseudo-paralysie générale alcoolique et non d'une paralysie générale vraie.

Dans une troisième catégorie de faits, les rechutes sont tellement nombreuses que les malades comptent dix, quinze, vingt entrées dans les asiles, sans marcher néanmoins, comme les malades précédents, ni vers la démence, ni vers la paralysie générale.

Que sont ces alcoolisés? Ce sont les prédisposés, les héréditaires dégénérés dont j'ai parlé dans mon travail sur l'alcoolisme et que M. Legrain a mis en relief dans son intéressant ouvrage *Hérédité et alcoolisme*. Chez cette catégorie de malades, l'alcool, véritable pierre de touche, a une action spéciale; on est surpris à chaque rechute, de voir un délire très accusé s'accompagner de troubles à peine apparents de la motilité, il n'y a pas entre les symptômes intellectuels, la corrélation que nous trouvons dans les cas ordinaires. Chez ces alcoolisés, le système nerveux semble se

dédoubler; tout ce qui appartient à l'ordre intellectuel est d'une impressionnabilité excessive, tout ce qui appartient à l'ordre physique fonctionne d'une façon normale, il y a un défaut d'équilibre ; on juge de ce défaut d'équilibre, justement en observant les phénomènes qui se passent sous l'influence d'un même agent. Chez les animaux comme chez l'homme normal, l'alcool donne lieu à des phénomènes physiques et intellectuels qui marchent simultanément, se développent, s'accroissent parallèlement et ce consensus symptomatique répond à l'action généralisée du poison sur tout le système cérébrospinal; mais ici l'équilibre est rompu, il suffit d'une faible dose de poison pour impressionner vivement le cerveau dans son mode intellectuel.

Sous l'influence d'un nouvel appoint alcoolique, une bouffée délirante toxique se produit, mais avec elle se développe souvent un délire polymorphe, des idées ambitieuses, mystiques, hypocondriaques, de persécution, etc. Quelquefois ces malades présentent une certaine gêne de la parole, quelquefois même de l'inégalité pupillaire. D'autre part, on apprend parfois qu'ils ont été arrêtés, ne pouvant payer un fiacre ou une dépense de restaurant. Tous ces phénomènes donnent l'idée d'une paralysie générale, et, comme l'amélioration est obtenue au bout de quelque temps passé à l'asile, on voudrait dire encore pseudo-paralysie générale, tandis que c'est de la dégénérescence mentale mise en activité par un stimulant alcoolique.

Voilà donc trois groupes de faits, dans lesquels, par suite d'un appoint alcoolique, des individus affectés de maladies très différentes peuvent présenter des symptômes en apparence semblables et créer, par suite, des difficultés très grandes de diagnostic. Faut-il couvrir d'un voile ces difficultés en englobant tous ces cas sous la dénomination de pseudo-paralysie générale alcoolique? Assurément non; il faut étudier ces faits plus complètement, et quand ils seront mieux connus, les erreurs deviendront des exceptions.

M. le Dr Rousset relate de nombreuses observations à la fin de son rapport, je lui demande la permission de leur donner une interprétation un peu différente : les cinq premiers cas sont groupés sous le titre d'héréditaires vésaniques et pour tous ces malades, si l'on note des signes de folie chez les ascendants, on ne constate chez eux aucun stigmate psychique de dégénérescence et ils ne se signalent que par des abus de boissons. Un sujet n'est pas prédisposé, uniquement parce qu'il a un père ou une mère aliénés ; des fils d'aliénés peuvent parfois résister à toutes les causes physiques ou morales capables de provoquer des accès de folie chez les prédisposés et parcourir une longue carrière sans jamais éprouver le moindre trouble psychique, et inversement des sujets à hérédité peu chargée peuvent offrir, sous l'influence des causes les plus légères, des accès délirants. Ces malades qui ont résisté longuement à l'action de l'alcool ont, par ce seul fait, fourni la preuve que malgré leurs ascendants ils échappaient à la prédisposition.

Ces cinq malades de même que les cinq suivants à hérédité congestive, ne sont autres que des alcoolisés chroniques aboutissant à la paralysie générale.

En résumé, nous pouvons dire que les pseudo-paralysies générales alcooliques sont repoussées par la clinique et que l'alcoolisme conduit habituellement à la démence et parfois à la paralysie générale.

V

DE LA TOXICITÉ DES ALCOOLS DITS SUPÉRIEURS ET DES BOUQUETS ARTIFICIELS (1)

Il y a dix-sept ans, dans son remarquable rapport sur le vinage, M. Bergeron prononçait ces éloquentes paroles : « Tout, en effet, tout crie autour de nous que l'alcoolisme nous gagne et va nous déborder; la natalité qui diminue, la faiblesse congénitale qui devient plus fréquente, chaque jour chez les enfants de la classe ouvrière, le rachitisme qui encombre nos hôpitaux d'enfants; le nombre croissant des cas d'épilepsie congénitale ou acquise, d'idiotie et de tant d'états névropathiques divers, tristes résultats de fécondations opérées dans l'ivresse, la phtisie pulmonaire multipliant ses ravages, tandis que l'aliénation mentale paye à l'alcoolisme un tribut chaque année plus élevé (2). »

En 1869, en effet, la proportion des malades alcooliques admis dans les asiles de la Seine atteignait, sur la totalité des entrants, y compris les enfants et les épileptiques, la proportion élevée de 26 0/0 pour les hommes, et de 5 0/0 pour les femmes; en 1870, cette proportion reste la même, sauf pour les femmes, dont le chiffre s'élève à 6 0/0. L'année

(1) Rapport en collaboration avec M. Laborde, présenté à la *Société de médecine publique* et *d'hygiène professionnelle*, 1887.

(2) Bergeron, Rapport sur le vinage à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Académie*, séance du 10 mai 1870, p. 449).

suivante, à la fin du siège, après les cinq mois de l'hygiène déplorable à laquelle la population parisienne avait été soumise, et surtout au mois de mai, à la fin de la Commune, le flot monte et l'étiage de Sainte-Anne au bureau d'admission des asiles marque 48 0/0.

Après nos grands désastres, dans la seconde moitié de 1871, une détente se produit non seulement parce que beaucoup d'alcooliques ont disparu, mais encore à cause d'un effort réel vers la tempérance; toutefois les excès avaient été tels dans les premiers mois de 1871, que la moyenne de l'année reste encore à 26 0/0. Dans les années de réformes et de travail qui suivirent, de 1872 à 1875, on constate une notable diminution et la moyenne annuelle oscille entre 17 et 19 0/0.

De 1875 à 1885, la statistique révèle, sans cause appréciable, des fluctuations importantes, variant entre 17 et 22 0/0. L'année 1886 regagne les 25 0/0 et le premier semestre de 1887 nous donne une proportion non moins forte. Nous voilà donc de nouveau envahis et la Société de médecine publique, après la lecture de l'intéressante communication de M. Girard *sur les falsifications des alcools et eaux-de-vie*, a voulu à son tour jeter le cri d'alarme et a chargé une Commission de l'étude expérimentale de ces produits toxiques qui entraînent fatalement la dégénérescence physique, intellectuelle et morale de la population (1).

La Commission s'est distribué le travail, et tandis que M. Cheysson nous fera connaître les législations et les réglementations administratives que l'alcoolisme a suscitées dans les différents pays, M. Laborde et moi avons eu pour mission d'expérimenter les agents des combinaisons artificielles qu'un industrialisme, sans souci de l'hygiène, substitue aux produits naturels qui devraient seuls paraître sur nos tables. Toutes ces drogues nous ont été fournies, avec beaucoup de libéralité, par deux vigilants gardiens de

(1) La Commission est composée de MM. Brouardel, *président*; Cheysson, Girard, Laborde, A.-J. Martin, Napias et Magnan, *rapporteur*.

la santé publique, par nos excellents collègues, MM. Girard et Bapst (1).

Les produits mis à notre disposition sont employés par le commerce pour donner aux vins, aux eaux-de-vie, aux diverses liqueurs, les apparences extérieures des boissons naturelles. Ainsi, pour les vins, on introduit dans des mélanges où le jus de raisin entre pour une faible part, un bouquet de provenance française ou allemande et que l'on désigne, suivant le cas, du nom d'*huile de vin française* ou d'*huile de vin allemande*. Ces huiles sont des produits très complexes, que M. Girard analysera plus tard; mais pour vous donner une idée de ce qu'elles peuvent être, il suffira de rappeler ce qu'il dit d'un produit similaire allemand l'*huile essentielle de lie de vin :* « ce produit provient de l'oxydation, par l'acide nitrique, d'huile de coco, de beurre de vache, d'huile de ricin et quelquefois d'autres matières grasses; sous l'action de l'acide nitrique, on obtient des acides caproïque, caprylique, caprique ; ces acides éthérifiés sous pression avec des alcools méthylique, éthylique, amylique, propylique, etc., donnent des éthers qui ont un parfum agréable et dont la plus petite quantité suffit pour donner le bouquet à un grand volume d'alcool. »

Pour les eaux-de-vie, cognac, rhum, la composition des bouquets est variable, parfois inoffensive, mais malheureusement, c'est l'excipient lui-même qui est défectueux puisque ces boissons sont presque exclusivement fabriquées avec des alcools d'industrie dont ces bouquets masquent le mauvais goût. Il en est de même pour les liqueurs, avec cette circonstance aggravante, toutefois, que quelques-uns de leurs bouquets sont éminemment toxiques.

Nous allons étudier successivement le degré de toxicité des agents de falsifications introduits dans les vins, les eaux-de-vie et les liqueurs.

(1) Le Conseil municipal de Paris avait voté les sommes nécessaires à l'acquisition de toutes ces substances.

A. Vins. — L'usage du vin étant dans nos habitudes et le phylloxera ravageant la vigne, l'industrie s'est appliquée à produire, passez-moi l'expression, des *simili-vins*, se préoccupant, avant tout, de réaliser de gros bénéfices. Le vinage a été la première étape dans la voie des productions artificielles; l'addition d'une quantité plus ou moins considérable d'alcool d'industrie poussant aux dédoublements successifs, a provoqué des appels pressants à la chimie qui n'a pas tardé à mettre entre les mains de ces vignerons d'un nouveau genre, tout ce qu'il fallait pour obtenir, autant que possible, la couleur, l'odeur, la saveur des vrais vins. Aussi, nous craignons fort que la concession faite par l'Académie de médecine, malgré les protestations de plusieurs de ses membres et notamment de MM. Brouardel et Vallin, ne devienne une amorce à la fraude (1).

Nous indiquerons plus loin, à propos des eaux-de-vie, l'action puissamment toxique des substances contenues dans les alcools dits supérieurs; il nous suffira maintenant de donner les résultats des expériences faites avec les bouquets appelés huile de vins.

Expérience I. *Chien de 10 kilogrammes.* — A 3 heures, injection lente par la veine saphène externe de 4 centimètres cubes d'huile de vin française. Les pupilles dilatées avant l'injection, se resserrent à mesure que la substance pénètre dans la circulation; — 3 h. 8 m., efforts de vomissements; — 3 h. 17 m., injection de 2 centimètres cubes; excitation générale s'accompagnant de cris; accélération et amplitude des mouvements respiratoires; — 3 h. 25 m., injection de 2 centimètres cubes; efforts de vomissements; la température rectale qui, avant l'expérience, donnait 39°,70, est descendue à 39°; excitation moindre; cris et gémissements; respiration fréquente, haletante. L'animal détaché est placé à terre où

(1) Vallin, La question du vinage (*Revue d'hygiène*, août et décembre 1886).

il reste étendu de son long. Respiration accélérée accompagnée à l'expiration de petits cris saccadés, rauques, dont le timbre s'élève peu à peu jusqu'à l'aboiement très aigu, se continue sur ce ton élevé pendant quelques secondes, puis s'abaisse avec le ralentissement de la respiration dont l'expiration reste très prolongée. Cette sorte de crise se répète trois fois en douze minutes, puis la respiration se ralentit et un gémissement suit chaque expiration. Température rectale à 38°,8. Efforts de vomissements suivis de l'émission de mucosités sanguinolentes, défécation, cris plaintifs, respiration de plus en plus lente. Asphyxie, mort à 4 h. 8 m. — A l'ouverture du thorax, odeur rappelant celle du punch. Suffusions sanguines sur les deux poumons, plus étendues sur les lobes inférieurs; emphysème marginal. Cœur mou, flasque, distendu par du sang diffluent; quelques taches ecchymotiques punctiformes sous l'endocarde. Muqueuse de l'estomac faiblement injectée. Foie d'un rouge brun congestionné. Reins injectés, sans ecchymoses. Injection diffuse des méninges et du cerveau. Rien d'appréciable à la protubérance ni au bulbe.

Expérience II. *Chien de* 11 *kilogrammes*. — A 3 h. 32 m., injection lente par la veine saphène externe de 4 centimètres cubes d'huile de vin allemande. Accélération respiratoire. Pas de réaction de l'animal, qui est dans un calme parfait. Il exhale à l'expiration l'odeur de l'huile. Salivation. — 4 heures, injection lente de 4 centimètres cubes; réaction générale avec cris de détresse. La respiration, tout en restant accélérée, s'étend, s'élargit et devient dyspnéique. Pupilles dilatées. Par moments, excitation générale avec cris. Abolition des réflexes oculo-palpébraux. Phénomènes asphyxiques; arrêt de la respiration à 4 h. 20 m. Continuation pendant 3 à 4 minutes des battements cardiaques. Odeur très pénétrante de punch en ouvrant la poitrine. Suffusions sanguines sur les deux poumons, le lobe inférieur des deux

côtés est d'un rouge brun dans presque toute son étendue; emphysème marginal surtout dans les deux lobes supérieurs. Cœur dur, contracté. Caillots à aspect de groseille dans les oreillettes; caillots plus denses dans le ventricule droit; le ventricule gauche très dense, fortement contracté, ne renferme qu'un caillot filiforme. Pas d'épanchements sanguins sous le péricarde. Reins injectés sans suffusion sanguine. Muqueuse intestinale normale. L'urine contenue dans la vessie est normale. Les méninges sont faiblement injectées. La couche corticale est légèrement plus colorée qu'à l'état normal. Rien de particulier au bulbe ni à la protubérance.

On le voit, ces deux poisons se valent, l'huile de vin allemande se montre toutefois plus active, mais les deux provoquent des troubles très analogues sur le cœur et la respiration. Dans les pays, en Italie et particulièrement en Espagne, où le vinage a été fortement en honneur ces dernières années, il semble y avoir une détente, et pour l'Espagne notamment, des articles de journaux et des mémoires que M. Henri Guéneau de Mussy a eu l'obligeance de nous communiquer, indiquent des dispositions défavorables à cette pratique. L'hygiène y est pour quelque chose, mais la diminution du commerce des vins les convie à laisser à leurs produits leurs qualités natives.

B. Alcools; eaux-de-vie. — Les travaux de Magnus Huss (1), de Lallemand, Perrin et Duroy (2) et les nôtres (3) sur l'alcool, les recherches de Cros (4) et de Rabuteau (5),

(1) Magnus Hus, *Kronische Alcohols Krankheit aus dem Schwedischen ibersetzt, von Gerhard vam dem Busch*, 1852.

(2) Ludger Lallemand, Maurice Perrin, et J.-L.-P. Duroy, *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme*, 1860.

(3) Magnan, Recherches de physiologie pathologique. Epilepsie : alcool et essence d'absinthe (*Arch. de phys. norm. et path.*, mars et mai 1873). — Magnan, *De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*. Paris, 1874.

(4) Gros, *Action de l'alcool amylique sur l'organisme*. Thèse de Strasbourg, 1863.

(5) Rabuteau, *Traité élémentaire de thérapeutique et de pharmacologie*, 1884.

celles de Dujardin-Beaumetz et Audigé (1) sur la toxicité progressive des alcools éthylique, propylique, butylique et amylique admise généralement par les observateurs, nous permettront de n'insister que sur quelques-unes des nouvelles expériences que nous avons faites sur ce sujet. Nous avons pensé qu'il était nécessaire de comparer avec l'alcool de vin des alcools de provenances différentes, tels que l'industriel les livre au commerçant. Puis nous avons expérimenté comparativement l'alcool rectifié du vin; enfin nous avons comparé les résidus de ces diverses distillations.

Expériences avec les alcools de vin, de betteraves et de maïs. — Trois chiens à peu près du même poids (7 à 8 kilogrammes) prennent par la sonde œsophagienne : l'un, 50 grammes d'alcool de vin de Roussillon; le deuxième 50 grammes d'alcool de betterave, et le troisième, 50 grammes d'alcool de maïs; les trois alcools ramenés à 50° sont additionnés de 40 grammes d'eau. Les deux chiens soumis à l'alcool de betterave et de maïs restent immobiles, silencieux, pendant huit à dix minutes; puis commence à peu près en même temps, chez les deux, une légère titubation plus accusée dans les pattes postérieures; celles-ci ne tardent pas à se dérober sous l'animal qui peut encore rester dressé sur les pattes de devant. Au bout de vingt minutes, ils ne se relèvent plus; chacun d'eux est étendu de son long dans la résolution; l'un et l'autre poussent des cris plaintifs, et celui qui a pris de l'alcool de maïs présente un léger tremblement des pattes. La température a baissé chez tous les deux d'environ un degré. La sensibilité est très émoussée, mais non abolie. Au bout d'une heure, ils sont plongés dans un sommeil comateux.

Le chien à l'alcool de vin se montre au début légèrement excité, il est caressant, répond promptement à l'appel. Au

(1) Dujardin-Beaumetz et Audigé, *Recherches expérimentales sur la puissance des alcools.* Paris, 1878.

bout de douze minutes, ses pattes postérieures commencent à tituber et cinq minutes après le train postérieur fléchit; l'animal se soutient sur les pattes antérieures qui elles-mêmes deviennent vacillantes; l'animal se couche, mais se redresse à l'appel en pleine titubation, fléchissant tantôt à droite, tantôt à gauche, quelquefois en avant, mais le plus souvent en arrière. Il ne gémit pas, mais cesse de caresser; la sensibilité est obtuse, toutefois, la pression sur la queue lui fait lever la tête, il se redresse et change en chancelant de place. La température n'a baissé que de deux dixièmes de degré. Au bout d'une heure et demie, il marche, conservant une légère titubation, mais il redevient caressant, répond à l'appel et mange une soupe qu'on lui présente.

Le chien à l'alcool de maïs était réveillé le lendemain matin et se tenait debout sans titubation; le chien à l'alcool de betterave est resté étendu, dans un profond sommeil jusqu'au lendemain à deux heures de l'après-midi. Ils ont un peu mangé l'un et l'autre, mais sans appétit.

Les phénomènes observés sur ces trois chiens sont les symptômes habituels de l'ivresse, mais développés à des degrés différents : légers chez le chien à alcool vinique, ils sont plus accusés avec l'alcool de maïs et présentent le maximum d'intensité avec l'alcool de betterave. Ces deux derniers alcools provoquent, en outre, dès le début, une légère hébétude et plus tard de la douleur qui se traduit par des cris plaintifs. L'alcool de maïs a déterminé de plus du tremblement des pattes; l'alcool de betterave a provoqué un profond sommeil pendant vingt-quatre heures.

Après cette première expérience comparative, nous avons donné simultanément à 3 chiens de même poids (de 7 à $7^{kg},500$) les alcools éthyliques provenant de ces mêmes alcools de vin, de betterave et de maïs. La dose a été la même pour les 3 chiens, 50 grammes ramenés à 50° et additionnés de 50 grammes d'eau. Les phénomènes observés chez les trois sujets ont été sensiblement les mêmes et très

analogues à ce que nous avions vu dans l'expérience précédente avec l'alcool de vin. Quoique, *à priori*, on dût prévoir ce résultat, il n'était pas sans intérêt de s'assurer de la réalité du fait : l'alcool éthylique, quelle que soit sa provenance, donne lieu aux mêmes phénomènes physiologiques. Ces phénomènes, on ne doit pas l'oublier, se traduisent par la perte du mouvement et de la sensibilité, ce qui prouve la toxicité de l'alcool même éthylique.

Quant aux résidus des épurations de ces trois alcools, ils concentrent la toxicité propre à chacun d'eux, 50 grammes de résidus d'alcool de maïs ou d'alcool de betterave, additionnés de 50 grammes d'eau, irritent tellement l'estomac qu'ils provoquent des vomissements bientôt sanglants et empêchent ainsi de se rendre compte des phénomènes généraux. Le résidu de l'alcool de vin est mieux supporté quoique douloureux pour l'estomac et détermine, à la dose de 50 grammes, une ivresse profonde chez un chien de 8 kilogrammes.

L'injection intraveineuse des résidus de betteraves et de maïs s'accompagne de cris plaintifs, d'accélération de la respiration et du cœur et d'abaissement de la température ; mais elle provoque rapidement des coagulations dans la veine et rend l'expérience difficile. En résumé, ces résidus donnent lieu à des symptômes ébrieux plus intenses et à une irritation locale très vive, quelle que soit la voie d'introduction du poison.

Les alcools d'industrie, très complexes dans leur composition, ne contiennent pas seulement les alcools éthylique, propylique, butylique et amylique, mais ils renferment beaucoup d'autres produits, notamment la pyridine dont l'action est connue et le furfurol qui mérite de nous arrêter.

Le *furfurol* ou aldéhyde pyromucique $C^{10}H^4O^4$ [$C^5H^4O^2$ (atomique)], se trouve en particulier dans les alcools de grains, d'avoine, de seigle, d'orge. Il se produit vraisemblablement aux dépens du son dans la saccharification sul-

furique des céréales et passe dans les produits de la distillation du liquide fermenté. On l'obtient, du reste, par l'action de l'acide sulfurique étendu sur la farine d'avoine ou sur le son. On l'obtient encore par l'action de l'acide sulfurique sur un mélange de sucre ou d'amidon, avec du bioxyde de manganèse.

Le furfurol est un liquide incolore mais qui brunit rapidement sous l'influence de l'air; il est doué d'une odeur qui rappelle à la fois celle de l'essence de cannelle et celle de l'essence d'amandes amères. Sa densité est de 1,68 et il bout à 162°.

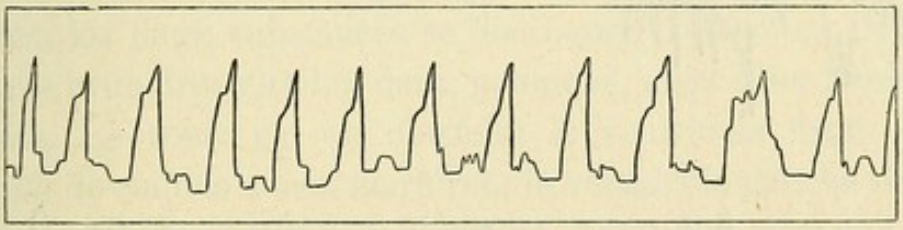
L'étude expérimentale du furfurol a donné des résultats fort curieux qui jettent une vive lumière sur la pathogénie de l'alcoolisme et fournissent l'explication de certains faits contradictoires tendant à faire admettre une séméiologie différente de l'alcoolisme aigu suivant les contrées où on l'observe.

Des médecins de différents pays et notamment d'Écosse et d'Irlande avaient signalé l'existence d'attaques épileptiques dans l'alcoolisme aigu, chez des sujets adonnés à l'usage exclusif de l'eau-de-vie, tandis qu'en France nous n'observions ces accidents que chez les seuls buveurs d'absinthe, de bitter et de vermout. Il va sans dire qu'il n'est pas question ici d'alcoolisme chronique, dans lequel, on le sait, des désordres matériels s'étant produits, des lésions cérébrales existent et donnent lieu à des accidents convulsifs, à des attaques symptomatiques, au même titre que l'encéphalite interstitielle diffuse, la paralysie générale, ou les tumeurs ou les lésions circonscrites de causes diverses, syphilis ou autres. Le regretté Paul Bert, après un voyage en Écosse, nous avait confirmé ce fait, et il ajoutait que ces accidents convulsifs se montraient particulièrement chez des ouvriers et des paysans qui buvaient, non point simplement des alcools de grains, mais les résidus laissés par ces alcools après distillation. Pour un sou (*half-penny*), on livre à ces

malheureux un grand verre de ce liquide aussi désagréable au goût que nuisible à la santé. Or, en raison de l'élévation de son point d'ébullition, le furfurol doit en majeure partie rester dans ces résidus. Les expériences suivantes vont nous édifier sur le caractère des accidents qui peuvent se produire.

Expérience III. *Chien de* 9^{kg},300. — Avant l'expérience : R. 20, P. 90; T. R. 38°,80. — De 5 h. 50 m. à 5 h. 57 m., on injecte lentement, par la veine saphène externe, un demi-centimètre cube de furfurol. L'animal est légèrement excité, pousse des cris, urine. R. 60; P. 90; T. R. 38°,65. — De 6 h. 15 m. à 6 h. 20 m., deuxième injection d'un demi-centimètre cube. Cris plaintifs, douloureux et légère excitation; urines abondantes et selles dures. Ralentissement considérable du cœur, 48 battements. De 6 h. 25 m. à 6 h. 30 m., troisième injection, un centimètre cube; légère excitation, cris. Aura motrice céphalique : quelques secousses spasmo-

I. Furfurol.



Tracé normal de la respiration et du cœur avant l'injection.

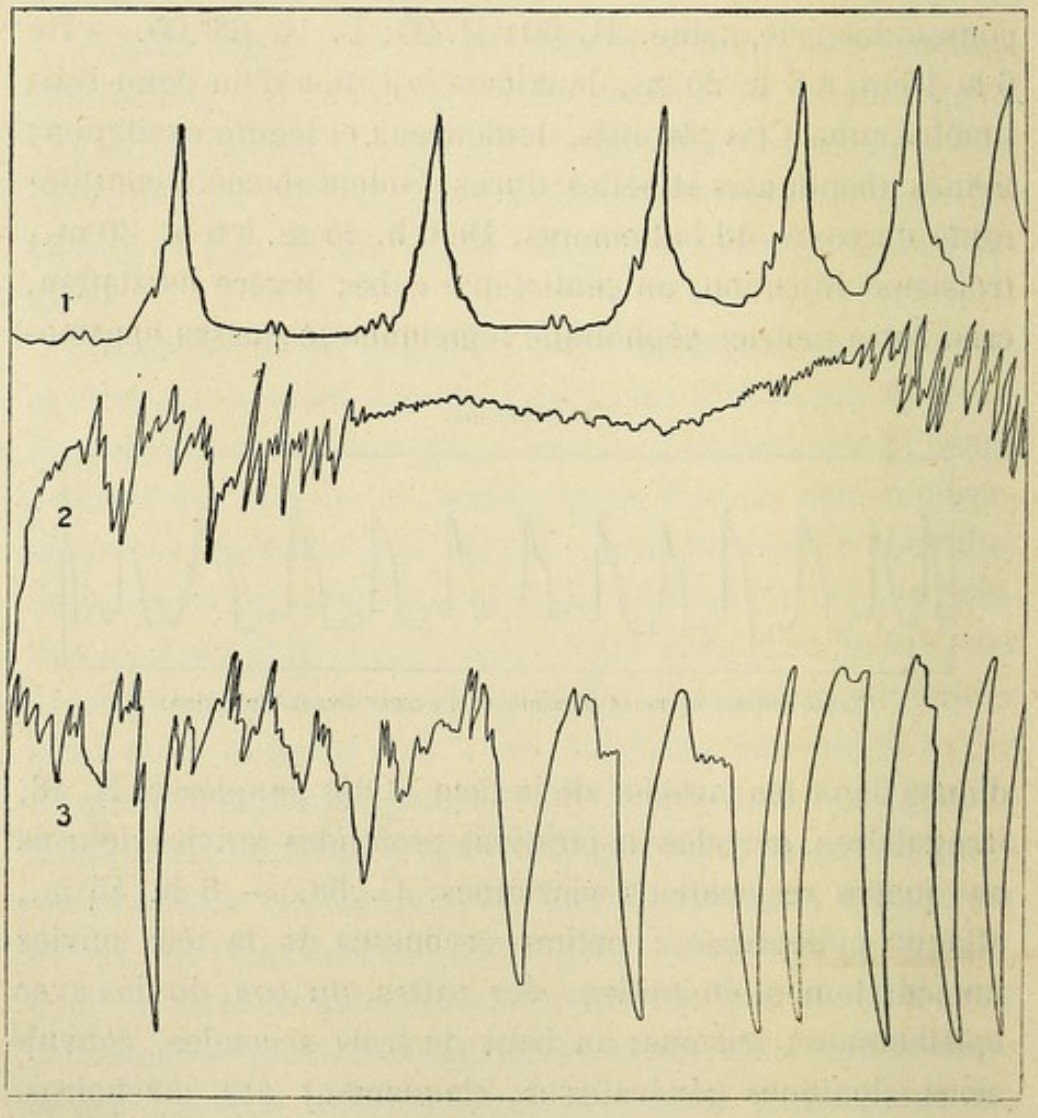
diques dans les muscles de la face et des paupières. R. 16, irrégulières, grandes inspirations profondes suivies de trois ou quatre respirations accélérées. C. 58. — 6 h. 45 m., attaque épileptique : petites secousses de la tête suivies immédiatement de raideur des pattes, du cou, du dos avec opisthotonos; trismus; au bout de trois secondes, convulsions cloniques généralisées, claquement des mâchoires, secousses dans les muscles de la face et des yeux, respiration stertoreuse.

Résolution : légère hébétude.

6 h. 50 m., R. 40. C. 60. — 6 h. 55 m., R. 42. C. 84. — 7 heures, R. 36. C. 90. — 7 h. 10 m., R. 24. C. 112. T. R. 38°,25. — 7 h. 25 m., l'animal détaché se tient debout, marche sans tituber; ne mange pas.

Expérience IV. *Chien de* 8kg,500. — De 4 h. 40 m. à 4 h. 50 m., injection lente par la veine saphène externe droite

II. Furfurol : attaque épileptique.



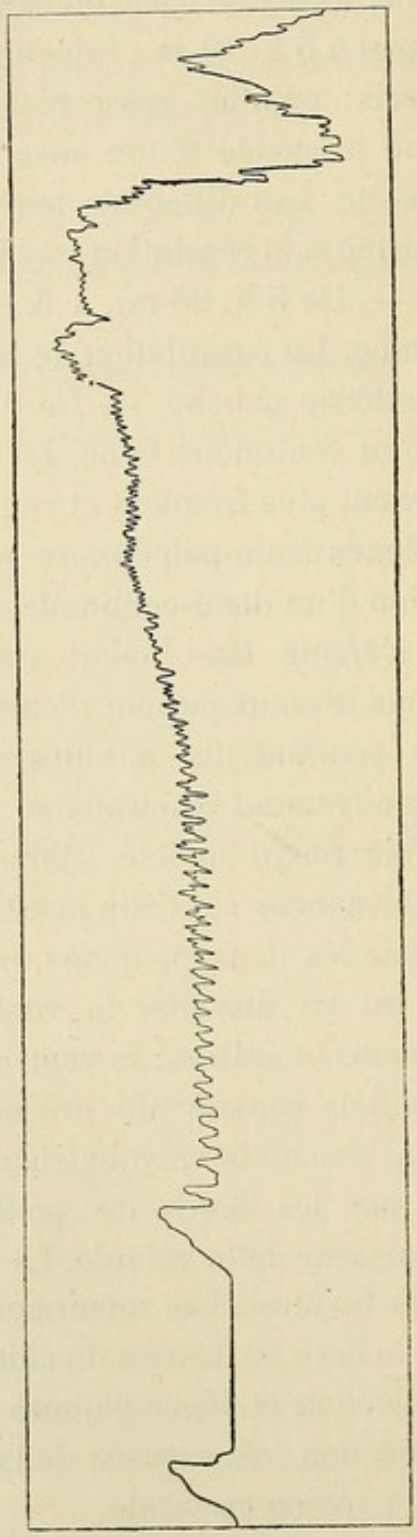
1. Avant l'attaque : ralentissement des mouvements respiratoires et du cœur ; — 2. Attaque complète avec la période tonique ; — 3. Après l'attaque : retour respiratoire, grandes inspirations.

d'un demi-centimètre cube de furfurol; légère excitation; quelques cris; émission d'urine. On prend à l'aide de la pince cardiographique de Marey, le tracé du cœur et de la respiration. — De 5 heures à 5 h. 10 m., injection d'un centimètre cube; quelques cris; pupilles resserrées. — 5 h. 13 m., attaque épileptique précédée d'une aura motrice, quelques secousses dans la tête. Les différents temps de l'attaque, le tétanisme, le clonisme et la résolution sont inscrits par l'appareil enregistreur. — De 5 h. 25 m., à 5 h. 35 m., injection d'un centimètre cube. La coagulation de la veine fait recourir à la saphène externe gauche. — De 6 h. 13 m., à 6 h. 25 m., injection d'un centimètre cube. La respiration se ralentit, le cœur devient plus fréquent et régulier; les pupilles se dilatent; les réflexes oculo-palpébraux sont conservés. — 6 h. 45 m., injection d'un demi-centimètre cube; la respiration se ralentit et s'arrête. Une longue aiguille munie d'un drapeau planté dans le cœur permet d'enregistrer les battements cardiaques pendant dix minutes environ après la cessation de tout mouvement respiratoire.

Autopsie. — Foie rouge injecté. Reins légèrement injectés; les deux substances se distinguent nettement. Marbrures brunâtres sur les deux poumons, mais sans hémorragies. Le cœur est en diastole; le ventricule droit est rempli de caillots mous, noirâtres; le ventricule gauche renferme quelques caillots couleur de groseille; rien sur le péricarde, injection vive de la valvule tricuspide; la valvule mitrale présente sur les bords de petites hémorragies infiltrant toute l'épaisseur de la valvule. Le sang répand une odeur prononcée de furfurol. Les méninges cérébrales sont injectées surtout à la base au niveau du chiasma où l'on voit un peu de sang; injection et léger piqueté de toute la substance cérébrale; injection très accusée de la substance grise de la moelle dans la région cervicale.

Expérience V. *Chien de 6 kilogrammes.* — A 6 h. 25 m.,

injection dans l'estomac, par la sonde œsophagienne, de 4 centimètres cubes de furfurol additionnés de 4 centimètres

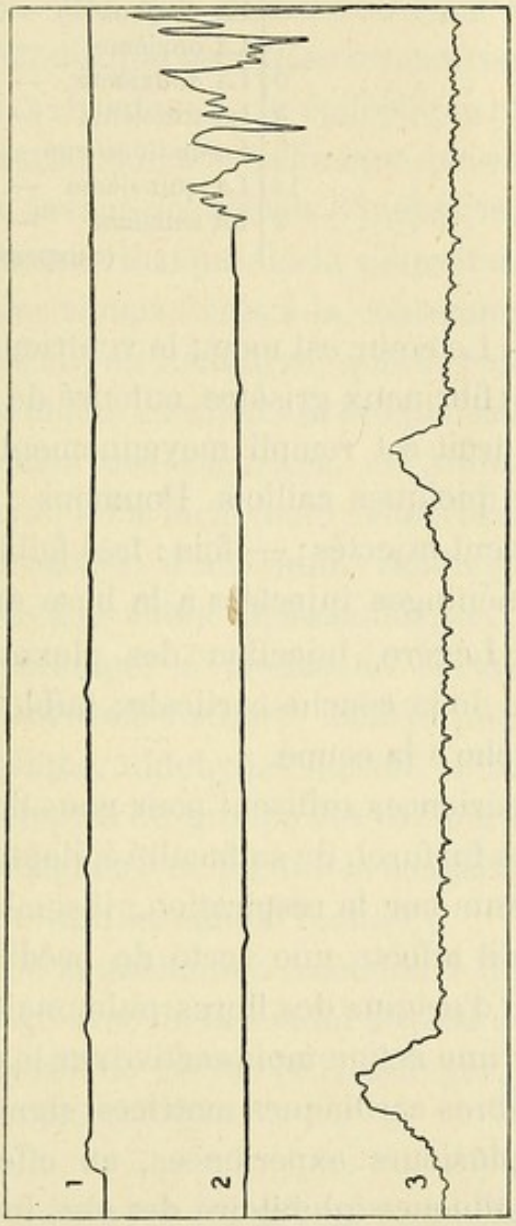


III. Furfurol : deuxième attaque.

Tracé d'une deuxième attaque épileptique.

cubes d'eau; 5 centimètres cubes d'eau sont encore injectés pour laver la sonde. A 6 h. 28 m., tenu debout pour éviter

les vomissements, il remue les pattes comme pour marcher. Mis à terre, il tombe sur le côté ; crie, aboie comme devant un ennemi ; hallucinations probables. La main passée devant



IV. Furfurol.

1. 2. Arrêt respiratoire final précédé de ralentissement (3) avec persistance momentanée des battements du cœur.

les yeux ne provoque pas l'occlusion des paupières. 6 h. 29 m., P. 110. R 14. Émission d'urines ; selles dures. 6 h. 40 m., P. 62. R. 10. Larges inspirations et chute rapide des parois thoraciques à l'expiration. 6 h. 43 m., P. 110. R. 11. 6 h. 46 m., P. 152. R. 7. Anesthésie complète. La pression sur la queue, le contact des paupières et de la cornée ne provoquent aucun réflexe. 6 h. 48 m., suspension de la respira-

tion. P. 82. A partir de ce moment les battements cardiaques comptés à l'aide d'un drapeau ont donné :

La première minute	19	La neuvième minute	6
La deuxième —	5	La dixième —	8
La troisième —	7	La onzième —	8
La quatrième —	0	La douzième —	11
La cinquième —	3	La treizième —	8
La sixième —	5	La quatorzième—	10
La septième —	14	La quinzième —	9
La huitième —	7	La seizième —	0

(Suspension définitive.)

Autopsie. — Le cœur est mou ; le ventricule gauche renferme un caillot fibrineux grisâtre, entouré de sang noirâtre. Le ventricule droit est rempli moyennement de sang noir diffluent et de quelques caillots. Poumons : *normaux;* — Reins : faiblement injectés; — foie : très faiblement injecté; — cerveau : méninges injectées à la base au niveau de la protubérance. Légère injection des plexus choroïdiens; légère injection de la couche corticale; faible pointillé de la substance blanche à la coupe.

Ces trois expériences suffisent pour nous donner une idée de la toxicité du furfurol, de sa faculté épileptisante et de son action si puissante sur la respiration ; il semble même, sous ce rapport, qu'il affecte une sorte de prédilection pour le noyau bulbaire d'origine des fibres pulmonaires, n'exerçant d'autre part qu'une action moins active sur le noyau bulbaire d'origine des fibres cardiaques motrices, signalé par M. Laborde. Dans plusieurs expériences, en effet, nous avons constaté une influence inhibitoire des plus manifestes sur le poumon. La respiration s'arrête, mais le cœur continue à battre, et ce qui est assez rare sur le chien, après la suspension de tout mouvement respiratoire, les battements cardiaques continuent pendant cinq, six, dix minutes comme dans l'expérience IV et même un quart d'heure comme dans l'expérience V.

Dans un travail récent sur le furfurol, M. Lépine, ignorant

nos recherches, est arrivé à des résultats analogues aux nôtres en ce qui concerne les troubles respiratoires et circulatoires, mais un peu différents pour les phénomènes moteurs. Il n'a noté, en effet, que des *convulsions passagères des quatre pattes* tandis que les tracés démontrent nettement que les convulsions suivent un cycle épileptique bien défini, qu'au stade tonique succède le stade clonique, puis la résolution (1).

Ce que nous savons des alcools d'industrie, nous explique, sans doute, l'action toxique de la plupart des eaux-de-vie, des cognacs, des rhums livrés à la consommation. Tous ces spiritueux ne sont, en définitive, que des alcools dits supérieurs, plus ou moins adroitement aromatisés, mais la fraude nous réserve bien des surprises, et comme preuve c'est l'analyse récente, qu'a bien voulu nous communiquer notre collègue M. Pouchet, d'un rhum vendu par une maison anglaise comme pur rhum de la Jamaïque.

L'analyse chimique a permis de déclarer la présence des composés suivants : alcools méthylique, isopropylique, allylique, amylique, aldéhydes (acétal, méthylal, acétone), produits aromatiques du groupe des camphres. Ces résultats permettent d'assigner à ce produit la composition d'un alcool d'industrie très insuffisamment rectifié.

On a soumis à la distillation fractionnée (après avoir alcalinisé le mélange avec de la soude) $2^{lit},500$ de ce rhum et, à l'aide d'un appareil de Le Bel et Henninger, on a fractionné les produits de distillation.

Expérience faite avec les premiers produits de condensation recueillis à 79° (très riches en alcool méthylique, aldéhyde et acétone).

Petite chienne du poids de $10^{kg},200$.

A 3 h. 10 m., injection par la sonde œsophagienne de 125 centimètres cubes du liquide. Au bout de dix minutes,

(1) Lépine, *Sur l'action du furfurol;* communication à la Société de biologie, seance du 2 juillet 1887.

l'animal est absolument incapable de se tenir debout, il est dans un état d'ivresse complète.

A 3 h. 35 m.,vomissements, selle diarrhéique. L'animal est assez calme, mais incapable de se soutenir lorsqu'il cherche à se relever. Résolution complète.

A 4 h. 15 m., vomissements sanguinolents. L'animal reprend de l'énergie et commence à exécuter quelques mouvements pour se redresser. A 5 heures, il est debout et marche avec assez de facilité. Il n'a présenté de particulier qu'une certaine incoordination des mouvements du train postérieur qui persiste encore, assez accentuée, à 7 h. 30 m.

Sitôt remis sur pattes, l'animal a bu abondamment et s'est mis à caresser tout le monde.

Expérience faite avec les produits de condensation recueillis entre 82 *et* 88°. (L'alcool isopropylique bout à 83°.)

Petit chien griffon du poids de $7^{kg},700$.

A 2 h. 45 m., injection par la sonde œsophagienne de 100 centimètres cubes de liquide. A 3 heures, le chien est dans un état complet d'ivresse; il titube et bute violemment contre les meubles et les murs. Il grogne et se retourne comme pour mordre lorsqu'on le touche.

A 3 h. 05 m., parésie très marquée du train postérieur. Après quelques efforts, l'animal tombe sur le flanc et entre dans une période d'excitation. Il est agité de mouvements convulsifs, l'œil est hagard, et il pousse des cris inarticulés comme un chien qui rêve. Deux vomissements de matière glaireuse et une selle diarrhéique. A 3 h. 15 m., attaque épileptiforme, renversement de la tête en arrière, contracture assez intense des muscles du rachis, la langue est pendante et mordue entre les dents, membres antérieurs dans l'extension forcée et agités de tremblements fibrillaires. Pupilles fortement contractées.

A 3 h. 25 m., plusieurs vomissements sanguinolents et une selle diarrhéique. Le calme vient peu à peu et l'animal

s'endort. La respiration est stertoreuse : dyspnée très marquée.

A 7 heures et demie, l'animal est dans le coma. La respiration est toujours stertoreuse avec dyspnée intense et contractions pénibles et violentes du diaphragme (respiration diaphragmatique). L'animal n'a pas fait un mouvement depuis le moment où il s'est endormi.

Telle est cette analyse appuyée sur l'expérimentation qui nous signale les méfaits d'une drogue revêtue de l'alléchante étiquette de rhum de la Jamaïque. D'après ce que nous savons de l'alcool isopropylique, d'après les recherches de Dujardin-Beaumetz et Audigé, cet alcool ne paraît pas devoir être considéré comme la cause des convulsions ; il est probable que ce rhum renferme un autre poison sans que nous puissions songer au furfurol dont le point d'ébullition dépasse de beaucoup 88° (1).

C. Liqueurs ; bouquets. — Les liqueurs autrefois étaient le produit de la distillation d'alcool de vins tenant en dissolution des substances aromatiques. Nous sommes bien loin aujourd'hui de cette pratique des premiers temps ; l'industrie ne s'accommode plus de ces soins minutieux, de ces longues préparations, elle va droit au but ; des essences sont mises en présence d'alcools, on ajoute un mélange sucré et tout est dit. Suivant les doses des essences, on obtient des liqueurs demi-fines, fines, superfines, extrafines, etc. Les alcools de mauvais goût se trouvent masqués par les bouquets, on n'a même plus à se préoccuper de leurs qualités ; si bien que les liqueurs les plus parfumées sont fabriquées habituellement avec les plus mauvais alcools. Parmi les essences ou les bouquets, les uns sont inoffensifs, les autres, au contraire, sont des poisons violents. Nous allons faire connaître quelques-uns de ces bouquets, nous réservant de compléter l'enquête dans une seconde communication.

(1) Dujardin-Beaumetz et Audigé, *loc. cit.*, p. 152.

a. Absinthe. — Depuis les premières recherches expérimentales sur la liqueur d'absinthe faites à Bicêtre avec le regretté Marcé, cette étude s'est complétée et l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe — à savoir l'alcool produisant l'ivresse avec la perte du sentiment et du mouvement, l'absinthe déterminant des attaques convulsives — est un fait généralement connu aujourd'hui (1) ; il a fourni, d'ailleurs, au législateur un puissant argument pour frapper la liqueur d'absinthe d'un impôt beaucoup plus lourd ; nous ajouterons qne cette mesure fiscale avait eu, au début, comme résultat hygiénique, la diminution, en France, et particulièrement à Paris, du nombre des cas d'absinthisme ; aujourd'hui, avec les progrès de l'alcoolisme, les absinthiques se montrent de nouveau plus nombreux,

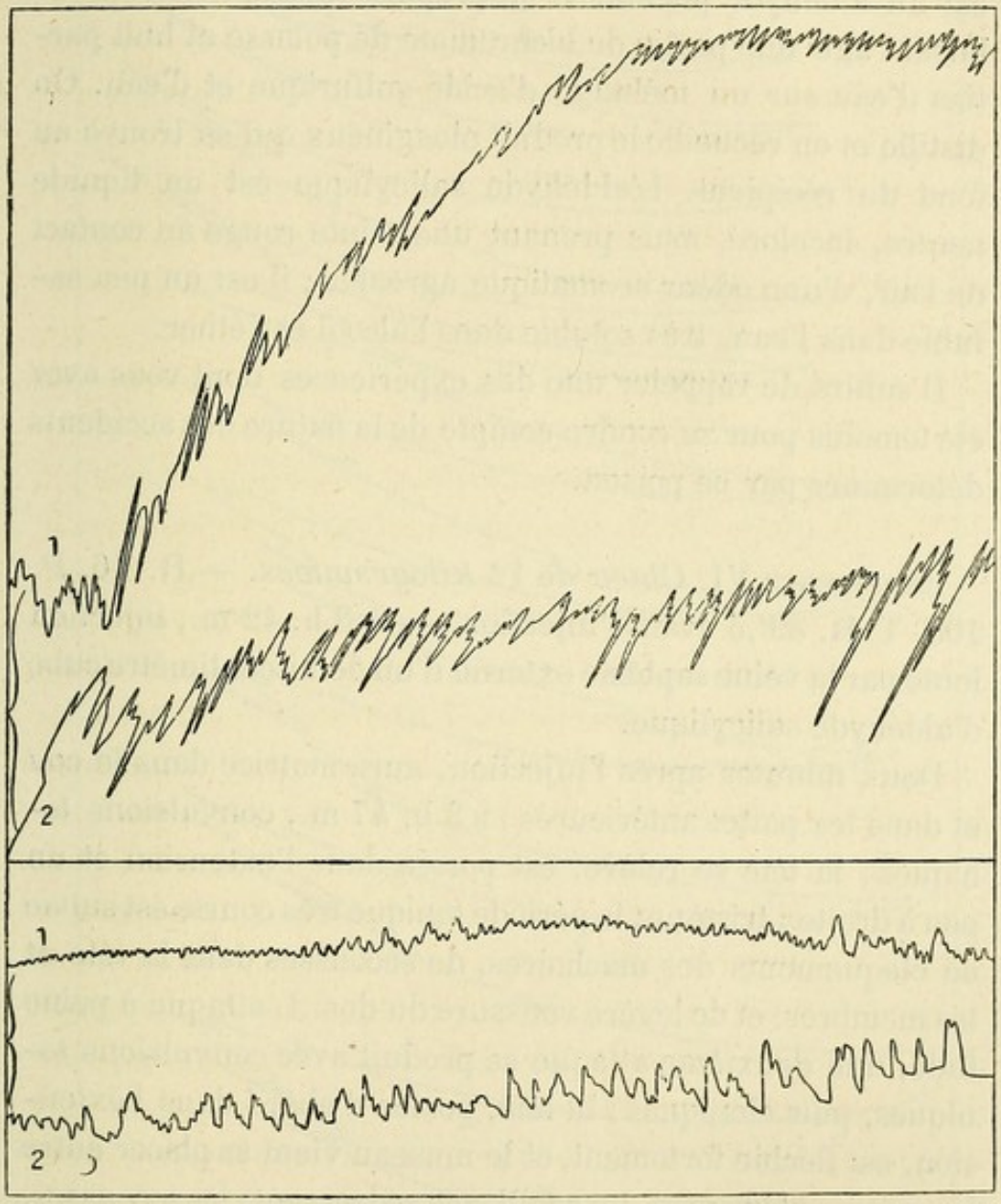
Dans la séance de contrôle au laboratoire de physiologie de M. Laborde, où la Société a été conviée, nous avons répété ces expériences comparatives et vous avez vu combien est énergique l'action de l'absinthe. Les tracés obtenus sous vos yeux fournissent la démonstration péremptoire qu'il s'agit bien là de l'attaque épileptique. Du reste, depuis 1864, la clinique n'a pas cessé de fournir de nouvelles preuves en faveur de ces données expérimentales. Toutefois, M. Lancereaux a rapporté quatre cas dans lesquels des buveurs d'absinthe avaient présenté des accidents hystériformes, plutôt qu'épileptiformes. Sans entrer, en ce moment, dans la discussion de ces faits exceptionnels, nous dirons cependant que les falsifications sont telles que certaines liqueurs dites d'absinthe peuvent renfermer d'autres substances, et notamment le salicylate de méthyle, produisant des accidents convulsifs différents de l'épilepsie.

b. Vermout, bitter, essence de reine des prés, aldéhyde

(1) Magnan, *Accidents déterminés par la liqueur d'absinthe.* Unio méd., 4 et 9 août 1864. — *Épilepsie acoolique; action spéciale de l'absinthe.* Compte rendu et mém. de la Soc. de biol., t. IV, 4e série, 1868, p. 156.

salicylique. — L'essence de reine des prés entrant dans la composition du vermout et du bitter, les fabricants lui subs-

V. Aldéhyde salicylique.



Deux attaques épileptiques subintrantes. (Les deux tracés supérieurs se rapportent aux convulsions du tronc (thorax), et les deux tracés inférieurs, aux convulsions des membres) : 1. 1. Première attaque : tétanos respiratoires et des pattes. — 2. 2. Deuxième attaque : tétanos moins intense.

tituent un bouquet artificiel, l'aldéhyde salicylique, qui est un épileptisant moins actif que l'absinthe, mais donnant

lieu, toutefois, à dose plus élevée que celles-ci, à des accidents convulsifs analogues.

L'aldéhyde salicylique $C^{14}H^6O^4$—[$C^7H^6O^2$ (atomique)] découvert dans l'essence de reine des prés (*spirea ulmaria*), est un aldéhyde phénol. Il se prépare industriellement en faisant agir une partie de bichromate de potasse et huit parties d'eau sur un mélange d'acide sulfurique et d'eau. On distille et on recueille le produit oléagineux qui se trouve au fond du récipient. L'aldéhyde salicylique est un liquide neutre, incolore, mais prenant une teinte rouge au contact de l'air, d'une odeur aromatique agréable ; il est un peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool et l'éther.

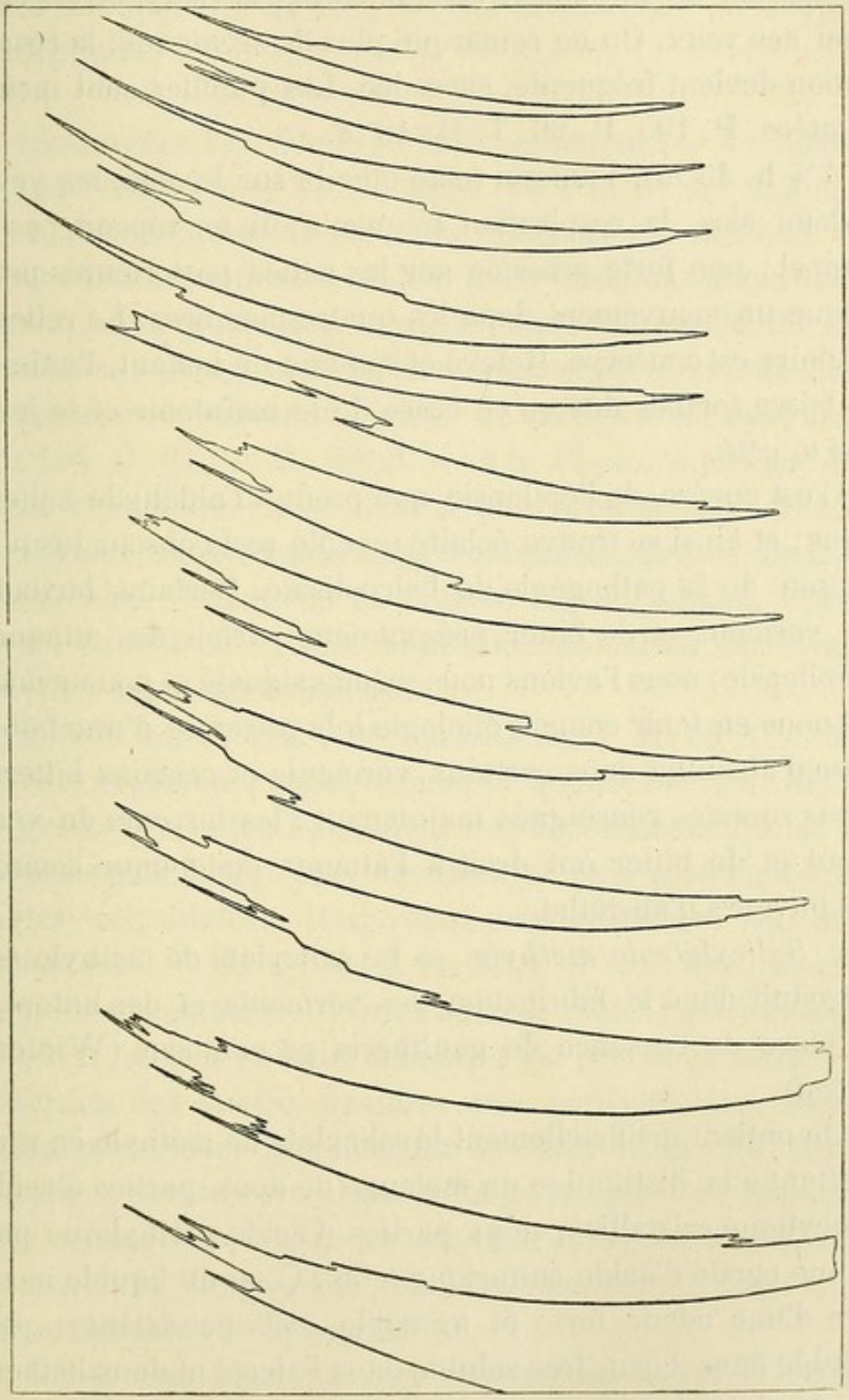
Il suffira de rappeler une des expériences dont vous avez été témoins pour se rendre compte de la nature des accidents déterminés par ce poison.

Expérience VI. *Chien de 12 kilogrammes.* — R. 16. P. 108. T. R. 39°,5 avant l'injection. — A 3 h. 42 m., injection lente par la veine saphène externe d'un demi-centimètre cube d'aldéhyde salicylique.

Deux minutes après l'injection, aura motrice dans le cou et dans les pattes antérieures ; à 3 h. 47 m., convulsions toniques ; la tête se relève, est portée dans l'extension et un peu à droite ; trismus ; la période tonique très courte est suivie de claquements des mâchoires, de secousses dans la tête et les membres, et de légère voussure du dos. L'attaque à peine finie, une deuxième attaque se produit avec convulsions toniques, puis cloniques ; la tête, portée d'abord dans l'extension, est fléchie fortement, et le museau vient se placer entre les pattes antérieures, les oreilles se redressent ; les secousses, d'abord petites, serrées, succèdent aux convulsions toniques, puis l'animal tombe dans la résolution ; la tête, soulevée, se laisse aller comme une masse inerte. Pendant toutes ces convulsions, les pupilles se sont légèrement dilatées, de l'écume sanguinolente recouvre les lèvres. Des secousses irrégulières

succèdent aux attaques, l'animal paraît accablé. A 3 h. 55 m., R. 40. P. 180. T. R. 40°,6.

VI. Acide salicylique.



Modifications des mouvements respiratoires après l'attaque : amplitude considérable

A 4 h. 20 m., résolution, anesthésie, la piqûre des pattes ne provoque aucun mouvement : l'introduction d'une sonde cannelée dans les narines ne donne lieu à aucun réflexe ; le contact de la conjonctive et de la cornée est suivi de l'occlusion des yeux. On ne remarque plus de secousses; la respiration devient fréquente, saccadée. Les pupilles sont moins dilatées. P. 190. R. 96. T. R. 40°,4.

A 4 h. 45 m., l'animal reste étendu sur le côté, les yeux à demi clos, la respiration fréquente; il ne répond pas à l'appel ; une forte pression sur les pattes postérieures provoque un mouvement dans les quatre membres. Le réflexe oculaire est conservé. Relevé et soutenu un instant, l'animal se laisse tomber dès qu'on cesse de le maintenir et se jette sur le côté.

C'est encore de l'épilepsie que produit l'aldéhyde salicylique; et ainsi se trouve éclairé un côté resté obscur jusqu'à présent de la pathogénie de l'alcoolisme. Certains buveurs de vermout et de bitter présentaient parfois des attaques d'épilepsie; nous l'avions nous-mêmes signalé et nous avions dû nous en tenir comme étiologie à la présence d'une faible dose d'absinthe dans certains vermouts et certains bitters. Nous sommes renseignés maintenant : les buveurs de vermout et de bitter ont droit à l'attaque épileptique comme les buveurs d'absinthe.

c. Salicylate de méthyle. — Le salicylate de méthyle est introduit dans la fabrication des vermouts et des bitters à la place de l'essence de gaultheria procumbens (Wintergreen).

On obtient artificiellement le salicylate de méthyle en soumettant à la distillation un mélange de deux parties d'acide salicylique cristallisé, deux parties d'acide méthylique pur et une partie d'acide sulfurique à 66°. C'est un liquide incolore d'une odeur forte et agréable, très persistante; peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool et dans l'éther. Sa dentité est de 1.18, son point d'ébullition est à 222.

Le salicylate de méthyle provoque aussi des convulsions, mais celles-ci ont une physionomie spéciale; elles se traduisent simultanément par la raideur et du tremblement; elles ne rappellent en rien le cycle méthodique de l'attaque épileptique.

Expérience VII. *Chien de 14 kilogrammes.* — 1 h. 43 m., avant l'expérience, T. R. 39°,6. — 1 h. 54 m., injection d'un demi-centimètre cube de salicylate de méthyle. Au bout de trente secondes raideur avec vibrations musculaires sur tout le corps; petites secousses dans les muscles du cou; excitation; yeux grands ouverts; regard porté de tous côtés; cris plaintifs; salivation. Odeur de salicylate à l'expiration. P. 104. R. 64. T. R. 39°,3. — 2 h. 17 m., injection d'un demi-centimètre cube; raideur plus accusée dans le train postérieur, avec tremblements musculaires; petites secousses en arrière. — 2 h. 20 m., repos. Aspect inquiet, regard porté de tout côté; bave blanchâtre s'écoulant des lèvres; pupilles légèrement dilatées.

2 h. 30 m., P. 112. R. 68, anhélante. T. R. 39°,1. — 2 h. 38 m., répond à l'appel, remue la queue. — 2 h. 38 m., injection d'un demi-centimètre cube; contracture et secousses plus fortes, plus étendues et plus prolongées. Pupilles très dilatées. Respiration très accélérée. Salivation abondante. P. 88. R. 74. T. R. 39°,1. — 3 h. 3 m. injection d'un demi-centimètre cube; l'animal, placé immédiatement à terre, ne peut se tenir debout, il est pris de raideurs tétaniformes des quatre membres avec prédominance dans le train postérieur; tremblement bilatéral de la tête; regard étrange, paraissant suivre un objet imaginaire; impossibilité de marcher; tentatives infructueuses pour se redresser et marcher. Respiration anhélante, accélérée; bave continuant à couler de la bouche.

Après cette crise, qui dure environ dix minutes, l'animal s'aplatit sur le ventre comme épuisé et dans une sorte de

résolution; puis il s'essaie à se remettre sur les jambes, et, après quelques tâtonnements, finit par marcher difficilement avec une certaine désharmonie du mouvement des pattes et comme s'il craignait de les poser par terre.

3 h. 20 m., vomissement de mucosités bilieuses et légèrement sanguinolentes. R. 120. Odeur prononcée de salicylate à l'expiration. A 3 h. 30 m., obtusion de la sensibilité. Photophobie marquée; dès qu'il aperçoit la lumière d'une bougie à 30 centimètres, il détourne la tête, cherche à fuir, se cache dans un coin obscur. Il boit avec avidité. Respiration de plus en plus anhélante asphyxique : 156. La langue devient violacée. A 4. 18 m., vomissement de sang.

Autopsie. — Cœur : En diastole; les deux ventricules sont remplis de caillots noirâtres. Poumons : violacés, marbrés. Les deux poumons crépitent. Le lobe inférieur est plus dense, noirâtre, très congestionné. Reins : légèrement injectés. Estomac : muqueuse rouge dans le voisinage du cardia. Intestins injectés. Vessie pleine. Odeur de salicylate se dégageant de la plupart des organes.

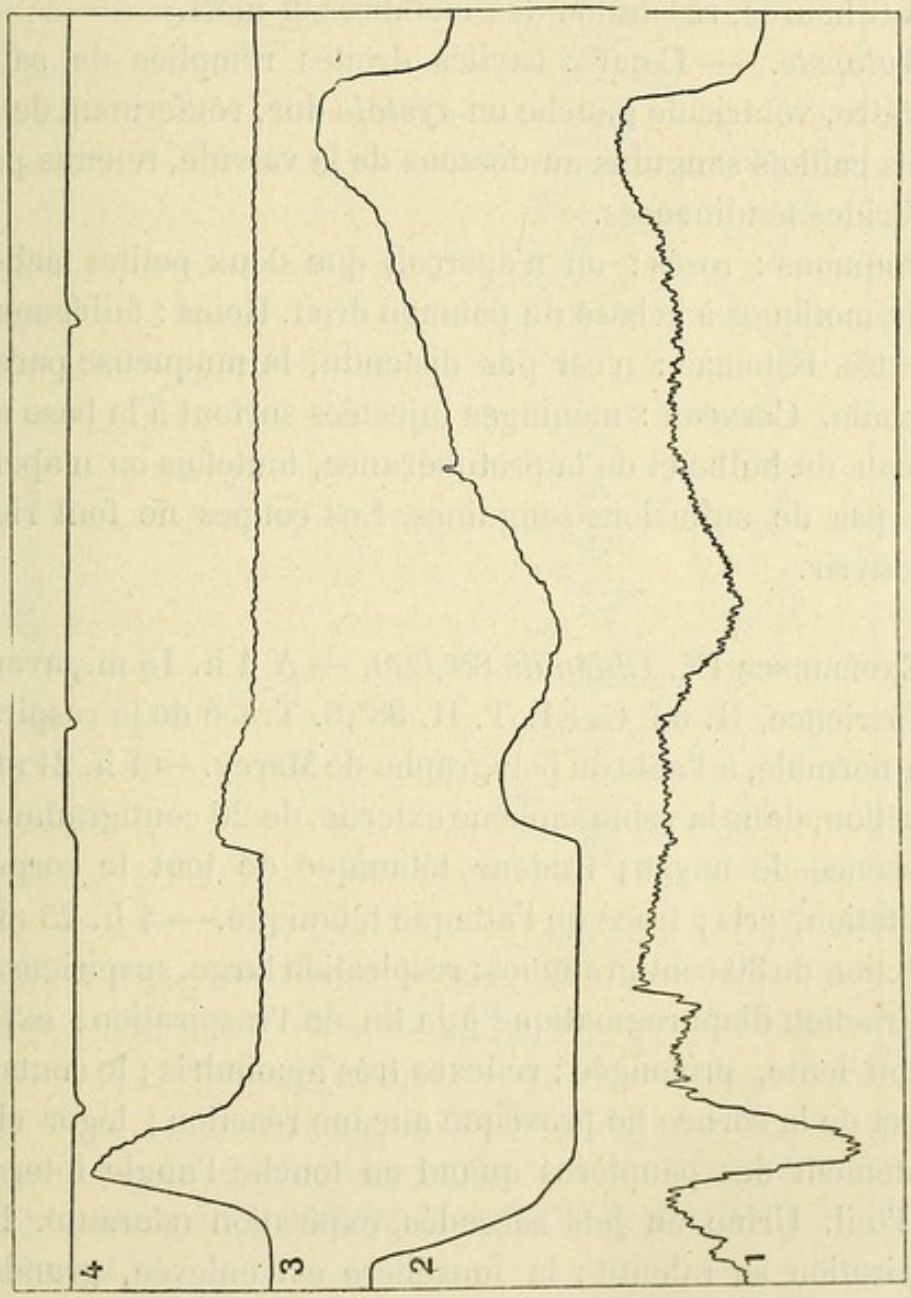
La raideur tétanique et le tremblement suivent toujours de près l'injection, et les phénomènes deviennent plus intenses tout en conservant les mêmes caractères avec les doses progressives du poison. Le pneumo-gastrique paraît plus particulièrement intéressé; avec les vomissements, nous voyons, en effet, des modifications considérables de la respiration. Des tracés recueillis pendant l'expérience donnent une idée nette des troubles moteurs et respiratoires.

d. Essence de noyau. — La liqueur de noyau, dont l'usage est assez répandu, renferme 5 grammes d'essence ou bouquet par litre. Ce bouquet est composé d'une petite quantité de benzonitrile et d'aldéhyde benzoïque. Ces deux corps seront étudiés isolément; mais voici deux expériences faites avec le produit complexe, d'ailleurs fortement toxique.

Expérience VIII. *Chien* de 7 *kilogrammes.* — A 5 h. 45 m., injection par la sonde œsophagienne dans l'estomac,

de 5 centimètres cubes d'essence de noyau mêlés à 5 centimètres cubes d'eau, puis on injecte encore 10 centimètres cubes d'eau. Quelques efforts de vomissement après l'injection.

A 5 h. 50 m., raideur tétanique des quatre pattes, trismus, déviation conjugée des yeux en haut et en dehors avec léger nystagmus; emprosthotonos; la tête, fortement fléchie vient



VII. Essence de noyau.

1, 2. Période convulsive : deux attaques tétaniques, successives. 3, 4. Période ultime : arrêt respiratoire, persistance momentanée avec diminution progressive des battements du cœur. (Expérience VIII.)

se placer entre les pattes antérieures. La contracture persiste deux minutes dans les pattes, mais le trismus continue

avec la contraction tétanique des muscles zygomatiques qui portent fortement en arrière les deux commissures labiales. La respiration se ralentit, les battements cardiaques continuent, mais plus lentement. Au bout de quelques minutes (4 à 5), la respiration s'arrête et il se produit à quinze ou vingt secondes d'intervalles, de larges inspirations. Le cœur continue à battre.

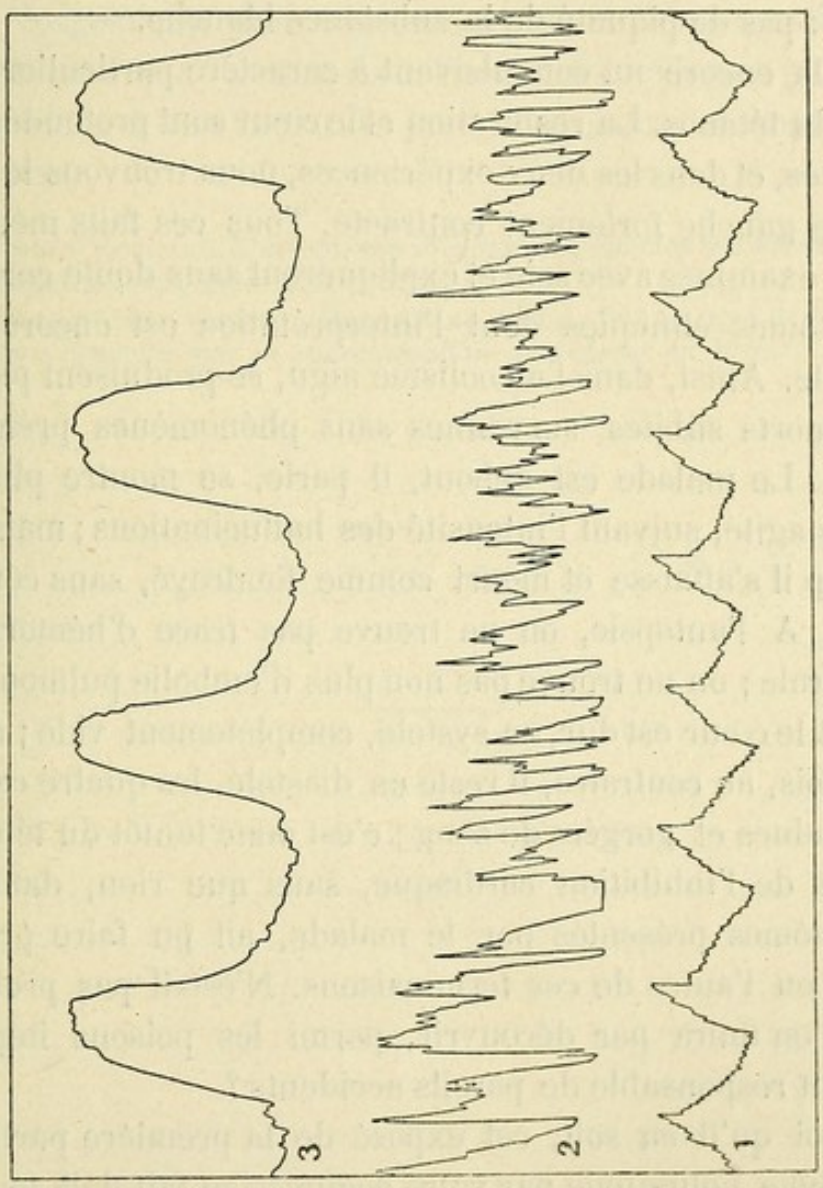
A 6 heures, résolution des membres et mort.

Autopsie. — Cœur : cavités droites remplies de sang noirâtre, ventricule gauche en *systole* dur, renfermant deux petits caillots sanguins au-dessous de la valvule, retenus par les brides tendineuses.

Poumons : rosés ; on n'aperçoit que deux petites taches ecchymotiques à la base du poumon droit. Reins : faiblement injectés. Estomac : n'est pas distendu, la muqueuse paraît normale. Cerveau : méninges injectées surtout à la base au niveau du bulbe et de la protubérance, toutefois on n'aperçoit pas de suffusions sanguines. Les coupes ne font rien découvrir.

Expérience IX. *Chien de* 8^{kg},600. — A 4 h. 15 m., avant l'expérience, R. 36. C. 84. T. R. 38°,8. Tracé de la respiration normale, à l'aide du polygraphe de Marey. — 4 h. 21 m., injection, dans la veine saphène externe, de 20 centigrammes d'essence de noyau; raideur tétanique de tout le corps ; excitation, cris ; tracé de l'attaque tétanique. — 4 h. 25 m., injection de 30 centigrammes ; respiration large, suspirieuse ; contraction diaphragmatique à la fin de l'inspiration ; expiration lente, prolongée ; réflexes très amoindris ; le contact direct de la cornée ne provoque aucune réaction ; léger clignotement des paupières quand on touche l'angle interne de l'œil. Urine en jets saccadés, expiration odorante. La respiration se ralentit ; la muselière est enlevée, grandes inspirations ; peu à peu, la respiration se rétablit, devient plus fréquente ; la sensibilité revient et les réflexes oculaires

se montrent de nouveau ; selles dures. — 4 h. 55 m., injection de 30 centigrammes. Au bout d'une minute environ, attaque tétaniforme, tracé musculaire et respiratoire. La respiration se ralentit et s'arrête promptement ; le cœur continue à battre ; un premier tracé est pris avec la pince cardiographique, puis un deuxième tracé à l'aide d'une aiguille plantée dans le cœur ; les battements cardiaques ont



VIII. Essence de noyau.

1. Tracé normal de la respiration et du cœur. — 2. Premières modifications respiratoires et cardiaques après l'injection. — 3. Période de ralentissement respiratoire. (Expérience IX.)

continué environ huit minutes après la cessation de la respiration.

Autopsie. Poumons : marbrures rougeâtres sur tous les lobes, léger emphysème marginal. A la coupe, on ne voit

pas d'épanchement, mais une vive injection par places ; odeur pénétrante de noyau. Cœur : ventricule droit distendu par des caillots noirâtres diffluents ; ventricule gauche contracté ne renfermant qu'un peu de sang fluide ; pas de tache ecchymotique sous l'endocarde ni le péricarde. Foie légèrement injecté. Reins : légère injection. Cerveau : légère injection méningée. La couche corticale est d'un rose un peu foncé : pas de piqueté de la substance blanche.

Voilà encore un convulsivant à caractère particulier ; ici c'est du tétanos. La respiration et le cœur sont profondément troublés, et dans les deux expériences, nous trouvons le ventricule gauche fortement contracté. Tous ces faits méritent d'être examinés avec soin et expliqueront sans doute certains symptômes cliniques dont l'interprétation est encore très difficile. Ainsi, dans l'alcoolisme aigu, se produisent parfois des morts subites survenues sans phénomènes prémonitoires. Le malade est debout, il parle, se montre plus ou moins agité, suivant l'intensité des hallucinations ; mais tout à coup il s'affaisse et meurt comme foudroyé, sans convulsions. A l'autopsie, on ne trouve pas trace d'hémorragie cérébrale ; on ne trouve pas non plus d'embolie pulmonaire ; tantôt le cœur est dur, en systole, complètement vide ; d'autres fois, au contraire, il reste en diastole, les quatre cavités distendues et gorgées de sang ; c'est donc tantôt du tétanos, tantôt de l'inhibition cardiaque, sans que rien, dans les symptômes présentés par le malade, ait pu faire prévoir l'une ou l'autre de ces terminaisons. N'est-il pas probable que l'on finira par découvrir, parmi les poisons ingérés, l'agent responsable de pareils accidents ?

Quoi qu'il en soit, cet exposé de la première partie de l'enquête poursuivie par votre commission fait déjà toucher du doigt la gravité du mal, et nous montre avec quels persistants efforts un industrialisme avide s'acharne contre la santé de tous ; car il ne faut pas l'oublier, l'alcoolisme des parents engendre chez les enfants des affections nerveuses

durables, affections qui se transmettent à leur tour, si bien que l'ivrogne, non seulement remplit nos asiles, mais encore en devient pour l'avenir le triste pourvoyeur.

L'alcoolisme est donc une véritable calamité publique, et c'est ainsi que l'a envisagé M. Jules Rochard (1), dans son travail si instructif sur le rôle de l'alcool dans les sociétés modernes ; c'est ainsi que le considère également M. Claude (des Vosges) (2), dans son consciencieux rapport au Sénat, et c'est ainsi que l'a compris la Société de médecine publique en portant à son ordre de jour cette grave et importante question.

(1) Jules Rochard, L'alcool, son rôle dans les sociétés modernes (*Revue des Deux-Mondes*, avril 1886, p. 871).

(2) Claude (des Vosges), Rapport au Sénat, fait au nom de la Commission. *Enquête sur la consommation de l'alcool en France*, février 1887.

VI

TROIS CAS DE COCAÏNISME CHRONIQUE (1)

De nombreuses recherches physiologiques ont été déjà faites sur l'action de la cocaïne, et MM. Laborde, Lafont et Richet nous ont fait connaître ici même le résultat de leurs expériences.

D'autre part, les chirurgiens se sont empressés de mettre à profit son action analgésiante locale pour des opérations sur l'appareil génito-urinaire, sur les yeux, la bouche, etc. On a longuement insisté sur les accidents immédiats qui peuvent suivre les injections de cocaïne, surtout chez les sujets qui n'en font pas un usage habituel; mais les phénomènes résultant de l'emploi prolongé de la cocaïne sont un peu moins connus et il y aurait peut-être quelque intérêt à rapporter trois cas de cocaïnisme chronique observés récemment par nous. Cette communication nous permettra d'insister sur quelques symptômes qui paraissent plus particulièrement caractériser l'empoisonnement chronique par la cocaïne.

Observation I. — M. V..., négociant, quarante-huit ans, commence en 1876 à user du chlorhydrate de morphine pour des coliques néphrétiques. — Très modéré pendant deux ans, il garde de longs intervalles d'abstinence. Il recommence en 1878 dans une phase de tristesse et continue sans interruption pendant huit ans, à la dose

(1) En collaboration avec M. Saury. (*Compt. rend. de la Société de Biologie ;* 9e série, t. I, p. 60, février 1889.)

moyenne de 0 gr. 30 par jour, sans autres troubles que les malaises habituels de l'abstinence, quand par hasard il en néglige l'emploi une partie de la journée.

En 1886, pour se débarrasser de la morphine, il a recours au chlorhydrate de cocaïne; mais, comme le font habituellement ces malades, il n'abandonne pas la morphine et il porte, en quelques semaines, la cocaïne à 0 gr. 50 et bientôt à 1 gramme. Phénomènes euphoriques (sentiment de bien-être, aptitude plus grande au travail) après chaque injection de cocaïne.

Au bout de deux mois, apparaissent les premiers symptômes de l'action prolongée de la cocaïne; illusions visuelles : il croit voir remuer des objets qui l'entourent; un vide-poche appliqué au mur s'élève et descend; hallucinations auditives : il entend la nuit frapper près de sa chambre; ce sont, dit-il, des bruits effrayants. Hallucinations de la sensibilité générale : il croit retirer de la langue de *tout petits vers noirs*. Hyperexcitabilité neuro-musculaire : secousses musculaires dans les membres, crampes.

Pendant une suspension de la cocaïne, de six mois, tous ces phénomènes cessent, malgré la continuation de la morphine.

Puis la cocaïne est reprise à la dose quotidienne de 1 gr. 50 et 2 grammes; au bout de trois mois, survient du délire hallucinatoire assez actif, mais toutefois beaucoup moins que dans l'éthylisme et l'absinthisme.

Il voit des ombres grimaçantes : un essaim d'abeilles l'environne, une tortue qui fait des signes. Tous ces objets lui paraissent plus petits : chevaux, chiens, de même les sujets qui font l'objet des hallucinations.

Il sent la mauvaise odeur d'un gaz qu'on lui fait respirer.

Il perçoit de petits chocs sur l'épaule, il sent des corps étrangers sous la peau, recherche dans les abcès des « microbes du choléra ».

La sensibilité à la douleur est très émoussée : un couteau, des clefs, des aiguilles sont introduits sans souffrance dans l'anus pour « se donner de l'air »; il a, dit-il, le corps plein de gaz.

Il affirme avoir senti un peu les piqûres d'aiguille.

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire s'est traduite par des tremblements, des convulsions partielles, et plus tard une attaque nocturne avec morsure de la langue.

Observation II. — M. T..., pharmacien, quarante-quatre ans, migraineux.

Injection de morphine en 188[illegible], pour des coliques hépatiques.

Pendant trois ans, habitudes morphiniques, avec injections quotidiennes de 40 à 50 centigrammes sans accidents notables.

En 1887, il commence l'usage de la cocaïne pour pouvoir plus facilement abandonner la morphine, dont les doses s'abaissent jusqu'à 10 centigrammes, tandis qu'il s'injecte 2 grammes de cocaïne.

Au début, M. T. éprouve du bien-être après chaque injection de cocaïne; plus tard, il survient de l'excitation et de l'insommie, qu'il s'efforce de conjurer par de fortes doses de morphine.

Au bout de quelques mois surviennent des secousses musculaires.

En avril 1888, quatorze mois environ après le début de la cocaïne, se produit brusquement une attaque épileptique dans l'escalier.

En mai, deuxième attaque d'épilepsie.

Au commencement de juin, il survient pendant une demi-heure une série d'attaques épileptiformes.

En juillet, nouvelle série d'attaques épileptiformes.

On voit se développer en même temps des hallucinations de la sensibilité générale; tout son corps est envahi par la vermine; l'air, les vêtements, les objets qui l'entourent sont couverts de microbes; il se déchire la peau et cherche les microbes au fond de la plaie avec les ongles ou l'extrémité d'une épingle.

En août, suppression graduelle de la cocaïne et disparition de tous les troubles sensoriels.

Observation III. — M. R..., médecin, trente-neuf ans, commence en 1872 l'emploi du chlorhydrate de morphine contre des céphalalgies rebelles; il arrive jusqu'en 1887 sans accidents fâcheux, quoique portant parfois la dose jusqu'à 1 gramme.

A cette époque (1887), pour se débarrasser de la morphine, il emploie la cocaïne; il parvient ainsi à réduire notablement la morphine jusqu'à 0 gr. 10 centigrammes, mais la cocaïne est bientôt portée jusqu'à 2 grammes.

Quelques mois après, hallucinations de la vue et de l'ouïe. On l'appelle par son nom, il voit dans la rue des individus qui regardent son logement et se disposent à pénétrer; il réveille sa femme, qui ne voit personne.

Il aperçoit aussi des têtes qui grossissent et diminuent successivement.

Il sent sous la peau des cristaux de cocaïne; il se racle la langue, s'écorche avec les ongles les mains et le visage, pour enlever, dit-il, les cristaux qui le gênent.

Il est légèrement analgésié, mais il perçoit toujours un peu les piqûres d'aiguille; celles-ci sont à peine sensibles quand il pique dans le voisinage d'une première piqûre.

Quelques crampes se montrent dans les jambes.

Le symptôme prédominant chez ces trois malades est fourni par la sensibilité générale. Chez les trois, en effet, les hallucinations de la sensibilité générale ont pour caractère particulier de faire naître la sensation d'un corps étranger sous la peau. Le premier, raclant sa langue, s'imagine en voir sortir de petits vers noirs; il fouille, en outre, dans les

abcès, pour en retirer les microbes du choléra. Le deuxième, le pharmacien, s'écorche la peau, et, fouillant au fond de la plaie, en retire des microbes avec l'ongle ou la pointe d'une épingle. Le troisième, le médecin, s'acharne à la recherche de cristaux de cocaïne sous la peau. Dans une observation rapportée par le docteur Jennings, le malade cherchait également des vers sous la peau.

Ces troubles de la sensibilité de la peau qui se sont montrés chez les trois malades ont également été les premiers à se développer; les hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat sont venues plus tard. Tous ces phénomènes indiquent une action de la cocaïne, s'exerçant d'arrière en avant sur l'écorce des hémisphères cérébraux, des centres préposés à la sensibilité générale aux centres sensoriels (vue, ouïe, odorat), puis encore aux centres pyschomoteurs. Le trouble des idées (région antérieure), le délire sont consécutifs aux hallucinations.

Les hallucinations sensorielles peuvent être généralisées, mais elles sont beaucoup moins actives que dans le délire alcoolique et absinthique.

La morphine donne exceptionnellement lieu à des hallucinations, et, le plus souvent, ces phénomènes se développent sur des sujets prédisposés, capables conséquemment de présenter des troubles sensoriels sous l'influence des causes les plus diverses.

L'analgésie était peu accusée chez les trois malades; toutefois, certaines régions étaient moins sensibles, et l'un d'eux a pu, sans grande souffrance, s'introduire dans l'anus un couteau et des aiguilles.

Enfin, des attaques épileptiques ont frappé les deux premiers malades; le troisième n'a eu que des crampes. Les épilepsies toxiques, quand il n'existe pas de prédisposition, disparaissent généralement avec la cause, et nos deux épileptiques par la cocaïne, une fois délivrés du poison, n'ont plus présenté d'accidents convulsifs.

COCAÏNISME PAR APPLICATION SUR DES PLAIES DE COMPRESSES IMBIBÉES D'UNE SOLUTION DE COCAÏNE (1)

Je demande la permission d'insister sur les deux signes les plus importants du cocaïnisme chronique. L'un appartient aux troubles moteurs, c'est l'attaque épileptique qui disparaît avec la cessation du poison ; l'autre est d'ordre psychique et se traduit par des troubles de la sensibilité générale, qui, dans cette intoxication, tiennent le premier rang parmi les troubles sensoriels ; les hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, sont beaucoup moins actives et passent au second plan ; c'est l'inverse pour l'alcoolisme dans lequel les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont les phénomènes prédominants. Dans le cas de M. Jennings, les troubles de la sensibilité générale étaient aussi très accusés.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer un cas dans lequel la sensibilité générale à fait presque entièrement tous les frais. Il s'agit d'une dame de 35 ans, éminemment nerveuse, impressionnable, d'une sensibilité extrême et dont les dispositions névropathiques se sont trouvées accrues par une longue et douloureuse maladie. Depuis plusieurs mois, en effet, des abcès se développaient sur différentes parties du corps et s'accompagnaient de vives douleurs pour lesquelles on avait conseillé des applications de compresses imbibées d'une solution de cocaïne. Elle continuait ses applications cocaïniques depuis six semaines, quand j'ai été appelé auprès d'elle. Elle était très anxieuse, gémissait et se préoccupait vivement de petites taches noires que présentait l'épiderme déchiré autour des ongles ; elle arrachait avec effroi ces petits fragments noirâtres qu'elle prétendait être les insectes qu'elle sentait sous la peau et qui la rongeaient.

(1) MAGNAN, Discussion sur le cocaïnisme. (*Ann. médico-psychol.*, t. IX, 7me série, p. 454. Mai 1889.)

Elle apercevait aussi sur les vêtements et s'efforçait d'enlever tout brin de laine ou de soie qui paraissait un peu noir. Éclairé par les observations précédentes, je demande si on n'a pas fait d'injections cocaïniques et, après une réponse négative, on ajoute cependant qu'on recouvre les surfaces ulcérées des abcès de linges trempés dans une solution de cocaïne.

VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

(OBSERVATIONS COMMUNIQUÉES A LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.)

Alcoolisme chronique; impulsion suicide, hérédité morbide; pleuro-pneumonie de cause traumatique; stéatose et cirrhose du foie et des reins; dégénérescence graisseuse du cœur et péricardite chronique avec adhérences des deux feuillets du péricarde; gastrite; méningite chronique. (1)

Alphonse L..., âgé de 50 ans, ouvrier en sacs à papier, entre à Sainte-Anne le 11 novembre 1876. Ce malade, dont le père et le frère, adonnés aux boissons fortes, se sont suicidés, fait depuis longtemps des excès de vin et quelquefois d'eau-de-vie. A plusieurs reprises il a été pris de mélancolie avec hallucinations pénibles qui le poussaient à se donner la mort, ce qu'il a déjà plusieurs fois tenté de faire.

Au commencement de novembre, après de nouveaux excès, il perd le sommeil, est pris de cauchemars, de rêves effrayants, devient triste et inquiet. La vie lui est à charge et il s'efforce d'en finir en avalant un litre d'eau-de-vie et de la glycérine. Cette tentative d'empoisonnement produit une ivresse passagère après laquelle L..., incité plus que jamais au suicide par ses idées délirantes, se précipite du haut d'un meuble à terre, et se fait au bras une contusion énorme suivie de phlegmon, et au côté droit de la poitrine une contusion profonde qui s'accompagne bientôt de pleuro-pneumonie. Six jours après, L... succombe aux suites de cette complication pulmonaire.

(1) MAGNAN, Dégénérescence graisseuse et cirrhose de la plupart des organes dans un cas d'alcoolisme chronique. (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, t. III, 6e série, 19 novembre 1876, p. 348.)

Autopsie. — Les vaisseaux de la base du cerveau sont athéromateux et présentent par places de petites plaques jaunâtres ; les méninges épaissies, opalines en quelques endroits, n'affectent aucune adhérence avec la couche corticale. Celle-ci est jaunâtre, mais les coupes successives des hémisphères de la protubérance du bulbe et du cervelet ne montrent, en aucun point, de lésion en foyer.

Le cœur, volumineux, est atteint d'hypertrophie concentrique. Le péricarde renferme 100 grammes environ d'un liquide citrin, il offre plusieurs plaques laiteuses à sa surface ; en deux endroits, au niveau de l'oreillette droite et à la pointe, les deux feuillets de la séreuse offrent des adhérences fibreuses assez résistantes. Les coupes des parois cardiaques font voir, surtout à droite, une première couche superficielle graisseuse, une deuxième couche jaunâtre de tissu musculaire fortement infiltré de graisse et la partie la plus interne un peu jaunâtre seulement. L'aorte d'une teinte jaunâtre générale montre par places de petites plaques plus foncées, mais non saillantes.

Le foie, un peu gros, est jaunâtre dans toute son étendue ; sa surface présente de petites irrégularités comme des grains de millet : à la coupe, il crie légèrement sous le couteau.

Les reins sont volumineux ; la couche corticale et les colonnes de Bertin sont d'un jaune pâle ; les pyramides de Malphighi elles-mêmes sont un peu jaunâtres ; par places, la surface de l'organe est déprimée et des tractus fibreux pénétrant dans l'épaisseur de l'organe forment des cloisons irrégulières.

Les tuniques de l'estomac sont épaissies ; la muqueuse est rouge, tuméfiée, surtout dans sa moitié gauche, sur les parties les plus déclives de la grande courbure où l'on voit des ulcérations et de petites hémorragies. Cet estomac rappelle de tout point l'estomac d'une chienne qui avait été soumise à l'action continue de l'alcool et dont les organes ont été présentés à la Société de Biologie.

Le poumon droit, tuméfié, présente une hépatisation grise dans les deux tiers supérieurs ; le lobe inférieur est congestionné, mais il crépite encore et surnage. Toute la surface de la plèvre costale est fortement injectée, surtout en arrière au niveau des 5e, 6e et 7e côtes, région qui, dans la chute, a subi un choc violent.

Le poumon gauche est sain, toute la surface pleurale est d'un rose pâle et contraste singulièrement avec la teinte rouge vif de la plèvre costale droite.

L'examen histologique du foie et des reins, fait par M. Gombault, permet de s'assurer, sur des coupes de portions d'organes durcis dans une solution d'acide chromique, de l'existence de la dégénérescence graisseuse et de la cirrhose du foie.

Les cellules, infiltrées de granulations et de gouttelettes de graisse, offrent le même degré d'altération dans toute l'étendue des lobules ; ceux-ci sont nettement dessinés, grâce à l'épaississement de la trame

conjonctive. Les coupes des reins montrent la même altération, mais à un plus faible degré.

Ce fait, sous le rapport anatomo-pathologique, est un exemple, en quelque sorte type, des désordres matériels issus de l'alcoolisme chronique. Tous les organes, foie, reins, cœur, cerveau sont envahis par la dégénérescence graisseuse. Celle-ci est très accusée dans le foie, qui est, de plus le siège d'une cirrhose commençante. Le tissu interstitiel des reins est également épaissi par places et participe, de son côté, à ce même travail d'irritation chronique. Quoiqu'il n'y ait rien de spécifique, dans ces lésions, néanmoins, par leur ensemble, elles acquièrent une grande valeur et permettent de remonter à la cause qui les a produites. L'examen à l'œil nu de ces organes suffit pour affirmer qu'ils appartiennent à un individu adonné aux boissons alcooliques; dans aucun autre empoisonnement, et dans aucune autre affection, on ne trouve ainsi associées sur plusieurs organes la stéatose et la sclérose interstitielle diffuse.

Nous signalerons encore la pleuro-pneumonie du côté droit; cette phlegmasie de cause traumatique, étendue à tout l'organe, est produite par un mécanisme différent de celui qui s'observe dans les cas de fractures de côtes directes ou indirectes, mais consécutives à des chocs limités; dans ces cas, on voit une pleurésie ou une pleuro-pneumonie peu étendue affectant, en général, la partie de l'organe voisine de la fracture qui est la cause unique de l'inflammation.

Chez une femme morte récemment dans le service, une pleurésie avec fausses-membranes et adhérences circonscrivait, dans une étendue de 15 centimètres environ, une fracture de la 3e côte gauche, et sur la portion du thorax qui a été détachée de la 2e à la 5e côte, on voit autour de la fracture des plaques néo-membraneuses plus épaisses à côté du foyer et allant en diminuant à mesure qu'elles s'en éloignent.

DEUX CAS DE PACHYMÉNINGITE A CARACTÈRES EXCEPTIONNELS (1)

Obs. 1. — *Habitudes alcooliques. — Paralysie générale, attaque épileptiforme suivie d'hémiplégie gauche; deuxième attaque épileptiforme suivie d'hémiplégie droite et d'aphasie; hématome double de la dure-mère comprimant les deux hémisphères; adhérences de la néo-membrane à l'arachnoïde et à la pie-mère.*

P... (Anne), âgée de 35 ans, couturière, entrée à Sainte Anne le 30 septembre 1879. Depuis quelques années elle a contracté des habitudes d'intempérance, et depuis un an, séparée de son mari, elle mène une vie très déréglée; vers cette époque. on a d'ailleurs remarqué de l'affaiblissement des facultés, un changement dans le caractère, des alternatives d'excitation et de colère, de sensiblerie et d'attendrissement que rien ne motivait. Peu à peu des idées de satisfaction se sont montrées, et vers le milieu de septembre, elle est restée paralysée du côté gauche à la suite d'une attaque épileptiforme.

Très hallucinée pendant les premières semaines de son séjour à l'asile, elle se montre effrayée, inquiète; elle aperçoit des animaux, des assassins, prétend qu'on la poursuit, qu'on veut la couper par morceaux; aussitôt après, elle raconte qu'elle est riche, vante, le sourire sur les lèvres, ses qualités physiques et morales, prétend qu'elle va se marier; elle est contente, joyeuse et ne paraît nullement choquée de la contradiction flagrante entre ses conceptions tristes et gaies qui se succèdent sans transition.

Ses facultés sont notablement amoindries, la mémoire a baissé, le jugement n'a aucune portée, la volonté est presque nulle.

La parole est hésitante, la pupille gauche est plus large.

Le côté gauche du corps est plus faible, il est aussi légèrement anesthésié; toutefois, les réflexes se montrent exagérés à un égal degré dans les membres inférieurs. Le 5 décembre, attaque épileptiforme; les convulsions, étendues dans tout le côté droit, gagnent à gauche les muscles de l'épaule et du cou seulement; la tête et les yeux se dévient à droite; après les secousses, les membres restent légèrement contracturés pendant quelques heures, puis le côté droit est complètement paralysé du mouvement.

Pendant l'attaque des sueurs profuses couvrent tout le corps; la T. R. donne 41 degrés, la T. A. 40 degrés, le pouls plein, résistant est à 152.

Le 6, la malade ne peut prononcer aucune parole, ne parait pas comprendre ce qu'on lui dit, tantôt elle gémit, tantôt elle sourit. Le côté droit est paralysé, le bras et la jambe soulevés retombent sur

(1) Magnan (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.*, t. II, 7me série, 17 juillet 1880, p. 252.)

le lit; la sensibilité est émoussée, les reflexes sont très développés des deux côtés.

T. R. le matin 38° 2; le soir 38° 4.

Le 7, quatre attaques épileptiformes de dix à onze heures du matin et la température rectale s'élève à 40 degrés.

Le 8, deux petites attaques dans la nuit, le matin la T. R. n'est qu'à 37° 4, le pouls à 92; le soir la T. R. est à 38° 2.

La malade ne peut pas parler, ou prononce des syllabes sans signification : « *mémé, ré ré ré.* » Quand elle sourit, la commissure gauche entraîne le côté droit; la paupière gauche est légèrement abaissée, le bras gauche est libre et jouit de tous les mouvements, le bras droit soulevé retombe sans force; les deux jambes ne peuvent être soulevées au-dessus du plan du lit; debout, elle penche du côté droit, mais les deux pieds traînent légèrement sur le sol; les réflexes restent très accusés des deux côtés.

Janvier et février 1881, P... très excitée par moments bouleverse sa chambre, déplace son lit, jette draps et matelas à terre, qu'elle replace pêle-mêle; elle crie et pleure; parfois, au contraire, elle paraît très contente.

Elle ne peut désigner aucun objet par son nom, répond : « *ellé el...lé* » en insistant sur la première syllabe à la plupart des questions qu'on lui pose; elle comprend ce qu'on lui dit, mais ne peut s'exprimer. De temps à autre elle prononce les mots « oui, monsieur », dits à propos.

La température prise régulièrement s'est montrée plus élevée le soir; et tandis que le matin, elle a varié entre 37 et 37, 8, le soir elle oscille entre 37, 6 et 38, 6, laissant en général 6 à 8 dixièmes de degrés entre les températures matinales et vespérales.

27 février. — Attaque épileptiforme étendue à tout le corps, après laquelle le côté droit reste plus faible. L'état mental avec l'aphasie ne subissent pas de changement notable.

5 juin. — Attaque épileptiforme très légère.

15 juin. — Pneumonie gauche à la base, s'accompagnant d'affaiblissement rapide. Elle meurt le 29 juin.

Autopsie. — La face interne de la dure-mère, dans sa portion correspondante à la convexité de chaque hémisphère, est recouverte par une néo-membrane épaisse, rouge, dans l'épaisseur de laquelle se trouve un hématome; celui du côté gauche plus étendu que celui de droite. Les deux néo-membranes, séparées par la faux du cerveau, ne tapissent pas la face interne des hémisphères, sauf à la partie antérieure où, glissant sous le bord inférieur de la faux cérébrale, elles sont réunies par une petite languette de deux centimètres de largeur. Des deux côtés, l'hématome non seulement s'applique sur l'hémisphère, qu'il comprime et refoule, mais encore sa paroi affecte les adhérences les plus intimes avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde

et avec la pie-mère, si bien que par son intermédiaire la dure-mère se trouve soudée aux deux autres méninges. Ces adhérences sont tellement intimes qu'elles ne cèdent qu'aux tractions un peu fortes et au grattage avec l'ongle. Du côté gauche, la surface adhérente ne mesure pas moins de 10 centimètres dans le sens antéro-postérieur et 5 à 6 centimètres transversalement; à droite elle a 6 centimètres sur 4; à ce niveau la néo-membrane est celluleuse, plus résistante, grisâtre et offre un degré plus avancé d'organisation. Dans le reste de l'étendue, la néo-membrane est libre par sa face profonde ou viscérale, comme dans la pachyméningite ordinaire. D'autre part, l'adhérence à la dure-mère est uniforme sur toute l'étendue de la néo-membrane, que l'on peut décoller par des glissements successifs du doigt. Les foyers des deux hématomes sont remplis par du sang noir et des caillots mous et noirâtres. La tente du cervelet et la dure-mère qui tapisse la base du crâne sont libres de toute néo-formation. La dure-mère et les hématomes enlevés, on voit les deux hémisphères déprimés dans les deux tiers antérieurs, le gauche avec une ensellure plus accusée que le droit. Le poids total de l'encéphale est de 970 gr.; seulement, l'hémisphère droit pèse 445 grammes, l'hémisphère gauche 360; le cervelet, la prohibérance et le bulbe 165.

Les méninges épaissies et opalines à la face convexe des hémisphères sont plus minces et presque transparentes au fond des grandes scissures; toutefois elle adhèrent à la couche corticale dans presque toute l'étendue des deux tiers des hémisphères : en arrière, les méninges se détachent sans entraîner la substance cérébrale. Sur le cervelet, il n'y a pas d'adhérences et les méninges s'enlèvent avec facilité.

Sur les deux hémisphères, le bord supérieur et l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal sont soudés au bord inférieur correspondant du lobe frontal; les méninges se sont accolées et présentent une certaine résistance à leur séparation.

L'épendyme est épaissi; il est recouvert de granulations dans les ventricules latéraux, et celles-ci, confluentes dans le 4e ventricule, se sont réunies par places, donnant un aspect réticulé à la membrane, surtout au niveau du bec des calamus.

Les coupes pratiquées sur toute l'étendue de l'encéphale révèlent un amincissement de la couche corticale, mais ne font pas découvrir de lésions en foyer.

L'examen microscopique dénote une organisation déjà très avancée du feuillet néo-membraneux accolé à l'arachnoïde et à la pie-mère; les capillaires ont une paroi régulière, sans bosselures, recouverte de noyaux allongés, et l'on voit dans la préparation de nombreux faisceaux ondulés de tissu conjonctif. La portion de néo-membrane qui confine à la dure-mère présente des capillaires irréguliers bos-

selés avec des noyaux moins allongés, quelques-uns arrondis de formation plus récente.

Des grains d'hématine et des cristaux d'hématoïdine se remarquent dans toute la préparation, et plus particulièrement au voisinage des vaisseaux.

Le cœur est petit, dense, et ne pèse quo 157 grammes; le péricarde viscéral est louche, recouvert par places de plaques laiteuses.

Le lobe inférieur du poumon gauche est le siège d'une hépatisation grise ; le tissu est friable, va au fond de l'eau ; le lobe supérieur est légèrement engoué. Le poumon droit est faiblement congestionné ; il crépite et les portions jetées dans l'eau surnagent. La plèvre présente à droite des fausses membranes et quelques adhérences celluleuses au niveau des lobes moyen et inférieur.

Les reins offrent de nombreux kystes, de volume variant depuis celui d'une lentille à celui d'un petit pois. La plupart sont remplis d'un liquide séreux transparent, et la paroi est recouverte d'un enduit jaunâtre pulvérulent ; d'autres contiennent un liquide sanguinolent.

La couche corticale et les pyramides de Bertin sont légèrement jaunâtres.

Le foie est jaunâtre, un peu gras.

Nous voyons dans cette observation une nouvelle cause d'aphasie dans la paralysie générale ; jusqu'ici ce syndrome s'est trouvé en rapport chez les paralytiques généraux avec des lésions maxima au niveau de l'insula et de la troisième circonvolution frontale gauche; la compression produite par une pachyméningite hémorrhagique peut également provoquer ce trouble du langage. Dans le fait qui vient d'être rapporté, il semble qu'on ne peut rattacher les deux hémiplégies brusques, successivement développées de l'un et de l'autre côté, qu'aux deux hémorrhagies méningées qui ont si violemment comprimé les hémisphères cérébraux. L'apparition brusque de l'aphasie et sa concomitance avec l'hémiplégie droite appartiennent assurément à l'hémorrhagie, les lésions de la couche corticale n'étant pas d'ailleurs au niveau de la zone motrice plus accusées que dans les autres parties de l'encéphale. Le développement considérable de l'hématome et la pression puissante exercée sur les hémisphères ont été, sans doute, les conditions favorables à la production des

adhérences établies entre la fausse membrane et les deux méninges sous-jacentes; celles-ci, du reste, par le fait seul de la maladie, étaient disposées à l'inflammation chronique.

Les hallucinations pénibles avec la frayeur et l'agitation de la malade, dans les premières semaines de son séjour à l'asile, ne doivent pas être comptées parmi les symptômes de la paralysie générale, mais ils relèvent directement des abus de boissons auxquels s'était livrée cette femme et constituaient ainsi des phénomènes surajoutés transitoires qui se sont amendés et ont disparu avec la cessation des abus de boissons. Toutefois, comme j'ai eu l'occasion de le signaler déjà chez les alcooliques chroniques qui finissent par tomber dans la paralysie générale, on peut voir persister jusqu'à une période avancée de la maladie des hallucinations pénibles qui rappellent l'intoxication du début.

Obs. II. — Alcoolisme chronique; choc sur la tête; pachyméningite hémorrhagique droite; suppuration de l'hématome; céphalalgie persistante; hémiplégie gauche, côté opposé à la néo-membrane et contracture du bras correspondant.

H. (Charles) 39 ans, entre le 4 juin 1880 à l'asile Sainte-Anne. Cet homme, adonné aux boissons alcooliques, reçoit, en décembre dernier, une planche sur la tête, et depuis cet accident il n'est plus le même ; il dort mal, devient mélancolique, reste taciturne, s'excite sans motifs, se plaint de sa femme, craint que ses enfants ne tombent dans la misère. On n'avait remarqué aucun trouble de la motilité. lorsqu'à son arrivée à l'asile il offre une hémiplégie incomplète du côté gauche ; mais son intelligence est alors très obtuse, il reste assoupi, il répond lentement et après de vives interpellations ; il accuse de la céphalalgie, il a le cou raide, la tête étendue, les yeux déviés à droite, une légère contracture de la main droite, symptômes d'un ictus probablement passé inaperçu.

La température rectale donne 37, 8 le matin, 38, 4 le soir; le pouls est à 80.

Le 5 juin, à 6 heures du matin, attaque épileptiforme légère, petites secousses dans les bras et les jambes. A 8 heures, état demi comateux : on ne peut obtenir aucune réponse, hémiplégie gauche, le bras et la jambe soulevés retombent lourdement sur le lit, légère contracture du bras droit.

T. R. le matin 39, 4, le soir 39, 6: P. 88.

Le 6, 6 attaques épileptiformes dans la journée, les convulsions prédominant à gauche; déviation des yeux à droite, commissure gauche abaissée; les réflexes sont plus accusés à gauche; légère raideur du bras droit; P. 136, inégal et irrégulier; T. R. 39,6, le soir 39,8.

7 juin. — 4 attaques épileptiformes; état comateux; le côté gauche est toujours plus faible; la sensibilité est conservée, le pincement du bras ou de la jambe est suivi d'un grognement ou du retrait du membre; P. 160, inégal, irrégulier, dépressible; T. R. 39,6, le matin, le soir 39; les attaques avaient cessé le matin.

Le 8 juin. — Léger réveil; en insistant, on obtient quelques réponses, courtes, lentes, mais assez exactes. Pas de déviation des yeux; hémiplégie gauche. T. R. 38,8; P. 120.

9 juin. — Il répond mieux aux questions, mais toujours avec lenteur; la céphalalgie est la même; paralysie du bras gauche, la jambe effectue quelques mouvements; T. R 38,4, le soir 38,6.

Du 10 au 15, rien de particulier, sauf la douleur persistante de la tête. La faiblesse du côté gauche n'est pas sensiblement modifiée. La température oscille entre 37,6 et 38,4.

Le 16, toux, oppression, matité; souffle à la base du poumon gauche et râles sous-crépitants fins; P. 112; T. R. 39, soir 39,4.

Le 17, 39,2; P. 120, soir 39,4.

Le 18, oppression plus grande; affaiblissement, subdélirium; T. R. 39,6, P. 128. Mort le lendemain.

Autopsie. — Néo-membrane rouge, épaissie, charnue, tapissant les trois cinquièmes moyens de la face interne de la dure-mère dans la portion correspondante à l'hémisphère droit. Hématome dans l'épaisseur de la fausse membrane, limité du côté du cerveau par une lame mince, dédoublement de la néo-membrane que le sang a décollée; ce feuillet, d'une étendue de 8 à 10 centimètres de long sur 4 de large, est jaunâtre, infiltré de pus; refoulé par l'épanchement, son sommet atteint la surface cérébrale au niveau de la moitié supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, qu'elle déprime assez fortement. Par ces bords, ce feuillet se continue avec la fausse membrane, mais au point où il vient s'unir à celle-ci se montre une saillie rouge formant une sorte de cercle éliminatoire analogue à celui qui se produit sur la peau ou les muqueuses au pourtour d'une portion de membrane sphacélée.

La cavité du kyste hématique ne renferme ni caillots, ni sang rouge ni noirâtre, mais un liquide sanieux, d'une teinte brun jaunâtre. Examiné au microscope, il renferme des globules de sang altéré, des granulations et des corps granuleux en grand nombre. Dans le feuillet grisâtre qui sert de paroi au kyste on trouve également de nombreux corps granuleux et des granulations.

L'hémisphère droit est déprimé par l'hématome dont le sommet

répond à la moitié supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. L'arachnoïde et la pie-mère, légèrement jaunâtres dans toute cette région, sont très épaissies, œdémateuses et opaques au niveau de la scissure sylvienne. Les méninges s'enlèvent partout avec facilité, même au niveau de la portion la plus déprimée.

Sur l'hémisphère gauche, les méninges, faiblement injectées n'offrent aucune adhérence. Les coupes successives pratiquées sur les deux hémisphères ne décèlent aucune lésion en foyer; toutefois, la couche corticale est légèrement amincie dans la moitié supérieure des circonvolutions centrales gauches, région déprimée par l'hématome. Pneumonie grise de la moitié inférieure du poumon; pleurésie ancienne et adhérences des deux côtés, plus accusées à gauche; cœur gros; caillots fibrineux dans les cavités droites; petites plaques athéromateuses à l'origine de l'aorte. Foie jaunâtre par places. Reins jaunâtres au niveau de la couche corticale et des colonnes de Bertin.

Un choc violent sur la tête paraît avoir été le point de départ, chez cet homme affecté d'alcoolisme chronique, de la pachyméningite droite. L'hémorrhagie dans l'épaisseur de la néo-membrane semble s'être produite plus tard, peu avant l'entrée à l'asile, puisque le malade s'est présenté dans un état de torpeur intellectuelle accompagné de céphalalgie, d'hémiplégie gauche, de contracture droite et de fièvre, qui est l'expression habituelle de lésions cérébrales récentes.

La persistance de l'hébétude, de la céphalalgie et de la fièvre militait en faveur d'un travail inflammatoire se faisant autour d'un foyer circonscrit, dont l'hémiplégie gauche était l'expression. Mais pouvait-on songer à une pachyméningite, à une hémorrhagie dans la néo-membrane? A la rigueur, chez un alcoolique chronique, ces lésions ne sont pas rares, mais l'existence même des symptômes qui révélaient une inflammation circonscrite du cerveau semblait devoir éloigner l'idée d'un hématome de la dure-mère, la pachyméningite suppurée était un fait exceptionnel. Il faut remarquer l'absence absolue de toute esquille, de fracture cranienne qui auraient pu expliquer l'inflammation; à l'autopsie, on ne trouvait trace ni sur le cuir chevelu, ni sur le crâne du choc produit par la planche six mois auparavant.

Un second point qui mérite d'attirer l'attention, c'est l'existence simultanée de la paralysie du côté gauche et de la contracture du côté droit. Dans ce symptôme, contracture du bras droit, on aurait pu trouver un signe clinique indiquant l'irritation de la dure-mère du même côté, ainsi que les expériences de physiologie l'ont démontré, mais que de fois ne voit-on pas avec une lésion limitée à un hémisphère des troubles moteurs ou sensitifs des deux côtés, que l'on explique soit par des phénomènes de compression, soit par la propogation de la lésion, soit par une action irritative de voisinage sur le côté opposé?

Le travail d'élimination qui était établi autour de la paroi en voie de suppuration est un fait très intéressant au point de vue de la physiologie pathologique, car ce feuillet en voie de mortification, se détachant, donnait issue au liquide purulent qui n'eût pas manqué de provoquer une méningite des plus intenses.

DEUXIÈME PARTIE

DES

HÉRÉDITAIRES

DÉGÉNÉRÉS

DEUXIÈME PARTIE

DES HÉRÉDITAIRES DÉGÉNÉRÉS

I. Des signes physiques intellectuels et moraux de la folie héréditaire.
II. Des signes physiques, etc. (*suite*).
III. Héréditaires dégénérés.
IV. Tableau synoptique des dégénérescences mentales.
V. Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles.
VI. Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles.
VII. Des exhibitionnistes.
VIII. Trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux.
IX. Accumulation de stigmates physiques chez un débile.
X. De l'enfance des criminels considérée dans ses rapports avec la prédisposition naturelle au crime.
XI. Accumulation chez un même sujet de syndromes épisodiques intéressant successivement diverses régions de l'axe cérébro-spinal.
XII. De la folie des antivivisectionnistes.
XIII. De l'onomatomanie.
XIV. L'obsession criminelle morbide.
XV. Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés.
XVI. Suicide par blessure du cœur avec une épingle mesurant à peine trois centimètres.
XVII. Sur les aliénés persécuteurs.
XVIII. Note sur l'étude comparative de la démence et de l'idiotie.
XIX. De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.

I

DES SIGNES PHYSIQUES INTELLECTUELS ET MORAUX DE LA FOLIE HÉRÉDITAIRE (1)

M. Magnan, reprenant la discussion sur la folie des héréditaires, rappelle d'abord leur état mental, fait ressortir ensuite les caractères généraux des délires greffés sur cet état mental et termine par l'étude des syndromes épisodiques, vrais stigmates psychiques des héréditaires.

Dans la séance du 27 avril dernier, dit M. Magnan, M. Jules Falret a exposé, avec sa netteté habituelle, l'état de la question sur la folie héréditaire. Il a indiqué les diverses opinions en présence. Pour quelques auteurs, l'hérédité joue un grand rôle dans l'étiologie, mais seulement à titre de cause prédisposante. Pour d'autres, l'hérédité fait sentir son influence sur les diverses formes mentales, leur laisse son empreinte et leur donne une physionomie spéciale. C'est ainsi que les paralytiques généraux, les alcoolisés, les persécutés, les épileptiques, les hystériques, les hypochondriaques offrent des caractères particuliers quand ils sont sous le coup de cette influence héréditaire.

Enfin, pour beaucoup de médecins aujourd'hui, il existe une folie héréditaire indépendante des autres formes mentales.

Il va sans dire, Messieurs, que les malades atteints de

(1) Magnan, Com. à la Soc. médico-psych. (*Annales médico-psych.*, 7e série, t. III, janvier 1886.)

folie dite *héréditaire*, expression assurément impropre que nous conservons parce qu'elle est déjà adoptée par plusieurs auteurs, il va sans dire que ces sujets n'ont pas le monopole des influences héréditaires, le privilège exclusif de devoir aux ascendants les dispositions névro ou psychopathiques qu'ils présentent.

L'hérédité, en effet, exerce son action, rayonne sur toutes les manifestations de la folie, sur toutes les formes vésaniques : qui dit psychoses, dit maladies éminemment héréditaires ; mais l'influence de l'hérédité s'exerce à des degrés différents dans la folie héréditaire, la folie intermittente, le délire chronique.

Les héréditaires, dès la naissance, offrent la marque de leur origine : des *stigmates physiques*, des *stigmates psychiques*, qui les font reconnaître parmi tous les autres aliénés. De très bonne heure, parfois dès l'âge de quatre ou cinq ans, avant même qu'une éducation vicieuse ait eu le temps de les influencer et de les modifier, ces jeunes sujets peuvent présenter des obsessions, des impulsions, des phénomènes d'arrêt, des anomalies intellectuelles et morales, des étrangetés qui les distinguent et qui les rangent, sans conteste, dans une classe à part.

Les exemples de ce genre sont très nombreux. Je rappellerai parmi les faits publiés dans les anomalies sexuelles (1), le cas du professeur de faculté atteint d'inversion du sens génital, qui, dès l'âge de cinq ans, présente comme stigmate psychique un entraînement inexplicable au vol ; à six ans, une voluptueuse curiosité pour les nudités masculines, un attrait irrésistible pour les garçons ; plus tard, l'impulsion qui le poussait à compter et recompter plusieurs fois de suite les fleurs, les lignes, les clous, les carrés, les petits détails d'une tapisserie, d'un écran, d'un plafond. Notez bien ces différents syndromes épisodiques : kleptomanie, aberration

(1) Magnan, Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles, in. (*Ann. méd. psych.*, série VII, t. I., 1885.)

sexuelle, arithmomanie. Nous verrons plus tard quelles relations existent entre ces différents phénomènes, à première vue si disparates et si éloignés les uns des autres. Le malade de M. Blanche, atteint d'anomalie sexuelle, était, dès l'âge de six ans, obsédé pour les clous de soulier de femme. Et cet autre dégénéré dont la frigidité cessait à l'évocation de la tête ridée d'une vieille femme ; ce dégénéré avait commencé, dès l'âge de cinq ans, à être subjugué par cette grotesque obsession. Il a eu plus tard la crainte des lieux élevés et des idées de suicide.

Je n'insiste pas, car chacun de vous a eu l'occasion de voir de jeunes dégénérés en proie à des obsessions, à des impulsions, à des troubles psychopatiques de diverse nature.

M. Falret a passé en revue les caractères propres de la folie héréditaire. Il a rappelé d'abord les stigmates physiques, bien connus depuis Morel, et à leur propos j'ajouterai simplement qu'il n'est pas rare de trouver chez des héréditaires à conformation extérieure régulière, des anomalies du fond de l'œil, faciles à constater avec l'ophtalmoscope ; des pigmentations irrégulières, des amas pigmentaires de la choroïde ; l'insertion irrégulière de cette membrane au pourtour du nerf optique ou des fissures choroïdiennes donnant lieu à des colobomes qui laissent apparentes des parties plus ou moins étendues de la sclérotique ; on voit encore l'émergence irrégulière de l'artère centrale de la rétine qui naît parfois sur le limbe de la papille et généralement dans ces cas, celle-ci est ovalaire et plus ou moins déformée. Enfin, quelquefois on aperçoit, munies de leur gaine de myéline, des faisceaux de fibres qui s'épanouissent en forme d'aigrettes, d'un blanc nacré, au delà de la papille. Ces anomalies n'entraînent pas habituellement de troubles sensibles de la vision, mais de même que l'adhérence du lobule de l'oreille, l'hypospadias ou le doigt palmé, elles sont la traduction de déviations nutritives.

Les symptômes psychiques ont été décrits avec beaucoup

de soin. M. Falret a fait ressortir les inégalités intellectuelles des héréditaires, la prédominance chez eux de certaines facultés ; l'influence sans contre-poids des instincts ; notre distingué collègue nous a entretenus ensuite de la double tendance qui se dessine chez eux à la puberté : les uns, les apathiques, descendent insensiblement la pente intellectuelle ; les autres, les raisonnants, marchent vers la folie des actes et conservent, toute leur vie, leur lucidité.

C'est bien là l'état mental de l'héréditaire, mais qu'il me soit permis de vous soumettre quelques réflexions sur cette désharmonie et ce défaut d'équilibre des facultés.

Pour se faire une idée nette de l'état mental des héréditaires, il est indispensable de suivre le développement successif de l'intelligence, depuis la dégradation complète de l'idiot jusqu'aux simples anomalies offertes par les héréditaires.

Les idiots les plus dégradés, ceux qui sont au plus bas de l'échelle, se trouvent dénués de toute perception sensorielle ; ils ne flairent pas, ils ne goûtent pas, ils voient sans regarder, ils entendent sans écouter et leur vie purement végétative est réduite aux simples réflexes. Pourquoi sont-ils ainsi relégués dans la moelle ? C'est que des lésions pathologiques ont annulé l'action cérébrale.

Ces lèsions cérébrales (ramollissement ; hémorrhagies ; scléroses circonscrites ou diffuses, à processus tantôt primitifs, tantôt secondaires ; inflammations méningées ou ventriculaires avec hydrocéphalie ; tumeurs, etc.) offrent suivant les sujets des variétés infinies comme distribution, comme étendue et c'est ce qui explique la multiplicité d'aspects de l'état mental de l'idiot, dont les aptitudes s'étendent, se complètent à mesure que le territoire devient libre sur la zone des centres sensoriels et des instincts.

Cette vaste région, située en arrière de la pariétale ascendante, est des plus importantes, puisqu'elle est la base organique de nos souvenirs ; c'est dans les différents centres qui la constituent que se trouvent déposées les images mnémo-

niques de toutes nos impressions sensorielles et c'est là que les centres supérieurs viennent puiser les matériaux nécessaires à l'élaboration intellectuelle, à la formation des idées ; ces images passant en avant, dans la région frontale, deviennent les schémas, les signes représentatifs de la pensée. Cette région postérieure est le siège des appétits et des instincts ; aussi, tant que la région frontale reste fermée, le sujet reste voué à l'idiotie, il jouit, en effet, de l'exercice de ses sens, mais sans le contrôle ni le pouvoir modérateur qu'exerce la région antérieure (les centres supérieurs) ; il se montre gourmand, voleur, enclin à une dégoûtante salacité, il est spino-cérébral postérieur, en un mot il est purement instinctif. Dès que la région frontale devient libre, le sujet franchit cette limite postérieure, il commence à pénétrer dans le domaine de l'idéation, du contrôle, il cesse alors d'être idiot et s'élève à la dignité d'imbécile.

Il n'est pas difficile de comprendre que ces dégénérés puissent, grâce à l'intégrité de l'un de ces centres (ouïe, vue, toucher, etc.), présenter certaines aptitudes qui par une culture patiente finissent par acquérir un développement d'autant plus surprenant qu'il tranche sur la stérilité des autres facultés. Quand les dégénérés s'élèvent jusqu'à l'imbécillité, la débilité mentale, ces dispositions, ces aptitudes sont encore plus saillantes, et c'est ainsi que Félix Voisin a pu, avec raison, qualifier de génies *partiels* certains idiots, c'est ainsi que nous voyons l'imbécile ou l'idiot *dessinateur*, *musicien, sculpteur*, *danseur, calculateur, l'idiot écho*, suivant que ces sujets ont conservé l'intégrité des centres perceptifs de la vue, de l'ouïe, du toucher, etc. Le sens musical, en effet, la notion du coloris, réclament l'intégrité de la première temporale, du pli courbe; l'habileté, la dextérité des mains, l'harmonie des mouvements, ne peuvent s'obtenir qu'avec une région psycho-motrice entièrement libre.

Il résulte de tout ceci que l'intelligence n'est pas uniformément atteinte dans ces dégénérescences; au milieu d'un

sol stérile nous trouvons des aptitudes, des talents particuliers variant suivant les sujets. — Pourquoi n'y a-t-il pas une idiotie, pourquoi n'y a-t-il pas une imbécillité, comme nous avons une paralysie générale avec des caractères essentiels, constants, toujours les mêmes? — C'est que dans la paralysie générale la lésion organique est une et identique, une encéphalite chronique interstitielle diffuse généralisée à marche progressive. Il n'en est pas de même dans l'idiotie, dans l'imbécillité ; ce n'est pas, nous l'avons vu, une seule et même lésion organique qui produit ces dégénérescences, elles sont dues à de nombreux foyers que ne règle aucune systématisation. Par suite, plusieurs régions de l'encéphale peuvent être atteintes sans que les régions voisines soient altérées ; de là, cette variété symptomatique qui fait qu'il y a des imbéciles, des idiots et non pas une entité morbide répondant à chacun de ces états.

Un fait qu'on ne peut pas passer sous silence, c'est que si les dégénérescences mentales sont héréditaires, dans quelques circonstances, elles peuvent être acquises et chacun de vous a certainement observé, à la suite d'affections aiguës chez les très jeunes sujets, des cas d'arrêts de l'intelligence et de dégradations mentales analogues à l'idiotie, à l'imbécillité, à la débilité mentale et même à la déséquilibration de l'héréditaire. Donc il suffit de l'apparition d'une maladie aiguë et notamment d'une fièvre typhoïde, d'une variole, d'une scarlatine, ce sont là les facteurs habituellement en cause, pour pervertir ou anéantir à tout jamais l'intelligence d'un enfant jusque-là bien pondéré. — Que s'est-il donc passé ? La réponse est facile si l'on veut se reporter aux travaux publiés depuis une vingtaine d'années sur les troubles nerveux consécutifs aux maladies aiguës.

Thore (1), M. Christian (2) et plus récemment le Dr Krae-

(1) Thore. (*Ann. médico-psychol.*, 1850, 1re série, 7e année.)

(2) Christian, De la folie consécutive aux maladies aiguës. (*Arch. gén. de méd.*, sept. et oct. 1873.)

pelin (1) se sont occupés des cas de folie simple comme conséquence des maladies aiguës; M. Foville (2) a signalé, consécutivement à la variole, des paralysies généralisées suivies de guérison. Ce ne sont point ces faits que j'invoque, quoiqu'ils démontrent déjà l'action puissante des affections fébriles sur le cerveau ; c'est plus particulièrement les cas de paralysie ou de dégradation intellectuelle consécutifs aux fièvres éruptives, à la fièvre typhoïde. La thèse du regretté Fritz (3) sur les symptômes spinaux de la fièvre typhoïde a ouvert la série de recherches que MM. Roger et Damaschino (4), Westphal (5), Vulpian (6), Déjerine (7), Popoff (8), Marie (9) et beaucoup d'autres ont successivement poursuivies sur les paralysies consécutives aux maladies aiguës. M. Landouzy (10) qui, dans son importante monographie, a résumé tous les travaux antérieurs, fait remarquer dans ses conclusions *les tendances des akinésies à prendre chez les enfants la forme hémiplégique ou cérébrale.*

Tous ces désordres sont la conséquence de lésions analogues à celles qui se développent pendant l'évolution fœtale; et sur ces cerveaux de jeunes sujets en voie d'évolution, les résultats sont identiques. Il faut donc nécessairement faire entrer dans le groupe des héréditaires ces faits que la clinique désigne, quoique assurément la dénomination d'héréditaires ne leur convienne pas.

(1) Emile Kraepelin. (*Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Nervenkrankheiten*, 1881, B. d. XI, XII.)

(2) Foville. (*Ann. méd. psych.*, janvier 1873.)

(3) Fritz. (*Symptômes dans la fièvre typhoïde*, 1863.)

(4) Roger et Damaschino, Recherches anatomo-pathologiques sur la paralysie spinale de l'enfance, in. (*Gaz. med. de Paris*, 1874.)

(5) Westphal. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1872, n° 47.)

(6) Vulpian. (*Arch. de phys.*, 1873.)

(7) Déjerine, Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie diphthéritique, in. (*Arch. de physiol. nom. et path.*, 1878.)

(8) Laveran, Fièvre typhoïde, in. (*Traité de pathologie et de cl. médicales*, 1879) (cas d'encéphalie superficielle signalé par Popoff à la suite de la fièvre typhoïde.)

(9) Marie, Sclérose en plaques... (*Progrès médical.*)

(10) Landouzy. (*Des paralysies dans les maladies aiguës*, 1880, p. 312.)

Tout ce que nous venons de dire se rapporte avec autant de vérité aux malades atteints de débilité mentale et aux dégénérés les plus élevés dans l'échelle des dégénérescences, aux héréditaires. Chez les idiots profonds, nous avons des lésions anatomiques grossières, appréciables pour tous, donnant lieu soit à des vices de conformation, à des paralysies de la motilité, de la sensibilité générale ou de la sensibilité spéciale et aux troubles fonctionnels qui en découlent; chez les héréditaires, si nous ne trouvons pas de grosses lésions anatomiques, la clinique, du moins, par les troubles fonctionnels qu'elle révèle, nous montre les profondes modifications des différents centres de l'axe cérébro-spinal.

Il me suffira de rappeler les phénomènes neuro-psychiques de l'héréditaire que j'ai présenté dans l'avant-dernière séance.

Cette femme, âgée de trente ans, perd, par moments, en pleine conscience, la libre direction de ses mouvements. Ce sont d'abord des mouvements analogues à de simples réflexes, se passant dans le segment d'un membre ou dans tout un membre, ne paraissant mettre en jeu qu'une région limitée de la moelle : tels sont les mouvements de flexion ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou de l'avant-bras sur le bras; du pied sur la jambe, ou de la jambe sur la cuisse, ou bien encore l'élévation d'une épaule; d'autres fois ce sont des mouvements plus étendus, le frottement d'une main contre l'autre; d'autres fois encore, c'est la marche en avant, la malade pénètre sans but, mais le sachant, dans une chambre, la parcourt et se retire, c'est tout; mais elle ne peut pas s'empêcher de le faire et elle éprouverait un très grand malaise si elle résistait. Tous ces mouvements, sans utilité, sans objet, s'effectuent en dehors de la volonté; la malade les constate tout en restant impuissante à les réprimer.

D'autres fois, ce sont des phénomènes d'arrêt qui se produisent : étant debout, la malade ne peut plus s'asseoir; assise, elle ne peut plus se relever, et pendant un moment l'impulsion fait défaut. Dans tous ces cas, la moelle s'é-

mancipe, l'influence psycho-motrice semble suspendue.

Dans d'autres circonstances les phénomènes sont plus complexes, c'est toute la mimique d'un état passionnel nettement déterminé, les rires ou les pleurs, qui échappent à la volonté; et cette manifestation extérieure est en désaccord avec l'état cénesthétique du sujet, qui tantôt est indifférent, tantôt, au contraire, est opposé à la nature même de la manifestation. Ainsi, cette femme a été prise un jour d'un fou rire à l'enterrement de son grand-père, pendant que toute la famille, en larmes, se lamentait et qu'elle était elle-même profondément affligée de la perte de ce parent, qu'elle aimait beaucoup et qui s'était toujours montré très bon pour elle. D'autres fois, au contraire, elle pleure sans qu'aucune cause intérieure ni extérieure explique cette manifestation de la tristesse, indépendante de sa disposition morale et de sa volonté.

Si nous remontons de la moelle et du mésocéphale à la couche corticale postérieure, nous allons trouver encore là un mécanisme faussé. Le centre de l'audition ne peut plus retenir les images tonales qui tendent à s'échapper et de même que des centres médullaires partaient des mouvements irrésistibles de même de ces centres perceptifs s'échappent des images tonales, des mots que la malade ne peut pas retenir, projette au dehors, étonnée elle-même de son impuissance et exprimant sa surprise par cette réflexion : *Est-ce singulier de dire, le sachant, des choses que je ne voudrais pas dire.*

Plus tard, la situation se complique; la région antérieure intervient à son tour, mais sans rétablir l'ordre. Ce ne sont plus quelques mots qui échappent involontairement, c'est tout un discours qui se déroule, une série de faits divers sur des enterrements de gens vivants, récit que la malade expose dans ses moindres détails, raconte malgré les prières réitérées de son entourage l'invitant à se taire, malgré aussi son vif désir de ne pas continuer.

J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs faits analogues et même de noter dans un cas l'hérédité similaire de cette disposition bizarre à parler malgré soi et à raconter ce que l'on voudrait taire.

Un déséquilibré d'une grande intelligence a torturé pendant plusieurs années sa femme par l'obligation de passer des nuits entières à écouter ses discours où il formulait une série de reproches nullement justifiés. Quand il avait parlé six ou sept heures, il était satisfait et la famille pouvait se coucher. La fille de ce discoureur nocturne, femme d'un de nos confrères des plus distingués, commence, dans ses périodes d'excitation maladive, ses harangues vers huit heures du soir pour ne les finir qu'au matin. Son mari qui l'aime beaucoup l'écoute patiemment pour éviter l'excitation qui ne manquerait pas de se produire s'il lui imposait silence et s'il mettait, en quelque sorte, obstacle à ce flux de paroles qui semble agir comme une véritable crise.

Je ne rappellerai pas les autres troubles psychiques et la perversion sexuelle que présentait la malade que nous avons examinée ensemble. Cette observation, par la réunion chez le même sujet de ces troubles médullaires et psychiques, a l'avantage de faire ressortir l'identité de nature de tous ces phénomènes ; partout même désordre, même lésion fonctionnelle, qu'il s'agisse des centres médullaires ou cérébraux.

Ce qui prédomine dans la folie des héréditaires, c'est la désharmonie et le défaut d'équilibre non seulement entre les facultés mentales, les opérations intellectuelles proprement dites d'une part, les sentiments et les penchants d'autre part, mais encore la désharmonie des facultés intellectuelles entre elles, le défaut d'équilibre du moral et du caractère.

Un héréditaire peut être un savant, un magistrat des plus distingués, un grand artiste, un mathématicien, un politicien, un administrateur habile, et présenter au point de vue moral des défectuosités profondes, des bizarreries étranges, des écarts de conduite surprenants, et comme le côté moral,

les sentiments et les penchants sont la base de nos déterminations, il s'ensuit que les facultés brillantes sont mises au service d'une mauvaise cause, c'est-à-dire d'instincts, d'appétits, de sentiments maladifs, qui, grâce aux défaillances de la volonté, poussent aux actes les plus extravagants et parfois les plus dangereux.

D'autres fois, c'est l'inverse qui se produit : tel héréditaire dont la conduite est des plus régulières, les mœurs irréprochables, les sentiments et les penchants des mieux pondérés, offre de véritables trous dans son territoire intellectuel. Il a une mémoire des plus ingrates ou bien il ne peut rien comprendre aux chiffres, au calcul, à la musique, au dessin; en un mot, avec une intelligence moyenne, il est absolument nul pour certaines facultés, il est absolument dépourvu de certaines aptitudes, de certaines facultés. Les centres de perception sont inégalement impressionnables, inégalement aptes à recueillir toutes les impressions; certaines impressions seulement s'enregistrent d'une façon régulière et laissent des images durables; d'autre part, certaines relations, certaines associations entre différents centres sont troublées ou même entièrement rompues; en un mot, il y a déshar-monie, défaut d'équilibre, c'est-à-dire signe de dégénéres-cence.

II

DES SIGNES PHYSIQUES INTELLECTUELS ET MORAUX DE LA FOLIE HÉRÉDITAIRE (1)

Les intéressantes communications que nous avons entendues sur la folie des héréditaires ou des dégénérés, prouvent combien cette question est importante et combien il était opportun pour la Société d'ouvrir les débats sur ce sujet.

Si l'entente peut se faire sur cette folie des héréditaires ou des dégénérés, il n'est pas douteux que nous ne tombions plus tard d'accord sur le délire chronique, sur les folies intermittentes, qui, avec la manie et la mélancolie, comme éléments simples, forment l'ensemble de ces états psychopathiques que l'on a longtemps désignés sous le nom de vésanies.

Quant aux autres affections du cerveau, la paralysie générale, la démence sénile, les différentes formes de démence résultant d'une lésion cérébrale, les diverses intoxications, l'épilepsie, l'hystérie, le crétinisme, elle ne donnent plus, du moins, à mon avis, prétexte à des discussions de doctrine.

Je vais d'abord revenir sur les points secondaires qui nous séparent, M. Falret et moi; je répondrai ensuite aux critiques de MM. Cotard, Charpentier, Bouchereau et Christian, qui portent sur certains côtés faibles de la question.

(1) Magnan, Com. à la Soc. médico-psych. (*Annales médico-psych.*, 7e série, t. IV, sept. 1886.)

M. Falret suppose que j'étends trop les limites du groupe des héréditaires dégénérés; il voudrait laisser en dehors certains anormaux qui ne pêchent que par quelques bizarreries de caractère. Il s'agit de serrer de près la question et de voir ce que sont ces anormaux cantonnés par certains médecins sur les frontières de la folie; si ces sujets, en effet, présentent des caractères analogues à ceux qu'offrent les dégénérés réputés aliénés, pourquoi ne les rangerions-nous pas dans le même groupe? Voyons des exemples : Un déséquilibré vit dans la société, gère ses affaires, occupe une situation plus ou moins importante et, en dehors de sa famille et de ses intimes, personne ne soupçonne sa déséquilibration mentale; on sait toutefois que, par moments, cet homme a la singulière manie de prononcer certains mots, grossiers ou non, peu importe, il a conscience de la bizarrerie de ces étranges apostrophes, il sait qu'il a tort d'agir ainsi, mais il est obligé de céder à ce besoin irrésistible, de projeter au dehors l'image tonale qui, analogue à la décharge électrique, s'échappe du centre cortical. Pour le public, c'est un original et, pour beaucoup de médecins, un simple prédisposé, et cependant y a-t-il, au point de vue de la nature de la maladie, une différence avec cet autre déséquilibré qui, lui, n'a pas un mot à projeter au dehors, mais bien un choc, et qui, sans nul motif, est poussé à porter un coup violent sur le passant inoffensif placé devant lui? Celui-là n'est plus un original, c'est un aliéné dangereux et cependant le trouble fonctionnel n'est-il pas le même? Que se passe-t-il là, en effet? N'est-ce pas encore un besoin irrésistible de mouvement, une décharge d'un centre en état d'éréthisme? Dans les deux cas, il y a d'abord lutte, résistance, mais peu à peu le centre surexcité s'émancipe, échappe à l'action modératrice des centres supérieurs, c'est-à-dire à la volonté. Ces deux sujets, celui qui prononce le mot malgré lui, celui qui frappe malgré lui, sont pour le clinicien deux malades du même groupe. La nature du phénomène est

la même, les conséquences de l'acte seules diffèrent.

Poursuivons : Le déséquilibré qui, ne trouvant pas un mot, s'inquiète, se lamente, s'angoisse, se sent oppressé jusqu'au moment où il parvient à procurer à son centre cortical l'image tonale désirée, ce sujet n'est-il pas le même que le dipsomane qui s'attriste, s'excite, s'exaspère tant qu'il ne peut satisfaire le besoin impérieux de boire?

Qu'y a-t-il dans les deux cas, sinon un effort irrésistible pour reproduire une sensation appropriée à un centre déterminé? Il n'y a donc pas de motif pour séparer ces différents malades, pour exclure ces prétendus prédisposés du cadre des héréditaires ou dégénérés.

D'autre part, si je fais entrer dans le cadre de la folie des héréditaires dégénérés, l'idiotie, l'imbécillité, la débilité mentale, c'est-à-dire si je suis par gradations successives la gamme intellectuelle dans ces différentes dégénérescences, c'est pour mieux comprendre l'état mental des héréditaires, qui sont les dégénérés les plus élevés dans l'échelle mentale. Ce n'est d'ailleurs que par cette étude comparative que l'on parvient à se bien pénétrer de la désharmonie des facultés, du défaut d'équilibre du moral et du caractère.

En second lieu, M. Falret pense qu'en dehors même de ces prétendus prédisposés, je comprends à tort dans le groupe des héréditaires dégénérés, des états pathologiques considérés jusqu'ici comme des maladies distinctes.

Je dois dire que le principal avantage de l'étude synthétique des héréditaires dégénérés, c'est de réunir dans un même cadre des syndromes à manifestations différentes, il est vrai, mais émanant tous, il faut bien le reconnaître, d'un même fonds, et ce fonds commun n'est autre que cet état mental de l'héréditaire déjà décrit par M. Falret, cette déséquilibration dont je me suis, à mon tour, efforcé de bien faire ressortir les caractères dans ma première communication (1).

(1) Magnan, Des signes physiques intellectuels et moraux de la folie héréditaire. (*Ann. médico-psych.*, 7e série, t. III, janvier 1886, p. 91.)

C'est parce que le mécanisme cérébro-spinal se trouve faussé d'une certaine manière, que peuvent se produire tous ces phénomènes si bizarres que j'ai désignés sous le nom de syndromes épisodiques et qui se résument en obsessions, en impulsions, et aussi en phénomènes d'arrêt, dont *l'aboulie* nous fournit un exemple. Ces syndromes ne se développent que chez les seuls dégénérés, ils méritent d'être considérés comme les stigmates psychiques de la folie des héréditaires. Cela est si vrai que même déjà lorsque nous apprenons qu'un malade saisit le pan de sa redingote pour toucher un bouton de porte, ou bien qu'il frappe un certain nombre de coups avant d'ouvrir, ou bien encore qu'il tient les mains dans les poches de crainte de voler, nous sommes aussitôt portés à songer à ces malades conscients, chez lesquels ne manque jamais la déséquilibration mentale. Si les observations anciennes laissent à désirer sous ce rapport, c'est justement parce qu'on en faisait des monomanies, des maladies distinctes, de véritables abstractions et que l'on n'était pas conséquemment amené à rechercher ce fonds commun qui est le trait d'union entre ces manifestations si curieuses et si variées.

D'ailleurs la clinique s'est chargée elle-même de démontrer que ces syndromes sont bien des phénomènes du même ordre, puisqu'elle nous les présente en plus ou moins grand nombre chez le même sujet, successivement et parfois même simultanément.

Je rappellerai d'abord la malade présentée à la Société, dans la séance du 18 mai 1885. Cette femme perd par moments, tout en restant consciente, la libre direction de ses mouvements. Tantôt c'est un mouvement limité d'un membre, d'autres fois ce sont des mouvements combinés, tels que le frottement d'une main contre l'autre, la marche en avant sans pouvoir s'arrêter; d'autres fois encore ce sont des phénomènes d'arrêt qui se produisent : étant debout, la malade ne peut plus s'asseoir; assise, elle ne peut plus se

lever. La moelle est donc émancipée et n'obéit plus à l'influence psychomotrice. Puis, ce sont des rires, des plus involontaires, sans nul rapport avec l'état cénesthésique du sujet, traduisant ainsi l'action indépendante de la protubérance. Dans d'autres moments elle prononce des mots qu'elle ne voudrait pas dire, si elle essaye de résister elle éprouve du malaise, elle est angoissée, elle se sent suffoquée; quelquefois elle se retire dans un lieu écarté et une fois seule, elle prononce le mot et se sent soulagée; quoi qu'il en soit, les images tonales échappent à l'action volontaire et dénotent l'indépendance des centres corticaux postérieurs. Enfin dans quelques circonstances ce n'est pas un mot, mais tout un discours qu'elle est forcée, malgré elle, de prononcer, ou bien encore des chants involontaires, manifestant ainsi la déséquilibration des centres cérébraux antérieurs. Ce n'est pas tout; parfois elle est poussée à frapper un inconnu, un ami, un parent; elle résiste, s'isole, demande à être enfermée dans une chambre, restant quelquefois pendant très longtemps sous le coup d'une décharge de la région psychomotrice. Il me suffira d'indiquer encore ses perversions sexuelles qui en font, successivement, une *spinale*, une *spino-cérébrale postérieure* et une *spino-cérébrale antérieure*.

Telle est cette série de syndromes épisodiques, différant les uns des autres, mais se trouvant tous sous la dépendance étroite de la déséquilibration du système cérébro-spinal.

Une autre malade que plusieurs d'entre vous avez eu l'occasion d'observer, qui a longtemps séjourné dans le service de M. Bouchereau, présente accumulées un grand nombre de ces obsessions et de ces impulsions. C'est d'abord l'impulsion au vol; rangeant et empaquetant les divers objets dont elle peut s'emparer. Puis la crainte des épingles; puis le doute, les interrogations incessantes; la crainte d'avoir volé pendant des périodes où elle n'était plus poussée à dérober des objets; l'obsession de mots grossiers et l'im-

pulsion à les répéter; l'impulsion au suicide; enfin, la perversion sexuelle étrange qui l'a longtemps poussée à rechercher les approches de cinq de ses neveux, tant qu'ils ne dépassaient pas l'âge de quatre ou cinq ans (1).

Parmi les faits déjà publiés, je citerai encore l'observation d'un homme de soixante ans, chez lequel, en dehors de perversions sexuelles, nous avons noté la recherche angoissante du nom, du nombre; les rires ou les pleurs involontaires; la folie du doute, et de temps à autre, des accès mélancoliques, comme du reste chez les deux malades dont je viens de parler (2).

En terminant la seconde partie de son argumentation, M. Falret cite la folie du doute comme un exemple de syndrome qui mériterait d'être considéré à part comme une maladie distincte. Certainement la folie du doute mérite une description particulière, et les magnifiques observations qui ont été publiées par MM. Falret, Baillarger, par Legrand du Saulle et bien d'autres, resteront pour faire connaître ce trouble psychopathique dans tous ses détails, mais il n'est qu'un rameau de l'arbre des dégénérescences mentales. D'ailleurs on a réuni sous ce titre, deux ordres de faits, le doute et la crainte du contact, qui assurément marchent souvent ensemble, mais qu'il est aussi assez fréquent d'observer isolément. D'autre part, il n'y a point entre ces deux états, sous le rapport de l'évolution, de la marche, les relations chronologiques que notre regretté collègue Legrand du Saulle leur avait assignées; c'est-à-dire qu'au doute, avec les progrès de la maladie, devait succéder le délire du toucher. La clinique nous fournit souvent la preuve que le délire du toucher précède le doute; quelquefois aussi, d'autres syndromes, ainsi que nous l'avons déjà vu, se montrent

(1) Magnan, Etude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés. (*Tribune médicale*, mars, 1881.)

(2) Charcot et Magnan, De l'onomatomanie. (*Arch. de neurol.*, vol. X, n° 29, sept. 1885, p. 159.)

entre le délire du toucher et le doute, enfin il n'est pas rare d'observer isolément le délire du toucher : je rappellerai le fameux suisse de cathédrale, de Morel, qui n'osait toucher ni à un couteau ni à sa hallebarde (1); et, pour ma part, j'ai eu il y a peu de jours l'occasion de revoir un jeune malade de seize ans qui, non seulement, ne pouvait pas toucher une pêche ou une pomme, mais se sentait oppressé et pâlissait dès que ces fruits étaient placés sur la table. Ce déséquilibré a aussi des accès d'emportement, il est, en outre, voleur, onaniste et pédéraste.

La troisième et dernière particularité que relève M. Falret concerne les données anatomo-pathologiques qui servent de base à l'étude des dégénérés. Tout n'est pas dit assurément sur le mécanisme cérébral, et les physiologistes sont encore loin d'être d'accord sur les locatisations cérébrales; mais il est certains faits déjà acquis, acceptés par la plupart des physiologistes et des médecins, ce sont les localisations auxquelles la clinique est venue donner une sorte de consécration.

Bien rares, en effet, sont aujourd'hui les médecins et les physiologistes qui n'admettent pas un centre cérébral comme siège de la faculté du langage; s'il y a des discussions, elles ne résident guère que sur les limites à donner à cette localisation, les uns la confinent dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche, les autres l'étendent jusqu'à l'insula et l'avant-mur du même côté. Et depuis les recherches de Kusmaull, est-ce que la clinique ne s'est pas enrichie de nombreux exemples de cécité et de surdité psychiques, assignant des localisations spéciales à ces fonctions secondaires qui ont pour objet l'acquisition des images tonales et visuelles, et qui apportent un si puissant concours à la faculté du langage? J'ai relevé plusieurs cas de ce genre et la superposition de tracés de couleur différente, rappelant

(1) Morel, (*Du délire émotif*, Paris, 1886, p. 30.)

le siège exact des lésions, rend mieux compte des régions le plus habituellement atteintes. C'est ainsi que sur un premier dessin rappelant trois cas de surdité psychique, nous voyons le maximum de la lésion affecter la partie moyenne de la seconde circonvolution temporale. Dans un second dessin reproduisant les limites des désordres anatomiques dans trois cas de cécité psychique, c'est le pli courbe qui devient le confluent des lésions. Enfin les cas simultanés de cécité et de surdité psychique s'accompagnent de lésions plus étendues envahissant les deux régions précédentes.

M. Gilbert Ballet, dans son excellent mémoire sur le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie, signale l'extrémité postérieure de la seconde frontale comme la localisation des images verbales, motrices, graphiques; lorsque cette région se trouve lésée, le sujet ne peut plus écrire, il est agraphique.

Quant aux centres psycho-moteurs, est-ce qu'on n'est pas d'accord pour leur assigner comme siège les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes?

Si à ces faits d'anatomie et de physiologie pathologiques vous ajoutez les recherches anatomiques si remarquables de Meynert sur le système des fibres d'association entre ces différents centres, ne trouvez-vous pas qu'une théorie étayée sur des faits aussi nettement établis est née viable et peut servir de base à de sérieuses recherches?

Ces quelques considérations vont, je l'espère, faire disparaître les dissidences d'ailleurs secondaires qui nous séparaient M. Falret et moi.

Passons maintenant en revue les objections présentées par M. Cotard.

M. Cotard s'élève tout d'abord contre l'expression de folie héréditaire; mais tout en déclarant qu'il soulève simplement une question de mots, son argumentation vise bien plus haut et attaque la doctrine même de la folie héréditaire. Pour ma part, j'accepte volontiers l'expression de

folie des héréditaires, en ajoutant : *dégénérés*, ce qui concilie toutes les opinions. Il faut, je crois, conserver cette expression, parce que la folie héréditaire comprend un groupe de malades nettement défini et qu'un terme nouveau pourrait faire perdre de vue les descriptions premières qui, sous tous les rapports, méritent de fixer l'attention, notamment l'étude magistrale de notre distingué collègue M. Falret sur l'état mental des héréditaires.

En second lieu, il faut bien le reconnaître, dans cette folie des héréditaires dégénérés, l'hérédité est le facteur principal et je n'entends pas parler simplement de l'apparition du dissemblable, mais on trouve plus souvent qu'on ne paraît le croire l'hérédité similaire et notamment l'hérédité de ces phénomènes étranges, des syndromes épisodiques qui en sont les véritables stigmates psychiques. J'ai eu l'occasion de vous parler d'une onomatomane atteinte aussi de délire du toucher, dont le père avait été longtemps préoccupé par la recherche du mot; dans certaines circonstances, l'angoisse était si grande chez lui, que la mère et la fille répétaient des mots ou bien lisaient un dictionnaire jusqu'à la rencontre du mot que l'on cherchait, et la famille ne pouvait se coucher qu'après la découverte de ce mot.

Je vous ai également signalé la manie du discours nocturne chez un père, transmise directement à la fille qui, dans les moments de crise, supplie et oblige son mari de l'écouter quelquefois de neuf heures du soir jusqu'à trois ou quatre heures du matin.

Il y a peu de temps j'ai eu l'occasion d'observer la manie des achats, *oniomanie*, transmise de la grand'mère au père et de celui-ci au fils qui était entré dans mon service. La grand'mère, soignée pendant plusieurs années à l'asile de Bonneval, était *oniomane*. Elle achetait constamment et considérablement, au point qu'on fut obligé de régler ses dépenses. Elle achetait et jetait ce qu'elle achetait. Les ouvriers avaient remarqué l'heure où chaque jour elle se

débarrassait de ses achats et recueillaient ses rebuts : poulets, poissons entiers, etc. S'apercevant un jour qu'on ramassait ce qu'elle jetait, elle s'en débarrassa désormais en le jetant dans les fosses d'aisances. Le père également déséquilibré et *oniomane* avait toujours été prodigue, mais sa manie d'acheter s'était accusée surtout après son mariage.

Il achetait sans cesse toute espèce d'objets qu'il collectionnait, qu'il revendait aussitôt ou qu'il donnait (meubles, aliments, bijoux, etc.). Son accès d'*oniomanie* se présentait toujours de la même façon. Voyait-il un objet qui lui fit envie, il fallait qu'il l'obtînt à n'importe quel prix. Aussitôt le branle donné, tout ce qu'il avait sur lui passait dans l'achat d'une multitude d'autres objets dont il n'avait que faire. Enfin, chez le fils, les dispositions à l'*oniomanie* se révélèrent dès l'enfance par une prodigalité peu commune; il abandonnait tout ce qu'il avait à ses camarades; son plaisir était de faire des distributions d'objets de toute sorte, achetés avec son argent. De vingt à vingt-deux ans, l'impulsion aux achats devient irrésistible. Il achetait sans raison plusieurs pièces de toile, des bijoux, des meubles, épuisait ainsi son capital, mais ne s'arrêtait pas. Il engageait les objets achetés au Mont-de-piété, les dégageait ensuite et les rengageait plusieurs fois. Au marché, après avoir fait les acquisitions nécessaires, il lui était impossible de s'arrêter : c'était des multitudes de volailles, des sacs de légumes, toute sorte de provisions; il en achetait de quoi remplir une voiture; il était toujours obligé de se faire aider pour transporter des provisions qui n'étaient destinées qu'à deux personnes. Pour les écouler, il lançait alors de nombreuses invitations. D'autres fois, il rentrait chargé de meubles. Pour peu qu'il s'arrêtât devant une boutique, il était victime de l'impulsion. *C'était irrésistible*, dit-il, *je ne pouvais me raisonner, je me désolais, mais j'étais le moins fort*. En dernier lieu, il avait fini par des

actes de filouterie pour satisfaire son besoin irrésistible d'acheter.

J'ai en ce moment dans mon service une fille de dix ans, sujette aux rires involontaires; poussée à l'onanisme malgré des efforts réels de sa part pour résister; elle présente des tendances au suicide. Sa mère à des rires et des pleurs involontaires; elle est obsédée par la crainte du feu; elle est poussée irrésistiblement à écrire, sans pouvoir se retenir, des heures entières, des discours sans suite : elle a fait, sans motifs, deux tentatives de suicide.

Un autre malade, un anomal-sexuel, entré à la suite d'un vol de chemise à un séchoir, ne peut résister à l'attrait qu'a pour lui l'étalage d'une chemise de femme. Il doit s'emparer de ce linge coûte que coûte. Sa mère ne pouvait de son côté voir flotter un ruban rouge sans être poussée à le saisir. Elle était très anxieuse les jours du tirage au sort, à la vue des jeunes conscrits portant à leur chapeau des rubans rouges; elles les suivait, les suppliait de les lui laisser prendre et s'en emparait dès qu'elle le pouvait.

J'aurais à citer beaucoup d'autres exemples, mais qu'il me suffise de rappeler encore un fait emprunté à Morel. Il s'agit d'une malade ayant la crainte du toucher et en particulier la crainte des animaux. « Entendre même de loin les aboiements d'un chien suffit pour la mettre hors d'elle; mais la vue d'un chien ou d'un chat lui donne à l'instant des attaques de nerfs. Elle ne caresserait pas un de ces animaux pour un empire. » Et plus loin, Morel ajoute : « Elle m'apprit que son père, qui était mort depuis dix ans, dans un état d'enfance, avait l'*humeur noire*; qu'il tombait par intervalle dans une espèce de torpeur qui durait plusieurs mois, et qu'alors il suivait sa femme comme un grand enfant, s'attachant à quelque partie de ses vêtements, absolument comme elle faisait vis-à-vis de son mari; qu'il avait, en outre, ainsi qu'elle, une peur excessive des chiens et des chats. » Voilà donc un syndrome, la crainte du chien

et du chat, — nettement dessiné chez le père et la fille. Peut-on contester ces transmissions héréditaires, des marques de fabrique aussi caractéristiques.

M. Cotard suppose que c'est surtout au début précoce des accidents qu'est due la production de la dégénérescence, l'hérédité étant réduite à son rôle étiologique général, et pour mieux faire comprendre sa pensée, il rappelle que l'adulte devenant sourd n'offre pas d'autres phénomènes que sa monopathie sensorielle, tandis que si la surdité frappe un jeune enfant, celui-ci devient sourd-muet, la même cause, la surdité, a donné, suivant l'âge, des résultats bien différents. M. Cotard vise particulièrement les stigmates physiques, mais son raisonnement ne saurait s'appliquer aux stigmates psychiques, car dès la première enfance, avant que toute éducation ait pu modifier ces jeunes sujets, ils se présentent avec des obsessions, des impulsions, des perversions sexuelles, un trouble fonctionnel, en un mot, que rien en dehors de l'influence héréditaire ne peut expliquer. Chez certains sujets, en effet, nous l'avons vu, dès quatre ou cinq ans, le souvenir de la tête ridée de la vieille femme ou le bonnet de nuit, provoque l'érection, ou bien c'est une impulsion irrésistible à l'incendie, au vol; c'est la crainte du toucher, etc.

Il faut donc admettre autre chose qu'une évolution spéciale d'une lésion organique survenue dans le bas âge et l'on est forcé de remonter à une disposition particulière ayant des racines jusqu'aux ascendants.

Les critiques de M. Charpentier pèchent un peu par la base, il édifie de toute pièce une folie des héréditaires que M. Falret récuse évidemment et que, pour ma part, je ne puis pas accepter davantage. Il dit, en effet, dans le numéro de mai des *Annales médico-psychologiques*, à la page 447 : « On a groupé sous ce nom des folies disparates; sans nous appesantir sur les paralysies générales anormales, les épilepsies frustes, les alcooliques (en exceptant les ivrognes

qui ne seraient jamais héréditaires), quelle différence ne constatons-nous pas entre les caractères d'un petit vicieux de cinq ans et l'état mélancolique d'un adolescent né sous l'influence de lectures romanesques ou d'une dévotion mal dirigée, mal éclairée; ou entre les aberrations sexuelles monstrueuses et les troubles mentaux nés sous une passion venant surprendre un cerveau sans expérience de la vie sociale; et irons-nous comparer ceux-ci aux troubles partiels de l'intelligence, souvent non dangereux, si bien présents à la conscience de ceux qui en sont victimes, qu'ils font tous leurs efforts pour les dissimuler? Quoi de commun en dehors de l'hérédité entre ces différents troubles qui vont désormais constituer les folies héréditaires? »

Et poursuivant plus loin, M. Charpentier nous fait part de ce que va comprendre encore cette folie des héréditaires : « Prenons garde à cette tendance, sinon les folies de l'enfance, celles de la puberté, tous les troubles mentaux consécutifs à des habitudes répétées ou consistant en habitudes invétérées, tics, monomanies, toutes les perturbations plus ou moins connues de la volonté, de la conscience, des états émotionnels, tous les défauts d'équilibre soit des facultés entre elles, soit entre celles-ci et les facultés affectives et morales, toutes les psychoses anormales par le début subit ou la confusion de leurs délires, en dépit de leurs causes souvent cachées ou ignorées, suppression du flux normal (menstrues, sperme) ou morbides (hémorrhoïdes, sueurs, troubles cutanés), toutes ces pertubations vont prendre rang dans la folie héréditaire qui, de ce fait, va devenir un véritable *caput mortuum* destiné à recueillir tout ce qui ne pourra correspondre convenablement à un des chapitres connus de la pathologie mentale. »

Telle est la mosaïque clinique créée par M. Charpentier et qu'il désirerait passer à notre actif. Comment voulez-vous que M. Falret et moi rangions dans un même groupe :

Des *paralytiques généraux;*

Des *épileptiques;*

Des *alcooliques;*

Des *petits vicieux de cinq ans;*

Des *adolescents mélancoliques par lectures romanesques;*

Des *sujets sans expérience de la vie sociale surpris par la passion;*

Sans compter encore les malades en proie aux *folies menstruelles* , *hémorrhoïdaires*, *sudorales*, etc., etc?

Assurément, dans l'élan de son argumentation, M. Charpentier s'est laissé entraîner à créer ce groupe pittoresque bourré des faits les plus disparates. Qu'il se rassure, le groupe des dégénérés est nettement limité et n'y entre pas qui veut : il faut d'abord être doué d'un état mental particulier; les sujets offrant ces dispositions mentales enfantent les syndromes épisodiques; ces mêmes sujets, quand ils délirent, ont une façon à eux de délirer. C'est donc par les caractères qu'ils empruntent à leur état mental, à leurs obsessions et à leurs impulsions, à leur délire spécial qu'ils viennent se ranger dans le même cadre.

Plus loin, M. Charpentier relève, dit-il, des contradictions et à la page 449 nous lisons : « Exemple : les héréditaires se font remarquer par leur résistance si longue à la démence; que faire alors des démences précoces observées chez les héréditaires? »

La réponse est bien simple : dans la majorité des cas l'état mental ne baisse pas; témoins les malades raisonnants qui ne manquaient pas de nous l'apprendre. Mais quelquefois, en effet, on voit se produire des démences précoces; M. Falret l'indique, je le déclare également; ce n'est pas une surprise, c'est un fait clinique constaté par tous les observateurs. On a même signalé certaines causes spéciales, l'onanisme en particulier, qui président à cette chute rapide de l'intelligence.

Une autre contradiction : « Au point de vue des idées, les héréditaires sont mobiles, versatiles, hésitants, chan-

geants, instables; et ailleurs, les idées fixes, les obsessions invincibles se rencontrent souvent chez les héréditaires. »

Il y a là des phénomènes d'ordre différent qu'on ne doit pas confondre : les obsessions, les impulsions que présentent les dégénérés diffèrent complètement des idées délirantes. Quant aux idées délirantes elles-mêmes, quelle différence entre le mode d'apparition, la marche, l'évolution des idées délirantes des héréditaires, même quand elles présentent une certaine durée, et les idées délirantes systématisées des délirants chroniques! Chez ces derniers, le délire suit magistralement sa marche régulière méthodique, marquant quatre étapes bien distinctes :

La période d'incubation, d'interprétations délirantes;

La période de persécution;

La période de délire ambitieux;

La période de démence.

Chez l'héréditaire on n'observe jamais rien de semblable.

Encore une autre contradiction : « Au point de vue de l'état intellectuel des autres membres de la famille, on observe, malgré l'intégrité apparente, des lacunes intellectuelles ou affectives, et cependant Morel cite deux familles où les frères de l'héréditaire étaient des modèles d'intelligence, de vertu et d'affection. »

Ces deux observations de M. Morel constatent un fait qui n'est pas rare, car les phénomènes biopathologiques, on le sait, ne sont pas soumis à des lois mathématiques.

Enfin à la page 150, M. Charpentier donne un exemple de folie des héréditaires que M. Falret ni moi ne pourrions guère reconnaître.

Voici le fait : « A l'âge de trente-huit ans, sans cause appréciable, en pleine santé, un de nos clients délire subitement, mélange confus, avec intervalles de calme, d'idées de grandeur, de persécution et d'angoisses; la famille se refuse à l'internement, car on avait été sur le point de faire enfermer le père pour un délire analogue qui avait

guéri; le père est mort quinze ans plus tard d'hémiplégie droite avec aphasie, — en trois semaines, en effet, eut lieu la guérison de notre malade. Deux mois plus tard, il nous rappelle pour un psoriasis du cuir chevelu, qui le contrarie d'autant plus que son père en a eu un qui a duré plus de dix ans. »

C'est en se basant sur des exemples de ce genre que M. Charpentier est conduit, dit-il, à douter de ces délires irréguliers à débuts explosifs.

M. Charpentier après avoir, dans sa longue critique, signalé les obscurités sans nombre qu'il a eu à relever dans l'histoire de la folie des héréditaires et après avoir insisté sur les difficultés de cette étude, en arrive pour simplifier la question à une conclusion bien inattendue : il propose non plus une folie des héréditaires, mais bien cinq formes de folies des héréditaires.

Je dois déclarer, Messieurs, que les objections de M. Charpentier ne m'ont pas ému, car sa dissidence me paraît devoir être passagère. M. Charpentier est trop bon clinicien, il a entre les mains un service trop considérable pour ne pas y trouver les démonstrations cliniques qui, peu à peu, le rallieront à notre étude synthétique qui n'est, en définitive, que la résultante d'analyses nombreuses patiemment recueillies, sans aucun parti pris.

Je n'ai que quelques mots à dire sur l'argumentation de M. Bouchereau qui arrive à cette conclusion, à savoir : que les dégénérescences sont le résultat de maladies développées pendant la vie fœtale. Le fait est vrai dans quelques cas, mais ce n'est évidemment qu'un des côtés de la question.

Vous avez entendu dans la dernière séance la magnifique plaidoierie de M Christian en faveur de quelques-unes des idées exposées par M. Cotard et les aperçus nouveaux à l'aide desquels il a attaqué, à son tour, la doctrine de l'influence de l'hérédité sur la folie des dégénérés; il considère comme prédominante l'influence des conditions dans les-

quelles se trouvent les parents au moment de la conception.

Je n'aurais qu'à reproduire ici les arguments déjà présentés dans ma réponse à M. Cotard et qu'à insister sur la nécessité de tenir grand compte de l'influence effective des ascendants, tout en reconnaissant que le point particulier signalé par M. Christian mérite assurément de fixer l'attention.

En résumant les diverses opinions émises sur l'étiologie des dégénérescences mentales, nous voyons que la question a été étudiée sous tous ses aspects.

Pour M. Falret, c'est l'influence héréditaire des ascendants dont il faut tenir compte.

M. Christian insiste plus particulièrement sur l'état des parents au moment de la conception.

M. Bouchereau s'arrête exclusivement aux affections développées pendant la vie fœtale.

M. Cotard incrimine les maladies du jeune âge.

Pour ma part, je reconnais l'existence de toutes ces causes, mais d'après les faits, je ne puis m'empêcher d'attribuer la plus large part aux influences héréditaires.

Quoi qu'il en soit de cette discussion, il ressort nettement ce fait que, si nous différons quant aux limites qu'il s'agit d'assigner aux conditions étiologiques, le côté clinique, c'est-à-dire la constitution du groupe des *héréditaires dégénérés*, est admis par la plupart d'entre nous, et pour mon compte, je suis heureux que dans ces nouveaux débats, la Société médico-psychologique ait marqué un pas en avant dans l'étude si importante des dégénérescences mentales.

III

HÉRÉDITAIRES DÉGÉNÉRÉS (1)

Messieurs, les héréditaires dégénérés constituent une grande famille pathologique nettement définie, à caractères propres qui la distinguent de toutes les autres espèces morbides. De même que, dans la paralysie générale, nous avons trouvé comme fonds une démence généralisée tout à fait remarquable, de même, chez les dégénérés, tous les symptômes psychiques reposent sur un fonds spécial, la déséquilibration mentale. Les héréditaires dégénérés sont les seuls aliénés chez lesquels se montre la déséquilibration mentale. Sur ce terrain spécial, se développent des épisodes maladifs ayant pour base l'obsession, l'impulsion ou l'inhibition; épisodes tellement caractéristiques que j'ai pu les désigner sous le nom de *stigmates psychiques* de la folie héréditaire. Les délires, à leur tour, ont leur physionomie particulière et, de même, que dans la paralysie générale, les délires empruntent au fonds de démence leur principal caractère, de même, chez les héréditaires dégénérés, les délires ont tantôt l'instabilité de la déséquilibration des héréditaires, tantôt, au contraire, la ténacité obsédante de certaines de leurs tendances maladives.

On s'est élevé contre l'expression de folie héréditaire, expression assurément impropre, puisque l'hérédité exerce

(1) Magnan. Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, recueillie par M. le Dr Vigouroux (*Arch. de neurol.*, vol., XXIII, n° 69, 1892.)

son action, rayonne sur toutes les formes vésaniques : qui dit psychoses, dit maladies éminemment héréditaires, mais cependant l'hérédité s'exerce sur celle-ci à un degré beaucoup plus considérable. Elle en est le facteur principal et je n'entends pas parler simplement de l'apparition du dissemblable, c'est-à-dire de la forme progressive ou transformée de Morel, mais on trouve, plus souvent qu'on ne paraît le croire, l'hérédité similaire et notamment l'hérédité de ces phénomènes étranges, des syndromes épisodiques, dont nous nous entretiendrons plus tard, qui en sont, nous venons de le dire, les stigmates psychiques. Lorqu'on voit, en effet, la recherche angoissante du mot poussée au point que le malade non seulement veille lui-même anxieusement des nuits entières, à la recherche du terme qu'il poursuit, mais qu'il entraîne toute sa famille dans cette bizarre occupation, et lorsqu'on retrouve chez la fille du malade la même préoccupation morbide, on peut dire que cette dernière est bien et dûment la fille pathologique du père. Et à ce propos je rappellerai l'histoire d'un de nos malades, qui fut emprisonné pour avoir, poussé par sa perversion sexuelle, volé des chemises blanches, et chez la mère duquel se retrouvait la singulière tendance à saisir les rubans rouges; si bien quelle s'abstenait de sortir les jours de tirage au sort, pour éviter de succomber au désir de prendre les rubans rouges flottants sur le chapeau des conscrits. Nous pourrions rapporter encore plusieurs autres exemples et, pour le délire du toucher en particulier, nous avons vu récemment deux malades à hérédité similaire : la mère de l'un d'eux ne pouvait pas toucher les monnaies de cuivre, le père de l'autre avait la crainte du contact du chien.

Nous avons donc conservé l'expression de folie héréditaire, parce qu'elle comprend un groupe de malades nettement défini et parce qu'un terme nouveau pourrait faire perdre de vue les descriptions premières qui, sous tous les rapports, méritent de fixer l'attention.

D'autre part, si ces dégénérescences mentales sont héréditaires, dans quelques circonstances elles peuvent être acquises. En effet, à la suite d'affections aiguës chez les jeunes sujets, on observe des cas d'arrêt de l'intelligence et de dégradation mentale analogues à l'idiotie, à l'imbécillité, à la débilité mentale et même à la déséquilibration de l'héréditaire. Donc, il suffit de l'apparition d'une maladie aiguë et notamment d'une fièvre typhoïde, d'une variole, d'une scarlatine ; ce sont là les facteurs habituellement en cause, pour pervertir et anéantir à tout jamais l'intelligence d'un enfant jusque-là bien pondéré. Que s'est-il donc passé? La réponse est facile si l'on veut se reporter aux travaux publiés depuis une trentaine d'années sur les troubles nerveux consécutifs aux maladies aiguës. Fritz, Roger et Damaschino, Wesphal, Vulpian, Déjerine, Popoff, Marie, Landouzy, etc., qui ont étudié l'état de la moelle et du cerveau à la suite de la variole et de la fièvre typhoïde ont constaté des lacunes provenant de petits foyers hémorrhagiques ou de ramollissement. Ces lésions sont analogues à celles qui se développent pendant l'évolution fœtale chez les héréditaires dégénérés et sur l'axe cérébro-spinal de jeunes sujets en voie d'évolution, les résultats sont identiques. On doit donc faire entrer dans le groupe des héréditaires ces faits que la clinique désigne, quoique assurément la dénomination d'héréditaires ne leur convienne pas. Tous ces faits sont caractérisés d'ordinaire par des stigmates physiques, et les lésions dans l'enfance qui laissent surtout, après elles, des paralysies et de la faiblesse intellectuelle, ne déterminent pas habituellement ces stigmates psychiques si significatifs qui, dès la première enfance, avant que toute éducation ait pu modifier ces jeunes sujets, se présentent avec des obsessions, des impulsions, des perversions sexuelles, un trouble fonctionnel en un mot, que l'influence héréditaire seule peut bien expliquer. Il n'est pas rare, en effet, de voir chez les héréditaires dégénérés un stigmate très net dès l'âge de quatre ou cinq ans. Chez un

malade, à l'heure actuelle, professeur de Faculté, l'inversion génitale s'était montrée à six ans; déjà il éprouvait une voluptueuse curiosité pour les nudités masculines, un attrait irrésistible pour les garçons; à cinq ans, il présentait un entraînement inexplicable au vol; un peu plus tard, il était irrésistiblement poussé à compter et à recompter les fleurs, les lignes d'une tapisserie, et il eut la recherche angoissante du mot.

Ces stigmates psychiques se développent bien avant que le milieu ou une éducation vicieuse aient pu exercer sur eux la moindre influence. L'expression d'héréditaires dégénérés nous semble concilier toutes les opinions.

Les caractères symptomatiques de la folie des dégénérés se divisent en trois groupes : les stigmates physiques, les stigmates psychiques et les délires. Les caractères physiques sont quelquefois très légers; un faux trait de la vue, un strabisme peu apparent, la division de la choroïde laissant à nu la sclérotique, l'émergence irrégulière de l'artère centrale de la rétine, un nœvus, quelques tics. Chez d'autres, on trouve des troubles beaucoup plus accentués : c'est la contracture des quatre extrémités avec porencéphalie, des paralysies avec contracture, par sclérose ayant détruit les zones psychomotrices, le bec-de-lièvre, la gueule de loup, le strabisme divergent ou convergent, des tics généralisés et persistants, des doigts palmés ou même la réunion complète d'une main ou d'un pied. Toutes ces anomalies sont la traduction de déviations nutritives.

Je tiens à ce propos à vous présenter un malade chez lequel on rencontre un grand nombre de ces stigmates que je viens de vous énumérer.

Sa tête est complètement contournée, il semble que l'extrémité céphalique soit tordue sur elle-même. Le crâne dans son ensemble est plagiocéphale, il a la forme d'une boule irrégulière asymétrique, aplatie d'avant en arrière.

Le front est plat sur toute son étendue, sauf dans le milieu

où il présente une concavité. La face est aplatie, asymétrique; le nez gros, épaissi, fortement déjeté à gauche. Les lignes des sourcils sont très obliques en bas et en dehors. Les fentes palpébrales prolongées se rencontreraient sous un angle de 120 degrés environ. Les yeux, très saillants, sont comme pédiculés. Le cercle irien est visible dans son entier : on aperçoit la sclérotique à une certaine distance de l'iris en haut et en bas.

La lèvre supérieure est dirigée en avant, la lèvre inférieure très allongée a une direction en haut et en avant, de sorte que les sinuosités de la bouche sont mal dessinées. L'oreille gauche est implantée plus bas et plus en avant que la droite. L'ourlet est interrompu par places. Les lobules, courts et épais, sont adhérents.

Quand le malade ouvre la bouche, on voit que les dents de la mâchoire supérieure sont implantées irrégulièrement sur trois rangées, leur nombre est cependant normal. Les parties internes des bords alvéolaires se réunissent en se soudant, ce qui donne lieu à la production d'une voûte palatine garnie en quelque sorte d'une soupente. Derrière et en haut des arcades dentaires, commence immédiatement le voile du palais qui descend plus bas qu'à l'état normal et se termine par une luette bifide.

Les métacarpiens sont soudés entre eux : la forme de la main rappelle celle que prendrait une main normale dont les doigts seraient fortement serrés pour ne pas laisser échapper un liquide déposé dans le creux.

Les métatarsiens sont également soudés et les orteils réunis à l'extrémité du membre inférieur ressemble à un pied amputé de ses quatre orteils.

Les antécédents héréditaires nous montrent du côté maternel un grand-père ivrogne, une grand'mère nerveuse, convulsivante, un oncle alcoolique, un autre oncle onaniste, mort à dix-huit ans dans un état complet de démence traversée, de temps à autre, par de l'excitation.

Les caractères intellectuels sont plus intéressants à étudier. Le fond est la déséquilibration mentale. Pour bien comprendre ce défaut d'équilibre des facultés, il est bon de suivre le développement de l'intelligence, depuis la dégradation complète de l'idiot, jusqu'aux simples anomalies offertes par les héréditaires. Au plus bas de l'échelle, les idiots sont réduits à la vie végétative, ils restent étrangers à la vie de relation, ils voient mais ne regardent pas, entendent mais n'écoutent pas, ont des appareils d'olfaction et de gustation, mais ne flairent pas ni ne goûtent. Ils sont réduits à un tube digestif qui reçoit les aliments et les digère. S'ils sont ainsi oblitérés, c'est que sur la région antérieure et postérieure de leur cerveau se trouvent des lésions diverses; des foyers hémorrhagiques ou des foyers de ramollissement, des méningo-encéphalites, de l'épendymite ventriculaire avec hydrocéphalie, des scléroses hypertrophiques ou tubéreuses, des scléroses atrophiques, des tumeurs, etc. Ces lésions offrent suivant les sujets, des variétés infinies comme distribution et étendue, et c'est ce qui explique la multiplicité d'aspects de l'état mental de l'idiot, dont les aptitudes s'étendent se complètent à mesure que le territoire devient libre sur la zone des centres sensoriels et des instincts.

Les physiologistes ne sont pas d'accord sur le siège précis des différents centres perceptifs; mais la clinique et l'anatomie pathologique ont fourni déjà de précieux renseignements dans l'étude de la cécité et de la surdité verbales. Quand un individu qui n'est pas sourd ne comprend plus ce qu'il entend, mais continue à parler, à écrire, à exprimer par des signes ce qu'il pense, on sait aujourd'hui que cet état correspond à une lésion de la couche corticale située sur la première temporale et que la région touchée est toujours la même. A la partie moyenne de la première temporale réside donc le centre sur lequel viennent se déposer toutes les perceptions tonales.

Il en est de même pour le centre dépositaire des images

visuelles que la clinique permet de localiser sur le pli courbe. Quand ce centre est lésé, le signe représentatif de l'écriture ne peut plus être perçu, le malade peut écrire, mais il lui est impossible de lire même ce qu'il vient d'écrire. On est donc tenu d'admettre l'existence de ces centres perceptifs au même titre que celle des centres psychomoteurs.

Tous les centres, qu'ils appartiennent à la région antérieure (idéation), à la région moyenne (psychomotrice), ou à la région postérieure (appétits et instincts), sont mis en communication les uns avec les autres par le système de fibres d'association et de projection signalé déjà par Gratiolet, mais que les beaux travaux de Meynert nous ont bien fait connaître et sur lesquels je n'ai pas à insister.

C'est dans la région postérieure que se trouvent déposées les images mnémoniques de toutes nos impressions sensorielles, c'est-à dire tous les matériaux nécessaires à l'élaboration intellectuelle, à la formation de nos idées : ces images, passant dans la région frontale, deviennent les schémas, les signes représentatifs de la pensée. Toutes les fois qu'une détermination part de la région postérieure, sans le contrôle des centres supérieurs, on a une détermination sensori-motrice, un acte instinctif. Quand le point de départ émane de la région antérieure, il produit une détermination idéo-motrice, un acte volitionnel.

Cette distinction va nous permettre d'établir une ligne de démarcation entre les idiots d'une part, les imbéciles, les débiles et les déséquilibrés de l'autre.

Voici une petite idiote, réduite à la vague perception de quelques sensations : elle est étrangère presque à tout ce qui l'environne, elle entend, mais ne comprend rien, elle ne prête aucune attention aux personnes qui l'entourent ; toutefois, elle remarque certains objets dont elle s'empare et qu'elle rejette, elle perçoit aussi la saveur de quelques aliments ; elle est incapable de marcher, mais, placée à terre, elle pousse des cris, s'agite et brusquement elle se traîne en s'aidant des

bras et des jambes et parcourt, sans but, différentes parties de la salle. Chez cette enfant, non seulement la région frontale est annihilée, mais la région postérieure est en grande partie compromise.

A mesure que la région postérieure devient libre, l'intégrité successive des différents centres perceptifs permet aux idiots d'entrer en relation plus intime avec le monde extérieur ; mais cette amélioration dans leur état, cette perception plus étendue des diverses sensations, développent leurs appétits et leurs instincts, et comme ils sont privés du contrôle et de l'action modératrice des centres supérieurs, ils se montrent gourmands, voleurs, salaces et deviennent conséquemment des êtres fort dangereux.

Pour mieux comprendre les troubles fonctionnels observés dans les différents groupes de dégénérés, il est bon de rappeler ce qui se passe à l'état normal. Si l'on examine, en effet, l'enfant qui commence à jouir du contrôle distinct de ses mains, on surprend assez vite des phénomènes d'attention. Un schéma de Meynert montre bien les différents temps d'une opération mentale très simple : l'image de la flamme d'une bougie, déposée par l'appareil de la vision dans le centre cortical postérieur, transmet sa représentation dans la région frontale et provoque immédiatement un mouvement volontaire du bras vers l'objet brillant, l'impression douloureuse, à son tour, suivant un trajet analogue, actionne en sens inverse la région psychomotrice, un mouvement de recul s'effectue, les deux sensations agréable et douloureuse sont enregistrées, comparées, et, à partir de ce moment, la flamme est regardée et non touchée. C'est par des expériences successives que se fait l'éducation des centres modérateurs, que, dans la conscience, se développe l'attention et que les actes volitionnels des enfants perdent peu à peu leurs apparences impulsives pour acquérir l'aspect de la délibération.

Les divers modes d'activité cérébrale (sentiments, volonté, attention, mémoire, jugement, raisonnement, etc.), qui

constituent les facultés des psychologues, se développent, se perfectionnent successivement par le concours harmonieux de toutes les parties de l'encéphale ; l'évolution progressive des facultés mentales aboutit à cet état de conscience qui nous permet de discerner le vrai du faux, le bien du mal, à ce témoignage intime qui donne l'approbation aux actions bonnes et fait reproche des mauvaises, et qui est, en définitive, la caractéristique du sens moral. Par suite, on peut comprendre comment la rupture de l'un de ces rouages, une lésion des agents de communication entre ces différents centres donne parfois naissance, chez nos héréditaires dégénérés, à des perversions morales et affectives et aux troubles fonctionnels les plus étranges.

L'idiot, chez lequel certains centres de la région antérieure deviennent libres, cesse d'être un idiot, s'élève dans l'échelle intellectuelle et se range dans l'imbécillité. Les déterminations ne sont plus exclusivements sensori-motrices, elle reçoivent un certain contrôle de la région antérieure, elles commencent à devenir idéo-motrices,

L'intégrité de quelques-uns de ces centres chez différents sujets explique comment certains idiots, certains imbéciles peuvent avoir des aptitudes particulières que mettent à profit leurs éducateurs. On a même pu qualifier de *génies partiels* certains idiots. En effet, ceux chez lesquels, par exemple, le centre de la vision est intact ou même très développé, ont la notion du coloris, deviennent peintres ; avec l'intégrité du centre auditif, nous avons les musiciens ; avec l'intégrité des zones motrices, les sculpteurs, etc. A l'état normal, la fonction ne fait pas l'organe, mais celui-ci, étant intact, peut prendre de l'extension avec l'exercice et le perfectionnement de la fonction. Chez Gambetta, notre grand patriote, notre puissant orateur, quoique le poids du cerveau ne dépassât pas la moyenne, la troisième circonvolution gauche était très développée et présentait trois plis à sa surface extérieure.

L'étude des idiots nous amène à expliquer ce qui se passe chez les dégénérés supérieurs. Les cerveaux des débiles ne nous présentent déjà plus que des modifications morphologiques, des plis moins nombreux, des anfractuosités moins profondes ; chez les dégénérés supérieurs, l'aspect extérieur du système cérébro-spinal est normal et nous n'y trouvons aucune lésion apparente, du moins avec nos moyens actuels d'investigation, car les troubles fonctionnels que la clinique révèle sont tellement nets, ils ont un tel air de famille chez les différents sujets, qu'il n'est pas possible qu'ils ne se rattachent pas à une modification pathologique de l'organe.

Rappelons à ce propos une déséquilibrée de trente-deux ans, chez laquelle aucune région de l'axe cérébro-spinal ne fonctionnait d'une façon régulière. Tantôt elle avait, en pleine conscience, des mouvements d'une main, d'un pied, que ne pouvait régler la volonté. D'autres fois, se produisaient des phénomènes inhibitoires : debout, la malade ne pouvait plus s'asseoir ; assise, elle ne pouvait plus se relever. La moelle n'obéissait plus à l'influence psycho-motrice.

Dans d'autres circonstances, c'est toute la mimique d'un état passionnel, rires ou pleurs, qui surgit, en désaccord avec l'état cénesthésique du sujet. Elle riait aux éclats à l'enterrement de son grand-père qu'elle avait, cependant, beaucoup aimé. Chez elle, la protubérance qui, d'après les expériences de Vulpian, est l'organe des expressions émotionnelles, échappait au contrôle de la région frontale. Par moments, elle prononce des mots le plus souvent grossiers, qu'elle ne voudrait pas dire ; si elle essaye de résister, elle éprouve du malaise, elle est angoissée ; elle les prononce alors à voix basse ou elle remue la langue sans les prononcer ; d'autres fois, elle se retire dans un lieu écarté, les prononce à haute voix et se sent soulagée. Le centre auditif de l'écorce (première temporale) est dans un tel état d'éréthisme, que l'image vient solliciter le centre moteur d'articulation qui l'expulse au dehors. Le centre auditif, le centre moteur d'ar-

ticulation agissent encore ici indépendamment des centres supérieurs.

Parfois, enfin, ce n'est plus un mot, mais une série de faits divers, tout un discours qu'elle devait répéter, témoignant ainsi une déséquilibration des centres corticaux antérieurs. Ce n'est pas tout; parfois elle est poussée à frapper un inconnu, un ami, un parent; elle résiste, s'isole, demande à être enfermée dans une chambre, restant parfois très longtemps sous le coup d'une décharge de la région psychomotrice.

Elle avait encore des perversions sexuelles : d'abord elle se sent poussée à l'onanisme en dehors de toute idée de rapprochement sexuel, c'est une spinale simple. Plus tard, elle éprouve un besoin impérieux de rapprochements sexuels, et, se conduisant en spino-cérébrale postérieure, elle se donne, sans choix, au premier venu. Puis, elle est prise d'une vive affection pour un ouvrier avec qui elle voudrait se marier, et ce sentiment nouveau la rapproche de la normale et en fait une spino-cérébrale antérieure. De plus, elle était épileptique et avait des crises qui étaient suivies de délire et d'actes inconscients. Enfin, pendant une période de sa vie, s'étant adonnée aux abus de boissons, elle a rapidement présenté un accès de délire alcoolique.

Cette femme, vous le voyez, était un type de déséquilibration cérébro-spinale; chez elle, en effet, des troubles fonctionnels distincts, désignaient successivement les différents segments de la moelle, du mésocéphale et des hémisphères cérébraux qui étaient ainsi mis en jeu de la façon la plus indépendante.

Tous les déséquilibrés appartiennent à la même famille, on ne constate pas chez eux de lésions anatomiques définies, mais des modifications fonctionnelles de même nature : le phénomène saillant est la déséquilibration mentale. Chez des individus intelligents, érudits, accomplissant des fonctions importantes dans la société, on trouve souvent une

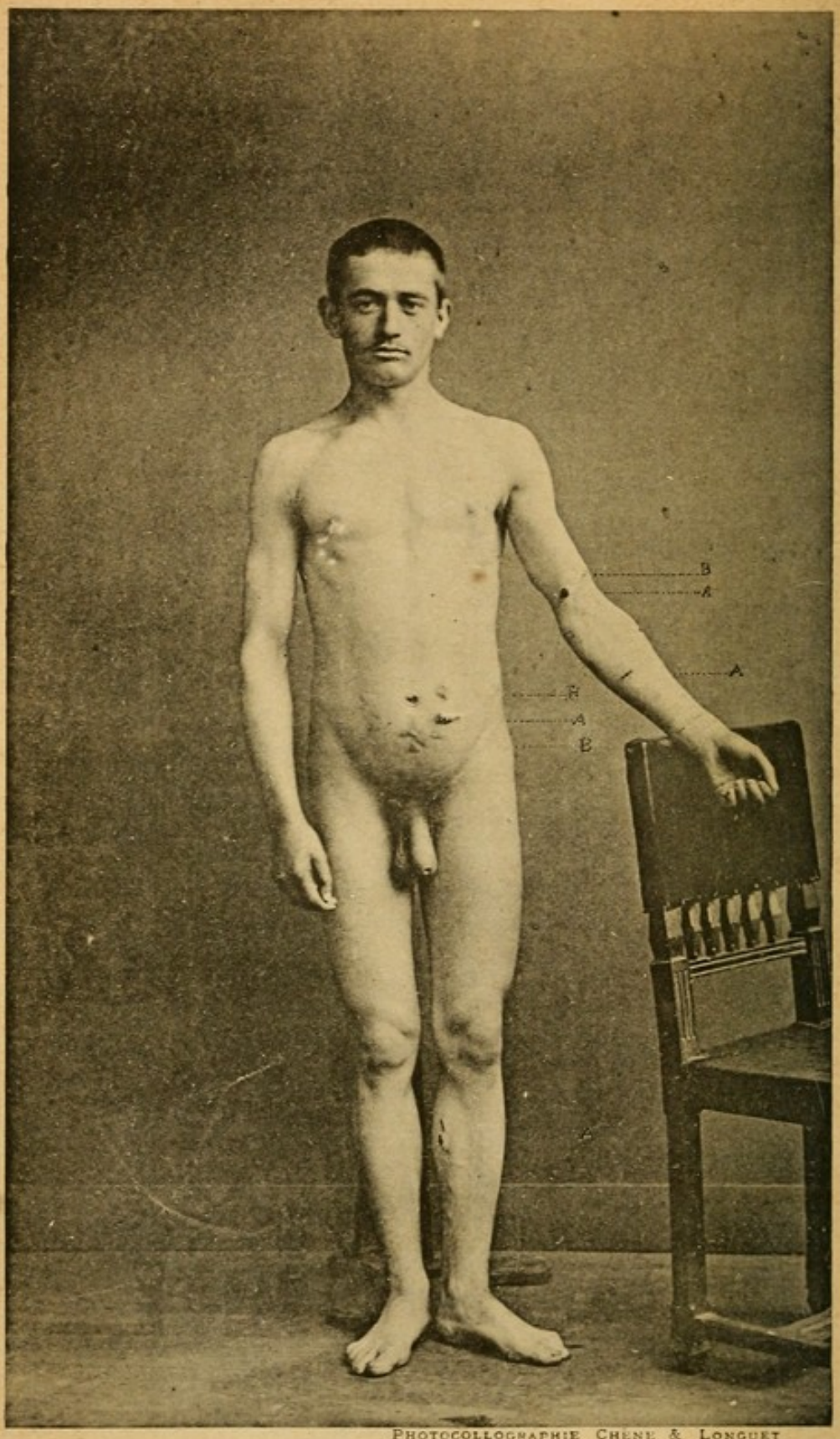
absence complète de sens moral, ce sont des génies au point de vue intellectuel et des idiots au point de vue moral. Chez d'autres, au contraire, de moralité élevée, l'intelligence proprement dite offre de profondes lacunes, tantôt pour le calcul, tantôt pour la musique, tantôt pour les arts, etc. Leurs centres perceptifs sont inégalement aptes à recueillir toutes les impressions, certaines ne s'enregistrent pas d'une façon régulière et ne laissent pas d'image durable.

En résumé, chez certains sujets dont l'intelligence est parfaite, l'état moral est défectueux; chez d'autres, l'état moral est parfait, mais certaines aptitudes intellectuelles, certaines facultés leur font entièrement défaut. Enfin un troisième groupe comprend des individus qui, à l'état ordinaire, sont bien pondérés, intelligents et moraux, mais chez lesquels, sous l'influence de la moindre fatigue, la déséquilibration apparaît avec ses défectuosités intellectuelles ou morales.

Pour compléter cette étude des héréditaires dégénérés, nous examinerons ensemble un malade obsédé et impulsif, en proie aux aberrations sexuelles les plus étranges.

Il s'agit d'un garçon de vingt et un ans qui se fit un jour arrêter sur un banc, pendant que, d'un coup de ciseaux, il détachait de son bras gauche un large fragment de peau. Interrogé sur les motifs de cette mutilation, il déclare que depuis plusieurs heures il était à la poursuite d'une jeune fille à la peau blanche et fine, avec l'ardent désir de lui tailler au cou un lambeau de peau et de le manger.

Ses antécédents héréditaires sont très chargés : son grand-père paternel était alcoolique. Son père est mort d'apoplexie et pendant sa vie il avait été sujet à des accidents épileptiques : c'étaient des accès de sommeil qui survenaient subitement; quelquefois des absences pendant lesquelles il ne savait plus ce qu'il faisait; il pâlissait tout à coup et se laissait aller à terre; un jour, il a été ramassé par un factionnaire devant lequel il venait de s'affaisser. La première nuit



PHOTOCOLLOGRAPHIE CHÊNE & LONGUET

HÉRÉDITAIRE DÉGÉNÉRÉ

Perversion sexuelle.

de ses noces, il aurait eu une attaque avec perte de connaissance et secousses dans les membres; et le premier mois du mariage s'est passé sans approches sexuelles qui, du reste, ont toujours été fort rares.

Une sœur du malade a toujours été déséquilibrée, n'a pu apprendre aucun métier, a mené une vie déréglée et plus tard, changeant brusquement de conduite, elle est entrée dans un couvent. La mère est bien portante. L... aurait eu le carreau dans son enfance et il a uriné au lit jusqu'à l'âge de dix-sept ans.

Dès son jeune âge, il a été considéré comme un être malfaisant : placé chez un boucher, il s'amuse à ouvrir tous les becs de gaz, provoque une explosion qui blesse une femme. L'abbé Roussel, dans la maison duquel il était entré, a dû le renvoyer après une escapade. Dans une maison de correction, il a failli tuer un de ses jeunes camarades.

A plusieurs reprises, il se fait arrêter pour vagabondage ; toutes les fois que sa mère lui adresse quelque reproche, il est poussé, dit-il, à la frapper, mais ne l'a jamais fait. Il s'est adonné de très bonne heure à l'onanisme et plus tard il s'est livré à la pédérastie.

Dès l'âge de six ans, la vue d'une jeune fille ou d'un jeune garçon, à la peau fine et délicate, provoquait chez lui une certaine excitation génitale et le désir de mordre et de manger un morceau de leur peau. A partir de treize ans, les jeunes filles seules, à condition qu'elles soient jolies, deviennent, l'objet de ses convoitises. Cependant, un jour, en caressant la tête d'un cheval, il ne put résister au besoin de mordre, après l'avoir léchée, la peau fine des naseaux. Plus tard, les souvenirs de la peau fine, léchée et mordue de ce cheval le poussait à l'onanisme.

Vers l'âge de quinze ans, il a commencé à se piquer en se masturbant, la douleur augmentait l'érection et hâtait l'éjaculation. Il se piquait le ventre avec une épingle, un

couteau, un sabre-baïonnette et, au moment de l'orgasme génital, il enfonçait l'instrument le plus profondément possible.

L'idée obsédante de mordre et de manger la peau n'est pas provoquée seulement par la vue d'une jeune fille, la vue des lames tranchantes et brillantes comme les couteaux, les ciseaux qui peuvent servir à couper la peau font naître cette obsession ; *cela lui porte sur le système nerveux*, suivant son expression. Quand il résiste à cette force qui le pousse, il est énervé, angoissé ; il a une sensation de contraction dans la région épigastrique, enfin il est couvert de sueur quand la lutte se prolonge.

Il a toujours résisté à cette obsession, et jamais il n'a mordu la peau d'une jeune fille, mais il a dû beaucoup lutter et, pour ne pas succomber, il n'a pas hésité, dit-il, depuis huit mois, à tourner *sa rage* sur lui-même et à se couper la peau ; c'est au moment où il allait sauter sur la jeune fille, qu'il a eu assez d'énergie pour interrompre sa poursuite, s'asseoir sur le banc où il a été arrêté, et tourner les ciseaux contre lui-même. Un autre jour, son patron l'envoie faire une commission avec une ouvrière qu'il trouvait fort jolie, mais pour ne pas se livrer à un acte de mutilation sur cette jeune fille, il a répandu, au moment de sortir, de l'essence de térébenthine sur une plaie encore vive qu'il s'était faite au bras, espérant être détourné par cette douleur aiguë de sa terrible tentation.

Sur sa photographie, on remarque cinq plaies récentes (*a*) : deux sur le bras gauche, une sur le ventre et deux à la face interne du mollet gauche ; huit autres plaies (*b*) en voie de cicatrisation, quatre sur le bras gauche et quatre sur le ventre ; on aperçoit, en outre, de petites cicatrices presque entièrement effacées. Quelquefois, il ne se contente pas d'enlever la peau et de la manger, il coupe ensuite les parties sous-jacentes et un jour même, il s'est fait une plaie très profonde qui atteignait presque l'os.

La poursuite de la jeune fille choisie pour subir la section cutanée provoque l'érection, mais ne s'accompagne pas du désir de posséder la jeune fille, de cohabiter avec elle; c'est l'appétit de la peau fine et blanche qui pousse L... Dès qu'il tient le lambeau de peau entre les dents et qu'il peut la mâcher, il a une éjaculation. Celle-ci peut se produire aussi, en dehors de la masturbation, au moment où une lame est enfoncée dans la peau. Dans tous les cas, la mutilation est précédée d'angoisse et suivie d'un grand soulagement.

Le caractère de ce malade est d'une mobilité extrême. Tantôt gai, heureux, travaillant avec bonne humeur, tantôt pour la raison la plus futile, déprimé, triste, hanté par des idées de suicide. Il a même fait dans le service une tentative très sérieuse de strangulation à la suite d'une simple observation du surveillant.

Il présente en même temps des idées mystiques, il est dévot et superstitieux et parfois, la crainte salutaire de l'enfer suffit à mettre un frein à l'onanisme.

Examiné au point de vue physique, le malade ne présente pas de stigmates physiques de dégénérescence, on remarque seulement comme chez les onanistes la forme en massue de la verge; ses autres organes ne nous montrent rien d'anormal.

L'alcoolisme du grand-père, l'épilepsie du père ont préparé chez L... le fonds de dégénérescence sur lequel nous voyons, dès l'âge de six ans, surgir l'obsession bizarre de mordre et de manger la peau fine et blanche. La résistance s'accompagne d'angoisse et l'impulsion le pousse, en définitive, à se mutiler lui-même; l'acte accompli, même dans ces conditions douloureuses, provoque l'éréthisme génital et est suivi d'un grand soulagement. Ce sont bien là, on le voit, tous les caractères du syndrome épisodique, toujours les mêmes, quelle que soit l'étrangeté de ce syndrome.

IV

TABLEAU SYNOPTIQUE DES DÉGÉNÉRESCENCES MENTALES

LES HÉRÉDITAIRES DÉGÉNÉRÉS

§ I. Idiotie, imbécillité, débilité mentale.

§ II. (Déséquilibrés). Anomalies cérébrales. — Défaut d'équilibre des facultés morales et intellectuelles.

§ III. Syndromes épisodiques des héréditaires.

1° Folie du doute.

2° Crainte du toucher. — Aichmophobie (αἰχμή, pointe).

3° Onomatomanie
- 1. Recherches angoissantes du nom et du mot.
- 2. Obsession du mot qui s'impose, et impulsion irrésistible à le répéter.
- 3. Crainte du mot compromettant.
- 4. Influence préservatrice du mot.
- 5. Mots avalés chargeant l'estomac.

4° Arithmomanie.

5° Echolalie, coprolalie, avec incoordination motrice (Gilles de la Tourette).

6° Amour exagéré des animaux. — Folie des antivivisectionnistes.

7° *a*. Dipsomanie.
b. Sitiomanie (σιτίον, aliments).

8° *a*. Kleptomanie, kleptophobie.
b. Oniomanie (ὠνία, achats).

9° Manie du jeu.

10° Pyromanie, pyrophobie.

11° Impulsions homicides et suicides.

12° Anomalies, perversions, aberrations sexuelles.

A. Spinaux
- Réflexe simple.
- Centre genito-spinal de Büdge.

B. Spinaux cérébraux postérieurs (réflexe cortical postérieur).

C. Spinaux cérébraux antérieurs (réflexe cortical antérieur).

D. Cérébraux antérieurs (érotomanes, extatiques).

13° Agoraphobie, claustrophobie, topophobie.

14° Aboulie.

§ IV. *A*. Manie raisonnante. Folie morale (persécutés-persécuteurs).

B. Délire primaire multiple, polymorphe rapide ou quelquefois de longue durée, mais sans succession évolutive déterminée.
- Délire ambitieux.
- — hypochondriaque.
- — religieux.
- — de la persécution, etc.

C. Délire systématique, unique, fixe, sans tendance évolutive (analogue à l'idée obsédante).

D. Excitation maniaque, dépression mélancolique.

V

DES ANOMALIES, DES ABERRATIONS ET DES PERVERSIONS SEXUELLES (1)

Dans l'histoire de la folie, les fonctions sexuelles entrent fréquemment en jeu, les organes de la génération deviennent le point de départ d'illusions, d'hallucinations, de troubles de la sensibilité générale qui font naître des préoccupations singulières et qui créent les délires parfois les plus étranges. Les ouvrages anciens sont remplis, en effet, des prouesses des succubes et des incubes, des vilainies des diables et des sorciers, des obscénités du sabbat; mais peu à peu le Démonopathe se transforme en Persécuté; à tout l'attirail de la sorcellerie se substituent, avec les progrès de la science, les instruments du cabinet du physicien et les appareils, chaque jour plus nombreux, que d'ingénieuses applications introduisent même jusque dans nos demeures. Le Démonopathe et le Persécuté ne sont cliniquement qu'un seul et même malade et marquent la seconde période du délire chronique. Les troubles maladifs, en effet, sont les mêmes, l'interprétation, par le seul fait des notions générales répandues dans les masses, change, et les influences diaboliques sont remplacées par les agents chimiques, les gran-

(1) Magnan, Com. à l'Acad. de méd., 13 janvier 1885 (*Ann. médico-psych.*, 7e série, t. I, mai 1886, p. 447 à 472.)

des forces naturelles, le magnétisme, l'électricité, le téléphone, etc., tout l'arsenal de l'industrie moderne.

Ce n'est point de ces désordres que je demande la permission d'entretenir quelques instants l'Académie, je désire m'arrêter sur les anomalies, les aberrations et les perversions sexuelles qui se montrent dans cette catégorie d'aliénés que l'on désigne sous le nom de *dégénérés*, groupe de malades chez lesquels l'hérédité exerce l'influence la plus puissante et qui, depuis l'idiotie profonde jusqu'aux individus mal équilibrés, présente tous les degrés de la débilité mentale. Ces anomalies sexuelles sont si nombreuses, si variées, qu'elles prêteraient à la confusion, si l'on ne faisait ressortir leurs liens réciproques par une classification basée sur l'anatomie et la physiologie.

Les *spinaux*, qui forment le premier groupe, sont réduits au réflexe simple, leur domaine se trouve limité à la moelle, au centre génito-spinal de Büdge. C'est l'onanisme chez l'idiot complet.

Pour les seconds, les *spinaux cérébraux postérieurs*, le réflexe part de l'écorce cérébrale postérieure et aboutit à la moelle. La vue seule, l'image d'un sujet de sexe différent, quelles que soient ses qualités, qu'il soit beau ou laid, jeune ou vieux, provoque l'orgasme vénérien. C'est l'acte instinctif purement brutal.

Un troisième groupe comprend les *spinaux cérébraux antérieurs*. Le point de départ du réflexe est dans l'écorce cérébrale antérieure; c'est une influence psychique, comme dans l'état normal, qui agit sur le centre génito-spinal; mais l'idée, le sentiment ou le penchant sont ici pervertis. Nous verrons, en effet, le penchant anormal d'une femme pour un garçon de deux ans. D'autre part, l'acte conjugal chez un homme, sous la dépendance exclusive du souvenir de la tête d'une vieille femme ridée, couverte d'un bonnet de nuit. Par suite, frigidité complète la première nuit des noces, l'image n'étant pas évoquée.

Enfin, les *cérébraux antérieurs ou psychiques*, ce sont des extatiques, des érotomanes. Un jeune élève des Beaux-Arts vit dans la chasteté absolue; son amour, c'est Myrtho qui s'est réfugiée dans une étoile; il contemple tous les soirs cette étoile, lui adresse des vers, brûle de l'encens.

Tel est le tableau qui paraît le mieux grouper toutes les variétés des anomalies sexuelles.

1° *Des spinaux.* — Je n'ai pas à rappeler que la moelle n'étant pas seulement un organe conducteur, renferme une série de centres échelonnés où aboutissent des impressions d'un département déterminé du corps et d'où partent des réactions (réflexes) vers les parties correspondantes. Parmi les centres localisés dans la région inférieure de la moelle, le centre génito-spinal a été nettement établi par les expériences de Büdge. Chez le lapin et le chien, il est situé, d'après Büdge et Goltz, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire (1).

Si l'on ne peut pas sur l'homme localiser encore ce centre d'une façon précise, les faits pathologiques en démontrent l'existence. De plus, chez certains idiots complets dénués de toute perception sensorielle, qui ne flairent pas, ne goûtent pas, qui voient sans regarder, qui entendent sans écouter et dont la vie purement végétative est réduite aux simples réflexes; chez eux, on peut voir se produire comme seule manifestation active, des manœuvres de masturbation. Or, ces êtres inconscients, isolés de toute relation extérieure par des lésions cérébrales irrémédiables, sont relégués dans la moelle.

Parmi les idiots adonnés à un onanisme incessant, je citerai le cas d'une fille de 7 ans, dont le père, ivrogne, est mort phtisique et dont la mère, déjà névropathe, avait eu à subir, pendant la grossesse, de violentes émotions. Cette idiote, d'ailleurs très chétive,

(1) Voir : Küss et Duval, (*Cours de physiologie*, p. 70, Paris, 1883.) — Vulpian, (*Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, t. II, p. 292. *Expériences sur le nerf spermatique*, Paris, 1875.) — Jaccoud, (*Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*, p. 149. Paris 1864.)

était née avec un pied-bot valgus du côté droit; à 18 mois, à la suite de convulsions, on remarqua une déviation en dehors du pied gauche et, au bout de quelques semaines, le valgus s'était nettement dessiné. Des convulsions se reproduisirent et l'intelligence resta oblitérée. L'enfant, gâteuse, était indifférente, ne souriait pas à sa mère, criait par moments, déchirait ses vêtements et, dès l'âge de 3 ans, se livrait à la masturbation.

A 6 ans, quand j'ai eu l'occasion de la voir, elle était pâle, amaigrie, les organes génitaux externes, très développés, étaient flasques, ridés, flétris, elle ne prononçait que quelques mots; de temps à autre, elle faisait claquer la langue en relevant la tête; repoussait en disant « caca » les aliments qui lui étaient présentés avec la main, les acceptait quand on les lui offrait sur une assiette, se mettait à quatre pattes pour manger le potage et s'irritait, repoussant tout et cherchant à griffer, si on essayait de lui faire prendre une autre position.

Dès qu'elle était sur une chaise, sur un matelas ou sur un lit, elle se courbait légèrement et portait la main à ses organes génitaux qu'elle frottait incessamment. En était-elle empêchée, elle criait, pleurait, se frappait la tête. Quand on lui tenait les mains, elle remuait les jambes. Avec un petit maillot et des serviettes, on parvenait à protéger la région vulvaire, elle s'irritait alors et ne pouvant toucher ses organes, elle se frottait parfois automatiquement la partie latérale droite du cou, mais ne tardait pas à faire de nouvelles tentatives d'onanisme. Elle ne cessait que lorsqu'elle en était empêchée de force, elle ne s'arrêtait devant personne, si bien qu'un jour, placée sur une table, elle a continué à se masturber pendant qu'on la photographiait.

A côté des faits d'excitation manuelle des organes il est bon de placer certains cas de perversions sexuelles dans lesquels l'orgasme génital se produit spontanément, sans manœuvres extérieures, sans influence morale d'aucune sorte.

Tel est le cas d'une dame âgée de 35 ans, ancienne élève du Conservatoire, névropathe, gastralgique, mal équilibrée, mais néanmoins musicienne distinguée. Depuis douze ans, elle est en proie, par périodes de durée variable, à un érethisme génital qui se produit habituellement le matin vers six heures et se traduit par du prurit vulvaire, des démangeaisons, parfois des sensations voluptueuses; elle se jette hors du lit, et parvient quelquefois, mais non toujours, à ramener le calme à l'aide d'injections ou d'ablutions froides.

Les causes morales, les approches conjugales n'exercent aucune influence sur cet état. Par contre, l'apparition d'une diarrhée un peu forte a suspendu à plusieurs reprises ces malaises tributaires sans doute du centre génito-spinal. Le bromure de camphre a donné aussi un peu de repos.

Tel est encore le cas d'un névropathe de 55 ans, que j'ai eu l'occasion de voir avec M. Bouchard; ce malade, sourd et fils de sourde, a un frère et une sœur tous deux durs d'oreille et aliénés mélancoliques. Depuis plusieurs années, il est torturé par un priapisme qui le force à passer hors du lit une partie de ses nuits. Il éprouve constamment une sensation de chaleur aux lombes et à la verge. Après un sommeil très court, il est réveillé par une érection douloureuse qui l'oblige à se lever et qui, parfois, résiste aux lotions et aux lavements d'eau froide. Il reste debout, se lamentant, parcourant de long en large la chambre : puis quand l'organe est moins turgescent, il s'installe sur un fauteuil canné, les jambes élevées à l'aide de coussins, et parvient ainsi à goûter parfois quelques heures de repos.

Les approches sexuelles, rares ou fréquentes, n'ont aucune influence sur cet état, indépendant aussi de toute action morale. L'ergot de seigle, le bromure, le chloral, les bains, les douches ascendantes froides, l'hydrothérapie n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

Si certains névropathes peuvent ainsi être sous le coup d'un orgasme génital involontaire, il en est d'autres chez lesquels la disposition maladive se traduit par une frigidité intempestive qui peut les jeter dans le désespoir et parfois même les pousser au suicide.

J'ai vu avec M. Charcot un jeune homme de Bilbao, appartenant à une famille de névropathes, qui, à certaines périodes, sans fatigue préalable, sans causes physiques ni morales appréciables, se trouvait impuissant à toute approche sexuelle. Cette situation le préoccupait tellement que, renonçant à un mariage projeté, il s'était retiré dans une de ses terres, décidé à en finir. On le surprit assis à son bureau, écrivant ses dernières volontés, un revolver chargé à côté. Un de ses frères, marié et père de six enfants, m'a avoué que, de tout temps, il avait été obligé de subir les caprices de ses organes. Les circonstances les plus favorables, l'attrait le plus vif, les désirs les plus ardents restaient parfois lettre morte devant cette impuis-

sance que rien ne justifiait. Mais à l'inverse de son frère, il prend, dit-il, gaiement la chose, il en rit avec sa femme et s'entretient d'un autre sujet en attendant le bon vouloir de ses sens.

Ces deux cas, on le comprend, sont très différents de ceux que nous verrons plus tard et dans lesquels une influence morale arrête l'acte conjugal. Dans les faits de ce premier groupe, tout est médullaire; c'est une perversion fonctionnelle du centre génito-spinal : ce sont les *spinaux*. Remontons maintenant l'axe cérébro-spinal et voyons l'intervention de la couche corticale de la région cérébrale postérieure.

2° *Des spinaux cérébraux postérieurs.* — Dans ce second groupe, le champ d'action s'étend et la région postérieure du cerveau intervient. Placée en arrière de la circonvolution pariétale ascendante, cette région contient les centres sensitifs ou perceptifs, ainsi que tendent à le démontrer des recherches physiologiques récentes et aussi quelques résultats anatomo-pathologiques, particulièrement ceux qui se rattachent à la cécité et à la surdité psychiques. Cette zone des centres corticaux n'est autre que le substratum organique des appétits et des instincts, que le siège de l'automatisme cérébral, toutes les fois que, pour des causes diverses, la région antérieure vient à perdre la haute direction fonctionnelle, comme dans le rêve ou dans certains états pathologiques, l'épilepsie par exemple (1). Chez ces malades, l'image suffit à éveiller un besoin purement physique. L'observation suivante nous en fournira un exemple :

Mlle H..., âgée de 45 ans, est entrée à Sainte-Anne, à la suite d'excitation intellectuelle, d'idées de suicide et de violences contre sa mère. Son grand-oncle maternel est mort fou; son père, atteint d'alcoolisme chronique, est mort à l'asile de Ville-Évrard; sa sœur est hystérique; quant à elle, elle est venue au monde avec un énorme bec-de-lièvre qui, à 4 ans, a été opéré avec un demi succès par Bérard. Elle est allée à l'école et a appris assez facilement à lire et à écrire. Réglée à 14 ans, ses époques se montrent régulièrement. Elle

(1) Magnan. Des hallucinations bilatérales de caractère différant suivant le côté affecté (*Arch. de neurol.*, n° 18, novembre 1883, p. 351 et suivantes). Faits cliniques établissant les localisations.

a toujours été irritable; à certains moments elle est triste, découragée, incapable de travailler. Dès sa puberté, elle éprouve une grande satisfaction à se trouver près d'un homme, elle a souvent pensé au mariage, mais sa famille l'en a dissuadée à cause de son infirmité. Ses désirs sexuels deviennent plus impérieux à mesure qu'elle avance en âge et, à 25 ans, elle se laisse aller de temps à autre à des pratiques solitaires. Un peu plus tard, l'excitation génésique augmente, et il lui suffit de voir un homme, jeune ou vieux, beau ou laid, élégant ou mal vêtu, peu importe, pour être prise d'un violent orgasme génital; elle court aussitôt s'enfermer dans sa chambre, tire les rideaux de la fenêtre et se tient blottie dans un coin, anxieuse, haletante, redoutant d'entendre le pas ou la voix d'un homme qui suffiraient à augmenter son malaise.

Elle ne dort pas la nuit, l'appétit est presque nul et elle devient insupportable et même dangereuse pour son entourage. Sur les conseils d'une matrone bien intentionnée, elle a essayé d'une cure *ab homine*, elle s'est livrée pendant un an à un individu pour qui elle n'avait aucune affection, mais dont elle recherchait, dit-elle, les approches comme une médication utile. Ce mode de traitement n'a pas eu de meilleurs résultats que l'onanisme, l'appétit sexuel est resté insatiable : la vue de l'homme la mettait dans un état d'agitation extrême et, finalement, on a dû la faire entrer à Saint-Anne. Dans l'asile, elle se sent plus forte et peut se maîtriser en présence du personnel du service; mais dès qu'un étranger ou qu'un ouvrier quelconque passe dans le jardin, elle détourne la tête et court se cacher pour ne pas le voir. Un séjour de plus de deux ans dans l'établissement, le bromure et les bains ont amélioré son éréthisme génital, mais l'arrivée d'un homme provoque toujours une certaine excitation.

Chez une autre malade, une dame de 33 ans, mère de cinq enfants, fille d'un père affecté de mélancolie suicide, cette disposition maladive a été presque aussi intense. Cette dame, très nerveuse dès son enfance, a essuyé trois attaques de chorée à 13, à 14 et à 20 ans, puis elle a eu des crises d'hystérie; enfin, depuis dix ans, elle éprouve des besoins sexuels tellement impérieux par moments, qu'elle cherche à les satisfaire avec le premier venu. Elle ose déclarer à sa mère et à ses frères qu'il lui faut des hommes et qu'elle voudrait s'emparer de ceux qui passent près d'elle; ma nature de feu, dit-elle, me pousse à tout et m'a fait commettre bien des fautes. Elle éprouve de temps à autre des coliques utérines et elle est prise ensuite d'un désir violent de copulation. Très attristée de cet état maladif, elle a fait plusieurs tentatives de suicide, mais dans l'intervalle, elle n'en cherche pas moins, dès qu'elle voit un homme, la satisfaction de ses appétits. Placée dans une maison de santé, elle est devenue plus calme, mais elle redoute de sortir.

Les exemples sont nombreux d'imbéciles des deux sexes qui, sans le moindre discernement, sans la moindre lutte intérieure, se livrent à la satisfaction de leurs appétits génitaux et rentrent conséquemment dans ce groupe de dégénérés que nous appelons *spinaux cérébraux postérieurs*. Remontons encore plus haut, et dans ces anomalies génésiques, voyons l'intervention de la région cérébrale antérieure.

3° *Des spinaux cérébraux antérieurs*. — Dans le troisième groupe, nous allons retrouver le mécanisme physiologique des fonctions sexuelles, mais avec des éléments faussés ou pervertis. A l'état normal, en effet, une idée, un sentiment, un penchant exercent, en dernière analyse, leur action sur la moelle et amènent l'acte physiologique indispensable à la conservation de l'espèce. Telle est la loi générale qui préside à la reproduction chez l'homme. Dans l'état maladif, cette influence supérieure, l'idée, le sentiment, le penchant sont pervertis, mais n'en mettent pas moins en jeu le centre génito-spinal, qui obéit ainsi aux aberrations les plus étranges.

J'ai déjà eu l'occasion, à propos des actes et des impulsions des aliénés, de citer le penchant anormal d'une fille de 29 ans pour un garçon de 2 ans. Cette malade, dont la mère est hystéro-épileptique et dont le père, mélancolique, est mort à la suite d'accidents cérébraux aigus, a présenté successivement plusieurs des syndromes psychopatiques des héréditaires : elle a eu des impulsions au vol, la crainte des épingles, le doute anxieux sur l'accomplissement de certains actes ou l'existence de certaines choses, puis enfin l'anomalie sexuelle dont je vais parler.

Depuis huit ans, elle éprouve un besoin irrésistible de cohabitation avec un de ses neveux. Elle a cinq neveux dont l'aîné est âgé de 13 ans. C'est lui qui a été l'objet de ses premiers désirs ; sa vue la mettait dans un état d'excitation extrême, elle éprouvait des sensations voluptueuses qu'elle était impuissante à réprimer, qui s'accompagnaient de soupirs, d'inclinaisons de tête, de déviation des yeux, de rougeur de la face, quelquefois de spasme et de sécrétions vaginales ; elle se sentait poussée à le saisir et à l'approcher d'elle. Plus tard, quand il a grandi et à la naissance du second frère, c'est ce dernier qui est devenu l'objet de ses convoitises maladives, puis

enfin le troisième, le quatrième et actuellement, c'est le dernier venu, âgé de trois ans, dont son esprit est préoccupé. Elle se sent poussée à l'attirer près d'elle.

Cette malade est très lucide, elle est désolée et honteuse de ces singuliers désirs ; elle est tranquille, travaille et s'occupe toute la journée ; elle sort de temps à autre et va dans sa famille pour essayer en quelque sorte ses forces ; mais encore la vue de son neveu l'impressionne vivement, à table, dans sa famille, elle se place loin de lui ; mais pendant toute la durée du repas, elle éprouve des spasmes, du malaise à l'estomac, une constriction à la gorge, et la lutte lui devient des plus pénibles (1). Elle n'a jamais cédé à cette perversion instinctive ; ses désirs, sans qu'elle puisse se l'expliquer, n'ont jamais eu pour objet que ses neveux, et elle peut avec indifférence, voir d'autres petits garçons ; toutefois, elle évite leur contact.

Il y a donc là un choix de l'être aimé, un penchant dont la vivacité ne trouve d'analogue que dans le paroxysme de la passion. Mais le point de départ admis, que l'enfant de 2 ans soit un amant de 25 ans, le phénomène s'accomplit comme dans l'état normal, mettant en jeu l'axe cérébro-spinal dans son entier. Nous sommes ainsi bien éloignés des deux groupes précédents, les spinaux (réflexe simple), les spinaux cérébraux postérieurs (acte instinctif).

Une autre malade de 32 ans, mère de deux enfants, entrée dans mon service le 10 octobre 1883, à la suite d'un rapport motivé de M. Blanche, est éperdument amoureuse d'un jeune écolier de 13 ans. Comme tous les dégénérés dont il est ici question, elle puise dans l'hérédité ses tendances maladives : le grand-père paternel, dissipateur, débauché, avait cherché à se remarier du vivant de sa femme ; le père, ivrogne, brutal et paresseux, a fait le désespoir de son entourage ; une de ses sœurs, fantasque, dissipée, s'est enfuie avec un amant ; un frère mène une conduite déréglée et n'a jamais pu se livrer à un travail suivi. Quant à elle, d'une intelligence au-dessous de la moyenne, elle a appris difficilement à lire et à écrire. Douce, docile, laborieuse dans sa jeunesse, elle a épousé à 20 ans un homme âgé de 40 ans, très jaloux, et qu'elle a dû quitter avec ses deux filles pour se mettre à l'abri de ses mauvais traitements.

Elle vivait depuis quelques mois chez sa mère, lorsqu'elle est de-

(1) Magnan, Etude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés. Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, le 23 janvier 1881 (*Tribune médicale*, mars 1881.)

venue triste, rêveuse, distraite, indifférente pour ses enfants, sortant tous les jours, faisant un très long trajet pour se rendre chez des amis de la famille aux heures où elle pouvait voir le fils de la maison revenir de l'école. Elle caressait ce garçon, l'embrassait, jouait avec lui, et ses deux filles, dont l'aînée n'a pas moins de onze ans, sans que, tout d'abord, elle ait attiré l'attention des parents. Elle disait, parfois, qu'elle était amoureuse d'Ollivier, c'est le nom du garçon, qu'elle voudrait être sa femme, mais on riait de ces réflexions extravagantes. Un jour, cependant, elle prend à part la mère pour l'entretenir d'une affaire sérieuse. Elle s'aperçoit, dit-elle, qu'Ollivier pâlit, qu'il paraît malheureux et que sa santé s'altère ; sur les dénégations de la mère qui trouve son fils bien portant, elle ajoute qu'elle sait ce qu'il a et demande la permission de cohabiter avec lui pour lui rendre la santé.

Éconduite après une telle proposition, elle est prévenue qu'on ne la recevra plus à la maison. De retour chez elle, elle parle de son malheur, de son amour pour Ollivier ; elle se lamente et raconte naïvement à sa mère et à sa sœur ce qui vient de se passer. Elle cesse de travailler et malgré les remontrances de ses parents, elle stationne chaque jour devant la maison du jeune écolier ; elle cherche même à y pénétrer, mais le concierge la repousse, et, un jour, voulant franchir la porte de vive force, elle est battue par celui-ci et reçoit un soufflet d'Ollivier lui-même ; elle se jette à terre, pousse des cris déchirants, en proie à un violent désespoir. Ce scandale décide la famille à la placer à Sainte-Anne. Depuis son entrée, malgré sa mésaventure, les invectives de la famille et de celle d'Ollivier, les brutalités de celui-ci, elle ne peut s'empêcher, dit-elle, d'aimer ce garçon ; elle est tout heureuse et son visage s'épanouit dès qu'elle entend prononcer son nom. Elle demande constamment de ses nouvelles et elle soupire après le jour où elle pourra le retrouver.

A côté de ces amours étranges, il en est d'autres que l'on pourrait considérer tout d'abord comme le résultat du vice, mais qui ne sont en réalité que la conséquence de la maladie. Telles sont certaines amours illégitimes dans lesquelles les héros, dans la sérénité de leur inconscience, se découvrent eux-mêmes à l'époux offensé.

Une jeune dame, mère de trois enfants, intelligente, instruite, mais fille d'aliéné, après un passé de moralité et de bonne conduite, déclare un jour à son mari, sans honte pour elle, sans pitié pour lui, qu'elle éprouve un *besoin de l'âme*, qu'elle aime un jeune homme de 24 ans, et qu'elle se tuera si on met obstacle à leur intimité. Elle

ne demande, dit-elle, que six mois pour donner satisfaction à son ardente passion, s'engageant à revenir ensuite au foyer conjugal. Elle raconte avec exaltation que ses trois enfants, que son mari ne sont rien à côté de son amant. Le mari bien avisé, loin de provoquer du scandale, ne formule aucun reproche, mais l'emmène loin du pays pour la faire soigner.

Une autre dame, hystérique, ovarienne gauche, mariée depuis une dizaine d'années, vivant en bonne harmonie avec son mari, s'éprend d'un violent amour que rien ne justifie pour un charretier que le commerce du mari avait attiré à la maison. Elle pense à cet homme nuit et jour, dès qu'elle entend le bruit d'une charrette, elle s'empresse de courir à la fenêtre ; d'autres fois, elle stationne dans la rue ; elle ne craint pas d'aller chez cet individu qui, d'abord réservé, finit par céder à ses instances. Elle reconnaît que, sous tous les rapports, son mari est supérieur à son amant, mais elle ne peut s'expliquer ce qui se passe en elle, elle ne pense qu'à lui, elle pleure, se désole, et fait deux tentatives de suicide que l'intervention subite du mari parvient à empêcher. Elle raconte à celui-ci tout ce qu'elle éprouve, elle lui déclare qu'il n'y a qu'un remède à son mal et le supplie d'envoyer chercher le charretier. Le mari très perplexe, un peu faible, cède à ce désir ; mais la présence de cet homme n'amenant pas le calme, on se décide à demander conseil au médecin.

Le penchant, peut, dans quelques circonstances, se rattacher à une profonde anomalie et avoir pour objectif le même sexe. C'est ce que M. Westphal appelle *sens sexuel contraire* et ce qu'avec M. Charcot nous avons désigné du nom d'*inversion du sens génital* (1). L'instinct sexuel, dans ces cas, est entièrement dévié de la ligne normale ; la perversion est purement psychopathique, car avant même qu'une éducation vicieuse, que des habitudes dépravées aient pu pervertir ces sujets, dès la plus tendre enfance, dès l'âge de cinq ans quelquefois, ils se surprennent avoir des sentiments qu'ils ne comprennent pas, l'homme est porté vers l'homme, la femme vers la femme. Je rappellerai d'abord quelques passages de l'observation d'un psychopathe intelligent, ins-

(1) Westphal, Die conträre Sexualempfindung (*Arch. f. psych.*, II, p. 73 à 108, 1870). — Zur conträre Sexualempfindung (*Arch. f. psych.*, Bd. VI, p. 620, 1876). — Gock, Beitrag zur Kenntniss der conträre Sexualempfindung (*Arch. f. psgch.*, Bd. V., p. 564 à 574, 1876). — Charcot et Magnan, Inversion du sens génital (*Arch. de neurol.*, n^os^ 7 et 12, 1882). — E. Gley, Des aberrations de l'instinct sexuel (*Revue philosoph.*, n° 1, p. 66, janvier 1884.)

truit, érudit, d'un professeur de Faculté qui rend compte, avec la plus grande sincérité, des phénomènes étranges qu'il éprouve.

Ma sensualité, dit-il, s'est manifestée depuis l'âge de six ans par un violent désir de voir des garçons de mon âge ou des hommes nus. Il raconte ensuite qu'à huit ans ayant vu un militaire se masturber, il en a contracté l'habitude... Il poursuit plus loin : « Je cessai absolument la masturbation à l'âge de vingt ans ; mais je ne suis jamais parvenu, malgré tous mes efforts, à arrêter les excitations de mon imagination : les hommes jeunes, beaux et forts provoquent toujours chez moi une vive émotion ; une belle statue d'homme nu produit le même effet ; l'Apollon du Belvédère me fait beaucoup d'impression. Quand je rencontre un homme dont la jeunesse et la beauté provoquent ma passion, je suis tenté de lui plaire; si je donnais libre carrière à mes sentiments, je lui ferais toutes les amabilités possibles, je l'inviterais chez moi, je lui écrirais sur du papier parfumé, je lui porterais des fleurs, je lui ferais des cadeaux, je me priverais de bien des choses pour lui être agréable. Jamais je ne me laisse aller à tout cela, mais je sens très bien que je serais capable de le faire; je dois vaincre le désir que j'éprouve d'agir ainsi. Je sais dominer les envies dont je viens de parler, mais je ne parviens pas à dominer l'amour lui-même ; cet amour, heureusement, ne me possède pas d'une manière continue ; je travaille et mes études me sont d'un grand secours contre les pensées sensuelles, mais souvent la sensualité l'emporte sur le travail et je suis arrêté au milieu de l'examen très approfondi d'une question, par la représentation soudaine d'un homme nu dans mon imagination. La suprême satisfaction de cette sensualité n'a jamais été que la vue de l'homme nu, surtout de la verge de l'homme; je n'ai jamais ressenti le désir de pénétrer dans l'homme ou d'être l'objet d'un homme. Regarder les parties génitales d'un homme beau et fort, telle a toujours été la volupté la plus grande pour moi. Il m'est arrivé plus d'une fois d'avoir l'érection, la convulsion amoureuse et la perte de sperme à la seule vue du membre viril d'un homme. La nuit, mon imagination travaillait et amenait les mêmes résultats.

Quant aux femmes, si belles qu'elles soient, elles n'ont jamais fait naître en moi le moindre désir. J'ai essayé d'en aimer une, espérant ainsi revenir à des idées naturelles ; malgré sa beauté, ses efforts, etc., je suis resté complètement froid et l'érection, si facile chez moi à la vue de l'homme, n'a pas même commencé. Jamais une femme n'a provoqué en moi la plus petite sensualité.

J'adore la toilette féminine; j'aime à voir une femme bien habillée, parce que je me dis que je voudrais être femme pour m'habiller ainsi. A l'âge de 17 ans, je m'habillais en femme au carnaval et

j'avais un plaisir incroyable à traîner mes jupes dans les chambres, à mettre de faux cheveux et à me décolleter. Jusqu'à l'âge de 22 ans, j'ai eu le plus grand plaisir à habiller une poupée ; j'y trouverais encore du plaisir aujourd'hui. Les dames s'étonnent de me voir si bien juger du plus ou moins de bon goût de leurs toilettes et de m'entendre parler de ces choses, comme si j'étais femme moi-même. »

Les antécédents et d'autres syndromes épisodiques, en dehors de l'inversion du sens génital, rangent ce malade dans la classe des héréditaires. Un second *sexuel inverti* que j'ai vu récemment offrait beaucoup d'analogie avec le précédent. C'était un ingénieur de 37 ans, assez intelligent, mais d'un esprit moins délicat et moins cultivé que le précédent. Une disproportion d'âge existait entre le père qui s'est marié à 51 ans et la mère qui n'avait que 18 ans; une tante maternelle était morte folle.

Dès l'âge de 5 ans, il avait une érection dès qu'il entendait fouetter ses camarades et l'orgasme génital augmentait s'il apercevait les fesses des enfants exposées aux sévices du maître ; c'est ainsi, à ce qu'il paraît, qu'on punissait dans son pays l'indocilité des écoliers. Deux ans après, il s'est livré à l'onanisme et le souvenir des coups de fouet appliqués sur les fesses provoquait une suprême volupté. A 16 ans, ayant l'occasion fréquente de se trouver en compagnie de jeunes filles, il restait froid et indifférent ; il était, au contraire, souvent ému et vivement excité auprès des garçons. De 17 à 26 ans, malgré les manœuvres complaisantes de quelques femmes, il a été incapable de toute cohabitation. Par contre, la vue des nudités de l'homme et particulièrement la vue de la région fessière provoquait chez lui une grande excitation. Devenu, dit-il, amoureux d'un garçon de son âge, il l'a poursuivi de ses assiduités et a fini par le posséder. Ils se livraient ensemble à des attouchements réciproques suivis d'introduction digitale à l'anus ou bien de pédérastie.

A 30 ans, vivement préoccupé de son éréthisme contre nature et de sa frigidité dans les relations normales, il s'est soumis, sur le conseil d'un médecin, à un long traitement par l'application des courants continus à la moelle. Ce traitement local, qui négligeait la cause première, n'a modifié en rien la perversion sexuelle. Agé actuellement de 37 ans, il vient de se marier. Il est resté impuissant à côté de sa jeune femme et, quoiqu'il l'ait prévenue, dit-il, avant le mariage, de l'éventualité d'un pareil résultat, cette situation l'inquiète, le tourmente, et le porte aux idées les plus noires.

Comme la plupart de nos malades, celui-ci, en dehors

de l'anomalie dont il est question, a présenté d'autres troubles nerveux. Il est très impressionnable et il est certains bruits qui l'affectent vivement : il devient, dit-il, chair de poule et il prend la fuite en entendant frotter un crayon sur une ardoise ou contre un mur; l'approche seule du crayon près de la muraille le fait pâlir. En outre, à plusieurs reprises, depuis une quinzaine d'années, il a éprouvé des périodes de dépression avec tendances au suicide et parfois aussi des phases d'excitation avec idées de satisfaction, mais sans alternance régulière entre ces deux états. La complexité des troubles cérébraux dénote une fois de plus combien est profondément lésé le sol sur lequel se développent ces singulières anomalies. Dans les deux sexes, les phénomènes sont les mêmes et se déroulent de la même manière. Chez les deux filles dont parlent Westphal et Gock, on voit l'inclination pour les filles se développer de très bonne heure. Elles aiment également, dès les premières années, les jeux des garçons, elle désirent s'habiller en garçon, elles auraient voulu être homme. Les regards de certaines filles les impressionnent vivement; elles leur font la cour, rougissent auprès d'elles, éprouvent une vive passion, et aussi un sentiment de jalousie si l'amie choisie prête attention à une autre personne. Les caresses provoquent chez elles une grande excitation qui s'accompagne de spasmes, de sécrétion des parties génitales. Toutes deux ont des rêves voluptueux rappelant les jeunes filles aimées. Quand les désirs ne peuvent pas être satisfaits, quand il survient des résistances ou des obstacles, elles entrent dans de véritables accès de fureur, et toutes deux sont portées au suicide. Les hommes n'ont aucun attrait pour elles. Le niveau intellectuel était peu élevé chez les deux; elles apprenaient difficilement à l'école, et plus tard elles étaient chargées d'emplois subalternes.

Ce qui domine dans tous ces faits, c'est l'idée obsédante de l'homme pour l'homme, de la femme pour la femme; le

point de départ est d'origine essentiellement cérébrale; c'est en quelque sorte le cerveau d'une femme dans le corps d'un homme et le cerveau d'un homme dans le corps d'une femme. Mais la clinique nous ménage des anomalies encore plus étranges, puisque l'instinct sexuel peut prendre pour objectif, tantôt le *tablier blanc* devenu pour le patient une amante adorée, tantôt, comme dans une observation de M. Blanche, les clous de la semelle d'un soulier de femme, tantôt le bonnet de nuit coiffant la tête ridée d'une vieille. Qu'il nous suffise de donner un résumé de l'observation de ce dernier malade qui, désespéré, les larmes aux yeux, m'avait fait connaître les pénibles obsessions qui le subjuguent. Il appartient à une famille d'excentriques, et le père, entre autres bizarreries, s'essuie habituellement le visage avec une peau de lapin.

Grâce aux antécédents héréditaires, dès l'âge de 5 ans, il a été sous le coup d'une obsession qui ne l'a pas quitté. Il couchait à ce moment avec un parent âgé de 30 ans, et il éprouvait de l'excitation génitale et de l'érection dès que son compagnon de lit mettait le bonnet de nuit. Vers la même époque, ayant vu une vieille servante se déshabiller, il a ressenti la même excitation et l'érection quand celle-ci plaçait sa coiffe de nuit sur la tête. Plus tard, l'idée seule d'une tête de vieille femme ridée et laide, mais coiffée d'un bonnet de nuit, provoquait l'orgasme génital. Il n'a jamais recherché les rapports anormaux; il affirme que les nudités de l'homme ou de la femme le laissent absolument froid. Jusqu'à 32 ans, époque de son mariage, il n'aurait pas eu de relations sexuelles; il épouse une demoiselle de 24 ans, jolie et pour laquelle il éprouvait une vive affection. La première nuit des noces, il reste impuissant à côté de sa jeune femme; le lendemain, la situation était la même lorsque, désespéré, il évoque l'image de la vieille femme ridée, couverte du bonnet de nuit; le résultat ne se fait pas attendre, il peut immédiatement remplir ses devoirs conjugaux. Depuis cinq ans qu'il est marié, il en est réduit au même expédient, il reste impuissant jusqu'au moment où le souvenir rappelle l'image favorite. Il déplore cette singulière situation qui le force, dit-il, *à la profanation* de sa femme. Il éprouve, de temps à autre, des périodes de dépression avec des idées de suicide, et presque toujours des appréhensions, des craintes non motivées, telles que celles de l'effondrement du mur ou des maisons qu'il longe.

Dans les faits qui précèdent, l'idée obsédante provoque l'éréthisme génital; il n'en est pas toujours ainsi, et une obsession peut aussi exercer un véritable pouvoir d'arrêt sur l'acte sexuel.

Tel est le cas d'un élève des Beaux-Arts, âgé de 21 ans, dont l'observation mérite de nous arrêter quelques instants. Comme tous les dégénérés affe tés de *stigmates psychiques*, il puise dans l'hérédité sa disposition maladive ; sa mère est très nerveuse, le père méticuleux s'alarme parfois hors de propos, redoutant pour les siens des accidents que rien ne justifie. Le frère aîné est atteint d'un tic de la face, et le second, âgé de 24 ans, est convalescent aujourd'hui d'un accès de délire mélancolique pour lequel il a dû passer six mois dans une maison de santé. Quant à lui, de 12 à 14 ans, il se livre à l'onanisme, il devient triste, très impressionnable, recherche la solitude et éprouve une grande fatigue à coordonner ses idées et à poursuivre ses études.

Dans cet état de souffrance morale, il rêve une nuit qu'il est frappé de la foudre, il en est très préoccupé au réveil, et, à partir de ce moment, il se sent très effrayé à l'approche d'un orage. Un soir, au moment de se mettre au lit, il déplace ses pantoufles, c'est, dit-il, le premier acte insensé que j'ai commis, je croyais ainsi me préserver de la foudre. Comment cette idée m'est-elle venue? Je n'en sais rien. Toutefois, quand on insiste, il raconte qu'il a été probablement poussé à l'idée de ce contact par la lecture dans les Écritures de miracles tels que la résurrection des morts, la multiplication des pains par l'apposition des mains du Christ. C'est dans ce même ordre d'idées qu'il attribuait à certains mots une influence préservatrice et pour conjurer un malheur, il prononçait les mots *tombeau*, *linceul*, *bière*, etc.

Bientôt lui vint à l'esprit l'idée de la fatalité du nombre 13 et, quelquefois avant de se coucher, il touchait 13 fois sa table de nuit, ou 13 objets différents épars dans sa chambre. Peu à peu il lui est arrivé de répéter plusieurs fois de suite ces 13 contacts et finalement il passait des nuits entières, harassé de fatigue, à parcourir la chambre pour satisfaire ce besoin de toucher les objets. Le nombre 13, à partir de ce moment, s'impose à son esprit à l'égal d'un tic et intervient en dehors de sa volonté. Il évite de mettre 13 mots dans une phrase et s'il en a écrit 12, sans compléter le sens, il se hâte d'en ajouter au moins deux pour dépasser 13, par crainte que le treizième ne soit cause d'un malheur. Il en est de même pour le langage, il compte de manière à éviter des phrases de 13 mots. Ce travail ridicule devient fatigant et le détourne de toute occupation sérieuse. Le passage suivant extrait d'une note qu'il m'avait

remise permet de suivre le singulier raisonnement qui l a poussé plus tard à adopter certaines formules en guise de talisman protecteur. « Ne pouvant par le raisonnement vaincre ces obsessions, je mis à profit, dit-il, le nombre 13 comme engin de combat. Et, parlant en moi-même comme si le monde m'était soumis : Si je fais d'ici à demain un seul acte superstitieux, me dis-je un soir en moi-même, que toutes ces étoiles que je vois, soient 13. Et, en même temps, je m'imaginais au-dessus de ma tête, tous les astres changés en nombre 13, composés d'une infinité de molécules, ayant pour essence le nombre 13. Je ne comprenais pas bien ce que pouvait vouloir dire une *étoile* 13, mais j'avais une telle horreur du nombre 13 que je ne fis pas d'actes absurdes jusqu'au lendemain. Le procédé ayant réussi, j'en usais tellement qu'il ne réussit plus à la longue. J'en inventais un autre semblable et je dis en moi-même : Que Dieu soit 13 si je fais un seul acte superstitieux d'ici demain! Imaginer Dieu 13 n'était pas plus absurde que d'imaginer les étoiles du ciel ayant pour essence le nombre 13. Et puis, absurde ou non, je ne raisonnais plus. Cette idée de Dieu m'effrayait et cela a suffi pour m'empêcher, pendant quelque temps, de me livrer à des actes ridicules. »

De temps à autre l'état du malade s'aggrave et il associe le nombre 13 à une foule d'autres mots auxquels il donne une signification et une valeur particulières : Erreur 13, Vérité 13, etc. Si, après avoir dit mentalement Erreur 13, il ne prononçait pas mentalement Vérité 13, tout ce qui l'entoure, croit-il, ne serait qu'un monde imaginaire et il prendrait pour vrai ce qui est faux. Il est ainsi parfois obligé de répéter la formule *Dieu* 13, non plus mentalement, mais réellement au fond du gosier; il ferme la bouche, contracte les muscles du pharynx de manière à faire passer, dit-il, de bas en haut, à travers le crâne, la formule *Dieu* 13 et il lui arrive de la répeter jusqu'à cent fois dans un quart heure. Ce qui est plus étrange, dit-il, dans cette manie, c'est que je ne crois guère à l'existence de Dieu et que je suis très sceptique en matières religieuses.

Quoi qu'il en soit, ces obsessions pèsent d'un grand poids sur son existence et interviennent dans la plupart des actes de sa vie. Au point de vue spécial qui nous occupe, ce psychopathe m'a appris que cet état mental lui interdit toute approche sexuelle. Dès qu'il se prépare à entrer en conversation intime avec sa maîtresse, la formule *Dieu* 13 surgit dans son esprit et glace sa virilité. C'est là un résultat inverse, quoique le mécanisme soit le même, à ce que produit chez l'autre héréditaire l'idée de la tête de vieille coiffée du bonnet de nuit. Chez ce jeune homme, l'aggravation de ces phénomènes qui se produit de temps à autre, est suivie de découragement, de désespoir et aussi d'idées de suicide.

Il n'y a pas lieu en ce moment de discuter la valeur séméiologique de pareilles formules, de tics psychiques de ce genre, mais on ne doit pas ignorer que leur existence est la consécration de troubles intellectuels déjà profonds et, pour le dire en passant, les psychopathes qui les présentent ont cessé depuis longtemps d'être des candidats à la folie, ils en ont franchi les frontières et occupent une place incontestable dans le domaine vésanique. Aussi, l'étude approfondie de ces faits est-elle d'une importance capitale pour la médecine légale.

Il existe enfin un quatrième groupe.

Cérébraux antérieurs ou *psychiques*. — Dans ce groupe, on ne connaît plus les instincts inférieurs, on devient même indifférent à l'instinct de la génération; la moelle, le cerveau postérieur restent silencieux; on est installé en pleine région frontale, dans le domaine de l'idéation. C'est l'amour sans désirs vénériens, en dehors de toute préoccupation charnelle. Ce sont des platoniques, des extatiques, des érotomanes, en donnant à ce mot la signification précise que lui avait assignée Esquirol. Les observations de ce genre ne sont pas rares, mais il suffira de rappeler trois cas parmi ceux que j'ai eu l'occasion d'examiner.

Mlle C..., âgée aujourd'hui de 47 ans, d'une intelligence au-dessous de la moyenne, fille d'une mère névropathe, est fiancée à 21 ans à un jeune homme qu'elle refuse. Mlle C... n'avait paru nullement préoccupée de cet événement; elle avait, d'ailleurs, peu de goût pour le mariage et elle avait depuis répondu négativement à plusieurs demandes.

A 30 ans, elle devient triste, silencieuse, recherche la solitude, se reproche d'avoir repoussé son fiancé et elle s'imagine que Léon, c'est le nom de celui-ci, a été tellement affecté de ne pouvoir l'épouser, qu'il a fini par attenter à ses jours. Obsédée de cette pensée, elle ne tarde pas à entendre des voix qui lui parlent de Léon, qui lui reprochent sa dureté pour lui. Malgré les assurances formelles de la famille, lui apprenant que Léon est consolé, qu'il ne pense plus à elle, qu'il est marié et qu'il habite un pays éloigné, elle se récrie, prétend le contraire, gémit sur le sort de cet infortuné dont elle n'avait pas autrefois apprécié le bon cœur, mais qu'elle aime aujour-

d'hui de toute son âme et qu'elle a rendu, dit-elle, le plus malheureux des hommes. Elle n'aura de repos, ajoute-t-elle, que lorsqu'elle l'aura vu pour lui adresser des excuses et obtenir son pardon. Nuit et jour elle pense à lui, elle l'appelle, fatigue les voisins de ses interrogations : « Où est Léon? » Elle reste des heures entières à la croisée pour voir passer son fiancé, elle descend parfois dans la rue dès trois heures du matin et attend sur le trottoir son arrivée. Dès qu'elle aperçoit une voiture, elle accourt, invite le cocher à s'arrêter, ouvre la portière, examine les voyageurs et, après s'être assurée de son erreur, elle s'excuse pleine de confusion et prie de continuer la route. Quelquefois encore, elle s'élance à la suite d'un promeneur, le dépasse, le regarde attentivement et ne revient sur ses pas qu'après s'être convaincue que ce n'est pas Léon. Ces démarches lui ont valu de nombreuses mystifications, mais elle n'en continue pas moins ses recherches. Quand les parents s'opposent à ses extravagances, elle s'irrite, parle de suicide et se livre parfois à des actes de violence. C'est à la suite d'une scène dans laquelle elle avait brisé les vitres de la fenêtre, d'où on l'engageait à se retirer, qu'elle est entrée à Saint-Anne.

Une fois à l'asile, le calme revient promptement; elle sait, dit-elle, que Léon ne peut pas y venir, et, au bout de quelques jours, elle va travailler à la lingerie et vit tranquillement dans la contemplation de son fiancé. Après plusieurs sorties provisoires, d'abord de quelques heures, puis de journées entières, pendant lesquelles elle parvient à maîtriser son ardeur des recherches, elle obtient son *exeat*. Les premières semaines se passent sans incidents, mais peu à peu elle recommence son manège et ses parents sont forcés de la ramener à l'asile, où elle est entrée neuf fois de 1872 à 1881.

La tenue de cette malade a toujours été très convenable; dans son désir impérieux de voir le fiancé, il n'y a jamais eu que des sentiments platoniques; elle n'a jamais eu l'idée de relations intimes avec lui ni avec d'autres. Elle ne s'est jamais livrée à l'onanisme, et pendant les phases d'excitation on n'a jamais remarqué ni de gestes ni de paroles obscènes, ni de propension à la nymphomanie. Elle est restée constamment érotomane dans un état d'exaltation amoureuse très chaste.

Dans la seconde obervation, il s'agit de M. M..., tailleur, âgé de 32 ans, éperdûment amoureux de M^lle^ Van Zandt de l'Opéra-Comique. Le père de ce malade, très bizarre, a toujours cherché fortune par l'extraction, à l'aide des procédés les plus primitifs, du métal pré-

cieux contenu dans de vieux objets dorés qu'il achetait chez des marchands de bric-à-brac. A la suite de la perte d'un enfant hydrocéphale de 16 mois, mort dans les convulsions, il a quitté sa femme, l'accusant d'avoir laissé mourir l'enfant faute de soins. M. M..., laborieux, rangé, s'était fait remarquer lui-même par quelques singularités; il était vaniteux, avait une haute opinion de son intelligence et parlait à ses parents, à ses amis, d'un ton de supériorité que rien ne justifiait. Il s'occupait d'inventions, de direction de ballons, du vol des oiseaux, sans toutefois abandonner son travail.

Dans le courant de septembre, sa femme part pour le Midi avec la fille qui avait été malade. Resté seul, il va pour se distraire quelquefois au théâtre. A une représentation de *Lakmé*, à l'Opéra-Comique, il lui semble, placé au parterre, qu'il est l'objet de l'attention de M^lle^ Van Zandt; la cantatrice porte sans cesse les regards dans sa direction. Très ému, il rentre chez lui et ne dort pas; il a garde de manquer les représentations suivantes; il s'installe à la même place et se croit remarqué par la jeune actrice. Celle-ci, dit-il, le regarde en plaçant la main sur le cœur, puis elle sourit, et, le regardant toujours, elle porte la main à la bouche; de son côté, il lui envoie un baiser et elle continue à sourire. Elle part pour Hambourg, il l'apprend par les journaux et explique ce départ par le désir de l'attirer auprès d'elle à Hambourg; mais il résiste, dit-il, et ne fait pas le voyage.

Elle revient et son attitude au théâtre ne varie pas. Elle part pour Nice; cette fois, il n'y avait plus à douter; il se décide à la rejoindre. Dès son arrivée, il se présente chez l'actrice, il trouve la mère qui répond que sa fille ne reçoit personne; tout confus, il hésite, il se trouble et se retire balbutiant des excuses. Au bout de huit jours, il revient à Paris, très attristé, craignant d'avoir compromis sa bien-aimée. Celle-ci rentre à Paris plus tôt que ne l'avaient annoncé les affiches. Ce retour prématuré ne peut avoir d'autre cause que le désir de le revoir. C'est ainsi que M. M... interprète tous les actes de la cantatrice.

Il renouvelle ses visites à l'Opéra-Comique et il est de plus en plus convaincu de l'amour de M^lle^ Van Zandt. Il voit dans un étalage des boulevards une photographie dans laquelle l'actrice, dans son rôle de Mignon, est représentée en pleurs. Pourquoi pleurer? si ce n'est pour lui. Il l'attend à la sortie du théâtre, ou bien encore il va se poster à côté de sa demeure pour la voir quand elle rentrera chez elle, pour apercevoir aussi son ombre sur les rideaux quand elle sera dans son appartement.

Au mois de mai, sa femme revient à Paris, il s'empresse de lui raconter ce qui se passe, son ardent amour pour M^lle^ Van Zandt : « Je sais que j'ai tort, dit-il, mais c'est plus fort que moi; du reste, il me suffit de la voir. » Ces révélations sont suivies de brouilles et de

scènes de ménage; il ne se décourage pas et continue ses visites à l'Opéra-Comique. Il manque deux représentations et, à la troisième, apprenant par l'affiche que Mlle Van Zandt, indisposée, ne jouera pas, il se croit la cause de cette indisposition; elle ne l'a pas vu, elle ne peut pas continuer. Le lendemain, il va au théâtre; elle joue plus séduisante, plus aimante que jamais, dit-il; c'est donc visible, elle a besoin de moi. La pièce finie, il court à la porte de l'actrice. Dès que la voiture arrive, il s'approche voulant remettre une lettre; un sergent de ville intervient et l'arrête. Chez le commissaire de police on trouve un revolver sur lui et il raconte, avec toutes les apparences de la sincérité, que, désireux de voir Mlle Van Zandt, à la sortie du théâtre, il s'attarde dans les rues et a besoin d'une arme pour se protéger contre des attaques nocturnes; il repousse, avec indignation, le soupçon d'une tentative d'assassinat. Il raconte dans les moindres détails, tout ce qui s'est passé, et conclut à la vive affection de Mlle Van Zandt pour lui. Il est conduit à Sainte-Anne dès le lendemain.

Pendant les huit mois d'absence de sa femme, sa conduite a été des plus régulières; son amour pour Mlle Van Zandt est trop pur pour qu'il songe jamais à abuser des sentiments si vifs qu'il a inspirés. Maintenant, s'il désire la voir et lui parler, c'est pour s'expliquer, pour dire à Mlle Van Zandt qu'il l'aime toujours, mais qu'il l'engage à l'oublier, car il n'est qu'un pauvre ouvrier. Il n'a jamais eu d'idées charnelles à son endroit; il avait lu, dit-il, Paul et Virginie, et cet amour chaste et élevé avait pour lui le plus grand charme.

Le troisième érotomane est un jeune élève des Beaux-Arts, dont le casier héréditaire mérite de fixer quelques instants l'attention : la bisaïeule maternelle s'est noyée pendant un accès de mélancolie; l'aïeule maternelle est mélancolique et présente des phases irrégulières d'excitation; la mère est nerveuse et très méticuleuse. Le père, toujours irritable, est vaniteux et a failli compromettre sa fortune par des acquisitions inutiles et imprudentes. Une sœur du malade présente des tics de la face. Une deuxième sœur est parfois en proie à des scrupules, des craintes, des obsessions, qui constituent tout autant de syndromes épisodiques de la folie héréditaire. Dès son enfance, elle craignait les voleurs et descendait plusieurs fois, même dans la journée, s'assurer que la porte était close. En chemin de fer, elle était sans cesse inquiète, redoutant un déraillement; en bateau, au contraire, elle affrontait sans nulle hésitation les plus gros temps. Au couvent, elle était constamment soucieuse, se figurait ne pas avoir mérité les places que lui valaient ses compositions. Un jour, elle se lamente et se reproche de ne pas avoir tué une mouche qui pouvait être venimeuse et infecter une de ses camarades. Une autre fois

pendant un voyage, elle détache par mégarde, dans un wagon, un bouton de coussin; elle a causé ainsi un dommage à la Compagnie du chemin de fer et redoute de communier avant d'avoir envoyé une indemnité. Enfin, elle n'ose uriner dans le vase de sa chambre par respect pour un crucifix et une statuette de la Vierge placés à côté du lit; elle va chaque fois dans la pièce voisine. Elle se livre encore à des lavages fréquents par crainte du poison ou du contact d'objets nuisibles à elle-même ou à d'autres. Elle hésite à déposer des livres de prières sur une table qu'elle n'a pas essuyée préalablement avec du linge très propre. Dans le monde, elle se tient très convenablement et rien ne trahit au dehors les troubles auxquels elle est en proie.

Telle est la famille psychopathique à laquelle appartient le malade dont nous allons nous occuper. De très bonne heure, il se montre bizarre, superstitieux; redoute le nombre 13, n'ose entreprendre aucun voyage, aucun travail le 13, évite ce nombre en toutes circonstances.

Il se livre parfois à des actes étranges dont il n'a jamais voulu donner l'explication, mais dont la cause probable est une idée superstitieuse. Ainsi à table, après avoir découpé la viande et avant de commencer à la manger, il dépose un petit fragment dans l'assiette du voisin; il fait la même chose pour les autres aliments et s'excuse de ne pouvoir agir autrement, c'est une obsession plus forte que sa volonté. Quelquefois, il pousse subitement un cri, sans motifs apparents, et à celui qui insiste pour en demander la raison, il répond avec indifférence, et comme pour dépister l'observateur importun : « J'avais une douleur de côté. »

Au commencement de 1879, il devient soucieux, passe de longues heures la nuit à sa fenêtre; interrogé, il lui faut, dit-il, un idéal, il en a besoin; son idéal c'est Myrtho qui s'est retirée dans une étoile. Il contemple tous les soirs cette étoile, vient la voir avant de se coucher, lui rend hommage, brûle pour elle des essences et de l'encens, il lui adresse des vers. On a parfois essayé de détourner son attention, de l'accompagner dans sa chambre, de fermer les fenêtres, de l'empêcher de regarder au ciel; mais c'est peine inutile, dès qu'il est seul, il se relève et ne s'endort qu'après avoir jeté un dernier regard vers Myrtho. Il croit, dit-il, à la métempsychose.

Il a des périodes d'affaissement et de tristesse, dans lesquelles il est découragé, ne se trouve plus capable de travailler; il a du dégoût de la vie et se sent poussé au suicide; le vide m'attire, dit-il, je voudrais me jeter par la fenêtre.

Appelé sous les drapeaux pour le volontariat, la vie régulière, les exercices physiques ont favorablement modifié l'état mental de même que la santé générale. De retour à Paris, au commencement de 1880, M. X..., reprend ses études; il se montre gai, expansif et parfois,

contrairement à ses habitudes, il se livre sans mesure aux plaisirs les plus bruyants. Cette exaltation et les excès qu'elle provoque, sont suivis d'une nouvelle phase de dépression avec des préoccupations hypochondriaques, les craintes d'une maladie de la moelle, d'une spermatorrhée. Un peu plus tard se montrent quelques idées ambitieuses, il laisse pousser la chevelure et la barbe, c'est un vœu, dit-il, de ne couper les cheveux et la barbe qu'après avoir fait un chef-d'œuvre : « tant que ma pensée restera voilée, reste voilé mon front ! » Parti dans sa famille pendant les vacances, il s'est décidé à faire couper ses cheveux et il ne paraît pas avoir commis d'actes trop extravagants.

Cette étude d'ensemble nous a fait connaître une des formes les plus intéressantes sous lesquelles peut se manifester la folie héréditaire. Chez la plupart des sujets dont nous avons eu à nous occuper, avec les anomalies sexuelles, nous avons observé d'autres syndromes épisodiques : des obsessions, des impulsions et des délires variés à début rapide et à évolution irrégulière. Ces délires se distinguent nettement du délire chronique à marche méthodique, régulière, progressive, aboutissant à une systématisation de plus en plus étroite et à la démence.

Les troubles intellectuels de ces dégénérés exercent une action tellement obsédante, qu'ils annihilent la volonté et déterminent des actes que celle-ci est impuissante à réprimer. C'est là au point de vue médico-légal, une des conditions les plus importantes à relever. C'est d'autant plus nécessaire, que malgré leurs apparences raisonnables, ces malades, à la merci de leurs élans impulsifs, ne sauraient être considérés comme responsables. Ce ne sont donc pas de simples originaux, mais bien des psychopathes, de vrais aliénés qui, sous tous les rapports, réclament l'assistance et l'attention du médecin.

VI

INVERSION DU SENS GÉNITAL ET AUTRES PERVERSIONS SEXUELLES (1)

La perversion du sens génital s'associe à de nombreuses formes mentales, et depuis les naïves obscénités du vieillard en démence jusqu'aux hideuses profanations de cadavres de certains vésaniques impulsifs, il existe une longue série de faits qui, loin de constituer une forme mentale définie, ne sont que des symptômes de diverses maladies, dénotant chez l'individu l'affaiblissement ou la perversion des facultés morales ou affectives.

Mais il ne s'agit pas ici de ces perversions du sens génital qui souvent prennent leur source dans des troubles de la sensibilité générale, mais bien d'un ordre d'idées déterminé, dans lequel le fait étrange dans notre civilisation est l'appétit génital pour le même sexe à l'exclusion de l'autre.

Sans doute, dans l'antiquité, nous trouvons les traces de ces amours contre nature, et bien des exemples d'amitié légués par le paganisme, ont pour fondement de honteuses promiscuités. Mais ce ne sont là, probablement, que les dégradantes conséquences du relâchement des mœurs dans une société profondément viciée.

Des faits de ce genre à caractères absolument maladifs

(1) En collaboration avec M. Charcot (*Arch. de Neurologie*, n° 7 et 12, 1882.)

ont été rapportés par différents auteurs ; toutefois, avant d'entrer dans le vif de la discussion, nous tenons à rapporter un exemple qui par sa simplicité, par la lucidité et le degré élevé de l'intelligence du sujet, met en relief, en accentuant fortement les ombres, les caractères principaux de cette singulière disposition morbide.

Observation I. — *Tendance névropathique des ascendants; disproportion entre l'âge du père et de la mère. — Inversion du sens génital : dès l'enfance, sensations voluptueuses et, depuis la puberté, parfois éjaculation à la vue d'un homme nu, d'une statue d'homme nu ou du souvenir obsédant de ces images; — la femme nue laisse indifférent. — De* 5 *à* 8 *ans, propension au vol. — Habitudes d'onanisme jusqu'à* 22 *ans. — Attaques hystériformes à partir de* 15 *ans.*

Voici tout d'abord le récit fait par le malade lui-même des phénomènes bizarres qu'il éprouve et qu'il rapporte à ce qu'il appelle sa sensualité :

« Ma sensualité, dit-il, s'est manifestée dès l'âge de six ans par un violent désir de voir des garçons de mon âge ou des hommes nus. Ce désir n'avait pas grand'peine à se satisfaire, car mes parents demeuraient près d'une caserne et les soldats ne se gênaient pas pour laisser voir leurs parties viriles. Un jour, j'aperçus (j'avais peut-être huit ans) un soldat qui se masturbait ; je l'imitai et j'éprouvai, à côté du plaisir de l'imagination qui s'arrêtait sur ce soldat, le plaisir physique d'un chatouillement très fort. Je continuai à me donner ce plaisir, toujours en excitant mon imagination par le souvenir d'hommes nus. Mes parents quittèrent C... pour s'établir à D... ; là, je vis que des soldats allaient se baigner dans une petite rivière très pittoresque ; ils se baignaient complètement nus ; j'imaginai, pour pouvoir me satisfaire, d'aller m'asseoir au bord de la rivière et de dessiner le paysage ; de cette manière, je voyais les soldats, sans avoir l'air de les regarder. Vers l'âge de quinze ans, la puberté arriva ; ma masturbation me donna d'autant plus de satisfaction ; d'ailleurs, je provoquais l'érection et ses suites autant par l'imagination que par le mouvement ; il m'est arrivé plus d'une fois d'avoir l'érection, la convulsion amoureuse et la perte de sperme à la seule vue du membre viril d'un homme. La nuit, mon imagination travaillait et amenait les mêmes résultats. Je cessai absolument la masturbation à l'âge de vingt ans ; mais je ne suis jamais parvenu, malgré tous mes efforts, à arrêter les excitations de mon imagination ; les hommes jeunes, beaux et forts provoquent toujours chez moi une vive émotion ; une belle statue d'homme nu produit le même

effet; l'Apollon du Belvédère me fait beaucoup d'impression. Quand je rencontre un homme dont la jeunesse et la beauté provoquent ma passion, je suis tenté de lui plaire; si je donnais libre carrière à mes sentiments, je lui ferais toutes les amabilités possibles, je l'inviterais chez moi, je lui écrirais sur du papier parfumé, je lui porterais des fleurs, je lui ferais des cadeaux, je me priverais de bien des choses pour lui être agréable. Jamais, je ne me laisse aller à tout cela, mais je sens très bien que je serais capable de le faire; je dois vaincre le désir que j'éprouve d'agir ainsi. Je sais dominer les envies dont je viens de parler, mais je ne parviens pas à dominer l'amour lui-même; cet amour heureusement ne me possède pas d'une manière continue; je travaille et mes études me sont d'un grand secours contre les pensées sensuelles, mais souvent la sensualité l'emporte sur le travail et je suis arrêté au milieu de l'examen très approfondi d'une question, par la représentation soudaine d'un homme nu dans mon imagination. J'ai toujours lutté tant que j'ai pu contre cette sensualité; je suis parvenu à empêcher beaucoup d'actes auxquels je me sentais poussé, mais je n'ai jamais pu éteindre la sensualité même. La suprême satisfaction de cette sensualité n'a jamais été que la vue de l'homme nu, surtout de la verge de l'homme; je n'ai jamais ressenti le désir de pénétrer dans l'homme ou d'être l'objet d'un homme. Regarder les parties génitales d'un homme beau et fort, tel a toujours été la volupté la plus grande pour moi.

Quant aux femmes, si belles qu'elles soient, elles n'ont jamais fait naître en moi le moindre désir. J'ai essayé d'en aimer une, espérant ainsi revenir à des idées naturelles; malgré sa beauté, ses efforts, etc., je suis resté complètement froid et l'érection, si facile chez moi à la vue de l'homme, n'a pas même commencé. Jamais une femme n'a provoqué en moi la plus petite sensualité.

J'adore la toilette féminine; j'aime à voir une femme bien habillée, parce que je me dis que je voudrais être femme pour m'habiller ainsi. A l'âge de dix-sept ans, je m'habillais en femme au carnaval et j'avais un plaisir incroyable à traîner mes jupes dans les chambres, à mettre de faux cheveux et à me décolleter. Jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, j'ai eu le plus grand plaisir à habiller une poupée; j'y trouverais encore du plaisir aujourd'hui.

Les dames s'étonnent de me voir si bien juger du plus ou moins de bon goût de leurs toilettes et de m'entendre parler de ces choses, comme si j'étais femme moi-même.

L'amour que je ressens pour un homme passe vite; dès qu'un autre homme, plus joli à mes yeux, se présente, la pensée du premier disparaît.

Les pertes nocturnes semblent ne plus être aussi fréquentes qu'il y a quelques mois; actuellement, il y a bien trois semaines que je

n'en ai pas eu ; mais, je continue à avoir mes rêves ordinaires et à désirer toujours voir (rien de plus) des hommes nus. »

Tels sont décrits par le patient qui en a pleine conscience les caractères de l'obsession dont il ne peut s'affranchir.

Ce malade, quel est-il?

Au point de vue physique, cet homme, âgé de trente et un ans, est brun, grand, bien charpenté, il a le crâne régulièrement conformé, l'œil vif, le visage énergique et intelligent, malgré un léger prognathisme de la mâchoire inférieure et un développement assez considérable des oreilles. Il porte une moustache épaisse, bien plantée qui ne manque pas de lui donner une certaine allure martiale. Il se tient droit, la marche est ferme, même un peu raide et n'a rien de l'allure féminine; il est d'ailleurs sexuellement très bien conformé; le pubis est fourni de poils, les testicules et la verge offrent une conformation régulière, sans la moindre anomalie; il n'y pas trace d'hypospadias.

Sous le rapport de l'intelligence, c'est un esprit bien cultivé, instruit, très érudit; il a toujours travaillé, s'est tenu constamment au premier rang, et après de fortes études classiques a conquis rapidement les grades universitaires qui l'ont conduit à trente ans au professorat dans une faculté. Admirateur des œuvres d'art, adonné à la musique, il préfère particulièrement Chopin, Gounod, Delibes, Massenet, trouvant chez ces auteurs la note sentimentale qui lui convient.

La poésie de Victor Hugo, les descriptions de la nature de George Sand, ont pour lui les plus grands charmes.

Il est bienveillant, un peu complimenteur, d'un commerce facile et s'estime heureux quand il peut rendre service à ses amis ou faire du bien aux deshérités de la fortune.

Si nous reprenons l'histoire pathologique nous verrons bien des ombres sur ce fond en apparence si parfaitement uni. Tout d'abord, les antécédents héréditaires montrent une grande disproportion entre l'âge du père marié à quarante-neuf ans et de la mère qui n'avait que dix-huit ans. Il est vrai que du côté paternel les oncles et les tantes et le père lui-même atteignent un âge avancé, sans qu'aucun accident nerveux ait attiré l'attention ; quant aux ascendants maternels, on trouve chez le grand'père un défaut d'équilibre dans la conduite, dans le genre de vie, qui, sans constituer la folie proprement dite, dénote les dispositions maladives que l'on rencontre chez les individus prédisposés aux affections mentales. Quoique notaire dans une petite ville, il menait une vie un peu agitée, il était en relation avec les célébrités artistiques de son temps, les recevait chez lui, entre autres la Malibran, dont il était l'ami; il négligeait sa charge et finalement il avait été obligé de l'abandonner. La mère du grand-père s'était fait remarquer par son excentricité :

très aimable pour les étrangers, elle était dans son intérieur méchante et acariâtre. La mère, de mœurs pures, associant à une religiosité exagérée un goût prononcé pour la toilette, recherchait les choses voyantes, les grandes démonstrations et particulièrement les cérémonies à grand fracas.

Dans son enfance, il a eu la scarlatine, la coqueluche qui ont guéri sans complication. De cinq à huit ans, le malade a présenté une propension au vol des mieux accusée; il prenait sans aucun remords, à ses camarades, à ses maîtres, des plumes, des crayons, différents objets, qu'il emportait chez lui, mais sans les collectionner; un jour, il dérobe dans le bureau de son maître d'étude, un encrier contenant de l'encre rouge, et au moment où il franchissait le seuil de la salle de travail, l'encrier tombe de la poche, se brise, répandant le liquide révélateur de son larcin; vivement ému de sa mésaventure, à partir de ce moment il a cessé de voler.

Les dispositions nerveuses de notre malade ne se sont pas seulement traduites par des troubles psychiques, des aberrations morales il a offert aussi, de très bonne heure, des accidents convulsifs qui, par leurs prodromes, par leur marche et aussi la bénignité des phénomènes consécutifs ne s'opposant pas à la reprise immédiate du travail, se rattachent à l'hystérie plutôt qu'à l'épilepsie.

Les crises remontent à l'âge de quinze ans; d'abord très rares, elles sont devenues plus fréquentes en 1869 et 1870. Elles sont précédées par une excitation cérébrale qui, empêchant le malade de fixer une idée et de s'y arrêter, lui fait dire autre chose que ce qu'il voulait dire. Il lui semble que la pensée qu'il veut émettre est déjà remplacée par une autre avant qu'il ait eu le temps de l'exprimer: en d'autres termes, les idées se précipitent avec une telle rapidité qu'il lui est impossible de s'y arrêter. Il a, du reste, conscience de cet état.

Les phénomènes intellectuels sont accompagnés d'un battement continu des paupières. Ces troubles se montrent dès le réveil, soit pendant la nuit, soit dès le matin, entre sept et huit heures. Prévenu par ces prodromes, le malade reste au lit, ou bien s'il s'était levé, s'empresse de se recoucher pour éviter d'être surpris par l'attaque hors de chez lui.

Ces phénomènes précurseurs durent plus ou moins longtemps; exceptionnellement même, tout s'arrête là et un sommeil profond vient enrayer l'accès. Quand l'attaque arrive, c'est le fait le plus habituel, elle se produit toujours dans la matinée, mais à des heures différentes. Un jour par exception la crise eut lieu l'après-midi à la suite d'une émotion.

D'après le dire d'une parente qui demeure auprès du malade, au moment de l'attaque, celui-ci pousse un cri, perd connaissance, se raidit; présente ensuite des secousses dans les membres, les yeux

se convulsent, les mâchoires s'entre-choquent et si l'on ne mettait un linge mouillé entre les dents, les lèvres et la langue seraient mordues presque chaque fois, ce qui arrive, du reste, malgré les précautions prises; de l'écume se montre aux lèvres et la face s'inonde de sueur. Après l'attaque survient un sommeil profond. Une seconde attaque se produit trois heures environ après la première, puis une troisième trois heures environ après la seconde, quelquefois enfin une quatrième. Ces quatre attaques se répartissent sur un jour et demi; le lendemain du jour où le mal a commencé, vers midi, le trouble de l'intelligence et le battement des paupières cessent. Une grande fatigue suit la crise, l'appétit reste bon, il y a même une sensation de faim. Pendant deux ou trois jours les urines sont rougeâtres et épaisses. Il reste un peu de tristesse motivée surtout par le chagrin que paraît chaque fois témoigner l'entourage, du retour de ces accidents; d'ailleurs l'intelligence est libre et peut être appliquée tout aussitôt à une occupation sérieuse comme si rien n'était advenu. Le début de ces accidents remonte à 1865; jamais, avant cette époque, on n'avait remarqué de phénomènes convulsifs. Dans les premières années, les intervalles furent forts longs, ils étaient de plus d'une année; en 1869 et 1870, les accès devinrent plus fréquents. Depuis 1870, les crises sont espacées de trois mois, de deux mois, et par exception de trois semaines seulement.

Une disposition d'esprit qui s'exagère parfois après les attaques, c'est le désir de compter et de recompter plusieurs fois de suite les fleurs, les lignes, les clous, les carrés, les petits détails, en un mot, d'une tapisserie, d'un écran, d'un plafond, d'une décoration quelconque.

Les convulsions ne semblent pas exercer d'influence sur les troubles intellectuels, après lesquels d'ailleurs, elles se sont développées et qu'elles n'ont pas modifiés, malgré leur fréquence plus grande depuis quelques années.

D'après la note précédemment citée, rédigée en juin dernier par le malade, celui-ci paraissait absolument esclave de ses appétits anormaux; cette disposition morale s'est sensiblement modifiée depuis cette époque. Déjà au mois d'août, il racontait qu'il s'était aperçu que la vue d'une femme ne le laissait pas indifférent; en septembre sur nos conseils il s'était efforcé de substituer dans ses souvenirs, la femme à l'image obsédante de l'homme nu. Il l'avait tenté à plusieurs reprises, mais il était tenu à de grands efforts de volonté pour que son imagination ne le portât pas vers son objet de prédilection. Enfin, au commencement de septembre, ayant remarqué moins de résistance de son esprit, à s'arrêter à l'idée de la femme et ayant même éprouvé une certaine satisfaction à la regarder, il a fait une tentative dont il est sorti victorieux. C'est sans effort qu'il a pu avoir, à plusieurs reprises, des relations avec une femme, éprouvant d'ailleurs les sensations voluptueuses habituelles. L'effet moral a été

excellent; il a eu du repos quelques jours, mais obligé de quitter Paris et réduit à lutter par la raison seule contre ses obsessions, il sent, dit-il, parfois ses idées devenir antinaturelles.

En dehors de l'hygiène physique et morale à laquelle le malade a été soumis, nous avons eu recours aux pratiques hydrothérapiques, affusions froides et douches, et au bromure de potassium qui a diminué l'intensité et la durée des crises, mais non la fréquence.

Si, dans l'observation qui précède, ne tenant compte que des faits relatifs à l'inversion du sens génital, nous négligeons les autres phénomènes neuro-psychopathiques, nous nous trouvons en face de ce que certains auteurs appellent une monomanie instinctive; mais ce n'est point là une entité morbide, ce n'est qu'un épisode d'une maladie plus profonde. C'est un syndrome, une des nombreuses manifestations qu'offrent les dégénérés. Les dégénérés, dès l'enfance, portent la marque d'une tare cérébrale qui, chez quelques-uns, peut simplement se traduire par un défaut d'équilibration intellectuelle compatible d'ailleurs, comme chez notre malade, avec l'existence de facultés brillantes.

En résumant l'observation nous trouvons, dès le premier âge, la voluptueuse curiosité pour les nudités masculines, la recherche des occupations féminines, le désir de ressembler à la femme, de plaire à l'homme, l'idée obsédante de l'homme nu s'imposant plus tard au milieu des études les plus sérieuses; l'onanisme et l'exaltation de l'imagination amenant à la fois un tel état de faiblesse et d'éréthisme génital que l'érection et l'éjaculation se produisent à la vue des organes virils de l'homme, à la vue d'une statue, à la seule idée du pénis de l'homme. Par contre, indifférence absolue pour la femme dont les attouchements, les provocations de toute nature ne peuvent venir à bout d'une invincible frigidité. Tout cela avec une entière conscience de l'état maladif. Telle est cette anomalie sexuelle bien singulière, sans doute, mais dont la bizarrerie peut encore être dépassée dans certains cas, puisque l'instinct sexuel prend pour objectif tantôt le

tablier blanc, devenu ainsi pour le patient une amante adorée, tantôt les clous de la semelle d'un soulier de femme, tantôt le *bonnet de nuit* coiffant un homme ou la tête ridée d'une vieille femme; le bonnet de nuit, nous le verrons, acquiert des droits tellement souverains que toute approche conjugale est interdite au malheureux mari, s'il n'évoque dans son esprit cette grotesque image. Toutes ces obsessions, dont la clinique fournit des exemples si variés, ne sont, après tout, que des modalités symptomatiques d'un même fonds pathologique, et nous devons le répéter, ce serait une étrange erreur d'en faire des états morbides distincts.

Du reste, chez quelques maniaques, on peut parfois observer passagèrement des phénomènes analogues, et nous avons, en ce moment, sous les yeux une femme âgée de trente-trois ans, qui, à plusieurs reprises et pendant des journées entières, voulait faire, disait-elle, comme l'homme; cherchait à retrousser la robe des surveillantes, les suppliant de cohabiter avec elle; se montrant, d'autre part, indifférente à l'égard des hommes venus à côté d'elle. Westphal et Krafft-Ebing ont déjà cité des cas de manie et de mélancolie où cette perversion de l'instinct sexuel survenait passagèrement. Si les antécédents héréditaires ne révèlent pas de folie proprement dite chez les ascendants, il n'en reste pas moins des conditions fâcheuses; l'âge disproportionné du père et de la mère, les bizarreries et les extravagances du grand-père maternel, l'émotivité et les goûts singuliers de la mère, se traduisant de bonne heure, chez le patient, par des impulsions au vol, et plus tard sans compter l'inversion de l'instinct sexuel, par certaines dispositions d'esprit maladives, par le désir de compter et de recompter plusieurs fois de suite les fleurs, les lignes, les clous, les carrés, les petits détails, en un mot, d'une tapisserie, d'un écran, d'un plafond, d'une décoration quelconque. En outre, dès l'âge de quinze ans, les tendances névropathiques s'affirment par des crises convulsives qui semblent tenir de l'hystérie, quoique

très favorablement amendées par le bromure de potassium. On le voit, la perversion instinctive qui nous occupe n'est qu'une manifestation saillante d'un état psychopathique beaucoup plus profond.

Pour compléter les renseignements sur cette intéressante observation, nous ajouterons que, depuis un an, une amélioration très sensible s'est produite ; les attaques, dont le retour se faisait rarement attendre un mois, ont laissé entre elles un long espace de six mois, du 22 janvier au 22 juillet 1882, et, depuis cette dernière date, il n'y a pas eu de nouvelle crise.

Une amélioration non moins remarquable a été obtenue pour les symptômes intellectuels. Après de nombreux efforts, M. X... est parvenu, non seulement à substituer, par moments, l'image de la femme à celle de l'homme, mais ses nuits ont été traversées par des rêves voluptueux, ayant la femme pour objet, et, à plusieurs reprises, il a pu tenter avec succès des approches sexuelles. L'obsession, elle-même, est devenue plus rare, et M. X... en est arrivé aujourd'hui à former des projets de mariage. Le traitement hydrothérapique a été continué et, à la médication polybromurée, nous avons depuis six mois ajouté le lactate de zinc.

Dans les écrits de Casper (1), nous voyons signalée cette anomalie de l'instinct sexuel, sans que l'auteur lui attribue l'importance qu'elle mérite; toutefois, il fait remarquer que cette disposition est innée. Ce fait, sur lequel Griesinger (2) avait aussi attiré l'attention, est capital, car une disposition native qui enchaîne la volonté, poussant l'individu à des actes qu'il est impuissant à réprimer, doit nécessairement entraîner l'irresponsabilité. Cette donnée est d'autant plus importante à vulgariser, que les magistrats, les médecins légistes qui ont eu à s'occuper d'attentats aux mœurs, et

(1). Casper, Ueber Nothzucht und paederastie (*Casper's Vierteljahrsschr.*, 1, 1852.)

(2) Ueber einen wenig bekannten psychopathischen zustand (*Arch. für. psych.*, I, p. 611, Berlin, 1868).

sous les yeux desquels ont passé des individus essentiellement vicieux, ont paru jusqu'ici peu disposés à attribuer à la maladie la part qui lui en revient. Ainsi, Tardieu, consacrant plus de cent pages aux affaires de pédérastie et de sodomie, effleure à peine la question de folie, et, à la fin de son travail, après avoir montré le peu de valeur des excuses émanant des pédérastes : « Il y aurait, dit-il, une attention plus sérieuse à donner à l'état mental de certains individus convaincus de pédérastie, et chez lesquels la perversion morale pourrait atteindre jusqu'à la folie. J'ai dit que l'affaiblissement des fonctions intellectuelles et des facultés affectives pouvait être le dernier terme des habitudes honteuses des pédérastes. Mais il ne faut pas confondre cet état, en quelque sorte secondaire, avec les excès de la débauche et les entraînements de la dépravation. Quoique incompréhensibles, quelque contraires à la nature et à la raison que puissent paraître les actes de pédérastie, ils ne sauraient échapper ni à la responsabilité de la conscience, ni à la juste sévérité des lois, ni surtout au mépris des honnêtes gens (1). »

On le voit, pour Tardieu la pédérastie tient du vice; c'est avec une certaine hésitation que cet auteur distingué laisse une porte entre-bâillée à la folie. Et cependant, sans sortir de la question qui nous occupe, nos dégénérés avec inversion de l'instinct sexuel, en dehors des attouchements et de l'onanisme réciproque, en arrivent parfois à la pédérastie.

L'étude de ces faits ne saurait donc être négligée, puisque en dehors de l'intérêt clinique il s'agit d'éclairer la justice et de défendre des irresponsables. Aussi, est-ce avec la plus grande attention que devrait être examiné l'état mental des inculpés, dès qu'apparaîtrait quelque chose d'insolite dans les procès de ce genre. Cet examen doit être fait avec d'autant plus de soin que les aliénés, poussés à de tels actes, sont habituellement des fous lucides, des individus mal

(1) Tardieu, (*Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, p 259, Paris, 1873.)

équilibrés chez lesquels les appétits et les instincts, dominant la volonté, poussent irrésistiblement à la satisfaction des besoins maladifs.

Casper (1), dans le procès du comte Cayus, n'avait pas, ainsi que le fait remarquer Westphal, apprécié exactement l'état mental du héros de cette affaire qui, d'après l'observation même et les détails du procès, était un faible d'esprit, un dégénéré. Mais il n'est pas toujours facile de se rendre compte de l'état mental, à en juger par le fameux Karl Heinrich Ulrichs, qui avait écrit tout d'abord sous le pseudonyme de Numa Numantius ; on sait, en effet, qu'il a été longtemps substitut, qu'il était très érudit, qu'il n'offrait aucune apparence de désordre intellectuel. En dehors, en effet, de sa perversion instinctive, qui, pour lui, était physiologique et non maladive, l'âme d'une femme se trouvant, disait-il, enveloppée dans le corps d'un homme, rien dans ses relations ordinaires ne trahissait son trouble mental (2).

Pour notre malade également, dont on ne saurait contester l'état névro-psychopathique, est-ce qu'il ne passe pas aux yeux de tous pour un homme parfaitement sain d'esprit ? L'on serait certainement mal venu de dire à ses auditeurs que le professeur distingué dont ils admirent chaque jour l'éloquence, la logique, le jugement, n'est autre qu'un malade dont le cerveau est torturé par les idées les plus étranges ; qui, d'un instant à l'autre, malgré lui, malgré tous ses efforts, peut être poussé à la plus honteuse promiscuité. Aujourd'hui, il est amélioré, il est plus maître de lui ; mais ne peut-il pas encore survenir une aggravation sans que rien au dehors vienne trahir ce trouble intérieur ?

Westphal, dans son excellent Mémoire sur cette perver-

(1) Casper, Handbuch der gerichtl. medic. Berlin 1858 (*Biolog. Theil*, p. 182.

(2) Karl Heinrich Ulrichs a publié une série de brochures, la première en 1864, *Inclusa*, sous le pseudonyme de Numa Numantius; *Formatrix-Vindicta* et *Ara spei*, 1865; *Gladius furens* et *Memmon*, 1868; *Incubus*, 1869.

sion instinctive, qu'il désigne du nom de sens sexuel contraire ou contre nature (*conträre sexualempfindum*), met en relief les principaux caractères de cette disposition maladive (1). Profitant des documents fournis par Casper, Tardieu et Ulrichs, il rapproche les récits, les écrits et les actes des hommes affectés d'inversion de l'instinct sexuel, des observations qu'il a faites auprès d'une fille de trente-cinq ans, dont il donne l'histoire détaillée. Dans les deux sexes, les phénomènes sont identiques et se déroulent de la même manière.

Des cas assez nombreux ont déjà été publiés chez l'homme (2), les observations relatives à la femme sont rares peut-être à cause de la facilité plus grande avec laquelle celles-ci parviennent à cacher ce trouble instinctif. Toutefois, nous avons deux observations, celle de Westphal et un cas de Gock chez une jeune fille de vingt-huit ans, qui suffisent à donner une idée de cette perversion sexuelle chez la femme (3).

(1) Westphal, Die conträre sexualempfindung (*Arch. f. psych.*, II, p. 73 à 108, 1870.) — Zur conträren sexualempfindung (*Arch. f. psych.*, Bd VI, p. 620 à 621, 1876.) — Observation d'un jeune homme de vingt-quatre ans dont la perversion sexuelle s'est montrée à huit ans.

(2) Schminke, Ein Fall von conträrer sexualempfindung (*Arch. f. psych.*, Bd III, p. 225 à 126, 1872.)

Scholtz, Bekentnisse eines an perverser geschlectsrichtung leidenden (*Vierteljsch. f. germed.*, Bd XIX, p. 321 à 328, 1873.)

Servaes, Zur kenntniss von der conträrer sexualempfindung (*Arch. f. psych.*, Bd. VI, p. 484 à 495, 1876.) — Observation d'un homme de trente-cinq ans et l'observation peu concluante d'une fille de seize ans qui, ayant eu trois accès maniaques suivis de stupeur, ne conservait aucun souvenir de la période d'excitation.

Vidal et Legrand du Saule, (*Ann. médico-psychol.*, 5e série, t. XV, p. 446, 1876.) Jeune homme de vingt ans, surpris un jour dans un urinoir avec un vieillard, exhibant toutes leur parties génitales.

Stark, Ueber conträre sexualempfindung (*Allg. ztsch. f. psych.*, Bd. XXXIII, p. 209 à 206, 1877.)

Tomassia Ariggio, Sull' inversione dell' instinto sessuale (*Riv. Sperim.*, p. 97 à 557, 1878.)

Julius Krueg, Perverted sexual instincts (*Brain*, p. 368 à 376, octobre 1881. — Deux observations, l'une d'un homme avec des détails intéressants, l'autre très incomplète d'une femme de chambre de vingt-cinq ans.

(3) Gock, Beitrag zur Kenntniss der conträre sexualempfindung (*Arch. f. psych.*, Bd. V, p. 564 à 574, 1875.)

Dans les deux cas, nous voyons se développer de très bonne heure l'inclination pour les filles : à huit ans chez la malade de Westphal, à douze ans chez l'autre. M. X..., rappelons-le, avait eu, à six ans déjà, une voluptueuse satisfaction à contempler l'homme nu. Pour la plupart des malades, c'est une sorte de révélation dès l'enfance ; ils se surprennent à avoir des sentiments qu'ils ne comprennent pas : l'homme est porté vers l'homme, la femme vers la femme, avant même qu'ils aient pu subir l'influence d'une éducation vicieuse. C'est là, comme dit Ulrichs, l'énigme de l'amour de l'homme pour l'homme ; ce sont des sentiments pervers innés. Les deux filles aimaient également, dès leurs premières années, les jeux des garçons ; elles désiraient s'habiller en garçon, elles auraient voulu être homme. Les regards de certaines filles les impressionnaient vivement ; elles leur faisaient la cour, rougissaient auprès d'elles, éprouvaient une vive passion, et aussi un sentiment de jalousie si l'amie choisie prêtait attention à une autre personne. Les caresses provoquaient chez elles une grande excitation qui s'accompagnait de spasmes, de sécrétion des parties génitales. Toutes deux avaient des rêves voluptueux rappelant les jeunes filles aimées.

Quand les désirs ne pouvaient pas être satisfaits, quand il survenait des résistances ou des obstacles, elles entraient dans de véritables accès de fureur, et toutes deux étaient portées au suicide. Les hommes n'avaient aucun attrait pour elles ; l'une d'elles a refusé plusieurs mariages ; l'hymen existait chez l'une d'elles, et probablement les deux n'avaient jamais eu de relations sexuelles. Dans les deux cas, le souvenir de la jeune fille aimée poussait à l'onanisme. Le niveau intellectuel était peu élevé chez les deux ; elles apprenaient difficilement à l'école, et plus tard elles étaient chargées d'emplois subalternes. L'une d'elles avait un bec-de-lièvre. Chez l'une, existaient des périodes d'excitation et de dépression ; chez l'autre, des accès mélancoliques. Ici encore, l'in-

version de l'instinct sexuel est un syndrome enté sur un état psychopathique plus étendu.

Krafft-Ebing, dans une étude fort intéressante sur certaines perversions de l'instinct sexuel et sur les actes dont elles s'accompagnent, passe en revue une série de faits impulsifs qui, pour se présenter sous des aspects différents, n'en ont pas moins les mêmes caractères fondamentaux (1).

L'auteur arrive ensuite au sens sexuel contraire, dont il fournit quelques observations et qu'il regarde comme un symptôme lié à un degré plus ou moins élevé de dégénérescence. Ayant, du reste, relevé les faits observés jusqu'à lui, il note que, treize fois sur dix-sept cas, se montraient des troubles névro ou psychopathiques ; c'est, on le voit, l'idée générale qui ressort de toutes ces recherches (2).

A notre tour, pour compléter cette étude clinique et pour bien montrer que la forme des obsessions ou des impulsions ne modifie pas le fond même de la maladie, nous allons présenter quelques observations de perversions sexuelles différentes de l'inversion du sens génital. Ces faits mettront en saillie des phénomènes tellement tranchés, qu'on pourrait croire à des formes particulières de maladies mentales, tandis qu'ils constituent simplement quelques-unes des variétés séméiologiques sous lesquelles peuvent se présenter les dégénérés.

Observation II. — *Mère hystérique; migraine chez le frère. Habitudes d'onanisme. A dix ans impulsions à laisser tomber les objets des mains; plus tard, il est poussé à regarder les fesses des femmes, des petites filles et aussi l'anus d'un garçon habillé, le garçon nu le laisse indifférent. Les tableaux représentant des femmes nues et des statues l'excitent. — Tendances mélancoliques. — Idées de suicides.*

M. X..., médecin, âgé de trente-trois ans, en proie à une profonde

(1) Krafft-Ebing, Ueber gestisse Anomalien des geschlechtstriebs und die Klinisch-forensische Verwerthung derselben als eines wahrscheinlich functionellen degenerationszeichens des centralen nervensystems (*Arch. f. psych.*, VII, 1877 : Conträre sexualempfindung, p. 305.)

(2) Voir aussi : *Des aberrations du sens génésique*, par P. Moreau, Paris, 1880. — Particulièrement le chapitre sur l'Érotomanie, où se trouvent signalés quelques cas d'attrait vénérien pour des statues, p. 182.)

tristesse, vient, au mois d'octobre 1881, demander conseil à l'un de nous pour les phénomènes étranges qu'il éprouve. Sa mère atteinte d'hystérie, présente des attaques et des périodes de vive excitation intellectuelle; son père, mort à soixante-quatorze ans, était asthmatique; un de ses frères était migraineux; quant à lui, dès l'âge de dix ans, il a été l'objet d'obsessions auxquelles il avait beaucoup de peine à résister; c'est ainsi que tenant un objet à la main, une assiette par exemple, il se sentait poussé à la laisser tomber à terre. Pendant deux ans, il a dû résister à cette disposition maladive qui, d'ailleurs, a fini par disparaître. Il s'est de tout temps adonné à l'onanisme; il a fait des études médicales avec beaucoup de peine, non point qu'il fût dénué d'intelligence, mais parce que le travail le fatiguait promptement. Depuis huit ans surtout, il avait beaucoup de difficulté à suivre une idée, à appliquer son esprit à l'étude; il lui semblait qu'il comprenait plus difficilement et que ses conceptions étaient plus lentes. Vers cette époque, il a commencé à éprouver des phénomènes étranges : quand il voyait une femme, sa pensée se portait vers la région fessière et il ne pouvait s'empêcher de regarder les fesses. Cette obsession devenait plus pressante dès qu'il s'agissait de petites filles. Dans les foules il se frottait contre les fesses des femmes; mais dès que l'érection survenait, il s'empressait de s'éloigner et d'éviter les groupes. Il fuyait et évitait les tableaux et les statues représentant les femmes nues, parce qu'ils réveillaient en lui les idées obscènes qui lui sont désagréables.

Pendant toute l'année 1880, il ne pouvait voir un petit garçon sans que ses yeux se portassent sur la partie inférieure du dos et que l'idée de l'anus vînt s'implanter dans son esprit. Il en était très malheureux, car il n'a jamais eu de tendance à la pédérastie, et ses rapports sexuels ont toujours été normaux. Il est bon de noter que l'enfant à l'état de nudité le laisse indifférent et qu'à l'amphithéatre et dans les salles de dissection, il n'avait aucune idée bizarre. Depuis un an, il offre des alternatives d'excitation et de dépression, et parfois surviennent des idées de suicide; il voudrait, dit-il, se brûler la cervelle.

Le fait saillant est assurément l'obsession singulière qui dirige le regard du patient vers la région fessière des femmes, et qui le pousse à la recherche de l'anus d'un petit garçon habillé, le garçon nu ne l'impressionnant pas. Ici encore ce syndrome n'est qu'un épisode d'un état maladif qui prend sa source dans l'hérédité, et qui offre d'autres impulsions, une émotivité extrême, des tendances mélancoliques et des idées de suicide, disposition dépressive qui persiste en dehors des

idées obsédantes. C'est donc toujours le même état psychopathique avec des couleurs différentes dans les manifestations.

Nous devons l'observation suivante à l'obligeance de notre excellent confrère M. Blanche, qui a bien voulu la détacher de sa riche collection pour nous permettre de la joindre à notre étude.

Observation III. — *Hérédité névropathique. — Convulsions dans l'enfance; à six ans obsession pour la recherche des clous des souliers de femmes; exaltation; création d'histoires fantastiques ayant pour objet des clous; spasmes, érection et éjaculation au souvenir de ces histoires et aussi au contact des clous. — Accidents hystériques; idées hypochondriaques; hallucinations. Phymosis et conformation vicieuse de la verge.*

M. X..., âgé de trente-quatre ans, marié, est né d'un père et d'une mère qui avaient tous deux un tempérament excessivement nerveux; sa mère principalement, qui vit encore et qui est âgée de soixante-douze ans, a toujours été et est encore, aujourd'hui, dans un état presque permanent de surexcitation nerveuse et mentale.

Dans sa première enfance, M. X... a eu des convulsions très violentes auxquelles il a failli succomber. D'une intelligence extrêmement précoce, il savait lire à trois ans; mais d'un autre côté, il ne marchait pas encore, et ses forces physiques étaient bien en retard sur ses facultés intellectuelles.

Il avait aussi déjà une grande exaltation cérébrale, et c'est à cette époque que remonte le début de la névrose dont il est atteint, et dont il n'a jamais cessé, depuis, d'être tourmenté.

Vers l'âge de six ou sept ans, M. X... était déjà poussé par un instinct irrésistible à regarder les pieds des femmes pour voir s'il n'y avait pas de clous à leurs souliers; lorsqu'il y en avait, la vue de ces clous lui produisait dans tout son être un bonheur indéfinissable. Deux jeunes filles, ses parentes, logeaient dans sa famille; il se rendait dans l'endroit où leurs souliers étaient déposés; il s'en emparait d'une main fiévreuse et frissonnante; il touchait les clous il les comptait, il ne pouvait pas en détacher ses regards, et le soir, dans son lit, il reportait sa pensée, alternativement, sur l'une ou l'autre de ces jeunes filles, et il lui faisait jouer un rôle fantastique qu'il imaginait; il voyait sa mère la conduire chez le cordonnier, il l'entendait commander de garnir de clous les souliers de sa fille, il voyait le cordonnier poser les clous et remettre les souliers à la jeune fille; puis, il cherchait à se rendre compte des sensations que

celle-ci éprouvait en marchant avec ses souliers à clous; enfin, il infligeait à la jeune fille les tortures les plus cruelles, il lui clouait des fers sous les pieds, comme l'on fait aux chevaux, ou bien il lui coupait les pieds, et en même temps il se masturbait; mais ce n'était pas seulement pour se procurer la jouissance matérielle qu'on y trouve; c'était plutôt pour servir d'accompagnement à l'histoire fantastique qui charmait son imagination.

Ces faits se reproduisaient assez fréquemment. M. X... ne tentait aucun effort pour les empêcher ou les éloigner; il savourait, sans remords, le plaisir sensuel qu'il en retirait; il était encore un enfant, et il ne comprenait pas la portée des actes auxquels il se livrait.

On le mit de bonne heure en pension; ne voyant que très peu de femmes, il y fut moins surexcité; il réfléchit, il s'examina, et il pensa, par intuition, qu'il pouvait y avoir là un mal moral et une habitude dangereuse.

Il résolut alors énergiquement d'y mettre un terme; la lutte fut opiniâtre, mais elle n'aboutit qu'à rendre les crises plus rares; il avait à soutenir des assauts terribles : la tête en feu, les membres raidis, les dents serrées, les poings fermés, il cherchait tous les moyens de calmer ses sens; puis, à cet état violent succédait, tout à coup, une prostration complète, il était comme anéanti, et il n'avait plus ni volonté ni résistance.

Survint une nouvelle aggravation. Les accidents qui ne se manifestaient que la nuit et dans le lit, se produisirent pendant le jour; alors qu'il était le plus appliqué au travail, et qu'il espérait y trouver une diversion salutaire, il se sentait envahi par une force supérieure à sa volonté; une de ces histoires fantastiques dont il a été déjà question, lui revenait à l'esprit, malgré lui, phrase par phrase; et en même temps, arrivait une érection, qui aboutissait bientôt à une éjaculation, sans qu'il portât la main à la verge pour y aider, car, au contraire, il aurait voulu que l'éjaculation n'eût pas lieu, parce qu'elle l'empêchait de continuer et de finir son histoire, et qu'il préférait de beaucoup le plaisir qu'il ressentait de l'histoire à celui que l'éjaculation lui procurait.

Cet état ne subit pas de variations notables pendant que M. X... fut en pension.

Pendant les vacances, le mal augmentait, parce que M. X... se retrouvait nécessairement en compagnie de femmes, et il augmenta plus encore pendant un séjour de quinze mois que M. X... fit à la campagne, chez une de ses parentes, après avoir terminé ses études : il voyait souvent deux jeunes filles, ses cousines, qui habitaient dans le voisinage, et il passa ces quinze mois dans un état incessant de surexcitation : lorsqu'il était seul dans le jardin, assis sur un banc, il se racontait à lui-même une de ces histoires fantastiques, dont les deux jeunes filles étaient naturellement devenues les héroïnes du

moment; en même temps qu'il se racontait une histoire, il pressait sur sa verge à travers son pantalon, et il éjaculait, si l'histoire durait assez de temps pour que le but de la masturbation fût atteint; mais si son histoire était finie avant que l'éjaculation ait eu lieu, il s'en tenait là, et cessait de se masturber; le lendemain et les jours suivants, il recommençait, en ayant soin de s'arrêter dès qu'il sentait que l'écoulement du sperme allait arriver. D'un autre côté, quand il était avec les jeunes filles, il cherchait à voir les clous de leurs souliers. Une d'elles s'en étant aperçue, et sans que M. X... lui eût rien dit, ne manquait jamais, surtout lorsqu'elle avait des souliers neufs, de passer son pied sur le sien, en appuyant légèrement, de manière à lui faire sentir les clous. Ce contact amenait immédiatement une éjaculation occasionnée non pas par l'impression de la femme, mais par celle des clous. Plusieurs fois même, il lui est arrivé de prendre les souliers des jeunes filles dans l'endroit où ils étaient déposés, et il lui suffisait de poser l'extrémité de sa verge sur les clous, pour que, sans aucune pression de la main, l'éjaculation eût lieu aussitôt.

A l'âge de dix-huit ans, M. X... vint à Paris pour y étudier le droit; il vivait chez ses parents. Pendant son séjour à la campagne, il n'avait pas fait d'efforts pour résister à ses entraînements, mais dès son arrivée à Paris, il avait pris la résolution de recommencer la lutte qu'il avait déjà entreprise vainement, à l'époque où il avait été mis en pension. Il ne réussit qu'à éloigner les accès; il s'estimait heureux quand il y échappait pendant deux semaines; mais la résistance n'était jamais plus longue, et quand elle s'affaiblissait, il se retournait instinctivement dans la rue pour écouter marcher les femmes; il avait acquis sur ce point une telle finesse d'ouïe, qu'il se trompait rarement sur celles qui avaient des clous à leurs souliers; alors, tout son corps était agité par un frémissement voluptueux, de même que lorsqu'en passant devant des boutiques de cordonniers, il voyait mettre des clous à des chaussures de femmes, ou même qu'il voyait exposées des chaussures de femmes, garnies de clous.

M. X... n'eut de trêve que deux fois : à l'époque où il était amoureux de jeunes filles qu'il voulait épouser. Quoique éperdument amoureux et prenant même certaines privautés qui n'étaient pas repoussées, il était maître de lui et ne satisfaisait pas ses désirs ; mais l'amour ayant disparu en même temps que les projets de mariage qui n'avaient pas eu de suite, il retomba sous l'empire de ses idées; il se remit à se raconter des histoires, dans lesquelles les deux jeunes filles avaient le principal rôle, et il se livra de nouveau avec fureur, à ses pratiques de masturbation.

Plusieurs années se passèrent ainsi. Cependant et peut-être avec quelque espoir de soulagement à ses souffrances, M. X... se maria,

et durant les premiers mois qui suivirent son mariage, il y eut pour la troisième fois une trève dans les accidents, mais elle fut de courte durée.

Vers 1868, des modifications notables se produisirent dans son état, et, depuis, cet état est resté à peu près le même.

A la vue des objets qui les provoquaient autrefois, les érections n'existent presque plus; et, par contre, les spasmes nerveux qui lui donnent, sans l'aide de la masturbation, le plaisir qu'il recherche, ont accru d'intensité. M. X... éprouve, en tout temps, une douleur vague au sommet de la tête; il lui semble que cette partie du crâne est moins épaisse que le reste, et qu'elle n'a que la consistance d'un cartilage; cependant, c'est précisément cette portion de la paroi crânienne qui lui paraît exercer une compression sur son cerveau, et il lui arrive souvent de saisir ses cheveux et de les tirer de toutes ses forces à cet endroit pour soulever cette région du crâne, et faire cesser la compression; la douleur y est, par moments, très violente. C'est là que commence le spasme, lorsque M. X... est en présence des objets qui le produisent: son cerveau semble entrer en ébullition et vouloir soulever le crâne; de là, la sensation descend par la nuque, suit la colonne vertébrale, et se répand dans les bras et dans les jambes, semblable à une secousse électrique; en même temps sa gorge se serre, sa poitrine se contracte et d'après ce qu'on lui a dit, son visage s'anime, ses regards s'allument d'un feu étrange, et sa physionomie prend une expression de stupidité sensuelle. Il éprouve un frémissement intérieur dans la verge, mais il n'y a pas d'érection, et s'il appuie sa main sur son bas-ventre, il arrive, par une légère pression, à augmenter l'intensité du spasme, et à en prolonger la durée. Cette intensité n'est d'ailleurs pas toujours la même, elle varie suivant les circonstances: elle est moindre, par exemple, si M. X..., causant avec un cordonnier, celui-ci lui parle, d'une manière générale, des clous que l'on met aux chaussures de femmes; elle est plus forte s'il est question de femmes qu'il connaît, ou, si au lieu de dire: *mettre des clous à des bottines de femmes*, le cordonnier dit: *ferrer des bottines de femmes*, et mieux encore *ferrer des femmes*; l'intensité augmente aussi graduellement si M. X..., après avoir vu les chaussures dans la boutique du cordonnier, les voit aux pieds d'une femme, s'il y a beaucoup de clous, et si les clous sont gros, s'ils sont posés à des souliers, plutôt qu'à des bottines, et si la femme qui les porte est jeune, jolie et élégante. L'impression est parfois telle, qu'il est sur le point de s'évanouir, ou bien il est pris d'un rire nerveux et incoërcible, qui dure plusieurs minutes.

M. X... se procure encore ces spasmes en se faisant mettre à ses propres chaussures des clous qu'il garde pendant quelque heures, et qu'il enlève ensuite pour les poser sur des morceaux de carton qu'il découpe, en leur donnant la forme de la semelle d'une bottine de

femme, et surtout d'une femme qu'il a remarquée; il lui est arrivé aussi d'acheter des souliers de femmes, d'y faire mettre des clous devant lui, et de les emporter; puis, quand il était seul, il touchait ces clous, il écoutait le bruit qu'ils faisaient, en les posant par terre; enfin, il les approchait de l'extrémité de sa verge, ce qui déterminait presque toujours une éjaculation.

En dehors de ses crises spasmodiques, M. X... est sujet à d'autres accidents, qui se rapprochent de ceux déjà connus; c'est surtout quand il est plongé dans un travail absorbant, la tête dans les mains, méditant profondément sur une affaire. Tout à coup, *ses idées* se présentent à son imagination; il tâche de les chasser; elles le harcellent comme des furies; alors, il sent comme un voile s'étendre sur son intelligence et y faire la nuit; ses yeux s'appesantissent, il se raconte à demi-voix une de ces histoires fantastiques, et en même temps, il se livre à la masturbation, soit directement avec la main, soit en serrant sa verge entre ses cuisses, ou en la renversant sur sa chaise, et en la comprimant de tout le poids de son corps.

La santé générale de M X... a longtemps résisté, mais depuis un an elle s'est affaiblie et altérée. Après chaque crise, M X... est le plus souvent envahi par un sommeil irrésistible; et, d'un autre côté, il dort mal la nuit; il a de fréquentes et longues insomnies; il est sujet à des douleurs très violentes à la nuque, surtout à la suite d'un spasme avec ou sans masturbation; il sent comme des marteaux frappant à coups redoublés pour repousser le crâne, de dedans en dehors; ces douleurs durent quelques heures; rien n'a encore pu les calmer; sa tête est entraînée en arrière, et il a besoin de l'appuyer pour la soutenir. Depuis quelque temps, il a des engourdissements et des fourmillements dans les membres inférieurs; les jambes lui semblent lourdes; il est encore bon marcheur, mais il a de la peine à monter; il est souvent tourmenté par la soif, il doit boire de grandes quantités d'eau; il souffre aussi de granulations pharyngiennes. Les accidents qu'éprouve M. X... sont plus ou moins intenses, suivant les saisons : les mois de juin, juillet et août lui sont habituellement funestes; il est plus calme pendant les saisons tempérées, et aussi pendant l'hiver, sauf les jours où les clous de chaussures de femmes laissent leur empreinte sur la neige, ou sur la terre détrempée par de grandes pluies.

Pour compléter ce tableau, il reste à faire connaître M. X... au point de vue psychologique. M. X... est non seulement un homme intelligent, mais de plus il est très instruit en toute sorte de matières; il a la passion de l'étude; dans l'administration à laquelle il est attaché, il est considéré comme un employé très capable, très assidu, et il est chargé de rapports très importants et très délicats dont il s'acquitte d'une façon remarquable; aussi ses services sont-ils très appréciés. En même temps qu'il a une grande puissance de travail, il a une imagination très exaltée; il ressent très vivement

les peines et les contrariétés, comme aussi les joies et les plaisirs. La surexcitation cérébrale va même parfois jusqu'à produire des illusions des sens, et presque des hallucinations. C'est surtout dans les moments où il lutte contre *ses pensées*, et contre les entraînements qui les accompagnent; il lui semble alors qu'un second être lui est juxtaposé et lui fait entendre, par des paroles qui lui retentissent dans le cerveau, que la résistance est inutile. Quand il a succombé, et que, désespéré, il prend la résolution énergique de ne plus céder, il croit entendre, toujours dans son cerveau, comme une voix qui lui fixe le jour où il cédera de nouveau. Cette voix, qui lui semble être celle d'un être qui lui est étranger, et non l'écho de sa pensée à lui-même, il l'a entendue aussi pendant les intervalles les plus longs de calme qu'il ait eus, lorsqu'il était amoureux et avait le projet de se marier; et plus tard, pendant les trois premiers mois de son mariage, et c'était aussi pour lui indiquer le jour où il succomberait. Lorsque ce jour approche, M .X... redouble de précaution pour éviter tout ce qui pourrait aider à sa chute; il y met de l'amour-propre; c'est comme un duel entre l'être étranger et lui; mais le jour arrivé, une sensation de langueur s'empare de toute sa personne, son intelligence s'obscurcit, et la crise ne peut être évitée.

M. X... est affecté de phimosis; chez lui, le prépuce dépasse de plusieurs centimètres le gland, qui n'est jamais, même partiellement, découvert; la verge est courte et très renflée vers sa racine, ce qui est encore un autre défaut de conformation. La turgescence de la verge n'a pas lieu sous la forme habituelle de l'érection; la verge ne s'allonge pas et se renfle seulement du côté de la racine; d'où il résulte que le coït est impossible à pratiquer dans les conditions normales.

Cet individu, fasciné par les clous d'une semelle de soulier de femme, s'était masturbé à la porte d'un cordonnier, et avait été mis en prison sous l'inculpation d'outrage public à la pudeur. Le rapport de M. Blanche a été suivi d'une ordonnance de non-lieu.

L'étrange perversion sexuelle qui a débuté à six ans est le phénomène saillant de cette observation; mais ce n'est là qu'un épisode d'un état maladif, que démontrent les antécédents héréditaires, les accidents hystériques, les idées hypochondriaques, les hallucinations et les signes physiques de dégénérescence.

Observation IV. — *Famille d'excentriques : père halluciné, s'essuie le visage avec une peau de lapin; sœur refusant longtemps le mariage, veut un jour épouser un comédien vieux et laid; frère mal équilibré. — L..., à cinq ans, érection devant un bonnet de nuit. Plus tard, éjaculation au contact du bonnet de nuit. — Frigidité à la première nuit des noces; devoirs conjugaux remplis à l'évocation de l'image d'une tête de vieille femme ridée couverte d'un bonnet de nuit. — Émotivité; crainte des lieux élevés, idées mélancoliques, tendance au suicide.*

M. L..., âgé de trente-sept ans, d'une bonne constitution, est issu d'une famille d'excentriques. Le père, fort original, très extravagant, très irrégulier dans ses habitudes, mange à toute heure du jour, fait jusqu'à cinq repas, passe souvent ses nuits à lire des romans ou des journaux, parle avec vivacité, crie dans ses discussions, et se fait souvent remarquer par des singularités ; c'est ainsi qu'il s'essuie la figure avec une peau de lapin. A plusieurs reprises et à des époques différentes, il a eu des hallucinations pénibles la nuit, sans que l'on ait pu les attribuer à l'alcoolisme. La sœur du malade, âgée de trente-huit ans, demeure avec le père, elle n'a jamais eu de disposition pour le mariage, elle a refusé deux partis fort convenables et un jour, étant allée au théâtre, elle a témoigné le désir d'épouser un acteur vieux et très laid qu'elle avait vu jouer, mais qu'elle ne connaissait pas autrement. Un frère, âgé de trente-deux ans, d'une santé physique excellente, est resté rebelle à toute discipline, a fait des études très incomplètes; après avoir essayé vainement de plusieurs métiers, a fini par se faire cocher et a épousé sa cuisinière. M. L... était studieux, mais il apprenait avec difficulté. N'ayant pas acquis l'instruction suffisante pour embrasser une professsion libérale, il se fit d'abord tapissier, puis imprimeur, plus tard coiffeur, pour devenir enfin clerc d'huissier, clerc de notaire et commis dans une maison de commerce. De tout temps, il a eu la fantaisie d'acheter des bibelots, des objets d'art et, pour satisfaire ses goûts, il se privait des choses les plus indispensables et faisait des économies sur la nourriture et sur les vêtements. Il est d'une timidité extrême, il se trouble et balbutie devant les clients, il est incapable d'écrire devant ses parents; dès qu'on l'observe, il ne peut plus former les lettres et trace des caractères illisibles. A l'âge de cinq ans, ayant couché pendant cinq mois dans le même lit qu'un parent âgé d'une trentaine d'années, il éprouva pour la première fois un phénomène singulier, c'était une excitation génitale et l'érection, dès qu'il apercevait son compagnon de lit se coiffer d'un bonnet de nuit. Vers cette même époque, il avait l'occasion de voir se déshabiller une vieille servante, et, dès que celle-ci mettait sur sa tête une coiffe de nuit, il se sentait très

excité et l'érection se produisait immédiatement. Plus tard, l'idée seule d'une tête de vieille femme ridée et laide, mais coiffée d'un bonnet de nuit, provoquait l'orgasme génital. La vue du bonnet de nuit seul n'exerce que peu d'influence, mais le contact d'un bonnet de nuit provoque l'érection et parfois l'éjaculation. Par contre, il se souvient qu'à sept ans il était resté absolument réfractaire aux tentatives de masturbation faites sur lui par un de ses camarades d'école. Il n'a jamais recherché les rapports anormaux ; il affirme que la vue d'un homme ou d'une femme nus le laisse absolument froid. Jusqu'à trente-deux ans, époque de son mariage, il n'aurait pas eu de relations sexuelles ; il épouse une demoiselle de vingt-quatre ans, jolie et pour laquelle il éprouvait une vive affection. La première nuit des noces, il reste impuissant à côté de sa jeune femme ; le lendemain la situation était la même lorsque, désespéré, il évoque l'image de la vieille femme ridée, couverte du bonnet de nuit ; le résultat ne se fait pas attendre, il peut immédiatement remplir ses devoirs conjugaux. Depuis cinq ans qu'il est marié, il en est réduit au même expédient, il reste impuissant jusqu'au moment où le souvenir rappelle l'image favorite. Il déplore cette singulière situation qui le force, dit-il, à la profanation de sa femme. Quelquefois, mais à de très rares intervalles, il a des hallucinations la nuit ; celles-ci ont déjà fait leur apparition à l'âge de dix ans et il en a eu encore l'année dernière : il voit plus habituellement une bête noire qui veut le saisir au cou. Dès son enfance, il a eu également des accès passagers de profonde tristesse avec des idées de suicide, plus particulièrement de submersion et de pendaison ; il a songé aussi quelquefois à s'empoisonner ; mais il n'a pas le courage, dit-il, de le faire ; il hésite aussi à cause de l'affection qu'il éprouve pour sa femme. Il ressent également des craintes vives quand il monte sur l'impériale d'un omnibus ; il est pris de vertiges et de nausées, il se voit très élevé, il s'imagine n'avoir rien pour se soutenir et il lui semble qu'il va tomber. Il ne peut, sans de grandes appréhensions, regarder par la fenêtre d'un troisième ou d'un quatrième étage. En passant à côté d'une maison élevée, il craint qu'elle ne s'écroule sur lui.

Chez ce malade, véritable héréditaire, les troubles psychopathiques sont nombreux. Dès l'âge de cinq ans, sans nulle préparation, passivement en quelque sorte, L... est envahi par l'idée maladive et devient l'esclave de l'obsession la plus étrange ; le bonnet de nuit à partir de ce jour, va peser sur toute son existence. Qui peut se douter d'une situation aussi profondément triste, en dehors du malade et du médecin, à

qui il fait ses confidences? Et cependant que de symptômes révèlent chez cet homme la prédisposition morbide qu'il tient de ses parents : hallucinations, obsessions de toute nature, impulsions, craintes imaginaires, émotivité extrême, tendances mélancoliques, idées de suicide; rien n'y manque. A un examen superficiel, cet homme ressemble à tous les autres, il vit de la vie commune, tandis qu'au contraire tout est chez lui lutte, artifice et contrainte; chaque minute voit naître un motif nouveau d'angoisse et de perplexité.

Voilà l'état maladif. Comment pourrait-on le soupçonner si, partant de l'étude des facultés de l'âme, on s'en tenait aux simples spéculations psychologiques?

Observation V. — *Hérédité morbide convergente. — Intelligence mal équilibrée; conformation vicieuse du crâne; à quinze ans obsession impulsive le poussant à voler des tabliers blancs pour se masturber; rêves de tabliers blancs; quelquefois couche avec le tablier blanc; trois condamnations pour vol de tabliers blancs; ordonnance de non-lieu pour le dernier vol. — Dépression mélancolique; tendances au suicide.*

C... (Auguste), journalier, âgé de trente-sept ans, entre pour la seconde fois à Sainte-Anne le 24 novembre 1881. Il offre une double hérédité morbide, son père alcoolique est mort d'une cirrhose hépatique; son oncle paternel est mort aliéné à l'asile de Pontorson. La mère et la sœur nerveuses, irritables, sont toutes deux portées à la mélancolie. Un frère faible d'esprit a eu à vingt ans un accès maniaque. Lui-même, dont le niveau intellectuel est peu élevé et les facultés mal équilibrées, présente des signes physiques de dégénérescence; son crâne est mal conformé; la bosse frontale droite et la bosse temporale gauche sont plus saillantes, le front est fuyant, et l'ensemble présente un notable degré de plagiocéphalie. A treize ans et demi, il aurait eu une fièvre typhoïde; il est allé à l'école, il a été peu appliqué et toujours irrégulier dans son travail et sa conduite. A quinze ans, il aperçoit, flottant au soleil, un tablier qui séchait, éblouissant de blancheur, il approche, s'en empare, serre les cordons autour de sa taille et s'éloigne pour aller se masturber au contact du tablier derrière une haie.

Depuis ce jour, les tabliers l'attirent, il ne peut s'empêcher de les prendre, s'en sert pour pratiquer l'onanisme, puis les replace dans le lieu où il les a pris, ou bien il les jette ou les laisse chez lui dans un coin. Quand il aperçoit un homme ou une femme avec un tablier

blanc, il les suit, ne tenant aucun compte du sexe, le tablier seul offrant tout l'attrait.

En 1861, les parents voulant mettre un terme aux vols de tabliers, le font engager dans la marine ; il avait alors seize ans. A bord du navire, ne voyant plus de tabliers, il se calme et son esprit reste en repos : « Je n'y pensais pas, dit-il, je n'en voyais pas. » Rentré en France en 1864, il passe deux mois de congé à Pontorson ; la vue des tabliers le pousse de nouveau à s'en emparer et à se livrer à l'onanisme. Souvent il ferme les yeux et éprouve une très vive satisfaction à se représenter le tablier blanc, flottant, tel qu'il lui était apparu la première fois. La nuit il rêve aux tabliers blancs. Il est poussé à prendre les tabliers et non autre chose : il y aurait eu, dit-il, cent francs, mille francs, à côté du tablier qu'il se serait uniquement emparé de celui-ci et non de l'argent.

En 1865, pendant un congé de quinze jours, il est arrêté par la police pour vol d'un tablier blanc. Devant le tribunal, il raconte ses obsessions, ses impulsions, mais on rit, il n'est pas écouté et se voit condamner à huit jours de prison. Quelques années après, à Cherbourg, étant sur le cuirassé *l'Atalante*, pendant une permission de vingt-quatre heures, il vole un tablier qui sèche au soleil ; surpris en flagrant délit, il s'enfuit, se cache, ne rentre à bord qu'au bout de neuf jours. Il raconte ce qui lui est arrivé, il insiste en affirmant que c'est la vérité ; le conseil de guerre se montre, dit-il, indulgent, laisse de côté la désertion et ne le condamne qu'à un mois de prison. A Rochefort, étant sur la cannonière *la Comète*, en 1870, il obtient une permission de vingt-quatre heures. Il flânait dans les rues, lorsque, passant devant la porte d'un pâtissier, il aperçoit dans une armoire une pile de tabliers blancs, très propres et bien pliés. La boutique étant surveillée, il n'ose pas y entrer. Il guette dans la rue, sombre, triste, attentif à ce qui se passe, ne perdant pas l'armoire de vue et poursuivi par l'ardent désir de s'emparer de ces tabliers. Les heures s'écoulent, la nuit arrive, il ne quitte point son poste ; enfin la boutique se ferme ; lorsque les lumières sont éteintes, que tout bruit a cessé, il escalade un mur, descend dans une cour, pénètre dans la boutique, met la main sur les tabliers et, au moment où il se retire, il renverse un meuble, dont le bruit attire l'attention ; on accourt, on l'arrête tenant son tablier.

Devant le conseil de guerre, l'avocat réclame une enquête médico-légale, on refuse, il est condamné à un an de prison. Après avoir subi sa peine, il veut fuir les tabliers et s'engage sur un transatlantique, où il passe près de deux ans. Au retour, il est triste, découragé, se sent impuissant à résister aux obsessions et pour échapper à de nouveaux malheurs, il forme le projet d'entrer au couvent de la Trappe. On l'admet après de pressantes démarches. Très fervent au début, il embrasse avec joie la vie monastique : il se lève à

deux heures du matin, s'inflige la discipline, se frotte le corps avec des orties, s'enfonce des épines sous la peau, et malgré ce dur régime, jouit d'un repos relatif, n'étant plus obligé de lutter contre ses obsessions. Cependant, au bout de trois ans, son zèle religieux, commençant à fléchir, il quitte le couvent et pendant quatre ans, de 1876 à 1880, il se place dans des pensions ou des collèges, comme garçon de table ou de dortoir, et peu à peu reprend ses anciennes habitudes, dérobant tantôt un tablier blanc, d'autres fois en achetant et reprenant avec eux ses pratiques d'onanisme ; il couchait même quelquefois avec un tablier blanc. En avril 1880, il quitte sa place, passe sa journée au cabaret, et le soir il est arrêté à Bercy escaladant un mur pour s'introduire dans une maison. Une perquisition faite chez lui amène la découverte d'une collection de tabliers blancs maculés de sperme. Cette fois une enquête médico-légale est suivie d'une ordonnance de non-lieu et il entre à Sainte-Anne le 23 mai 1880.

Au bout d'un an de séjour, il est rendu à la liberté ; mais il est triste, sombre, découragé, devient irritable, et forme parfois des projets de suicide. En six mois, il fait cinq places, et après une période de dépression avec idées mélancoliques il est ramené à l'asile. Il raconte qu'il n'a plus dérobé de tabliers, mais qu'ayant eu des relations avec une femme, il avait eu recours au souvenir du tablier blanc et qu'il l'avait évoqué aussi en se livrant à l'onanisme.

L'obsession chez ce malade atteint un tel degré d'intensité que non seulement il se soumet volontairement à une faction des plus prolongées, mais ne craint pas de s'exposer à de grands dangers pour aboutir à quoi ? à la conquête d'un tablier blanc. Il subit plusieurs condamnations, mais, impuissant à dominer ses désirs, il essaie des moyens héroïques : voyages en mer, puis refuge dans un couvent. Mais à peine touche-t-il à terre, qu'il recommence ; à peine est-il sorti du cloître qu'il s'empresse d'acheter ou de voler des tabliers blancs. C'est là une fatalité poursuivant ce malheurenx et pesant de toute sa force sur son existence. Ici, ce n'est encore qu'un phénomène morbide saillant, s'associant à des périodes mélancoliques sur un sujet entaché de dégénérescence.

Ces quatre cas de perversion de l'instinct génital sont suffisants pour démontrer que ces délires multiples ne sont

que des épisodes variés de la même maladie; chez tous ces malades l'hérédité fait sentir son influence (1).

(1) Nous rappelons encore les deux observations suivantes de perversion de l'instinct génital. Dans le premier cas, il s'agit d'une fille de vingt-neuf ans dont la mère est hystéro-épileptique, et dont le père, mélancolique, est mort à la suite d'accidents cérébraux aigus. Laissant de côté les autres désordres psychopathiques, arrêtons-nous aux troubles sexuels.

« Depuis huit ans, elle est sous le coup d'impulsions nymphomaniaques d'une nature particulière : elle éprouve un besoin irrésistible de cohabitation avec un de ses jeunes neveux. Elle a cinq neveux dont l'aîné est âgé de treize ans. C'est lui qui a été l'objet de ses premiers désirs, sa vue la mettait dans un état d'excitation extrême, elle éprouvait des sensations voluptueuses qu'elle était impuissante à réprimer, qui s'accompagnaient de soupirs, d'inclinaisons de tête, de déviations des yeux, de rougeur de la face, quelquefois de spasme et de sécrétions vaginales; elle se sentait poussée à le suivre et à l'approcher d'elle. Plus tard, quand il a grandi et à la naissance du second frère, c'est ce dernier qui est devenu l'objet de ses convoitises maladives, puis enfin le troisième, le quatrième et actuellement c'est le dernier venu, âgé de trois ans, dont son esprit est préoccupé. Elle se sent poussée à l'attirer près d'elle. Parfois elle le voit nu debout, elle croit même l'entendre; parfois elle croit même que l'acte s'accomplit; à table, en public, elle se voit découverte, l'enfant étendu sur elle; dans cette hallucination, elle n'aperçoit pas l'image entière de l'enfant, le tronc seul est visible avec les organes génitaux appliqués sur les siens. Très émue, elle adresse de pressantes questions à ses voisins, leur demandant s'ils ne voient rien, et n'ont rien vu.

« Cette malade est très lucide, elle est désolée et honteuse de ces singuliers désirs, elle est tranquille, travaille et s'occupe toute la journée; elle sort de temps à autre, et va dans sa famille pour essayer en quelque sorte ses forces; mais encore la vue de son neveu l'impressionne vivement; à table, dans sa famille, elle se place loin de lui, mais pendant toute la durée du repas, elle éprouve des spasmes, du malaise à l'estomac, une constriction à la gorge, et la lutte lui devient des plus pénibles. Elle n'a jamais cédé à cette perversion instinctive et elle a toujours évité le contact des petits garçons. »

Dans la seconde observation, il est question d'un peintre en bâtiments, âgé de quarante-cinq ans.

« Il avait depuis longtemps contracté des habitudes d'onanisme qui ont presque entièrement cessé depuis un an; il faisait souvent des dessins obscènes qu'il distribuait à ses camarades. Il s'est habillé aussi deux fois en femme étant seul dans sa chambre. Depuis deux ans, il n'a plus d'érection, ne peut plus avoir de rapports sexuels, mais il a parfois des pertes séminales. Depuis cette époque, dit-il, il se sent poussé à des actes contre nature. A la tombée de la nuit, il se dirige vers les rassemblements, aux stations d'omnibus, auprès des bateleurs, il s'approche et se place derrière une femme, cherchant de préférence la plus grosse; puis il retire sa verge qui reste flasque et se frotte contre les fesses de sa

De très bonne heure, avant même qu'une éducation vicieuse, comme nous l'avons déjà dit, ait eu le temps de modifier l'individu, l'impulsion se montre pressante, impérieuse, avec tous les caractères d'irresponsabilité qui la font distinguer. Mais qu'à la place des clous de souliers, du bonnet de nuit, ou du tablier blanc on considère que l'obsession ait l'homme pour objet, les phénomènes se dérouleront de la même manière; et il faut bien le reconnaître, l'histoire de tous ces malades offre beaucoup de parenté. Ils sont, pour ainsi dire, coulés dans le même moule, ils ne diffèrent les uns des autres que par le degré plus ou moins accusé de dégénérescence intellectuelle.

Si, quittant le domaine de la sphère génitale, nous observons ce qui se passe dans les autres états impulsifs, dans la dipsomanie par exemple, où l'irrésistible besoin de boire s'empare du sujet, nous voyons dans les deux cas, les mêmes luttes, les mêmes résistances, les mêmes angoisses, et habituellement, coûte que coûte, la satisfaction finale du besoin maladif. Chez quelques-uns de nos impulsifs même, comme dans la dipsomanie, on observe une certaine intermittence, et c'est par accès que se présentent les excitations impulsives : c'est là un caractère de plus de la folie héréditaire.

D'après ce qui précède, nous n'avons pas besoin d'insister sur la haute portée séméiologique de ces différents phénomènes. Ces obsessions, ces impulsions qui, par le seul fait que le malade en a conscience, affectent certaines allures de

voisine. C'est pendant qu'il se livre à cet exercice, à la station d'omnibus de la place Clichy, qu'il est arrêté par un agent des mœurs. Il a été, dit-il, pour le *frottage*, condamné à quatre mois de prison, ce qui est exact.

« Sa femme est crémière, et c'est lui qui ouvrait la boutique tous les matins, plaçait le lait sur le feu et servait les premiers clients. A plusieurs reprises, il n'a pu s'empêcher, dit-il, de tremper ses organes génitaux dans la boîte au lait, il s'essuyait tout aussitôt; le contact du lait lui donnait une sensation de velours. Il n'hésitait pas à distribuer ce lait aux clients et il puisait sans répugnance à cette même boîte pour son déjeuner. » MAGNAN, Etude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés. Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, le 23 janvier 1881 (*Tribune médicale*, mars 1881)

bénignité, sont, au contraire, les manifestations d'un état toujours grave. Il faut des terrains de choix (prédisposition héréditaire, dégénérescence) pour que pareille floraison puisse se produire; aussi, vient-on à fouiller dans la vie pathologique de ces individus, on ne manque pas, à moins de réticences de la part du malade ou de la famille, de découvrir un état névro ou psychopathique des plus profonds.

VII

DES EXHIBITIONNISTES (1)

Les anomalies sexuelles offrent un très haut intérêt médico-légal et, quoique mieux connues aujourd'hui, elles n'en présentent pas moins encore cliniquement des difficultés qui réclament de nouveaux faits. Aussi, je viens demander la permission de vous entretenir quelques instants d'une autre forme d'aberration de l'appétit sexuel, je veux parler de la disposition maladive à l'étalage des organes génitaux.

Dans le mémoire publié par le regretté Lasègue (2) sur les *exhibitionnistes*, la première observation mérite d'être rappelée :

Le premier cas qu'il m'ait été donné d'observer, dit ce savant aliéniste, m'avait laissé une vive impression. Il s'agissait d'un jeune homme (moins de 30 ans) appartenant à une famille honorable, jouissant lui-même d'une situation enviée comme secrétaire d'un personnage politique de cette époque. Il était distingué d'esprit et de formes, et son éducation le rattachait au meilleur monde.

« L'autorité avait été informée, par des plaintes multiples, d'un scandale qui se renouvelait dans les églises, toujours vers la tombée de la nuit. Un jeune homme, dont on donnait le signalement, se présentait subitement devant une femme en prière dans l'église, alors peu fréquentée ; il étalait ses organes génitaux sans prononcer une parole, et disparaissait dans l'ombre après une courte apparition.

(1) Magnan, *Com. à la Société de médecine légale*, 12 mai 1890.
(2) Lasègue, *Union médicale*, mai 1877.

« La surveillance était difficile, à cause du nombre des endroits où elle devait s'exercer. Un soir, cependant, cet étrange fantaisiste fut arrêté à Saint-Roch, au moment où il se livrait à son exercice périodique devant une vieille religieuse, qui poussa un cri et éveilla l'attention du gardien. Le délit était si singulier que le parquet demanda un examen médical. J'eus avec le prévenu de longs entretiens, dont je ne pus dégager que quelques indices. L'impulsion était invincible, elle se reproduisait périodiquement aux mêmes heures, jamais dans la matinée ; elle était précédée d'une anxiété qu'il attribuait à une sorte de résistance intérieure. L'enquête, poursuivie avec une sollicitude concevable, ne fournit que des documents négatifs. Tout était irréprochable, sauf les faits qui avaient motivé l'arrestation.

« J'étais alors moins expérimenté et, devant l'absence de toute conception délirante, de toute perversion intellectuelle ou nerveuse, je dus m'incliner et déclarer qu'il n'y avait pas lieu d'admettre l'irresponsabilité. »

Voilà donc un maître éminent, Lasègue, qui, il y a environ une quinzaine d'années, en présence d'un sujet chez lequel il constate l'*impulsion invincible* et l'*anxiété* — ce sont ses expressions — n'admet pas que ce soient là des facteurs suffisants pour enchaîner et annihiler la volonté. Cette observation est assurément incomplète et aujourd'hui, sans nul doute, nous enregistrerions des renseignements, passés alors inaperçus, qui compléteraient l'histoire clinique de ce dégénéré.

On pourrait, de prime abord, s'étonner que les remarquables travaux de Morel sur les dégénérescences mentales n'aient pas apporté plus de lumière à la juste appréciation des cas de ce genre. On le comprendra, cependant, si l'on observe que Morel (1), après avoir écrit, en 1860, des pages magistrales sur les folies héréditaires, est venu malheureusement plus tard mutiler, de sa propre main, cette œuvre considérable.

En 1866, en effet (1), il considère le délire émotif comme une espèce pathologique distincte, il décrit à part une classe d'obsédés et d'impulsifs qu'il a, sans motif légitime, brusque-

(1) Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 513 et suiv.

(1) Morel, *Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral*. Paris, 1866.

ment séparée du grand groupe des dégénérescences. La folie du doute, le délire du toucher, l'agoraphobie, l'amour exagéré des animaux et quelques autres états obsédants, tels que la crainte du tête-à-tête avec sa jeune femme, chez un mari, qui, le soir de son mariage, s'enfuit pour aller se blottir au grenier, derrière un vieux meuble; tous ces syndromes, d'après Morel, appartiennent à la nouvelle névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral, c'est-à-dire au délire émotif.

Cette séparation a fait perdre de vue les caractères communs qui rapprochent, au contraire, tous ces malades, et l'on est arrivé à faire des catégories distinctes d'impulsifs lucides, les uns qu'on a pittoresquement installés sur des frontières imaginaires de la folie, les autres qu'on a bien voulu admettre en plein domaine vésanique.

Si l'on compare entre eux les divers syndromes épisodiques des folies héréditaires, la physiologie pathologique fait ressortir les liens intimes qui unissent ces diverses variétés d'obsessions et d'impulsions.

Dans l'*onomatomanie*, impulsion à rechercher le mot ou appétit irrésistible du mot, de même que dans la dipsomanie, dans la sitiomanie ou appétit irrésistible des aliments, dans les appétits irrésistibles du sens génital, dans tous ces syndromes épisodiques, le trouble mental réside dans un besoin impérieux d'un centre surexcité, d'un centre en état d'érethisme, réclamant irrésistiblement le retour d'une sensation déjà perçue.

Dans l'onomatomanie, dans cette recherche du mot qui, à première vue, semblerait devoir être si peu émouvante, les malheureux dégénérés sont cependant plongés dans la douleur, dans l'angoisse la plus profonde quand ils ne peuvent pas procurer soit au centre cortical visuel, soit au centre cortical auditif les images graphiques ou tonales que ces centres réclament (1).

(1) Charcot et Magnan, De l'onomatomie (*Arch. de neur.*, 29 septembre 1885.)

Un exemple de cet appétit du nom ou du mot fera bien comprendre le phénomène.

Un négociant de province, âgé de 40 ans, pendant un court séjour à Paris, entre dans un café et, prenant un journal parcourt les faits divers ; l'un d'eux relate l'accident d'une jeune fille qui, marchant à côté de son père, glisse et tombe dans un égout d'où elle est retirée, du reste, tout aussitôt sans accident. Il ne connaît ni la jeune fille ni sa famille, et le fait en lui-même l'émeut fort peu. Rentré le soir dans sa maison, après avoir pensé aux affaires dont il s'était occupé à Paris, le souvenir du fait-divers lui revient à l'esprit ; ils se rappelle tous les incidents, mais un seul détail lui manque, c'est le nom de la jeune fille. Il se retourne dans son lit, cherche à dormir, mais vainement, il est obsédé par le désir de retrouver le nom ; cette image, cette représentation manque à son centre cortical.

L'inquiétude augmente, il est pris de palpitations, d'angoisse ; il réveille sa femme qui, le voyant pâle, anxieux, défait, le front couvert de sueur, s'informe du malheur qui est survenu.

Il raconte son histoire, il en reconnaît l'absurdité, mais il pleure, se lamente, parcourt la chambre en gémissant, répétant sans cesse : « Quel est donc son nom ? » La nuit se passe dans la désolation, et le matin, au petit jour, il court dans un café, réclame les journaux de la veille, et il finit par retrouver le fait divers. La jeune fille s'appelait Georgette ; il lit et relit ce nom, le répète à haute voix, et ces images tonales et graphiques amènent le calme et le bien-être : l'appétit du nom est satisfait.

Non moins intense est l'appétit irrésistible pour les boissons spiritueuses du dipsomane ; la lutte, la résistance, les angoisses de ce malade étrange qui ne boit que par accès et qui, à l'inverse de l'alcoolique, reste sobre dans l'intervalle. C'est l'impulsion dans ce qu'elle a de plus puissant.

L'appétit proprement dit, le besoin des aliments peut dans quelques cas devenir irrésistible et prendre le caractère de l'impulsion avec la lutte et la résistance, de la part du patient qui finit par succomber.

Une femme sitiomane, désolée d'être forcée de manger constamment, se fait enfermer à l'asile pour résister à cette impulsion, et devant un morceau de pain, elle s'écrie, les larmes aux yeux : « Voilà la cause de mon malheur ! »

M. Motet nous a dépeint l'obsession pressante et l'inutile résistance du coupeur de nattes, jusqu'au moment où il parvenait à s'emparer des cheveux convoités (1). Le malade dont j'ai à rapporter l'histoire est tout anxieux jusqu'au moment où il peut donner satisfaction à son besoin étrange d'exhibition.

J'ai tenu à rappeler ces syndromes épisodiques variés, pour bien faire ressortir que l'idée obsédante qui mène à l'impulsion s'accompagne d'une angoisse pathologique toujours pénible, quel que soit l'objet en cause, et si profondément douloureuse qu'elle finit par dominer la volonté. La satisfaction consécutive à l'acte est encore un caractère propre à tous ces syndromes. Ces quelques réflexions m'ont paru nécessaires avant d'en revenir à l'exhibitionniste dont j'ai eu à m'occuper au point de vue médico-légal.

Je soussigné, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, commis par un jugement du tribunal de la Seine, rendu en la 9e chambre de police correctionnelle, le 23 avril 1888, à l'effet de constater l'état mental du nommé G... (François), inculpé d'outrage public à la pudeur, de dire s'il jouit ou non de la plénitude de ses facultés mentales, et s'il est responsable des actes qu'il a commis.

Après avoir prêté serment, pris connaissance du dossier, visité à diverses reprises l'inculpé à la prison de la Santé, et m'être entouré de tous les renseignements de nature à m'éclairer, ai consigné dans le présent rapport les résultats de mon examen.

G... (François), âgé de 29 ans, garçon de café, a été arrêté le 20 avril 1888, à l'église Saint-Germain-l'Auxerrois, au moment où, placé dans le tambour de la porte d'entrée, entrebâillant le battant extérieur, il venait d'exhiber ses organes génitaux aux regards de plusieurs ouvrières d'un atelier situé en face, dans la maison portant le n° 13 de la rue des Prêtres-Saint-Germain-l'Auxerrois.

A l'approche de l'agent, G... s'enfuit dans l'église, mais un employé lui barrant le passage, il est saisi et conduit chez le commissaire.

Honteux et profondément attristé par son arrestation, G... ne cherche pas à se disculper, il avoue tout sans réticences, reconnaît avoir commis les actes qui lui sont reprochés ; et interrogé, il ne cache

(1) Motet, État mental de P. poursuivi pour avoir coupé les nattes de plusieurs jeunes filles (*Annales d'hygiène*, 1890.)

pas qu'il s'était déjà livré plusieurs fois, le matin, au même endroit, à cet étalage génital, et qu'il avait déjà subi, l'année dernière, une condamnation à un mois de prison pour outrage public à la pudeur.

La répétition de cet acte bizarre, sa reproduction monotone, la condamnation de l'année dernière pour une exhibition de même nature, ont éveillé, avec juste raison, l'attention sur ce cas et motivé l'examen de l'état mental de l'inculpé.

Pour que cette étude soit complète, il est nécessaire de remonter aux antécédents, de rechercher ce qui, dans le passé de G., peut éclairer le présent, et de voir si nous nous trouvons en présence de pratiques vicieuses ou au contraire de déviations d'ordre pathologique.

Les parents de G... sont éminemment nerveux :

Le père, d'un caractère très inégal, est violent, emporté, et dans un accès de colère non motivé, il a lancé, un jour, un marteau-pilon sur son frère. Il regrettait souvent ses moments de vivacité, et parfois même, dans ses regrets, dépassant toute mesure, il se reprochait des choses qu'il n'avait point faites.

La mère, très névropathe, est sujette à des crises de nerfs avec perte de connaissance; d'un caractère triste, elle s'excite par périodes irrégulières, se montre agressive, violente contre son entourage, ou bien dominée par des préoccupations hypochondriaques, elle s'imagine qu'elle va mourir; elle est parfois poussée au suicide, et se serait un jour jetée à la rivière, sans l'intervention de ses enfants qui l'ont saisie par ses vêtements, la suppliant, tout en larmes, d'abandonner ses sinistres projets.

G... a puisé, dans les dispositions maladives de ses ascendants, des signes manifestes de dégénérescence. Il a toujours eu un tic de la face; la lèvre supérieure, les narines, les sourcils, le front sont pris de contractions involontaires, qui augmentent sous l'influence des moindres émotions. Il offre une anesthésie généralisée, et les piqûres d'épingle sont à peine senties sur les bras et les jambes. Il était, surtout dans son enfance, d'une mobilité extrême, il offrait une très grande inégalité de caractère; tantôt gai, expansif, remuant, recherchant la société des camarades; d'autres fois, au contraire, triste, sombre, concentré, porté au suicide. Dès l'âge de 10 ans, il a voulu se tuer après une correction infligée par sa mère : il s'était enfui de la maison, s'était caché dans un bois, et voulait se précipiter du haut d'un rocher. A 15 ans, il parle de nouveau de se tuer, après avoir cette fois encore été frappé par sa mère; l'année derniere, en

prison, il avait songé à s'étrangler avec la ganse de son chapeau et les cordons de ses souliers.

D'une émotivité excessive, il est pris de petites secousses dans les bras et les jambes à la suite d'une peine, d'un chagrin, d'une cause morale quelconque. Lors de ma première visite à la prison de la Santé, je l'ai trouvé en larmes, sanglotant, pouvant à peine répondre à mes questions, parce qu'il venait d'apprendre que sa sœur avait eu connaissance de son arrestation. C'était une explosion de remords et de regrets ; il s'accusait d'avoir déshonoré sa famille, prétendant que ses parents allaient mourir de honte et de chagrin ; attribuant à son délit une gravité extrême, se traitant de misérable, se disant indigne de toute pitié, répétant plusieurs fois : « J'ai fauté, je dois être puni. »

Malgré cette déséquilibration mentale, il avait appris assez facilement à l'école, et à l'âge de 14 ans, il était entré à l'usine de D. où travaillait son père ; à 16 ans, en coupant une pelle, il se fait à l'indicateur de la main droite une blessure qui le prive de la première phalange; plus tard, cette mutilation l'exempte du service militaire actif, et le fait entrer dans un service auxiliaire.

A 19 ans, il est garçon de restaurant à Paris, et c'est à cette époque que se dessinent nettement les tendances exhibitionnistes. Jusqu'à 19 ans, nous n'avons eu à noter chez G... que des pratiques d'onanisme solitaire ou réciproque, et quelquefois l'onanisme sur des filles ; il affirme que jusque-là, en dehors des circonstances particulières où il s'était trouvé en contact direct avec des filles ou des garçons, il n'avait jamais songé à exposer ses nudités aux regards d'étrangers.

Garçon de restaurant, il était très irrégulier dans son service. Toutefois, fort actif, dit son patron, empressé, avenant pour le client, il se montrait, d'autres fois, négligent, étourdi, et commettait de nombreuses erreurs.

Dans la clientèle du restaurant se trouvaient parfois des femmes galantes ; dès que l'une d'elles pénétrait dans l'établissement, si elle ne se plaçait pas à l'une des tables dont il était chargé, il ne se possédait plus, il ne quittait plus du regard cette nouvelle pensionnaire; oubliant ses propres clients, il s'approchait de celle-ci, se montrait aimable, essayait de nouer conversation ; quand elle avait pris son repas, dès qu'elle sortait, il quittait, sous un prétexte quelconque, son service, la suivait dans la rue.

Dans ces circonstances, l'orgasme génital était tel que, sans manœuvre particulière de sa part, dans le restaurant, en pleine rue, il s'accompagnait souvent de pollution. Du reste, le priapisme était presque permanent, et sous ce rapport, ses confidences sont d'accord avec celles de sa femme; l'érection, que les approches sexuelles n'apaisaient pas, était une cause fréquente d'insomnie.

Il y a sept ans, il se livrait à des exhibitions devant sa fenêtre, et se montrait nu aux yeux de ses voisines.

Il se marie en 1883 avec une jeune fille qu'il aime ; le ménage paraît heureux, mais les satisfactions conjugales qu'il trouve dans son intérieur ne suffisent pas à apaiser son éréthisme insatiable, et la vue de la femme continue à provoquer chez lui une vive impression.

Ses appétits sexuels, toujours en éveil, deviennent plus impérieux et présentent, à des intervalles irréguliers, des paroxysmes pendant lesquels G... éprouve des maux de tête, de la confusion dans les idées, de l'incertitude de la mémoire ; il commet des erreurs, des oublis inexplicables dans son travail ; ses patrons lui adressent des reproches, le croyant pris de vin ; lui-même a une demi-conscience de ce malaise cérébral, et les efforts qu'il fait pour retrouver l'équilibre augmentent la confusion.

Il était dans un de ces paroxysmes le 12 mai 1887, lorsqu'il s'est livré à sa double exhibition dans les rues Bréda et Labruyère. Il était monté sur une impériale d'omnibus, les yeux braqués sur les fenêtres pour y découvrir des femmes, lorsque arrivé à la hauteur de la rue Bréda il n'y tient plus ; il interrompt sa course, descend et va se poster sous la porte d'entrée d'une maison, étalant ses organes génitaux aux regards de deux jeunes filles et d'une femme de chambre, qui se trouvaient en face, à une fenêtre du premier étage. Interpellé par le père des jeunes filles, il s'éloigne, et passant dans la rue Labruyère, il rencontre deux dames devant lesquelles il se livre stupidement à une nouvelle exhibition ; il est arrêté immédiatement par un agent qu'on venait de prévenir.

Depuis le mois de juin 1887, il était sans cesse obsédé par la crainte de céder à cet étrange appétit d'exhibition. C'était une lutte intérieure de tous les instants, l'obsession ne l'abandonnait pas.

Ce travail intellectuel est fréquent en pathologie mentale, et surtout chez les dégénérés ; les individus en proie aux idées obsédantes de suicide, d'homicide, de vol, etc., résistent longtemps avant de céder à l'impulsion ; ils craignent longtemps de succomber, mais malgré tous les efforts, l'obsession persiste, tenace, opiniâtre, pressante : elle provoque un tel malaise, une telle angoisse, que les patients préfèrent en finir et courent, quelle qu'en soit la conséquence, au-devant de l'acte comme à une délivrance. Ces malades sont unanimes à le déclarer, ils éprouvent un immense soulagement à la satisfaction de l'impulsion, quelle que soit l'énormité de l'action commise. L'irrésistibilité de l'obsession à l'état maladif n'a rien de comparable à ce qui se passe dans les états passionnels. Et lorsque G... vient nous déclarer qu'il ne voulait plus recommencer, qu'il sortait bien décidé à ne pas s'arrêter en route, à passer par un autre chemin, nous savons qu'il nous dit la vérité, mais nous savons aussi

quelle irrésistible influence exerce sur l'organisme l'appétit qui prend sa source dans l'obsession pathologique. La volonté est absolument impuissante.

Dans ces périodes paroxystiques, il était sombre, triste, pleurait fréquemment la nuit, cachant à sa femme la véritable cause de son chagrin. Un jour, celle-ci fait allusion à sa condamnation, il fond en larmes, se lamente, supplie de le pardonner, et jure qu'il ne recommencera plus. Mais, peu de jours après, il n'est plus maître de lui, et s'exhibe de nouveau, avoue-t-il, dans les mêmes circonstances.

Il est curieux de noter qu'à côté de ces perversions instinctives certains sentiments affectifs n'ont subi, chez G..., aucune altération. Il s'est toujours montré bon fils, excellent frère ; il venait en aide à ses parents, et il y a quelques années il envoyait, tous les trimestres, à Nancy, une partie de ses économies, pour subvenir aux dépenses de sa sœur qui préparait son examen d'institutrice.

De ce qui précède, nous déduisons les conclusions suivantes :

1° G... est un dégénéré héréditaire atteint, à diverses reprises, d'obsessions et d'impulsions irrésistibles ;

2° Il avait, le 20 avril 1888, conscience du caractère délictueux de son exhibition sexuelle ; mais il y était poussé par une obsession maladive tellement impérieuse qu'elle annihilait sa volonté ;

3° Il n'est pas responsable d'un acte qui repose tout entier sur une perversion délirante du sens génital.

(Il a été acquitté.)

Voilà un cas type, un véritable impulsif comme le premier malade de Lasègue, et cette perversion de l'appétit sexuel est tellement obsédante et pressante qu'elle s'émancipe de l'influence modératrice des centres supérieurs, pour en arriver à l'acte irrésistible.

J'ai actuellement, dans mon service, un dégénéré exhibitionniste, également impulsif, mais avec cette particularité que l'impulsion, réprimée fréquemment par les efforts de la volonté, devient absolument irrésistible, sous l'influence d'un appoint alcoolique.

Victor B., âgé de 27 ans, est né d'une mère névropathe et d'un père ivrogne, brutal, en proie à des paroxysmes de fureur : il a une sœur hystérique et un frère alcoolique ; trois oncles paternels s'adonnent aux boissons alcooliques, un cousin paternel est buveur et excentrique, une cousine est affectée d'hystérie.

Quant à lui, il s'est montré, à l'école, laborieux et intelligent, il a été, de bonne heure, employé aux télégraphes et s'est acquitté régu-

lièrement de sa tâche; toutefois, dès l'âge de 11 ans, il se livrait à l'onanisme solitaire ou réciproque; à 13 ans, il s'est senti poussé à se montrer aux femmes, il se rapprochait d'un mur au tournant d'une rue, comme pour uriner, et s'efforçait d'attirer sur ses organes génitaux les regards des femmes qui passaient; l'exhibition toujours agréable s'accompagnait ensuite de remords. B... se reprochait cet acte, il s'efforçait souvent de résister au désir, mais celui-ci devenait pressant et il ressentait alors un grand malaise qu'il caractérise en disant : « J'éprouvais comme un empêchement à respirer. » C'est, en effet, le serrement, la pression, la barre à la base de la poitrine, dont s'accompagne l'angoisse dans l'obsession et l'impulsion.

Étant soldat, il lui est arrivé fréquemment, sous divers prétextes, de montrer la verge à ses camarades, et une fois entre autres : « Voilà, disait-il, moi, je n'ai pas la vérole. »

Il a eu, à partir de 17 ans, des relations avec les femmes, et prenait plaisir à se montrer nu devant elles. A Paris, il s'arrêtait à l'entrée des urinoirs, les organes hors du pantalon.

Désappointé quelquefois par l'absence de spectatrices, il a eu l'idée de pratiquer son étalage dans les églises où il est certain, dit-il, d'avoir la satisfaction d'être vu par des femmes; mais, ajoute-t-il, il n'avait le courage d'y entrer qu'après s'être remonté par quelques verres d'absinthe. Il s'était déjà exhibé quatre ou cinq fois dans diverses églises, lorsqu'au commencement de l'année dernière il a été arrêté dans l'église Saint-Germain-l'Auxerrois, au moment où, assis sur une chaise, il se montrait, après s'être déboutonné, à une jeune fille placée près de lui.

Un rapport de M. Motet fut suivi d'une ordonnance de non-lieu.

Il était bien décidé à ne plus recommencer, mais renvoyé des télégraphes après l'aventure de Saint-Germain-l'Auxerrois, triste, découragé, il s'était adonné de plus en plus aux boissons alcooliques et la résistance aux obsessions devenait de plus en plus difficile.

Vers le 15 janvier dernier, après quelques excès d'absinthe, il entre à l'église Saint-Joseph et s'asseoit. « La présence, écrit-il dans une note, de deux petites filles qui vinrent s'asseoir au rang de chaises en avant de moi me pousse à me montrer de nouveau et même à me masturber, sans que j'aie conscience de la portée de ce que je faisais et sans que j'éprouve le désir de posséder ces petites filles; désir que je n'avais pas eu davantage les autres fois. »

Arrêté immédiatement, très attristé, il exprime ses vifs regrets de ce qu'il vient de faire; il en reconnaît la gravité et ne peut pas comprendre, ajoute-t-il, comment il a pu se laisser aller à commettre de pareilles énormités.

Après une ordonnance de non-lieu il est transféré à Sainte-Anne.

Aujourd'hui, il est en bonne voie d'amélioration, il ne témoigne aucune impatience pour quitter l'asile où il fait un traitement hydro-

thérapique. Il reconnaît avoir besoin du régime et de l'hygiène de l'établissement afin de perdre ses habitudes d'intempérance, régulariser sa vie et retrouver assez de force de caractère et de volonté pour ne plus être exposé, quand il rentrera dans la société, à provoquer de nouveaux scandales.

Les impulsifs proprement dits, les véritables exhibitionnistes, sont les moins nombreux, et sur les huit observations de Lasègue, on découvre deux déments séniles, un athéromateux avec lésion circonscrite, un paralytique général, peut-être aussi un épileptique. L'exhibition, d'ailleurs, se ressent du fonds maladif lui-même, car à côté de l'exhibitionniste de l'église Saint-Roch, si lucide et si nettement impulsif, d'autres se souviennent confusément de l'acte, d'autres l'accomplissent sans lutte, presque automatiquement, et l'un d'eux même, en véritable dément, se déboutonne tantôt en pleine rue, tantôt aux Champs-Élysées, à côté d'un urinoir.

Chez un imbécile de 27 ans, que j'ai eu l'occasion d'observer, l'impulsion existait, mais la lutte, la résistance étaient beaucoup moins énergiques. Il s'était livré une première fois à l'étalage génital aux Champs-Élysées, en présence de plusieurs bonnes d'enfants. Il ne sait pas comment cette idée lui était venue, il comprenait bien que c'était bête, dit-il, il s'était d'abord retenu, mais il a dû le faire tout de même. Après un an de séjour dans les asiles, il est rendu à sa mère et six mois après il est arrêté sous une porte de la rue du Bac, se tenant immobile les organes génitaux hors du pantalon.

Un autre dégénéré, Édouard R., âgé de 15 ans, hypospade, convulsivant dans sa première enfance, était pris depuis 2 ans de priapisme avec érection, et, purement spinal, sans idée de rapprochement sexuel, il avait plusieurs fois essayé, mais sans succès, de faire cesser l'excitation par l'onanisme; l'érection sans nouveaux attouchements se reproduisait presque aussitôt.

Depuis trois mois, il éprouve de l'attrait à la vue de la femme, il se rend dans une maison de tolérance et, malgré son vif désir de copulation, il reste absolument frigide. A quelques jours d'intervalle, il recommence l'expérience, cette fois avec succès, mais, dit-il, sans aucune satisfaction. Depuis six semaines, il se sent poussé, dès qu'il aperçoit une femme, jeune ou vieille peu importe, même une petite fille, non pas à rechercher des relations avec elle, mais à se masturber sous ses yeux, et à quatre reprises, malgré la conscience parfaite de l'obscénité de l'acte, malgré l'idée très nette des punitions

qu'il encourt, il ne peut, dit-il, s'empêcher devant une femme d'exhiber ses organes génitaux et de se masturber.

Ici encore l'impulsion existe, mais beaucoup moins impérieuse que chez G.

Parmi les exhibitionnistes, il en est qui se contentent de faire montre des organes sexuels, n'accompagnant l'étalage génital d'aucune manœuvre; d'autres, comme ce garçon de 15 ans, ajoutent l'onanisme à l'exhibition; d'autres, enfin, cherchent à entrer en communication plus directe avec l'objet de leur convoitise et, selon leur expression, se livrent au *frottage*.

Un des premiers *frotteurs* dont j'ai eu à m'occuper était un homme de 44 ans, prédisposé, alcoolique, saturnin; il avait depuis longtemps contracté des habitudes d'onanisme qui ont presque entièrement cessé depuis un an; il faisait souvent des dessins obscènes qu'il distribuait à ses camarades. Il s'est habillé aussi deux fois en femme, étant seul dans sa chambre. Depuis deux ans, il n'a plus d'érection, ne peut plus avoir de rapports sexuels, mais il a parfois des pertes séminales. Depuis cette époque, dit-il, il se sent poussé à des actes contre nature. A la tombée de la nuit, il se dirige vers les rassemblements, aux stations d'omnibus, auprès des bateleurs, il s'approche et se place derrière une femme, cherchant de préférence la plus grosse; puis il retire sa verge qui reste flasque et se frotte contre les fesses de sa voisine. C'est pendant qu'il se livre à cet exercice, à la station d'omnibus de la place Clichy, qu'il est arrêté par un agent des mœurs. Il a été, dit-il, pour le *frottage*, condamné à quatre mois de prison, ce qui est exact.

Sa femme est crémière, et c'est lui qui ouvrait la boutique tous les matins, plaçait le lait sur le feu et servait les premiers clients. A plusieurs reprises, il n'a pu s'empêcher, dit-il, de tremper ses organes génitaux dans la boîte au lait, il s'essuyait tout aussitôt; le contact du lait lui donnait d'après lui une sensation de velours. Il n'hésitait pas à distribuer ce lait aux clients et pour son déjeuner il puisait, sans répugnance, à cette même boîte.

Depuis quelque temps, il avait des idées de persécution, prétendait qu'on lui faisait des misères à l'atelier; sa femme le trouvait également bizarre, sombre, mais ne se doutait pas de ses habitudes étranges; elle avait remarqué, toutefois, qu'il se frottait souvent, la nuit, contre ses fesses, mais elle n'y faisait pas autrement attention.

A peine en prison, il s'est imaginé qu'un gardien voulait le tuer, qu'on lui avait fait boire du pétrole, qu'on avait mis le feu chez sa

femme, qu'on l'avait volé; on l'empêchait de dormir, on l'accusait d'avoir mis le feu à la chapelle. Il a eu des idées de suicide, s'est excité à plusieurs reprises, a lancé un verre contre la fenêtre et s'est montré violent.

Depuis son arrivée à l'asile, il est triste, craintif, il entend dire qu'on veut l'empoisonner, le guillotiner; il a jeté les médicaments dans le vase et il refuse parfois les aliments. Il demandait avec instance sa sortie, pour ne pas contracter les maladies de ses voisins, pour ne pas devenir épileptique. Il prétend qu'on le travaille, qu'on lui chauffe les jambes, le dos; c'est avec la pile, la chimie; quand il mange, on détourne son bras et on lui fait donner des coups de fourchette à la lèvre (1).

Dans cette observation, en dehors des perversions génitales, se montre un délire mélancolique avec idées de persécution, délire qui chez les dégénérés se développe tantôt spontanément, tantôt sous l'influence des causes déterminantes les plus variées, mais plus particulièrement, comme chez notre malade, sous l'influence d'abus de boissons.

Un second frotteur, Louis M., âgé de 31 ans, atteint de dégénérescence mentale, était rentré à Sainte-Anne; dans un accès mélancolique et au milieu de son délire, il se reprochait amèrement des actes abominables, disait-il, qui avaient déshonoré sa famille.

Marié depuis six ans, père de quatre enfants, sa femme l'avait surpris, il y avait déjà trois ans, se livrant à la masturbation dans une robe de soie, qu'il avait maculée de sperme. Un jour, dans les magasins du Louvre, un inspecteur l'aperçoit frottant sa verge contre la robe d'une dame occupée à des emplettes. Conduit devant le commissaire de police, il fait des aveux complets, avoue tout, se déclare un ignoble coupable, indigne de pitié et il raconte que, malgré tous ses efforts, malgré les dangers qu'il court, il est impuissant, une fois ses organes étalés, à résister au violent désir de les frotter sur le derrière d'une femme bien habillée.

Un autre dégénéré héréditaire, Pierre G., âgé de 33 ans, est surpris par un contrôleur à la station d'omnibus de l'Étoile, frottant sa verge sur la robe d'une dame qui attendait son tour pour monter en voiture. Celui-là encore, honteux, désolé, s'empresse d'avouer tout au commissaire; il pleure, se lamente, raconte qu'il avait longtemps résisté, mais qu'à la vue d'une dame dont le derrière était très

(1) Magnan, Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés (*Tribune médicale*, 1881.)

saillant, il avait été *comme ébloui* et ne savait plus ce qu'il faisait. Soumis à un examen médical, il est, après une ordonnance de non-lieu, envoyé à Sainte-Anne.

Les déments séniles, les paralytiques généraux, se livrant à l'étalage génital, ne sont pas rares et tous les médecins d'asiles ont fréquemment l'occasion d'en observer.

J'ai eu, récemment, dans mon service une femme paralytique générale qui venait de Saint-Lazare, où elle purgeait une condamnation pour outrage à la pudeur. Se promenant aux Buttes-Chaumont, elle avait glissé et s'était blessée légèrement à la cuisse; assise sur le trottoir, elle avait tranquillement relevé sa robe pour se panser; deux sergents de ville l'interpellent; elle leur répond en riant : « Mettez-y votre nez », et se découvre entièrement.

Devant le tribunal, elle aussi avoue tout, et raconte, dans son inconscience de paralytique, la bonne farce qu'elle a faite, dit-elle, aux sergents de ville.

Il y a encore exhibition mais pas d'impulsion; et si l'acte est le même, quelle différence dans les mobiles !

En résumé, le groupement des malades d'après l'acte accompli, groupement qui nous a donné les kleptomanes, les pyromanes, les fous homicides, suicides, les exhibitionnistes, etc., est sans doute intéressant au point de vue sémiologique, mais chaque cas réclame un examen particulier. Le médecin légiste est tenu de faire œuvre de clinicien, de pousser ses recherches au delà de l'acte et de puiser dans l'histoire complète du sujet les éléments qui doivent servir de base à son jugement.

En terminant cette note je dois dire quelques mots d'un nouveau coupeur de nattes que je viens d'avoir l'occasion d'observer.

Eugène M., 25 ans, dont une tante maternelle est épileptique, a eu un frère atteint de convulsion à l'âge de 2 ans.

Quant à lui, il a joui d'une santé satisfaisante dans son enfance, il est allé à l'école où il a présenté des aptitudes passables.

A 15 ans, dans son village, il éprouve pour la première fois un voluptueux attrait à la vue des cheveux de femme. Il était entré chez une voisine, âgée de 35 ans, au moment où elle se coiffait; les cheveux étalés de cette femme lui ont produit, dit-il, un tel effet qu'il

s'est senti en érection. Jusque-là, il n'avait jamais prêté attention à cette femme ni à d'autres et il ne se serait jamais permis vis-à-vis d'elle aucune familiarité.

Deux mois après il vient à Paris et se trouve obsédé par la vue des cheveux flottants sur le dos des petites filles, et dès qu'il en aperçoit, il éprouve de l'excitation génitale et l'érection.

Un jour— il avait 17 ans — passant dans le jardin des Tuileries, il aperçoit des jeunes filles les cheveux flottants, arrêtées devant un théâtre de Guignol. Il s'approche derrière l'une d'elles, qui paraissait âgée de 10 à 11 ans, il saisit l'extrémité de sa natte de cheveux, il la frotte entre ses doigts et ce contact provoque un orgasme voluptueux; pour ne pas être remarqué, dit-il, il s'était avancé touchant même la robe de l'enfant, et c'est dans cette position que deux agents des mœurs postés derrière lui l'arrêtent. Il est condamné à trois mois de prison pour outrage à la pudeur.

A sa sortie de prison, il s'engage dans un régiment de dragons, cantonné dans une petite ville, et il passe près de cinq ans sous les drapeaux sans qu'aucun incident vienne le faire remarquer. Du reste, il affirme qu'il avait rarement l'occasion de voir des nattes de cheveux de femme, qu'il ne cherchait pas à en toucher, qu'il y pensait beaucoup moins, sauf parfois dans ses rêves, où il voyait tantôt des cheveux flottants de femme, tantôt des nattes avec une tête, mais sans le corps de la femme.

Les crinières des casques de dragon le laissaient indifférent; d'ailleurs, dit-il, ce ne sont pas des cheveux, on les fait avec de la baleine ou des crins de cheval. A cette époque, il a eu plusieurs fois des relations avec des femmes, mais il ne cherchait pas à leur dérouler les cheveux ni à frotter ceux-ci entre ses doigts.

Son service militaire fini, il se fixe à Paris et devient garçon de magasin chez un négociant en mercerie; occupé à faire les courses, il a fréquemment l'occasion de voir des cheveux et des nattes de cheveux flottants, et leur représentation obsédante s'installe de nouveau dans son esprit. Non seulement ses rêves avaient pour objet les cheveux de femme, mais même éveillé la nuit, et également le jour, pendant son travail, il ne pouvait éloigner de sa pensée l'image de cheveux flottants ou de têtes de femmes avec des nattes ou des cheveux flottants; comme autrefois, ces représentations mentales ne comprenaient jamais tout le corps de la femme.

Dans les derniers temps, l'excitation génitale était plus violente et ces images le poussaient à l'onanisme. Il a eu alors l'idée non seulement de toucher les cheveux de femme, mais aussi de s'en emparer pour pouvoir les toucher en se masturbant; du reste, le contact des cheveux avec les doigts suffit chez lui à déterminer l'éjaculation. Choisissant le jour de la mi-carême, il s'empare des ciseaux de l'une des ouvrières du magasin et il profite de la demi-journée de congé

pour faire sa collecte. A 2 heures il est sur les boulevards, et pendant que les petites filles munies de nattes regardent les cavalcades, il s'approche doucement et coupe de 20 à 25 centimètres de natte, l'enveloppe rapidement dans un papier et la place dans sa poche. Il était déjà parvenu à couper, sans attirer l'attention, les nattes de trois petites filles, lorsque les agents l'arrêtent au moment où il venait de couper la quatrième natte.

Soumis à un examen médico-légal, il a été l'objet d'une ordonnance de non-lieu sur le rapport de notre collègue M. Garnier, et il a été envoyé à Sainte-Anne le 22 mars dernier. Il accepte volontiers son séjour à l'asile, il reconnaît l'absurdité de ses actes et il espère bien ne plus recommencer. Aujourd'hui, il peut regarder sans tentation, dit-il, les nattes de femme, mais néanmoins, ajoute-t-il, dès qu'il quittera l'asile, il retournera dans son pays où les femmes tiennent les cheveux relevés.

Le coupeur de nattes de M. Motet, sorti de Sainte-Anne le 25 février dernier, a repris ses occupations, il se porte très bien, et n'a pas eu jusqu'ici de lutte à soutenir contre un retour offensif de l'idée obsédante ni de l'impulsion.

VIII

TROIS CAS DE CONFORMATION VICIEUSE DES ORGANES GÉNITAUX

ATROPHIE TESTICULAIRE — CRYPTORCHIDIE PSEUDO-HERMAPHRODISME MALE (1)

L'étude des dégénérescences héréditaires est, depuis quelques années, à l'ordre du jour. Les médecins, les criminalistes, les anthropologistes, tous ceux qui s'occupent de sciences biologiques trouvent là un fonds inépuisable d'observations. Les dégénérés, en effet, sont fort intéressants aussi bien au point de vue psychique qu'au point de vue physique. Sous le rapport psychique, vous savez combien est curieux leur état mental, cette déséquilibration intellectuelle, cette déchéance des facultés qui nous fait assister quelquefois à ce spectacle étrange d'une aptitude, d'une faculté prédominante, remarquable à côté de la nullité la plus complète pour d'autres modes de l'activité cérébrale. Et puis, lorsque ces déséquilibrés sont pris de troubles intellectuels, de délire, ils ont une folie tout à fait spéciale, comme mode d'évolution, comme marche, comme durée, même comme caractère des manifestations délirantes, et enfin, eux seuls présentent, avec une rare netteté, des obsessions, des impulsions, des phénomènes d'arrêt dont l'*aboulie* fournit un bel exemple ; tout autant de troubles, du reste, que l'on peut regarder comme de véritables stigmates psychiques des dégénérescences hé-

(1) Magnan, *Com. à la Société d'anthropologie*, 17 février 1887.

réditaires, au même titre que les vices de conformation qui en sont les stigmates physiques.

Parmi les troubles psychiques, les anomalies, les aberrations, les perversions sexuelles sont des plus importantes sous le rapport de la physiologie pathologique et de la médecine légale. Pour éviter toute confusion et se faire une idée plus précise de ces anomalies, il est nécessaire de les distribuer d'après leurs principaux caractères anatomiques et physiologiques en quatre groupes distincts :

Les *spinaux*, qui forment le premier groupe, sont réduits au réflexe simple, leur domaine se trouve limité à la moelle, au centre génito-spinal de Büdge. C'est l'onanisme chez l'idiot complet.

Pour les seconds, les *spinaux cérébraux postérieurs*, le réflexe part de l'écorce cérébrale postérieure et aboutit à la moelle. La vue seule, l'image d'un sujet de sexe différent, quelles que soient ses qualités, qu'il soit beau ou laid, jeune ou vieux, provoque l'orgasme vénérien. C'est l'acte instinctif purement brutal.

Un troisième groupe comprend les *spinaux cérébraux antérieurs*. Le point de départ du réflexe est dans l'écorce cérébrale antérieure ; c'est une influence psychique, comme dans l'état normal, qui agit sur le centre génito-spinal ; mais l'idée, le sentiment ou le penchant sont ici pervertis. Comme exemple, je rappellerai le penchant d'une femme de trente ans pour un petit garçon de trois ans, et ses appétits irrésistibles de copulation avec lui. D'autre part, l'acte conjugal chez un homme, sous la dépendance exclusive du souvenir de la tête d'une vieille femme ridée, couverte d'un bonnet de nuit. Par suite, frigidité complète la première nuit des noces, l'image n'étant pas évoquée.

Le dernier groupe comprend les *cérébraux antérieurs* ou *psychiques*, ce sont des extatiques, des érotomanes. Un jeune élève des Beaux-Arts vit dans la chasteté absolue ; son amour c'est Myrtho, qui s'est réfugiée dans une étoile ; il contemple

tous les soirs cette étoile, lui adresse des vers, brûle de l'encens.

Parmi les malades du troisième groupe, à sentiments et à penchants pervertis, se trouvent les sujets atteints d'inversion du sens génital, c'est-à-dire des sujets qui, avec tous les attributs, la conformation extérieure d'un sexe, offrent des sentiments, des aptitudes, des appétits et des instincts d'un autre sexe ; un cerveau d'homme, par exemple, au service d'un corps de femme et réciproquement, ce qui crée cette anomalie étrange de l'homme exclusivement amoureux de l'homme et indifférent pour la femme, et réciproquement la femme manifestant d'une façon exclusive du penchant pour la femme.

Aujourd'hui, je demande la permission d'entretenir la Société de trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux. Ces *stigmates* physiques se traduisent chez l'un par l'atrophie des testicules, chez le second par de la cryptorchidie et une atrophie considérable de la verge ; le troisième est un hypospade scrotal à forme vulvaire, un pseudo-hermaphrodite mâle. L'un des sujets, le cryptorchide, offre un degré notable de faiblesse intellectuelle ; les autres, tous deux déséquilibrés, ont été pris d'accès délirants à évolution rapide, comme nous en voyons chez les dégénérés héréditaires ; l'un d'eux a préseuté de l'inversion du sens génital.

Observation I. *Mariage consanguin et dispositions névropathiques des ascendants. Débilité mentale ; émotivité dès l'enfance ; impulsions ; plus tard, accès délirant. Atrophie testiculaire ; seins du volume d'une mandarine.*

S... (Antoine), âgé de trente ans, est issu de germains ; sa grand'mère maternelle et sa mère sont hystériques ; son père, mal équilibré, se faisait remarquer par des emportements et des accès de colère que rien ne justifiait. Sa sœur est mélancolique.

Quant à lui, venu à terme, il a eu des convulsions dans l'enfance ; d'une intelligence au-dessous de la moyenne, il a acquis avec difficulté une instruction élémentaire ; il sait toutefois lire, écrire et compter d'une manière satisfaisante. Il a appris au sortir de l'école le métier de peintre sur porcelaine, et, au bout de plusieurs années, il a fini par devenir un ouvrier passable.

Il est habituellement très impressionnable, irritable; dans les rues, il est pris souvent de craintes vagues, il redoute des accidents; dans l'enfance, il croyait parfois en marchant qu'il allait perdre l'équilibre; il lui semblait par moments qu'il s'enlevait au-dessus du sol.

Il s'est senti, à diverses reprises, poussé à frapper; il prenait tout à coup des objets et les brisait : « Je deviens enragé, disait-il, je briserai tout. » Il avait confié à son frère un revolver qu'il ne voulait plus garder, ne se sentant plus maître de lui et redoutant de faire usage de cette arme soit contre les autres, soit contre lui-même.

Dans les derniers temps, en proie à des préoccupations hypochondriaques, il avait rapidement présenté des hallucinations, des troubles de la sensibilité générale et des idées de persécution; très excité sous l'influence de ce délire, il avait été amené, le 28 février 1885, à l'Asile, d'où il est sorti au bout de trois mois, guéri d'un accès délirant, mais non de sa déséquilibration mentale.

Il présente une atrophie considérable des testicules, qui sont réduits au volume d'un haricot, les bourses et le scrotum sont très peu développés, la verge est petite, mais l'extrémité antérieure relativement volumineuse, probablement à la suite de manœuvres de masturbation. Il a du penchant pour les femmes, recherche leur société, et il vivait avec une maîtresse quand il a été pris de délire. Les seins, comme on le voit sur un plâtre obtenu par le moulage, sont du volume d'une grosse mandarine, l'aréole est assez étendue, mais le mamelon est petit comme celui de l'homme. Le ventre est proéminent, arrondi, mais le bassin a les apparences masculines. Le larynx est peu saillant, la voix féminine. Les poils, d'un blond pâle, sont fins et peu abondants.

Le second malade est atteint d'imbécillité, il n'a aucun sentiment de pudeur, il est indifférent à tout examen, et nous pourrons sans nul inconvénient nous rendre compte immédiatement de la conformation vicieuse de ses organes génitaux qui le rapprochent par certains côtés du pseudo-hermaphrodite que nous verrons après lui. Voici en quelques mots son histoire.

Observation II. *Père mélancolique suicidé; oncle et tante maternels débiles. Imbécillité, microcéphalie; prognathisme inférieur; colobome irien double : déformation de la papille; émergence anormale des vaisseaux centraux; atrophie de la verge, cryptorchidie; scrotum réduit à une petite bande médiane plissée transversalement.*

C... (Paul), âgé de vingt-cinq ans, est entré à l'asile Sainte-Anne le 18 mai 1885. Son père, mélancolique, faisait parfois des excès de

boissons et s'est pendu. Sa mère est d'une intelligence ordinaire, mais une tante et un oncle maternels, faibles d'esprit, s'adonnent à l'ivrognerie. Sa sœur présente une asymétrie faciale des plus accusées. Le malade, venu à terme, a eu, à diverses reprises, des convulsions, de sept mois à sept ans. Il n'a commencé à marcher qu'à dix-huit mois et à prononcer quelques mots que vers sa septième année. Il n'a pu recevoir aucune instruction, il ne sait pas lire, il a été incapable d'apprendre un métier ; sans mauvais instincts, c'est un imbécile docile, qui, sous une direction continue, peut se livrer à quelques ouvrages manuels.

Il blèse et articule difficilement les mots, son vocabulaire est, du reste, fort restreint; il prend plaisir parfois à faire des grimaces qui augmentent sa laideur et il est heureux de pouvoir ainsi provoquer le rire. Quand il marche, son allure est très disgracieuse, il renverse le tronc en arrière, fait de grands pas avec un déhanchement tout particulier et projette, avec force, ses bras devant lui.

La tête est petite, le front étroit, et les cheveux, d'un blond pâle, s'étendent en pointe à la partie moyenne jusqu'au milieu du front. Les dents sont grosses, irrégulièrement implantées; la voûte palatine est ogivale ; la mâchoire inférieure est allongée et proéminente. Les yeux sont d'un bleu pâle ; les iris fissurés en bas et en dedans, comme à la suite d'une iridectomie, donnent à la pupille une forme ovalaire et au regard un aspect étrange.

L'examen des yeux, fait par M. Kalt, chef de clinique de M. le professeur Panas, a donné le résultat suivant :

« Les cornées et les sclérotiques sont conformées normalement. L'astigmatisme cornéen ne dépasse pas une dioptrie.

« *Observations générales* : A l'éclairage oblique, on découvre à la partie inférieure de la fente colobomateuse, sur l'œil gauche, le bord équatorial du cristallin. En arrière de la lentille se voit une petite masse brunâtre paraissant accolée à la cristalloïde postérieure, s'avançant vers le centre du cristallin sur une hauteur apparente d'environ 2 millimètres. Il est impossible d'apercevoir le point d'implantation périphérique de cette masse brune, qui paraît être en continuité avec le corps ciliaire.

« Le cristallin est transparent dans toutes ses parties, sauf au côté inféro-interne où l'on aperçoit une opacité grisâtre, allongée en forme de strie qui gagne presque le centre de la lentille. Son extrémité périphérique aboutit à l'insertion de la masse brune sur le cristallin. Cette strie est due à l'opacification des masses corticales postérieures de la lentille.

« A droite, le cristallin est normal.

« Les deux papilles présentent une excavation physiologique. A droite, existe un croissant blanc décrit sous le nom de *cône*. A gauche, la papille paraît légèrement ovalaire, à grand axe vertical (image

« Pas de coloboma choroïdien ; les maculas ont l'aspect ordinaire. Les deux yeux sont hypermétropes de quatre dioptries. L'acuité visuelle, autant qu'on peut l'apprécier sur ce sujet, paraît à peu près normale. »

La poitrine est glabre, les seins assez développés sans toutefois que l'aérole et le mamelon aient l'aspect féminin. Sa taille est de $1^{m},60$, son poids de 52 kilogrammes. Les membres thoraciques sont longs, les doigts grêles et effilés comme ceux d'une femme. Les cuisses sont arrondies, mais le bassin a plutôt la conformatisn masculine : le diamètre antéro-postérieur, de la région sacro-lombaire à la partie supérieure de la symphyse pubienne, est de 19 centimètres; la circonférence au niveau de la partie supérieure des os coxaux mesure 71 centimètres; le diamètre transversal du bassin au détroit supérieur donne 22 centimètres; enfin la distance entre les deux épines iliaques antéro-supérieures est de 17 centimètres.

Le pubis, surmonté d'un mont de Vénus saillant, est ombragé de rares poils (fig. 1, *a*); la verge, du volume du petit doigt, est profondément implantée au-dessous (*b*); le scrotum, très effacé, est réduit à une bande médiane d'une largeur de 3 centimètres environ, plissé transversalement, divisé au milieu par un mince raphé (*c*). En déprimant cette bande à l'aide d'une petite tige, on voit saillir de chaque côté un bourrelet cutané dont le rapprochement de la ligne médiane à mesure que la partie moyenne s'enfonce, simule une vulve. L'exploration du scrotum rudimentaire et des replis cutanés avoisinants ne laisse percevoir aucune trace de testicule.

C... (Paul) ne se livre pas à l'onanisme, il ne paraît avoir aucun désir sexuel, et, sous ce rapport, est d'une indifférence égale pour les deux sexes.

Ce fait sert en quelque sorte, de trait d'union entre l'atrophie simple des organes génitaux et l'atrophie avec division scrotale donnant les apparences d'une vulve. Ici, en effet, c'est un rudiment de scrotum qui semble s'être formé tardivement pour pourvoir à l'occlusion du sinus urogénital, et la bande étroite qui le constitue, bridant la région sous-pubienne, n'a pas permis la descente des testicules. La microcéphalie, les fissures iriennes, dénotent les troubles considérables de nutrition qui ont présidé au développement de ce sujet ; la faiblesse intellectuelle, à son tour, nous fait pressentir des modifications notables du cerveau.

Dans le fait suivant, c'est dans les organes génito-urinaires surtout que les perturbations nutritives se sont produites.

MAGNAN

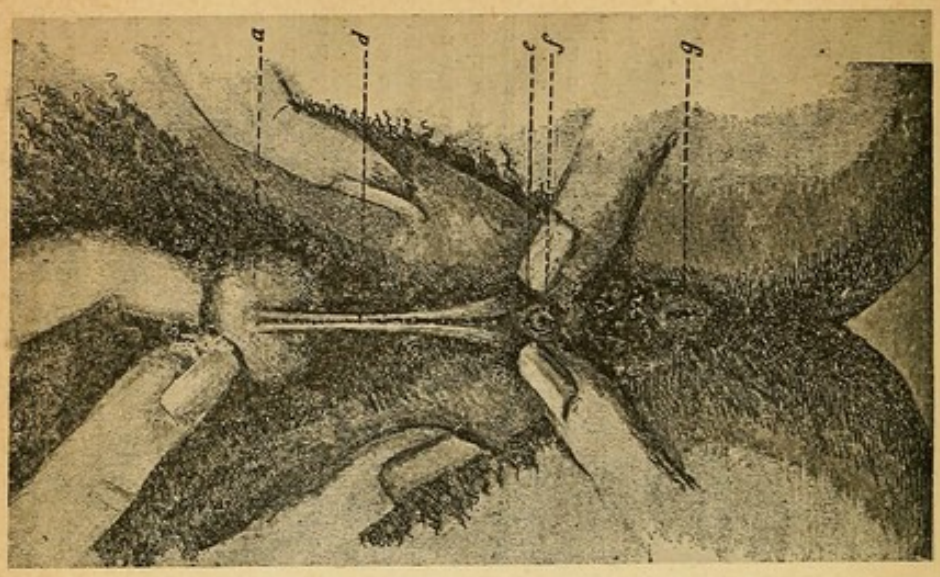


FIG. 3

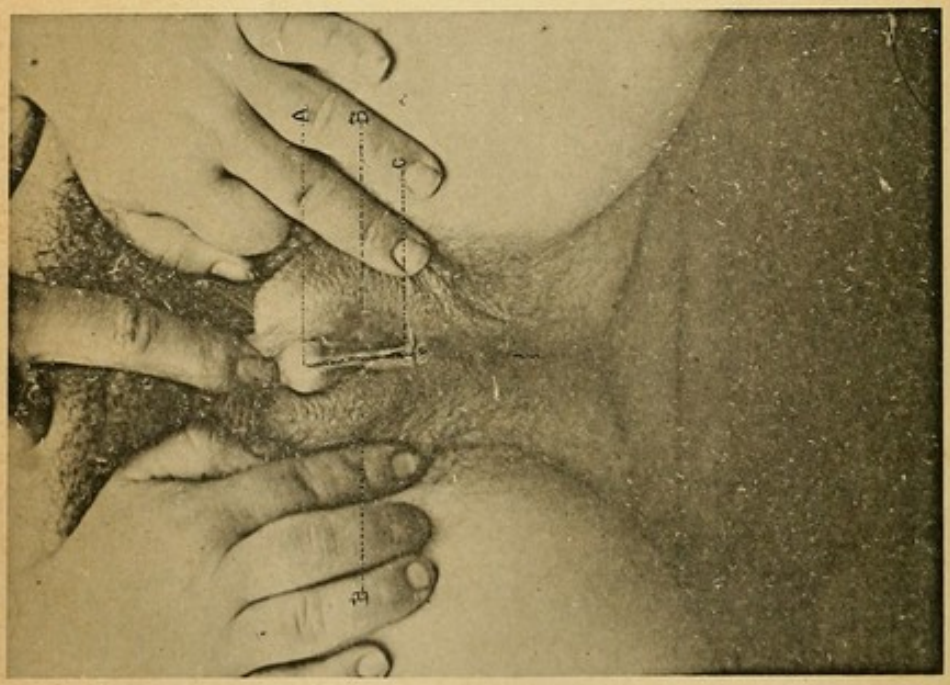


FIG. 2

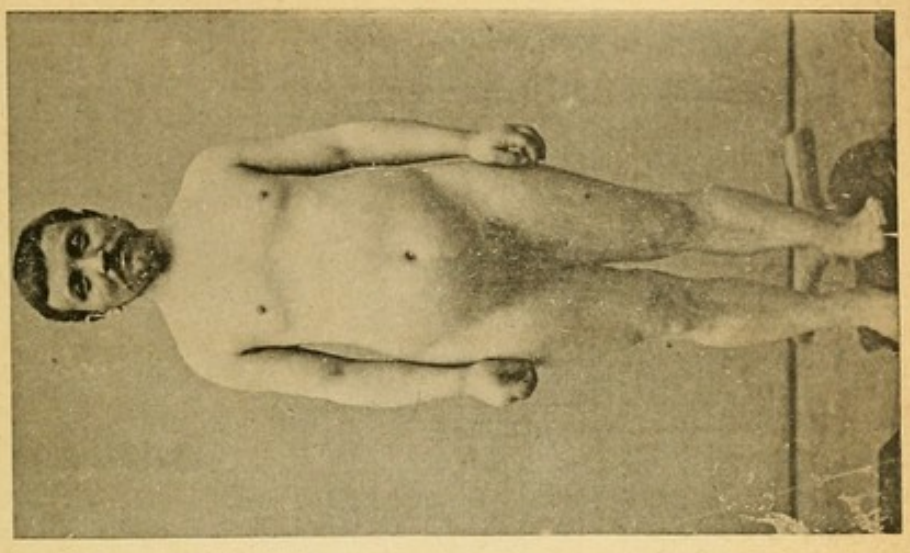


Fig. 1

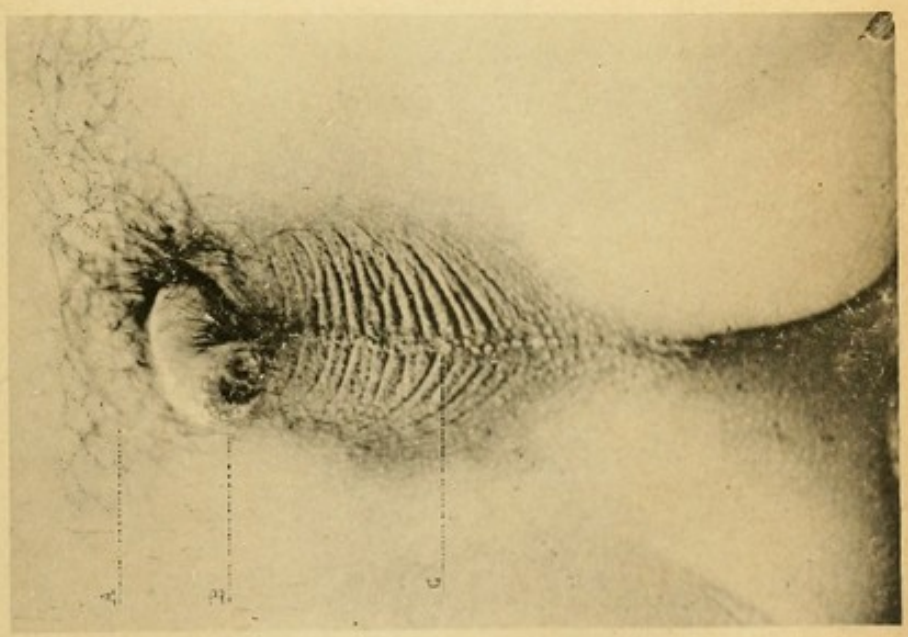


Fig. 2

OBSERVATION III. *Père ivrogne. Débilité mentale sur laquelle se greffe un accès délirant à évolution rapide. Garçon inscrit comme fille à l'état-civil, conserve des vêtements de femme jusqu'à vingt-quatre ans. Hypospade scrotal à forme vulvaire pseudo-hermaphrodite mâle.*

C... (Marius), âgé de vingt-cinq ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 20 octobre 1886, dans un accès d'agitation avec délire mélancolique et mystique. Son père, adonné à l'ivrognerie, est mort d'une apoplexie cérébrale ; sa mère est nerveuse, mal équilibrée ; une de ses sœurs est morte de méningite à onze mois. Né à Ballots (Mayenne), où on l'a inscrit sur les registres de l'état-civil comme appartenant au sexe féminin. Considéré comme fille, on lui met des vêtements féminins et on l'envoie à l'école des filles. A sept ans, ses petites camarades ayant remarqué une conformation extraordinaire de ses organes génitaux se moquent de lui. On le place alors dans un pensionnat dirigé par des religieuses. A treize ans, il quitte le pensionnat et entre dans un couvent de Bénédictines, où l'une de ses tantes, religieuse, le destine au noviciat. Son peu d'aptitude au travail, la lenteur de son intelligence et l'apparition d'un peu de barbe au menton, en font peu à peu la risée de ses compagnes. Il quitte le couvent et rentre à la maison auprès de sa mère, s'occupe du ménage, fait la cuisine, coud et tricote.

A la mort de son père, il s'éloigne de sa famille pour suivre en qualité de domestique, un M. G..., âgé de soixante-dix ans, qui l'emmène à la Martinique. A peine arrivé en Amérique, il devient l'objet des assiduités de son vieux patron ; il lui cède, mais comme aucun rapport normal ne peut s'effectuer, cet homme se livre sur lui à des actes contre nature, et ils finissent par l'onanisme buccal réciproque.

Cependant, une négresse, domestique dans la même maison, s'étant aperçu de sa conformation, le prend pour un homme, en devient amoureuse et lui demande à partager son lit. Une mulâtresse fait à son tour sa conquête, mais, ni avec l'une ni avec l'autre de ces deux femmes, il n'éprouve les satisfactions que lui procurait son patron.

La barbe, qui continue à pousser, devient la cause des moqueries de la part de l'entourage, et C... finit, au bout de trois ans, à se décider à rentrer en France, désireux de changer de costume et de position, Arrivé à Saint-Nazaire, il se fait examiner par un médecin, qui le déclare homme. Il change aussitôt son nom de Marie en celui de Marius, prend des vêtements d'homme, rentre à Paris, et s'engage comme infirmier dans une communauté de religieux, non sans avoir subi un double examen du Père supérieur, qui finit par le reconnaître *masculin*.

Vers le 17 octobre 1886, il est pris assez rapidement de délire après quelques excès, d'ailleurs très modérés de boissons. A son arrivée à l'asile, il crie, gémit, se lamente, prétend répandre autour de lui une odeur empestée, exprime des craintes de toute nature ; il se dit l'archange saint Michel, l'Antéchrist, le roi des Juifs. « Je suis un misé-

rable tuez-moi; j'ai tué mon père et ma mère. » Il croit qu'on veut l'empoisonner, refuse de manger; il s'imagine qu'on veut le mettre dans un bain d'huile bouillante et il s'échappe par la fenêtre. Constamment inquiet, se nourrissant mal, ne dormant ni jour ni nuit, il s'affaisse rapidement ; les vomissements empêchent le cathétérisme œsophagien, on le nourrit à l'aide de lavements peptonisés. Toutefois, les hallucinations diminuent d'intensité, l'excitation s'apaise peu à peu, les idées mélancoliques, mystiques, ambitieuses disparaissent, et il consent à prendre quelques aliments. Quinze jours après son entrée, il est déjà en voie d'amélioration, et, depuis plus de six semaines, il est tranquille, raisonnable, il dort bien, mange avec appétit et s'occupe d'une façon régulière dans le service.

Ce malade, par la conformation de ses organes génitaux, est un hypospade à forme vulvaire (1), un pseudo-hermaphrodite mâle: sa verge (*a*) mesure 4 centimètres et demi (fig. 2) ; elle est formée de la portion glandaire du corps spongieux et d'une portion du corps caverneux ; le gland, imperforé, est muni au bord inférieur d'une légère dépression ; dans l'érection, l'organe se recourbe en bas et en arrière retenu dans cette position par deux brides très nettes, qui sont les rudiments de la portion cylindroïde du corps spongieux. Ces brides (fig. 3, *d*), dites *masculines* par M. Pozzi, se retrouvent chez la femme et répondraient, d'après cet auteur, à des parties homologues dans les deux sexes (2). Au-dessous de la verge et de chaque côté, il y a apparence de grandes lèvres résultant du défaut de soudure des deux sacs cutanés dont la réunion à l'état normal forme la double poche scrotale (fig. 2,*b*). Ces deux lèvres limitent une fente verticale qui aboutit à un cul-de-sac simulant une vulve (fi. 2, *c*). A 3 centimètres et demi au-dessous de la verge, se trouve le méat urinaire (fig. 3, *e*), mis en communication avec le pénis par les deux brides *masculines*, qui se séparent en bas pour embrasser l'orifice. A 3 millimètres au-dessous du méat, on aperçoit un autre orifice qui s'ouvre dans un conduit analogue au vagin qui n'a pas moins de 15 centimètres de longueur et qui admet une sonde d'un assez gros calibre (fig. 3, *f*). L'anus (*g*) se trouve à 4 centimètres en arrière de l'orifice de ce pseudo vagin; le toucher rectal, après l'intromission de deux sondes, l'une dans l'urèthre, l'autre dans le canal sous-jacent, permet de sentir la première sonde dans un plan très élevé, et la seconde presque sous le doigt; celle-ci semble, en outre, profondément, se dévier légèrement à droite. Cette sonde retirée laisse voir à son extrémité, au niveau de son orifice latéral, quelques gouttes d'un mucus blanchâtre, inodore

(1) Guyon, *Des vices de conformtion de l'urèthre chez l'homme et des moyens d'y remédier*. Paris, 1861, p. 68.)

(2) Pozzi, De la bride masculine du vestibule chez la femme et de l'origine de l'hymen (*Comm. à la Société de biologie*, 26 janvier et 16 février 1884.)

au milieu duquel, au microscope, on voit quelques cellules épithéliales.

Le palpation des régions inguinales, sus et sous-pubiennes, de même que le toucher rectal, ne décèlent pas la présence de testicules. Le malade ne sait pas dire si, lorsqu'il se masturbe, il sort du liquide par le méat. Toutefois, on a trouvé dans son lit des taches dont l'aspect rappelait les taches spermatiques.

Ajoutons enfin que cet individu, hormis ses organes génitaux, possède les attributs du sexe masculin. Toutefois sa voix est flûtée, sa taille, petite, atteint à peine $1^{m},44$, son bassin est un peu large : la distance, en effet, entre les deux épines iliaques antéro-supérieures est de 24 centimètres; le diamètre transversal au détroit supérieur est de 23 centimètres et demi; la circonférence au niveau du bord supérieur des os coxaux mesure 82 centimètres, et le diamètre antéro-postérieur de la région sacro-lombaire à la partie supérieure de la symphise pubienne est de 22 centimètres ; les seins sont un peu gros; mais ni l'aréole ni le mamelon n'offrent rien de particulier (fig. 4).

Nous avons vu, chez ce malade, le développement brusque et la cessation rapide d'un accès délirant polymorphe ; tout à coup des idées mélancoliques, mystiques, ambitieuses, des idées de persécution se sont montrées, s'enchevêtrant sans ordre et donnant lieu de temps en temps aux manifestations les plus variées.

Nous devons encore relever chez ce sujet l'aberration sexuelle qui le poussait à rechercher plus volontiers le commerce de son patron que les caresses des femmes. Cette tendance à l'inversion du sens génital est assez rare chez les pseudo-hermaphrodites mâles, qui se font au contratre remarquer par l'attrait qu'ils éprouvent pour les relations féminines ; c'est même pour eux une sorte de révélation ; se croyant femmes, ils s'étonnent eux-mêmes de leur inclination pour les femmes, et, dans quelques cas, ils sont ainsi portés à douter de leur sexe et à se soumettre à l'examen qui vient les éclairer.

Dans le cas de M. Magitot (1), le sujet marié comme femme a toujours recherché les relations féminines et, à la

(1) Magitot, Nouveau cas d'hermaphrodisme (*Bull. Soc. d'anthrop.*, 2 juin 1881.) Voir Brouardel, Des empêchements au mariage et de l'hermaphrodisme en particulier (*Gazette des hôpitaux*, nos 1 et 8. janv. 1887.)

mort de son mari, il a continué à avoir des maîtresses. Dans la discussion qui a suivi cette communication, M. Mathias Duval a fait observer qu'il n'y avait jamais d'hermaphrodisme proprement dit, et dans ce cas le sujet du sexe masculin était un homme par ses organes internes et un embryon par ses organes génitaux externes arrêtés dans leur évolution.

Pour nous rendre mieux compte de la conformation et des rapports des différentes parties constituantes des organes génitaux dans l'hypospadias périnéal, nous rappellerons le fait fort instructif publié par M. Goujon (1). L'examen anatomique permet de constater la présence dans leur position habituelle des deux glandes séminales, en arrière de la vessie ; d'autre part, les deux conduits éjaculateurs viennent déboucher près du bord antérieur du pseudo-vagin (utricule prostatique). Cette disposition rappelle l'état normal, c'est-à-dire les rapports de l'utricule prostatique avec l'embouchure des conduits éjaculateurs.

Sur le sujet de M. Goujon, le pseudo-vagin, qui mesure 6 centimètres et demi, était beaucoup plus court que chez notre malade ; mais il était plus large, puisqu'il pouvait recevoir le doigt indicateur. Chez lui, l'un des testicules était logé dans la lèvre droite, tandis que C... (Marius) est chriptorchide. La verge rudimentaire, le méat et les replis cutanés qui simulent les grandes lèvres offrent dans les deux cas la même disproportion.

(1) Goujon. Etude d'un cas d'hermaphrodisme bisexuel imparfait chez l'homme, avec 2 planches (*Journ. anat. et physiol.* de Robin, novembre et décembre 1869).

IX

ACCUMULATION DE STIGMATES PHYSIQUES CHEZ UN DÉBILE

BRACHYCÉPHALIE, PLAGIOCÉPHALIE, ACROCÉPHALIE, ASYMÉTRIE FACIALE, ATRÉSIE BUCCALE, SYNDACTYLIE DES QUATRE EXTRÉMITÉS (1)

Le sujet que nous présentons, M. Galippe et moi, à la Société, appartient au groupe des héréditaires dégénérés. C'est un débile qui accumule dans des proportions tout à fait exceptionnelles les stigmates physiques les plus accusés; chez lui, en effet, les déviations nutritives portent sur les quatre extrémités, sur le crâne, la face et notamment sur l'appareil dentaire, qui est le siège de profondes modifications.

Il s'agit d'un garçon de trente-cinq ans, C... (Pierre), dont toute la lignée maternelle a présenté soit de l'alcoolisme, soit des accidents nerveux ou cérébraux. Quant à lui, de deux à dix ans, il a eu de fréquentes céphalalgies très douloureuses, revenant par accès paroxystiques, lui arrachant des cris et s'accompagnant de vomissements; toutefois, il n'a jamais eu de perte de connaissance. Ces phénomènes étaient certainement la traduction extérieure d'un travail phlegmasique de

(1) En collaboration avec M. Galippe (*Comm. à la Soc. de biol.*, 30 juillet 1892.)

la base du crâne, ayant amené des synostoses prématurées, lesquelles ont eu pour conséquence de réduire le diamètre antéro-postérieur, et de provoquer des voussures compensatrices dans le bregma et dans la région fronto-pariétale droite; du même coup, les cavités orbitaires, rétrécies en arrière, ont eu de la peine à loger les globes oculaires.

Entré à Bicêtre à sept ans, il a été à treize ans, transféré dans la Lozère, à l'asile de Saint-Albans, lorsqu'au moment de la guerre de 1870, on a dû évacuer l'hospice. Il a passé dix-neuf ans à Saint-Albans, où on lui a donné les occupations que comportait son intelligence débile; il a d'abord gardé les moutons, puis il a été chargé d'un travail intérieur, à la cuisine et au réfectoire, dont il s'acquittait convenablement. Il a appris, avec beaucoup de difficulté, à lire et il est parvenu, malgré la défectuosité de sa main, à tenir une plume et à écrire. Il a un caractère doux, bienveillant, ne se met jamais en colère; il a peu d'appétits sexuels, mais il se livre, parfois, à l'onanisme. Il s'est toujours montré docile, laborieux, faisant tous ses efforts pour se rendre utile. Il avait peu de désirs, se contentait de ce qu'on voulait bien lui accorder et ne manifestait jamais ni beaucoup de satisfaction ni beaucoup de peine. Toutefois en 1889, il prête une attention particulière à la lecture des journaux et ne perd aucun détail concernant l'Exposition ; tout ce qu'il entend dire, tout ce qu'il lit, le captive et il projette de venir à Paris pour voir, dit-il, la tour Eiffel et embrasser sa mère. Avec assez de ruse, il prépare son départ, et un dimanche matin, pendant que le personnel est à la messe, il sort de l'asile; pour ne pas être arrêté; il se rend à pied à une station de chemin de fer éloignée de l'établissement; avec son pécule qu'il mettait depuis longtemps de côté, il prend un billet pour Paris où il arrive le lendemain à quatre heures du matin. Il se rend chez sa mère, il frappe, mais celle-ci qui ne l'avait pas vu depuis 1870 et qui n'était pas prévenue de son retour, le prend, à cette heure matinale, pour un malfaiteur et refuse d'ouvrir; tou-

tefois; elle se ravise, elle entre-bâille la porte et lui dit : « Montrez la main »; devant la main caractéristique, tout doute disparaît, et la mère se jette au cou de son fils.

Quelque temps après, les ressources de la maison étant épuisées, Pierre, incapable de pourvoir à ses besoins, est placé à l'asile Sainte-Anne.

Le malade est à la fois brachycéphale, plagiocéphale et acrocéphale. Le crâne a la forme d'une boule irrégulière asymétrique; il est aplati d'avant en arrière et déjeté de gauche à droite; la bosse frontale gauche est effacée, la droite plus étendue, plus saillante, donne au front, de ce côté, un développement plus considérable dans tous les sens, l'implantation des cheveux y est plus élevée qu'à gauche, le sourcil au contraire est un peu abaissé, le front se trouve ainsi limité par deux lignes légèrement obliques dirigées de droite à gauche, l'inférieure de bas en haut, la supérieure de haut en bas. Le front, très étendu transversalement, offre une dépression horizontale au-dessus de laquelle sur la ligne médiane on sent une petite saillie, une sorte de crête frontale externe analogue à la crête occipitale externe qui est très accusée chez le malade. L'apophyse mastoïde gauche est saillante en arrière et en dehors, la droite est plus petite et fait une saillie beaucoup moindre; le bregma s'élève donnant un certain degré d'acrocéphalie. Ces voussures de compensation du sinciput, de la région fronto-pariétale droite (fig. I, *m*) sont la conséquence de la suture prématurée des articulations sphéno et fronto-pariétale gauche et aussi du cartilage sphéno-basilaire qui a mis obstacle au développement régulier du diamètre antéro-postérieur et a provoqué la brachycéphalie. Le diamètre occipito-frontal mesure 15 centimètres 5, le diamètre bi-temporal 15 centimètres, la circonférence 52 centimètres. Les cheveux, châtains foncés, ne présentent rien d'anormal. La face, asymétrique, est aplatie, les joues sont rentrées, creusées profondément. Cet aspect est dû à l'atrophie des os malaires et au défaut de dé-

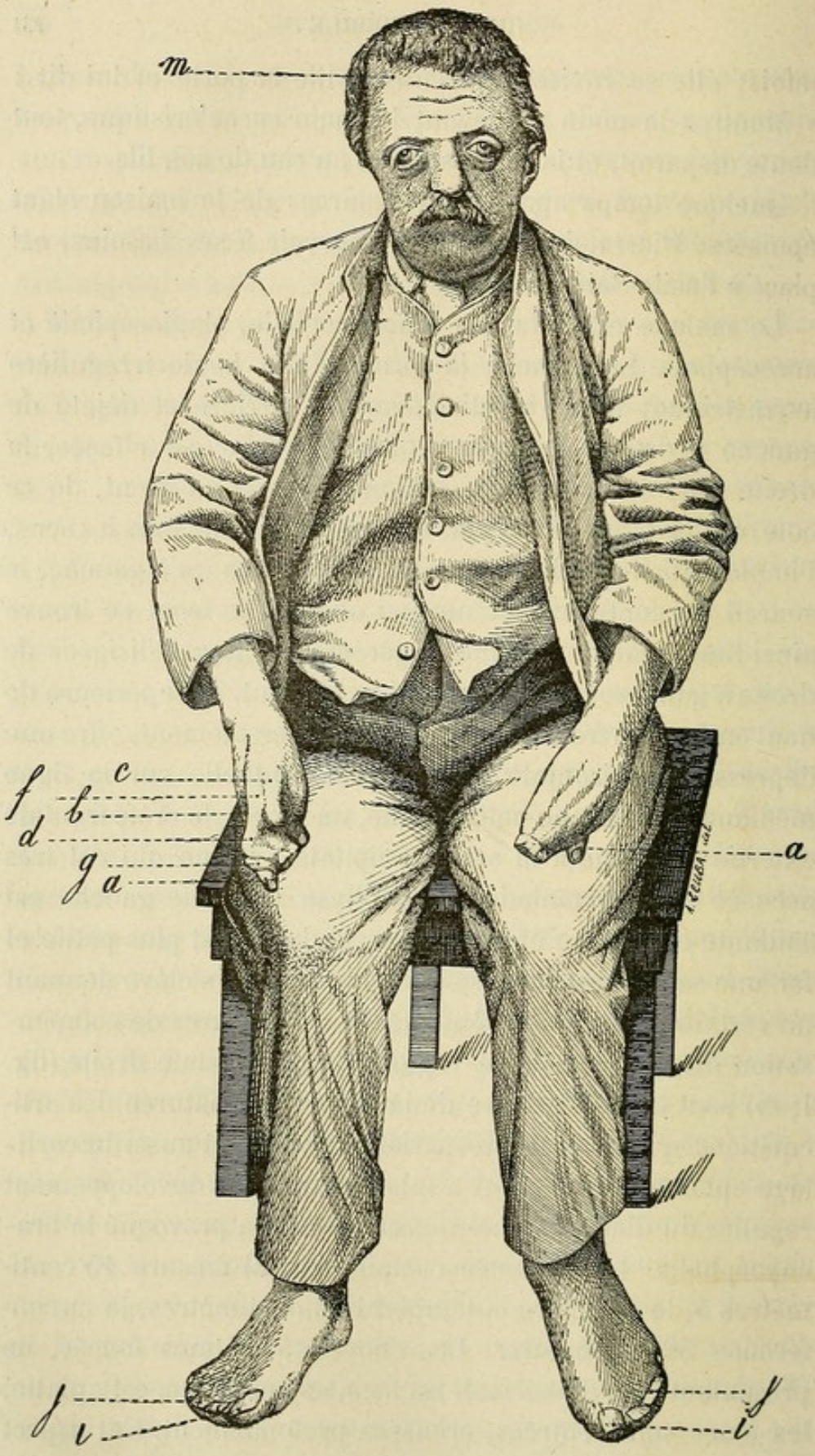


FIG. I.

veloppement de la partie supérieure des maxillaires supérieurs. Le nez, gros, épais, fortement déjeté à gauche, n'offre pas de sinuosités au niveau des narines qui, très petites, n'occupent que la moitié postérieure de la face inférieure. La fosse nasale droite est libre et laisse facilement pénétrer une sonde de 6 millimètres de diamètre jusqu'à l'œsophage; la fosse nasale gauche est obstruée en partie par la cloison qui, dépassant l'axe du nez, est fortement déviée de ce côté; le bec de la sonde se trouve arrêté après un trajet de 3 centimètres environ; toutefois, cette fosse nasale n'est pas obstruée et livre facilement passage à l'air inspiré ou expiré. Le sillon labio-nasal gauche, très accentué, est presque vertical, le droit est oblique en bas et en dehors ; à gauche, l'arcade sourcilière est très déprimée dans sa moitié externe où la partie correspondante du sourcil s'abaisse pour se placer au-dessous. Les yeux sont écartés et les fentes palpébrales sont dirigées très obliquement en bas et en dehors. Les yeux fermés, les fentes palpébrales prolongées se rencontreraient sous un angte de 120 degrés environ. Les globes oculaires, que les cavités orbitaires moins profondes ne peuvent pas contenir, font saillie au dehors, ils sont comme pédiculés, laissent voir, surtout en bas, non seulement tout l'iris, mais encore la sclérotique. Cette saillie des globes oculaires est telle qu'elle dépasse de 1 centimètre environ le plan prolongé du front. Les paupières supérieures sont presque horizontales, très allongées; les cils assez longs à la paupière supérieure sont rares à la partie interne des deux paupières.

La lèvre supérieure dirigée en avant, est recouverte d'une moustache abondante à poils raides. La lèvre inférieure est allongée en haut en avant et à droite; les sinuosités de la bouche sont mal dessinées ; l'angle gauche reste légèrement entr'ouvert et est situé plus bas que l'angle droit. La muqueuse de la lèvre inférieure est à peine visible. Le menton est légèrement dévié à droite. La mâchoire inférieure est

plus étroite, les branches du maxillaire sont rapprochées; l'angle droit est plus petit, moins saillant que le gauche; cette disposition rétrécit notablement le bas de la face. L'oreille gauche est implantée plus bas que la droite, l'ourlet est interrompu par places, quelques plis du pavillon de l'oreille gauche sont effacés, les lobules courts et épais sont adhérents.

Quand on invite le malade à ouvrir la bouche, on croit voir tout d'abord la voûte palatine parsemée de dents et divisée en arrière, et plus profondément la paroi postérieure du pharynx. A un examen plus attentif, on s'aperçoit que l'on a sous les yeux un faux plancher, une sorte de soupente sous-jacente à la voûte palatine; d'autre part, la paroi postérieure n'est autre que le voile du palais très étendu dont le bord inférieur terminé par une luette bifide atteint la base même de la langue; si bien que ces parties forment une sorte de cavité buccale artificielle incluse dans la cavité bucco-pharyngienne normale constituée en haut par la voûte palatine cachée par la soupente et en arrière par la paroi du pharynx que cache complètement le voile du palais.

Dans les atrésies des maxillaires, à tous les degrés que nous avons l'habitude d'observer, nous constatons que les arcades supérieures s'infléchissent l'une vers l'autre, le plus souvent au niveau des prémolaires et que la voûte palatine comprimée latéralement, s'enfonce plus ou moins profondément en prenant une forme ogivale ou angulaire plus ou moins prononcée. Dans les cas les plus accusés rapportés et figurés par les auteurs, les arcades maxillaires peuvent se rapprocher plus ou moins. La voûte palatine se creuse à un degré de profondeur variable et plus ou moins irrégulièrement, mais jusqu'ici, on n'avait pas constaté la soudure du rebord alvéolaire exclusivement, la voûte palatine elle-même étant respectée. C'est la particularité que présente notre sujet. Chez lui, l'atrésie occupe la partie antérieure des maxillaires supérieurs, mais elle s'accompagne d'une hyper-

trophie du rebord alvéolaire portant également sur la muqueuse gingivale. Il y a une suture des deux bords alvéolaires

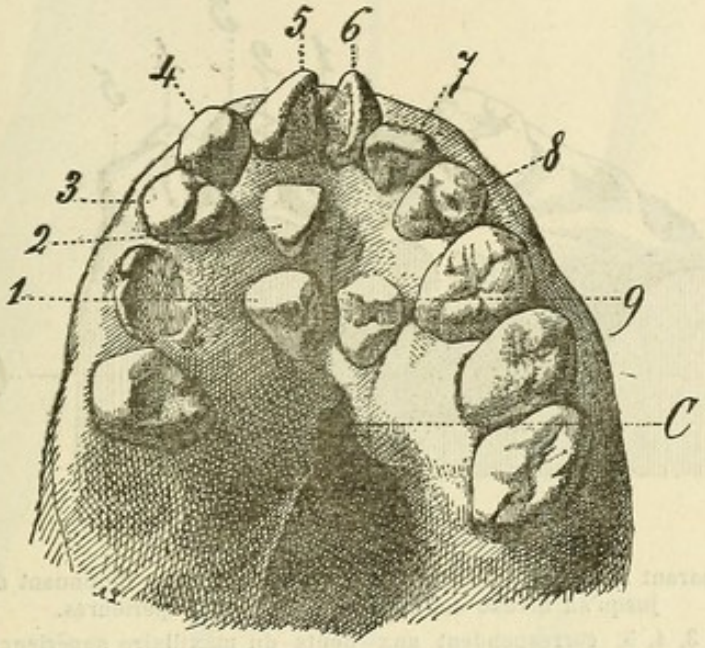


FIG. VI.

1. Deuxième petite molaire supérieure droite. — 2. Incisive latérale supérieure droite. — 3. Première petite molaire supérieure droite. — 4. Canine supérieure droite. — 5. Incisive centrale supérieure droite. — 6. Incisive centrale supérieure gauche. — 7. Incisive latérale supérieure droite. — 8. Première petite molaire supérieure gauche. — 9. Deuxième petite molaire supérieure gauche. — C. Entrée de la cavité formée entre les rebords alvéolaires et la voûte palatine.

droit et gauche; cette suture s'est faite sur un plan horizontal, de telle sorte que les dents ont fait leur éruption dans une direction normale et qu'elles ne sont que très légèrement obliques par rapport à leur base d'implantation.

Cette suture des bords alvéolaires, comme nous le disions plus haut, ne s'est point étendue jusqu'à la voûte palatine et l'on voit qu'au niveau des secondes grosses molaires, il y a, au-dessus des rebords alvéolaires ainsi suturés, une sorte de chambre séparant ceux-ci de la voûte palatine proprement dite et allant presque jusqu'au niveau des incisives centrales supérieures. La région d'implantation des dents forme l'étage inférieur, la voûte palatine l'étage supérieur et, entre ces

deux étages existe un espace libre, allant progressivement en diminuant en largeur et se terminant en pointe.

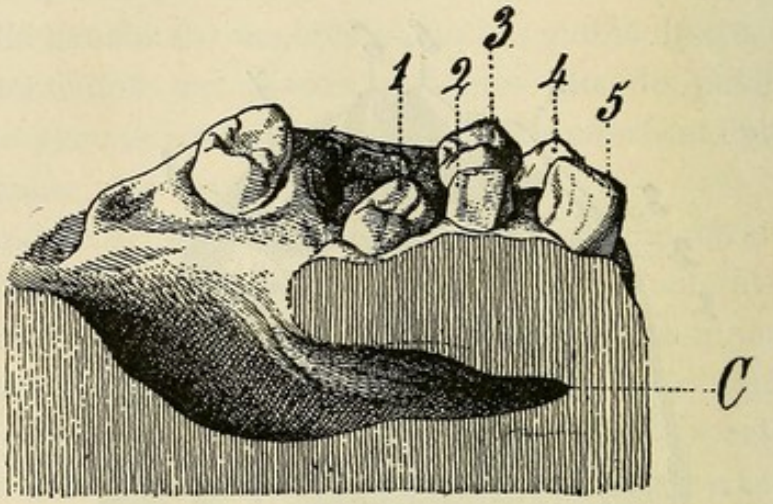


FIG. VII.

Cavité séparant les bords alvéolaires soudés et allant en diminuant de diamètre, jusqu'au niveau des incisives centrales supérieures.

Les nos 1, 2, 3, 4, 5, correspondent aux dents du maxillaire supérieur droit. (Voir fig. 6.)

Si, par la pensée, on supprimait la surface d'union des rebords alvéolaires et qu'on ne laissât entre eux qu'un millimètre d'écartement, on aurait alors sous les yeux un cas d'atrésie, dont le maximum serait au niveau des incisives centrales et qui irait en diminuant jusqu'aux secondes grosses molaires. En effet, par l'introduction du doigt au-dessous de la voûte constituée par le rebord alvéolaire, on sent nettement que celle-ci va en diminuant rapidement de largeur d'arrière en avant, à partir des secondes grosses molaires; de son côté la voûte palatine reprend à ce niveau ses dimensions normales et dépasse d'un demi-centimètre environ, en arrière, le point où se termine la soudure des rebords alvéolaires.

En acceptant cette interprétation des anomalies présentées par ce malade, la position occupée par les dents s'explique facilement. Les dents ne présentent point d'anomalies de forme, mais seulement une anomalie du nombre, ainsi que

des anomalies de position. Ces anomalies sont telles, bien

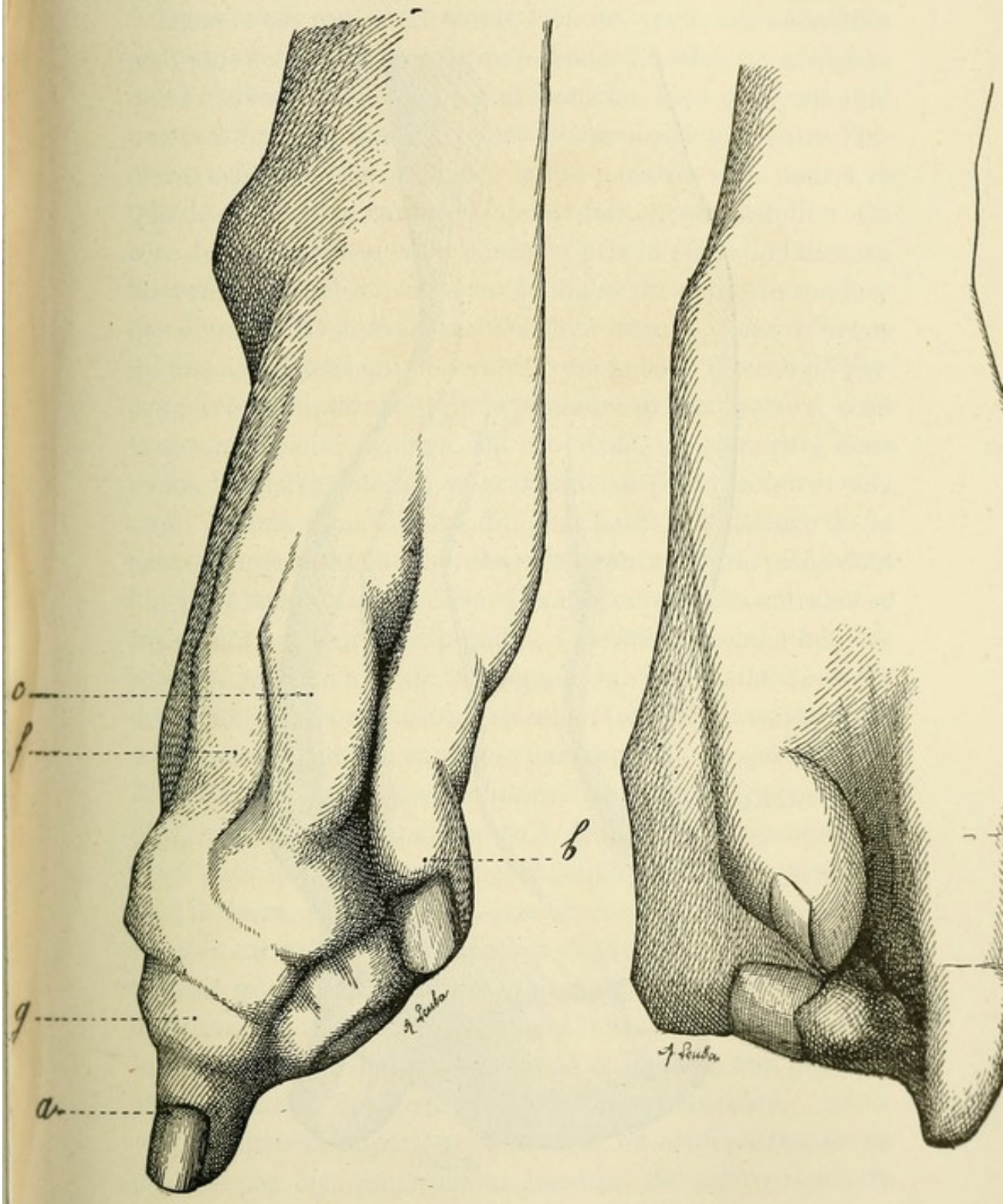


FIG. II. FIG. III.

qu'à un degré beaucoup plus accusé, qu'on a l'habitude de

les observer, dans la pratique courante elles portent soit sur

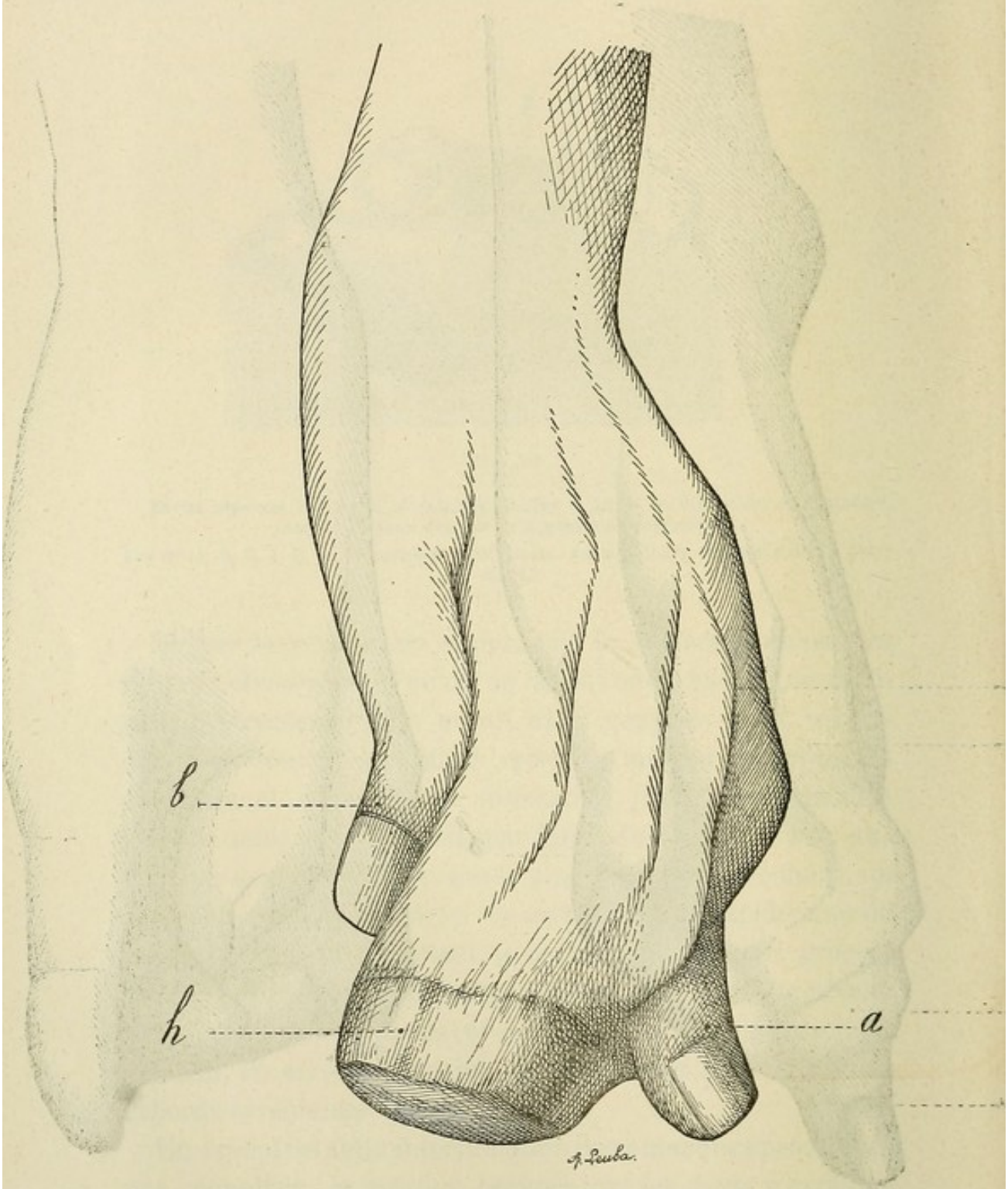


Fig. IV.

des dents symétriques, soit plus fréquemment sur le maxil-

laire gauche, chez les sujets présentant de l'atrésie des deux maxillaires, souvent plus accusée sur l'un d'eux.

Dans le cas que nous avons sous les yeux, les anomalies sont plus accusées à gauche qu'à droite. En effet, nous voyons que l'incisive latérale supérieure gauche, bien qu'ayant subi une rotation sur son axe, s'est néanmoins logée entre l'incisive centrale et la première petite molaire, cela tient à ce que de ce côté, la canine n'a point fait encore éruption. Du côté droit au contraire, la canine a pris la place de l'incisive latérale; celle-ci a évolué sur la limite du point de soudure des deux bords alvéolaires. Du côté gauche, nous n'avons qu'une seule dent qui ait évolué vers le bord interne de l'arcade avéolaire, en avant de la première grosse molaire, c'est la seconde petite molaire. Du côté droit, au contraire, nous avons l'incisive latérale et la deuxième petite molaire; cela tient, comme nous l'avons dit plus haut, à l'absence de la canine supérieure gauche, absence ayant créé une place dont l'incisive latérale a bénéficié. Les deux incisives centrales se regardent par leur face linguale; l'incisive gauche a fait une rotation sur son axe de 90 degrés; la rotation de l'incisive droite est un peu moins considérable. Cette observation vient à l'appui de l'opinion soutenue par l'un de nous que chez les droitiers, les anomalies dentaires sont plus prononcées et plus nombreuses à gauche qu'à droite. La réciproque est vraie pour les gauchers. Du côté gauche les grosses molaires sont intactes; elles vont en série décroissante. La muqueuse buccale est saine; la mastication s'opère d'une façon relativement très normale ou tout au moins le malade n'éprouve aucune gêne. Nous n'avons aucun renseignement sur l'évolution de la dentition temporaire de ce malade, non plus que sur l'époque de l'apparition des dents permanentes.

Les membres supérieurs mesurent 62 centimètres, ils ne peuvent pas être entièrement étendus; les mouvements du bras sur l'épaule sont limités pour l'élévation; le malade est forcé de se pencher fortement de côté pour mettre son bras

dans la position verticale : les autres mouvements sont normaux. Le bord externe du membre, au lieu d'être sensiblement rectiligne forme un angle rentrant au niveau de l'articulation du coude, disposition analogue à celle des jambes cagneuses, le coude est en dedans, la main est écartée en dehors ; la supination est incomplète et la face antérieure ne peut pas être portée entièrement en avant, l'extension de l'avant-bras sur le bras est incomplète et l'avant-bras reste légèrement fléchi.

Les deux mains offrent le même vice de conformation ; sur les deux, les doigts sont entièrement réunis (syndactylie), sauf la dernière phalange du petit doigt restée indépendante (fig. I, et II, *a*). Dans son ensemble, la main a la forme d'une cuillère un peu profonde (fig. III).

Sur la main droite, les 3 premiers métacarpiens sont apparents, le 4^{me} et le 5^{e} paraissent soudés en arrière, mais en avant les deux têtes se distinguent nettement. Le métacarpien du pouce s'articule en avant avec la 1re phalange qui suit une direction rectiligne, mais la 2^{me} phalange (fig. I et II, *b*), luxée sur le bord externe s'incurve en avant pour s'appliquer au bord externe de l'indicateur qui est fléchi et légèrement incliné en dedans, un ongle de dimension à peu près normale recouvre la 2^{e} phalange du pouce. Le 2^{e} métacarpien s'articule avec la 1re phalange (fig. I et II *c*), qui suit la direction rectiligne, la 2^{e} phalange est fléchie à angle droit et appliquée sur le pouce, la 3^{e} phalange suit la direction de la 2^{e} sans ligne de démarcation tranchée, cette dernière distincte de la 2^{e} phalange du pouce est juxtaposée à celle du médius, les deux ongles de ces deux doigts sont unis par leur bord et semblent ne former qu'un seul ongle à forme angulaire recouvrant par chaque côté de cet angle l'extrémité de la phalangette correspondante (fig. I, *d*). La 1re phalange du 3^{e} doigt est très allongée, oblique en bas et en dehors (fig. I et II, *t*), la 2^{e} et la 3^{e} phalanges sont incurvées en dedans et se juxtaposent aux deux dernières pha-

langes du 2e doigt ; pour le 4e doigt, on distingue bien la 1re phalange, mais la 2e et la 3e sont atrophiées dirigées en

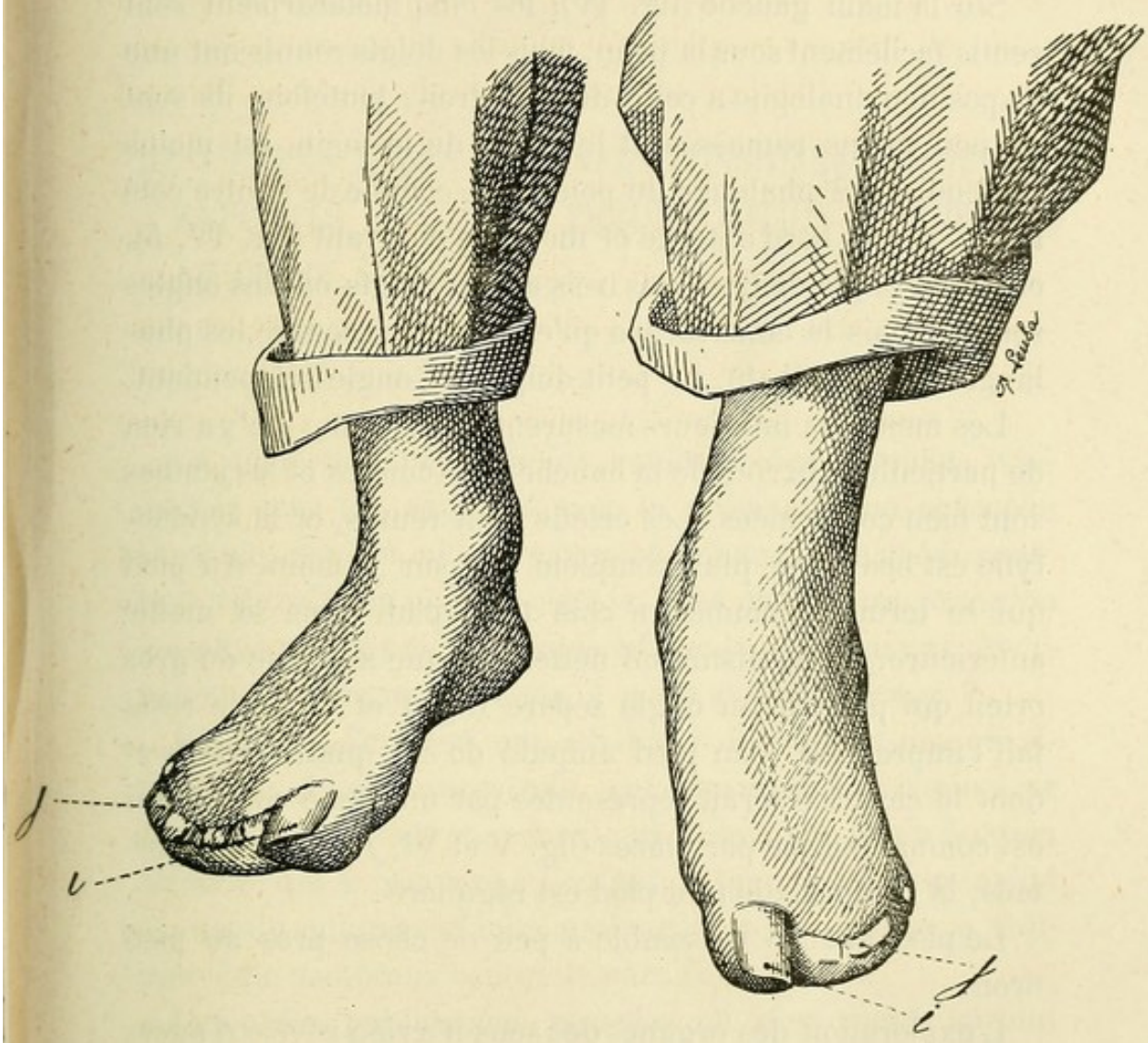


FIG. V.

dedans (fig. I et II *g*), à côté des phalanges du médius, l'extrémité n'a qu'un ongle rudimentaire. Le petit doigt a sa 1re phalange rectiligne, la 2e et la 3e assez larges paraissent soudées (fig. I et II, *a*); l'ongle est large comme la phalangette. Ce

doigt est très mobile et quoique adhérent se prête aux usages les plus variés : le malade peut même écrire, il retient d'une façon assez adroite le porte-plume entre l'angle formé par la 1re et la 2e phalanges du pouce et le bord interne de la 3e phalange du petit doigt.

Sur la main gauche (fig. IV), les cinq métacarpiens sont sentis facilement sous la peau, mais les doigts réunis ont une disposition analogue à celle du côté droit ; toutefois, ils sont un peu moins ramassés et le creux de la main est moins profond. La 2e phalange du pouce est, comme de l'autre côté luxée, sur le bord externe et incurvée en avant (fig. IV, *b*), elle a un ongle distinct ; les trois autres doigts ont les ongles soudés, mais la lame cornée qu'elle forme recouvre les phalangettes (fig. IV, *h*). Le petit doigt a un ongle indépendant.

Les membres inférieurs mesurent 0m,97 cent. ; il n'y a rien de particulier du côté de la hanche. Les cuisses et les jambes sont bien conformées. Les orteils sont réunis, et la syndactylie est beaucoup plus complète que sur la main. Au pied qui se termine comme un coin très aplati dans sa moitié antérieure, on ne distingue nettement que la forme du gros orteil qui possède un ongle séparé (fig. I et V, *i*), le reste fait l'impression d'un pied amputé de ses quatre orteils et dont la cicatrice serait représentée par une lame cornée qui est comme incisée par places (fig. V et VI, *j*). A part les orteils, la conformation du pied est régulière.

Le pied gauche ressemble à peu de chose près au pied droit.

L'exploration des organes des sens n'a rien révélé d'anormal pour la vue, l'ouïe et le goût ; quant à l'odorat, il est resté insensible aux agents organoleptiques habituellement employés (camphre, acide acétique, eau de menthe, essence de citron, etc.).

X

DE L'ENFANCE DES CRIMINELS CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PRÉDISPOSITION NATURELLE AU CRIME (1)

La question ainsi posée (de l'enfance des criminels considérée dans ses rapports avec la prédisposition naturelle au crime) semble admettre comme fait acquis *la prédisposition naturelle au crime ;* c'est là, sans doute, une assertion soutenue par des criminalistes éminents, mais qu'une observation attentive ne vient pas, à notre avis, confirmer.

D'ailleurs, l'opinion qui attribue à la plupart des criminels une origine ancestrale, qui considère le criminel-né comme un sauvage survivant au milieu de la civilisation actuelle, qui le compare à l'enfant, si bien que la criminalité ne serait qu'une enfance prolongée, cette opinion a déjà trouvé de nombreux contradicteurs (2).

Dans des publications récentes on s'est élevé surtout contre l'intervention de l'atavisme dans la criminalité, tout en rendant un hommage mérité à l'œuvre considérable de savants distingués, notamment du docteur Lombroso (3).

(1) Magnan, *Rapport au Congrès d'anthropologie criminelle de* Paris, 1889.

(2) Topinard, L'Anthropologie criminelle. (*Revue d'anthropologie*, n° 6, novembre 1887.)

Ch. Féré, *Dégénérescence et criminalité*. Paris, 1888.

H. Joly, *Le Crime Étude sociale*. Paris, 1888.

(3) C. Lombroso, *L'Homme criminel*, 1887.

En ce qui concerne l'enfance, peut-on dire que les formes primordiales du crime, que les germes du crime sont des attributs naturels? En d'autres termes, que l'enfant est prédisposé naturellement au crime, qu'il représenterait un homme privé de sens moral? C'est là, pensons-nous, une interprétation erronée des phénomènes observés.

Au moment de sa naissance et pendant quelques jours, l'enfant ne jouit que d'une vie végétative. A son entrée dans le nouveau milieu où il doit vivre, il se trouve subitement en conflit avec les éléments qui affectent son organisme et provoquent des réactions bruyantes. Celles-ci sont l'expression instinctive des émotions. Tous les actes, en effet, qui se produisent dans les appareils respiratoire, circulatoire, digestif, etc., sont surtout d'ordre réflexe et ne demandent que l'intervention du mésocéphale : le bulbe, la protubérance suffisent à leur accomplissement.

Bientôt après commencent les acquisitions du nouvel être, et le champ fonctionnel de l'encéphale s'agrandit. Les portes s'ouvrent au monde extérieur : la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat, des sensations plus nettes dans la périphérie du corps permettent des rapports plus intimes, plus complets avec les modifications du dehors. Ces opérations nouvelles mettent en jeu cette vaste région située en arrière de la pariétale ascendante, région dans laquelle, la physiologie expérimentale et l'anatomie pathologique l'ont démontré, résident les centres encéphaliques sensitifs ou perceptifs. C'est là le substratum organique de nos souvenirs; c'est dans ces différents centres que se trouvent déposées les images mnémoniques de toutes nos impressions sensorielles, et c'est là que les centres d'idéation viennent puiser les matériaux nécessaires à l'élaboration intellectuelle, à la formation des idées; ces images passant en avant dans la région frontale, deviennent les schémas, les signes représentatifs de la pensée et fournissent les éléments de nos déterminations.

Les beaux travaux de Meynert sur la structure du cer-

veau, le système de fibres d'association et de projection qu'il a fait connaître rendent compte de cette évolution fonctionnelle. Si rien d'anormal n'intervient, si aucun des rouages du mécanisme cérébral n'est lésé, à l'activité sensorimotrice des premiers temps, l'intervention des centres modérateurs substitue l'activité idéomotrice qui sous l'influence de l'attention, basée sur l'expérience, donne lieu aux actes volitionnels raisonnés.

De très bonne heure, en effet, dès que l'enfant commence à acquérir le contrôle distinct de ses mains, se produisent des phénomènes d'attention, des conflits de motifs agréables ou douloureux qui président déjà aux actes volitionnels. Une figure schématique du traité de psychiatrie de Meynert (1) montre bien la succession des phénomènes dans une de ces opérations mentales simples : l'image de la flamme d'une bougie, déposée par l'appareil de la vision dans le centre cortical postérieur, transmet sa représentation dans la région frontale et provoque immédiatement un mouvement volontaire du bras vers l'objet brillant ; l'impression douloureuse, à son tour, suivant un trajet analogue, actionne en sens inverse la région psycho-motrice ; un mouvement de recul s'effectue, les deux sensations agréables et douloureuses sont enregistrées, comparées, et, à partir de ce moment, la flamme est regardée, mais non touchée. C'est par des expériences successives que se fait l'éducation des centres modérateurs, que dans la conscience se développe l'attention et que les actes volitionnels des enfants perdent peu à peu leurs apparences impulsives pour acquérir l'aspect de la délibération.

De la vie végétative (réflexe simple) l'enfant passe donc à la vie instinctive (activité sensorimotrice), puis à la vie intellectuelle (activité idéomotrice) ; mais, il faut le remarquer,

(1) Meynert, *Psychiatrie : Clinique des maladies du cerveau antérieur* (Traduction du Dr G. Cousot. Bruxelles, 1888, p. 168.)

ce ne sont pas trois états différents, ce sont trois étapes dans l'évolution d'une seule et même fonction.

Les divers modes d'activité cérébrale (sentiments, volonté, attention, mémoire, jugement, raisonnement, etc.), qui constituent les facultés des psychologues, se développent, se perfectionnent successivement par le concours harmonieux de toutes les parties de l'encéphale; l'évolution progressive des facultés mentales aboutit à cet état de conscience qui nous permet de discerner le vrai du faux, le bien du mal, à ce témoignage intime qui donne l'approbation aux actions bonnes et fait reproche des mauvaises, et qui est, en définitive, la caractéristique du sens moral.

L'individu normal n'est pas prédisposé naturellement au crime : s'il devient criminel, criminel d'occasion aussi bien que criminel d'habitude, il le devient sous l'influence d'une passion ou d'une éducation vicieuse : cette influence de l'éducation est très accusée chez l'enfant et elle prend une importance exceptionnelle dans cette catégorie de petits malheureux que M. Théophile Roussel a si bien fait connaître dans son enquête et son remarquable rapport au Sénat sur la protection des enfants abandonnés, délaissés ou maltraités et sur la protection de l'enfance (1). Parmi ces infortunés beaucoup non seulement subissent l'influence d'un milieu et d'exemples déplorables, mais encore ils apportent en eux-mêmes, par le fait de l'hérédité nerveuse ou vésanique ou de l'alcoolisme des ascendants, non pas une prédisposition naturelle aux actes délictueux, mais bien une tare pathologique, une dégénérescence qui porte le trouble dans les fonctions cérébrales. Tantôt, en effet, les centres modérateurs sont impuissants à réprimer des appétits et des instincts suscités maladivement par des centres en état d'éréthisme,

(1) Théophile Roussel, Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner : 1° la proposition de loi ayant pour objet la protection des enfants abandonnés, délaissés ou maltraités; 2° le projet de loi sur la protection de l'enfance. Sénat, session 1882, n° 451, rapport, t. 1, annexe t. II et III.

tantôt, au contraire, les centres modérateurs, déséquilibrés eux-mêmes, n'apportent plus la pondération habituelle qui règle, à l'état normal, les phénomènes instinctifs.

Mais c'est là un état pathologique, et l'étude de ces dégénérés, de ces malades, est exclusivement du ressort de la clinique. Ainsi posée, la question, dégagée de toute préoccupation théorique, gagne en précision, en certitude; tout se réduit à une question de diagnostic.

Que ces individus aient commis des actes délictueux, des crimes, peu importe; l'examen pour le médecin reste le même, il va au delà de l'acte incriminé; l'enquête embrasse toute la vie du sujet, ses antécédents, ses troubles physiques aussi bien que les modifications intellectuelles, morales et affectives qui se sont produites. Cette analyse détaillée, cette recherche attentive du passé éclaire le présent et fournit presque toujours les meilleurs éléments d'appréciation pour asseoir son jugement.

Les héréditaires dégénérés naissent avec la marque de leur origine: ces stigmates physiques sont bien connus, nous n'y insisterons pas; ce ne sont d'ailleurs que des symptômes d'importance secondaire. Une étude plus utile est celle des anomalies du développement cérébral. Suivant le siège et la généralisation des lésions, suivant la localisation des troubles fonctionnels, ces types cliniques observés sont très variables. Mais malgré leur diversité, des transitions insensibles conduisent d'une extrémité de l'échelle à l'autre, de l'idiot complètement dégradé au dégénéré supérieur, intelligent mais déséquilibré. Nous n'avons ici que peu de chose à dire de l'idiot, qui, relégué dans la moelle, dans le mésocéphale ou dans le cerveau postérieur, vit d'une façon tantôt purement végétative, tantôt uniquement instinctive; les excitations périphériques provoquent des réflexes médullaires ou cérébraux; mais ce ne sont que des réflexes simples, et les centres modérateurs n'interviennent jamais. Dès que la région frontale devient libre, le sujet commence

à pénétrer dans le domaine de l'idéation, du contrôle : il cesse alors d'être idiot et s'élève à la dignité d'imbécile.

La localisation des lésions à tel ou tel centre perceptif, à une étendue plus ou moins grande de la région antérieure, nous explique que telle ou telle faculté ait survécu au naufrage et qu'il existe des *génies partiels*, des *idiots savants*. Chez les débiles, les déséquilibrés, où se recrutent ceux des délinquants dont l'étude revient à la pathologie mentale, ce ne sont plus des lésions anatomiques grossières, mais bien des troubles fonctionnels qui tiennent sous leur dépendance les modifications de l'activité de l'axe cérébro-spinal. Ce qui prédomine chez eux, c'est la désharmonie et le défaut d'équilibre non seulement entre les facultés mentales, les opérations intellectuelles proprement dites d'une part, les sentiments et les penchants d'autre part, mais encore la désharmonie des facultés intellectuelles entre elles, le défaut d'équilibre du moral et du caractère. Un héréditaire peut être un savant, un magistrat distingué, un mathémacien éminent, un politicien sagace, un administrateur habile, et présenter, au point de vue moral, des défectuosités profondes, des bizarreries étranges, des écarts de conduite surprenants, et comme le côté moral, les sentiments et les penchants sont la base de nos déterminations, il s'ensuit que les facultés brillantes sont mises au service d'une mauvaise cause, c'est-à-dire d'instincts, d'appétits, de sentiments maladifs qui, grâce aux défaillances de la volonté, poussent aux actes les plus extravagants et parfois les plus dangereux. Le fonctionnement anormal des centres cérébraux et spinaux chez ces malades donne lieu à des troubles fonctionnels très curieux, qui en sont les stigmates psychiques. Ces syndromes épisodiques, manifestation extrême de la déséquilibration, mettent bien en lumière, par leur exagération même, le mécanisme psychique faussé qui se trouve aussi, mais moins accusé, chez les dégénérés dont nous nous occupons actuellement : qu'il s'agisse, en effet, d'un

homme tourmenté par le besoin de prononcer certains mots, grossiers ou non, peu importe, et qui, conscient de la bizarrerie de son acte, ne peut l'empêcher et projette au dehors le mot, l'image tonale qui obsède son centre cortical; qu'il s'agisse d'un déséquilibré qui projette au dehors, non plus un mot, mais un choc et qui se sent poussé à porter un coup violent à un passant inoffensif; qu'il s'agisse, enfin, d'un malade que la recherche d'un mot angoisse, tourmente jusqu'à ce qu'il ait procuré à son centre cortical l'image tonale désirée, ou du dipsomane attristé, exaspéré tant qu'il ne peut satisfaire le besoin impérieux de boire, ce sont là des phénomènes de même nature. Dans tous, un conflit s'élève entre le cerveau postérieur dont tel centre est en état d'érethisme et les centres modérateurs; cette lutte s'accompagne d'une angoisse caractéristique. Ces faits, où se montre si nettement l'impulsion maladive du dégénéré syndromique, ont des analogues chez ces dégénérés que certains actes ont fait désigner du nom de criminels; mais tandis que précédemment les centres modérateurs, malgré leur énergie amoindrie, pouvaient, pendant un temps, faire contrepoids à l'impulsion elle-même anormalement intense, chez le criminel dégénéré, au contraire, ces centres sont à peine représentés : il n'y a plus lutte, et des impulsions même faibles entraînent le malade sans que la région antérieure proteste; c'est le règne, sans contrepoids, des instincts. En résumé, les nuances infinies, sous lesquelles se présente l'état mental des héréditaires dégénérés, quelque variées qu'elles puissent paraître, se rattachent aisément aux modalités suivantes :

A. Prédominance des facultés intellectuelles, état moral défectueux, dégénérés criminels.

B. Pondération régulière de l'état moral, nullité des aptitudes et des facultés intellectuelles proprement dites.

C. Équilibration apparente des facultés, mais défectuo-

sités saillantes se manifestant à l'usage (application, effort, émotivité).

Étant donnée cette conception des dégénérés, il n'y a pas lieu de s'étonner de voir leurs anomalies cérébrales se manifester dès l'enfance; ce sont des tares originelles qui se montrent aussitôt que s'éveille la vie psychique. Dès l'âge de quatre ou cinq ans, avant même qu'une éducation vicieuse ait eu le temps de les influencer et de les modifier, ces jeunes sujets peuvent présenter des obsessions, des impulsions, des phénomènes d'arrêt, des anomalies intellectuelles et morales, des étrangetés qui les distinguent et qui les rangent, sans conteste, dans une classe à part. Tel est le cas du professeur de faculté atteint d'inversion du sens génital, qui, dès l'âge de cinq ans, présenta comme stigmate psychique un entraînement inexplicable au vol; à six ans, une voluptueuse curiosité pour les nudités masculines, un attrait irrésistible pour les garçons. Un autre, atteint d'anomalie sexuelle, était dès l'âge de six ans obsédé par les clous de souliers de femmes (1).

Quand aux exemples d'instincts pervers, d'impulsions cruelles, de sévices envers les animaux, ils sont nombreux chez les enfants, et nous aurons à en citer de caractéristiques. Mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que ces anomalies étranges ne se rencontrent que sur un terrain spécial, profondément touché par des lésions cérébrales graves ou complètement déséquilibré par des troubles fonctionnels provoquant dans certains centres une grande excitation et, dans d'autres, une diminution de leur activité. Chez tous ces petits malades on rencontre une hérédité pathologique qui explique les troubles dont leur développement cérébral a été l'objet.

(1) Charcot et Magnan, Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles. (*Arch. de neur.*, nos 7 et 12, 1882.)

Magnan, Des anomalies, des aberrations, des perversions sexuelles. Communication à l'Académie de médecine. (*Annales méd. psych.*, 7e série.)

On pourrait, à l'appui de cet exposé, présenter de très nombreux exemples puisés soit dans la clinique journalière, soit dans les auteurs (1), mais il nous suffira de donner le résumé de quelques faits plus saillants, dans lesquels les perversions morales et affectives se montrent avec une intensité exceptionnelle. Pour quelques-uns de ces faits, il est remarquable qu'en face de ces monstruosités morales on ne trouve que des modifications presque imperceptibles dans la forme extérieure du corps et parfois même aucune trace de stigmates physiques.

D'ailleurs, les observations où l'on verra le terrain pathologique se révéler dès l'enfance par l'éclosion de perversions instinctives, d'anomalies du caractère et des sentiments affectifs, se montreront plus nombreuses à mesure qu'on cherchera davantage à saisir, dès le début de la vie psychique, les traces d'anomalies cérébrales qui ne conduisent parfois le malade devant le médecin qu'à un âge avancé. L'histoire de l'enfance du dégénéré adulte nous montrera les signes évidents d'une organisation mentale défectueuse dès les premières années, et nous saurons d'autre part, en présence d'enfants dégénérés, quelle signification attacher aux manifestations précoces de l'hérédité morbide.

Voici le résumé de quelques faits pris parmi les nombreux exemples que nous avons eu l'occasion d'observer dans notre service du bureau d'admission des aliénés de la Seine :

(1) Saury, *Étude clinique sur la folie héréditaire des dégénérés*, 1886.
Legrain, *Du délire chez les dégénérés*, 1886.
Cullere, *Nervosisme et Nervosés*, 1887.
Blaise, *Impulsions, Amnésie, Responsabilité chez les aliénés*, 1887.
Paul Moreau de Tours, *La folie chez les enfants*, 1888.
Bernard Perez, *L'enfant de trois à sept ans*, 1888.
Bernard Perez, *Des trois premières années de l'enfant*, 1888.
Sérieux, *Recherches cliniques sur les Anomalies de l'instinct sexuel*, 1888.
Magnan, Étude clinique sur les Impulsions et les Actes des aliénés (*Revue scientifique*, 20 février 1881.)
Magnan, *Leçons cliniques sur les Maladies mentales*, 1887.

L'observation suivante est celle d'une fille de douze ans, sans stigmate physique de dégénérescence. Marguerite V... possède une physionomie fort intelligente. Très coquette, très vaniteuse, très turbulente, elle est d'humeur très variable. Ses colères sont violentes; elle brise tout, frappe sa mère, vole et pousse son frère à voler. Elle mord son petit frère sans motifs, se met une épingle entre les dents et l'invite à l'embrasser. Sa mémoire est bonne. Ce sont les troubles sexuels qui dominent chez elle. Onanisme à partir de quatre ans. Onanisme buccal sur son frère, tentative de coït. Avec l'âge, ses habitudes de masturbation deviennent plus impérieuses; elle lutte avec sa mère quand celle-ci veut l'empêcher de s'y livrer. Rien ne peut contre l'irrésistibilité de ses impulsions à l'onanisme; elle déjoue toute surveillance, brise les liens, se sert de son talon, se frotte sur le bord d'une chaise. « Je voudrais bien ne plus le faire, dit-elle à sa mère, mais je ne peux m'en empêcher. » Tout traitement médical a été inutile, la clitoridectomie fut faite à l'âge de onze ans et le pansement était à peine enlevé que les attouchements recommençaient et que l'internement de la malade devenait nécessaire.

Un jeune dégénéré de onze ans et demi va nous montrer, poussés à un haut degré, les instincts les plus pervers (impulsions au vol, au suicide, à l'homicide).

Émile M... est né d'une mère déséquilibrée. Son grand-oncle paternel s'est suicidé. Sa grand'mère a eu un accès de folie après ses couches. Sa sœur est hystérique. Son frère jumeau est très émotif, se masturbe et a des pertes de connaissance. Émile M... pleure et rit facilement; il a des accès de colère fréquents et très violents; il a fait un grand nombre de tentatives de vols, dérobant de l'argent à son père, prenant tout ce qui lui tombe sous la main, même sans idée de profit personnel, cachant dans les cendres du foyer les verres, le pain, le sucre, jetant à la rue, au cabinet, les outils et les marchandises de son père pour le

ruiner, dit-il. Il a tenté plusieurs fois d'empoisonner son père, et, avant de partir pour l'école, il lui porte, gai et souriant, la tasse de café où il a déposé du phosphore. Un de ses empoisonnents faillit être mortel. Il a essayé de tuer son frère jumeau en plaçant un couteau dans la paillasse de son lit. Il s'est frappé lui-même d'un coup de couteau, par dégoût de la vie à ce qu'il prétend. Il se livre à l'onanisme et s'est déjà grisé plusieurs fois.

Louise C..., âgée de neuf ans, est fille d'un père aliéné, en proie à une excitation génésique habituelle. Elle est d'une intelligence débile; les plus mauvais instincts se sont librement développés chez elle. Cependant remarquons encore qu'il n'existe pas chez elle de malformation, de stigmates physiques; elle a toujours été incapable d'attention; turbulente, on l'a renvoyée de plusieurs écoles. Des tendances au vol se sont montrées dès l'âge de trois ans : elle ramassait tout ce qu'elle trouvait, prenait de l'argent à sa mère, volait aux étalages. A cinq ans, elle est arrêtée par un agent et conduite au Dépôt après une résistance violente. Elle aime à vagabonder, crie sans raison, jette ses chaussons, sa poupée dans les cabinets, sans motifs, retrousse ses jupons dans la rue. Excitation génitale très grande. Elle se masturbe depuis l'âge de six ans, onanisme buccal sur son jeune frère. A l'asile, attouchements réciproques. Onanisme en public. Elle se laisse introduire un barreau de chaise dans le rectum par une autre petite malade. La mémoire est faible, l'intelligence peu développée. Elle sait lire et écrire, mais ignore le calcul.

Voici encore une autre jeune dégénérée qui nous offre réunies un grand nombre de perversions morales : chez elle les facultés intellectuelles ont été moins profondément touchées.

Augustine L..., âgée de quatorze ans, est entrée à Sainte-Anne à dix ans. Son père a fait des excès vénériens. Sa mère est hystérique. Son grand-père était absinthique, épileptique,

aliéné. Une grand'tante était alcoolique. Un arrière grand-père a eu du délire alcoolique. La physionomie est agréable, malgré un faux trait de la vue et une légère asymétrie faciale. Anesthésie généralisée. Crises hystériques. L... n'est pas réglée, elle est déflorée. Dès l'âge de trois ans se manifestent des habitudes de vol et d'onanisme qui vont en augmentant avec l'âge. Elle se livre à des attouchements réciproques avec ses frères et sœurs et d'autres enfants; elle introduit un barreau de chaise dans les orifices vulvaire et anal de la petite C... Elle vagabonde avec des jeunes gens qu'elle provoque. D'humeur inégale, tantôt elle travaille avec facilité, tantôt elle est incapable d'attention; elle a des alternatives d'excitation et de dépression. Instable, colère, paresseuse, menteuse à un degré extrême, voleuse; tourmentée par des préoccupations sexuelles, complètement dénuée de sens moral, sans pudeur, ni pitié, ni affection, elle n'est cependant pas inintelligente, bien que la mémoire soit peu exercée. Elle est bonne ouvrière. Son frère a dû être interné vers l'âge de sept ans. Epileptique, incendiaire, il est obsédé par des idées de suicide et d'homicide. Une sœur de onze ans est hémiplégique, méchante.

Georgette J..., âgée de douze ans, est un type de folie morale avec perversions instinctives multiples; perversions sexuelles, idées de suicide et d'homicide; vol, tendance à boire. La physionomie est agréable, sans aucun stigmate physique qui puisse faire penser à une dégénérée. Il y a un contraste singulier entre l'état physique très régulier et l'état moral qui présente, lui, les difformités les plus invraisemblables. Indisciplinée à l'école, elle a pu à peine apprendre à lire et à écrire. Elle se livrait à l'onanisme réciproque avec ses camarades. Ses pratiques ont commencé à l'âge de cinq ans, et à sa sortie de pension elle s'onanisait plus de trente fois par jour, dit sa mère. Elle racole des individus et se livre sur eux à l'onanisme avec la main ou avec la bouche. Elle leur donne de l'argent, se prête à toutes leurs fantaisies

(tentatives de coït et de sodomie). Elle rentre à la maison avec des taches de sperme sur ses vêtements et explique leur présence en disant qu'un homme lui a uriné dans la bouche. Sans souci de sa propre personne, menteuse, elle a montré des idées de suicide, boit de l'urine, s'onanise avec des côtelettes qu'elle mange ensuite. Sa mère n'est pas à l'abri de sa lubricité : elle lui demande de partager son lit, lui propose de lui pratiquer l'onanisme buccal. Elle profite d'un état syncopal dans lequel celle-ci se trouve pour lui porter la main aux parties en s'onanisant elle-même.

Le père était un ivrogne, violent. La mère est faible d'esprit et strabique.

Chez une petite malade de onze ans, nous trouvons encore le cortège de perversions que nous avons déjà si souvent rencontrées chez ces malheureuses victimes de l'hérédité pathologique :

Jeanne D... est fille d'un père débile, paresseux, alcoolique, syphilitique. Une cousine germaine est idiote. Elle a une certaine instruction, lit couramment, récite une fable et en comprend le sens, calcule assez bien. Elle est menteuse à l'excès, à propos de tout. Elle volait dès l'âge de cinq ans dans les bazars et à l'école. Elle a été arrêtée une fois. Elle se masturbe seule et en compagnie d'autres petites filles. Elle a débauché un garçon plus jeune qu'elle et s'est livrée avec lui à des attouchements réciproques. Une fois elle s'est mise sur le ventre, a relevé ses jupes et lui a dit d'uriner sur elle. Elle a eu des rapports dans une rue, derrière une porte, avec un homme qui lui donnait des rendez-vous ; elle y prenait plaisir. Elle descendait dans une cave avec un homme de quarante-cinq ans qui pratiquait sur elle l'onanisme digital et buccal. Elle prenait de l'argent pour acheter du tabac à cet individu.

Nous pourrions citer beaucoup d'autres faits analogues, dans lesquels les stigmates physiques sont à peine ébauchés ou font complètement défaut, comme on pourra s'en assurer

par les photographies qui seront présentées lors de la discussion sur cette question. Ces observations sont d'ailleurs assez nombreuses, et tous les médecins ont eu l'occasion d'en constater; cette fréquence conduit naturellement à n'accorder qu'une importance secondaire à des signes inconstants, à l'aide desquels il paraît difficile de constituer un type. Ce n'est point par des caractères généraux contestables et encore incomplètement déterminés qu'on peut arriver à éclairer la conscience des magistrats; les questions de médecine légale réclament, à notre sens, moins d'incertitude, et l'on ne peut arriver au degré de précision nécessaire que par un examen clinique complet, qui, pour chaque cas particulier, en permettant d'arriver à un diagnostic positif, répondra aux exigences que réclame l'enquête médico-légale.

Pendant la discussion, M. Magnan entre dans quelques développements au sujet de son rapport. Il rappelle les faits qu'il a exposés dans sa conférence de l'asile Sainte-Anne et termine ainsi (1) :

« Les considérations dans lesquelles je suis entré hier pour l'examen de nos jeunes malades m'ont conduit à développer en grande partie le rapport qui m'a été confié et je n'aurai conséquemment que quelques mots à ajouter.

Dans la question posée « de l'enfance des criminels considérée dans les rapports avec la prédisposition naturelle au crime », cette prédisposition naturelle au crime me paraissait rien moins que démontrée. J'ai consulté de nouveau les travaux des physiologistes, des pédiatres, des psychologues, notamment ceux de M. Bernard Perez, et de ces recherches, j'ai dû encore conclure que l'organisme à l'état normal est un tout harmonieux dont chaque partie se prête un mutuel

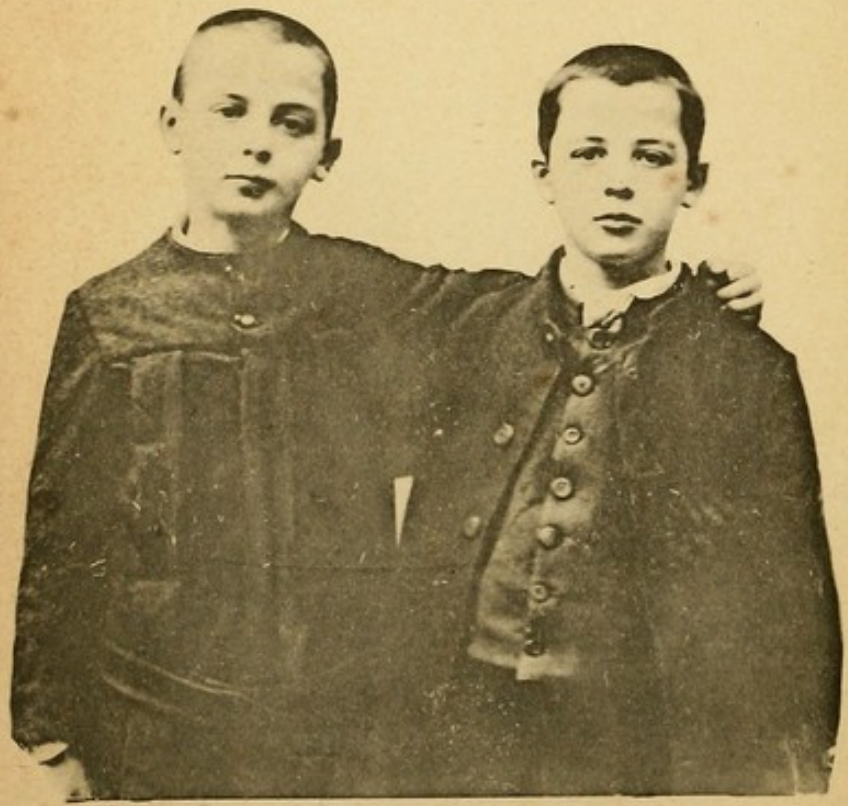
(1) *Actes du deuxième Congrès international d'anthropoloyie criminelle* (Paris, août 1889; Lyon, 1890, p. 303.)



Marguerite



Louise



Le frère jumeau Emile



Albert



Georgette



Augustine



Jeanne

PHOTOCOLLOGRAPHIE CHÊNE & LONGUET

concours. Si parfois dans le jeune âge, il se produit quelques actes impulsifs, on peut dire qu'en général, il n'y a aucune prédisposition naturelle aux actions malfaisantes, qu'à l'état normal les centres supérieurs qui résident dans la région frontale, règlent et modèrent les appétits et les instincts qui ont pour base organique, nous l'avons vu hier, la vaste région située en arrière de la pariétale ascendante.

Lorsqu'il survient des dispositions morales et affectives vicieuses, chez un sujet normalement constitué, c'est qu'il s'est trouvé placé dans des conditions de milieu spéciales ; ces conditions de milieu se trouvent éminemment développées chez cette catégorie de petits malheureux que M. Théophile Roussel a si bien fait connaître dans son enquête et son remarquable rapport au Sénat sur la proposition de loi ayant pour objet la protection des enfants abandonnés, délaissés ou maltraités et par le projet de loi sur la protection de l'enfance. Quant aux sujets qui, non seulement, sans influence étrangère mauvaise, mais souvent même, malgré la vigilance d'éducateurs dévoués, présentent des dispositions aux actes délictueux et criminels, ces sujets à aptitudes naturelles perverses, ces criminels-nés, en un mot, sont des dégénérés et nous sommes d'accord avec M. Lombroso, puisqu'il a déclaré que le criminel-né appartenait au domaine pathologique. En résumé, nous pensons devoir conclure que : *Les sujets chez lesquels existe une prédisposition native aux délits et aux crimes, ne sont pas des êtres normaux, mais bien des héréditaires dégénérés.* »

Après avoir exposé les caractères généraux des héréditaires dégénérés en se basant sur les données anatomiques, physiologiques et cliniques, M. Magnan a suivi pas à pas le développement successif de l'intelligence, depuis la dégradation complète de l'idiot jusqu'aux simples anomalies offertes par les dégénérés supérieurs, les déséquilibrés.

Puis ont été examinés plusieurs malades chez lesquels, malgré la dégradation morale et affective la plus profonde,

les stigmates physiques étaient à peine ébauchés ou faisaient entièrement défaut.

Parmi les jeunes dégénérés qui ont été examinés après la conférence à l'asile Sainte-Anne, il en est un, C. Albert, qui présentait au milieu de différents syndromes l'impulsion irrésistible au vol et dont l'observation mérite sous ce rapport d'être rappelée.

C. Albert est né le 4 février 1871, et la mère eut à subir, pendant la grossesse, toutes les privations du siège de Paris; elle était déjà nerveuse, elle avait présenté des attaques convulsives jusqu'à l'âge de sept ans et elle s'était toujours montrée d'une irritabilité exceptionnelle ; elle éprouvait, en outre, une répulsion instinctive pour les substances acides et notamment pour le vinaigre ; cette répulsion, nous allons la retrouver chez Albert. Le père s'adonnait de temps à autre aux excès de boissons. Deux frères et une sœur sont morts en bas âge ; de deux sœurs survivantes, l'une, âgée de 21 ans, jouit d'une bonne santé, l'autre âgée de 14 ans, émotive et bizarre, est atteinte de tics de la face.

Albert a eu des convulsions jusqu'à l'âge de 7 ans. Dès sa première enfance, il s'est montré turbulent, espiègle, méchant même ; il s'emparait des boîtes faites par sa mère, qui est cartonnière et les déchirait ; il saisissait les chats par la queue et les lançait en l'air ; il battait ses camarades et se faisait renvoyer des écoles ; néanmoins, il savait lire et écrire à neuf ans.

Tout jeune, il s'est senti poussé à voler, il essayait de résister, mais éprouvait de la tristesse et, au contraire, de la satisfaction quand il avait saisi l'objet qu'il convoitait.

Plus tard, vers 14 ans, l'impulsion devient irrésistible ; il a conscience de ses vols, il lutte pour ne pas succomber, mais dès qu'il aperçoit des pièces de monnaie, l'idée de les prendre s'empare de son esprit, l'obsède, il ne peut plus penser à autre chose. Si la présence d'un témoin, si un obstacle quelconque l'empêche de réaliser le vol, il devient

inquiet, anxieux, angoissé, il cesse tout travail, sa tête s'alourdit, il ne répond pas quand on lui parle et se retire chez lui. Lorsqu'au contraire, il peut entrer en possession de l'argent, qu'il a dans la main, il éprouve un grand soulagement. Bientôt après survient le remords. Il ne garde pas ce qu'il a pris, il ne collectionne pas, contrairement à d'autres kleptomanes, les objets qu'il a volés, il s'en dessaisit assez rapidement, il achète des futilités qu'il distribue à ses camarades; parfois, honteux et attristé de son vol, il remet en place l'argent qu'il a volé.

La kleptomanie n'est pas le seul syndrome épisodique présenté par ce dégénéré, la susceptibilité morbide de certains centres donne lieu à des manifestations non moins intéressantes.

Il a une répulsion invincible pour les substances acides ; il lui est impossible de mordre dans une pomme, dans une orange ; il ne peut pas toucher à un plat assaisonné avec du vinaigre, il lui est arrivé plusieurs fois de ne manger que du pain parce qu'on avait servi du bœuf accommodé à l'huile et au vinaigre et de la salade également assaisonnée.

Le bruit d'un bouchon frotté contre la paroi d'une bouteille mouillée provoque chez lui un violent malaise, du grincement des dents, un serrement des tempes, une constriction de l'estomac et un besoin impérieux de fuir. Si l'on insiste et qu'il reste spectateur du frottement de la bouteille, son visage se colore ; il devient rouge et son corps se couvre de sueur, il se met à trembler; un jour même son angoisse a été telle qu'il s'est évanoui.

Aujourd'hui le malaise est moindre, le malade peut lui-même frotter la bouteille, mais des troubles vaso-moteurs se produisent toujours, la face s'injecte et le front se couvre de sueur.

Il présente à un haut degré la crainte du toucher pour certains objets ; il ne peut porter la main sur la peluche, le velours, sans éprouver de l'agacement, une constriction à la

tête et un violent malaise qui l'empêche de travailler. Ne pouvant s'habituer au contact du velours, il a dû renoncer au métier de gaînier qu'il aimait beaucoup, mais qui l'obligeait à manier fréquemment cette étoffe.

A diverses reprises, mais surtout dans l'enfance, il était pris de bouffées de rires, sans motifs, qu'il ne pouvait réprimer. Parfois aussi, il est forcé de chanter, de danser sans y être nullement disposé par son état moral ; il est triste quelquefois et néanmoins il doit chanter et danser. Dans quelques circonstances, enfin, il est pris d'un besoin irrésistible de se déplacer, de fuir ; dans ces conditions, il ne peut s'empêcher de sortir, quittant la table, le travail, sans tenir compte du lieu où il se trouve ; tantôt, lorsqu'il est dehors, s'il rencontre un camarade, il s'arrête ; d'autre fois au contraire il va droit devant lui, sans direction et, lorsque, fatigué, il interrompt sa marche et qu'il reprend une conscience plus exacte de sa situation, il n'ose plus rentrer et il lui est arrivé de passer ainsi deux jours hors de la maison.

Depuis qu'il est à l'asile, sous l'influence de l'hydrothérapie et d'une honne hygiène, ces obsessions et ces impulsions se sont amendées, mais elles n'ont pas entièrement disparu ; l'une d'elles, toutefois, la crainte du contact de la peluche et du velours n'existe plus.

On voit, par sa photographie, que la conformation faciale est sensiblement normale, le crâne présente une légère ensellure au niveau de la suture fronto-pariétale.

XI

ACCUMULATION CHEZ UN MÊME SUJET DE SYNDROMES ÉPISODIQUES INTÉRESSANT SUCCESSIVEMENT DIVERSES RÉGIONS DE L'AXE CÉRÉBRO-SPINAL. — COEXISTENCE DE FOLIE HÉRÉDITAIRE, DE DÉLIRE ALCOOLIQUE ET DE DÉLIRE ÉPILEPTIQUE (1)

Cette malade, atteinte de folie héréditaire (dégénérescence mentale), est un exemple non seulement de la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même sujet, mais encore de l'apparition successive, à diverses époques, de différents syndromes épisodiques de la folie héréditaire. Ces syndromes sont instructifs à suivre dans leur évolution, car ils intéressent successivement des régions distinctes de l'axe cérébro-spinal.

C. (Clotilde), journalière, est âgée de 30 ans, sa grand'mère paternelle s'adonnait aux excès de boissons; son père, strabique, d'une intelligence faible, avait été, à onze ans, affecté de fièvre typhoïde; il était très émotif, jaloux, et avait présenté pendant plusieurs mois du délire mélancolique. La sœur du père était menteuse, dépensière, paresseuse; fille-mère, elle avait tenté de se suicider pendant la grossesse; mariée à trente ans avec un homme de soixante, elle s'est

(1) Magnan (Com. à la Soc. médico-psych. *Ann. médico-psych.*, 7e série, t. II, 1885, p. 235.)

toujours refusée à sortir le jour avec son mari, elle ne consentait à descendre dans la rue avec lui qu'après le coucher du soleil. La mère, nerveuse, est devenue très irritable à la suite des mauvais traitements que lui a fait subir son mari; la sœur de la mère est somnambule et le frère de la mère est alcoolique. Sur dix frères ou sœurs de Clotilde, neuf sont morts à la suite de convulsions, un frère survivant a uriné au lit juqu'à dix-sept ans, il a actuellement la manie de jeter, à la fin de chaque repas, une parcelle de pain qu'il trempe dans son café.

Quant à la malade, à un an, elle est prise de convulsions; d'une intelligence faible, elle apprend difficilement à l'école; de très bonne heure, elle se montre menteuse, voleuse et se livre à l'onanisme. Elle urine au lit jusqu'à seize ans; elle est souvent triste, s'éloigne de ses camarades d'école et ne prend pas part à leurs jeux. Elle se lève parfois la nuit et parcourt tout endormie la maison; ces accès de somnambulisme ont cessé vers quatorze ans.

Dès l'âge de douze ans, elle perd par moments, tout en restant consciente, la libre direction de ses mouvements. Ce sont d'abord des mouvements analogues à de simples réflexes, se passant dans le segment d'un membre ou dans tout un membre, ne paraissant mettre en jeu qu'une région limitée de la moelle : tels sont les mouvements de flexion ou d'extension de la main sur l'avant-bras, ou de l'avant-bras, sur le bras, du pied sur la jambe ou de la jambe sur la cuisse; ou bien encore l'élévation d'une épaule; d'autres fois, ce sont des mouvements plus étendus, le frottement d'une main contre l'autre; d'autres fois encore, c'est la marche en avant, la malade pénètre sans but, mais le sachant, dans une chambre, la parcourt et se retire, c'est tout; mais dès qu'elle a commencé à marcher, elle ne peut plus s'empêcher de continuer, et elle éprouverait un très grand malaise si elle s'arrêtait. Tous ces mouvements, sans utilité, sans objet, s'effectuent en dehors de la volonté; la

malade les constate tout en restant impuissante à les réprimer.

D'autres fois, ce sont des phénomènes d'arrêt qui se produisent : étant debout, la malade ne peut plus s'asseoir, assise, elle ne peut plus se lever et pendant un moment sa volonté est inhibée. Dans tous ces cas la moelle s'émancipe, l'influence psycho-motrice semble suspendue.

Dans d'autres circonstances, les phénomènes sont plus complexes, c'est toute la mimique d'un état passionnel nettement déterminé, le rire ou les pleurs, qui échappent à la volonté; et cette manifestation extérieure est en désaccord avec l'état cénesthétique du sujet qui, tantôt est indifférent, tantôt, au contraire, est opposé à la nature même de la manifestation. Ainsi, Clotilde a été prise, un jour, d'un fou rire, à l'enterrement de son grand-père, pendant que toute la famille en larmes se lamentait et qu'elle était elle-même profondément affligée de la perte de ce parent qu'elle aimait beaucoup et qui s'était toujours montré très bon pour elle. D'autres fois, au contraire, elle pleure sans qu'aucune cause intérieure ou extérieure explique cette manifestation de la tristesse, indépendante de la disposition morale et de la volonté.

Non seulement les mouvements et certaines expressions de la physionomie lui échappent, mais elle est parfois obligée de prononcer des mots qu'elle ne voudrait pas dire : « Est-ce singulier; raconte-t-elle, de dire, le sachant, des mots que je ne voudrais pas dire. » Ce sont le plus souvent des paroles grossières qu'elle se sent poussée à prononcer soit devant des étrangers, soit devant des personnes qu'elle respecte; parfois même, elle les prononce étant seule. Un jour, elle portait des légumes qu'elle venait de cueillir et qu'elle voulait vendre; deux messieurs lui proposent de les acheter, elle répond sans pouvoir se retenir : « Mon sac est lourd, je suis fatiguée, j'ai le cul lourd »; surprise elle-même d'un tel propos, elle s'éloigne toute honteuse.

Elle peut quelquefois ne pas articuler à haute voix les mots qu'elle est poussée à prononcer, mais elle doit, dit-elle, les répéter en dedans, intérieurement; si elle ne les prononçait pas, elle éprouverait un grand malaise, elle serait suffoquée. Le mot une fois dit, elle est tranquille. Quelquefois elle se retire dans un lieu écarté, prononce le mot et se sent soulagée; parfois, enfin, elle se voit obligée de chanter sans pouvoir se retenir.

Dans quelques circonstances, non seulement elle se sent portée à prononcer des paroles qu'elle ne voudrait pas dire, mais elle est poussée irrésistiblement à raconter des histoires de gens enterrés vivants, elle ne s'arrête pas quand on lui impose silence, il faut absolument qu'elle arrive au bout de son récit. Vivement préoccupée de l'idée que certaines personnes en léthargie peuvent être enterrées vivantes, elle lit avec avidité, dans les journaux, les faits divers relatant des enterrements de gens vivants ; ce sont ces faits qu'elle raconte dans des récits monotones et qu'elle ne peut pas interrompre, malgré les prières pressantes de son entourage; parfois aussi, elle parle de la venue d'un nouveau déluge auquel elle croit et dont elle s'inquiète. Lorsqu'elle a longuement parlé de ces différents sujets, elle se sent soulagée.

Sous l'obsession de l'idée qu'elle ou ses parents peuvent être enterrés vivants, ou bien encore que, engloutis dans le déluge, ils subiraient une longue agonie sous l'eau, elle demande avec instance qu'on fasse son autopsie, ou bien qu'on lui plonge, dès qu'on la croira morte, un poignard dans le cœur; elle déclare, d'autre part, qu'elle est décidée à poignarder le cadavre de ses parents avant leur enterrement. Elle s'était aussi procuré un revolver qu'elle plaçait toutes les nuits sous son oreiller, afin de pouvoir tuer ses parents et elle-même dès que l'habitation serait envahie par les eaux.

A plusieurs reprises, elle a été, sous le coup d'impulsions, poussée à des actes dangereux; un jour, entre autres — elle

avait à ce moment quatorze ans — elle a saisi son frère âgé de deux ans et l'a tenu un moment suspendu au-dessus de la bouche d'un puits : « Je ne voulais pas, dit-elle, lui faire du mal, mais c'est une idée qui m'est venue et dont je n'ai pu m'affranchir; du reste, s'il m'eût échappé des mains, je me serais moi-même jetée dans le puits. » Actuellement elle éprouve encore parfois l'impulsion à frapper.

Comme syndrome épisodique de la folie héréditaire, C... (Clotilde) a présenté encore des anomalies sexuelles qu'on ne doit pas passer sous silence. De très bonne heure, elle s'est livrée à des pratiques d'onanisme qu'elle a continuées jusqu'à dix-huit ans. Elle a souvent essayé de résister à cet appétit du centre génito-spinal, mais sans succès; ce besoin, dit-elle, était trop impérieux. Plus tard, elle a été prise de violents désirs de copulation, sans que ces désirs aient eu pour objet une personne déterminée; elle s'est abandonnée, pour l'unique satisfaction des sens, à plusieurs individus qu'elle n'aimait pas. Enfin, elle a eu, dit-elle, il y a plusieurs années, une véritable affection, mais elle n'a pas pu épouser l'homme qu'elle aimait; elle distingue elle-même ces différents états et se trouvait tout autre suivant qu'il s'agissait d'un besoin purement local ou de désirs basés sur les sens ou sur les sentiments. Elle s'est donc montrée, ainsi que nous l'avons déjà vu, dans les anomalies, les aberrations et les perversions sexuelles, successivement spinale, spino-cérébrale postérieure et spino-cérébrale antérieure.

De quinze à vingt ans, se sont produits passagèrement des phénomènes d'un autre ordre, des attaques convulsives avec perte subite de connaissance et des vertiges suivis quelquefois d'accès de délire inconscient. Un jour, son père l'envoie acheter des provisions chez un épicier; elle sort et se dirige vers la boutique d'un cordonnier; arrivée là, elle prononce quelques phrases incohérentes, ajoute quelques mots grossiers et se retire. Au moment de rentrer à la maison, revenant à elle, elle s'aperçoit que la commission n'est pas faite

et s'empresse de se rendre chez l'épicier pour faire ses achats. Le lendemain, elle est fort surprise lorsque, en entrant chez le cordonnier, on lui fait part de la singulière visite de la veille, elle n'en conserve aucun souvenir et n'y croirait pas sans les affirmations formelles de deux personnes qui se trouvaient dans la boutique au moment où elle est entrée. Aucune manifestation épileptique n'a reparu depuis une dizaine d'années.

C... (Clotilde) fait de temps à autre des excès de boissons et à diverses reprises, depuis trois ans, elle a été prise de cauchemars, d'insomnie et bientôt d'hallucinations pénibles surtout la nuit; elle voyait des chats dans la chambre, de grandes figures qui défilaient, elle apercevait les différents membres d'une même famille, rangés suivant leur taille, les uns à côté des autres.

En dehors de ces accès de délire alcoolique de très courte durée, elle est prise parfois de tristesse, elle croit qu'on lui en veut, qu'on cherche à l'empoisonner, elle s'imagine qu'on l'écoute, qu'on l'épie à travers la serrure; un jour, elle jette les aliments préparés pour le repas de ses parents et leur dit : « Si vous mangez, vous serez empoisonnés. » Sous l'influence de ces préoccupations pénibles, elle a fait deux tentatives de suicide, elle a voulu se noyer dans une baignoire, une autre fois elle a cherché à se pendre.

Si nous jetons un coup d'œil sur les nombreux troubles névro-psychiques présentés par cette malade, nous constatons un état complet de déséquilibration de tout l'axe cérébro-spinal.

En dehors de l'état mental, se manifestent les syndromes épisodiques les plus caractéristiques : les mouvements simples et complexes; la mimique des expressions passionnelles, échappant à la volonté; les obsessions; les phénomènes inhibitoires; les impulsions; les anomalies sexuelles, sans compter les accès mélancoliques, à évolution rapide, suivis de tentatives de suicide.

Avec cette prédisposition si profondément névrosique, il a suffi de quelques excès de boissons pour faire surgir le délire alcoolique. Enfin l'alcoolisme de la grand'mère paternelle et du père semble, parmi les conditions étiologiques, avoir à son actif les accidents épileptiques manifestés pendant quelques années. La folie héréditaire, le délire épileptique, le délire alcoolique ont évolué côte à côte, sans se confondre, chacun d'eux se présentant avec ses caractères spéciaux.

Observation. — *Dégénérescence mentale; de 18 à 36 ans, trois accès de dépression mélancolique; dans le cours du dernier accès désir irrésistible de manger : sitiomanie* (1).

Il s'agit d'une malade âgée de 36 ans, qui se sent par intervalles poussée à absorber des quantités considérables d'aliments. Si l'on s'en tenait à ce seul symdrome, sa maladie pourrait être qualifiée de *sitiomanie;* quoi qu'il en soit, voici son histoire : le père était un original à caractère un peu vif, c'est là tout ce que l'on sait sur les antécédents héréditaires. Elle-même a toujours été fantasque, orgueilleuse et prétentieuse à l'excès ; vers dix-huit ans, elle traversa une période de tristesse pendant laquelle elle se sentit prise de découragement, d'apathie, d'indifférence, sans pouvoir se livrer à aucun travail. Mariée à 21 ans, elle eut deux enfants et n'offrit rien d'extraordinaire jusqu'à 28 ans; elle eut alors une nouvelle période de dépression mélancolique qui dura deux ou trois mois. En novembre 1884, à trente-six ans, elle devient encore une fois triste sans savoir pourquoi et, à la fin de janvier de l'année suivante, elle fut toute surprise des sensations étranges qui l'envahissaient : cette femme qui ne s'intéressait à rien, éprouva tout à coup un

(1) Magnan (Com. à la Soc. médico-psych., *Arch. de neurol.*, t. X, n° 28, juillet 1885, p. 115.)

désir insatiable de manger. Tous les aliments lui étaient bons : pain, viande, légumes, fruits, fromage, peu lui importait pourvu qu'elle mangeât; elle avait beau se lamenter, se reprocher sa gloutonnerie, elle ne s'en corrigeait pas : les journées et les nuits se passaient à manger. Cette existence lui devint si intolérable qu'elle demanda à être placée dans un établissement où on l'empêcherait de satisfaire son appétit; elle eut même, dans ces derniers temps, des idées de suicide qui décidèrent sa famille à prendre cette résolution. « Voilà la cause de mon malheur, » dit-elle, chaque fois qu'elle voit un morceau de pain. Semblable affection n'est-elle pas en tous points comparable à la dipsomanie? Aujourd'hui l'accès touche à sa fin.

XII

DE LA FOLIE DES ANTIVIVISECTIONNISTES (1)

Depuis quelques années, un sentiment, une idée, d'ailleurs fort respectables, l'amour et la défense des animaux contre des brutalités ou des sévices inutiles, sont devenus le point de départ de la formation de Sociétés dites protectrices des animaux. Dans ces milieux, éminemment zoophiles, on oublie volontiers ce qui, dans notre état social, reste encore à faire au point de vue philantropique ; aussi ne craint-on pas de présenter des propositions telles que la création de caisses de retraite pour les animaux vieux et infirmes. Dans ce courant d'idées qui les captive, des êtres trop sensibles, des cerveaux mal équilibrés, des dégénérés trouvent de nombreux thèmes dont ils s'emparent, qu'ils exagèrent et qui finalement deviennent chez eux un véritable délire. C'est ainsi, nous allons le voir, qu'est engendrée la folie des antivivisectionnistes, dont je désire vous entretenir un instant.

Tout d'abord, il va sans dire qu'il ne s'agit pas d'une espèce pathologique nouvelle, c'est simplement un syndrome épisodique, une des manifestations variées par lesquelles se traduit la folie héréditaire. C'est, si vous le voulez, au point de vue intellectuel un des *stigmates* psychiques de la folie héréditaire.

(1) Magnan, *Com. à la Soc. de Biol.*, 27 février 1884.

A côté des antivivisectionnistes, il faut placer des végétariens d'une espèce particulière, ceux qui poussent à l'alimentation exclusivement végétale, non point par mesure d'hygiène, mais uniquement pour éviter le sacrifice ou l'abatage des animaux. Un exemple de ce genre nous sera fourni par une malade entrée à l'asile Sainte-Anne à la suite d'un scandale aux abattoirs de la Villette.

C'est une fille de trente-sept ans, dont la grand'mère paternelle est morte à Charenton, et dont la mère, âgée de soixante ans, atteinte de délire chronique, a successivement traversé les périodes d'inquiétude, de persécution et commence à entrer dans la phase ambitieuse qui aboutira vraisemblablement à la démence, la maladie ne s'arrêtant guère à la troisième période. L'hérédité vésanique est donc convergente chez cette fille, aussi les dispositions maladives se sont-elles montrées de bonne heure. Toujours scrupuleuse, toujours méticuleuse, un incident assez important de sa vie, une rupture de mariage, est venu donner à ces tendances une activité plus grande : elle est persuadée que son fiancé n'ayant pas pu l'épouser, va se tuer ; elle en est très affectée, très émue et s'attend, à chaque instant, à recevoir la fatale nouvelle ; elle se reproche d'être la cause de cette mort.

Elle est, en outre, très superstitieuse et s'alarme à la vue d'un peu de sel ou de poivre répandu sur la table : c'est signe de malheur, il va se produire quelque catastrophe. De même l'apparition d'une araignée la trouble et la remplit, toute la journée, de crainte.

Une période plus active de délire se produit ensuite ; pendant quelque temps surviennent des hallucinations avec des idées de persécution, des craintes, des frayeurs : des individus la surveillent, l'observent, se cachent dans la cave, l'écoutent. Après une courte période d'excitation, elle se calme, mais bientôt apparaissent des phénomènes d'un autre ordre.

Depuis six mois elle refuse de manger de la viande et s'en

tient à une nourriture végétale. Elle voudrait s'opposer à l'abatage des animaux ; elle veut également prendre soin des plus malheureux et elle sort chaque jour avec un panier renfermant des provisions qu'elle distribue aux chiens vagabonds les plus maigres qu'elle rencontre. Elle se rend également dans les abattoirs, où elle exhorte les garçons bouchers à cesser leur tuerie : « Nous n'avons pas le droit de tuer les animaux, leur dit-elle : les animaux sont des frères qu'il faut protéger. » Elle est allée dans plusieurs établissements poursuivre sa croisade et elle a été arrêtée aux abattoirs de la Villette dans le feu même de ses discours.

Entrée à Sainte-Anne, elle refusait absolument de manger, elle prétendait que la sainte Vierge l'inspirait, et elle a dû quelque temps être nourrie à la sonde. Elle s'est améliorée assez promptement et elle a été rendue à sa famille, beaucoup plus tranquille, mais non guérie.

La seconde malade, l'antivivisectionniste, avait demandé des conseils à M. Charcot, qui, avec son obligeance habituelle, a bien voulu me l'adresser en la signalant à mon attention.

Elle est âgée de quarante ans et, malgré l'absence de renseignements précis sur ses antécédents héréditaires, elle a été toute sa vie si émotive, si nerveuse, si impressionnable, que les troubles morbides qui se sont développés depuis cinq ans ne sont que la traduction plus active de ses dispositions natives.

Sa sollicitude pour les animaux est tellement grande, que quand il pleut, la nuit, elle ne dort pas, songeant aux fatigues des chevaux sur un sol glissant et aux mauvais traitements que, dans certaines circonstances, leur infligent les cochers.

Le bruit d'un coup de fouet l'émotionne à un tel point, qu'elle tremble de tous ses membres, pensant à la malheureuse bête qui a reçu le coup. Un jour, dans la rue Drouot,

voyant frapper un cheval, elle s'est évanouie et serait tombée sans le secours d'un passant.

L'idée seule d'une expérience de physiologie, d'une vivisection, comme elle dit, lui arrache des larmes, la jette dans un état d'angoisse extrême ; elle ne voudrait pas, pour sauver sa vie ou la prolonger, que l'on fît la plus petite expérience sur un animal, et elle donnerait, dit-elle, de grand cœur son existence, non pas demain, mais à l'instant même, si en échange on lui promettait qu'il n'y aurait plus jamais un animal sacrifié.

Cette disposition d'esprit, cette préoccupation incessante rend sa vie insupportable, la pousse parfois aux actes les plus extravagants et les plus ridicules pour éviter une fatigue ou un mal quelconque à un animal, chien, cheval, chat, grenouille, tortue, etc. A peine dans la rue, son œuvre de protection commence : elle ramasse les morceaux de verre, de crainte qu'un cheval dans sa chute ne vienne à se blesser. Un jour, elle a passé, elle, en toilette de dame, plus d'une demi-heure à ce travail de chiffonnière.

Demeurant à la banlieue, dans une localité où l'on se propose d'élever de nouvelles constructions à côté de sa maison, elle voulait faire empierrer le chemin pour empêcher les lourdes charrettes chargées de matériaux de s'embourber dans les temps de pluie et éviter ainsi les coups de collier inutiles ; mais elle s'est décidée, au dernier moment, à déménager, ne se sentant ni la force ni le courage d'entendre les cris, les jurons et les coups de fouet des charretiers.

Arrivée à une station de voitures, elle fait de vives remontrances à toute personne qui prend un fiacre à la queue de la file, parce que le cheval récemment arrivé est encore fatigué ; elle ne peut s'empêcher de récriminer, lorsqu'elle voit choisir également un fiacre dont le cheval mange l'avoine.

Un matin, tandis qu'elle passait devant la boutique d'un charbonnier, elle aperçoit cet homme rudoyant un vieux

cheval qui ne veut pas entrer dans les brancards de la charrette ; elle le supplie de ne plus frapper l'animal ; puis elle s'approche elle-même de la rosse, lui parle doucement, la caresse, l'embrasse et finit par l'installer dans les brancards. Avant de se retirer, elle demande au charbonnier l'heure où il attelle, et le lendemain, à l'heure indiquée, elle est là, demandant la faveur de s'occuper de la bête ; sa requête est accueillie en riant par le charbonnier. Elle revient plusieurs jours de suite, jusqu'à ce que l'animal plus docile se laisse atteler sans résistance.

N'ayant nul souci des témoins ni du lieu où elle se trouve, elle invective les cochers qui frappent leurs chevaux : « Je préfèrerais, dit-elle, recevoir le coup, que de le voir donner à l'animal. »

Si elle voit tomber un cheval, elle accourt aussitôt et force le conducteur à dételer l'animal pour qu'il puisse se redresser plus facilement. Si l'on refuse, elle s'assied sur la bête, prévenant qu'elle ne bougera pas avant que l'on ait dételé.

Lorsqu'elle aperçoit un cheval grièvement blessé, elle s'empresse de lui porter secours : « Je ne me rends compte, dit-elle, de rien ; je ne vois même pas la foule qui m'entoure qui souvent m'est hostile. Je ne reste pas inactive, ajouta-t-elle, je vais chercher à l'animal de l'avoine, des carottes, de la luzerne, de l'eau ; je lui donne à boire moi-même, je lui soulève la tête, je lui lave les naseaux avec mon mouchoir, je lui mets de la paille sous sa pauvre tête, je fais tout ce que je peux pour adoucir ses derniers moments, et je le protège contre les foules lâches et cruelles. La pauvre bête a, à ses derniers moments, ce qui lui a manqué toute sa vie, un ami ! »

Un jour, elle offrait mille francs pour qu'on achevât sur place et qu'on ne fît pas souffrir, en le transportant chez l'équarrisseur, un cheval qui avait une patte cassée. Elle achète une autre fois cent cinquante francs un vieux cheval exténué, elle le place en pension moyennant soixante-dix-

huit francs par mois et parvient ainsi, dit-elle, à prolonger son existence de cinq mois.

Un jour encore, elle se trouve mal après avoir relevé un chien dont la patte venait d'être écrasée par une roue de voiture. Elle recueille les chiens misérables qu'elle rencontre dans la rue, elle les emmène chez elle ou les place dans une infirmerie.

Elle fait un testament en faveur de cinq ou six chiens qu'elle soigne à sa maison. Elle a légué à chacun vingt-cinq francs par mois, mais craignant que cette somme ne soit insuffisante, elle se propose de l'augmenter. Elle m'a raconté, avec de grands éloges, qu'une dame *protectrice* avait, plusieurs jours de suite, aux Halles, acheté toutes les grenouilles pour les enlever aux vivisecteurs.

Sous les instigations d'une autre malade dont nous allons parler, elle a écrit à différents journaux contre MM. Paul Bert, Brown-Séquard, Laborde, etc.

Mais voici le passage d'une lettre qu'elle m'a adressée le 7 décembre dernier et qui montre une fois de plus sa nature compatissante: « Il neige, il fait froid, le pavé est gelé. Un surcroît de souffrance pour les pauvres chevaux! Vous ne pouvez pas vous faire une idée de ce que je souffre en pensant aux souffrances de ces malheureuses bêtes.

» Je vous en prie, je vous en supplie, si vous avez de l'influence sur M. Laborde et autres vivisecteurs, employez-la en faveur des chevaux. Un animal qui rend tant de services à l'humanité a droit à notre pitié. »

En dehors de cet amour pour les animaux les plus malheureux, qui la tient en émoi, elle présente, fait important à noter au point de vue des *stigmates* psychiques de la folie héréditaire, elle présente des bizarreries d'un autre ordre. Ce sont des craintes du contact de certains objets, craintes analogues à celles que M. J. Falret a associées à cette forme de folie désignée sous le nom de folie du doute et qui n'est, après tout, qu'un syndrome épisodique de la folie héréditaire.

Notre malade ne peut supporter la moindre poussière sur un meuble et elle essuie tous les objets après sa domestique ; elle passe elle-même à l'eau, avant de s'en servir, la vaisselle déjà lavée ; elle ne se sert jamais d'une serviette revenue du blanchissage, sans l'avoir préalablement trempée dans l'eau et fait sécher. « Je ne me laverai jamais la figure, dit-elle, avec une serviette qui revient du blanchissage, sans la passer à l'eau ; et cependant je pose sans le moindre dégoût mon visage sur le museau d'un cheval ; je panse les plaies des animaux, même les plus malpropres, sans la moindre répugnance. »

Elle se lave plus de vingt fois par jour ; elle est, sans cesse, en mouvement chez elle, et dans l'appartement elle craint constamment de manquer d'air. Elle a une hyperesthésie des sens et particulièrement de l'ouïe ; elle ne peut supporter le pas des domestiques ; elle les oblige à quitter les souliers et à prendre des chaussures qui ne fassent aucun bruit

Tel est l'antivivisectionniste triste, modeste, bon, qui n'a qu'un but : faire du bien aux animaux malheureux. Un autre exemple va nous montrer l'antivivisectionniste ambitieux, batailleur, pour qui l'amour des animaux n'est qu'un prétexte à démonstrations bruyantes.

Il s'agit d'une dame âgée de trente-huit ans, dont la mère, atteinte de délire chronique, est morte au bout de vingt ans dans la démence. Cette antivivisectionniste est très remuante, très agressive; c'est, en un mot, la véritable héroïne du genre. Comme beaucoup d'héréditaires mal équilibrés, elle n'est pas dénuée d'esprit ; elle m'avait adressé ces quelques mots avant de venir me trouver : « Je ne pense pas, Monsieur, que ce soit à titre de simple cas pathologique que j'aurai l'honneur de me présenter devant vous. Néanmoins, je ne m'en trouverais nullement humiliée, les toqués et les fous, à notre époque, me paraissant à peu près les seules personnes dignes d'estime. »

Elle éprouve une certaine satisfaction à raconter la part

active qu'elle prend dans la campagne contre la physiologie expérimentale. Elle a, dit-elle, l'esprit de l'avenir, elle est le Progrès, la Lumière, elle ne tient pas à appartenir à un milieu bien pondéré, à avoir une intelligence d'un niveau moyen, un esprit égal ; on ne peut rien faire dans ces conditions. Elle ne tient pas à garder les réserves de son sexe, elle s'affranchit de toutes ces conventions ridicules, et au besoin elle ne craint pas de jurer et de recourir à un langage un peu épicé. Elle a du courage, elle ne redoute pas la lutte, elle veut soutenir les faibles. Les peines physiques la touchent peu, elle marche en avant, elle hait l'humanité qui est méchante, et elle aime les bêtes.

Une expérience sur un animal devrait sauver, dit-elle, son fils, qu'elle s'y opposerait formellement, ne voulant pas devoir la vie de son fils à la vie d'un animal. Du reste, la douleur humaine la touche peu, tandis qu'elle s'émeut à la vue et à l'idée de la souffrance des animaux. Elle trouve plaisir à raconter qu'elle est entièrement détachée des affections humaines ; elle aime son fils parce qu'elle le tient sous la main, qu'elle le domine et qu'elle espère l'élever dans la haine de l'humanité et l'amour des animaux. Elle estime son mari, elle le considère comme un ami, comme un camarade, et, si elle éprouve un autre sentiment pour lui, c'est, sans doute, le résultat de l'habitude.

Il y a quelques années, elle avait recueilli chez elle douze chats ; mais comme elle occupait un appartement dans une des dépendances d'une grande administration, elle avait été invitée à se débarrasser de tous ces animaux ; elle décida son mari à abandonner une situation avantageuse plutôt que de se séparer de ses chats. Aujourd'hui, elle n'en a plus que cinq ou six ; elle en prend d'ailleurs grand soin, elle les baigne de temps à autre ; parfois ils la griffent, mais ça ne l'arrête point ; elle les laisse une heure dans une couverture de laine pour les bien sécher ; elle les surveille attentivement et se lève la nu pour jeter leurs ordures et les tenir proprement.

Ce contraste étrange entre cette préoccupation incessante pour l'animal et l'indifférence pour l'homme est une anomalie qui aurait lieu de surprendre avec la lucidité d'esprit que présentent ces malades, mais qui devient cliniquement un fait vulgaire, quand on se reporte aux bizarreries et aux singularités des dégénérescences intellectuelles.

Je dois encore rappeler un fait. Lors du congrès de Norwich, en 1874, au moment où je me disposais à répéter les expériences sur l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe, la salle fut envahie par plusieurs individus, à la tête desquels se trouvait un véritable énergumène qui, l'œil étincelant, le visage injecté, vint avec un couteau couper le lien qui retenait l'une des pattes d'un chien. Il se disposait à continuer, quand je l'écartai doucement et priai deux assistants de le maintenir, absolument comme j'ai l'habitude de faire pour certains aliénés agités. Je poursuivis ensuite ma démonstration. J'ai le regret de n'avoir pu obtenir de renseignements sur les antécédents de cet impulsif, mais à coup sûr on eût trouvé une tare originelle expliquant cet étrange accès de fureur.

En résumé, ces faits nous montrent, une fois de plus, combien peuvent être variées les couleurs sous lesquelles se manifeste la folie héréditaire. Chez les dégénérés, tout devient, en effet, occasion de délire, et, grâce à leur puissante prédisposition, ces malades n'ont pas besoin pour arriver à la systématisation de passer par les étapes longues et progressives que parcourent méthodiquement les délirants chroniques.

XIII

DE L'ONOMATOMANIE (1)

Par l'expression *Onomatomanie*, nous n'entendons pas désigner une espèce pathologique nouvelle, nous désirons simplement attirer l'attention sur un groupe de symptômes dans lequel le mot ou le nom jouent un rôle prépondérant; ces troubles psychiques s'observent habituellement chez des sujets très élevés dans l'échelle des dégénérescences mentales (les simples déséquilibrés), et constituent un des syndromes épisodiques de la folie héréditaire.

Pour que la préoccupation du mot surgisse au point de provoquer l'angoisse, que cette préoccupation repose sur une recherche pressante et active du mot, sur une obsession ou une impulsion, il faut nécessairement, nous le verrons, un terrain de choix. Ce syndrome, de même que la folie du doute, l'inversion du sens génital, les anomalies sexuelles, la terreur des épingles, la folie des antivivisectionnistes, la dipsomanie, etc., ne peut se développer que chez les seuls prédisposés.

Tous ces états si nombreux, si variés, confondus sous les titres de folie avec conscience, folie raisonnante, manie sans délire, pseudo-monomanie, etc., ne sont que les *stigmates psychiques* de la folie héréditaire. Aussi, ces syndromes épi-

(1) En collaboration avec M. Charcot (*Arch. de Neurologie*, n° 29 et suivants.)

sodiques peuvent-ils être déterminés par les causes les plus insignifiantes : le souvenir d'un simple fait divers peut faire naître la recherche angoissante du nom; un coup de tonnerre amène, comme chez un malade de M. Blanche, la crainte du phosphore; la chute sur la table d'un corps métallique suffit à provoquer la terreur des épingles. Mais ce n'est là assurément que la goutte d'eau faisant déborder le vase; derrière la cause prochaine, souvent banale, se trouve toujours la cause éloignée, la prédisposition; le sujet était mûr pour l'éclosion de pareils accidents.

Pour bien comprendre le rôle que peut jouer le mot dans les préoccupations des héréditaires, il faut examiner les principales situations qu'il peut créer : 1° la recherche angoissante du nom ou du mot; — 2° l'obsession du mot qui s'impose et l'impulsion irrésistible à le répéter; — 3° la signification particulièrement funeste de certains mots prononcés dans le cours d'une conversation; — 4° l'influence préservatrice de certains mots; — 5° le mot devenu pour le patient un véritable corps solide indûment avalé, pesant sur l'estomac et pouvant être rejeté par des efforts d'expulsion et le crachement. — Dans tous ces cas, le malade a une entière conscience de son état; il regrette et déplore, dit-il, ces idées absurdes, mais il n'en reste pas moins l'esclave de ces bizarreries.

I. — Étudions d'abord les faits se rattachant à la recherche angoissante du nom ou du mot.

Observation I. — *Hérédité morbide; — dégénérescence mentale, déséquilibration dès l'enfance; — à dix-huit ans accès mélancolique. — Plus tard, perversions sexuelles. — Recherches angoissantes du mot. — Recherche angoissante du nombre. — Rires et pleurs involontaires analogues aux tics. — Doutes sur l'Infini. — Périodes dépressives irrégulières dans tout le cours de la vie; tendances au suicide dans les dernières années.*

M. S..., âgé de soixante ans, que nous avons vu avec notre distingué confrère M. le Dr Derlon, est très inégal, très irrégulier de mœurs et de caractère; il a gaspillé sa fortune et n'a jamais pu se livrer à une

occupation suivie. Son grand-père paternel, qui passait pour un homme bizarre et original, avait fait bâtonner un de ses fils pour le punir d'avoir projeté une mésalliance. Son père avait une grande passion pour le jeu; toutefois il occupait dans l'armée un grade supérieur et s'était fait remarquer par sa bravoure. Un oncle paternel était mort fou; une sœur avait été prise d'accès maniaque à la suite de couches et une seconde sœur, délirante chronique, est encore dans une maison de santé.

A dix-huit ans, M. S... éprouve un accès de mélancolie qui dure deux mois. Il avait depuis longtemps déjà contracté des habitudes d'onanisme, il se livre plus tard à la pédérastie et s'adonne au coït debout. Depuis cette époque jusqu'à soixante ans, il a traversé des époques irrégulières de dépression auxquelles se sont ajoutées, dans les dernières années, des idées de suicide.

Au mois d'avril 1884, il rencontre, dans l'avenue des Champs-Élysées, un monsieur qu'il avait connu pendant un voyage à Rome, il s'arrête, cause avec lui et, après l'avoir quitté, il cherche à se souvenir de son nom; n'y parvenant pas, il essaye de penser à autre chose; mais, loin de réussir, le besoin de retrouver ce nom s'impose et devient pressant; obsédé, il fouille vainement dans sa mémoire, il éprouve un très grand malaise, il se sent oppressé, *serré à l'estomac;* son visage se couvre de sueur, ses mains sont froides et, craignant de s'évanouir, il s'empresse de rentrer chez lui, se lamentant, se désolant, parcourant à grands pas son appartement dans un état d'angoisse extrême.

Quinze jours après, étant en soirée, il aperçoit un ancien camarade qu'il n'avait pas vu depuis plusieurs années ; ils s'entretiennent longuement ensemble, puis il se retire. De retour chez lui, M. S..., qui ne s'est pas souvenu du nom du camarade, le cherche d'abord, se remémore diverses circonstances qui pouvaient l'y aider, mais sans succès; il s'efforce de se débarrasser d'une pareille fantaisie : c'est vainement; l'obsession, de plus en plus pressante, ne laisse place à aucune autre pensée; il ne peut se coucher, il pleure, gémit, s'agite et, accablé, il finit par se laisser tomber sur un canapé dans le plus violent désespoir. Le repos n'arrive qu'avec la découverte du nom.

A partir de ce moment, il est constamment sur le qui-vive, préoccupé du nom et du prénom des personnes avec qui le hasard le met en relations, les cochers, les marchands, les fournisseurs, etc. Il s'empresse, dès qu'il a vu quelqu'un, d'inscrire le nom sur un feuillet de papier et se sent alors tranquille. Peu à peu, cependant, le champ de ses recherches s'étend et il est poussé à demander le nom d'inconnus, de gens qu'il rencontre dans la rue, puis encore le nom de personnes qui passent en voiture, puis enfin des voyageurs que contient un train de chemin de fer qui siffle devant lui. — L'impossibilité de réaliser de tels désirs le désole, l'exaspère, le rend

furieux et le force à ne regarder personne dans les rues ou à chercher les lieux solitaires, puis enfin à se confiner dans son appartement.

Au bout de trois mois, l'obsession du nombre s'ajoutant à l'obsession du mot, M. S... se voit de plus en plus tourmenté, et sa vie devient de plus en plus pénible. Il compte tout ce qui lui est servi à table, il dresse à chaque repas un tableau sur lequel sont indiqués le nombre de morceaux ou de bouchées de pain, de viande, le nombre de cuillerées d'eau, de vin, de lait qu'il va prendre. Pour le lait, il compte le nombre de gouttes contenues dans une cuillerée, et le nombre de cuillerées dans une tasse. Pourquoi se livre-t-il à ce calcul? Il n'en sait rien, dit-il, c'est ridicule, mais il doit le faire. Si on lui sert une tomate, il s'empresse de compter le nombre de graines qu'elle renferme; il en est de même pour les pommes, les poires.

Un jour, il avait mangé vingt cerises, mais il n'avait recueilli que dix-neuf noyaux; il cherche le vingtième de tout côté. Ne le découvrant pas, il pense qu'il la probablement avalé. Dès le soir, il fouille dans les garde-robes et passe la nuit à pétrir fiévreusement entre ses doigts les matières fécales. Il se lamente de l'insuccès de ses recherches. Sur les instances de sa famille, il se couche quelques heures vers le matin après avoir consenti à faire un grand lavage. Il se relève pour se présenter à la chaise, et l'évacuation obtenue, il recommence, avec plus d'ardeur encore, la recherche du vingtième noyau qu'il finit par trouver le soir seulement, après une nouvelle déjection. Il se calme alors, prend un bain, se couche et passe une bonne nuit.

Il pousse, par moments, sans cause appréciable, de grands éclats de rire qu'il ne peut réprimer; quelquefois aussi il se sensibilise et pleure sans motifs. Par crainte de ces obsessions, il refuse absolument de sortir et manifeste des idées de suicide. Enfin, depuis quelque temps, il devient très méticuleux, il collectionne des débris de toute sorte, des épluchures, des morceaux d'os, des allumettes, des bouts de cordon et de fil, des vieilles plumes, etc. Il ne veut pas, dit-il, avoir à se demander ce que sont devenus ces objets, il fait tous ses efforts pour éviter de telles questions; l'idée de l'*Infini* le jette, ajoute-t-il, dans le doute et l'effraye.

Cette observation est un exemple frappant de la multiplicité des troubles cérébro-spinaux auxquels peut successivement être soumis le dégénéré héréditaire. En effet, toujours mal équilibré, dès dix-huit ans, surgit brusquement un trouble général de l'intelligence, un accès de mélancolie de courte durée, et de temps à autre, depuis

cette époque, se produisent des périodes dépressives s'accompagnant parfois d'idées de suicide. Plus tard, se montrent des perversions sexuelles; plus tard encore, des accès de rires ou des pleurs qui s'imposent à la façon de tics.

L'obsession du mot, l'obsession du nombre se développent successivement, puis enfin arrivent le doute et les interrogations sur l'Infini. Ce sont là tout autant de syndromes épisodiques réunis dans ce cas chez le même sujet, mais qui peuvent, nous le verrons, se montrer isolément, comme troubles distincts, chez différents individus.

Dans le fait suivant, le syndrome est plus limité. Il s'agit d'une dame de Lorient, sur laquelle notre excellent collègue, M. le Dr Le Diberder, ancien interne des hôpitaux de Paris, nous a demandé notre avis.

Voici en quelques mots l'observation.

Observation II. — *Névralgie intercostale : préoccupations hypochondriaques; — chagrins violents; — besoin irrésistible de retrouver des mots ou des phrases; angoisse, désespoir jusqu'à la déeouverte des mots.*

Mme X..., âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament très nerveux, mais dont les antécédents héréditaires ne nous sont pas connus, avait été affectée d'abord d'une névralgie intercostale très douloureuse; vivement préoccupée, Mme X... s'était imaginé que cette douleur était due à un commencement de cancer. Toutefois, il n'a plus été question de cette grave maladie une fois la névralgie guérie. Peu de temps après, à la suite d'un violent chagrin, de la perte à peu d'intervalle de son père et d'un de ses frères, elle est devenue triste, moins active, obsédée, d'abord d'une façon intermittente, puis, au bout de quelques mois, presque constamment, du besoin de rechercher des mots ou des phrases prononcés quelquefois depuis plusieurs semaines. Quand il lui arrive de ne pas retrouver promptement ces mots, elle gémit, se lamente, elle est prise de sueurs, de tremblement et avec l'expression de la plus vive anxiété elle ne cesse de répéter : « Je ne pourrai donc jamais retrouver cela, que vais-je devenir? Je voudrais être morte, je suis folle et vous allez m'enfermer, etc. » Elle néglige son intérieur, se désintéresse de tout, même de son enfant; elle passe ses journées à réfléchir pour retrouver les souvenirs parfois les plus futiles. Ses recherches ne cessent même pas la nuit et le sommeil est devenu rare et agité.

En présence de personnes étrangères, elle peut maîtriser ses obsessions, le calme se rétablit en apparence et l'on ne se douterait point du trouble profond dont elle est l'objet. Elle a, d'ailleurs, parfaitement conscience de son état, et, par instants, elle déplore son impuissance à ne pouvoir résister à d'aussi ridicules obsessions.

Observation III. — *Mère très émotive. — Déséquilibration mentale. — Période dépressive et accès de délire alcoolique avant la recherche angoissante du nom. — Mesures de prévoyance : cahiers, Bottin. — Recherche angoissante des physionomies et des traits.*

M. L..., âgé de quarante-six ans, qui nous a été adressé par M. le Dr E. Collin, médecin inspecteur de Saint-Honoré-les-Bains, est fils d'une mère très nerveuse, irritable, pleurant facilement et se mettant, à la moindre contrariété, à trembler de tous ses membres. Quant à lui, toujours nerveux, émotif, il a été pris, peu de temps après son mariage, sans motifs apparents de tristesse, de découragement, d'insomnie pendant six mois.

En 1881, il a éprouvé, pendant quelques jours, un accès de délire hallucinatoire : il voyait des personnages défiler devant ses yeux, il entendait des chants, parfois des menaces; il était inquiet, effrayé et dormait mal. Tout a disparu assez rapidement. Il buvait à ce moment du vin blanc le matin et parfois des liqueurs. En 1882, il éprouve pour la première fois l'irrésistible besoin de chercher des noms.

Étant venu à Paris pour ses affaires, et se reposant au café, il avait lu dans un journal un fait divers dans lequel il était question d'une petite fille qui, après avoir glissé dans la rue de Provence, était tombée dans un égout en réparation. Il ne connaissait nullement la famille de cette enfant, et le fait en lui-même l'intéressait médiocrement. Il reprend le chemin de fer et rentre chez lui; le soir, il se couche comme d'habitude, sans le moindre incident. Au milieu de la nuit, il s'éveille et la lecture du fait divers lui revient à l'esprit; il cherche à se rappeler le nom de la petite fille. Ce nom ne venant pas, il s'efforce de ne plus y penser et de dormir, mais c'est vainement; le besoin que rien n'explique de trouver ce nom est impérieux et le force à réfléchir et à chercher. Il se retourne plusieurs fois dans le lit, s'assied, réveille sa femme, gémit et, la tête dans les mains, cherche le nom qui ne vient pas. Tout à coup, il saute hors du lit, pâle, angoissé, couvert d'une sueur froide; il se sent, dit-il, *comprimé*, sa poitrine est resserrée comme dans un étau, surtout du côté gauche, il ne peut respirer, il étouffe, il se lamente, parcourant la chambre en se désolant et passe ainsi le reste de la nuit dans la plus vive anxiété. Dès le matin, on va chercher un journal, il voit le nom « Georgette », éprouve aussitôt un immense soulagement et se sent guéri. Quelques temps après, la même scène

se reproduit à propos du nom d'un ami, et comme la première fois, la crise finit après la découverte du nom.

A partir de ce jour, la recherche du nom devient plus pressante, il est obsédé et se voit dans la nécessité de retenir tous les noms qu'il entend; il se munit alors d'un petit cahier et s'empresse de noter successivement les noms qu'il craint de ne pas se rappeler. Dans ce cahier, il classe les noms par groupes; les noms de commerçants, de députés, de fonctionnaires; les noms de ville, etc, Dans une lettre qu'il nous écrivait à cette époque, il dit lui-même : « J'ai la manie de chercher des noms dont je n'ai pas besoin, ou de trouver celui d'une personne que j'ai connue ». Bientôt aux noms de personne, s'ajoutent les noms de choses et les préoccupations de M. L... augmentent d'autant; puis encore ce sont des phrases, des pensées dont il doit se rappeler; il se voit alors obligé de fuir la société, d'éviter les conversations; toutes ses habitudes sont changées et il n'a de repos ni le jour, ni la nuit. Parfois le rêve lui-même devient l'occasion de nouvelles recherches et, pour les éviter, dès qu'il se réveille, il s'empresse de noter les incidents du rêve. Les pensées ou les noms qu'il cherche à se rappeler se rattachent le plus souvent à différents actes de la vie ordinaire, et c'est ainsi qu'il est amené à ne plus oser embrasser ses deux filles, par crainte d'avoir à se souvenir soit des paroles entendues, soit des pensées qu'il aurait eues à ce moment. Dans les rues, il baisse la tête, ferme quelquefois les yeux pour ne voir ni les noms, ni les enseignes sur les devantures; il ne lit strictement que ce qui lui est indispensable, et à la fin, pour plus de sécurité, il ne voyage plus qu'avec un Bottin. A diverses périodes, il a été poussé à se rappeler des airs qu'il avait entendus chanter ou jouer et, pour rien au monde, il n'eût voulu assister à une représentation au théâtre, pas plus qu'il n'eût voulu entendre un discours.

Pendant quelque temps, ce besoin de se souvenir s'est étendu même aux physionomies et aux images. Une femme entre un jour dans son magasin pour faire une emplète, il la regarde comme les autres clientes; mais, dès qu'elle est sortie, il a eu, dit-il, comme un pressentiment et, s'adressant à sa femme, il ajoute : « Voilà une tête qui, je le crains bien, va me faire de l'ennui. » Ceci se passait à dix heures. A midi et demi, il cherche à retracer dans son esprit les traits de cette femme. Ne pouvant pas se rappeler l'image, il s'inquiète, cherche, s'angoisse et se sent *comprimé* comme pour les noms. Il n'a pas pu dîner, il ne s'est pas couché; il pleure, gémit, se lamente jusqu'à quatre heures du matin où subitement, comme une apparition, raconte-t-il, il a pu retrouver dans son esprit l'image et les traits de cette femme. Aussitôt, il se calme et il peut dormir. La photographie eût suffi, dit-il, à conjurer tout ce malaise. Une autre fois, ne pouvant se rappeler la physionomie d'une autre cliente, il

s'est empressé de faire cinq kilomètres pour la revoir et il a pu de la sorte éviter une grande crise.

Cet état a duré deux ans, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration, et il a cessé après un changement complet d'hygiène, après des exercices physiques, de longues promenades, du jardinage et après un traitement hydrothérapique de trois mois régulièrement suivi dans un établissement.

Les premiers jours, il ne quittait pas son petit cahier d'inscription, il le tenait même à table devant tout le monde à côté de l'assiette et prenait des notes sur tout ce qui se disait. Au bout de quinze jours, il s'est mis à table sans cahier, puis il est resté plusieurs heures dans une journée sans écrire, puis enfin il a cessé toute inscription pendant des journées entières; les recherches sont devenues de moins en moins pressantes et M. L... est arrivé insensiblement à se débarrasser de toute obsession.

Depuis un an environ, la guérison se maintient. Toutefois, il est très probable que sous l'influence soit d'une cause morale vive, soit de fatigues, soit d'excès ou de toute autre cause, il se produirait de nouveaux troubles. M. M..., en effet, est un prédisposé chez lequel il a suffi des fatigues du mariage et plus tard d'un écart de régime pour voir se développer tout aussitôt un accès de dépression mélancolique et un délire hallucinatoire très actif, puis l'obsession des noms et des figures. Le terrain est chez lui bien préparé, et la porte reste ouverte à tout le cortège d'obsessions et d'impulsions qui accompagnent le dégénéré héréditaire.

Les deux faits suivants montrent le syndrome à l'état de simplicité; mais l'obsession du mot était-elle isolée? Nous ne pouvons l'affirmer, n'ayant vu qu'une seule fois les malades et n'ayant pas pu nous renseigner sur les antécédents.

Observation IV. — M. X..., âgé de cinquante ans, négociant à Rouen, se présente un jour à la consultation disant : « Voici mon affaire » : il tire, en même temps, de sa poche un cahier où se trouvent indiqués par lettre alphabétique les noms et les adresses des personnes avec qui il est en relation. Il raconte que si, se rappelant telle personne, il ne pouvait pas immédiatement en dire le nom, il surviendrait un tel état d'anxiété qu'il se verrait décidé à reprendre le chemin de fer pour retrouver son cahier.

Observation V. — M. X..., cinquante-six ans, industriel belge, raconte son état de la manière suivante : « J'ai une maladie qui consiste dans l'obsession des noms propres. » Interrogé sur l'existence d'un cahier, il en est surpris et le tire immédiatement de sa poche. Sur ce cahier se trouvaient des noms français et des noms flamands rangés par lettre alphabétique. Il avait fait des croix devant les noms des membres d'une même famille ou les noms des personnes amies. En lisant les journaux, certains mots le frappaient, *communément, indirectement,* par exemple, et ces mots, dit-il, passaient à l'état d'idée fixe.

Voici encore une observation très courte rapportée par M. Moreau, lors de la discussion sur la folie raisonnante devant la Société médico-psychologique.

Observation VI. — « Il (M. Moreau) a vu un homme qui se rend malheureux par l'impossibilité de se remémorer certains noms; s'il le trouve, tout est bien; sinon, il a une crise qui le fait horriblement souffrir. Il est obligé d'avoir constamment sous les yeux l'*Almanach des* 25,000 *adresses.* » (*Ann. médico-psych.*, juillet 1866, p. 97.)

Le dernier fait de ce groupe que nous tenons à rapporter, nous offrira un curieux exemple de l'hérédité directe de ces stigmates psychiques des dégénérés. Le sujet dont nous allons, en quelques mots, rapporter l'observation, est le père d'une malade sur laquelle nous aurons plus tard à insister longuement à propos du mot pénétrant dans l'estomac à la façon d'un corps solide.

Observation VII. — Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, toujours mal équilibré et d'une avarice sordide, quoique dans une position aisée. Il a été pendant longtemps en proie à la recherche angoissante du mot. Pour mettre fin à son anxiété, à ses lamentations, sa femme et sa fille venaient à son secours et prononçaient des mots pouvant se rapporter à celui qui était cherché: elles arrivaient quelquefois à le trouver. Il se sentait immédiatement soulagé, se tranquillisait.

Lorsque ces premiers efforts n'étaient pas couronnés de succès, on avait recours à un dictionnaire dont on lisait parfois un grand nombre de pages avant de trouver le mot. La famille ne se couchait, en général, qu'après la découverte du mot.

Ces observations suffisent, croyons-nous, à mettre en

saillie ce syndrome bizarre qui pousse impérieusement à la recherche du mot effacé du souvenir. Examinons maintenant l'état tout opposé, celui dans lequel ce mot, loin de fuir, s'impose au contraire et force le sujet à le répéter.

II. L'obsession du mot qui s'impose et l'impulsion irrésistible a le répéter.

Dans un précédent article nous nous étions occupés de cet appétit irrésistible du nom ou du mot qui pousse à la recherche angoissante, ne laissant du repos qu'au moment où le mot retrouvé donne satisfaction au centre cortical qui le réclame.

Il s'agit aujourd'hui d'un autre groupe d'onomatomanes chez lesquels le mécanisme est tout autre. Loin d'être absent, au lieu de fuir, le mot, au contraire, s'impose, se place au premier plan dans le centre perceptif dépositaire des images tonales et provoque parfois, sans nul retard, la décharge du centre moteur d'articulation. L'éréthisme de ce centre est tel qu'il échappe sinon au contrôle, du moins à l'influence modératrice des centres supérieurs. Si bien que le mot obsédant s'impose, dans quelques cas, comme une production parasitaire, en dehors du cours ordinaire des idées, et que le malheureux patient surpris, en quelque sorte, non seulement le subit, mais est poussé malgré ses efforts, à le projeter brusquement au dehors.

Parfois, en effet, le malade parvient à réprimer l'impulsion, se lève et, se retirant dans un coin, expulse, à voix basse, cette image verbale obsédante; d'autres fois, plus fortement talonné, il détourne brusquement la tête et laisse échapper le mot, habituellement offensant pour l'interlocuteur; dans quelques circonstances, il parvient à étouffer le mot et à n'émettre que quelques sons gutturaux; mais, d'autres fois, l'impulsion est tellement rapide et imprévue que s'intercalant brusquement dans la conversation, le mot

s'échappe avec l'irrésistibilité du tic, à la confusion du malheureux patient, impuissant à le retenir. Dans ce cas, l'image tonale est apparue d'emblée, sans autre préparation, dans le centre psycho-moteur qui l'expulse incontinent.

M. Gilles de la Tourette et l'un de nous avons eu l'occasion de citer plusieurs cas dans lesquels les paroles grossières s'associaient aux tics (1). Ces deux phénomènes, tics et coprolalie, coexistent parfois, mais ils peuvent également se montrer isolément et quelquefois aussi, ils sont associés à l'un ou à plusieurs des autres syndromes; ils font, en réalité, cortège à la folie héréditaire et n'en sont que des syndromes épisodiques.

L'obsession n'est pas toujours représentée par un seul mot, survenu spontanément ou recueilli dans le cours d'une lecture ou d'une conversation, elle comprend parfois plusieurs mots, une phrase traduisant une idée déterminée; mais que l'obsession émane, comme dans ce dernier cas, de la région antérieure ou du centre cortical postérieur, elle amène l'impulsion. Dans tous les cas, le calme et le soulagement suivent l'émission du mot ou de la phrase. Chez tous ces sujets la conscience reste entière. Sur trois de nos malades, avec l'obsession du mot apparu en dehors du cours des idées et l'impulsion à le répéter, se montrent également les rires et les pleurs involontaires, sans nul rapport avec l'état cénesthésique du sujet.

Observation VIII. — *Dégénérescence mentale. Alternatives d'excitation et de dépression. Hallucinations, troubles de la sensibilité générale, prédominance d'idées de persécution. Craintes du toucher. Lavages réitérés. Rires et pleurs involontaires; coprolalie.*

P..., femme L..., âgé de cinquante ans entre à l'asile clinique (Sainte-Anne), le 30 octobre 1891.

La mère était nerveuse et paraît avoir eu la crainte du toucher : elle se livrait, en effet, à des lavages réitérés ; un frère est mort pa-

(1) Gilles de la Tourette, Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice ccompagnée d'écholalie et de co-

ralytique général, et une cousine maternelle est actuellement en traitement dans un asile pour de la mélancolie.

Mariée à trente ans, elle a toujours été bizarre et extravagante ; dans son intérieur, elle était excessivement méticuleuse, d'une propreté exagérée, se fâchait si le moindre meuble venait à être dérangé, se lavait quinze fois les mains dans la journée avec du citron et était couverte d'engelures l'hiver. Dans ses relations sexuelles elle apportait les mêmes soins minutieux, au grand désappointement du mari, obligé d'attendre la fin d'apprêts inutiles et en tout cas fort inopportuns.

Elle a toujours eu de longues périodes de tristesse, alternant parfois avec des phases d'expansion et de gaîté. A quarante et un ans, à la suite de la mort de son père, elle a été prise de délire mélancolique avec hallucinations et idées de persécution : on la regardait avec mépris ; on lui envoyait des chaleurs dans le bas-ventre, on la poussait à la debauche : « Tu me céderas ou tu crèveras, » lui disait un de ses insulteurs imaginaires. Cet accès nécessita un séjour de cinq mois à l'asile (1882).

Rentrée chez elle, elle reprit ses habitudes premières, tenant bien son ménage, mais exagérant toujours les soins de propreté.

Au bout de quelques mois, les idées de persécution ont reparu avec la même intensité. Elle prétendait qu'on lui enlevait les *droits de nature*, qu'on l'empêchait d'uriner, d'aller à la garde-robe, qu'on mettait obstacle aux relations maritales. Elle avait, en effet, un peu de vaginisme. Elle entendait dire : « Tu feras ça avec moi et non pas avec lui. » On agissait sur elle par le spiristisme, la physique, le magnétisme ; quand elle souffle le feu, celui-ci s'éteint au lieu de s'allumer ; sa lampe s'éteint aussi quoiqu'elle soit bien garnie d'essence ; quand elle prend un lavement, l'eau jaillit jusqu'à son visage et c'est de l'air qui pénètre dans l'intestin. C'est probablement la vengeance d'un individu qui lui avait fait des propositions qu'elle a repoussées.

Très attristée, elle a manifesté à diverses reprises des idées de suicide : d'autres fois, exaspérée, elle brise les chaises ou frappe avec un balai contre les murs pour faire cesser ses tourments.

Parfois, au contraire, elle est contente et sourit, ce sont des *Invisibles* qui lui font des compliments, lui adressent des paroles aimables, lui présentent des personnages, le comte de Paris, des généraux, etc.

On la fait rire ou pleurer malgré elle : plusieurs fois, sur le passage d'un enterrement, on la force à rire au moment où elle fait le signe de la croix ; d'autres fois, au contraire, on la fait pleurer dans des moments où elle est au contraire gaie.

prolalie (*Arch. de neurol.*, nos 25 et 26, janvier et mars 1885, p. 19 et 158.)

Charcot, Tics et tiqueurs (*Trib. méd.*, 25 novembre 1888.)

A plusieurs reprises, des mots grossiers, orduriers lui viennent à l'esprit et elle est obligée de les répéter : « vérole, saleté de peuple, putain ». Parfois même, dit le mari, elle les prononce à très haute voix, comme le ferait un perroquet.

La crainte du toucher de cette malade semble prendre ses racines dans des dispositions maladives similaires de la mère, mais les signes de la dégénérescence sont nombreux, chez elle : l'onomatomanie, ses rires et ses pleurs involontaires, le vaginisme, le délire hallucinatoire d'emblée se présentent, en effet, tantôt ensemble, tantôt séparément sous l'influence des causes les plus légères ou même sans cause déterminante appréciable.

Observation IX. — *Dégénérescence mentale. Hallucination à sept ans ; plus tard, idées mélancoliques et de persécution. A vingt-huit ans, rires irrésistibles. Onomatomanie : obsession de mots grossiers et impulsion à les prononcer.*

L... (Berthe), âgée de trente et un ans, entre à l'asile clinique (Sainte-Anne) le 11 avril 1885. Son père est mort à la suite d'accidents cérébaux. Elle a fait, dans son enfance, une chute grave sur la tête ; elle s'est toujours montrée nonchalante, apathique et parfois même elle prétendait être incapable de sortir de son lit. A l'âge de sept ans, elle aurait eu des visions et apercevait des personnages nus qui ne touchaient pas à terre. Depuis trois ans elle est prise, par moments, de rires involontaires qu'on ne peut expliquer. Par moments, aussi, elle est poussée tout à coup à prononcer des mots grossiers. Elle entend depuis dix-huit mois des voix qui l'interpellent et l'injurient, et il y a quelques mois elle s'est mise en chemise à la fenêtre, s'est excitée et a craché sur une de ses parentes.

Depuis sept mois, elle a l'idée de se tuer ; elle s'est piqué une varice et s'est ouvert une veine à l'avant-bras droit. Elle a voulu se noyer au bois de Vincennes, mais elle n'a pas fait de tentative, par crainte, dit-elle, d'être repêchée et de subir les manœuvres du sauvetage.

Elle ne sait pourquoi elle est prise de rires, ni pourquoi il faut qu'elle répète des mots grossiers. Parfois, ces mots lui viennent brusquement à l'esprit et elle les prononce machinalement, d'autres fois ce sont des souvenirs de choses sales qui l'obsèdent et qui la poussent à proférer des injures ou des obscénités.

De temps à autre elle manifeste des idées de persécution, elle prétend qu'on mêle à ses aliments des flueurs blanches de femme et

que la nuit, pendant son sommeil, on se livre sur elle à des actes obscènes

Très déséquilibrée, cette malade, dès son enfance, a été en proie à des hallucinations et à du délire, et ce n'est qu'après plusieurs bouffées délirantes qu'ont apparu les syndromes épisodiques, les rires irrésistibles et la coprolalie qui, depuis trois ans, se manifestent tantôt dans le cours des accès délirants, tantôt au contraire, pendant les périodes de repos. Dans l'observation suivante, aux rires et aux pleurs irrésistibles et à la coprolalie, viennent s'ajouter des discours involontaires.

Observation X. — *Dégénérescence mentale. Déséquilibration de tout l'axe cérébro-spinal: mouvements involontaires des bras et des jambes; rires et pleurs involontaires. Onomatomanie : obsessions de mots grossiers; récitations involontaires. Impulsions à frapper.*

C... (Clotilde), agée de trente ans, est une déséquilibrée chez laquelle aucune région de l'axe cérébro-spinal ne fonctionne d'une façon régulière. Tantôt elle avait, en pleine conscience, des mouvements d'une main, d'un pied que ne pouvait régler la volonté. D'autres fois, se produisaient des phénomènes inhibitoires: debout, la malade ne pouvait plus s'assoir ; assise, elle ne pouvait plus se relever. La moelle n'obéissait plus à l'influence psycho-motrice.

Dans d'autres circonstances, c'est toute la mimique d'un état passionnel, rires ou pleurs, qui surgit en désaccord avec l'état cénesthésique du sujet. Elle riait aux éclats à l'enterrement de son grand-père qu'elle avait cependant beaucoup aimé. Chez elle, la protubérance qui, d'après les expériences de Vulpian, est l'organe des expressions émotionnelles, échappait au contrôle de la région frontale. Par moments, elle prononce des mots le plus souvent grossiers qu'elle ne voudrait pas dire; si elle essaye de résister, elle éprouve du malaise, elle est angoissée ; elle les prononce alors à voix basse, ou elle remue la langue sans les prononcer. D'autres fois, elle se retire dans un lieu écarté, les prononce à haute voix et se sent soulagée. Le centre auditif de l'écorce (1re temporale) est dans un tel état d'éréthisme que l'image vient solliciter le centre moteur d'articulation qui l'expulse au dehors. Le centre auditif, le centre moteur d'articulation agissent encore ici indépendamment des centres supérieurs.

Parfois, enfin, ce n'est plus un mot, mais une série de faits divers, tout un discours qu'elle devait répéter témoignant ainsi de la dése-

quilibration des centres corticaux antérieurs. Ce n'est pas tout; elle est de temps à autre poussée à frapper un inconnu, un ami, un parent; elle résiste, s'isole, demande à être enfermée dans une chambre où elle reste quelquefois très longtemps sous le coup d'une décharge de la région psycho-motrice [1].

L'observation suivante présente également de nombreux syndromes, la crainte du toucher, le doute, l'arithmomanie, l'onomatomanie souvent associés ensemble et aussi l'agoraphobie qui se montre plus rarement avec ces syndromes.

Observation XI. — *Dégénérescence mentale, scrupules maladifs dès l'âge de quinze ans. Doute. Arithmomanie. Crainte du toucher. Onomatomanie : mots obsédants ; coprolalie. Agoraphobie.*

Mme G..., arrivée aujourd'hui à sa soixante-dixième année, s'est montrée, dès l'âge de quinze ans, scrupuleuse, craintive, préoccupée de commettre un péché. Après son mariage ses scrupules augmentent et le moindre incident devient un motif de craintes et de remords. Un monsieur lui ayant pressé la taille, elle se dit coupable, se désole parce qu'elle ne l'a pas énergiquement repoussé et qu'elle ne s'est pas suffisamment rebiffée ; les paroles bienveillantes de son mari ne parviennent pas à la rassurer, elle ne peut pas, dit-elle, se pardonner ces familiarités.

Elle craint constamment de pécher, mais plus elle cherche à repousser les mauvaises idées plus aussi elle se sent obsédée et poussée à penser à tout ce qui se rattache aux relations sexuelles.

Dès qu'elle aperçoit un objet arrondi, un long bouchon par exemple, elle ne peut s'empêcher de songer à la verge de l'homme. Elle s'empare d'un mot, d'une syllable ou d'une lettre d'un mot, pour composer un des mots qui lui sont le plus pénibles, ainsi le nombre cinq lui est fort désagréable parce que la première lettre C la pousse, dit-elle, à former le mot *cul* et la lettre Q le mot *queue*. Aussi lorsqu'elle voit devant elle cinq objets, cinq assiettes, cinq bouteilles, etc., elle s'empresse d'en demander une sixième pour ne pas avoir à réfléchir au nombre cinq ou à le prononcer. Elle n'ose pas lire de crainte d'être entraînée à composer des mots orduriers. Elle surveille tous ses actes et se voit obligée à de grands efforts pour ne pas y trouver prétexte à des préoccupations sexuelles. Ainsi

(1) Magnan, Cas de folie héréditaire : syndromes épisodiques intéressant successivement diverses régions de l'axe cérébro-spinal. — Coexistence de folie héréditaire, de délire alcoolique et de délire épileptique (*Arch. médico-psychol.*, 7e série, t. II, 1885, p. 235.)

l'introduction du lorgnon dans son étui l'émotionne parce que, immédiatement, elle se représente la copulation et qu'elle est obligée de lutter vigoureusement pour repousser cette idée.

Sauf son mari, elle craint le contact de tous les hommes, se lave dès qu'elle a touché la main d'un parent, d'un ami, et plus tard, elle en arrive à mettre des gants et à ne présenter qu'une main gantée quand elle doit toucher la main d'un homme ou toucher un objet qui vient d'être touché par un homme.

Cette crainte du contact d'un homme qui s'exagère, même après la ménopause, lui est suggérée, dit-elle, par l'idée que celui-ci ayant touché sa verge pourrait déposer sur ses mains du sperme qu'à son tour, elle pourrait par mégarde porter sur ses organes génitaux.

La nuit, elle s'assure de la fermeture hermétique de toutes les portes et fenêtres, barricade sa cheminée, pour se défendre contre l'approche d'un homme. Elle pousse la crainte jusqu'à s'inquiéter de la fêlure d'une vitre de la fenêtre qui pourrait donner passage à la semence de l'homme; elle reconnaît que c'est absurde, mais elle n'en a pas moins peur.

Tous les soirs, avant de se coucher, elle sonne son domestique, elle exige qu'il reste derrière la porte, parfois des heures entières, pour répondre à ses questions monotones: les portes sont-elles bien fermées? Avez-vous bien donné deux tours de clef? avez-vous vérifié telle ou telle porte, telle ou telle fenêtre? N'en avez-vous oublié aucune? Souvent, non satisfaite de ses interrogations verbales, elle fait passer sous la porte des bouts de papier sur lesquels elle renouvelle ses recommandations et pour être certaine que le domestique n'a pas de distraction et répond, après réflexion, à ses demandes, elle l'oblige à ne répondre qu'après un silence de cinq, dix ou quinze minutes, parfois même une pause plus longue. Elle passe ensuite aux recommandations pour le feu, et permet alors de se coucher, mais parfois tous ces discours ne s'achèvent que vers trois ou quatre heures du matin.

Tout son personnel bien dressé a pour mission de se prêter à ses bizarreries, d'obéir sans réplique et d'éviter ainsi les angoisses qui ne manquent pas de se produire lorsque, par hasard, elle ne reçoit pas de réponse à une interrogation.

Le plus souvent, elle fait étaler un grand châle sur son lit et s'y installe sans se déshabiller; elle consent rarement à laisser faire son lit. Quand elle veut se coucher dans les draps ou changer de linge, elle se déshabille lentement, prenant grand soin de ne pas se découvrir, et demande avec inquiétude à sa femme de chambre si elle n'a pas aperçu ses mollets ou ses genoux. Il faut que celle-ci réponde négativement, et après de minutieuses précautions, elle se glisse dans le lit, enveloppée dans une longue chemise. Elle conserve habituellement ses vieux vêtements et il lui est arrivé plu-

sieurs fois de laisser de côté ses robes neuves, touchées par un homme ou déposées dans un endroit suspect.

Elle n'a jamais fait un traitement régulier, son mari et, à la mort de celui-ci, ses enfants, se sont évertués à donner pleine satisfaction à ses exigences maladives qui ont ainsi suivi une marche progressive.

Depuis quinze ans, elle reste presque toujours confinée dans une chambre qu'elle a choisie dans un lieu retiré de son vaste hôtel; on y arrive par un petit escalier, les fenêtres restent closes nuit et jour, on ouvre quelquefois les châssis, mais jamais les contrevents; la chambre est éclairée habituellement par une veilleuse, de temps à autre on allume une bougie. De tous côtés se trouvent amoncelés des paquets renfermant des bouts de papier, des chiffons, des journaux, toute sorte d'objets bien étiquetés, destinés à un examen qu'ils ne subissent jamais, et les paquets continuent à s'accumuler.

Elle se décide un jour à recevoir le médecin, et, après une attente de quelques minutes pendant laquelle elle s'informe auprès du domestique, si le visage du médecin lui sera sympathique, sur une réponse affirmative, elle frappe six petits coups sur la serrure, un septième coup sur le bouton et elle ouvre. Elle s'empresse de s'excuser du désordre de sa demeure, c'est, dit-elle, « un vrai capharnaüm; est-ce étrange? je ne puis pas faire autrement ». Elle porte des gants doublés, mais elle consent à se laisser tâter le pouls et finit même par se soumettre à un examen assez complet.

En dehors du doute, de l'onomatomanie, de la crainte du toucher, de l'arithmomanie, elle est agoraphobe et parfois même dans sa chambre, elle doit s'appuyer contre les meubles. Au dehors, elle ne peut marcher sans s'appuyer sur le bras d'un domestique.

Dans les dernières années, elle devient coprolatique; elle profère, malgré elle, des blasphèmes ou des paroles injurieuses. Devant le médecin, elle dit tout à coup : « Je me fous de Dieu, » « le Christ est un cocu, » « la Vierge est cochonne, » puis un instant après elle reprend : « G... (son mari) est un cocu », et les larmes aux yeux elle s'écrie : « En voilà une torture! Etre obligée d'injurier Dieu et ce que j'ai eu, dans ce monde, de plus cher, mon pauvre mari »! Parfois aussi, il lui échappe, en parlant de son mari : « Je te maudis! je te maudis! » tandis qu'elle conserve pour sa mémoire le plus pieux et le plus affectueux souvenir. De temps à autre encore, quand elle parle à un de ses bons et vieux serviteurs, elle laisse échapper brusquement au milieu de la conversation : « Tu es un cocu. »

Parfois elle prononce ces mots grossiers à voix basse; elle essaie quelquefois même de les retenir, mais elle n'y réussit point, elle est prise d'angoisse et elle doit les prononcer.

Pendant la conversation, elle surveille tous les mots, fait attention

aux paroles de l'interlocuteur pour repousser toute expression qui pourrait donner prétexte à une idée obscène.

Plusieurs médecins avaient conseillé l'éloignement de la famille et le placement dans un établissement spécial pour combattre successivement ces différents syndromes, mais sur le refus de la famille non seulement pour le déplacement mais même pour le changement du personnel habitué à obéir sans réplique, tous les essais de traitement n'ont amené que de faibles améliorations et toujours passagères.

Avec beaucoup de peine, on obtenait quelques promenades au dehors, des repas à heure plus régulière, le repos la nuit dans le lit, parfois même l'administration d'un bain, mais le moindre incident faisait promptement abandonner ces pratiques d'hygiène et les habitudes maladives reprenaient leur empire.

Ce cas fort instructif donne une idée de la marche en quelque sorte naturelle des syndromes épisodiques livrés à eux-mêmes. Dès l'âge de quinze ans, cette déséquilibrée présente les premières manifestations de la folie du doute. Très gâtée par ses parents, on lui laisse passer ses *petites manies*. Elle se marie à dix-huit ans, et son mari, dès les premiers jours, se plie à toutes ses fantaisies; au doute s'ajoutent bientôt l'arithmomanie, la crainte du toucher, l'onomatomanie, plus tard l'agoraphobie, les obsessions et les impulsions deviennent de plus en plus impérieuses et pressantes, et la malade de plus en plus craintive et affolée finit par se confiner dans un coin retiré de son habitation où elle ne veut plus recevoir personne. On consulte beaucoup de médecins mais sans suivre leurs conseils. Dès qu'on aperçoit la moindre angoisse, on s'émeut, on s'inquiète et coûte que coûte, satisfaction est donnée à toute obsession. Un jour, on envoie de Paris dans un petit village de la Toscane, un domestique avec mission d'examiner les fermetures de la fenêtre d'une chambre que M^me^ G... avait occupée, une nuit, dans un hôtel où l'on avait été obligé de s'arrêter en voyage. M^me^ G... veut être certaine que personne ne pouvait pénétrer dans la chambre, une fois les volets et les persiennes fermés; on devait aussi s'assurer qu'aucune vitre des châssis ne présentait de

fêlure et que rien n'avait pu se glisser dans la chambre et la souiller pendant son sommeil.

Une dégénérée de trente-trois ans, L... (Aglaé), dont l'un de nous a déjà eu à rappeler les nombreux syndromes (kleptomanie, kleptophobie, crainte du toucher, folie du doute, aberrations sexuelles) avait également l'obsession du mot et l'impulsion à le répéter[1]. Les mots *chameau*, *putain*, *salope*, s'imposaient à son esprit, elle ne les entendait pas, mais ils se présentaient brusquement dans sa pensée et se plaçaient au premier plan. Elle se sentait poussée à les prononcer, et quand elle résistait, l'angoisse devenait si grande qu'elle se voyait forcée de les projeter à haute voix au dehors.

Observation XII. — *Dégénérescence mentale. Hallucinations. Troubles de la sensibilité générale. Idées ambitieuses et de persécution. Onomatomanie. Obsession du mot. Impulsion à le répéter.*

C... (Yves), professeur dans un collège, âgé de trente et un ans, est entré à l'asile clinique (Sainte-Anne) le 23 février 1891.

Sa mère, névropathe, a eu des attaques convulsives jusqu'à l'âge de dix-huit ans; il a présenté lui-même des convulsions dans son enfance jusqu'à dix ans. Laborieux, intelligent, il a fait de bonnes études; toutefois on le trouvait trop sérieux pour son âge; il jouait peu avec ses camarades, on avait remarqué également qu'il se rongeait complètement les ongles.

A vingt-quatre ans, il devient plus sombre, plus renfermé, et, pendant les vacances, il se confine dans sa famille ne recherchant plus du tout la société de ses amis.

A vingt-six ans, il prétend qu'on trouble son sommeil, qu'on déplace ses bras pendant qu'il dort, qu'on agit sur lui par l'électricité à *distance* et par *influence*, sans que l'on ait besoin de piles ni de fils électriques rapprochés de son corps. Il prétend qu'on lit dans sa pensée, puisque ses collègues s'emparent des sujets d'étude déjà choisis par lui. Dans la rue, on lui donne des picotements à la peau, on tiraille ses vêtements, ce sont là, dit-il, des phénomènes provoqués par l'électricité. Celle-ci est appliquée aussi à sa bouche, à ses mâchoires, à ses lèvres, qui remuent malgré lui, pouvant laisser deviner au dehors ce qu'il pense.

Il ressent au crâne des tiraillements qui diminuent par la coupe des

(1) Magnan, Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés. (*Revue scientifique*, 26 février 1881.)

cheveux, favorable à l'écoulement du fluide électrique. On lui comprime aussi les poumons, on lui refroidit l'œsophage, on lui tasse et on lui rapetisse la colonne vertébrale, on lui lance des *coups de vide* dans la poitrine. Il prétend que le tassement de sa colonne vertébrale s'est produit au moment même d'un accident de chemin de fer signalé le lendemain dans les journaux, mais qu'il avait pressenti par la douleur. Parfois les décharges électriques, au lieu de le refroidir, le réchauffent et lui font du bien.

Il raconte qu'on lui envoie, par des tubes à travers le mur, des odeurs qui stimulent son cerveau et provoquent de l'excitation génitale.

Autour de sa maison, on a installé de nombreux miroirs qui reproduisent, dit-il, tout ce qu'il fait, et des téléphones qui divulguent ses paroles et ses idées que les publicistes, les députés, tout le monde lui vole. Il entend parfois des injures, d'autres fois des paroles flatteuses telles que : « C'est Victor Hugo », il est sans doute appelé, dit-il, à un grand avenir, il pourra être député et ministre. Il est tourmenté par la résonnance de certains bruits extérieurs venant se répercuter dans ses narines. Parfois, un battement électrique se produit, dit-il, dans l'oreille; un bruit, un rire, un mot entendu indistinctement, viennent par une association de l'oreille et du nez, éclater dans la cavité nasale. Non seulement ces bruits existent eux-mêmes, mais ils en éveillent d'autres en puissance dans le nez. Ces bruits prennent parfois la forme de la voix articulée, et ce sont tantôt des mots insignifiants tels que *copie*, d'autres fois des mots injurieux, le mot *pédéraste*, par exemple, ces derniers proviennent de gens à mœurs inavouables qu'il a stigmatisés. Quelquefois il se sent, malgré lui, poussé à répéter ces mots, et après avoir vivement résisté, il finit par les prononcer en détournant la tête. D'autres fois, ces mots s'intercalent brusquement dans sa conversation et s'échappent sans lui laisser le temps de se détourner.

Non seulement il perçoit, dit-il, des résonnances nasales, mais par une sorte de vibration du nez qui se transmet au nerf optique, on lui met dans le nez des visions de femmes. Il en était parfois très ému, et on l'entendait crier : « Encore cette femme qui vient dans mon nez! »

Pour diminuer ces résonnances, pour amortir ces bruits, pour empêcher d'entendre les mots qu'il était forcé parfois de prononcer, et aussi pour empêcher qu'on ne lise sa pensée sur ses lèvres, il enveloppe son visage dans un grand cache-nez qu'il ne quittait même pas pendant l'été, et qui finit par provoquer les plaisanteries des élèves et rendre son enseignement impossible.

S'imaginant que la franc-maçonnerie était pour quelque chose dans ses tourments, il a porté plainte au Grand-Orient, puis il a adressé des lettres au préfet de police, au procureur de la République, pré-

tendant qu'on lui enlevait *l'air respirable*, et enfin, après une dernière démarche qu'il a faite à la préfecture, il a été envoyé à l'asile.

Chez ce dégénéré, les délires ambitieux et de persécution se sont développés simultanément, s'accompagnant d'hallucinations et de troubles de la sensibilité générale. L'onomatomanie s'est présentée surtout sous forme d'obsessions et d'impulsions coprolaliques ; mais on ne peut s'empêcher de relever les visions et les voix nasales. Tous les centres perceptifs encéphaliques, on le sait, quoique indépendants les uns des autres, communiquent néanmoins entre eux par des faisceaux de fibres d'association qui établissent une certaine solidarité grâce à laquelle nos perceptions se complètent. Les hallucinations s'étaient développées de très bonne heure et certaines odeurs imaginaires provoquaient l'érection, c'est là sans doute la cause des visions de femmes à la suite d'une sensation olfactive favorable à l'excitation sexuelle. Cette sorte d'olfaction visuelle semble, en effet, s'expliquer chez C... par l'influence de certaines odeurs sur l'appareil génital et le réveil simultané de l'image de la femme ; la représentation visuelle surgit avec la représentation olfactive.

Observation XIII. — *Dégénérescence mentale. Délire polymorphe très actif à la suite d'abus de boissons. Onomatomanie. Obsessions des mots grossiers et impulsions à les répéter. Doute.*

R... (Jean), âgé de cinquante-deux ans, entre à l'asile clinique (Sainte-Anne), pour la troisième fois, le 20 avril 1888.

Son père s'adonnait à l'ivrognerie, son frère est bizarre, original. Quant à lui, il a été constamment déséquilibré, il a fait, de bonne heure, des excès de boissons qui ont provoqué non le délire toxique habituel, mais de la dépression mélancolique avec idées de persécution ou de l'excitation avec des idées ambitieuses.

A sa dernière entrée, il est triste, en proie à des préoccupations hypocondriaques et à des idées de persécution ; il prétend qu'on le poursuivait, que les curés lui en veulent, qu'ils l'empêchaient de travailler et détournaient les clients de son café. Au bout de quelques jours, le délire perd de son activité, mais quelques idées de persécution persistent.

Depuis cinq ans, il lui arrive fréquemment d'être poussé, tout d'un coup, à dire une injure à une personne avec qui il cause, ou même,

dans la rue, à un passant. Plusieurs fois, le mot « putain » lui vient sur les lèvres quand il rencontre une femme et particulièrement une personne respectable. Il fait de grands efforts pour ne pas le prononcer; quelquefois, il réussit à l'articuler doucement, la bouche fermée; mais d'autres fois le mot s'échappe brusquement.

Pendant qu'on l'interroge, il paraît tout à coup inquiet, préoccupé; un petit bruit guttural se fait entendre, L... détourne immédiatement la tête, et son visage exprime un profond désappointement. Pressé de répondre, il dit que c'est une grossièreté qu'il a dû laisser échapper, et qu'il s'est détourné pour la chasser au loin, qu'il ne se permettrait pas de l'adresser au médecin pour qui, ajoute-t-il, il a un profond respect. Un instant après, la même mimique recommence, et il finit par raconter que c'est le mot « cochon » qu'il est forcé de prononcer malgré lui, et que c'est avec beaucoup d'efforts qu'il est parvenu à le dire à voix basse; il se trouverait, affirme-t-il, en face d'un canon de fusil qu'il ne pourrait pas retenir le mot. Quand il l'a prononcé, il se sent soulagé.

Ces mots lui arrivent parfois sans qu'il y pense, mais d'autres fois ils sont présents dans son esprit, l'obsèdent, et il ne peut s'en débarrasser, d'autres fois encore, il croit les entendre dans l'estomac, et enfin quelquefois il les entend par l'oreille comme s'ils venaient du dehors, mais quel que soit le mode d'apparition du mot il se sent poussé à le répéter.

Si quelqu'un chante près de lui, il lui semble que les chants se répercutent comme une sorte d'écho dans son estomac, et s'il s'agit de chansons grivoises, il est poussé irrésistiblement à les répéter.

Il est parfois vivement impressionné par la lecture des faits divers, surtout quand il s'agit de vols ou de meurtres; le sujet lui en revient fréquemment à l'esprit, surtout pendant la nuit; il ne peut s'empêcher de se laisser aller à une série infinie d'interrogations, se demandant s'il n'en est pas la cause. Cette recherche le trouble et l'angoisse, il reconnaît que c'est absurde, mais il ne peut pas cesser de se poser des questions.

Ce cas est intéressant par son délire polymorphe qu'éveillent les excès de boissons, et au point de vue spécial qui nous occupe, il n'en est pas moins curieux, car il nous montre l'embarras profond du malheureux onomatomane qui lutte pour refouler les grossièretés intempestives; il exprime bien le caractère impulsif de l'acte quand il dit : « même devant le canon d'un fusil je ne pourrais pas retenir le mot. »

Observation XIV. — *Dégénérescence mentale. Hallucinations bilatérales. Idées ambitieuses et de persécution. Onomatomanie. Mots obsédants à caractère grossier.*

P... (Constant), garçon de magasin, âgé de trente-six ans, entre à l'asile clinique (Sainte-Anne) le 2 novembre 1891.

On ne sait rien de précis sur la famille du père, mais un oncle maternel est affecté d'un pied bot et d'un bec-de-lièvre; un deuxième oncle maternel est faible d'esprit et sourd; la mère est un peu nerveuse. Surprise par les douleurs de l'enfantement, en pleine campagne, elle est accouchée de Constant sur une route. P... (Constant) a eu des convulsions dans son enfance et a uriné au lit jusqu'à dix ans; toujours sombre, triste, il apprenait difficilement, vivait à l'écart et ne jouait pas avec les camarades qui, du reste, se moquaient de lui. Il a fait son service militaire, mais n'a pas été gradé. Marié deux fois, il a été malheureux avec sa seconde femme et en était séparé depuis deux ans. Il est devenu, il y a trois mois, plus triste que de coutume, il dormait mal, entendait parler plusieurs individus qui tenaient des propos tantôt gais, tantôt désobligeants; ces voix le suivaient dans son travail et répétaient ce qu'il faisait. C'est par l'oreille gauche habituellement qu'il entendait les discours agréables, les injures, au contraire, lui venaient de l'oreille droite (1).

De temps à autre, il est poussé irrésistiblement à prononcer des mots qu'il ne voudrait pas dire, tels que « cochon, crapule, canaille, misérable ». Il fait tous ses efforts pour se retenir, mais il éprouve alors des *sueurs et des froideurs* par tout le corps; il est énervé, agacé, il se sent, dit-il, comme serré, comme pressé, et il montre le creux épigastrique.

Parfois, il s'arrête dans un coin, ou se tourne vers un arbre ou un mur, et là, dit-il, il se décharge, il prononce rapidement et plusieurs fois les mots grossiers, et il se sent soulagé. Quelquefois, il n'ose pas s'arrêter daus la rue, et il s'empresse de rentrer chez lui pour prononcer ces mots; enfin, dans quelques circonstances, il parvient à obtenir du repos en les prononçant à voix très basse en remuant à peine la langue et les lèvres.

Ici encore l'angoisse accompagne la résistance à l'impulsion et le malade trouve une solution convenable en se détournant vers un arbre ou un mur pour expulser les paroles ordurières.

(1) Magnan, Des hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté (*Arch. de neurol.*, nº 18, novembre 1883.)

Un malade de M. Maudsley, qui, avec la folie du doute, présentait de l'arithmomanie et de la coprolalie, avait fini, pour ne pas prononcer des mots obscènes, par se résoudre à immobiliser la langue avec les dents.

« Excepté lorsque mon esprit est tout entier occupé à une affaire, je suis forcé, comme par une nécessité physique, de proférer des blasphèmes ou des paroles obscènes. Quand je passe dans les rues ou que quelqu'un entre dans l'appartement où je me trouve, une de ces paroles se présente à mon esprit, et demande, pour ainsi dire, à être exprimée; tout effort conscient semble augmenter le mal, et. évidemment, bien que je sois forcé de me surveiller constamment, mon excitation augmente. Je ne sais parfois si j'ai parlé ou non, car, quelque bizarre que cela semble, la pensée se présente avec tant de force à mon esprit, et le malaise qu'elle produit absorbe tant mon attention que je ne sais qui croire de mes oreilles ou de mes lèvres. La seule assurance que je puisse me donner, c'est de fixer littéralement ma langue, de la mordre avec mes dents et de la rendre ainsi physiquement incapable de prononcer un mot distinct. » (*Pathologie de l'esprit*, p. 235.)

La malade M..., femme H..., dont nous allons résumer l'observation, est une dégénérée avec folie morale et accès mélancoliques. Son intempérance a été suivie de délire alcoolique, mais elle n'a présenté qu'un seul syndrome à base d'obsession et d'impulsion, la coprolalie.

Observation XV. — *Dégénérescence mentale. Perversions morales. Accès mélancoliques alternant avec du délire alcoolique. Coprolalie.*

M..., femme H..., âgée de cinquante deux ans, entre à l'asile clinique (Sainte Anne) le 19 mars 1885.

Bizarre, extravagante, toute sa vie, elle s'adonnait à l'ivrognerie. Elle a eu neuf enfants, dont six sont morts en bas âge; des trois survivants, l'un est faible d'esprit et blèse. Dépourvue de tout sens moral, elle envoyait ses enfants voler à l'étalage, et elle donnait, vendait ou se servait des objets volés. Elle a été prise, à diverses

reprises, de délire alcoolique avec hallucinations effrayantes, elle voyait des têtes de singe, des bêtes féroces, des serpents, quelquefois les cadavres de ses enfants.

Plusieurs fois elle a eu des accès de mélancolie, elle était découragée, sans force, se sentait incapable de travailler, et, dans ces moments, elle se reprochait sa conduite et voulait se suicider. Plusieurs fois aussi, elle se sentait poussée à tuer ses enfants, elle ne sait comment ces idées lui venaient, mais elle en était vivement affectée.

Depuis quelque temps, elle est tout à coup poussée à prononcer des mots grossiers qu'il lui est impossible de retenir.

Dans la dernière observation de ce groupe, nous trouvons réunis le délire hypocondriaque, la folie du doute et l'onomatomanie.

Observation XVI — *Dégénérescence mentale. Scrupules. Préoccupations hypocondriaques. Folie du doute. Interrogations mentales fréquentes. Onomatomanie. Mots obsédants. Coprolalie.*

Mme R..., âgée de vingt-six ans, dont le père, beaucoup plus âgé que la mère, est affecté d'un tic de la face, s'est montrée scrupuleuse et très méticuleuse dès l'âge de douze ans. Elle habitait la campagne, et, de très bonne heure, elle donnait des conseils aux paysans pour leur santé, et les traitait par l'homéopathie. Quand les malades ne guérissaient pas, elle se reprochait de les avoir mal soignés, s'imaginait être cause de l'aggravation de leur mal, et en éprouvait une vive inquiétude.

La mort subite d'un de ses parents provoqua, chez elle, une violente émotion, et fit naître dans son esprit la crainte de la mort. Elle surveillait les battements de son cœur et redoutait les moindres palpitations, même celles que pouvait provoquer un exercice un peu actif. La nuit elle s'efforçait de ne pas dormir trop profondément, afin de pouvoir surveiller ce qu'elle appelait l'artère du sommeil — une des carotides — les battements pouvaient, disait-elle, s'arrêter subitement et entraîner la mort. Elle redoutait aussi un ténia imaginaire dont elle se croyait atteinte.

Depuis longtemps elle se sentait poussée à rechercher la solution de questions qu'elle se posait, sans cesse, sur l'origine du monde, sur la Trinité, sur Dieu, etc. Dans ses interrogations fatigantes, si elle ne trouvait pas une solution satisfaisante, elle était prise d'angoisse, la sueur couvrait son front, le cœur battait avec force, elle se sentait oppressée et sur le point de se trouver mal.

Fréquemment, elle était obsédée par l'apparition, dans sa pensée, de mots grossiers, injurieux, qu'elle se sentait poussée à répéter : c'étaient, le plus souvent, les mots « cochon, diable » et parfois le mot

« Dieu » qui surgissait à côté des premiers; c'était, dit-elle, comme un blasphème. De même, un jour le mot « cochon » était sur ses lèvres au moment où elle mangeait du pain bénit; elle en était extrêmement émue, mais ne pouvait pas s'empêcher de le prononcer.

III. — Signification particulièrement funeste de certains mots (pensés, prononcés, lus, écrits) compromettants.

L'onomatomanie se traduit dans ce groupe de déséquilibrés par une terreur, une crainte folle de certains mots auxquels ils attribuent une sorte de pouvoir maléfique, tantôt sur eux-mêmes mais plus souvent sur un parent, un ami et parfois aussi sur des personnes étrangères.

Ces mots se rapportent habituellement aux cérémonies funèbres, à la mort, d'autres fois à l'enfer, au diable, aux crimes, etc. ; et les préoccupations qu'ils éveillent sont excessivement pénibles, même chez les individus non superstitieux, très surpris eux-mêmes de l'angoisse et de la profonde épouvante que ces craintes chimériques leur inspirent.

Une fois en butte à ces préoccupations maladives, ils se tiennent constamment sur le qui-vive! Ils s'efforcent eux-mêmes de ne pas réfléchir, de ne pas penser pour que ce mot malfaisant n'intervienne point dans le cours des idées; ils n'osent pas sortir craignant de l'entendre prononcer; chez eux, ils s'isolent, restent silencieux, redoutant de parler ou d'entendre parler leur entourage, car le mot pourrait, par mégarde, malgré toutes les précautions et les recommandations, se glisser dans la conversation. Dès que le mot apparaît, dès que le centre cortical l'a recueilli, que le mot vienne du dedans ou du dehors, instantanément, sans réflexion, le malaise se produit et le patient s'angoisse, tout en reconnaissant l'absurdité de son inquiétude.

Parfois il suffit d'un dessin, d'une image rappelant un mot funeste, pour provoquer le malaise : c'est ainsi qu'une dame était péniblement impressionnée à la vue d'une affiche de théâtre, surmontée de l'image de Méphistophélès pour

une représentation de *Faust*. Un autre malade ne pouvait pas voir une carte ou une lettre bordées de noir; la vue d'un enterrement le bouleversait et il courait s'enfermer chez lui.

L'état d'angoisse est tel que rien ne leur coûte pour éviter le mot malfaisant, non seulement, ils cessent de lire, d'écrire, mais limitent parfois à quelques paroles indispensables les relations avec leur entourage. Une dame ne voulait jamais s'endormir avant minuit, afin, disait-elle, de commencer la journée par de bonnes pensées. Elle craignait, en s'endormant avant minuit, de se laisser surprendre, au réveil, dans la matinée, par un mauvais mot qui exercerait une influence fâcheuse sur tous les événements de la journée. Une autre onomatomane, de retour d'une visite pendant laquelle elle se souvient d'avoir prononcé le mot « *mort* », s'imagine qu'elle va porter malheur à l'amie visitée qui tombera en léthargie et sera enterrée vivante. Elle se couche très soucieuse, mais à peine au lit, elle s'angoisse, se sent suffoquée, ne peut plus y tenir, se relève brusquement, se rhabille et court chez son amie, s'assure qu'elle est vivante et bien portante, éprouve, dit-elle, un immense soulagement et rentre heureuse chez elle.

D'autres fois, ces malades s'imaginent que l'influence funeste du mot non seulement peut s'exercer sur les personnes, mais peut encore transmettre aux actes et aux choses une vertu malfaisante, si bien qu'ils recommencent les actes accomplis pendant l'émission du mot, que quelques-uns se dépouillent des vêtements portés à ce moment et refusent obstinément de s'en servir sous prétexte qu'ils pourraient opérer des maléfices. Une dame du monde avait successivement donné toutes ses robes, ses jupes, ses chemises et le jour de la consultation médicale elle ne portait qu'un peignoir acheté le matin même, c'était, dit-elle en souriant, toute sa garde-robe, elle avait dû successivement se débarrasser de tous ses vêtements contaminés par le mot malfaisant; elle avait abandonné sa dernière robe,

d'ailleurs toute neuve parce qu'elle avait lu sur une grande toile étalée devant une baraque de saltimbanque une inscription en grosses lettres « les crimes célèbres ». Elle sait bien, dit-elle, que tout cela est insensé, mais elle ne peut agir différemment, et malgré tous ses efforts, elle ne peut pas s'empêcher de se demander : « Mais, si c'était vrai? »

Observation XVII. — *Doute dès quatorze ans; répétition des prières, quelques années après, onomatomanie, mots compromettants; images ou inscriptions malfaisantes, poussant à la répétition des signes de croix, à l'abandon des vêtements, à la suspension d'un repas ou, au contraire, à la reprise d'un repas terminé. Angoisse avec la résistance. Réveil jusqu'à minuit, pour commencer la journée sur un mot ou une pensée, sans signification mauvaise. Vertu maléfique du nombre* 13.

Mme R..., âgée de cinquante-trois ans, nous a été adressée au mois de septembre 1887, par notre confrère M. le Dr Cherchewsky de Saint-Pétersbourg. Elle est née d'un père fort irritable, plus âgé de trente ans que la mère sur la santé de laquelle on n'a pas pu avoir des renseignements précis.

Mme R., dès quatorze ans, est en proie *au doute;* elle se montre scrupuleuse, hésitante, s'interroge sans cesse; craint de mal faire ses prières, les répète fréquemment, et parfois même l'aube la surprend encore agenouillée dans sa chambre, n'ayant pas réussi à réciter, en entier, une prière qui ait pu la satisfaire.

A dix-huit ans, à l'époque de ses fiançailles, ses craintes redoublent, parce qu'elle se figure qu'une prière mal faite porterait malheur à son futur époux.

Peu à peu certains mots ou certains noms acquièrent à ses yeux une influence néfaste soit pour elle-même, soit pour les autres, quoiqu'elle ne soit pas superstitieuse, quoiqu'elle considère comme profondément ridicule l'idée d'accorder une puissance maléfique à un mot quelconque, elle n'en est pas moins préoccupée lorsque intervient un mot tel que : *cercueil*, *mort*, *assassinat*, *diable*, etc.

Tout d'abord, il s'agissait d'un mot entendu ou lu ou bien prononcé ou écrit par mégarde, puis, c'est l'objet ou l'image de l'objet représenté par le mot, par exemple le Méphisto, de *Faust*, peint dans un tableau ou sur une affiche de théâtre ; ou bien encore une affiche portant les « crimes célèbres ». Enfin parfois c'est la simple pensée d'un de ces mots ou d'un crime ou d'un événement triste.

Tout acte commencé avec une pensée ou un mot compromettant doit être recommencé. En effet, si pendant qu'elle brode, le mot

diable intervient, elle s'imagine que si elle continue sa broderie et complète son point, elle scelle en quelque sorte l'acte et expose à un malheur les siens ou elle-même. Si elle s'habille, si elle met son chapeau ou tout autre objet et qu'un mot compromettant surgisse, elle doit recommencer pour conjurer le malheur. Il en est de même pour une acquisition faite dans un magasin, sous le coup d'un mauvais mot. Mme R. laisse là son emplète, n'y touche plus, et finit par donner l'objet acheté à un pauvre. Cette fois, dit-elle en souriant, j'ai, au moins, dans ma manie, la satisfaction de faire du bien à quelqu'un. Il en a été ainsi pour une robe qu'elle n'a pas voulu mettre, parce qu'au moment où on la coupait, elle avait eu une mauvaise pensée.

Si elle veut passer outre, elle éprouve un malaise extrême, de la chaleur à la tête, de la rougeur à la face, des palpitations, un serrement à l'estomac ; une angoisse qui l'empêche de manger, de songer, de réfléchir à quoi que ce soit, de s'occuper à quelque chose et même de dormir. Aussi reste-t-elle éveillée jusqu'à minuit, afin de bien commencer la journée, de crainte que dormant, à minuit, au commencement du passage d'une journée à l'autre, elle n'ait une mauvaise pensée au réveil (la première pensée du jour) qui porterait malheur à toute la journée.

Si pendant qu'elle découpe la viande servie dans son assiette, se produit une mauvaise pensée, elle ne mange plus et ne touche plus à l'assiette, lors même qu'elle a faim ; d'autres fois, elle mange au delà de son appétit, pour ne pas finir son repas sur une mauvaise pensée.

Pour contre-balancer l'influence fâcheuse de ces mots, images, pensées et en conjurer les funestes conséquences, Mme R., en dehors de la répétition des actes fait des prières mentales et des signes de croix; elle se cache, croit les mal faire, et les répète jusqu'à cinq cents et mille fois. Elle obtient de temps à autre de son mari, qui a pour elle une vive affection, qu'il répète lui-même le signe de la croix pour être bien sûre qu'il est bien fait, et celui-ci la voit par moments si malheureuse, qu'il se prête à ses exigences maladives.

Elle est, en outre, obsédée quelquefois par le nombre treize, auquel elle attribue également une influence malfaisante ou funeste. Par périodes, cette obsession du treize devient insupportable, parce qu'elle intervient dans tous les actes de la vie.

A table, si les convives sont en nombre inférieur à treize ou dépassent ce chiffre, elle est poussée malgré elle à tenir compte des domestiques et son esprit inventif s'applique à de telles combinaisons qu'elle finit par arriver soit à treize, soit à un multiple de treize; effrayée, elle cesse alors de manger, s'angoisse, se lève et s'éloigne. Lorsque les recherches n'aboutissent pas au chiffre treize

pour le nombre des convives, le 13 intervient néanmoins à propos du treizième morceau découpé, de la treizième bouchée, etc.

S'il s'agit d'écrire, le treizième mot ou la treizième ligne deviennent un objet de crainte et tantôt elle s'arrête au douzième mot, tantôt, quand elle est parvenue à franchir cette première difficulté, elle se trouve très perplexe à la treizième ligne.

Le montant d'une acquisition dans lequel figure le chiffre treize suffit à faire immédiatement abandonner ce qui vient d'être acheté.

Les réceptions chez elle, les bals provoquent un extrême malaise au moment où arrive le treizième invité, elle redoute un malheur pour lui ou pour les siens et c'est en tremblaut qu'elle l'accueille et le salue.

Elle a refusé une consultation médicale le treize, elle n'aime pas non plus à recevoir le médecin le vendredi. Elle a pleine conscience de son état, regrette ces craintes puériles, ces préoccupations et ces actes bizarres, s'en attriste, mais il lui est impossible, dit-elle, d'agir différemment.

La folie du doute nettement dessinée à quatorze ans est suivie quelques années après d'onomatomanie et le mot compromettant ne tarde pas à envahir la vie entière de la malade; tous les actes quels qu'ils soient, sont à l'avenir entravés par cette obsession maladive, M^me^ R..., ne peut s'habiller, se déshabiller, parler, sortir, faire une emplète, manger, se coucher, etc., sans être forcée de compter sur le mot compromettant dont elle cherche à conjurer les effets par les pratiques les plus bizarres. Elle s'y abandonne d'autant mieux que son entourage, son mari même, au lieu de l'exhorter à la résistance, a la faiblesse de lui prêter son concours et en arrive à faire avec elle des signes préservateurs de croix.

Observation XVIII. — *Déséquilibration mentale et doute dès le jeune âge. Amélioration en* 1870 *sous les drapeaux. Onomatomanie; mots compromettants; crainte du mot prononcé pesant sur les actes. Phrases préservatrices. Crainte du toucher. En dernier lieu, idées de persécution.*

M. S... âgé de quarante-six ans, se montrait dès son enfance scrupuleux et méticuleux dans ses actes. Il était lent à faire toutes choses, les répétait quelquefois, ne croyait jamais avoir assez bien fait.

A douze ans, au collège, le directeur eut l'idée de faire défiler tous

les élèves devant le corps d'un camarade qui venait de mourir. Cette cérémonie l'impressionne beaucoup et à partir de ce moment, il devient plus triste, plus pointilleux, répète quinze, vingt fois ses prières, ne croyant jamais les avoir suffisamment bien faites; le soir, il inspecte la maison avant de se coucher par crainte du feu, ouvre plusieurs fois les portes pour s'assurer que le feu n'a pas pris au grenier ou ailleurs. Il se préoccupe de sa santé; deux ou trois heures après des repas très suffisants, il se sent faible, l'estomac vide, craint de tomber en défaillance et s'empresse de manger.

En 1870, il reste sous les drapeaux pendant toute la durée de la guerre, comme simple soldat, et ce nouveau genre de vie lui est des plus favorables; à la fin de la campagne il était presque affranchi de ses doutes, de ses scrupules, de ses hésitations, de ses répétitions; mais rentré chez lui, il reprend son existence désœuvrée et tous ces syndromes ne tardent pas à revenir et même à s'aggraver.

Il se montre très occupé et, ainsi que nous le disait notre distingué confrère le Dr Edouard Labbé qui lui donnait des soins, il tombe dans une profonde tristesse à propos de tout ce qui rappelle... ce qui succède à la vie.

Il s'angoisse, en effet, dès qu'un mot triste tel que *cercueil*, *enterrement*, *noir*, et surtout *mort* se trouve dans ses lectures ou est prononcé dans une conversation ou même qu'il se présente à son esprit. Il redoute un malheur et si, à ce moment, il pense à un parent, à un ami, il s'imagine, qu'il leur arrivera un accident, qu'il sera cause de leur mort. Il fait alors tous ses efforts pour chasser le mot de son esprit, il marmotte une série de mots insignifiants : *histo*, *histoire*, *historien; nost*, *nostal*, *nostalgie*, etc., et ne se calme qu'après la disparition du mot compromettant.

La crainte de ce mot pèse sur tous ses actes. Il n'ose jamais changer d'habits redoutant un mot compromettant pendant qu'il endosse les vêtements neufs, et c'est ainsi qu'il conserve une partie de l'hiver les vêtements d'été et en été les vêtements d'hiver. Si après avoir mis un nouveau costume, il entend un mot compromettant, ou s'il aperçoit un enterrement, ou une lettre, une carte bordée de noir, il se débarrasse rapidement de ses habits que le mot ou la chose triste ont rendus, pense-t-il, dangereux et ne les remet jamais plus.

Le chant du coq, l'aboiement du chien, s'ils coïncident avec un mot compromettant, causent une vive angoisse, ou bien, au contraire, amènent le calme s'ils surprennent le malade avec une pensée agréable.

La moindre action devient impossible et insupportable pour le patient, il est poussé à la répéter jusqu'à ce qu'il puisse la faire sur une bonne pensée et il arrive à ne plus pouvoir l'accomplir qu'après épuisement, après une lutte terrible. Il ne peut presque plus se lever tout seul; il est parfois des heures entières à mettre sa chemise, ses

souliers. Si au moment de passer une porte, un mot compromettant survient, il revient un très grand nombre de fois en arrière jusqu'à ce qu'une pensée indifférente ou plus gaie lui permette de la franchir sans conséquences funestes. En parlant, il en est de même, il s'interrompt parfois dans le cours de la conversation et souvent marmotte promptement quelques mots pour effacer l'image tonale pénible et reprend la conversation interrompue.

Depuis quelque temps il a la crainte du toucher et pour éviter le contact des pièces de monnaie, il charge son domestique de régler toutes ses dépenses. Il reconnaît que tous ses actes sont ridicules, il les déplore mais ne continue pas moins à les accomplir.

Depuis longtemps il a cessé d'écrire, de lire, il fuit la société, ne trouve du plaisir qu'à la chasse qui lui permet d'errer seul dans la campagne ou au fond des bois et éviter ainsi, dit-il, les occasions de se tourmenter. Du reste, à diverses reprises, il a cru que les gens prononçaient intentionnellement des mots compromettants, et il a parfois manifesté une vive colère et même des menaces.

La folie du doute se développe dès l'âge de douze ans chez ce malade, et c'est à vingt-six ans que l'onomatomanie intervient avec la crainte obsédante du mot compromettant. Il cherche d'abord le moyen de s'en affranchir et pour débarrasser son esprit du mot funeste, il répète des séries de syllabes et de mots. Beaucoup de dégénérés syndromiques cherchent à combattre les obsessions par des moyens analogues et Legrand du Saulle, parmi les nombreuses observations réunies dans son mémoire sur la folie du doute avec délire du toucher, signale des malades qui s'affranchissent de l'obsession tantôt en récitant des pages entières d'un auteur favori, tantôt en chantant la *Marseillaise* ou des chansons de Béranger.

Observation XIX. — *Dégénérescence mentale : Dès l'âge de quinze ans, délire du toucher, puis crainte du mot compromettant : précautions infinies pour conjurer l'influence néfaste de certains objets, de certaines images, de certaines inscriptions. Doute.*

Mme D..., âgée de trente-trois ans, est en proie, depuis l'âge de quinze ans, à la crainte obsédante du toucher. Elle ne touche les boutons de porte qu'après s'être enveloppé la main avec un pan de la robe; elle ne peut toucher les pièces de monnaie; elle essuie un grand nombre de fois son verre, son couvert, chaque assiette.

Plus tard, elle n'est pas seulement angoissée par le contact, mais la simple vue de certains objets, de ceux, par exemple, qui servent aux pompes funèbres, le cercueil, les voitures de deuil, les tentures noires et aussi les employés et surtout les croque-morts. Dès qu'elle aperçoit un enterrement, elle rentre chez elle et se livre à de nombreux lavages de tout le corps.

Plus tard, au délire du toucher s'ajoute une autre préoccupation, c'est la crainte que la vue d'une image à caractère pénible, que le récit ou la lecture d'un événement fatal, ou même un mot rappelant des choses tristes, ne portent malheur aux autres ou à elle-même, et pour se débarrasser de cette maléfique souillure, non seulement elle se lave, mais encore elle abandonne les vêtements et le linge portés à ce moment.

Si elle remettait cette robe, dit-elle, elle éprouverait un malaise extrême, comme un frisson des pieds à la tête, une barre à l'estomac, des suffocations; et lorsque, dans les cas analogues, elle veut passer outre, ces malaises deviennent tellement pénibles qu'elle ne peut s'empêcher de songer à la mort et qu'elle a même pensé pour se délivrer à se précipiter par la fenêtre.

« Tenez, Monsieur, ajoute-t-elle, cette robe que vous me voyez a été achetée ce matin et je porte, dessous, une chemise de laine achetée également ce matin: j'ai dû me défaire de tout le reste. En passant hier, à la barrière du Trône, en voiture, j'ai eu le malheur de jeter les yeux sur une baraque surmontée de l'enseigne « les crimes célèbres », j'ai été prise d'une vive inquiétude, et rentrée chez moi, je me suis dépouillée de tout ce que je portais et je me suis livrée à des lavages sans fin. Assurément, c'est insensé, ça ne signifie rien, ma conduite est ridicule, mais je souffrirais trop si je conservais ces vêtements. »

Mme D... a souvent du doute, recommence fréquemment les mêmes actes; chez les marchands, elle craint toujours de ne pas donner ce qui est dû; quand on lui rend la monnaie qu'elle touche avec des gants seulement, elle compte plusieurs fois, pour s'assurer qu'on ne lui a pas rendu plus qu'il ne fallait.

Des scrupules et des craintes s'éveillent à propos d'idées parfois bizarres; après la visite d'un ami, pendant qu'il descend, elle se dit, s'il se cassait la jambe dans l'escalier, peut-être m'arriverait-il quelque chose d'heureux; et aussitôt elle se reproche cette pensée, redoute de porter malheur, fait des prières, répète plusieurs fois les mêmes actes pour conjurer l'accident.

A propos des objets à l'influence funeste, une sorte de contamination s'étend parfois, non seulement aux choses en contact avec l'objet, mais même à tout ce qui l'environne. On remet un jour à Mme D... des enveloppes pliées dans un journal illustré représentant la chambre occupée par les victimes de l'assassin Pranzini; elle ne peut plus toucher à ces enveloppes ni à aucun objet placé dans le même secré-

taire; ses papiers d'affaires sont là, mais depuis plusieurs mois elle n'ose y toucher et perd ainsi des sommes importantes. Elle va passer l'été au Tréport, mais au retour, non seulement elle ne veut plus rentrer dans son appartement où se trouve le numéro du journal illustré compromettant, mais encore, elle fait vendre à des prix dérisoires tout son mobilier et toute sa garde-robe. Elle refuse de voir sa sœur qui continue à occuper un appartement sur le même palier que le sien.

Mme D... s'était mariée à dix-sept ans, à un propriétaire russe fort riche mais très original; celui-ci, en effet, dès la fin de la première année cesse sans motif apparent toute relation sexuelle; il continue à montrer à sa femme, la plus vive affection. Ils vivent dans un grand luxe, ont de magnifiques équipages, mais ils se promènent seuls, et vont seuls au bois de Boulogne et ne reçoivent chez eux personne. Au bout de huit ans, le mari meurt lui léguant sa fortune, c'est à partir de ce moment surtout qu'elle devient l'esclave de ses tyranniques obsessions et impulsions.

Cette malade livrée à elle-même pousse à l'extrême limite la crainte du toucher; de même les images et les mots compromettants deviennent chez elle de véritables souillures dont elle cherche à tout prix à se débarrasser pour conjurer leur influence maléfique. Les angoisses sont parfois si pénibles qu'elles font naître des idées de suicide.

Observation XX. — *Mère dégénérée, syndromique, Mme D... déséquilibrée dès l'enfance, scrupuleuse, méticuleuse. Crainte du mot compromettant. Folie du doute. Influence active des causes morales sur le retour des syndromes.*

Mme D..., âgée de soixante ans, a toujours été méticuleuse et émotive. Sa mère déséquilibrée avec du doute et de l'arithmomanie, avait complètement troublé sa fille au moment de la première communion; elle l'invitait à des examens réitérés de conscience sur de minutieux questionnaires qu'elle avait rédigés elle-même. Une de ses nièces est somnambule.

Dès son enfance, elle a eu des scrupules religieux que les conseils inopportuns de la mère n'ont fait qu'exagérer; elle était constamment poursuivie par la crainte du mal et la peur de se compromettre. A treize ans, elle avait été vivement impressionnée par des

conversations tenues en sa présence sur des enterrements précipités, de longues léthargies, des voyageurs retrouvés sous les glaces avec les apparences de la vie, etc., sur les phénomènes du magnétisme et du somnambulisme. Ces impressions quoique vives ont été très fugitives à ce moment, mais sont revenues à diverses reprises, préoccupant fortement la malade qui n'osait pas en parler à son mari, mais en entretenait avec beaucoup de détails sa sœur.

A trente-huit ans, à la suite de chagrins causés par des malheurs de famille, l'idée obsédante d'enterrements précipités, d'enterrements de gens vivants s'est emparée de son esprit. Elle s'est imaginée qu'elle pouvait être cause elle-même de ces accidents par la seule présence dans son discours, d'un mot triste tel que : *mort, enterrements, cercueil.* L'une de ses paroles pouvant avoir pour conséquence de faire enterrer avec les apparences de la mort, une personne vivante en léthargie. Aussi prête-t-elle la plus grande attention à chacune de ses phrases, à chacun de ses mots, dans la conversation, mais malgré tous ces soins, et quoiqu'elle ait pris l'habitude de parler très lentement, elle est amenée à prononcer sans s'en apercevoir l'un ou l'autre de ces mots.

Un jour, elle était allé faire une visite à une de ses parentes avec qui elle avait beaucoup causé; le soir, après s'être couchée, elle revient sur la conversation de la journée et elle se souvient, qu'elle a prononcé le mot *mort*; elle en est immédiatement émue, toutefois, elle s'efforce de se rassurer, n'osant se lever à une heure avancée de la nuit, pour constater que rien de fâcheux n'est survenu. Elle cherche vainement à s'endormir, l'inquiétude augmente, l'idée que sa parente est en léthargie, qu'elle peut être enterrée vivante et qu'elle en est la cause la jette dans l'épouvante; effrayée, angoissée, elle saute hors du lit, s'habille à la hâte et sans tenir compte des sages remontrances et des paroles rassurantes de son mari, elle court chez sa parente, réveille tout le monde, pénètre dans la chambre, et éprouve un immense soulagement en l'apercevant vivante et bien portante. Elle revient tranquillement chez elle, se couche et s'endort d'un profond sommeil.

Après cette scène étrange, le mari, sur le conseil des médecins, l'a emmenée à la campagne où, évitant toute visite, ne voyant que peu de monde, elle fait de longues promenades et ne trouve plus ainsi que de rares occasions de s'inquiéter. De temps à autre, elle demande à son entourage, à ses domestiques : Ne vous ai-je pas dit quelque chose de triste? Mais chacun ayant la consigne s'empresse de répondre, sans hésiter, « non, madame ». Ces réponses nettement formulées, suffisent à la tranquilliser.

Plus tard, elle a des manifestations singulières de folie du doute. Elle se demande, si faisant sa toilette, un fœtus, un enfant ne pouvait pas être jeté dans le seau; elle examine avec le plus grand soin

l'eau dont elle s'est servie et exige de sa domestique de nouvelles et attentives vérifications. Sans doute, dit-elle, tout ceci est impossible, mais pourtant si cela était réel! Sur ce *si*, sur cette supposition, son imagination travaille et bientôt la peur la saisit et l'inquiète.

Elle a eu de longues périodes de calme sans idées obsédantes; mais celles-ci reviennent promptement sous l'influence de causes morales pénibles telles que le suicide d'un employé de la maison, la maladie grave d'une nièce, etc.

Ce cas est intéressant par l'hérédité similaire du même syndrome — la folie du doute — chez la mère et la fille; il est remarquable aussi par l'angoisse épouvantable que provoque la crainte du mot compromettant.

L'apparition soudaine d'un mot est parfois le point de départ de préoccupations et d'actes plus ou moins bizarres pour le patient. Le malade suivant est forcé de s'arrêter en chemin, parfois même de reculer ou de remonter un escalier dès qu'un mot mauvais l'obsède.

Observation XXI. — *Dégénérescence mentale. Soif dominicale des tantes. Crainte du toucher; doute. Onomatomanie, mauvais mots poussant à la répétition des actes.*

M. M..., âgé de trente-cinq ans, dont le frère est mort d'une affection des centres nerveux et la sœur a été prise d'éclampsie pendant ses couches, ne présente du côté des ascendants que deux faits à relever : le père était âgé de cinquante-cinq ans à la naissance du malade, et deux de ses tantes maternelles, fort originales, avaient la singulière habitude de ne boire aux repas qu'une fois par semaine; tous les dimanches, en effet, on ornait la table d'une carafe d'eau et passé ce jour, on ne buvait jamais.

M. M... a eu de bonne heure des rhumatismes et c'est à la suite d'une crise rhumatismale subaiguë qu'il a présenté, pendant six mois, à un degré assez accusé, la crainte du toucher; il se livrait chaque jour à de nombreux lavages. Puis est survenu le doute avec des hésitations incessantes et la répétition fréquente des mêmes actes.

Le jour où il est venu nous consulter, en descendant l'escalier, il s'arrête et remonte brusquement deux marches, en descend cinq ou six et en remonte encore deux ou trois; invité à s'expliquer, il raconte que le mot *orgie* se présentant à son esprit, il avait été obligé de le prononcer et que ne pouvant continuer à descendre sur un mauvais mot il avait remonté deux marches. En pénétrant dans le cabinet, il

s'est également arrêté, a fait deux pas en arrière, puis est rentré tout à coup, cet arrêt et ce recul étaient encore dus à l'intervention d'un mot. Plus tard à la suite de manifestations graves de syphilis cérébrale, ces syndromes se sont notablement amendés.

Nous devons noter dans ce fait, l'étrange bizarrerie des tantes maternelles qui ne consentaient à boire aux repas que le dimanche seulement.

Observation XXII. — *Dégénérescence mentale; folie du doute; impulsions; hurlements subits; rires et pleurs involontaires; arithmomanie; crainte du toucher; onomatomanie; mots pouvant porter malheur; accès de délire mélancolique; accidents hystériques.*

P... (Adèle), femme V... entre à Sainte-Anne le 31 octobre 1891, Son grand-père paternel, faible d'esprit, croyait aux revenants et aux sorciers; son père et son oncle paternel sont alcooliques. La mère, déséquilibrée, a toujours eu des idées bizarres. Un oncle maternel, peureux et superstitieux, ne pouvait coucher seul dans une chambre; il ne restait pas dans une maison où il y avait un mort. Une sœur est morte à cinq ans de fièvre cérébrale.

P..., affectée à l'âge de cinq ans d'une fièvre typhoïde grave, ne pouvait plus, à la convalescence, se tenir debout et a dû réapprendre à marcher.

A dix ans, ont commencé à paraître des obsessions et des impulsions; brusquement elle jetait à terre ce qu'elle tenait à la main, un litre, par exemple; elle saisissait tout à coup un peigne et le cassait; elle se voyait forcée de toucher plusieurs fois de suite le pied du lit ou le pied de la table; elle devait répéter plusieurs fois le signe de la croix. Elle essuie plusieurs fois les verres et les assiettes, elle est elle-même poussée à se laver les mains plusieurs fois.

Très exaltée au moment de sa première communion, elle s'imaginait toujours s'être mal confessée; elle faisait, contrairement à son désir, le vœu de ne jamais se marier, de se faire religieuse. Un peu plus tard apparaît la folie du doute; elle défait et recommence plusieurs fois le même ouvrage; se lève plusieurs fois pour s'assurer que la porte est bien close; fait vérifier par son entourage l'exactitude de l'adresse qu'elle vient d'écrire sur une lettre, dès qu'elle l'a jetée à la boîte, elle se retourne plusieurs fois pour bien s'assurer qu'elle n'est point tombée à terre, parfois même, au moment de rentrer chez elle, elle revient sur ses pas pour revoir la boîte aux lettres.

A dix-huit ans, obsédée par le vœu de ne pas se marier, elle ne sait comment accepter une demande de mariage qui lui agrée; elle finit par faire ses confidences à un prêtre qui la rassure; mais pen-

dant la cérémonie du mariage, tout en répondant *oui*, elle prétend qu'elle pensait *non*. Elle a donc trompé, dit-elle, son mari et elle n'est pas mariée; cette idée la poursuit sans cesse, et malgré des confessions réitérées et des absolutions, elle reste fort inquiète et pense parfois au suicide.

Après son mariage, elle conserve les mêmes interrogations et les mêmes hésitations mentales; elle se relève plusieurs fois la nuit pour vérifier si les portes sont bien fermées, elle se demande si elle est réellement mariée et elle revient sans cesse sur le vœu qu'elle avait fait de ne pas se marier. Par moments, elle pousse tout à coup un grand cri, un véritable hurlement qu'elle ne peut pas réprimer. Parfois aussi elle est prise de rire ou de pleurs involontaires et sans motifs.

Elle est portée à compter les pavés dans les rues, ou les dalles dans une maison, les carreaux des fenêtres, les fleurs du papier d'une chambre, etc.

Pendant ses prières, surviennent brusquement des mots grossiers qu'elle ne peut retenir. Elle attribue à certains mots une influence mauvaise; elle recommence souvent ses lettres par crainte de porter malheur, surtout s'il elle a été amenée dans quelques-unes de ses phrases, à écrire les mots *mort* ou *enterrement*.

A diverses reprises, elle a eu des périodes de dépression avec des idées mystiques et de persécution; la crainte d'avoir commis des fautes, lui donne du dégoût de la vie et elle a fini par faire plusieurs tentatives de suicide.

Un jour elle a été soumise chez elle à des pratiques d'hypnotisme, et, après un sommeil léthargique, elle a été prise d'une attaque hystérique. Elle a de l'ovarie droite et la sensibilité est diminuée du côté droit du corps.

Chez cette dégénérée se sont développés non seulement des accès de délire mélancolique, mais aussi de nombreux syndromes épisodiques parmi lesquels la crainte du mot compromettant.

Chez une femme de soixante-trois ans, dont nous avons déjà rapporté l'histoire (1) on constate trois modes de manifestation du mot : la crainte du mot compromettant, la coprolalie et l'écholalie. Elle croit en effet aux mots compromettants et s'imagine que certains mots qu'elle a prononcés exercent une action maléfique sur des parents.

(1) Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. (Paris, 1891, p. 171.)

D'autre part, il lui arrive de prononcer sans pouvoir se retenir des mots grossiers : « chameau, vache, cul. » Ces mots arrivent tout à coup à sa pensée, et presque aussitôt ils sont *lâchés*, sans que la malade ait eu le temps de les arrêter. D'autres fois, ils expirent sur ses lèvres et ils ne sont prononcés que mentalement. Elle se sent soulagée pour peu qu'elle les articule. D'autres fois encore, l'obsession seule existe; la volonté conserve encore un peu de son action d'arrêt. Au moment où la malade va prononcer le mot qui l'obsède, on la voit sauter sur sa chaise et dire : « Ah! j'allais dire un mot, je me retiens, je me retiens. »

Pendant quelque temps ces obsessions sont devenues le point de départ d'idées délirantes, mais plus tard, elles sont restées à l'état d'obsessions simples, la malade en ayant entière conscience, reconnaissant leur caractère maladif.

Depuis fort longtemps cette dégénérée était écholalique; quand elle entendait prononcer certains mots, elle était poussée à les répéter. Le mot « maquereau » en particulier, qu'elle entendait crier dans la rue par les marchands de poissons, avait le privilège d'être sur-le-champ répété.

Observation XXIII. — *Dégénérescence mentale. Onomatomanie : recherches angoissantes du mot; crainte du mot compromettant. Arithmomanie. Folie du doute. Pyrophobie.*

M. G..., rentier, âgé de soixante-cinq ans, dont les antécédents héréditaires ne nous sont pas connus, a une nièce atteinte de crainte du toucher, elle ne peut porter la main sur la peau veloutée d'une pêche.

Il a présenté à diverses reprises des périodes de tristesse, quelquefois même des idées de suicide, mais c'est surtout depuis deux ans que se sont montrés les syndromes épisodiques. Depuis cette époque, il est obsédé par la crainte de certains mots qui pourraient porter malheur soit à lui-même, soit à sa famille, soit à d'autres personnes. Il fait tous ses efforts pour les éviter, mais tantôt dans une lecture, il rencontre l'un de ces mots : *mort*, *enterrement*, etc. D'autres fois, c'est dans une conversation que ces mots sont prononcés. Très péniblement impressionné, il finit par ne plus vouloir lire et pour ne pas entendre prononcer un mot compromettant, il

réduit ses entretiens avec son entourage, aux choses indispensables; il redoute de sortir dans les rues de peur d'entendre l'un de ces mots ou de voir des choses, un convoi funèbre, par exemple, lui rappelant le mot. Malgré toutes ses précautions, il ne parvient pas à éloigner le mot de son esprit et quelquefois celui-ci s'installe brusquement dans sa pensée et restant au premier plan, efface tous les autres souvenirs et devient un sujet de continuels tourments. Il est le premier à reconnaître que ces craintes sont ridicules et absurdes, mais il n'en continue pas moins à en être vivement inquiété et à faire tous ses efforts pour s'en affranchir.

Parfois, c'est tout l'opposé, et comme chez les malades du premier groupe, c'est le mot qui fuit et que G... s'angoisse à rechercher; c'est un nom de ville, le nom d'un ami, un nom propre dont il n'a, du reste, nul besoin. Plus tard, c'est une phrase insignifiante qu'il entend dans la rue et dont il cherche à se souvenir; pour éviter cette recherche angoissante, il écrit souvent sur des bouts de papier ces différents noms, ou ce qu'il vient d'entendre.

A diverses reprises il a eu la crainte du chiffre. Il s'émotionne vivement quand le nombre 13 intervient dans un de ses actes; au chemin de fer, il lui est arrivé fréquemment de prendre un second ticket, parce que celui qu'on lui avait remis portait le numéro 13, ou 23, ou 33, ou bien parce que l'addition des chiffres composant le nombre, par exemple 274, donnait 13. Si le coq chantait, il attendait qu'il eût chanté plus de trois fois pour commencer un acte quelconque. Il ne pouvait sortir, se lever de table, se coucher, etc., qu'après le quatrième chant du coq. Le 3 et le 13 auraient pu porter malheur.

Il a également du doute et ne peut affranchir son esprit d'une série d'interrogations mentales. Pour toute sorte d'objets, il se demande ce qu'ils deviennent, ce qu'ils sont devenus, et se met anxieusement à leur recherche; c'est ainsi qu'il a passé des journées à retrouver une pièce de monnaie sans valeur, un morceau de bois, une feuille de papier. Parfois cette préoccupation s'étend à tous les aliments qu'on lui sert et même aux déjections, dont il conserve des fragments dans des morceaux de papier, datés et étiquetés. Comme toutes ces opérations ne sont pas toujours faciles à exécuter, il en arrive à ne plus oser sortir de chez lui. Il est désolé et honteux de raconter ses misères, mais il lui est impossible, dit-il, d'agir autrement, il en éprouverait un trop grand malaise, quand il essaie de résister, il se sent serré, comprimé à l'estomac, il suffoque.

La crainte du feu complète la série de ces syndromes et il défend même pendant l'hiver, d'allumer du feu, ailleurs que dans la cuisine, pour la préparation des aliments. Toutes les autres pièces de l'appartement restent sans feu.

Ce malade fort intelligent a pleine conscience de son état

maladif; il fait de grands efforts et réussit parfois à dominer ses obsessions, mais confiné chez lui, ne voulant pas quitter son milieu, l'amélioration qui s'est produite quelquefois à la suite des conseils donnés par les médecins, ne persiste pas, l'entourage, n'ayant aucune influence sur le malade. Il est probable que s'il se décidait à s'installer dans un établissement, loin des siens, sous la direction immédiate du médecin, il arriverait assez facilement à régulariser sa manière de vivre et à se trouver ainsi dans des conditions plus favorables pour lutter et s'affranchir de tous ces phénomènes pathologiques.

IV. — Mots préservateurs.

Nous venons de voir que sous l'influence du mot compromettant, les onomatomanes finissent par s'efforcer de ne plus penser, évitant de parler, d'écrire, de lire, de regarder, s'éloignent dès qu'ils entendent causer, se confinent chez eux ou, s'ils sortent, ils s'empressent, quand ils le peuvent, de se retirer dans des lieux écartés, loin de toute habitation. Malgré ces nombreuses précautions, le mot compromettant intervient encore et ils recourent pour le conjurer à des moyens variés et fatigants; signes de croix, abandon des vêtements, changement de domicile, etc.

Avec le mot préservateur, ces malheureux déséquilibrés ont momentanément un répit, mais souvent, ils trouvent encore moyen de s'inquiéter et de s'angoisser par l'obligation de répéter un grand nombre de fois soit le mot, soit le mot accompagné d'un mouvement plus ou moins fatigant, qui paraît lui donner plus de force. Ils finissent par être tellement obsédés par l'idée de se protéger ou de protéger les autres que la vie se passe à répéter puérilement les formules ou les mots préservateurs. Les uns emploient un mot insignifiant auquel ils attribuent une influence préservatrice; d'autres mettent à contribution des expressions à ca-

ractère favorable; d'autres recourent à une sorte d'oraison jaculatoire (Bonne sainte, protégez-moi. — Jésus souffrant, agonisant, mourant, expirant!) ou de formule cabalistique : (Étoile 13 — bière, linceul, tombeau); d'autres, enfin, à un mot pénible ou funeste, opposent un mot agréable ou préservateur : au mot malheur, par exemple, ils s'empressent de substituer bonheur; à erreur, vérité. Nous verrons encore une malade se hâter anxieusement de substituer le signe graphique *mouton* ou *bœuf* à celui de *chien* qui l'épouvante ou bien l'image réelle du bœuf à celle du chien; l'angoisse ne cesse qu'après cette superposition d'images dans le centre cortical correspondant, la seconde efface l'influence pénible de la première.

Une autre malade est dans l'obligation en terminant un ouvrage de le sceller, en quelque sorte, par un mot (ours, serpent) sans relation aucune avec le travail accompli, c'est une sorte de moyen mnémotechnique, une affirmation qui rassure; sans le mot, tout repos est impossible et le malaise devient si grand qu'il faut finir par prononcer ce mot.

Toutes ces bizarreries, même les plus étranges, sont appréciées à leur juste valeur par le malade, tout à fait conscient de l'absurdité de ses actes; mais l'obsession est là, pressante, impérieuse, tyrannique, et le patient, honteux, désolé, mais angoissé, est forcé d'obéir.

Observation XXIV. — *Dégénérescence mentale. Accès mélancolique, Onomatomanie, formule préservatrice. Crainte du toucher; doute; arithmomanie.*

L... (Berthe), âgée de quarante et un ans, entre à Sainte-Anne le 16 décembre 1891. La mère très nerveuse avait sans motifs sérieux des accès de désespoir dans lesquels elle se roulait à terre en pleurant ; le père est mort hémiplégique. L... a eu une fièvre typhoïde à dix ans et depuis cette époque, elle a présenté à diverses reprises de courtes périodes de tristesse, jusqu'à vingt-deux ans. A cette époque, elle a été prise d'un véritable accès mélancolique avec préoccupations hypochondriaques et tendances au suicide.

Puis se sont montrés plusieurs syndromes épisodiques, l'onoma-

tomanie avec l'idée obsédante de répéter certains mots pour éviter un malheur. En se lavant les mains, elle était forcée de dire « mains divines » en souvenir des mains du divin crucifié, dit-elle; quand elle mettait ses bas elle devait répéter « pieds divins » en souvenir également du Christ, et en se coiffant, elle devait dire : « divine tête couronnée d'épines »; ces souvenirs pieux ainsi exprimés, devaient la préserver, elle et les siens, d'un malheur prochain; « Jésus souffrant, agonisant, mourant, expirant », elle se sent, malgré elle, poussée à dire ces mots; il le faut, dit-elle; si elle résiste, elle est énervée, anxieuse, elle a l'estomac contracté, la gorge serrée, elle voudrait parfois ne plus les dire, mais elle est forcée de le faire. Tantôt elle prononce ces mots à haute voix, d'autres fois, elle remue simplement la langue, mais sans émettre de son, enfin parfois elle voudrait se contenter d'avoir ces phrases présentes à son esprit, mais cela ne suffit pas, il faut qu'elle les prononce, alors seulement elle se sent rassurée et soulagée.

D'autres syndromes épisodiques, la folie du doute, l'arithmomanie, les craintes du toucher, tourmentent la malade tantôt simultanément, d'autres fois à des intervalles éloignés.

Cette malade avait adopté ces formules jaculatoires en rapport avec ses sentiments religieux; toutefois, elle affirme nettement que ces phrases se sont présentées spontanément à son esprit sans qu'elle ait eu à les chercher. Elle ne comprend rien à ces préoccupations étranges et elle a parfaitement conscience du caractère maladif de ces obsessions et de ces impulsions.

Observation XXV. — *Dégénérescence mentale. Folie du doute. Onomatomanie: mots préservateurs. Influence funeste des croix.*

H... (Marie), âgée de vingt et un ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 23 octobre 1888. Son père s'adonne à l'ivrognerie et une de ses sœurs, émotive, a présenté au huitième mois d'une grossesse, une attaque d'éclampsie. Dans son enfance, Marie est intelligente, a une excellente mémoire, fait des progrès à l'école, mais elle ne comprend rien au calcul et tandis qu'elle est une des premières pour l'orthographe, l'histoire, la géographie, etc., elle est la plus faible en arithmétique. A quinze ans, à l'apparition des règles, elle devient irritable, pleure ou rit sans motifs, a des cauchemars la nuit, se réveille parfois en poussant des cris.

A dix-sept ans, elle est prise de doute, le soir, avant de se coucher, elle inspecte les portes, pour s'assurer qu'elles sont bien fermées, fait tourner les clefs dix, quinze fois et se rassure seulement lors-

que sa mère consent à venir elle-même visiter la porte et toucher la serrure.

Plus tard, elle est obsédée par l'idée qu'elle doit accomplir plusieurs fois certains actes, ou répéter certains mots préservateurs pour éviter qu'une maladie grave ne vienne frapper l'un de ses parents. Elle se croit obligée de répéter plusieurs fois « M. Nicolas » pour éviter la maladie. Pourquoi ? Elle n'en sait rien, mais elle doit le répéter et, lorsqu'elle résiste, elle est prise de palpitations, son visage s'empourpre, son estomac se serre, elle éprouve un très grand malaise, elle s'angoisse, se hâte alors de dire plusieurs fois le mot et elle se sent soulagée. De même, elle a parfois la crainte des voleurs et c'est en répétant plusieurs fois « M. Gaquet » qu'elle se sent protégée, elle et les siens.

Dès qu'elle aperçoit des couteaux ou des fourchettes en croix, elle est vivement émue et s'empresse de les déplacer par crainte de la maladie. Dans la rue, elle fait grande attention sur les trottoirs à ne pas poser le pied perpendiculairement en croix sur la ligne de juxtaposition de deux dalles. Si elle aperçoit des brins de paille ou des morceaux de bois entre-croisés, elle prend mille prétextes pour s'approcher de ces objets et les déplacer ; si parfois elle a le courage de passer outre, elle est forcée, au bout d'un instant, de rebrousser chemin pour retrouver les pailles croisées et les déplacer ; elle met à ces recherches une telle attention, qu'elle ne prend garde à rien et qu'elle a failli plusieurs fois être renversée par des voitures.

La déséquilibration mentale de cette dégénérée s'est révélée dès l'enfance par l'inégalité de ses aptitudes : très bonne élève pour les études littéraires, elle ne comprenait absolument rien en arithmétique. Plus tard, interviennent le doute et l'onomatomanie. Ici, c'est un nom propre, indifférent par lui-même, qui s'impose tyranniquement comme agent préservateur.

Observation XXVI. — *Dégénérescence mentale. Onomatomanie ; formules préservatrices.*

S... (Albertine), âgée de seize ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 12 juillet 1886. Sa grand'mère paternelle s'est suicidée par submersion et sa tante, la fille de cette dernière, s'est également noyée. Le père est un débile. La mère est aussi d'une faible intelligence.

S.,. est allée à l'école, mais elle apprenait difficilemest et elle sait à peine lire et écrire.

Depuis un an, on s'aperçoit qu'elle touche plusieurs fois le même objet en prononçant quelques paroles à voix basse; parfois même, on la voit s'éloigner ou se retirer dans un coin et prononcer rapidement plusieurs mots. Elle raconte que le plus souvent, elle est forcée de dire « Non, je n'obéirai pas au diable », ou bien « Bonne sainte, protégez-moi ». Ces mots, qu'elle accompagne habituellement d'un mouvement en cercle de la main, ont pour vertu, pense-t-elle, d'éviter des malheurs et de chasser le démon. Quand elle les a prononcés, sa physionomie exprime le contentement, elle se sent soulagée. Lorsqu'elle résiste, qu'elle lutte, qu'elle n'ose pas prononcer ces mots devant des personnes étrangères, elle éprouve un très grand malaise et elle finit par être forcée de le dire à voix basse.

Elle est aussi parfois poussée à toucher les objets, et elle accompagne ce contact d'une de ses phrases habituelles, c'est également pour conjurer le mal. Elle ne se rend pas bien compte de ce que peuvent faire ces contacts, mais elle ne peut pas, dit-elle, agir autrement.

L'éloignement de la famille, l'influence d'un entourage expérimenté et l'hydrothérapie ont, au bout de trois mois, fait disparaître ces obsessions.

Nous avons trouvé des formules analogues chez un malade que nous venons de voir récemment. C..., Honoré, âgé de trente ans, issu de parents très nerveux, est fort ému par l'anniversaire d'événements dramatiques; le 27 juillet, depuis la catastrophe du chemin de fer de Saint-Mandé et l'exécution des assassins Berland et Doré, est devenu une date funeste qui lui fait craindre soit un accident, soit un assassinat, soit un suicide, et il s'empresse de conjurer ce futur malheur par une oraison jaculatoire : « Sainte Marie, accordez-moi la grâce d'une bonne mort ! » « Saints anges, protégez-nous! » Il en est de même lorsqu'il passe devant une maison où s'est accompli un crime. Obsédé par ces idées tristes, il est obligé de répéter plusieurs fois ces phrases préservatrices.

Le chiffre 13 l'impressionne, de même que les combinaisons qui rappellent le nombre 13. Ainsi, il paye 27 sous un objet qu'il achète dans un magasin, aussitôt il lui vient à

l'esprit qu'avec le chiffre 13 il arriverait à 40, ou bien encore que 2 et 7 font 9 multiple de 3, également nombre compromettant. « Tout cela est fort extravagant, dit-il, mais n'en procure pas moins du souci. »

Chez la malade suivante, le mot pénible est tellement désagréable que, aussitôt entendu, elle lance le mot préservateur pour conjurer l'influence funeste du premier.

Observation XXVII. — *Dégénérescence mentale. Onomatomanie : mots compromettants et mots préservateurs. Arithmomanie. Crainte du toucher. Doute.*

Mme X... (Adèle), âgée de soixante ans, fille d'un père fort intelligent, mais déséquilibré, est en proie, depuis un grand nombre d'années, à des syndromes épisodiques multiples. Elle a actuellement, surtout, la crainte du mot exprimant une idée de tristesse qui pourrait, pense-t-elle, porter malheur. Aussitôt qu'elle entend le mot compromettant, elle prononce comme correctif le mot à sens contraire, parfois elle se borne simplement à protester contre l'emploi du mot. C'est ainsi que si on lui propose d'aller à l'Opéra entendre *Robert le Diable*, elle répond : oui, Robert ! Si elle entend prononcer le mot *nuisible*, elle réplique immédiatement *utile ; noir*, elle dit *bleu* ; *malheur*, elle dit *bonheur*, et comme elle attribue une influence néfaste à vendredi, elle répond immédiatement samedi ou dimanche. Le mois d'avril ayant commencé un vendredi, elle n'a pas voulu, malgré quelques journées de fortes chaleurs, changer les vêtements d'hiver contre des vêtements plus légers, le mois ayant mal commencé, un changement de toilette aurait pu être nuisible. Elle redoute les nombres 3 et 13 ; le 13 de chaque mois, elle reste silencieuse, se tient à l'écart, ne rit pas, ne commence aucun travail.

Dès qu'elle aperçoit 3 bougies allumées, elle en éteint une ; si elle entend énoncer le chiffre 13, elle s'empresse de dire 14. Elle a également la crainte du toucher : elle ne porte la main aux boutons de porte qu'en la protégeant avec le pan de la robe ; elle a peur des débris de verre, des verres ou des carafes ébréchés.

Elle a du doute, elle ferme elle-même ses armoires, s'assure plusieurs fois de leur fermeture et donne de petits coups sur la serrure. Elle craint de perdre ou qu'on ne lui vole des papiers insignifiants qu'elle collectionne, elle les met sous clef, ou bien elle les prend sur elle, dans ses poches, dans ses bas, suspendus en paquets sous sa robe ; elle se retourne fréquemment pour s'assurer qu'elle n'a rien laissé tomber.

Elle s'arrête quelquefois, ou recule de deux ou trois pas avant

de franchir une porte; elle hésite avant de s'asseoir, de prendre un objet ; quelquefois ses lèvres remuent et elle prononce quelque paroles à voix très basse, mais elle ne veut donner aucun renseignement ; « Ce n'est rien », dit-elle.

Cette malade a été fort longtemps abandonnée à elle-même, donnant pleine satisfaction à toutes ses idées obsédantes ; dans sa famille, on fermait les yeux sur ce qu'on appelait ses petites manies, et elle était libre d'agir comme elle l'entendait. Elle suivait une très mauvaise hygiène, elle mangeait mal et ne dormait presque plus. Il a été fort difficile de régulariser un peu son existence et d'obtenir quelques efforts de sa part pour se débarrasser des dispositions maladives les plus pénibles.

Observation XXVIII. — *Dégénérescence mentale. Crainte de la foudre. Folie du doute. Arithmomanie. Onomatomanie.*

M. M..., dont la mère est nerveuse et très impressionnable et le père méticuleux et émotif, a deux frères plus âgés que lui, l'aîné est affecté d'un tic de la face, le second vient d'être frappé d'un accès mélancolique avec hallucinations, préoccupations hypochondriaques et idées de persécution. M. M... s'est adonné à l'onanisme dans son enfance et, à quatorze ans, il a commencé à subir l'influence de quelques phénomènes obsédants et impulsifs.

« Une nuit, dit-il dans une note qu'il a rédigée, je me vis dans un rêve frappé par la foudre: je me réveille en sursaut très émotionné et, à partir de ce moment, je suis très effrayé quand éclate un orage ; c'est dans cet état d'esprit que j'ai fait le premier acte insensé. Me souvenant, sans doute, des miracles du Christ qui par l'apposition des mains ressuscite les morts, multiplie les pains, etc., j'ai pensé qu'avant de me coucher, l'apposition de mes mains sur les pantoufles et plus tard sur d'autres objets pouvait me préserver de la foudre. Je me contentai d'abord de quelques attouchements, mais je me vis bientôt obligé de répéter l'acte un très grand nombre de fois et j'en vins à employer des nuits entières à ce manège. Plus je m'y adonnais, plus il m'était impossible de ne pas m'y livrer. Je n'en disais rien cependant, j'aurais eu honte d'avouer de telles idées, et je ne me plaignais que d'insomnie.

« Puis, mon esprit a été envahi par l'idée de la fatalité du nombre treize ; j'evitais de mettre 13 mots dans une phrase écrite et souvent, il m'arrivait de compter les mots de phrases parlées. Vous pensez quel travail tout cela me donnait et combien cela devait me

détourner des choses sérieuses et utiles. Enfin, fatigué et voyant que la raison était impuissante contre mes obsessions, je me pris à lutter contre ces idées folles par des idées aussi absurdes. J'avisais de me servir du nombre 13 lui-même comme engin de combat. Et parlant en moi-même comme si le monde m'était soumis : si je fais d'ici demain un seul acte superstitieux, me dis-je en moi-même, un soir que je me promenais, que toutes ces étoiles que je vois soient 13. Et en même temps je m'imaginais au-dessus de ma tête tous les astres changés en nombre 13, composés d'une infinité de molécules ayant pour essence le nombre 13. Je ne comprenais pas bien ce que pouvait vouloir dire une *étoile treize*, mais j'avais une telle horreur du nombre 13 que je ne fis pas d'actes absurdes jusqu'au lendemain. Le procédé ayant réussi, j'en usai tellement qu'il ne réussit plus à la longue. J'en inventais un autre semblable et je dis en moi-même que « Dieu soit treize », si je fais un seul acte superstitieux d'ici demain.

« Imaginer Dieu treize n'était pas plus absurde que d'imaginer les étoiles du ciel ayant pour essence le nombre 13. Et puis absurde ou non, je ne raisonnais plus. Cette idée de Dieu Treize m'effrayait et cela suffit pour m'empêcher quelque temps de me livrer à des actes ridicules. »

Parfois le mot *erreur* s'installe dans son esprit sans qu'il puisse s'en débarrasser, il s'imagine que toutes ses idées vont devenir des erreurs, qu'il va être obligé de douter de tout, de la réalité même des personnes ou des choses qui l'entourent; il éprouve dans ces conditions un malaise qui va grandissant et contre lequel il invoque un autre mot, *vérité*, qui combat l'influence du premier. Souvent il ajoute treize au mot dont la signification devient ainsi plus énergique ; mais peu à peu, ce mot protecteur ou préservateur, par sa répétition trop fréquente, devient à son tour une cause de soucis et de fatigue.

Parfois encore, M. M... adopte une sorte de formule cabalistique composée du mot *bière*, *linceul*, *tombeau*, expressions auxquelles, nous l'avons vu, les autres malades attribuent habituellement une influence maléfique, mais qui, pour lui, au contraire, devient un moyen de défense, de protection ou de préservation pour conjurer les divers malheurs. Il prononce ces mots tout bas, au fond du gosier, il contracte en même temps le frontal et l'occipital et tend fortement le cuir chevelu. Cette contraction énergique fréquemment répétée n'est pas, à son tour, sans douleur. Toutefois quand l'angoisse est trop violente, cette formule même avec les contractions devient une délivrance.

Ce malade dont l'un de nous a déjà eu l'occasion de s'occuper à propos de l'influence inhibitoire de la formule

Dieu treize sur les fonctions sexuelles, est fort intelligent et se rend entièrement compte des phénomènes étranges qu'il éprouve.

Il a pu obtenir une longue rémission à la suite de l'éloignement de la famille et d'un traitement hydrothérapique; il a pu reprendre ses études de peinture pour lesquelles il a beaucoup de dispositions.

Observation XXIX. — *Dégénérescence mentale. Accès mélancolique; Onomatomanie; obsession du mot grossier; nécessité de superposer à une image et à un mot inquiétants, une image et un mot protecteurs.*

Une dégénérée de vingt-neuf ans, Marie D..., entrée à l'asile Sainte-Anne le 16 juillet 1889, à la suite d'un accès mélancolique avec tendances au suicide, présentait depuis plusieurs années l'obsession du mot grossier et l'impulsion à le répéter. Pendant ses prières, des injures adressées à Dieu survenaient brusquement dans son esprit et s'échappaient, malgré elle, de ses lèvres. Plus tard, la préoccupation du mot prend un autre caractère.

Un jour, voyant passer un chien, le désir de copulation avec cet animal s'empare de son esprit; honteuse, très émue, elle se reproche vivement de pareilles pensées, mais l'idée venue persiste et ne disparaît que lorsqu'elle a pu voir un autre animal, un cheval, dont l'image superposée à la première semble l'effacer. A partir de ce moment, si, dans ses lectures, se trouve le mot *chien*, elle est prise d'angoisse jusqu'à ce qu'elle ait pu lire le nom d'un autre animal, *bœuf*, *cheval, mouton*, etc.; elle a, du reste, la précaution de tenir près d'elle un dictionnaire qui lui permet de trouver promptement le mot qui la préserve de son idée extravagante. Quand elle a pu superposer cette seconde image graphique (*cheval* ou *mouton*) à la première (*chien*), elle se sent soulagée et se calme immédiatement.

Observation XXX. — *Dégénérescence mentale. Accès mélancolique. Onomatomanie : mots employés comme moyen mnémotechnique. Doute.*

Chez une dégénérée syndromique de trente-deux ans, W..., femme M..., entrée le 27 mars 1890 à l'asile Sainte-Anne, avec de la dépression mélancolique, l'onomatomanie s'était traduite d'abord par la recherche angoissante du mot, puis nous avons vu le mot intervenir comme constatation concluante d'un acte accompli. Cette femme, ménagère laborieuse, éprouvait le besoin d'être rassurée sur l'accomplissement de sa tâche. Dès qu'elle avait achevé de faire le lit, elle

prononçait un mot, le mot *serpent* par exemple; cette formalité remplie, elle se sentait tranquille, parce qu'elle était sûre que l'ouvrage était fait. La vaisselle lavée, elle disait *ours* et ainsi de suite pour chaque espèce de travail. Elle exigeait que sa fille fût présente au moment où elle prononçait le mot, pour témoigner d'abord que tout était fait et aussi pour pouvoir lui rappeler le mot dans le cas où celui-ci viendrait pendant la journée à s'effacer de sa mémoire. Lorsqu'elle essaye de ne pas sceller ainsi chacun de ses actes par un mot, ce qu'elle trouve elle-même fort ridicule, elle devient inquiète, s'imagine que le travail est mal fait, elle éprouve des palpitations, ne peut pas se mettre à table pour prendre son repas, et, si c'est le soir, il lui est impossible de se coucher, sans être assurée, par un mot, de la bonne exécution de chaque détail du ménage; le mot prononcé, le calme revient, et elle se met au lit répétant avec la plus vive satifaction le mot qui la rassure.

V. — Mots devenus pour le patient un véritable corps solide, indument avalé, pesant sur l'estomac et pouvant être rejeté par des efforts d'expuition et le crachement.

Nous avons vu plusieurs onomatomanes chez lesquels le mot s'accompagnait d'un mouvement; tantôt d'un véritable tic impossible à réprimer, d'autres fois, d'un mouvement volontaire (contraction de la tête; mouvement de la main; recul, etc.) que le patient était poussé à faire, mais dont il réglait l'intensité et que, parfois, il parvenait à supprimer. Lorsque le mot venait à être prononcé, au mouvement d'articulation s'ajoutait le mouvement d'une autre région des centres psycho-moteurs.

Dans le cas dont nous nous occupons, ce n'est plus seulement un mouvement mais bien un élément sensitivo-moteur qui intervient avec le mot; les mots et même les bruits se transforment en véritables corps étrangers qui s'introduisent dans la bouche, cheminent dans le pharynx et l'œsophage pour arriver à l'estomac, provoquant pendant tout le trajet, un malaise qui va croissant.

Dans l'estomac, la sensation devient très douloureuse, les bruit et les mots comme les aliments solides s'accumulent et

donnent le sentiment pénible qui suit un repas trop copieux. Aussi, le malade s'efforce-t-il, par des efforts d'expuition et de crachement, de rejeter ces prétendus corps étrangers comme des substances indigestes.

De sorte qu'à l'angoisse morale, que provoque habituellement le mot obsédant, vient s'ajouter, dans ce cas, la douleur physique due aux nouvelles qualités attribuées aux mots et aux différents bruits perçus et déglutis.

Observation XXXI. — *Dégénérescence mentale. Mélancolie, suicide du grand-père maternel; agoraphobie de la mère; onomatomanie du père. Doute. Crainte du toucher. Onomatomanie; agoraphobie chez la malade. Doute chez la fille.*

Mme L..., âgée de quarante-cinq ans, a une hérédité nerveuse et vésanique très chargée. Son grand-père maternel s'est suicidé à cinquante ans dans un accès mélancolique; sa tante maternelle est déséquilibrée; sa mère, méticuleuse, bizarre, est agoraphobe. Son père, égoïste, très avare, est onomatomane; il a eu longtemps la recherche angoissante du mot et, ainsi que nous l'avons déjà dit (Obs. VII), quand il ne le trouvait pas, la famille l'aidait; on lisait le dictionnaire et l'on ne se couchait qu'après la découverte du mot. La fille aînée de la malade, très émotive, ne peut lire un fait divers dans un journal sans être vivement impressionnée et envahie par des interrogations multiples et les craintes les plus pénibles.

Mme L..., dès l'âge de onze ans, s'est montrée méticuleuse, scrupuleuse, n'était jamais satisfaite de ses confessions et s'imaginait, malgré les assurances de son directeur, qu'elle allait mal communier.

A dix-huit ans, fiancée à un jeune homme qu'elle aimait, elle craint de ne pas pouvoir le rendre heureux, de ne pas être capable de bien remplir ses devoirs de mère de famille, de ne pas être assez active, assez intelligente; elle fait part à son futur de toutes ses appréhensions, elle l'engage à bien réfléchir avant de l'épouser.

Quelques années après son mariage, elle est mordue par un chat et elle est prise de la crainte du toucher, de la crainte du chien enragé et de tout animal. Elle ne veut pas toucher la main de son médecin, parce qu'il pourrait lui communiquer la maladie des malades qu'il a touchés, mais elle consent à donner la main au médecin aliéniste, parce que la folie, dit-elle, n'est pas contagieuse; elle n'ose toucher aux objets de cuivre et s'enveloppe la main pour ouvrir les portes. Elle ne veut ni de tapis, ni de tentures, ni de tapisseries de couleur verte, à cause des poisons introduits dans les teintures de

cette couleur. Un jour, elle part, se privant de la satisfaction d'embrasser ses filles, parce qu'elles venaient d'être embrassées par une autre personne. Enfin, sa frayeur du chien enragé prend de telles proportions, qu'elle *n'ose pas toucher son porte-monnaie touché par sa bonne qui avait touché un canapé sur lequel s'était assise une demoiselle mordue par un chien.* Elle ne peut plus voir ni un chien, ni un chat, ni aucun animal à quatre pattes, sauf le cheval, qui ne lui inspire aucune crainte.

Elle est vivement impressionnée par certains mots « cercueil, béquille, mort, vendredi, », qu'elle fait tous ses efforts pour ne jamais prononcer ou écrire. Lorsqu'elle les entend, il lui semble qu'à l'instar d'un corps étranger, ils entrent dans sa bouche et pénètrent jusqu'à l'estomac. Un peu plus tard, toutes les paroles, tous les bruits, tous les sifflets de chemin de fer lui donnent les mêmes sensations pénibles et lui *chargent* l'estomac. Les mots, dit-elle, lui viennent dans la bouche, il lui semble qu'elle les avale comme des aliments solides et si elle ne s'empresse de les repousser en les crachant soit à terre, soit dans son mouchoir, elle en est vivement affectée, elle ressent un poids sur l'estomac qui l'étouffe, elle a une véritable indigestion, ajoute-t-elle, et elle vomit même quelquefois.

Lorsqu'elle se dispose à aller prendre la douche, elle recouvre sa bouche avec un mouchoir, pour avoir son estomac libre, puisqu'on ne doit pas prendre de douche, dit-elle, après avoir mangé. Dans une note, où elle décrit les divers phénomènes qu'elle éprouve, elle s'explique ainsi à ce sujet : « La douche m'impressionne encore beaucoup, je n'y vais que parce qu'il le faut, ayant toujours dans l'imagination, que j'y vais, l'estomac rempli des bruits, des paroles, des sifflets de chemin de fer que j'entends ; je me crois obligée de mettre mon mouchoir à mes lèvres pour empêcher tous ces bruits de pénétrer dans ma bouche, tout cela est d'autant plus pénible que je comprends que c'est parfaitement absurde. »

Mme L..., est également agoraphobe, elle est prise de crainte et de vertiges dans les grands espaces. Un jour même, au Bois de Boulogne, en voiture, elle s'est sentie étourdie, resserrée, oppressée et a été obligée de fermer les yeux et de se blottir dans un coin.

Cette observation est une des plus instructives au point de vue de l'hérédité ; les ascendants, père et mère, transmettent à la malade non seulement leur déséquilibration mentale, mais des stigmates psychiques similaires, l'un son onomatomanie, l'autre son agoraphobie, et la fille de la malade, âgée de seize ans, éprouve déjà les premières atteintes de la folie du doute que lui transmet sa mère. La malade, d'ailleurs,

sous le coup d'une hérédité convergente, accumule de nombreux syndromes épisodiques ; elle est dans un état d'émotivité perpétuelle, la plupart de ses centres perceptifs sont dans un tel éréthisme qu'elle ne peut goûter un instant de repos. Le délire du toucher acquiert chez elle tout ce que l'on peut imaginer de plus quintessencié puisqu'elle en arrive *à ne pas oser toucher son porte-monnaie, touché par sa bonne qui avait touché un canapé sur lequel s'était assise une demoiselle mordue par un chien.*

Comme les autres onomatomanes, la malade a pleine conscience de son état, s'en attriste et, par moments, sur les conseils du médecin, fait de sérieux efforts pour lutter et s'affranchir de toutes ces préoccupations bizarres.

Nous ne regrettons pas ces longs développements sur l'onomatomanie, ils nous ont permis d'insister sur un syndrome fort intéressant au point de vue clinique, l'obsession et l'impulsion n'ayant pour objet que le mot et le plus souvent un mot insignifiant. Si bien que l'obsession et l'impulsion dégagées de toute question d'intérêt, de tout mobile passionnel apparaissaient avec leur véritable caractère maladif, leur invincible irrésistibilité, malgré le complet état de conscience.

Au point de vue médico-légal, cette étude n'est pas sans importance ; l'onomatomanie permet de mieux comprendre les autres syndromes épisodiques dans lesquels l'impulsion se traduit par un crime ou un délit.

Le magistrat, en présence de faits aussi simples, en quelque sorte élémentaires, mais néanmoins fort démonstratifs, ne sera plus surpris d'entendre parler de l'idée obsédante du vol et de l'impulsion à voler, d'entendre parler de l'impulsion homicide et de tous les phénomènes étranges auxquels donnent lieu les obsessions et les impulsions basées sur les perversions sexuelles. Il est probable qu'on ne verra plus un président de cour d'assises dire aux jurés : « Si le médecin vous parle de la manie du vol de l'inculpé, ayez, vous, la manie de le condamner. »

Lorsqu'on est témoin de l'angoisse extrêmement pénible, à laquelle est en proie le malheureux onomatomane qui cherche un mot dont il n'a nul besoin, lorsqu'on le voit faire des efforts surhumains pour ne pas projeter au dehors le mot qui l'obsède, et que l'on assiste à la détente, à l'immense soulagement dont sont suivies soit la découverte, soit la décharge du mot, soit la substitution du mot préservateur au mot funeste, on n'est plus étonné par le langage du kleptomane, du pyromane, de l'impulsif homicide ou sexuel, du coupeur de nattes, de l'exhibitionniste, ou du malheureux qu'obsède l'idée de mordre la peau de jeune fille, quand ils déclarent que, malgré tous leurs efforts, leur ardent désir de résister, ils ont fini par succomber.

Laissés dans leurs familles, les onomatomanes, de même que les autres dégénérés syndromiques s'éternisent dans leurs obsessions et leurs impulsions. Ils contractent, en effet, des habitudes nouvelles, adoptent des attitudes, des gestes, des mots, des phrases, etc., dont ils ne peuvent se départir, malgré les sollicitations de l'entourage. Celui-ci d'abord plein de zèle et d'activité se heurte aux résistances passives des malades, se décourage devant la répétition monotone de tous ces phénomènes et, à la longue, las de lutter, finit par fermer les yeux, laissant ainsi s'installer les *petites manies* chaque jour plus tenaces et qui, d'abord produites par les obsessions et les impulsions, finissent elles-mêmes, une fois bien établies, par les solliciter à leur tour.

L'intervention du médecin est seule capable de mettre un frein à ces manifestations de plus en plus étendues; mais pour qu'elle soit efficace, il faut que le patient entre dans un établissement spécial où chacun prendra à tâche de l'encourager dans la lutte qu'il est obligé d'entreprendre contre ses multiples acquisitions maladives dont il doit successivement se dépouiller. C'est ainsi, par exemple, que les obsédés à la poursuite du mot ou du nom commencent par laisser de côté le carnet, la feuille de papier sur lesquels ils ont ins-

crit le nom ou le mot. Lorsque le mot manque, en l'absence du carnet, ou du papier, si l'inquiétude semble vouloir se montrer, ils s'empressent de venir auprès du médecin qui, au début surtout, leur doit son assistance la plus absolue. Il leur rappelle et insiste sur le caractère entièrement maladif de ce besoin du mot et il parvient habituellement à les rassurer et à leur faire négliger, sans trop de réaction émotive, cette recherche regardée, jusque-là, comme invincible.

Le soir c'est encore le médecin qui doit intervenir pour assurer le repos de la nuit; c'est lui qui décide les malades à se dégager de la préoccupation du mot, à se mettre au lit et à y rester, toute lumière éteinte. La tâche n'est pas d'abord facile et c'est par une patiente insistance que le résultat est obtenu, mais, au bout de quelques jours, la présence d'un domestique suffit; et, un peu plus tard, les malades se couchent tranquillement sans le secours de personne.

Peu à peu les malades prennent part à la conversation de l'entourage, se décident à lire des journaux, des livres et, au bout de quelque temps, ils peuvent entendre répéter, sans trop d'inquiétude, des séries de noms propres qu'ils laissent passer sans chercher à les retenir. Ils arrivent progressivement à reconquérir toute leur indépendance et à reprendre sans appréhension leur place dans la société.

Pour ces pensionnaires volontaires, on peut, sans nul inconvénient, faire fléchir la discipline de la maison spéciale, et il est bon que ces malades jouissent d'une liberté suffisante pour trouver dans des sorties assez fréquentes des distractions qui leur permettent, sans ennui, de subir cette tutelle indispensable et de suivre le traitement.

Dans quelques cas, les onomatomanes, exaspérés par la ténacité si pénible des obsessions et des impulsions qui rendent leur vie insupportable, conçoivent des idées de suicide et réclament une surveillance particulière; toutefois, les tentatives sont assez rares, ces malades lucides savent qu'ils

peuvent s'améliorer et se raidissent ainsi plus facilement contre le découragement.

En dehors de l'action morale si puissante du médecin, le traitement dans la majorité des cas se réduit à l'emploi des bromures qui modèrent, diminuent la pénible exaltation, la douloureuse émotivité dont s'accompagne l'angoisse.

Chez les sujets dont le sommeil laisse à désirer, aux bromures on peut ajouter le chloral ou le sulfonal que le malade prendra une heure après le coucher, mais dont il n'usera pas, toutes les fois qu'il aura pu s'endormir sans le secours de l'hypnotique. Il est rare qu'au bout de huit à dix jours, les malades n'aient pas conquis un sommeil naturel qui les repose et leur donne les forces suffisantes pour lutter pendant le jour contre le retour offensif des obsessions.

L'hydrothérapie complète le traitement : on aura recours à des douches froides de quatre à huit secondes seulement, sur tout le corps, à l'exception de la tête, en ayant le soin d'insister à la fin de la douche sur les jambes et sur les pieds que l'on fouettera avec le jet en lance. Les douches tièdes que des malades craintifs demandent à la place des douches froides, ne sont d'aucune utilité, et il est préférable de recourir soit aux affusions froides, rapidement pratiquées à l'aide d'une grosse éponge, le malade étant debout dans un *tub*, soit au drap mouillé. Après la douche ou l'affusion, on se trouvera bien d'une friction générale un peu forte, ou du massage.

En dehors de cette médication générale, on recherchera, chez chaque malade, les indications spéciales tirées de sa santé physique habituelle, de son tempérament, de sa constitution, de l'état de ses forces. Le plus souvent, ces dernières indications pourront être remplies sans modifications notables aux prescriptions générales que nous avons indiquées.

XIV

L'OBSESSION CRIMINELLE MORBIDE (1)

S'il est, en général, assez facile pour le médecin légiste de démontrer le caractère maladif des crimes ou des délits commis par des aliénés délirants (mélancolie, délires d'emblée ou systématisés des dégénérés, délire chronique, alcoolisme, etc.), la tâche est fort ardue parfois, lorsqu'il s'agit de sujets lucides qui, avec les apparences de la raison, sont poussés par une obsession morbide.

Pour les premiers, les mobiles de l'acte reposent sur une illusion, une hallucination ou sur une conception faisant partie de tout un système délirant ayant des caractères spéciaux, une évolution particulière.

Chez les seconds, c'est une idée obsédante, le plus souvent isolée, indépendante même du cours ordinaire de la pensée. L'obsession, en effet, est un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit en dehors de la volonté, mais sans malaise, à l'état normal, avec, au contraire, une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible à l'état pathologique.

Pour que cette idée angoissante puisse surgir spontanément et dominer toutes les autres opérations intellectuelles, il faut préalablement une déséquilibration mentale, et,

(1) MAGNAN (*Rapport au Congrès d'anthropologie criminelle* de 1892, Bruxelles.)

contrairement à ce qui a été avancé à diverses reprises, les seuls dégénérés héréditaires sont aptes à réaliser ces phénomènes pathologiques, si bien que l'obsession et l'impulsion morbides sont de véritables *stigmates psychiques* de dégénérescence.

A l'état normal, l'obsession est transitoire et ordinairement facile à réprimer; elle n'entrave pas du reste les autres fonctions intellectuelles, elle laisse libres les centres supérieurs qui ne perdent ni leur contrôle ni leur influence modératrice sur les centres psycho-moteurs; par suite, cette obsession n'aboutit pas à l'impulsion. A l'état morbide, l'obsession tenace, tyrannique, s'accompagne d'ailleurs d'une douleur morale tellement intense qu'elle subjugue la volonté. Dans ces conditions, l'obsession amène l'impulsion, et le sujet conscient est poussé irrésistiblement aux actes mêmes qu'il réprouve. C'est cet état de conscience, cette apparente lucidité qui en impose à ceux qui ne sont pas familiarisés avec l'étude de ces troubles étranges, et explique les erreurs judiciaires et médicales, aujourd'hui assurément plus rares, mais encore trop fréquentes.

Rien n'est plus propre à faire comprendre aux criminalistes et aux magistrats l'irrésistibilité de l'obsession morbide, que d'envisager cette obsession dans les cas où elle a pour objet le mot ou le nom et, le plus souvent, le mot ou le nom insignifiants. Chez les onomatomanes, en effet, l'obsession et l'impulsion dégagées de toute question d'intérêt, de tout mobile passionnel, apparaissent avec leur véritable caractère maladif, leur invincible irrésistibilité, malgré le complet état de conscience.

« Un négociant âgé de 40 ans, pendant un court séjour à Paris, entre dans un café, et, prenant un journal, parcourt les faits-divers; l'un deux relate l'accident d'une jeune fille qui, marchant à côté de son père, glisse et tombe dans un égout d'où elle est retirée, du reste, tout aussitôt sans accident. Il ne connaît ni la jeune fille ni sa famille, et le

fait en lui-même l'émeut fort peu. Rentré le soir dans sa maison, après avoir pensé aux affaires dont il s'était occupé à Paris, le souvenir du fait-divers lut revient à l'esprit; il se rappelle tous les incidents, mais un seul détail lui manque, c'est le nom de la jeune fille. Il se retourne dans son lit, cherche à dormir, mais vainement; il est obsédé par le désir de retrouver ce nom; cette image, cette représentation manque à son centre corticàl. L'inquiétude augmente, il est pris de palpitations, d'angoisse; il réveille sa femme qui, le voyant pâle, anxieux, défait, le front couvert de sueur, s'informe du malheur qui est survenu. Il raconte son histoire, il en reconnaît l'absurdité, mais il pleure, se lamente, parcourt la chambre en gémissant, répétant sans cesse : « Quel est donc son nom? » La nuit se passe dans la désolation, et le matin, au petit jour, il court dans un café, réclame les journaux de la veille, et il finit par retrouver le fait-divers. La jeune fille s'appelait Georgette; il lit et relit ce nom, le répète à haute voix, et ces images tonales et graphiques amènent le calme et le bien-être : l'appétit du nom est satisfait. »

Un homme de 52 ans est, depuis plusieurs années, obsédé par des mots le plus souvent grossiers, qui non seulement s'installent dans son esprit, mais qui parfois lui échappent quoi qu'il fasse. Le mot « putain » est un de ceux qui surgissent le plus souvent, et dans la rue, dès qu'il croise une femme, et en particulier une dame à allures respectables, il se sent poussé à prononcer le mot. Il fait de grands efforts pour ne rien dire, il ferme la bouche, s'inquiète, s'angoisse, est pris de palpitations, et malgré lui, le mot s'échappe brusquement. Pendant qu'on l'interroge, son visage s'assombrit tout à coup, il paraît préoccupé; un petit bruit guttural se fait entendre, il détourne immédiatement la tête et son visage exprime un profond désappointement. Pressé de répondre, il dit que c'est une grossièreté qu'il a dû laisser échapper et qu'il s'est détourné pour la chasser au loin,

qu'il ne se permettrait pas de l'adresser au médecin pour qui, ajoute-t-il, il a un profond respect. Un instant après, la même mimique recommence et il finit par raconter que c'est le mot « cochon » qu'il est forcé de prononcer malgré lui, et que c'est avec beaucoup d'efforts qu'il est parvenu à le dire à voix basse; il se trouverait, affirme-t-il, en face d'un canon de fusil qu'il ne pourrait pas retenir le mot. Quand il l'a prononcé, il se sent soulagé.

Lorsqu'on est témoin de cette angoisse du malheureux onomatomane qui cherche un mot dont il n'a nul besoin, lorsqu'on le voit faire des efforts surhumains pour ne pas projeter au dehors le mot qui l'obsède, et que l'on assiste à la détente, à l'immense soulagement dont sont suivis soit la découverte, soit la décharge du mot, soit dans d'autres circonstances, la substitution du mot préservateur au mot funeste, on n'est plus étonné par le langage du kleptomane, du pyromane, de l'impulsif homicide ou sexuel, du coupeur de nattes, de l'exhibitionniste, du singulier amant de la chemise blanche ou du tablier blanc ou du malheureux qu'obsède l'idée de mordre de la peau de jeune fille, quand ces inculpés déclarent que, malgré tous leurs efforts, leur ardent désir de résister, ils ont fini par succomber.

I. — Obsession et impulsion morbides a l'homicide.

De même que l'onomatomane obsédé par le mot grossier qui veut s'échapper, s'efforce anxieusement d'arrêter la décharge, de même l'obsédé homicide, épouvanté par l'idée terrible qui le pousse à tuer, et souvent même la personne la plus chère, résiste, lutte en désespéré, et arrive à un tel degré d'angoisse douloureuse que l'acte, quelque horrible qu'il soit, est accompli avec une indomptable énergie et est suivi d'une bienfaisante détente.

Dans quelques circonstances, la décharge du centre moteur d'articulation se produit brusquement chez l'ono-

matomane, sans qu'il ait eu à lutter ni à résister; de même chez quelques dégénérés homicides, la décharge psychomotrice est subite, presque automatique, sans que le sujet ait le temps de réfléchir ou de lutter.

Une héréditaire dégénérée, chez laquelle j'ai eu à relever de nombreux syndromes et une déséquilibration cérébrospinale des plus étendues, était poussée brusquement, sans nul motif, à porter un coup violent à la personne qui était près d'elle; très émue, et sachant que toute résistance était vaine, elle courait s'enfermer dans une chambre et n'apparaissait au milieu des siens qu'après la disparition de l'impulsion.

Chez une autre héréditaire dégénérée, G.... Berthe, âgée de 28 ans, entrée à l'asile Sainte-Anne le 17 juin 1886, l'impulsion à briser et à frapper était encore plus brusque et plus irrésistible. Tout à coup, au milieu du calme le plus complet, elle projetait à terre ou sur son entourage les objets qui se trouvaient à portée de sa main; un jour elle lance une bouteille à la tête d'une dame qui ne lui avait fait que du bien et pour laquelle elle éprouvait elle-même la plus vive affection; l'acte accompli, elle pleure, se lamente et supplie qu'on lui pardonne. Une autre fois, se promenant dans les champs, elle jette brusquement à terre sa fille, âgée de 14 mois, qu'elle tenait dans ses bras; l'enfant tombe sur un peu de foin et n'est point blessée. Elle ne sait pourquoi elle agit ainsi, elle en est désolée et déplore ce qu'elle a fait; elle ne s'explique pas, dit-elle, comment elle cherche à faire du mal aux personnes qu'elle aime. Parfois, la décharge n'est pas aussi soudaine et la malade peut réfléchir quelques instants, mais si elle essaie dans ces circonstances de résister, elle pâlit, elle éprouve un très grand malaise, des palpitations, un serrement à l'estomac; une fois le coup porté, elle s'en attriste, mais néanmoins elle se sent soulagée.

Ces cas d'impulsion homicide brusques, subits, sans nulle

délibération, sont rares (en dehors de l'épilepsie qui, d'ailleurs, n'est pas ici en cause). Le plus souvent, en pleine conscience, l'obsédé homicide surpris, déconcerté, résiste de toute ses forces et, restant son propre confident, se rend parfois seul maître de son obsession; d'autres fois, sa volonté n'est pas suffisante et il a recours aux conseils, à l'appui d'un parent, d'un ami, d'un étranger; enfin, parfois, une lutte intervient, plus ou moins longue, mais progressivement plus pénible, et l'impulsion n'est que le résultat de la douloureuse angoisse qui se produit et qui, coûte que coûte, aboutit à la décharge psycho-motrice.

Le sujet, talonné par cette angoisse, met, dans quelques circonstances, à l'accomplissement du meurtre, toutes les ressources de son esprit, une ruse, une adresse qui, en dehors d'une préméditation évidente, donnent au crime les allures d'un acte volontaire. Tel est le cas, relaté par Marc, d'Henriette Cornier, travaillant d'abord à capter la confiance des parents de l'enfant qu'elle emmène ensuite chez elle pour lui trancher la tête.

Les obsédés qui résistent, luttent et préviennent leur entourage, sont assez nombreux. Tout le monde connaît le fait de la bonne de la famille de Humboldt, qui se jette aux pieds de sa maîtresse et la supplie de ne plus la laisser seule avec l'enfant qu'elle se sent poussée à éventrer dès qu'elle voit en la déshabillant, la blancheur de sa peau.

Morel rapporte le cas d'un homme de 40 ans qui, en rougissant et avec l'accent du désespoir, vint lui déclarer que « depuis deux nuits, il était obsédé de l'idée d'étrangler sa femme qui dormait à côté de lui; il se relevait cent fois pour ne pas succomber à cette « tentation infernale », comme il l'appelait.

Un fabricant de moulures, P..., Célestin, âgé de 38 ans, qui, dans un accès mélancolique, avait été placé à l'Asile Sainte-Anne, avait, depuis huit ans, des idées d'homicide; tantôt il se sentait poussé à couper le cou d'un de ses ouvriers,

d'autres fois il était poussé à tuer ses enfants; la vue d'un instrument tranchant suffisait à réveiller ces obsessions dont il ne pouvait se rendre maître. Parfois encore, parlant à quelqu'un, il avait l'idée de l'étrangler et s'empressait de baisser les yeux. Quelque temps avant l'accès mélancolique, l'impulsion homicide était devenue tellement pressante que pour ne pas succomber, après avoir remis à sa mère tous ses outils, tous ses instruments tranchants, il s'enfuit, pour ne rencontrer personne, en pleine campagne, dans les lieux les plus solitaires, mangeant du pain et du fromage pour ne pas avoir besoin de couteau et ne buvant que de l'eau pour éviter toute nouvelle cause d'excitation. Enfin, il avait fini par se faire attacher. Il avait, en outre, ce qui est fréquent chez de tels malades, des idées de suicide.

Un garçon de 12 ans, Jean B..., traité à l'Asile Sainte-Anne, avait, par moments, sans nul motif, l'idée obsédante de frapper ses camarades; quand il parvenait à se retenir, il était forcé de s'éloigner et il frappait alors contre un mur ou contre un meuble, ou bien il adoptait un mode assez singulier de décharge : il marchait à quatre pattes et se sentait soulagé.

Désiré F..., âgé de 42 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne après une tentative de suicide. Sa femme raconte que, depuis plusieurs années, brusquement, sans motifs, il casse des assiettes ou des verres; il exprime aussitôt ses excuses en disant : « C'est la maladie; je ne puis pas éviter cela. » D'autres fois l'impulsion est plus dangereuse : il s'empare d'un couteau ou d'un bâton et s'élance vers sa fille aînée qui, très vigoureuse et très alerte, est parvenue jusqu'ici à échapper à ses coups. Il aime beaucoup sa fille, se désole, et c'est sous le coup de ses regrets qu'il attente à sa vie.

Une dame était poussée à jeter par la fenêtre un de ses enfants qu'elle allaitait. Plus tard, poursuivie par l'idée obsédante de crever avec des ciseaux les yeux de ses enfants, elle frappait ou appelait quelqu'un lorsque, étant seule avec

ses enfants, elle apercevait des ciseaux. Elle était poussée aussi à se jeter par la fenêtre. « Si je le faisais, disait-elle, pour savoir comment ça ferait pouf? »

F..., femme R..., âgée de 23 ans, est, depuis cinq ans, poussée, à la vue d'un couteau, à frapper quelqu'un, et depuis quelques mois elle est, de temps à autre, obsédée par l'idée de tuer une de ses voisines qu'elle aime beaucoup. Dans ses paroxysmes, elle lutte, résiste, s'angoisse; son visage s'injecte, sa physionomie s'altère, et un jour, sa voisine, prise de peur, s'enfuit sans même se douter du danger qu'elle courait. F... reste enfermée quarante-huit heures dans sa chambre pour ne pas succomber à l'impulsion; elle brûle ses couteaux, brise d'autres instruments tranchants, va se confesser et finit par faire une tentative de suicide pour échapper à l'obsession homicide. Elle est également parfois poussée à mordre; elle quitte un jour un omnibus pour ne pas mordre une femme placée à côté d'elle; arrivée à la maison, le besoin de décharge est tellement puissant qu'elle se mord profondément le bras et reconquiert aussitôt le calme.

Une femme de 30 ans, longtemps en proie à la crainte de la rage et à la crainte d'être assassinée, est vivement émue par le crime de Pranzini et, depuis lors, est poursuivie par l'idée des trois cadavres à la gorge ouverte. Cette image vient à chaque instant à son esprit, et, peu à peu, elle est obsédée par l'idée de couper le cou à son mari et à son fils. Elle se débat, dit-elle, elle se raidit, s'insurge contre *cette horreur* qui devient bientôt plus pressante. Elle est prise alors d'une angoisse inexprimable, elle suffoque, son cou est serré comme par une main de fer, ses yeux se troublent, son cœur bat avec violence. Elle résiste encore, mais sa main qui parfois saisit, malgré elle, le couteau, s'abat avec force et le brise sur un meuble. Il y a alors un soulagement, une détente.

Ces quelques exemples suffisent à donner une idée de

l'obsession morbide homicide. Tous ces malades sont des héréditaires dégénérés à antécédents pour la plupart très chargés; presque tous présentent également plusieurs syndromes épisodiques, tantôt simultanément, tantôt successivement, mais on retrouve constamment les mêmes caractères généraux. Ils ont conscience de l'obsession qui les pousse irrésistiblement à l'impulsion, et ce travail pathologique qui enlève aux centres supérieurs leur pouvoir modérateur s'accompagne d'une souffrance et d'une angoisse qui expliquent le sentiment de soulagement dont est suivi l'acte.

II. — Obsession morbide du vol; kleptomanie; kleptophobie.

La vraie kleptomanie, c'est-à-dire l'obsession poussant irrésistiblement au vol avec la résistance, la lutte et l'angoisse, et la détente consécutive à l'acte est un syndrome peu fréquent.

Je rappellerai l'observation intéressante du jeune dégénéré C..., Albert, que nous avons eu l'occasion d'examiner au précédent Congrès, lors de la discussion, à l'Asile Sainte-Anne, sur l'enfance des criminels. (Actes du deuxième Congrès international d'anthropologie criminelle. Paris, août 1889; p. 304.)

« Tout jeune, il s'est senti poussé à voler, il essayait de résister, mais il éprouvait de la tristesse et, au contraire, de la satisfaction quand il avait saisi l'objet qu'il convoitait. Plus tard, vers 14 ans, l'impulsion devient irrésistible; il a conscience de ses vols, il lutte pour ne pas succomber, mais dès qu'il aperçoit des pièces de monnaie, l'idée de les prendre s'empare de son esprit, l'obsède, il ne peut plus penser à autre chose. Si la présence d'un témoin, si un obstacle quelconque l'empêche de réaliser le vol, il devient inquiet, anxieux, angoissé, il cesse tout travail, sa tête s'alourdit, il ne répond pas quand on lui parle et se retire

chez lui. Lorsqu'au contraire il peut entrer en possession de l'argent, qu'il l'a dans la main, il éprouve un grand soulagement. Bientôt après survient le remords. Il ne garde pas ce qu'il a pris, il ne collectionne pas, contrairement à d'autres kleptomanes, les objets qu'il a volés; il s'en dessaisit assez rapidement, il achète des futilités qu'il distribue à ses camarades; parfois, honteux et attristé de son vol, il remet en place l'argent qu'il a volé. La kleptomanie n'est pas le seul syndrome épisodique présenté par ce dégénéré, la susceptibilité morbide de certains centres donne lieu à des manifestations non moins intéressantes ».

Parfois l'obsession se spécialise, en quelque sorte, et le sujet s'empare d'objets déterminés : c'est, en effet, un médecin qui, pendant ses visites, ne peut s'empêcher de soustraire la montre du client pendue au chevet du lit ou placée sur la table de nuit. C'est un magistrat qui s'approprie les couverts soit du restaurant, soit de la maison où il est invité. La famille le surveille et, dès qu'il rentre, ses poches sont fouillées et l'objet dérobé est aussitôt restitué.

Chez quelques héréditaires dégénérées, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement peuvent rompre l'équilibre et provoquer des appétits morbides, des *envies*, qui poussent irrésistiblement au vol.

Une héréditaire dégénérée de 30 ans, pendant une grossesse, aperçoit chez des amis un plat d'écrevisses; on lui en offre, elle refuse; au moment de sortir, elle saisit en cachette un de ces crustacés, y donne un coup de dent et le cache dans sa poche. Quelques jours après, elle entre chez un épicier et, pendant que celui-ci se retourne, elle saisit un hareng, le mord et le cache dans son panier. Elle ne voulait pas voler, dit-elle, mais si elle n'avait pas pu le prendre, elle eût été très malheureuse.

Une autre dégénérée, âgée de 28 ans, pendant une grossesse, passe devant un marchand de fleurs et aperçoit dans un petit vase un fraisier qui attire vivement son attention;

elle y pense toute la nuit; le lendemain elle passe encore devant la boutique, le fraisier est là, elle ne peut pas résister, elle s'avance et le saisit; le marchand intervient, elle a la présence d'esprit, dit-elle, de dire qu'elle voulait l'acheter; elle paye et, à peine sortie, elle dévore la plante, les feuilles, les fleurs, les fruits et même les racines.

Parfois c'est à la suite de fatigues, de maladies chez les héréditaires dégénérés que se présente passagèrement l'obsession morbide du vol.

En dehors de ces kleptomanes à obsessions et impulsions irrésistibles que l'on n'observe guère que parmi les dégénérés supérieurs, les déséquilibrés, le médecin légiste est fréquemment appelé à donner son avis sur des vols commis par des débiles, des faibles d'esprit, des individus atteints de lésions circonscrites ou de lésions diffuses du cerveau. L'examen de ces différents cas, où les centres supérieurs affaiblis perdent, à des degrés divers, leur action modératrice et leur contrôle, nous donne toute la gamme de la résistance morale, depuis la lutte la plus active des premiers, jusqu'au naïf abandon que, dans sa souveraine imprévoyance, le paralytique général met à l'accomplissement de l'acte.

Ces faits sont tellement nombreux, il en a été si souvent question, notamment à propos des *vols à l'étalage*, qu'il ne paraît pas nécessaire d'y insister dans ce rapport.

Comme pour la plupart des syndromes épisodiques de la folie héréditaire des dégénérés, le désir obsédant du vol a, comme contre-partie, la crainte obsédante de voler ou d'avoir volé. De même, en effet, que les kleptomanes, les kleptophobes sont obsédés et impulsifs, mais obsédés par la crainte d'avoir volé et poussés irrésistiblement à s'assurer avec la plus grande minutie, et parfois même avec une inquiétude angoissante, qu'ils n'ont point sur eux l'objet supposé dérobé; ils renversent les poches, décousent les ourlets, ôtent successivement tous les vêtements, se frottent

les mains, examinent toutes les parties du corps, etc.

Une dégénérée de 29 ans présentait, entre autres syndromes, la crainte d'avoir volé. « Si, dans la rue, elle remarque un bijou soit à un étalage, soit sur un passant, elle s'imagine l'avoir dérobé, elle croit même l'avoir placé dans sa poche; elle se fouille, le cherche et se désole de ce vol imaginaire. Il en est de même quand elle sort d'un appartement après avoir regardé un objet, elle croit qu'elle va le voler, ou bien elle craint de l'avoir volé (1). » Elle a conscience du caractère maladif de ces craintes, elle sait bien, au fond, dit-elle, qu'elle n'a pas volé, mais elle ne peut pas échapper à cette crainte.

III. — Obsession morbide du feu; pyromanie; pyrophobie.

La pyromanie, l'idée obsédante du feu, suivie de l'impulsion à l'incendie avec la lutte et l'angoisse, et le soulagement consécutif à l'acte est, comme la kleptomanie, un syndrome assez rare; mais j'ai eu toutefois, pour ma part, l'occasion d'en observer quelques cas.

Un dégénéré de 55 ans, qui avait déjà été en proie à diverses obsessions (vol, suicide, homicide), avait été également obsédé par l'idée de mettre le feu. Un jour, sans nul motif, il saisit le chandelier et, malgré tous ses efforts pour résister, il approche la flamme de plusieurs pièces de linge suspendues dans la chambre et provoque ainsi un commencement d'incendie. La vue des flammes amène une détente et aussitôt il s'empresse d'aider à éteindre le feu.

Une femme de 44 ans, ayant eu l'idée de suicide, se sent parfois poussée à mettre le feu chez elle; elle résiste avec peine à cette impulsion, et elle est obligée de fuir la maison pour se débarrasser de l'obsession.

Un garçon de 12 ans met, sans nul motif, le feu à la cave

(1) Magnan, Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés. Leçon faite à l'Asile Sainte-Anne (*Tribune médicale*, mars 1881.)

où se trouvent du bois et des cartons; il avait, dit-il, longtemps résisté, mais c'était plus fort que lui; il ne comprend pas, dit-il, pourquoi il a fait cette bêtise.

Le plus souvent les incendies sont allumés par des débiles ou des semi-imbéciles qui obéissent, sans grande lutte, à des perversions instinctives ou à des sentiments de haine ou de vengeance qu'éveillent les causes les plus futiles.

Un garçon de 7 ans avait placé du papier sous un lit et avait déjà enflammé les rideaux pour faire brûler sa mère qui l'avait grondé.

Une fille de 9 ans, dont la mère était blanchisseuse, brûle le linge des clients parce que, dit-elle, sa mère lui faisait des misères.

J'ai connu un imbécile de 28 ans qui, à la suite de discussions sans importance, avait mis le feu à trois établissements hospitaliers où il avait été successivement placé.

Comme contraste, le pyrophobe est obsédé anxieusement par la crainte du feu.

Un magistrat avait, avec beaucoup d'autres syndromes, une véritable terreur du feu; il passait des nuits sans sommeil errant dans sa maison d'un étage à l'autre, pour surveiller les cheminées où l'on avait fait du feu et les lieux où il avait jeté un bout de cigarette ou une allumette qu'il avait, d'ailleurs, bien soin d'éteindre longuement et minutieusement.

Un employé des finances avait une telle peur du feu qu'il passait ses hivers sans allumer une seule fois du feu, et, malgré cette précaution, il n'était pas rassuré et se relevait la nuit pour inspecter son appartement.

Une femme de 52 ans qui avait eu, à diverses reprises, des impulsions homicide et suicide, n'allumait jamais de feu à la cheminée et restait chez elle presque constamment dans l'obscurité par crainte d'incendie.

IV. — Obsessions morbides sexuelles.

Les anomalies, les aberrations et les perversions sexuelles donnent lieu à des obsessions et des impulsions qui parfois se traduisent par des actes délictueux ou criminels. Nous allons, pour plus de facilité, les suivre dans chaque groupe d'anormaux sexuels (1).

1° Les *spinaux*, réduits au réflexe simple, ont leur domaine limité à la moelle, au centre génito-spinal de Büdge. Ce premier groupe ne fournit pas matière à la médecine légale ; qu'il s'agisse, en effet, de priapisme, d'orgasme génital ou, au contraire, de phénomènes inhibitoires, ces troubles se produisent en dehors de toute intervention cérébrale ; le déséquilibré en a pleine conscience, il en souffre, mais ne se livre à aucun acte déraisonnable. Quant à l'idiot tout à fait inconscient, s'adonnant publiquement à l'onanisme, il exige simplement une surveillance plus active.

2° Chez les *spinaux cérébro-postérieurs*, le réflexe part de l'écorce cérébrale postérieure et aboutit à la moelle. La vue seule, l'image d'un sujet de sexe différent, quelles que soient ses qualités, qu'il soit beau ou laid, jeune ou vieux, provoque l'orgasme vénérien. C'est l'acte instinctif purement brutal.

« Il suffit à M^lle^ H... de voir un homme, jeune ou vieux, beau ou laid, élégant ou mal vêtu, peu importe, pour être prise d'un violent orgasme génital ; elle court aussitôt s'enfermer dans sa chambre, tire les rideaux de sa fenêtre et se tient blottie dans un coin, anxieuse, haletante, redoutant d'entendre le pas ou la voix d'un homme, qui suffiraient à augmenter son malaise. Elle ne dort pas la nuit, l'appétit est presque nul et elle devient insupportable et même dan-

(1) Magnan, Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles. Communication faite à l'Académie de médecine, le 13 janvier 1885 (*Progrès médical*, n^os^ 3, 4 et 5, janvier 1885.)

gereuse pour son entourage. Sur les conseils d'une matrone bien intentionnée, elle a essayé d'une cure *ab homine*, elle s'est livrée pendant un an à un individu pour qui elle n'éprouvait aucune affection, mais dont elle recherchait, dit-elle, les approches comme une médication utile. Ce mode de traitement n'a pas eu de meilleurs résultats que l'onanisme ; l'appétit sexuel est resté insatiable ; la vue de l'homme la mettait dans un état d'agitation extrême et finalement on a dû la faire entrer à Saint-Anne. »

Le cas suivant, qui a donné lieu à de douloureuses surprises, avait provoqué tout d'abord une instance en divorce, mais le mari, mieux avisé, a eu recours au médecin et non au magistrat.

Il s'agit d'une dame (héréditaire dégénérée) de 33 ans, mère de cinq enfants. Depuis dix ans, elle éprouve des besoins sexuels tellement impérieux par moments qu'elle cherche à les satisfaire avec le premier venu. Elle ose déclarer à sa mère et à ses frères qu'il lui faut des hommes, et qu'elle voudrait s'emparer de ceux qui passent près d'elle. « Ma nature de feu, dit-elle, me pousse à tout et m'a fait commettre bien des fautes. » Très attristée de cet état maladif, elle a fait plusieurs tentatives de suicide, mais dans l'intervalle, elle n'en cherche pas moins, dès qu'elle voit un homme, la satisfaction de ses appétits. Placée dans une maison de santé, elle est devenue plus calme, mais elle redoute de sortir.

A côté de ces déséquilibrés, nous trouvons encore de nombreux exemples d'imbéciles des deux sexes qui, sans le moindre dicernement, sans la moindre lutte intérieure, se livrent à la satisfaction de leurs appétits génitaux et réclament une intervention médico-légale.

3° Les *spinaux cérébraux-antérieurs*. Dans ce troisième groupe, le point du réflexe est dans l'écorce cérébrale antérieure ; c'est une influence psychique, comme dans l'état normal, qui intervient la première ; on retrouve donc chez

ces dégénérés le mécanisme physiologique des fonctions sexuelles, mais avec des éléments faussés ou pervertis. A l'état normal, en effet, une idée, un sentiment, un penchant exercent, en dernière analyse, leur action sur la moelle, et amènent l'acte physiologique, indispensable à la conservation de l'espèce. Dans l'état maladif, cette influence supérieure, l'idée, le sentiment, le penchant sont pervertis, mais n'en mettent pas moins en jeu le centre génito-spinal, qui obéit aux aberrations les plus étranges.

Une femme de 29 ans, dont nous avons longuement rapporté l'histoire (*Tribune médicale*, mars 1891) avait pour un enfant de deux ans un penchant qui lui rendait, par moments, la vie insupportable. « Depuis huit ans, elle éprouve un besoin irrésistible de cohabiter avec un de ses neveux. Elle a cinq neveux dont l'aîné est âgé de 13 ans. C'est lui qui a été l'objet de ses premiers désirs; sa vue la mettait dans un état d'excitation extrême, elle éprouvait des sensations voluptueuses qu'elle était impuissante à réprimer, qui s'accompagnaient de soupirs, d'inclinaisons de tête, de déviation des yeux, de rougeur de la face, quelquefois de spasmes et de sécrétions vaginales; elle se sentait poussée à le saisir et à l'approcher d'elle. Plus tard, quand il a grandi et à la naissance d'un second frère, c'est ce dernier qui est devenu l'objet de ses convoitises maladives, puis enfin le troisième, le quatrième et, actuellement, c'est le dernier venu âgé de trois ans dont son esprit est préoccupé. Elle se sent poussée à l'attirer près d'elle. »

Le sentiment peut, dans quelques circonstances, se rattacher à une profonde anomalie et avoir pour objectif le même sexe. C'est ce que Westphal appelle *sens sexuel contraire* et ce qu'avec M. Charcot nous avons désigné du nom *d'inversion du sens génital*.

Dans tous ces faits actuellement bien connus, ce qui domine, c'est l'idée obsédante de l'homme pour l'homme, de la femme pour la femme; le point de départ est d'origine essen-

tiellement cérébrale ; c'est en quelque sorte le cerveau d'une femme dans le corps d'un homme et le cerveau d'un homme dans le corps d'une femme.

Mais la clinique nous ménage des anomalies encore plus étranges, puisque l'instinct sexuel peut prendre pour objectif le tablier blanc, la chemise blanche, le mouchoir de femme, les clous d'une semelle de soulier de femme, une natte de cheveux, etc. Tous ces objets deviennent pour le patient une amante adorée, et il faut absolument qu'il s'en empare.

Les magistrats, appréciant aujourd'hui à leur juste valeur les faits de ce genre, n'hésiteront plus à confier à un examen médical ces voleurs singuliers de mouchoirs, de chemises ou de tabliers blancs, les coupeurs de nattes, et aussi les exhibitionnistes. (Lasègue, *Les exhibitionnistes* (Union médicale, mai 1887). — Magnan, *Ann. d'hygiène*, 3e série, t. XXIV, 1890. — Motet, *Les coupeurs de nattes* (Ann. d'hygiène, t. XXIII, 1890).

Récemment nous avons eu l'occasion, M. Garnier et moi, de voir un garçon de 21 ans, qui se fit arrêter sur un banc, pendant que d'un coup de ciseaux, il détachait de son bras gauche un large fragment de peau. Interrogé sur les motifs de cette mutilation, il déclara que depuis plusieurs heures il était à la poursuite d'une jeune fille à la peau blanche et fine, avec l'ardent désir de lui tailler au cou un lambeau de peau et de le manger. Dès l'âge de 6 ans, la vue d'une jeune fille ou d'un jeune garçon, à la peau fine et délicate, provoquait chez lui une certaine excitation génitale et le désir de mordre et de manger un morceau de leur peau.

Il a toujours résisté à cette idée obsédante, et jamais il n'a mordu la peau d'une jeune fille ; mais il a dû beaucoup lutter et, pour ne pas succomber, il n'a pas hésité, dit-il, depuis huit mois, à tourner sa *rage* sur lui-même et à se couper la peau ; c'est au moment où il allait sauter sur une jeune fille, qu'il a eu assez d'énergie pour interrompre sa poursuite,

s'asseoir sur le banc où il a été arrêté et tourner les ciseaux contre lui-même. Un autre jour, son patron l'envoie faire une commission avec une ouvrière qu'il trouvait fort jolie, mais pour ne pas se livrer à un acte de mutilation sur cette jeune fille, il a répandu, au moment de sortir, de l'essence de térébenthine sur une plaie encore vive qu'il s'était faite au bras, espérant être détourné de sa terrible tentation par cette douleur aiguë.

L'idée d'accouplement monstrueux avec les animaux, qui n'est pas très rare dans les campagnes, chez les imbéciles, se montre exceptionnellement chez les déséquilibrés.

Il est entré à l'Asile Saint-Anne, le 27 décembre 1891, un homme âgé de 36 ans, qui, à 9 ans, s'était servi d'une poule, à 13 ans d'une génisse; il se marie à 25 ans, et à 29 ans, quoique cohabitant avec sa femme, il s'est accouplé avec une chèvre. Il conduisait la bête au bouc dans un tombereau; il s'est senti poussé irrésistiblement à l'acte; il se tenait cramponné au bord du tombereau pour ne pas succomber; il éprouvait des battements de cœur : « Ça lui serrait, dit-il, dans la poitrine »; il tremblait et il lui semblait qu'il était tout pâle; il était en érection ; il finit par s'étendre au fond du tombereau en entraînant la chèvre. Il est honteux de ce qu'il a fait, mais il lui a été impossible, affirme-t-il, de se retenir.

Une fille de 22 ans, instruite, bien élevée, appartenant à une famille honorable, est, à certains moments, prise, à la vue d'un chien, du désir de s'accoupler avec lui. Cette dégoûtante idée l'impressionne vivement, dit-elle, la met hors d'elle-même et l'obsède malgré tous ses efforts ; toutefois, à plusieurs reprises, elle parvient à chasser l'idée en regardant un autre animal, un bœuf, un cheval. Cette image se superpose à la première et l'obsession disparaît.

Tous ces faits méritent d'être relevés, et c'est grâce à leur étude plus complète que le médecin légiste se trouve mieux armé pour en faire ressortir le caractère éminemment maladif.

4° *Les cérébraux antérieurs ou psychiques.* — Dans ce groupe on ne connaît plus les instincts inférieurs, on devient même indifférent à l'instinct de la génération; la moelle, le cerveau postérieur restent silencieux; on est installé en pleine région frontale, dans le domaine de l'idéation. C'est l'amour sans désirs vénériens, en dehors de toute préoccupation charnelle. Ce sont des platoniques, des extatiques, des érotomanes, en donnant à ce mot la signification précise que lui avait assignée Esquirol.

Si, lorsque ces érotomanes, poursuivant de leurs élans amoureux Myrto réfugiée dans une étoile, ne soulèvent aucune plainte, il n'en est pas de même quand l'objet de leurs obsessions est moins mythologique; les victimes de leurs incessantes poursuites sont obligées de demander à la police une protection qui aboutit souvent à leur séquestration.

C'est ainsi que l'amoureux de M^lle^ Van Zandt, de l'Opéra-Comique, finit par se faire arrêter à la porte de l'actrice où il se postait le soir, après le théâtre, pour se lancer au-devant d'elle dès qu'elle descendait de voiture. A l'Asile Saint-Anne, où il avait été placé, il affirmait qu'il n'avait jamais eu d'idées charnelles à son endroit; il avait lu, disait-il, Paul et Virginie, et cet amour chaste et élevé avait pour lui le plus grand charme.

Malgré les limites assignées à notre rapport, il nous a paru nécessaire pour ce sujet, avant tout clinique, de multiplier les exemples, et si les observations nouvelles n'ont pas trouvé ici le développement qu'elles comportent, les faits déjà publiés permettent de se faire une idée exacte des rapports étroits qui unissent tous ces syndromes épisodiques, très variés sans doute, mais émanant tous, malgré des coloris si différents, d'un même fond, la dégénérescence mentale. Cette notion bien établie est la base la plus solide, pensons-nous, pour l'étude médico-légale des obsessions criminelles morbides.

XV

ÉTUDE CLINIQUE SUR LES IMPULSIONS ET LES ACTES DES ALIÉNÉS (1)

L'aliéné se présente à nous sous deux aspects différents : tantôt renfermé en lui-même, il ne dépasse pas la sphère purement psychique de ses conceptions délirantes; ce travail, tout intérieur, le laisse étranger aux choses du dehors; ou bien il reste observateur passif au milieu d'influences diverses qu'il subit en silence. Mais malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et sans compter les actes qui mettent en suspicion sa capacité civile, l'aliéné réagit parfois avec une brusquerie et une violence extrêmes; et, dans ces conditions nouvelles, il nous oblige à intervenir au point de vue de la détermination de sa responsabilité criminelle. Sous quelles influences l'aliéné réagit-il? Comment passe-t-il de cet état de subjectivité tranquille à l'activité objective parfois si dangereuse? Tantôt c'est sous l'empire d'une conception délirante, tantôt il obéit à une illusion ou à une hallucination; d'autres fois, il est entraîné par une impulsion.

L'impulsion est un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est parfois impuissante à empêcher. Ce trouble élémentaire se montre dans les formes mentales

(1) MAGNAN, Leçon faite à l'Asile Sainte-Anne (*Tribune médicale*, mars 1881.)

les plus diverses, leur empruntant d'ailleurs les caractères particuliers qui le distinguent : l'impulsion de l'épileptique est différente de celle qui pousse l'alcoolique, de celle aussi qui parfois entraîne le mélancolique, etc. Nous reviendrons plus loin sur ces caractères distinctifs. Normalement, la plupart des actes ont à l'origine un certain degré d'instinctivité que l'expérience et la raison tendent progressivement à corriger. Chez l'enfant, en effet, les impressions et les idées du moment entraînent la volonté en l'absence du contrepoids que le souvenir agréable ou pénible des impressions passées fournit à un âge plus avancé. « L'enfant, dit Ferrier, qui a acquis le contrôle distinct de ses mains est poussé à toucher et à manier tout ce qui attire vivement sa vue. La vue d'une flamme brillante excite le désir de la toucher. Cet acte est suivi d'une douleur physique aiguë, et une association s'établit entre le contact d'un certain objet brillant et le sentiment d'une vive douleur. Le souvenir vivace de la douleur éprouvée dans une circonstance passée suffit pour contre-balancer la tendance qui pousse l'enfant à la manipulation de l'objet quand il se retrouve dans les mêmes conditions. Nous avons ici un simple cas de conflit des motifs, et la défaite ou neutralisation d'un motif par un autre plus puissant. L'acte, s'il s'en produit un, est conditionné par le motif le plus fort. « (*Les fonctions du cerveau*, p. 452). »

Dans la folie, les éléments de cette opération mentale qui consiste à enregistrer les acquisitions douloureuses ou agréables se trouvent faussés ou annulés; le jugement est altéré et l'impulsion dominatrice exerce son action sans rencontrer une force suffisante pour lui résister. C'est en effet, ce qui se produit à un degré remarquable, vous le savez, dans cette forme particulière de mélancolie impulsive désignée à tort sous le nom de *dipsomanie*. Nous avons eu l'occasion l'année dernière d'examiner ensemble plusieurs dipsomanes, et tous, vous vous en souvenez, attristés, se lamentent au début de l'accès; ils font des efforts inouïs pour résister, pressentant

les conséquences douloureuses pour eux-mêmes et pour leur famille qu'entraîne cette fureur de boire. Parmi ces malades, une femme obsédée par ce besoin impérieux, en arrive, pour augmenter sa répugnance, à mélanger des matières fécales et du pétrole à l'eau-de-vie qu'elle vient d'acheter. Mais toutes ces précautions sont inutiles, le breuvage est avalé, malgré le profond dégoût qu'il inspire.

Dans cette étude des impulsions et des actes des aliénés, quelle méthode devons-nous suivre? Nous pouvons examiner chaque maladie séparément, et faire ressortir dans chacune d'elles ce que ces phénomènes présentent de particulier. Ou bien faut-il avec certains auteurs décrire une monomanie suicide, homicide, la kleptomanie, la pyromanie, l'érotomanie, la nymphomanie, etc., sans compter l'agoraphobie, la claustrophobie, la topophobie de plus récente création? A ces dernières variétés de délire, nous pourrions en ajouter encore beaucoup d'autres et particulièrement la *bélonophobie*, la peur ou la terreur des épingles, car j'ai déjà eu l'occasion d'observer plusieurs malades chez lesquels cette préoccupation était le signe prédominant et en apparence le seul délire.

Chez une dame, âgée de 30 ans, appartenant à un rang élevé de la société, la peur des épingles avait suffi pour lui créer l'existence la plus malheureuse. Constamment poursuivie par la peur qu'une épingle ne se fût introduite dans la bouche, elle passait des heures entières à se frotter les gencives, toute la muqueuse buccale, qu'elle ensanglantait par ses frottements réitérés. A table, chaque plat était l'objet de ses investigations les plus minutieuses ; souvent, après avoir avalé une ou deux cuillerées de potage, elle faisait entendre tout à coup un bruit guttural comme pour repousser un corps étranger, et elle rejetait le contenu de la bouche ; aucun sentiment de convenance ne pouvait l'arrêter et elle crachait ainsi dans l'assiette devant tout le monde. Pour les aliments solides, elle les divisait en parcelles infiniment

petites et ce hachis ne suffisait pas à la rassurer ; car, après avoir mâché, elle rejetait également son bol alimentaire au moment où il allait franchir le pharynx. Quant aux boissons, le lait, le thé, l'eau rougie, elle remplissait le verre ou la tasse et n'y trempait les lèvres qu'après le débordement du vase pour être bien sûre que rien n'était resté à la surface. Ses domestiques ne pouvaient approcher de la table pour la servir que les manches retroussées jusqu'en haut du bras et elle-même relevait les manches jusqu'aux coudes. Chacun dans son entourage se pliait à ses fantaisies pour la décider à prendre quelque nourriture, mais elle ne faisait jamais de repas complet.

Cette peur des épingles était chez cette dame le fait dominant ; pour sa famille elle n'était pas folle, elle n'avait qu'une idée bizarre ; mais un examen complet permettait de s'assurer que ce n'était là qu'une des manifestations d'un état maladif profond, qui d'ailleurs prenait son origine dans l'hérédité.

L'étude des impulsions et des actes dans les diverses variétés symptomatiques aurait l'avantage de fixer l'attention sur une série de faits intéressants sans doute, mais ces faits eux-mêmes ne sont qu'un épisode de l'histoire de la maladie, et il faudrait pour chacun d'eux passer successivement en revue les variétés d'aliénation dans lesquelles on les observe, répéter ainsi les mêmes descriptions à propos de chaque monomanie et surtout les rapprocher des états pathologiques qui n'ont absolument rien de commun entre eux. Prenons un exemple, le suicide : quelle différence entre le suicide du malade affecté de mélancolie, qui, poursuivi par une idée de ruine, de déshonneur, de damnation, etc., est poussé à se détruire et fait avec ténacité plusieurs tentatives, et le malade alcoolisé, qui, sous l'influence d'une hallucination active, pressante, actuelle, se précipite brusquement par la fenêtre ou se jette à l'eau ! Là, rien n'était prévu, et, l'hallucination cessant, il n'y aura point de nouvelle tentative. Mettez à

côté le délirant systématisé dont la mort aura été préparée de longue main; qui patiemment, comme le malade dont parle Tardieu, aura travaillé pendant deux ans, à l'insu de tout le monde, à dresser, de sa propre main, la guillotine à l'aide de laquelle, au moment voulu, il se décapitera. (Étude médico-légale sur la folie, 1872, p. 375.)

Peut-on comparer ces suicides à celui de l'épileptique dont l'acte d'une souveraine inconscience arrive brusquement, subitement, de la façon la plus automatique, comme tous les phénomènes qui se produisent dans la grande névrose paroxystique? Mû par un penchant aveugle, l'épileptique se plonge un couteau dans la poitrine, il se jette à l'eau, se précipite par la fenêtre, et s'il ne succombe pas, l'acte est non avenu pour lui; il regarde avec étonnement sa blessure, il est surpris d'avoir été retiré de l'eau et sans les preuves manifestes qu'on lui fournit, il croirait volontiers qu'on lui parle d'une histoire qui ne le touche point. Si nous voulons un contraste encore plus frappant, nous n'avons qu'à jeter les yeux sur le paralytique; lui aussi veut quelquefois se tuer, mais il le fait à sa manière. Il se laboure la peau avec un vieux couteau ramassé dans un coin; il essaie de s'étrangler en serrant son cou avec une cravate devant tout le monde; ou bien encore, allumant un réchaud dans sa chambre et couché sur le lit, il se lèvera pour ouvrir la fenêtre parce que la fumée noircirait ses rideaux. Il suffit de ces exemples pour montrer qu'un acte, quelque grave qu'il soit, quelle que soit sa nature, ne peut servir de base à une classification et ne peut suffire à constituer une forme mentale. C'est ce qu'a pensé également le docteur Zabé à propos des aliénés incendiaires, et c'est aussi ce qu'a fait ressortir le docteur Gorry dans sa thèse sur la kleptomanie (1).

(1) Zabé, *Des aliénés incendiaires devant les Tribunaux* (Thèse de Paris, 1852.) — Gorry, *Des aliénés voleurs; non-existence de la kleptomanie et des monomanies en général comme entités morbides* (Thèse, 1870, n° 288.)

Parmi les travaux récents sur certaines variétés de délire considérées comme des espèces morbides, nous ne pouvons passer sous silence un mémoire dû à la plume de M. Lasègue (*Union médicale*, mai 1877). Le savant professeur, avec son remarquable talent d'exposition, décrit une classe d'individus qui font montre de leurs organes génitaux, et que pour ce fait il désigne sous le nom d'exhibitionnistes. Dans les huit observations du mémoire, sont mises en relief les circonstances qui accompagnent cet étalage génital et qui fournissent des caractères suffisants pour constituer une sorte d'affection intermittente avec *impulsions par accès*. Mais en lisant avec soin ces différents faits, on ne tarde pas à se convaincre que ce n'est là qu'un épisode de maladies différentes. Parmi ces malades dont l'histoire est malheureusement très écourtée, on découvre des déments séniles, un paralytique général, peut-être aussi un épileptique. L'exhibition d'ailleurs, se ressent du fonds maladif lui-même, car tandis que l'un de ces individus, comme un aliéné impulsif ordinaire, choisit l'église pour théâtre et une religieuse en prière pour spectateur, l'autre, en véritable dément, se déboutonne tantôt en pleine rue, tantôt aux Champs-Elysées à l'entrée d'un urinoir.

Les exemples tirés du suicide, que nous pourrions trouver tout aussi concluants pour les autres formes de monomanie, nous font déjà pressentir que c'est en torturant les faits, en les plaçant sur un lit de Procuste, qu'on parvient à les grouper pour en faire des maladies distinctes. D'ailleurs ce que l'on désigne sous le nom de monomanie n'est qu'une phase, qu'une étape d'une maladie mentale plus générale. Le monomane, qui ne paraît délirer que sur un point, qui souvent, aux yeux du monde, ne passe pas pour fou mais bien pour un homme original, un homme singulier, est cependant en réalité un véritable aliéné et même un aliéné souvent incurable, car il a déjà franchi la première étape de la folie, il en est arrivé à la systématisation.

Quand le délire systématisé existe, quelque limité que paraisse le trouble intellectuel, la folie est solidement établie. C'est, permettez-moi la comparaison, le tronc d'un arbre bien développé : ce qui est apparent dans l'arbre, c'est le tronc, ce qui est apparent aussi, chez le prétendu monomane, c'est le délire partiel, mais personne n'ignore que ce tronc vigoureux a été d'abord une tige, qui, par ses nombreuses racines, a puisé dans un sol favorable les éléments nécessaires à son développement; il en a été de même du délire partiel, il a trouvé ses éléments de vie dans un trouble général de l'intelligence, lequel, pendant une période plus ou moins longue d'incubation, a préparé une sorte de milieu intérieur, un terrain propre à l'éclosion et au développement de l'idée délirante. Que ces racines et ce tronc se trouvent dans des conditions données de milieu, de chaleur et d'humidité, on verra, grâce au travail intérieur, se développer des branches, des feuilles et des fleurs; il en est de même du délire partiel, sous l'influence de causes accidentelles : vives émotions, chagrins, privations ou excès, etc.; il se produira une sorte de floraison délirante reposant sur le fonds même de la maladie, qui viendra pour un temps recouvrir et masquer le délire préexistant. Mais plus tard, le calme renaissant, nous verrons se dégager successivement le délire partiel, de même qu'à la chute des fleurs et des feuilles, nous retrouverons l'arbre primitif.

J'ai tenu, messieurs, à faire comprendre que le délire le plus circonscrit, limité à ce qu'on appelle dans le langage vulgaire l'idée fixe, loin d'être un trouble mental léger n'est que la marque d'une phase évolutive de la folie et de sa tendance à la chronicité. D'ailleurs, existe-t-il vraiment des aliénés avec une idée fixe, avec l'unité du délire; des aliénés monomanes, en un mot? La doctrine de la monomanie a longtemps régné en souveraine sous l'égide protectrice de Pinel, d'Esquirol, de Georget, de Marc; basée entièrement sur la théorie psychologique de la séparation des facultés

de l'âme, elle conduisait naturellement à la conception des maladies séparées de chacune des facultés. Aussi la division d'Esquirol en monomanies intellectuelles, affectives et instinctives ne fit que répondre à un besoin que la théorie venait de révéler. Cette division était si simple, si rationnelle que, de tous côtés, de tous les pays, de nouvelles observations vinrent corroborer les faits si éloquemment exposés par le maître illustre. Au milieu de ce concert unanime auquel, il faut bien le dire, des magistrats, des avocats éminents prêtèrent un concours actif, une note discordante se fit entendre. Falret père, dégagé de toute théorie préconçue, observateur sagace et patient, attentif aux secrets que lui décelait la clinique, s'épuisait en vaines recherches pour trouver ces monomanies si communes dont chacun, à l'envi, tenait à fournir son contingent. Ne trouvant pas, il chercha encore, et scrutant soigneusement chaque fait, non seulement il reconnut qu'il n'y avait pas dans les monomanies unité de délire, mais encore que ce délire, toujours plus ou moins étendu, reposait sur une disposition générale maladive, sur un sol pathologique préalable, qui lui servait de base et favorisait l'éclosion et le développement des idées délirantes (1).

Falret s'applique à prouver que les causes d'erreur sont dues, d'une part, à la théorie des psychologues sur la séparation complète des facultés, transportée de toutes pièces dans le domaine de la pathologie mentale, puis, d'autre part, à la doctrine de certains manigraphes, d'après laquelle, l'erreur de l'homme raisonnable passerait, par transitions insensibles, à l'idée fixe du monomane, et la passion à la monomanie avec lésions des sentiments.

Mais ne sait-on pas que le délire, loin d'être le reflet des sentiments et des penchants du sujet, présente quelquefois, au contraire, le contraste le plus opposé? C'est ainsi qu'une

(1) P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris, 1863, p. 415.

jeune fille chaste, honnête, d'une bonne éducation, proférera, dans la période délirante, les paroles les plus ordurières qu'elle accompagnera des gestes les plus obcènes, en contradiction flagrante avec l'état normal. Falret insiste aussi comme cause d'erreur sur la tendance à considérer d'une façon exclusive, l'idée prédominante, tendance d'ailleurs favorisée par le langage et l'attitude du malade qui, dans sa systématisation, groupe toutes ses préoccupations autour d'un centre commun; tendance aussi favorisée par l'entourage dont l'attention est surtout attirée par la répétition de l'idée prédominante. Mais c'est par l'examen direct du malade, par l'étude de la marche des symptômes et surtout de ce fonds maladif constant, par l'étude aussi de cet état général tantôt expansif, tantôt dépressif, sur lequel se développent et se perpétuent les idées prédominantes, qu'il fournit les arguments les plus solides contre la doctrine des monomanies. Ses élèves d'ailleurs l'ont suivi dans cette voie, et parmi eux, Morel a contribué, avec son sens clinique si développé et sa puissante érudition, à faire accepter les idées du maître. A l'étranger, de nombreux auteurs et particulièrement Griesinger, reprenant la question à des points de vue différents, adoptent les conclusions du médecin de la Salpétrière, et repoussent, d'une façon radicale, la doctrine des monomanies.

Enfin M. J. Falret, digne héritier des doctrines et des préceptes du père, dans un travail remarquable sur la responsabilité légale des aliénés (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*) met à profit ces données générales pour combattre, lui aussi la doctrine médico-légale de la responsabilité partielle des aliénés.

Nous aurons occasion, dans le développement ultérieur de notre étude, de revenir sur cette importante question.

Pour le moment, il faut, à notre tour, interroger les faits et puiser dans la clinique les éléments de notre conviction.

La première malade que nous examinerons ensemble est

une marchande des quatre saisons, âgée de soixante ans, vivant en liberté, qui s'est présentée, il y a cinq semaines, à ma consultation gratuite. A un premier examen, elle ne parlait que d'une impulsion à se pendre, que rien ne motivait et que ses raisonnements et les conseils affectueux de ses parents ne parvenaient pas à dissiper. Les partisans des monomanies auraient trouvé là un exemple très favorable à leur théorie. Mais quelques jours après elle se sent poussée à tuer les deux enfants de sa fille, eux seuls et pas d'autres.

Voilà bien une monomanie homicide, deuxième monomanie, et si nous poursuivions nos recherches, nous trouverions encore une autre forme délirante caractérisée par des craintes, des hésitations, des doutes qui provoquent des actes de diverse nature : ce qui, au point de vue symptomatique, fournit une troisième manifestation délirante. Mais l'examen complet de la malade montre un enchaînement entre ces différents faits qui se sont développés sur un terrain à fonds mélancolique depuis longtemps préparé.

Comme antécédents héréditaires, nous trouvons de l'alcoolisme chez le père qui, brutal et violent, battait fréquemment sa femme. Quant à la malade, depuis douze ans, elle est triste par intervalle, souvent préoccupée de sa santé, elle craint de mourir, de contracter des maladies contagieuses et plus particulièrement le choléra. Depuis trois ans, elle a des rêves, des cauchemars qui disparaissent au réveil. Le sommeil est d'ailleurs troublé et très incomplet depuis plusieurs années. Elle prenait autrefois des liqueurs, une *menthe*, un *raspail*, le matin en allant à la halle, mais depuis huit mois elle s'en abstient d'une façon absolue. Au mois de mai dernier, subitement elle devient plus triste, elle fait des réflexions, dit-elle, sur les individus pendus; et leur mort rapide lui paraît enviable, elle se sent alors poussée à se pendre, elle regarde la porte de la chambre pour chercher le moyen d'y assujettir la corde. Cette idée ne la

quitte pas, l'obsède et, craignant de succomber à cette impulsion, elle sort de chez elle et se réfugie tout émue chez sa fille, lui raconte ce qui se passe et éprouve, après le récit, un léger soulagement. Pendant cinq jours l'idée de pendaison la poursuit, puis après un calme relatif de dix jours, elle a tout à coup la pensée de placer le pouce sur le cou de sa petite-fille âgée de six ans et de l'étrangler. « Si je l'étranglais, se dit-elle, si j'allais tout doucement lui mettre le doigt sur le cou et serrer. » Trois jours après, elle se sent poussée à frapper son petit-fils, âgé de trois ans, avec un bâton ou un marteau. Pendant plusieurs jours elle reste sous le coup de ces obsessions, la vue des enfants étrangers la laisse indifférente, elle n'éprouve nul besoin de frapper. A plusieurs reprises, elle a eu l'idée d'étrangler un lapin pour satisfaire ces impulsions, mais elle ne l'a pas fait, pensant que cet acte ne la délivrerait point de cette épouvantable obsession. Elle évite de faire le moindre reproche à ses petits-enfants, elle ne les corrige jamais, craignant qu'une simple tape ne l'entraînât à un acte plus grave. La vue d'une corde l'impressionne vivement et son contact la met hors d'elle-même.

En outre, depuis le mois de mai elle éprouve, par intervalles et selon les circonstances, des craintes que rien ne motive. Dans la rue, si elle est croisée par une voiture, elle s'imagine qu'elle va tomber sous les roues, qu'elle sera écrasée et se gare le plus qu'elle peut pour éviter le véhicule. Souvent elle n'ose pas monter en tramway de crainte qu'il ne verse. Quand elle doit passer un pont, elle prend le milieu de la chaussée et redoute de monter sur les trottoirs pour ne pas être entraînée à enjamber le parapet.

Un jour, un jeune homme occupé à sculpter avec un couteau un morceau de bois, vient s'asseoir à côté d'elle, elle est prise aussitôt d'une angoisse extrême craignant que ce garçon ne la frappe avec le couteau.

Ce sont là tout autant de troubles psychiques qui, ajoutés

aux impulsions suicides et homicides, multiplient singulièrement un délire qu'on aurait pu croire limité à une idée.

Voici une seconde malade, actuellement dans le service de mon collègue M. Bouchereau ; dans son histoire pathologique on pourrait, n'ayant égard qu'aux symptômes, décrire trois espèces distinctes de monomanies impulsives, tandis qu'il n'y a là, en définitive, que des manifestations diverses d'un même état mélancolique chez une malade héréditairement prédisposée, appartenant à la grande classe des dégénérés de Morel. Il s'agit d'une fille de vingt-neuf ans dont la mère est hystéro-épileptique, et dont le père mélancolique est mort à la suite d'accidents cérébraux aigus.

Dès l'âge de quinze ans, elle se fait remarquer par des bizarreries, des singularités, de la mobilité d'humeur et des alternatives de gaîeté et de tristesse ; elle prend de tous côtés des objets insignifiants, des bouts de chiffons, du fil, des dés, des noyaux de cerises qu'elle collectionne, empaquette et range soigneusement et méthodiquement dans une boîte. Plus tard elle est prise de la terreur des épingles. Un jour, ayant tenu une épingle entre les lèvres, elle croit l'avoir avalée, elle sent une piqûre au gosier, elle force sa mère à la conduire chez le médecin, qui ne voit rien. Depuis ce jour elle prend les plus grandes précautions dès qu'elle voit des épingles ou que quelqu'un approche portant des épingles. Si par hasard elle en perd une, elle la cherche, et si elle ne finit pas par la trouver, elle entre dans un état d'angoisse extrême, s'imaginant que l'épingle a pénétré dans son corps ; elle en sent quelquefois aux oreilles, au nez, à la gorge : elle se rince la bouche, se frotte, s'essuie avec les plus grandes précautions, découpe les aliments par très petits fragments pour ne laisser échapper à son investigation aucune épingle ; quelquefois elle crache et rejette la bouchée qu'elle est sur le point d'avaler ; si dans la cour, dans la rue, dehors en un mot, elle parle, elle chante, ou reste la bouche ouverte quelques instants, elle est tout aussitôt préoccupée par la

crainte de l'introduction d'une épingle dans la cavité buccale. Souvent elle remonte deux fois les escaliers, revient sur ses pas, pour s'assurer qu'aucune épingle n'est restée à terre.

Quelques années plus tard, des préoccupations d'un autre ordre s'emparent de son esprit : elle craint d'avoir volé. Si, dans la rue, elle remarque un bijou, soit à un étalage, soit sur un passant, elle s'imagine l'avoir dérobé, elle croit même l'avoir placé dans sa poche ; elle se fouille, le cherche et se désole de ce vol imaginaire. Il en est de même quand elle sort d'un appartement, après avoir regardé un objet ; elle croit qu'elle va le voler ou bien elle craint de l'avoir volé.

Depuis huit ans, elle est sous le coup d'impulsions nymphomaniaques d'une nature particulière: elle éprouve un besoin irrésistible de cohabitation avec un de ses jeunes neveux. Elle a cinq neveux dont l'aîné est âgé de treize ans. C'est lui qui a été l'objet de ses premiers désirs, sa vue la mettait dans un état d'excitation extrême, elle éprouvait des sensations voluptueuses qu'elle était impuissante à réprimer, qui s'accompagnait de soupirs, d'inclinaisons de tête, de déviation des yeux, de rougeur de la face, quelquefois de spasmes et de sécrétions vaginales ; elle se sentait poussée à le suivre et à l'approcher d'elle. Plus tard, quand il a grandi et à la naissance du second frère, c'est ce dernier qui est devenu l'objet de ses convoitises maladives, puis enfin le troisième, le quatrième et actuellement c'est le dernier venu âgé de trois ans dont son esprit est préoccupé. Elle se sent poussée à l'attirer près d'elle. Parfois elle le voit nu debout, elle croit même l'entendre, parfois elle croit même que l'acte s'accomplit, à table, en public, elle se voit découverte, l'enfant étendu sur elle ; dans cette hallucination, elle n'aperçoit pas l'image entière de l'enfant, le tronc seul est visible avec les organes génitaux appliqués sur les siens. Très émue elle adresse de pressantes questions à ses voisins, leur demandant s'ils ne voient rien, s'ils n'ont rien vu.

Cette malade est très lucide, elle est désolée et honteuse

de ces singuliers désirs, elle est tranquille, travaille et s'occupe toute la journée ; elle sort de temps à autre, et va dans sa famille pour essayer en quelque sorte ses forces ; mais encore la vue de son neveu l'impressionne vivement ; à table, dans sa famille, elle se place loin de lui, mais pendant toute la durée du repas, elle éprouve des spames, du malaise à l'estomac, une constriction à la gorge, et la lutte lui devient des plus pénibles. Elle n'a jamais cédé à cette perversion instinctive et elle a toujours évité le contact des petits garçons.

Parfois elle éprouve quelques sensations voluptueuses à la vue d'un homme, mais l'impulsion est faible, la résistance facile et ne s'accompagne pas de malaise.

En outre, elle a de temps à autre des hallucinations d'une autre nature ; on l'injurie, on lui dit des mots grossiers ; elle croit parfois qu'on médit d'elle ou qu'on la calomnie.

Sous l'influence de l'excitation morbide, elle s'est parfois livrée à l'onanisme , cependant elle fait tous ses efforts pour résister à cette influence dont elle reconnaît le caractère maladif.

Le troisième malade que nous allons examiner est un peintre en bâtiments, âgé de 44 ans, chez lequel nous trouvons des impulsions satyriasiques des plus singulières. Chez lui, les renseignements ne m'ont pas permis de découvrir d'antécédents héréditaires particuliers; mais adonné de très bonne heure aux boissons alcooliques et soumis par sa profession à l'action du plomb, il a acquis grâce à l'alcoolisme et au saturnisme (coliques de plomb, paralysie des extenseurs, hémiplégie faciale), une prédisposition maladive qui rend compte de ses troubles psychiques.

Il avait depuis longtemps contracté des habitudes d'onanisme qui ont presque entièrement cessé depuis un an ; il faisait souvent des dessins obscènes qu'il distribuait à ses camarades. Il s'est habillé aussi deux fois en femme étant seul dans sa chambre. Depuis deux ans, il n'a plus d'érection ne peut plus avoir de rapports sexuels, mais il a parfois des

pertes séminales. — Depuis cette époque, dit-il, il se sent poussé à des actes contre nature. — A la tombée de la nuit, il se dirige vers les rassemblements, aux stations d'omnibus auprès des batteleurs, il s'approche et se place derrière une femme cherchant de préférence la plus grosse ; puis il retire sa verge qui reste flasque et se frotte contre les fesses de sa voisine. C'est pendant qu'il se livre à cet exercice, à la station d'omnibus de la place Clichy, qu'il est arrêté par un agent des mœurs. Il a été, dit-il, pour le *frottage*, condamné à quatre mois de prison, ce qui est exact.

Sa femme est crémière, et c'est lui qui ouvrait la boutique tous les matins, plaçait le lait sur le feu et servait les premiers clients. A plusieurs reprises, il n'a pu s'empêcher, dit-il, de tremper ses organes génitaux dans la boîte au lait, il s'essuyait tout aussitôt ; le contact du lait lui donnait d'après lui une sensation de velours. Il n'hésitait pas à distribuer ce lait aux clients et il puisait sans répugnance à cette même boîte pour son déjeuner.

Depuis quelque temps, il avait des idées de persécution, prétendait qu'on lui faisait des misères à l'atelier ; sa femme le trouvait aussi bizarre, sombre, mais ne se doutait pas de ses habitudes étranges ; elle avait remarquée toutefois qu'il se frottait souvent la nuit contre ses fesses, mais elle n'y faisait pas autrement attention.

A peine entré en prison (18 nov.), il s'est imaginé qu'un gardien voulait le tuer, qu'on lui avait fait boire du pétrole, qu'on avait mis le feu chez sa femme, qu'on l'avait volé ; on l'empêchait de dormir, on l'accusait d'avoir mis le feu à La Chapelle. Il a eu des idées de suicide, s'est excité à plusieurs reprises, a lancé un verre contre la fenêtre et s'est montré violent.

Depuis son arrivée à l'asile, il est triste, craintif, il entend dire qu'on veut l'empoisonner, le guillotiner ; il a jeté les médicaments dans le vase et il refuse parfois les aliments. Il demandait la semaine dernière avec instance sa sortie, pour

ne pas contracter les maladies de ses voisins, pour ne pas devenir épileptique. — Il prétend qu'on le travaille, qu'on lui chauffe les jambes, le dos ; c'est avec la pile, la chimie ; quand il mange, on détourne son bras, et on lui fait donner des coups de fourchette à la lèvre.

Les hallucinations et les troubles de la sensibilité générale sont plus fréquents la nuit, comme chez tous les alcooliques.

Voilà jusqu'ici des fait simples, en ce sens que, malgré la multiplicité des délires de l'aliéné, ces délires reposent tous sur le même fonds pathologique, la maladie est toujours la même. Mais la clinique parfois se présente avec des caractères de complexité des plus intéressants. — Ce sont les cas dans lesquels, chez le même sujet, se montrent simultanément non pas plusieurs formes symptomatiques distinctes, ce qui est fréquent, nous l'avons vu, mais plusieurs espèces nosologiques, des maladies conséquemment tout à fait différentes. Voyons en quelques mots comment s'expliquent ces faits.

L'action convergente de l'hérédité, vésanie de l'un des ascendants, névrose convulsive de l'autre, ne se traduit pas seulement chez le descendant par des dégénérescences intellectuelles allant de la simple faiblesse d'esprit jusqu'à l'idiotisme le plus profond, ni par des états hybrides dont la grande classe des folies morales présente de nombreux exemples ; la manie, la mélancolie, ou le délire chronique du père, l'épilepsie de la mère et *vice versa* peuvent exercer leur action directe sur le fils et déterminer chez lui simultanément deux névroses similaires aux précédentes, vivant côte à côte, mais sans perdre aucun de leurs attributs. Une hérédité double donnera ainsi lieu à un être pathologique double, à un sujet à la fois épileptique et vésanique. La névrose convulsive peut chez cet individu se traduire par des attaques, des vertiges et par son délire spécial ; d'autre part, le délire vésanique avec ses conceptions tristes ou

expansives, ses troubles sensoriels, son évolution particulière conserve tous ses caractères, si bien que l'on peut faire la part de l'épilepsie et du délire vésanique ; cet individu, en effet, qui raconte dans les moindres détails son délire vésanique reste muet quant aux troubles intellectuels, rattachés aux attaques. Chez lui encore, si l'épilepsie vient à s'améliorer ou à disparaître, le délire vésanique n'en persistera pas moins avec des symptômes propres, et réciproquement, la disparition du délire vésanique peut laisser l'épilepsie dans son intégrité. Des individus, en un mot, sont atteints à la fois d'épilepsie et de délire partiel, ou de manie et de mélancolie ; ces deux états restent indépendants et peuvent sans doute s'influencer réciproquement, exercer l'un sur l'autre une action passagère, mais, d'une façon générale, l'existence de l'un n'est nullement solidaire des péripéties que peut traverser l'autre. Ce n'est pas tout, ce même individu épileptique et vésanique, de par les conditions héréditaires, peut encore, de son propre fait, acquérir un troisième état pathologique. A la suite, en effet, d'abus suffisamment répétés de boissons, il présentera un délire alcoolique, et dans ces conditions nouvelles, il sera donné d'étudier et de suivre ces trois espèces pathologiques distinctes, indépendantes, à pathogénie différente : la folie épileptique, la folie simple (délire mélancolique ou autre), la folie alcoolique. Une analyse attentive de cette synthèse clinique permet de faire la part de chacun des trois éléments dont les caractères restent parfaitement distincts. Le délire épileptique, par son évolution, son allure brusque, par son inconscience, se sépare nettement des deux autres modes de perturbations psychiques; et le délire chronique, avec sa marche méthodique, lente et progressive, avec ses caractères de fixité, ne saurait être confondu avec le délire alcoolique dont les troubles hallucinatoires pénibles, multiples, mobiles et passagers conservent toujours une physionomie spéciale.

Le malade que je vais examiner avec vous présentait, lors d'une première entrée à Sainte-Anne, le 1er avril 1880, les trois états morbides distincts dont nous venons de parler : l'épilepsie, le délire mélancolique et le délire alcoolique.

B..., Charles, âgé de cinquante ans, peintre en voitures, entre à l'asile Sainte-Anne, le 1er avril 1880, avec du délire mélancolique et des accidents alcooliques, après avoir éprouvé, il y a quelques jours, un accès de folie épileptique. Sa mère, profondément névropathique, sujette à des migraines, habituellement triste et portée au suicide, a même fait une tentative d'empoisonnement. Plus tard, au neuvième mois de l'allaitement de son cinquième enfant, elle est arrêtée par les douaniers franchissant la frontière avec du tabac ; vivement émue, elle est prise d'un accès de délire aigu et meurt quelques jours après. Son père, adonné à l'ivrognerie, est devenu mélancolique peu de mois après sa femme. Un de ses frères est épileptique, un autre frère alcoolisé a eu plusieurs fois des vertiges ; il s'est déshabillé un jour dans l'escalier absolument inconscient de cet acte extravagant. Quant à lui, depuis l'âge de trois ans, il a, à de longs intervalles, des attaques convulsives avec perte de connaissance et chute à terre ; plus souvent ce sont des vertiges qui se produisent, s'accompagnant parfois d'accès très courts de délire, avec actes dont il ne conserve aucun souvenir. C'est ainsi qu'il brûle un jour du linge au milieu de la chambre, qu'une autre fois il saisit sa fille à la gorge, très surpris bientôt après, en apprenant ce qui s'est passé.

En 1862, il a un accès de mélancolie qui dure plusieurs mois ; il pleurait, se lamentait, se croyait perdu, voulait se tuer ; tous ces accidents s'amendent et disparaissent après un érysipèle.

Au commencement de 1879, B... devient inquiet, préoccupé, ne peut tenir en place, il éprouve des lourdeurs de tête, un sentiment de constriction à l'estomac. Par moments, il se figure qu'il va commettre un crime, qu'il finira sur l'échafaud ; il se sent poussé à tuer sa femme et ses enfants ; c'est une idée qui l'entraîne, dit-il, qui l'obsède et dont il ne peut se débarrasser. Parfois, entendant l'un des siens, il saisit malgré lui un couteau, il hésite et le rejette avec horreur. Quelquefois aussi il se sent poussé à frapper un de ses camarades, et, à plusieurs reprises, il parvient à suspendre un coup violent qu'il est prêt à porter, mais ne peut s'empêcher de laisser retomber la main et de toucher, par un petit choc, l'épaule de la personne la plus rapprochée. Parfois, ces obsessions acquièrent une intensité qui le désole, le jettent dans une angoisse extrême, appréhendant un moment de faiblesse, sentant des frémissements par tout le corps, et n'échappant qu'avec la plus grande peine à ces impulsions.

Depuis plusieurs années, se soumettant à une mauvaise hygiène il prend du rhum tous les matins et, sous l'influence de ce régime, il devient plus agité, son sommeil se trouble, des cauchemars et des hallucinations l'effrayent la nuit, puis enfin éclate pendant quelques jours un accès d'alcoolisme aigu qui vient s'ajouter et cacher même passagèrement le délire mélancolique habituel. Il voit alors des hommes sur les murs, ils s'avancent pour le voler et le tuer; des serpents l'enlacent et l'étouffent; « Tiens, tiens, dit-il, les voilà, ils me tortillent »; il aperçoit des gendarmes, des croque-morts, des figures blafardes; des rats s'échappent de son assiette et sautent sur la table; des fourmis le dévorent; il sent des griffes de lion sur la tête; on veut l'empoisonner; il entend des injures et des menaces. Il éprouve des picotements et des brûlures sur la peau, des crampes dans les bras et dans les jambes. Ces hallucinations et ce nouveau délire ne tardent pas à disparaître, les idées mélancoliques premières et les impulsions sont toujours là sans avoir rien perdu de leurs caractères pénibles et désagréables. (*De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné. Archives de Neurologie*, numéro 1, juillet 1880.)

L'épilepsie chez lui reconnaît comme influence héréditaire l'alcoolisme du père dont l'action s'est étendue également sur deux de ses frères. Dès l'âge de trois ans, la névrose se manifeste par des attaques rares avec lesquelles se montrent plus tard des vertiges; dans le courant de 1879 deux accès de délire épileptique de courte durée s'accompagnent d'actes inconscients; un jour, en effet, il brûle du linge dans sa chambre, une autre fois il cherche à étrangler sa fille; l'accès passé, ces actes sont non avenus pour lui, il n'en conserve nul souvenir; tandis qu'il rendra compte dans leurs moindres détails des actes et des différentes conceptions délirantes qui se rattachent au délire mélancolique. Ce délire mélancolique offre également chez lui son origine en quelque sorte classique, car la mère atteinte de mélancolie avec tentative de suicide est morte dans un accès de délire aigu. De telle sorte que le père alcoolique transmet l'épilepsie, et la mère vésanique transmet le délire mélancolique. Enfin des habitudes alcooliques, contractées dans la dernière année, développent à leur tour des accès passagers de délire toxique des mieux caractérisés.

Cet homme était sorti amélioré le 5 juillet 1880, il avait repris son travail, mais au bout de quelques jours, il redevient triste, inquiet, préoccupé de son avenir, il n'a plus de courage ; il se sent, dit-il, entraîné à faire du mal, il a l'idée de tuer le médecin qui l'avait soigné hors de l'asile, qui ne lui a fait, dit-il, que du bien et sur la bonté duquel il ne tarit pas d'éloges, cette impulsion homicide le met dans un état d'angoisse extrême. Un jour il avait pris un couteau décidé à courir chez le médecin pour le tuer, mais au moment de sortir il hésite et, tout en larmes, il vient me trouver à Sainte-Anne me racontant ses luttes incessantes et son désespoir d'être ainsi poussé à frapper son bienfaiteur.

Il n'a pas eu l'idée de faire du mal à d'autres personnes, mais il sent, dit-il, que ça va revenir : « J'ai peur de ne plus être maître de moi, de faire un mauvais coup et je veux abolument rentrer à l'asile. »

Il avait aussi depuis quelques jours des idées de suicide.

Depuis sa sortie, il était resté sobre, et les hallucinations pénibles et le tremblement ne s'étaient plus montrés.

En dehors du délire mélancolique il éprouve de temps à autre des vertiges épileptiques, et un jour où ces vertiges étaient plus fréquents il lui est arrivé, dit-il, une chose singulière : il était chargé de peindre une voiture et il a quitté l'atelier n'ayant peint que les trois roues; il n'y comprend rien et ne s'explique pas cet oubli ; depuis son entrée, il a eu plusieurs vertiges qui s'accompagnent de pâleur ou de rougeur et de quelques secousses dans les muscles de la face : il ne tombe pas, mais reste hébété, un instant, va en tout sens, absolument inconscient de ce qu'il fait et de ce qui se passe autour de lui ; un instant après, revenu à lui, il ignore ce qui s'est passé. Lors de sa première entrée, les vertiges et les attaques étaient devenus plus rares sous l'influence du bromure de potassium, et l'amélioration de l'épileptique s'était manifestée beaucoup plus rapidement que celle du délire mélancolique.

En résumé, ce malade présente encore aujourd'hui deux maladies distinctes, l'épilepsie et le délire mélancolique, et nous avons vu deux ordres d'impulsions, les unes inconscientes se rattachant à l'épilepsie, les autres dont le malade a une entière conscience et qui sont une des manifestations du délire mélancolique.

Ces exemples suffisent pour montrer que l'impulsion, quelque extraordinaire qu'elle soit, quelque grave que soit l'acte auquel elle donne lieu, ne saurait être regardée comme toute la maladie et que la monomanie impulsive loin d'être une maladie distincte n'est, en définitive, qu'un épisode de différents états pathologiques qu'il faut avant tout déterminer.

XVI

SUICIDE PAR BLESSURE DU CŒUR AVEC UNE ÉPINGLE MESURANT A PEINE TROIS CENTIMÈTRES (1)

Les blessures du cœur ménagent les surprises les plus inattendues. Tantôt une plaie atteignant les cavités ne s'accompagne d'aucune complication et guérit rapidement; d'autres fois, au contraire, de simples piqûres des parois font naître des accidents formidables qui emportent le malade. D'une manière générale, toutefois, les plaies non pénétrantes du cœur n'ont pas le caractère de gravité des plaies pénétrantes de cet organe.

Dans ses expériences sur les animaux, le physiologiste, en effet, ne craint nullement l'introduction dans la cavité du péricarde de l'extrémité aiguë d'une tige dont l'autre extrémité porte à l'extérieur un petit signal indiquant les mouvements du cœur. Ce procédé opératoire ne semble pas modifier les conditions de l'expérience.

Chez l'homme, les parois ventriculaires ont une épaisseur suffisante soit pour être traversées, sans pénétration dans les cavités, par des pointes effilées, soit pour loger des projectiles, le plus souvent des balles, qui peuvent même rester enchâtonnées dans le muscle sans provoquer d'accidents ultérieurs. Dans ces cas, le corps étranger fait souvent office de bouchon et empêche l'hémo-péricarde.

(1) Magnan (*Com. à la Soc. de Biol.*, 1890).

M. Tillaux rapporte dans son *Traité d'anatomie topographique,* p. 627, le cas très remarquable d'un mélancolique qui s'était introduit dans la région du cœur une tige de fer de 16 centimètres de longueur ; elle n'était plus visible au moment de l'examen, mais on la sentait sous les doigts soulevant vigoureusement la peau à chaque contraction du cœur. L'année suivante, cet aliéné ayant succombé à la suite d'une nouvelle tentative de suicide, M. Tillaux constata que la tige de fer avait traversé le bord antérieur du poumon gauche, la paroi postérieure des ventricules, et qu'elle s'était engagée dans le poumon droit.

Chez les animaux, la présence de corps étrangers dans les parois du cœur a été souvent signalée ; des balles notamment ont été trouvées sur le cerf, le daim, le sanglier, sans troubles appréciables pendant la vie.

D'autre part, si les plaies pénétrantes sont habituellement plus dangereuses, quelques cas de tolérance du cœur pour certaines blessures ont conduit des médecins à proposer la saignée du cœur, la ponction des cavités droites, dans des cas de gêne grave de la petite circulation.

Dans un article sur la cardiocentèse, M. Bruhl (*Progrès médical*, 1887, nos 49, 50, 51, 53) rappelle l'opinion favorable de quelques médecins américains et notamment du Dr Westbrook, à cette opération.

Le suicide récent d'une aliénée vient fournir un exemple du danger de certaines plaies, même non pénétrantes du cœur, et justifier, une fois de plus, les prudentes réserves émises par quelques cliniciens (Roger, Rendu) lorsqu'on est appelé, chez l'homme, à introduire un instrument aigu (aiguille, trocart) dans le péricarde.

Il s'agit d'un cas de mort volontaire dans un paroxysme mélancolique chez une femme, R... Marie, âgée de trente-deux ans, à l'aide d'une petite épingle mesurant à peine 3 centimètres.

Cette femme, héréditaire dégénérée, compte dans ses

ascendants un oncle maternel suicidé ; dans ses collatéraux, une sœur débile, une autre sœur mère d'un idiot. Quant à elle, elle a deux enfants âgés l'un de quatre ans et demi, l'autre de six ans, qui, jusqu'ici, paraissent bien portants.

Uue fièvre typhoïde survenue à dix ans n'a été suivie d'aucun trouble intellectuel appréciable et la malade a joui jusqu'à dix-huit ans d'une santé assez bonne. A cette époque, elle est entrée dans un couvent avec l'intention de se faire religieuse ; elle a eu une bouffée délirante mystique, elle voyait la sainte Vierge, c'était blanc, disait-elle ; elle a entendu la voix des anges et de Dieu. Elle quitte le couvent et, depuis lors, elle est restée impressionnable, craintive, mais sans présenter de délire. Elle se marie à vingt-cinq ans, elle a deux enfants dans les trois premières années du mariage ; elle vit en bonne harmonie avec son mari, mais l'ouvrage n'allant pas, le ménage est souvent dans la gêne, et l'on doit s'imposer de nombreuses privations. Il y a un an, ils quittent Dijon où ils demeuraient et se décident à venir à Paris où ils espèrent trouver plus de travail.

Là, les soucis matériels augmentent et la pauvre femme devient d'une tristesse et d'une émotivité extrêmes. Dès que son mari sort pour ses occupations, elle le supplie de rentrer bien exactement à l'heure, lui déclarant que le moindre retard ferait surgir dans son esprit les plus vives alarmes ; elle redoute constamment un accident et elle ne pourrait s'empêcher de croire à un malheur. Elle sort peu, ne trouve aucun plaisir dans les distractions du dehors, et elle n'a de l'attrait, dit-elle, que pour la lecture des feuilletons et des faits divers des journaux ; les récits des événements tristes l'intéressent plus particulièrement.

Depuis quelques mois, sur ce fond de déséquilibration mentale surgissent des syndromes épisodiques nouveaux.

Passant à la place de la Nation, R... Marie se sent poussée à se précipiter sous un tramway et elle a beaucoup de peine à s'en empêcher. Ces impulsions au suicide reviennent de

temps à autre, mais elle parvient toujours à les dominer.

Peu de temps après, elle est assaillie par une obsession encore plus pénible, elle se sent poussée à tuer ses enfants; elle n'ose plus approcher d'eux, elle craint d'aller les chercher à l'école. L'impulsion devient surtout pressante à la vue d'une hache et d'un couperet déposés dans la cuisine.

Un dimanche matin, ses enfants jouaient près d'elle, lorsque l'impulsion homicide envahit son esprit; inquiète, toute tremblante, elle prend la hache et le couperet et va en courant les jeter dans le soupirail d'une cave. Débarrassée de ces instruments, l'angoisse diminue; elle se sent, dit-elle, délivrée d'un grand poids et elle peut, sans crainte, regarder ses enfants, s'approcher d'eux et les caresser.

Toutefois, ces idées obsédantes reviennent encore de temps à autre et l'attristent profondément. Elle éprouve, en outre, un malaise cérébral extrême; il lui semble, dit-elle, que le crâne se fend. Pour échapper à ses craintes incessantes, elle demande elle-même à être placée dans un asile où elle aura plus de repos.

Elle entre à Sainte-Anne (Bureau d'admission), le 6 mars 1890. Les premiers jours se passent sans incident; elle est plus calme, moins obsédée, puis elle s'assombrit, se plaint de la tête, ne peut se lever le matin; vers la fin de mars, elle s'excite, prétend qu'on lit dans sa pensée; inquiète, anxieuse, elle ne peut rester en place, s'échappe de la salle dès que la porte s'ouvre et rôde dans les couloirs.

Quelques jours après, le 3 avril, l'agitation augmente, la malade est constamment en mouvement, elle gesticule, parle de la Vierge, de Jésus-Christ, de la fin du monde. Les discours n'ont pas de suite. On la place dans le pavillon des malades agitées où la surveillance est plus continue.

Le 6 avril, elle veut sauver le monde, dit-elle, elle doit se sacrifier, elle se frappe la tête contre le sol, elle se mord l'extrémité des doigts, frotte violemment le devant de la

poitrine qu'elle écorche au niveau du sternum et au-dessous du sein gauche.

Vers une heure, R... Marie paraît plus tranquille, gémit de temps à autre, se tient accroupie à terre. On la voit pâlir et tomber à la renverse; elle laisse écouler les urines.

En la déshabillant, l'infirmière aperçoit implantée au-dessous du sein gauche, une épingle qu'elle s'empresse de retirer.

Mon excellent interne, M. Lwoff, arrive auprès de la malade qu'il trouve cyanosée, les extrémités froides, la respiration superficielle, lente et irrégulière; les battements du cœur faibles, tumultueux et profonds. On pratique des frictions générales, on fait respirer de l'ammoniaque, on donne de l'éther.

Peu à peu la respiration devient plus régulière, les inspirations plus larges, le pouls se relève, la cyanose disparaît, la malade recommence à parler et on l'installe sur un fauteuil.

Elle revient complètement à elle, mais elle reste agitée, marmottant des prières et répétant qu'elle doit mourir pour sauver le monde.

Au bout d'un quart d'heure, elle pâlit de nouveau, les lèvres sont bleuâtres, la respiration est très embarrassée, la malade est sans connaissance, le pouls devient petit, presque insensible, puis le cœur cesse de battre.

La respiration artificielle, les excitations cutanées, l'électrisation restent sans résultat.

Quelle était la cause de la mort?

On pouvait supposer tout d'abord des phénomènes réflexes, une syncope chez une femme éminemment nerveuse; l'exiguïté de l'épingle, ses petites dimensions rendaient peu problable la blessure d'un vaisseau assez important pour fournir dans la cavité péricardique un volume de sang capable d'arrêter le cœur. La pointe du cœur, en effet, vient au contact de la paroi thoracique, mais le reste de l'organe où les vaisseaux deviennent plus volumineux paraît situé trop

profondément pour être atteint par une épingle de 3 centimètres dont la tête est encore visible à la peau.

Il n'y a pas eu, en effet, de gros vaisseaux lésés, mais la pointe du cœur a reçu plusieurs piqûres qui ont provoqué une hémorragie de 280 grammes.

Voici le résultat de l'autopsie : on aperçoit, au niveau du sixième espace intercostal au-dessous du sein, un petit orifice analogue à celui que peut produire une épingle. Après la dissection de la peau, nous trouvons, un peu en arrière de la soudure chondro-costale et à 5 millimètres au-dessous du bord inférieur de la sixième côte, un petit pertuis correspondant à l'orifice cutané (fig. 1, *a*).

La paroi thoracique soulevée nous montre l'orifice interne

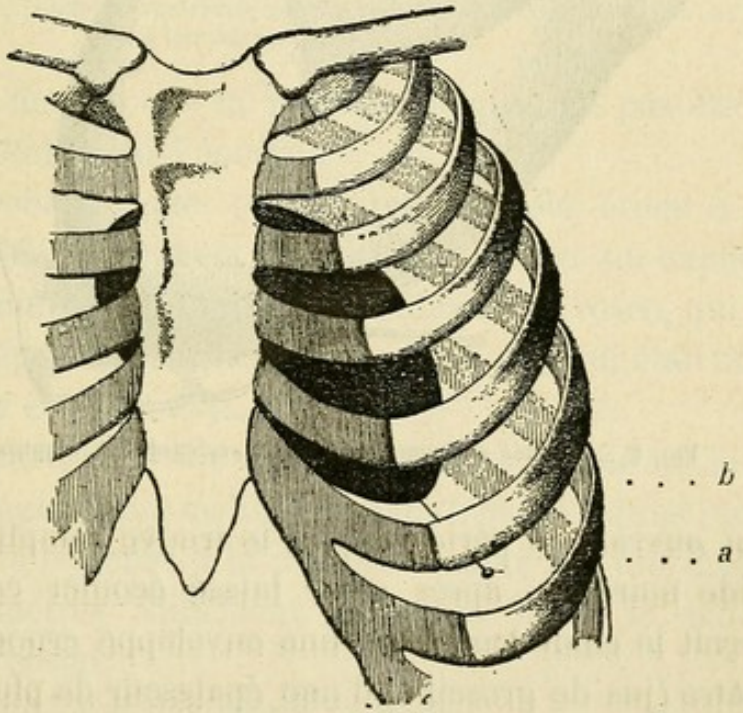


FIG. 1. — *a*, tête de l'épingle visible a la peau dans le sixième espace intercostal ; *b*, partie de l'épingle pénétrant dans le péricarde.

du trajet au milieu d'une tache ecchymotique. Plus profondément, en dedans et en haut, on aperçoit, à l'extrémité inférieure du péricarde et à sa jonction avec le diaphragme, une ecchymose de l'étendue d'une pièce de un franc (fig. 1, *b*). En disséquant le péricarde au niveau de son

insertion sur le diaphragme, on voit, infiltrés de sang, le tissu cellulaire et quelques fibres musculaires superficielles.

Cette disposition se montre encore sur le cœur et le diaphragme, et se trouve bien représentée sur cette figure dessinée peu après l'autopsie (fig. 2, *c*, *d*).

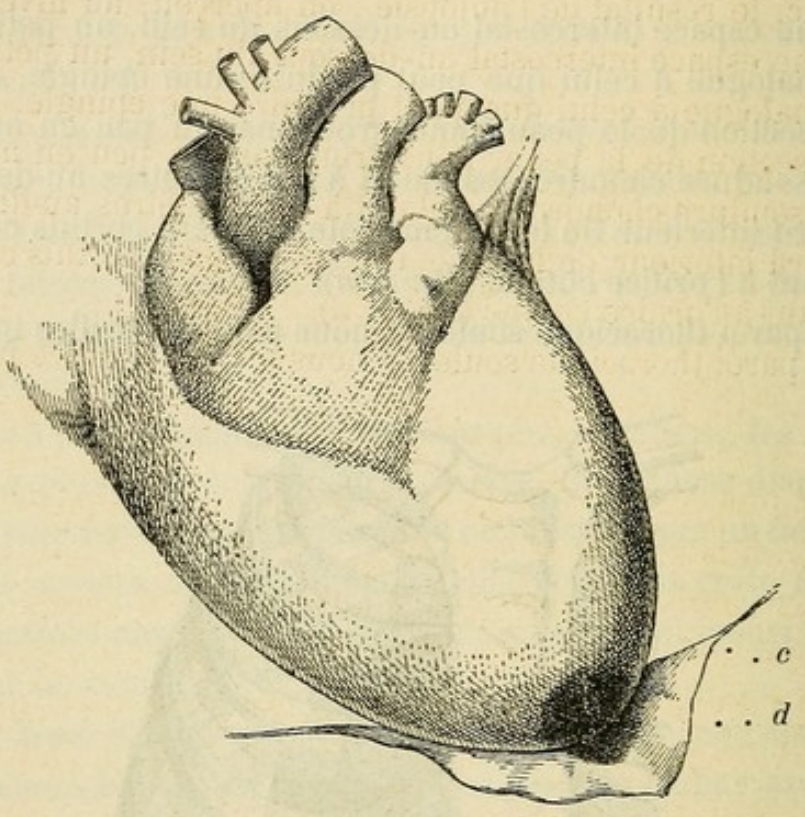


FIG. 2. — Taches ecchymotiques du *c*, péricarde ; *d*, diaphragme.

En ouvrant le péricarde, on le trouve rempli d'un sang liquide noirâtre ; après avoir laissé écouler ce sang, on aperçoit le cœur logé dans une enveloppe cruorique molle noirâtre (jus de groseille) d'une épaisseur de plus d'un centimètre en arrière, un peu plus mince en avant et en haut. Le sac enlevé avec précaution nous laisse voir le cœur, entouré encore d'une gaine cruorique, fibrineuse, rosée, plus dense, plus résistante, et qui tapisse l'organe dans toute son étendue. Le poids total du sang liquide et des deux enveloppes formées par le sang coagulé est de 280 grammes.

La pointe du ventricule gauche du cœur, d'un rouge brun,

présente distinctement sept petits pertuis qui semblent résulter d'autant de piqûres d'épingle (fig. 3, *e*, *f*). Le ventri-

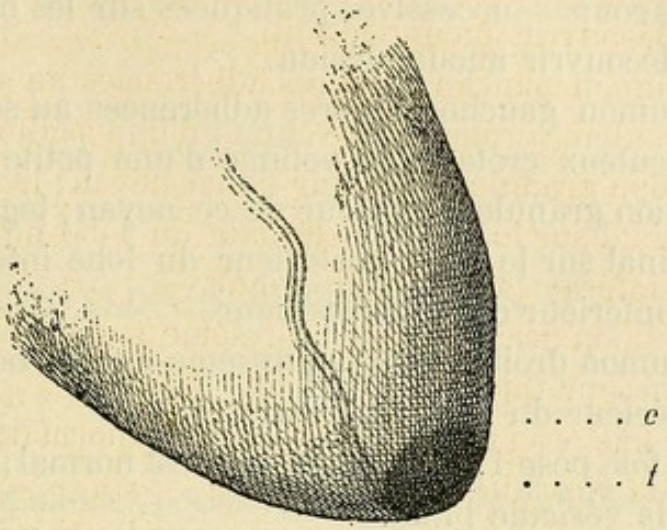


Fig. 3. — *e*, pointe du ventricule gauche ecchymosé avec ses sept pertuis ; *f* (pertuis) piqûres d'épingle.

cule fendu montre que la paroi cardiaque n'a pas été traversée en totalité par l'épingle.

Il est probable que ces piqûres ont été faites à des moments différents, mais très rapprochés, ce qui expliquerait la première couche sanguine fibrineuse rosée, qui paraissait indépendante de la seconde enveloppe qui était noire, plus épaisse et plus molle.

D'autre part, la position de la malade accroupie sur le sol, la poitrine légèrement inclinée en avant, permet de se rendre compte de la blessure à la pointe du cœur par une épingle de 3 centimètres seulement introduite dans le sixième espace intercostal.

Un mot sur l'état des autres organes :

Cerveau : Les méninges minces, légèrement injectées par place, s'enlèvent partout avec facilité.

L'hémisphère droit pèse.	455	grammes.
L'hémisphère gauche	460	»
La protubérance, le bulbe et le cervelet.	145	»
Poids total.	1,060	grammes.

La surface des hémisphères est lisse et la conformation des circonvolutions est normale.

Les coupes successives pratiquées sur les hémisphères ne font découvrir aucune lésion.

Poumon gauche : légères adhérences au sommet; noyau tuberculeux crétacé du volume d'une petite noisette et infiltration granuleuse autour de ce noyau; léger emphysème marginal sur le bord postérieur du lobe inférieur et sur le bord inférieur du lobe supérieur.

Poumon droit : léger emphysème sur les bords postérieur et inférieur du lobe supérieur.

Le foie pèse 1,320 grammes; il est normal; pas de calculs dans la vésicule biliaire.

Rate : poids 210 grammes; normale; crépite sous le doigt.

Reins : normaux; les substances corticale et médullaire ont leur coloration normale et se distinguent facilement.

Utérus : normal ; la face interne est recouverte d'une mince couche de sang.

XVII

SUR LES ALIÉNÉS PERSÉCUTEURS (1)

Sous le nom d'aliénés persécuteurs nous ne voulons point comprendre tous ceux que le hasard de leur délire peut pousser, un jour ou l'autre, à se venger de leurs ennemis imaginaires : tels sont, par exemple, les délirants chroniques à évolution systématique qui, arrivés à la période de persécution, réagissent violemment contre ceux que leurs hallucinations leur désignent; tels sont encore les dégénérés à délires systématisés de persécution ou de grandeur, hallucinés ou non, qui, plus ou moins rapidement, se transforment en persécuteurs et poursuivent ceux dont ils croient avoir à se plaindre. Nous entendons au contraire décrire un groupe clinique que ses allures spéciales, toujours semblables à elles-mêmes, isolent d'une façon bien nette. Les sujets auxquels nous faisons allusion et que l'on désigne habituellement sous le nom de *persécutés-persécuteurs*, de *persécuteurs-raisonnants*, ne persécutent point d'une façon secondaire, épisodique pour ainsi dire, comme les malades précédents : le besoin de poursuivre leurs ennemis, d'obtenir justice de torts imaginaires ou d'une condamnation soi-disant injuste, est au contraire chez eux la note dominante, l'élément fondamental de leur délire ; leurs actes, plus

(1) En collaboration avec M. Sérieux (*Revue générale des Sciences*, 2e année, n° 23, 15 décembre 1891.)

encore que leurs conceptions sont de nature pathologique. Chez eux point de désordre dans les idées, ni de délire bruyant et extravagant, ni de troubles hallucinatoires ; point de ces conceptions ambitieuses ou de ces idées de persécution dont l'incohérence ou l'absurdité éclatent aux yeux de tous ; rien en un mot de ce qui est caractéristique, pour le public, de l'aliénation mentale. Invite-t-on ces sujets à exposer leurs doléances, à rédiger leur histoire, on constate que les faits sont racontés avec précision, que la mémoire est intacte, que les facultés syllogistiques persistent. Quelle est donc, dira-t-on, la folie d'aliénés que l'on dépeint si lucides ? Pour mettre bien en lumière la réalité des troubles psychiques de ces persécuteurs, il faut faire d'abord leur histoire naturelle, et voici ce que nous enseigne la clinique :

Le persécuté-persécuteur appartient à la grande famille des dégénérés. On sait que les états de dégénérescence, qui reconnaissent le plus souvent pour cause les tares psychopathiques ou les intoxications des ascendants, sont caractérisés par des anomalies du développement tant physique que psychique. Le persécuteur, habituellement issu d'une famille tarée au point de vue cérébral, est fréquemment porteur des stigmates physiques de la dégénérescence (malformations crâniennes, asymétrie faciale, anomalies des organes génitaux, etc.) ; il présente en outre l'état mental propre aux dégénérés : c'est-à-dire que chez lui la déséquilibration des diverses facultés est la règle. Grâce à ses lacunes morales et intellectuelles peuvent se montrer des idées obsédantes, des impulsions, des préoccupations hypochondriaques, des troubles émotifs, des idées de suicide, des manifestations anormales de l'instinct sexuel, des accès maniaques. Dès l'enfance du sujet se révèlent des tendances aux idées de persécution et à la chicane ; plus tard son caractère détestable, son besoin de dispute mettent partout la discorde : son orgueil démesuré, son habitude de se poser en victime, ses dénonciations calomnieuses en font un véritable fléau.

Étant données ces prédispositions, qu'un accident survienne (procès perdu, etc.), et le dégénéré se révèle par la nature de ses réactions : l'équilibre mental très instable est dès lors détruit; l'idée fixe d'obtenir justice s'installe d'une façon irrévocable. Le ressentiment des échecs que le sujet a subis et qui ne sont imputables qu'à ses imperfections psychiques se transforme ainsi en une véritable idée obsédante qui est seule désormais à diriger une activité dévoyée. Accumulant les interprétations fausses, stimulé par les insuccès qui sont pour lui autant de dénis de justice, le déséquilibré poursuit avec un acharnement aveugle ses prétendus ennemis et se transforme ainsi en persécuteur.

Les anomalies du développement psychique de ces aliénés n'excluent pas d'ailleurs chez quelques-uns la prédominance de certaines aptitudes (*dégénérés supérieurs*). Rusés et menteurs, d'une patience et d'une activité infatigables, ils mettent leur mémoire, leur imagination, leurs facultés syllogistiques, leur facilité d'élocution, parfois très développées, au service de leurs sentiments maladifs, de leur haine profonde. Condamnés une première fois à la suite d'actes extravagants, ou déboutés de demandes non fondées, ils prétendent obtenir des indemnités et faire proclamer l'erreur judiciaire dont ils ont été victimes. L'idée obsédante qui les tourmente ne leur laisse plus désormais un instant de repos : ils veulent redresser les torts, flétrir les dénis de justice, obtenir des réparations pour les prétendus dommages portés à leur considération. Si, au début, leurs discours et leurs démarches semblent ne tenir que de la passion, à mesure qu'ils s'exaltent, leur désir de faire triompher leur cause n'a plus de frein et les subjugue complètement : le caractère maladif devient évident. Il s'agit là, non pas, comme pourraient le croire ceux qui ne sont pas familiarisés avec les réactions de ces aliénés, d'un état passionnel, non pas d'une revendication légitime de droits injustement lésés, mais bien d'une obsession de jour en jour plus tyrannique et pour la satis-

faction de laquelle le malade, négligeant sa profession, sans souci de l'avenir et de ses véritables intérêts, tout entier à sa soif de vengeance, n'hésite pas à sacrifier sa fortune, sa famille, sa liberté même.

Ce qui caractérise encore les persécuteurs, c'est la haute idée qu'ils ont de leur personnalité : d'un orgueil et d'une vanité incommensurables, ils s'imaginent que le monde entier a les yeux sur eux, qu'ils sont appelés à jouer un rôle important. « Le moule qui me fit se brisa après ma naissance, écrit l'un d'eux. Il n'y a qu'un Dieu, s'il y en a un, ce qui est douteux, mais il n'y a qu'un moi, et ce moi vaut bien la peine qu'on s'en occupe. » Une fois internés, ils s'étonnent que leur arrestation n'ait point causé plus d'émotion, qu'une révolution n'ait point éclaté. Ils restent persuadés que s'ils n'obtiennent point leur liberté, c'est que des considérations politiques s'y opposent, que les ministres se préoccupent de leurs faits et gestes, etc.

Un autre trait bien typique de ces aliénés est la présence de lacunes morales plus ou moins profondes ; dénués souvent de toute notion du bien et du mal, ils commettent des indélicatesses, des abus de confiance, mais ont toujours à la bouche les mots de conscience et l'honneur. Ils ne craignent pas de porter contre des personnes honorables les accusations les plus injustes : tous les fonctionnaires à qui ils ont eu affaire ont trahi leur cause, sont vendus à leurs ennemis ou veulent tirer vengeance des révélations qu'ils ont faites : « C'est une comédie indigne de la justice », disent-ils.

Ces persécuteurs partent parfois d'un fait vrai mais démesurément amplifié, et, insensibles à toute considération, avides de scandales, ils entreprennent une campagne acharnée, montrant dans leurs revendications une ténacité infatigable. Ils cherchent par tous les moyens possibles à attirer l'attention sur leur affaire : l'un s'affuble d'un costume étrange, l'autre tire un coup de revolver en l'air au passage du chef de l'État ; quelques-uns posent leur candidature aux

élections. Très prolixes, très loquaces, ils accumulent leurs prétendues preuves avec une logique apparente, s'appuient sur des arguments tirés de la lecture du Code, sur des faits vrais auxquels ils ajoutent des compléments imaginaires, ou qu'ils interprètent d'une façon erronée; ils en imposent parfois ainsi et rendent difficile la distinction du vrai et du faux. Souvent, dans ces périodes d'excitation intellectuelle, le persécuteur offre l'aspect clinique décrit sous le nom de *manie raisonnante* : l'exaltation psychique est à son summum, mais la lucidité persiste, bien que le malade n'ait pas conscience de son état de surexcitation. Dévoré par un besoin d'activité jamais satisfait, il se multiplie de tous côtés, aborde mille entreprises, écrit aux personnages en vue, consulte des avocats, demande des audiences, passe ses nuits à rédiger de volumineux mémoires, réclame à des médecins des certificats constatant qu'il jouit de la plénitude de ses facultés, dépose des plaintes, cherche à gagner à sa cause la presse, fait parvenir des pétitions au parlement, aux autorités, etc... Dans leurs écrits interminables ces sujets affectent une grande précision, font suivre chacune de leurs allégations des mots : dont témoignages... preuves... etc. L'aspect de ces factums est parfois à lui seul caractéristique : la plupart des phrases sont soulignées 2, 3 et 4 fois; certains mots sont écrits en caractères spéciaux, ou avec une encre de couleur différente, etc. Dans le long récit de leur existence ils opposent leur désintéressement, leur dévouement à la vénalité de leurs juges, aux trahisons de leurs avocats, au manque de conscience de leurs médecins : « Leur vie n'est qu'un martyre... on les tue à coups d'épingles, à coups de poings, à coups de cœur »; ils apostrophent leurs ennemis et les adjurent, « si la mèche de la conscience et de l'honneur fume encore en eux, » de cesser leurs iniquités. Parfois ils prennent des allures de prophète : « Prenez garde! s'écrient-ils, il y a un Dieu vengeur de l'innocent! » Une persécutrice observée par nous, qui signe ses lettres : *F... quintruple vic-*

time, adressait à divers personnages des requêtes intitulées « Appel aux âmes justes et aux cœurs nobles pour une quintruple victime. »

Les échecs répétés que subissent ces malades, loin de les décourager, sont pour eux autant d'iniquités nouvelles, autant de stimulants venant aiguillonner leur activité maladive dans une lutte qui est devenue désormais leur seul but. Leur excitation intellectuelle s'accroissant, ils veulent bientôt se faire arrêter, espérant comparaître devant un tribunal, cherchent à s'introduire auprès du Président de la République; ils en viennent ensuite aux injures, aux écrits et aux placards diffamatoires; ils impriment eux-mêmes des affiches pour demander « la nullité de jugements entachés de dol, rendus contre eux en secret et en abus de loi » ; ils font distribuer sur la voie publique des mémoires justificatifs. Enfin ils en arrivent aux tentatives de chantage, aux menaces et aux actes de violence, et parfois, s'érigeant en justiciers, ils n'hésitent pas à frapper mortellement celui qu'ils ont condamné.

Ce qui les distingue nettement des délirants chroniques, des persécutés, c'est l'absence de troubles hallucinatoires; les hallucinations ne se montrent chez les dégénérés persécuteurs qu'à titre d'exception. Celles de l'ouïe, quand elles existent, n'offrent pas cette marche si curieuse qui du mot isolé, du monologue, conduit au *dialogue* et à *l'écho de la pensée* (le patient écoutant deux interlocuteurs imaginaires discuter ensemble, ou entendant répéter chacune de ses pensées). Cependant, il est des circonstances où le diagnostic peut être malaisé au début : il arrive parfois qu'un persécuteur raisonnant présente des hallucinations passagères qui, en l'absence de renseignements, peuvent embarrasser pendant quelque temps le médecin. D'autre part un délirant chronique chez lequel la psychose n'est pas ancienne, qui dissimule ses hallucinations, et qui, dans son mode de réagir, emprunte les procédés des persécuteurs, peut également faire hésiter le diagnostic.

Une autre distinction importante, c'est l'absence chez les aliénés que nous étudions d'une évolution méthodique, d'une métamorphose des idées de persécution en délire de grandeur comme dans le délire chronique. Il y a dans l'existence du délirant chronique deux parts bien tranchées : une première, souvent longue, sans manifestation morbide; une seconde, avec des symptômes et une marche caractéristiques. Chez les persécutés-persécuteurs il n'en est plus de même; faire l'histoire de la maladie, c'est faire celle du malade. Il se montre dès le début orgueilleux et persécuté; il est aujourd'hui ce qu'il était hier, ce qu'il sera toujours. L'étude des antécédents héréditaires de ces sujets fait déjà pressentir un prédisposé qui se révèle souvent par l'existence de stigmates physiques de dégénérescence; celle de ses antécédents personnels le montre avec sa déséquilibration psychique, avec les lacunes d'une intelligence brillant parfois par certains côtés, avec les anomalies de ses instincts et les contradictions de son caractère. Tandis que chez le délirant chronique l'affection mentale contrastait avec le passé cérébral du sujet, pour le persécuteur au contraire elle n'est que l'exagération du caractère antérieur chez un individu toujours mal équilibré.

Si la psychose du persécuteur raisonnant ne procède pas par des étapes bien délimitées, si elle ne subit pas une transformation totale comme le délire chronique, ce n'est pas à dire qu'elle reste stéréotypée à jamais : elle n'évolue pas sans doute, mais elle prend une extension toujours envahissante. Au début, en effet, les réclamations de ces aliénés portent sur un fait personnel : ils exigent une part d'héritage dont ils prétendent avoir été frustrés, ils veulent obtenir une indemnité pour une condamnation injuste; plus tard ils se découvrent de nouveaux ennemis, accumulent de nouveaux sujets de plaintes; le cercle de leurs accusations s'agrandit, mais leurs intérêts propres sont alors seuls en jeu. Avec les années ils finissent presque par oublier le point de départ

de leurs réactions maladives : ce n'est plus leur cause à eux qu'ils défendent, mais celle des opprimés, celle de la vérité et de la justice. Ce rôle désintéressé qu'ils s'attribuent leur donne une idée toujours plus haute de leur personnalité; ils en arrivent à se croire les instruments de la Providence : l'un se proclame « le martyr de la vérité », l'autre « la victime et le bouc d'Israël » ; ils se comparent à Jésus-Christ; comme lui, ils ont été vendus : « Si Dieu, écrit l'un d'eux, fait le miracle incessant de me conserver la vie, il me force par là de continuer mes réclamations : c'est une volonté spéciale d'en haut pour l'accomplissement de vues particulières... Mon triomphe sera celui de la gloire de Dieu et du bien-être général ». Comme on le voit, si les idées d'orgueil atteignent avec le temps à un degré extrême, jamais cependant elles n'aboutissent à de véritables conceptions délirantes, à la mégalomanie. Enfin, si chez les persécuteurs raisonnants les troubles psychiques peuvent être précoces, ils peuvent en outre se prolonger indéfiniment sans s'effacer dans la démence comme dans le délire chronique. Quelquefois surviennent des accidents apoplectiques déterminés par des foyers d'hémorrhagie cérébrale, comme chez Sandon; mais ces complications sont moins fréquentes qu'on ne l'avait pensé.

Les aliénés atteints de délire systématisé font parfois, on le sait, partager leurs idées délirantes à ceux qui vivent avec eux dans un contact journalier (folie à deux, folie communiquée); le persécuteur raisonnant peut encore bien plus facilement communiquer à autrui ses convictions erronées. Il s'était fait le combattant du Droit, il a souffert et lutté seul contre les tribunaux, les médecins, les autorités; son attitude d'opprimé que l'adversité n'a pas abattu lui conquiert des sympathies; ses infortunes émeuvent bien des gens, en même temps que son activité intellectuelle, la dialectique avec laquelle il soutient ses revendications, l'absence de trouble sensoriel, entraînent la conviction de certains.

Mais tandis que la contagion pour le délirant chronique se limite aux proches, pour l'aliéné persécuteur, elle rayonne bien au delà et le malade trouve des défenseurs dans la Presse et dans le public.

D'après leur tendances maladives, et suivant les procédés qu'ils emploient, les persécuteurs peuvent être distingués en différents groupes. Les uns, *persécuteurs processifs*, n'emploient pas, en général, les moyens violents : ils déposent des plaintes au Parquet, traduisent leurs ennemis en justice, affirment qu'on recrute contre eux de faux témoins, étudient les codes dont ils apprennent par cœur tous les articles se rapportant à leur affaire, font procès sur procès, réclament des indemnités formidables aux médecins qui les ont examinés, épuisent toutes les juridictions sans jamais se lasser de leurs échecs. Quelques-uns s'unissent à d'autres processifs, fondent une « Union des opprimés pour la protection de ceux qui ont eu à subir les injustices des tribunaux », et notifient la constitution de cette Société au Gouvernement. Nous avons observé un de ces processifs, âgé de trente ans, fils d'aliéné, dont la déséquilibration mentale s'était manifestée dès sa jeunesse. Fantasque, exalté, il prétendait, étant militaire, que ses chefs lui en voulaient, qu'on cherchait à l'empoisonner; il eut à subir plusieurs condamnations assez sérieuses motivées par des actes qui révélaient ses tendances, entre autres pour avoir poursuivi de ses obsessions une jeune fille, et avoir fait un rapport contre un de ses officiers. Interné pour des idées de persécution avec hallucinations passagères de l'ouïe, il attribue sa séquestration à « des influences occultes » : « Le Parquet, dit-il, veut étouffer sa voix, le déshonorer. » Une fois en liberté, il entreprend une campagne très active, fatigue de ses requêtes toutes les autorités, poursuit les médecins qui ont délivré contre lui des certificats « devant, dit-il, être considérés en Cour de Justice comme pièces à conviction d'un crime qui, après avoir reçu un commencement d'exécution, ne fut pas

entièrement perpétré par suite de circonstances indépendantes de la volonté de leurs auteurs ». Il accable un médecin de lettres injurieuses, exige un certificat de sortie, fait suivre sa signature de titres fantaisistes tels que : « Attaché de ministère — Citoyen de la République Française », ou encore de lettres rangées en carré : H. W. D. R. Il adresse des pétitions aux Chambres « en réparation d'un préjudice indûment causé », envoie des lettres de protestation aux journaux qui publient son histoire sous le titre de « Crime sans nom », convoque les médecins à des réunions publiques dans lesquelles il expose sa séquestration, réclame l'assistance judiciaire pour « suivre contre le médecin et le personnel du service une action en justice », et obtenir des dommages-intérêts.

D'autres, d'un naturel plus violent et qui ont parfois déjà subi de nombreuses condamnations pour injures, menaces et coups, se lassent bientôt de recourir inutilement aux voies légales : ils se montrent agressifs et menaçants : « J'ai déjà employé tous les moyens conciliants et juridiques possibles, écrit l'un d'eux ; les moyens extrêmes me sont permis maintenant devant Dieu et devant les hommes. » Après avoir employé la diffamation par cartes postales et par voie d'affiches manuscrites placardées dans les rues, ils poursuivent sans répit celui auquel leur haine s'est attachée : ils se postent à sa porte durant des heures entières, le suivent dans la rue, l'interpellent, l'outragent, provoquent un attroupement : « Je suis attaché à la porte de votre ministère comme le hibou à la porte d'une écurie, » écrivait l'un d'eux à un ministre. Enfin ils n'hésitent pas à se faire justice eux-mêmes par des voies de fait et même par un meurtre. (*Persécuteurs homicides.*)

Nous avons observé à Saint-Anne un persécuteur qui a fait de nombreux séjours à la fois dans les prisons et dans les asiles d'aliénés. Fils d'un père ivrogne, s'excitant lui-même facilement sous l'influence d'excès alcooliques, il pré-

sentait une conformation vicieuse du crâne et une prononciation défectueuse. A son retour des colonies, où il avait été cassé de son grade de caporal, il exerça successivement diverses professions. En 1879, se croyant frustré dans une succession, il fait écrire à des parents des lettres de menaces et se livre à des voies de fait sur son oncle, délit pour lequel il est condamné à six mois de prison. Deux ans après, nouveaux actes de violence suivis de trois mois de prison. Plus tard, ils se figure que M. X..., le maire, fait courir le bruit que sa condamnation lui enlève ses droits électoraux : il étudie alors le Code, écrit au procureur de la République, enfin invective M. X..., qui, d'après lui, le persécute de toutes façons. Arrêté en 1885, il est, après un mois d'emprisonnement, transféré dans un asile d'aliénés. En 1886 nouvelle condamnation pour injures à l'adjoint du maire : à peine sorti de prison il est de nouveau arrêté et condamné pour des faits identiques. Aussitôt en liberté, il se décide à faire connaître son histoire par voie d'affiches manuscrites qu'il colle dans sa commune, sur les principaux monuments de Paris et à la porte du Crédit Foncier (dont le Conseil d'administration compte M. X... parmi ses membres.) Il placarde ainsi 150 affiches de grand format qui ne lui demandent pas moins de 3 heures de travail chacune. En outre il continue à diffamer M. X... et il est condamné de nouveau pour avoir frappé le garde champêtre. Il se fait arrêter au moment où il collait son immense affiche à l'entrée du Palais-Bourbon. Il veut « lancer son affaire », dit-il, et compte sur l'appui d'avocats célèbres pour défendre sa cause. En 1888, il entre à Sainte-A[illegible]isième fois. Il avait fait le pari de toucher l[illegible] M. X... : il s'introduit chez ce dernier, lui prend [illegible]an et se retire. Quelque temps après il affiche un placa[illegible] injurieux à la porte du Crédit Foncier : il est assigné en police correctionnelle. Enfin on l'arrête couché sur la voie publique, porteur d'un revolver. Il parle avec volubilité, récite par cœur son affiche et des pages en-

tières du Code; il proteste hautement contre son internement. Ajoutons qu'ayant reçu une somme de 5,800 francs qui lui revenait de l'héritage paternel, il reste convaincu, malgré l'affirmation de sa mère, que cet argent lui a été remis de la part de M. X... comme indemnité.

Dans certains cas ce n'est pas seulement, comme chez les persécuteurs précédents, le souvenir obsédant d'une injustice subie qui poursuit le malade et qui arme son bras contre ceux dont il croit avoir à se plaindre : c'est l'intérêt d'un parti politique, d'une classe sociale, le salut de la Patrie qui le pousse au meurtre. Une fois l'idée installée qu'il peut par la mort d'un homme sauver tous ces grands intérêts, il n'y a plus dans sa vie place pour autre chose; il va à son but avec une ténacité aveugle, faisant bon marché de son existence pour accomplir la mission dont il s'est chargé. Certains *régicides* nous offrent des exemples de cet état de déséquilibration mentale. Chez eux également une idée obsédante envahit la conscience absorbant à son profit toute l'activité psychique du sujet : Lamartine dans le portrait qu'il trace de Louvel, l'assassin du duc de Berry, nous montre un de ces fanatiques « roulant dans une tête étroite une pensée mal comprise et *souffrant jusqu'à ce que sa main fatale l'ait déchargé par un crime du poids et du martyre de son idée.* »

Nous avons eu occasion d'examiner à Sainte-Anne un de ces sujets qui avait fait une tentative d'assassinat sur un haut personnage politique. Intelligent et actif, mais instable et mal pondéré, il a fait des dupes, a vécu d'expédients, s'est lancé dans les entreprises les plus diverses, a pris une quarantaine de brevets d'invention.

Il a travaillé également à la solution de questions sociales, a rédigé un dictionnaire de synonymes, composé des poésies, des pamphlets, etc. Malgré cette suractivité intellectuelle que son manque d'équilibre psychique rend inféconde, il mène une vie misérable ; à la suite d'une condamnation à un mois de prison qu'il estime illégale, il s'écrie :

« On entendra parler de moi », et réagissant, comme il avait vécu, en déséquilibré, il profère des menaces de mort contre ses juges, et se prépare à faire un exemple retentissant. Il entend rendre responsables ceux qui sont à la tête du Gouvernement d'échecs qui ne sont imputables qu'à lui-même ; tous ceux dont il croit avoir à se plaindre, ou que ses convictions lui désignent comme nuisibles au bien du pays doivent être punis. Pesant les responsabilités de chacun, il fait quatre catégories de victimes ; 19 ont été choisies : 3 sont condamnées à mort ; 2 victimes politiques et une personnelle : 4 recevront des blessures très graves, 7 des blessures plus ou moins graves, 5 des blessures légères ; et comme une seule victime doit payer pour toutes, il fait une loterie dans laquelle il donne à chacun un nombre de numéros en rapport avec le degré de culpabilité qu'il lui attribue. Il prépare ainsi 132 bulletins ; l'un en a 18, l'autre 4 ; un juge d'instruction 6, le général F... 6, etc... « Je condamne le misérable D..., écrit-il, le faux témoin, le voleur, le faussaire, à avoir les deux pattes cassées aux genoux, et le V... recéleur et calomniateur ingrat, à subir la même peine avec 8 numéros au chapeau pour D... et 6 numéros pour V... » Pour légitimer ces jugements sommaires, il fait la biographie de chacune de ses victimes, et la termine par la condamnation dont il frappe le coupable : « Encore un qui ira dans mon chapeau avec 10 numéros ; il paiera son iniquité par une patte cassée au genou, ce sera sa récompense. » Magistrats, avocats, avoués, notaires, députés, ministres, tous comparaissent à son tribunal : il pèse, juge et condamne ; il n'y a que lui d'honnête et de juste. Il explique avec complaisance les avantages de ce qu'il appelle « sa justice sommaire » : « Et vous ne trouvez pas que cette loterie ainsi combinée ne soit cent fois plus salutaire, plus morale et plus réconfortante, plus juste et autrement expéditive que la justice, si souvent boiteuse et injuste. Comparez et soyez certains qu'avant peu, au lieu de la faire passer pour folle, tous les

gens aimant la vraie justice la trouveront sensée et morale ». « J'ai tiré aujourd'hui ma loterie, écrit-il ailleurs, c'est X... qui a gagné... Et dire qu'il va falloir que ce soit moi, le pauvre inventeur ridiculisé, moi tant de fois conspué, pillé, calomnié, diffamé, failli, ruiné, condamné à la prison pour chantage, moi, Pygmée, dire que c'est à moi que vient d'échouer la noble tâche de supprimer X... le fléau, d'en délivrer la France ! J'ai sorti son numéro de mon chapeau, c'est vraiment trop de chance après tant de gros malheurs immérités, et ma vie peut bien payer une telle récompense. » Au moment de l'élection présidentielle, son exaltation va en grandissant : enfin il réussit à pénétrer au Palais-Bourbon et tire sur M. X... deux coups de revolver. Au cours de l'interrogation, ce malade fut pris au Dépôt d'un accès délirant qui dura cinq jours. — A Sainte-Anne il se montrait préoccupé avant tout par les travaux importants qu'il avait en tête : solution de la question politique et humanitaire, étude de l'éducation des garçons, de celle des filles, etc. « Si un jury imbécile m'acquittait, écrivait-il, je recommencerais ; je ne cache pas ma manière de voir, j'ai agi avec préméditation. » L'activité intellectuelle de ce sujet, sa lucidité, l'habileté avec laquelle il a accompli sa tentative d'homicide auraient pu en imposer pour un état passionnel ; mais en dehors de l'accès délirant passager qu'il a présenté, l'examen approfondi de cette existence dont tous les actes révèlent un déséquilibré, ses oppositions et ses contraditions incessantes, cette obsession de vengeance qui le poursuit, cette liste de victimes qu'il dresse en mettant le nom d'un homme d'État à côté de l'expert en écriture qui l'a déclaré insolvable, de l'avocat qui a plaidé contre lui, du magistrat qui l'a reconnu coupable, de l'ouvrier typographe qui l'a poursuivi, de sa belle-mère dont il prétend avoir à se plaindre ; ces verdicts qu'il rend, cette échelle de peines, cette loterie, ce choix de la victime laissé au hasard, dénotent bien les troubles profonds de son intelligence et le caractère maladif de ses actes.

On peut distinguer encore les *persécuteurs hypochondriaques* qui, convaincus d'avoir été mal soignés par un médecin, le poursuivent de leur haine, en veulent à tous les médecins qu'ils rencontrent dans le cours de leur vie et mettent à les persécuter un acharnement qui ne recule pas toujours devant les actes de violence. Signalons aussi les *persécuteurs filiaux* s'imaginant avoir retrouvé un père qu'ils poursuivent de leurs tendresses et de leurs revendications ; les *persécuteurs amoureux* dont Teulat, l'amoureux de la princesse de Br..., était un magnifique exemple. Si le but des persécutions de ces derniers sujets est bien différent de celui des processifs, leurs allures, leurs actes sont de tout point identiques : ce sont bien, au point de vue clinique, les mêmes malades. Habituellement il s'agit d'amoureux chez lesquels la sphère génitale tient peu de place ; ils aiment d'un amour purement psychique (Érotomanes). Ils suivent leur victime dans les églises, au théâtre, en voyage et cela pendant des années ; la nuit même, ils sont sous les fenetres de celle qu'ils aiment. Nous avons eu à Sainte-Anne une persécutrice de ce genre : il s'agissait d'une jeune fille, femme de chambre chez une dame de 50 ans ; elle s'était prise pour sa maîtresse d'une affection très vive, qui, bien que dégagée de toute préoccupation charnelle, n'était pas exempte de jalousie. Renvoyée par sa maîtresse à la suite de scènes violentes, notre malade, obsédée par sa passion, ne peut se résigner à vivre loin de celle qu'elle aime, et alors commence une série de persécutions. Elle attend dans la rue, pour la frapper, la personne qui l'a remplacée, se poste devant la porte durant de longues heures, parfois une journée entière malgré les intempéries, les yeux dirigés vers la fenêtre de la pièce où se tenait sa maîtresse. Celle-ci change de domicile pour se soustraire à cette surveillance ; peine inutile : notre déséquilibrée la suit dans la rue, les magasins, les églises : « Reprenez-moi », gémissait-elle. Parfois pendant la nuit, escaladant la grille, elle venait sonner un glas funèbre à la

grosse cloche. Elle fut, pour des excentricités de ce genre, conduite au commissariat de police une vingtaine de fois. Chaque jour elle écrivait à sa maîtresse en termes tantôt suppliants, tantôt menaçants ; elle lui a adressé ainsi plus de 500 lettres. « Il faut que l'une de nous deux disparaisse », disait-elle chez les voisins. Mise en liberté après un premier internement, elle recommence ses persécutions, dépose des plaintes contre le commissaire de police, fait comparaître sa maîtresse devant le juge de paix, lui réclame des dommages-intérêts, porte des accusations contre les médecins ; enfin ses excentricités nouvelles la font interner pour la deuxième fois ; elle montre à ce moment des tendances plus agressives et parle de se venger un revolver à la main.

Si de graves questions médico-légales peuvent parfois se présenter à propos de l'appréciation de la responsabilité des persécutés hallucinés, des délirants chroniques, les difficultés se montrent bien plus délicates à résoudre, quand il s'agit de persécutés-persécuteurs. De tous les aliénés ce sont ceux qui donnent lieu aux controverses les plus longues, parfois même aux plus vives polémiques : ce sont eux aussi qui fournissent prétexte aux diatribes virulentes de la Presse, aux articles à sensation sur les « séquestrations arbitraires » et les « Bastilles modernes ». La chose peut s'expliquer jusqu'à un certain point par les allures raisonnantes, la physionomie si particulière de ces malades : à un examen superficiel on pourrait croire à de simples états passionnels, à une surexcitation intellectuelle entretenue par une longue série d'injustices. Tandis que chez le délirant chronique le phénomène morbide capital, l'hallucination, ne peut, par son évidence, laisser planer aucun doute sur la nature des actes du sujet, il n'en est plus toujours de même chez le persécuté-persécuteur dont la maladie ne fait qu'exagérer les tendances natives.

Ce qui fait en outre la difficulté réelle de ces expertises médico-légales, c'est, ainsi que nous l'avons vu, la nature

particulière des conceptions de ces aliénés. Ils savent ne point verser dans l'invraisemblable; ils savent échafauder leur romans sur des faits en partie exacts. Au début ils n'émettent que des réclamations dont quelques-unes peuvent être justifiées, tandis que d'autres, mal fondées, restent encore modérées. Ce n'est qu'insensiblement que des réclamations nouvelles viennent se greffer sur les anciennes, et, chose curieuse qui montre bien alors le caractère maladif, le persécuteur oublie pour ainsi dire le fait réel qui a servi de base à son délire pour s'attacher à des réclamations imaginaires, mais qui le rehaussent à ses propres yeux. L'adversité fait au persécuteur un piédestal ; il perd la notion exacte de sa situation sociale, du rôle qu'il peut jouer. Parfois il réussit à arracher un secours à des fonctionnaires imprudents : c'est pour lui une preuve de plus qu'on le craint, qu'il est dans son droit, et il poursuit sa campagne. Pour arriver, malgré la persistance chez ces aliénés de certaines facultés, mémoire, logique, activité intellectuelle, à démontrer la nature délirante des sentiments qui les animent et le caractère pathologique des actes auxquels ils sont conduits, il faut reconstituer l'histoire entière du sujet qui révèle d'ordinaire un état psychopathique congénital et montre dans sa conduite les réactions maladives d'un cerveau profondément déséquilibré. Bien qu'empruntant quelques traits aux foux moraux et aux maniaques raisonnants, le persécuté-persécuteur s'en distingue cependant par des différences très tranchées qui le font classer, dans le groupe si homogène que nous étudions. L'examen des faits qu'il invoque, faits dont quelques-uns peuvent être exacts, mais dont le plus grand nombre sont complètement dénaturés ou de pure invention, les réactions complètement hors de proportion que ceux-ci ont provoquées, l'opiniâtreté aveugle avec laquelle il poursuit ses revendications sans qu'aucune considération, même celle de son intérêt personnel, puisse l'arrêter, les arguments qu'il emploie à les justifier et qui portent la marque d'une logique subtile,

mais faussée, le caractère obsédant de conceptions dont le cercle va toujours s'étendant, ses menaces, ses calomnies, réservées d'abord à ceux dont il se dit la victime, puis s'adressant à tous ceux qui ne partagent point son délire, enfin les actes d'extrême violence devant lesquels il ne recule pas, sont autant d'actions relevant d'un état de déséquilibration mentale sans cesse grandissante, et de jour en jour plus dangereuse. Si la société a le droit et le devoir de se garantir des actes violents ou nuisibles de ces persécuteurs-raisonnants, il n'en faut pas moins se souvenir qu'il s'agit de véritables malades dont la place est non point dans une prison, mais dans un asile d'aliénés.

XVIII

NOTE SUR L'ÉTUDE COMPARATIVE DE LA DÉMENCE ET DE L'IDIOTIE (1)

La clinique, dans ses variétés infinies, offre parfois des faits qui fournissent les éléments les plus démonstratifs pour la physiologie pathologique.

L'observation suivante jette une vive lumière sur l'étude comparative de la démence et de l'idiotie.

Vous savez que, dans le degré le plus profond de l'idiotie, le sujet est privé de toute relation extérieure ; ses yeux indécis, vagues, voient, mais ne regardent pas ; la muqueuse olfactive, la langue paraissent normales, mais l'idiot ne flaire pas, ne goûte pas et porte à la bouche les ordures les plus répugnantes. Il n'est pas sourd, mais les bruits le laissent indifférent. D'autre part, s'il jouit de sa puissance musculaire, il emploie inutilement ses forces dans des mouvements de balancement ou dans un va-et-vient des membres, monotone et sans objet. Il ne parle pas, ou bien il pousse des cris ou prononce quelques monosyllabes.

Les appareils sensoriaux externes sont bien conformés, mais ils sont en relation avec des centres corticaux défectueux. Les lésions des centres corticaux dans l'idiotie sont congénitales ou se montrent dans la première enfance. Si

(1) MAGNAN, *Com. à la Soc. de Biol.*, 31 décembre 1881 (Compte rendu, 7e série, t. III, p. 406.)

bien que nés pauvres intellectuellement, nullement servis par les centres perceptifs encéphaliques, par ce substratum organique de nos souvenirs, des images mnémoniques, ils restent plongés dans l'état de déchéance où ils étaient à l'origine.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi, et parfois la lésion respectant un ou plusieurs centres corticaux, nous assistons au spectacle étrange d'un individu montrant, au milieu de la stérilité intellectuelle la plus complète, une aptitude remarquable en rapport avec l'intégrité soit de l'ouïe, soit de la vue, soit du toucher, etc. C'est ainsi que certains idiots ont l'instinct musical, d'autres sont dessinateurs, d'autres enfin ont une adresse remarquable des doigts, mais pour imiter et reproduire certains objets, non pour créer des modèles. Cette déchéance intellectuelle que l'idiotie présente d'emblée, dès son origine, certaines lésions cérébrales peuvent la reproduire lentement et progressivement.

Dans la plupart des cas de lésions organiques du cerveau, que ces lésions soient circonscrites ou généralisées, nous voyons la démence avec ses modalités diverses, suivant que la mémoire seule est affaiblie, que le jugement est diminué, que les penchants ou les instincts sont pervertis ou annulés, etc. ; mais ces individus primitivement intelligents, tombés par le fait de la lésion cérébrale dans la démence, ne ressemblent nullement aux déshérités de la nature qui, dès la naissance, sont privés de leurs facultés ; en d'autres termes, des différences notables séparent l'idiotie, misère intellectuelle congénitale, de la démence, misère intellectuelle acquise.

L'observation suivante montre que dans certaines circonstances ces deux états, malgré une marche différente, peuvent, dans les derniers degrés, offrir les plus grandes analogies.

Aphasie (logoplégie) progressive aboutissant au mutisme absolu; affaiblissement intellectuel progressif jusqu'à l'oblitération complète de toutes les facultés. Dans cet état de profonde démence: mou-

vements de balancement, voracité, sourire niais, viduité du regard comme dans l'idiotie. Diminution des forces musculaires à la dernière période seulement. Sclérose diffuse avec atrophie de l'hémisphère gauche à l'exception des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. L'hémisphère droit est normal, sauf l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal sur laquelle adhèrent légèrement les méninges.

La malade B., femme A., âgée de 51 ans, entrée à Sainte-Anne le 11 mars 1879, avait présenté déjà en 1869 un affaiblissement des facultés mentales. En 1870, pendant la guerre, elle habitait Longchamps, et son mari, ancien militaire, refusant de descendre la nuit à la cave, elle éprouve une vive frayeur : un obus tombe dans la chambre et vient, sans éclater, se loger dans le sommier sur lequel elle était couchée. Depuis cette époque, le moindre bruit l'effraye, elle est souvent tremblante et se plaint de douleur dans la jambe droite; toutefois, on ne remarque de faiblesse d'aucun côté du corps. Elle commence, à cette époque, à perdre l'usage des substantifs et ne peut désigner les objets par leur nom : pour demander le pain, l'eau, le vin, elle dit : « passez-moi chose », s'impatiente si l'on ne comprend pas et répète souvent : « *Sacré nom d'un chien, puis pas m'en servir;* » parfois elle ajoute : « *Quel malheur, mon Dieu, va!* »

De 1870 à 1879 les facultés continuent à baisser, l'aphasie fait des progrès et la malade se trouve réduite à répéter à tout propos : *Sacré nom d'un chien, puis pas m'en servir, mon Dieu, va!* Elle continue à aller à la messe emportant un livre qu'elle ouvre, mais sans le lire. A la sortie de l'église, incapable de se diriger, elle se perd dans les rues, reconnaît à peine ses parents, embrasse les passants. De temps à autre elle s'excite, crie, et pour la calmer on lui chante des airs connus de son pays, qu'elle suit assez bien, achevant les mots et parfois même le couplet; mais elle ne peut répéter les paroles sans le chant, le rythme devient le moyen mnémonique.

Au mois d'août 1879, la démence a fait de notables progrès, la malade paraît étrangère à tout ce qui l'environne, ne reconnaît pas son entourage, mange avec voracité et porte à la bouche tout ce qui lui tombe sous la main ; les sens sont émoussés, le goût et l'odorat sont nuls. Vivement interpellée, elle répond ses phrases habituelles, mais son vocabulaire se restreint, elle dit : *Sacré nom d'un chien, puis pas m'en servir,* mais ne répète plus : « *Mon Dieu va!* » Six mois après, le premier membre de phrase disparaît lui-même, et « *Puis pas m'en servir* » sont les seules paroles qu'elle prononce automatiquement, et non plus comme au début de la maladie, où elle faisait effort pour trouver les mots et s'impatientait de son erreur. Enfin, au mois de mars 1880, elle ne prononce plus aucune parole; elle ne comprend rien et ne conserve que quelques rudiments d'ins-

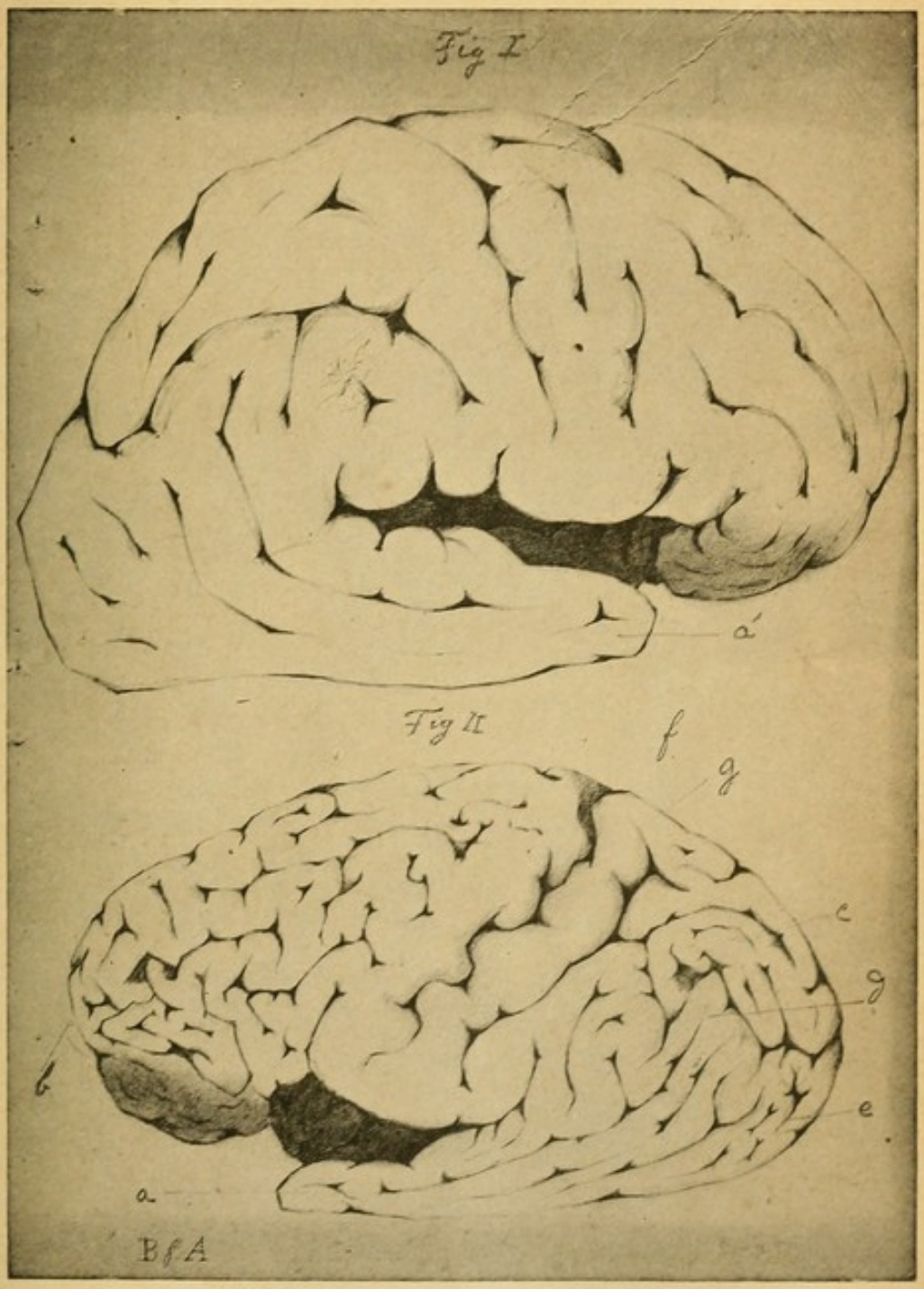
tinct musical; on parvient avec peine à lui faire fredonner un air chanté devant elle et connu dès son enfance, mais c'est tout; deux mois après, elle en arrive au grognement, au cri ou au mutisme comme l'idiot profond. Elle présente alors un mouvement de balancement d'avant en arrière qu'elle reproduit des heures entières d'une façon monotone; elle sourit niaisement, ouvre la bouche dès qu'on approche d'elle et mâche les vêtements, du linge ou tout objet qui se trouve à sa portée; un jour, pendant qu'on l'examine, elle avale le contenu de l'encrier. Son regard est devenu indécis; elle ne fixe plus, ses yeux sont vagues et s'arrêtent à peine sur les personnes ou sur les objets qui l'entourent. Elle gâte, se barbouille avec les matières fécales, perd toute notion, et reste étrangère à toute relation extérieure.

Dans les derniers mois de sa vie, les forces musculaires diminuent; dans le courant d'octobre, le côté droit devient un peu plus faible et et le bras droit est le siège d'une légère contracture; il tremble dès qu'on lui imprime le moindre mouvement. Un eschare se montre à la fesse droite. La santé générale s'altère; il survient de la diarrhée, et la malade meurt le 20 octobre.

Autopsie. — Dure-mère pâle, décolorée, un peu de sérosité dans la cavité arachnoïdienne. Méninges infiltrées, œdémateuses des deux côtés, surtout au niveau de la scissure sylvienne.

L'encéphale pèse 935 grammes, le cerveau 770 grammes, l'hémisphère droit 415 gr., le gauche 350 grammes; de sorte que l'hémisphère gauche, qui est habituellement plus lourd que le droit, pèse 60 gr. de moins; ce qui dénote une différence encore plus considérable entre le poids relatif des deux hémisphères.

A gauche, l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal est affaissée et les méninges sont épaissies et déprimées; en les enlevant avec précaution, on ne trouve pas d'adhérence sur la troisième frontale ni sur les autres circonvolutions frontales, mais elles adhèrent intimement avec le tiers antérieur du lobe sphénoïdal (*a*) : on ne peut les enlever qu'en entraînant la portion la plus superficielle de la couche corticale. Sur le reste de la surface cérébrale, les méninges s'enlèvent avec la plus grande facilité. Sur l'hémisphère droit se montrent de faibles adhérences à l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal (*a g*). L'hémisphère gauche, comme on le voit (fig. II), est remarquable par la gracilité des circonvolutions frontales, des circonvolutions du lobule, pariétal supérieur (*c*), du pli courbe (*d*), du lobule pariétal inférieur, à l'exception d'une petite circonvolution contiguë à la pariétale ascendante et suivant sa direction jusqu'à la moitié de son parcours. Les circonvolutions occipitales (*e*) sont également très grêles. Les circonvolutions temporales et les temporo-occipitales sont atrophiées. Les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes (*f*, *g*) conservent leurs dimensions normales. Les circonvolutions de la face interne, à



SCLÉROSE CÉRÉBRALE

Démence affectant la forme de l'Idiotie.

l'exception de la première frontale, offrent également un volume normal. Les circonvolutions orbitaires sont très minces.

Au microscope, les cellules de la couche corticale sont granuleuses, la plupart arrondies et globuleuses; beaucoup sont détruites, laissant à leur place des amas irréguliers granuleux, jaunâtres. On voit, en outre, des granulations fines, brillantes, isolées ou réunies en corps granuleux; ces produits pathologiques sont répandus dans la préparation ou agglomérés sur la tunique des vaisseaux. Multiplication des noyaux sur les parois vasculaires épaissies et dans le tissu interstitiel. Ces lésions ne se montrent pas sur les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.

L'hémisphère droit, à l'exception de l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal, paraît normal.

Le cœur est surchargé de graisse au niveau du ventricule droit, dont la paroi d'un centimètre d'épaisseur, comprend une couche superficielle de 8 millimètres environ de tissu adipeux et 2 millimètres de tissu musculaire. Le ventricule gauche est très épaissi (hypertrophie concentrique), la couche musculaire est épaisse, rouge, mais elle est également recouverte d'une couche graisseuse de 2 à 3 millimètres. L'aorte est jaunâtre et offre par places de petites plaques d'athérome, sans ulcération; une plaque d'athérome assez étendue se trouve à l'insertion de la valvule mitrale. Les poumons sont emphysémateux. La surface présente de nombreuses saillies produites par des lobules distendus; à côté de ces saillies d'un rose jaunâtre, on voit des marbrures d'un brun foncé. Le poumon gauche est en outre engoué; à la coupe, il laisse écouler du sang et montre de larges plaques brunes.

Le foie est jaunâtre, graisseux par places; à l'extrémité gauche, il offre une teinte tirant sur le roux.

Les reins sont jaunâtres à la couche corticale et dans les prolongements entre les pyramides.

Cette observation est remarquable par les caractères particuliers de la démence; balancement, voracité, sourire niais, viduité du regard, mutisme; ce sont là des symptômes que l'on trouve réunis habituellement dans l'idiotie seulement. Du reste, depuis plus d'un an, cette malade se présentait sous les dehors de l'idiotie, et si l'on n'eût été prévenu de la marche des accidents, c'est le diagnostic idiotie et non pas démence que l'on eût porté d'après les symptômes.

D'ailleurs, les lésions généralisées sur les régions sensorielles et psychiques de l'hémisphère gauche semblent devoir expliquer les phénomènes observés.

L'atrophie des zones situées en arrière de la pariétale ascendante et en avant de la frontale ascendante rappelle de tout point l'atrophie, l'aspect vermicellé du cerveau de certains idiots. Ces lésions, occupant d'une part toute la région sensorielle dévolue à l'instinctivité et d'autre part la région frontale, centre supérieur d'élaboration, ont réduit l'intelligence à néant. Jusqu'ici, il semblait que la faculté du langage seule avait son siège anatomique sur l'hémisphère gauche : ce fait prouve que les lésions corticales de ce même hémisphère peuvent suffire à faire disparaître toutes les manifestations intellectuelles. Qu'adviendrait-il avec des lésions analogues ayant pour siège exclusif l'hémisphère droit ? Des faits de ce genre n'ont pas été signalés, mais nous savons cependant qu'une lésion, même circonscrite, de l'hémisphère droit suffit à troubler le mécanisme cérébral et à produire un certain degré de démence. Quoi qu'il en soit, l'étude des localisations cérébrales n'a qu'à gagner à l'examen approfondi de tous les cas de ce genre.

Il est à remarquer que chez la malade l'instinct musical a persisté, comme chez certains idiots, et ne s'est éteint qu'en dernier lieu. Enfin, il faut noter sinon l'intégrité, du moins la lésion à peine ébauchée des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, et, d'une façon correspondante, le retard des manifestations des troubles moteurs qui se sont traduits seulement dans les derniers mois de la vie par une faible contracture et une légère parésie.

XIX

DE LA COEXISTENCE DE PLUSIEURS DÉLIRES DE NATURE DIFFÉRENTE CHEZ LE MÊME ALIÉNÉ (1)

I. — Les faits cliniques, en aliénation mentale, ne s'offrent pas toujours avec le caractère de simplicité que les descriptions dogmatiques pourraient faire supposer. Ce n'est point seulement la forme symptomatique, avec ses variétés parfois infinies, qui fait de certaines maladies un ensemble protéiforme des plus complexes, mais l'espèce nosologique elle-même peut, dans certaines circonstances, se présenter dans des conditions de réelle difficulté. Tel est le cas dans lequel des états pathologiques différents se montrent simultanément chez le même sujet.

L'action convergente de l'hérédité, vésanie de l'un des ascendants, névrose convulsive de l'autre, ne se traduit pas seulement chez le descendant par des dégénérescences intellectuelles allant de la simple faiblesse d'esprit jusqu'à l'idiotisme le plus profond, ni par des états hybrides dont la grande classe des folies morales présente de nombreux exemples; la manie, la mélancolie ou le délire chronique du père, l'épilepsie de la mère et *vice versâ* peuvent exercer leur action directe sur le fils et déterminer chez lui simul-

(1) *Arch. de Neurol.*, n° 1, juillet 1880.

tanément deux névroses similaires aux précédentes, vivant côte à côte, mais sans perdre aucun de leurs attributs. Une hérédité double donnera ainsi lieu à un être pathologique double, à un sujet à la fois épileptique et vésanique. La névrose convulsive peut chez cet individu se traduire par des attaques, des vertiges et par son délire spécial; d'autre part, le délire vésanique avec ses conceptions tristes ou expansives, ses troubles sensoriels, son évolution particulière conserve tous ses caractères, si bien que l'on peut faire la part de l'épilepsie et du délire vésanique; cet individu, en effet, qui raconte dans les moindres détails son délire vésanique reste muet quant aux troubles intellectuels rattachés aux attaques. Chez lui encore, si l'épilepsie vient à s'améliorer ou à disparaître, le délire vésanique n'en persistera pas moins avec ses symptômes propres et, réciproquement, la disparition du délire vésanique peut laisser l'épilepsie dans son intégrité. Des individus, en un mot, sont atteints à la fois d'épilepsie et de délire partiel, ou de manie ou de mélancolie; ces deux états restent indépendants, ils peuvent sans doute s'influencer réciproquement, exercer l'un sur l'autre une action passagère, mais, d'une façon générale, l'existence de l'un n'est nullement solidaire de l'autre. Ce n'est pas tout, ce même individu épileptique et vésanique, de par les conditions héréditaires, peut encore de son propre fait, acquérir un troisième état pathologique. A la suite, en effet, d'abus suffisamment répétés de boissons, il présentera un délire alcoolique, et, dans ces conditions nouvelles, il sera donné d'étudier et de suivre ces trois espèces pathologiques distinctes, indépendantes, à pathogénie différente : la folie épileptique, la folie simple (délire de persécution ou autre), la folie alcoolique. Ce n'est point là une hypothèse, c'est bien une réalité clinique, curieuse assurément, mais qui n'est pas rare et que j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de montrer dans mes leçons. Une analyse attentive de cette synthèse clinique

permet de faire la part de chacun des trois éléments dont les caractères restent parfaitement distincts. Le délire épileptique, par son évolution, son allure brusque, par son inconscience, se sépare nettement des deux autres modes de perturbations psychiques; et le délire chronique avec sa marche méthodique, lente et progressive, avec ses caractères de fixité, ne saurait être confondu avec le délire alcoolique dont les troubles hallucinatoires pénibles, multiples, mobiles et passagers conservent toujours une physionomie spéciale.

II. — Pour aller du simple au composé, des faits qui s'imposent à tous, aux observations qui nous sont moins familières, il faut rappeler en quelques mots les combinaisons du délire alcoolique avec les diverses formes mentales (1). L'alcool, on le sait, agit parfois comme simple excitant et rend plus apparents, sans les modifier, les symptômes de l'affection première; d'autres fois, au contraire, atteignant plus profondément l'organisme, il impose son propre délire, lequel se greffant sur le trouble cérébral préexistant, l'influence de diverses manières.

A. — Sans nous arrêter sur la part considérable qui revient à l'alcoolisme dans l'étiologie de certains cas de paralysie générale, suivons les changements produits chez le paralytique par l'action de l'alcool. Pris en petite quantité, ce poison excite, stimule et rend plus apparente l'activité maladive si facile à réveiller dans cette classe d'aliénés, mais ce n'est là qu'un paralytique agité; d'autres fois, dépassant cette limite, avec l'excitation l'alcool provoque des illusions, quelques hallucinations; enfin, à un degré plus élevé, il fait naître un délire alcoolique qui, masquant les symptômes de la paralysie générale, rend impossible

(1) Magnan. Des diverses formes du délire alcoolique et de son traitement, p. 255 et suiv. Paris, 1874. — *Comptes rendus et mémoires du Congrès international des sciences médicales*, p. 566 et suiv. Genève, 1878.

toute appréciation exacte des forces mentales. Par les hallucinations, il suscite, en outre, les idées délirantes qui se placent au premier plan et cachent toute autre manifestation. D'autre part, le tremblement alcoolique beaucoup plus accusé domine les phénomènes moteurs de la paralysie, et, dans les cas aigus, lorsque des frémissements s'emparent des muscles de la face, l'embarras de la parole lui-même perd ses caractères spéciaux.

Si, dans de telles conditions, le malade est à la première période de la paralysie générale, il ne se présente pas sous les dehors du paralytique mais ressemble à un alcoolique vulgaire. Qu'il entre alors dans un asile sans renseignements, ce qui arrive le plus souvent, l'observation se résumera de la façon suivante : « accès de délire alcoolique ; au bout de trois à six jours, diminution des accidents alcooliques et apparition des symptômes de « paralysie générale » ; c'est-à-dire qu'aux premiers jours, le seul délire alcoolique est apparent et que la cessation successive des hallucinations et des conceptions illusoires laissant à découvert le niveau intellectuel, permet d'apprécier les signes de la démence paralytique.

Plus tard, les antécédents connus, il devient facile de reconstituer la période prodromique de la paralysie générale ainsi traversée par un accès de délire toxique.

B. — Pour la démence sénile, pour l'imbécillité, les choses ne se passent pas autrement. Il n'en est pas de même de l'épilepsie. Celle-ci ne perd nullement ses droits; quelles que soient l'intensité et l'activité du délire alcoolique, si la grande névrose convulsive intervient avec le choc puissant qui l'accompagne, rien ne résiste à son action, elle s'impose à son tour au délire alcoolique, elle se place au premier rang et ses manifestations délirantes laissent loin derrière elles les troubles toxiques. L'épileptique, en effet, qui s'alcoolise présente peu à peu les signes ordinaires du délire alcoolique, sans qu'aucun phénomène vienne indiquer que

c'est là un alcoolique épileptique ; mais que plusieurs attaques se produisent, le délire toxique disparaît et cède le pas au délire du mal caduc, délire nouveau, à évolution brusque, à durée courte, parfois même à caractère symptomatique distinct, mais surtout remarquable par l'inconscience dont il s'accompagne. Le sujet, en effet, raconte dans les moindres détails toutes les perceptions illusoires du délire alcoolique, mais il ne sait absolument rien de son accès de folie épileptique. J'ai eu maintes fois déjà l'occasion de citer des cas analogues, des faits dans lesquels le délire alcoolique se trouvait brutalement interrompu par une attaque épileptique suivie bientôt d'un accès délirant à caractères symptomatiques différents, à idées mystiques, par exemple, ou à idées ambitieuses, l'accès dure quelques heures, un jour ou même davantage, puis le délire alcoolique reprend son cours avec ses caractères particuliers. Je rappellerai les deux faits suivants. (*Congrès de Genève*, 1878, page 568.)

Observation I. — Un homme de 36 ans, épileptique, alcoolisé, s'imagine, après une attaque convulsive, être poursuivi par un individu qui veut l'assassiner. Il crie, se défend, puis tout à coup, il se précipite sur son domestique qu'il cherche à étrangler. Une heure après, devenu plus calme, il ne conserve aucun souvenir de la scène de violence qui vient de se passer ; vers le soir, il entend, comme la veille, des menaces, des injures, il voit des animaux, il aperçoit des incendies, il s'excite encore et passe toute la nuit dans les frayeurs, les lamentations, et, par moments, il s'irrite et menace. Le lendemain, dans la journnée, il raconte avec grands détails, tout ce qui s'est passé la nuit ; quant à l'agression contre le domestique, quant à l'accès consécutif à la crise, ils sont pour lui non avenus, il ne se souvient absolument de rien. — Ici les deux accès sont de nature pénible, mais la perte du souvenir distingue celui qui dépend de l'épilepsie.

D'autres fois, les caractères du délire accusent eux-mêmes la différence.

Observation II. — Un ancien militaire, âgé de 40 ans, épileptique, alcoolisé, après une attaque survenue dans la rue, s'est cru un grand personnage. Il se dit Henri V, s'imagine que les passants se prosternent devant lui ; il donne des ordres, réclame ses équipages

et se fait arrêter au milieu de ces conceptions ambitieuses. Arrivé à l'Asile Sainte-Anne, il est tourmenté par des hallucinations pénibles; pendant quelques jours, il voit des chats, des rats, il entend des menaces, il se croit poursuivi par des voleurs, etc.; mais, tandis qu'il conserve plus tard un entier souvenir du délire de l'Asile, il ignore complètement ce qui s'est passé après son attaque, lors de son arrestation dans la rue, et témoigne une grande surprise au récit de ses idées ambitieuses.

D'autres fois, comme dans l'observation suivante, c'est un accès de fureur qui se développe après l'attaque.

Observation III. — Un garçon liquoriste de 27 ans, fils d'un père épileptique traité en ce moment dans un asile d'aliénés, présente dès l'âge de 14 ans, sous forme de vertiges et d'attaques, les premières atteintes du mal comitial. Les crises, au début fort éloignées, deviennent au bout de quelques années, plus fréquentes, sollicitées d'ailleurs par des habitudes d'intempérance. A 22 ans, les nuits commencent à être troublées par des rêves, des cauchemars; puis par des hallucinations pénibles et du délire. Ces accès de folie alcoolique durent parfois trois ou quatre jours, et le patient en a pleine conscience. A 26 ans, après plusieurs attaques épileptiques, se développe un accès maniaque de courte durée, ne laissant aucun souvenir de son passage; l'année suivante, pendant un accès de délire alcoolique, notre liquoriste subit en une journée trois attaques d'épilepsie; aussitôt après la dernière, il est pris d'un accès de fureur aveugle, très différent de la folie alcoolique de la veille; il crie, vocifère, déchire ses vêtements, et, dans un état de complète nudité, il brise tout ce qui lui tombe sous la main. Au bout de quelques heures, l'agitation s'apaise mais le délire alcoolique reparaît. Le malade, entré à Sainte-Anne le 18 février 1877, ne peut fournir aucun renseignement sur la scène bruyante qui vient de se passer, tandis qu'il fait part sans la moindre hésitation des hallucinations pénibles de la vue, de l'ouïe qu'il a depuis plusieurs jours, et dont il est encore affecté. Il voit, en effet, des chats, des rats, il aperçoit des ficelles à terre qu'il veut ramasser, il s'imagine que son corps est couvert de graines qu'il secoue; il entend des menaces et des injures.

Ses mains sont tremblantes, il éprouve un sentiment très pénible de courbature. Au bout de quelques jours, tout avait disparu, et le malade, calme et raisonnable, n'avait le souvenir que du délire alcoolique.

Autour de ces trois observations de folie épileptique avec délire de persécution, délire ambitieux, fureur maniaque,

associée au délire alcoolique, on pourrait en grouper beaucoup d'autres, avec quelques variantes seulement, car les caractères généraux resteraient toujours les mêmes, séparant entièrement l'accès délirant épileptique de l'accès alcoolique.

C. — L'alcoolisme, intervenant dans le cours des délires partiels, des délires chroniques, agit tantôt comme simple excitant et aggrave particulièrement les délires tristes; d'autres fois, il s'installe de toutes pièces et recouvre passagèrement le délire préexistant.

Observation IV. — Un mélancolique persécuté, C. Nicolas, âgé de 61 ans, menuisier, dont le père avait, pendant un accès lypémaniaque, fait deux tentatives de suicide, reste pendant longtemps en butte à des hallucinations de l'ouïe; il entend ses parents morts depuis longtemps, des *esprits* qui le poussent au suicide et à l'homicide. Ces obsessions deviennent plus fréquentes dès qu'il fait des excès de boissons et, plusieurs tentatives de suicide ont suivi de près des abus alcooliques. Un jour, en effet, il se précipite du haut du Pont-Neuf dans la Seine, on le retire de l'eau, mais cette chute le laisse sourd; une autre fois, il se plonge un couteau dans le côté gauche de la poitrine. Toutefois les libations continuant, il est pris d'un accès de folie alcoolique : il voit autour de lui des objets multicolores, il aperçoit des flammes, il sent des picotements et des démangeaisons sur tout le corps; des individus armés l'insultent, le poursuivent, et le mettent dans un état d'angoisse extrême. Ce délire, accompagné d'hallucinations multiples et de troubles de la sensibilité générale, cesse au bout de peu de jours, mais le patient retombe dans les premières idées délirantes avec hallucinations de l'ouïe, toujours les mêmes, sans variantes et marchant comme tout délire chronique vers la systématisation.

Observation V. — Un autre mélancolique, P. Célestin, âgé de 38 ans, est depuis longtemps en proie à des hallucinations de l'ouïe et à des impulsions qui le poussent par moments à étrangler les personnes qui l'approchent ou même les animaux; il contracte plus tard l'habitude de boire et ne tarde pas à être pris d'une bouffée de délire alcoolique avec hallucinations multiples, mobiles, très différentes des premières : il voit des vipères autour de son lit, il entend la fusillade; des individus avec des figures grimaçantes l'injurient et le menacent de coups de revolver. Ces troubles sensoriels surajoutés durent quelques jours, puis disparaissent pour laisser à découvert le délire chronique des premières années.

Avec la dipsomanie, forme particulière de mélancolie impulsive, il est rare que les abus de boissons, s'ils se répètent, ne provoquent un accès de délire alcoolique très différent de l'accès dipsomaniaque.

Le dipsomane, avant de boire, se trouve dans des conditions analogues à celles du mélancolique; il est, en effet, triste, inquiet, il devient sombre et taciturne, il fuit la société de ses amis, de ses proches; il perd l'appétit et le sommeil, et éprouve de l'anxiété précordiale; c'est un aliéné ordinaire. Au début, quand les accès de dipsomanie sont séparés par de longs intervalles, l'ivresse seule les accompagne ne laissant aucune trace de son passage; mais, plus tard, quand ils se rapprochent et que le poison agit d'une façon plus continue, les hallucinations, le délire, ne tardent pas à se développer, et comme pour les autres formes mentales, après avoir joué le rôle d'excitant, l'alcool imprime son délire spécial, le dipsomane se présente sous les dehors de l'alcoolisé simple, et ce n'est qu'après la disparition des accidents aigus que l'on retrouve la maladie principale, la dipsomanie.

Observation VI. — Chez une femme mélancolique, dipsomane, dont M. Briant a publié l'observation (*Mouvement médical*, 8 novembre 1879, n° 45) les excès bachiques, agissant à titre de stimulant, réveillaient des impulsions jusque-là silencieuses et poussaient au suicide et à l'homicide; ils provoquaient, d'autre part, un accès d'alcoolisme dès qu'ils se prolongeaient.

Observation VII. — Chez une autre dipsomane, âgée de 51 ans, entrée pour la troisième fois à Sainte-Anne le 7 août 1877, le retour fréquent des impulsions à boire provoque à diverses reprises du délire alcoolique pendant lequel elle aperçoit des chats, des rats, des serpents, des oiseaux; elle voit grimacer les personnages des tableaux; à l'église, les saints et les saintes remuent et dansent; elle entend des injures et des menaces, des gens armés veulent la tuer. L'accès alcoolique une fois passé, elle retombe dans son état mélancolique ordinaire; elle est anxieuse, craintive, attendant toujours un malheur, s'imaginant être ruinée, dépourvue de tout, et craignant que, poussés par le désespoir, son mari et elle-même n'en viennent au suicide; dans les rues, elle passe vite et loin des maga-

sins pour ne pas être écrasée par la chute imminente des devantures; elle entend aussi des voix intérieures qui lui font des reproches; sans cesse hésitante, elle exprime cet état d'indécision en disant que sa volonté n'est pas d'accord avec son esprit, elle veut une chose, mais son esprit l'arrête, elle craint de mal faire.

De temps à autre, la tristesse, le découragement augmentent, l'estomac se serre et l'impulsion à boire se développe.

L'analyse clinique chez cette malade, permet donc de voir trois états différents : un fonds mélancolique, un état impulsif, la dipsomanie, et un état acquis, le délire alcoolique.

III. — Les combinaisons du délire alcoolique avec les diverses maladies mentales n'offrent pas, on le voit, de difficultés très grandes, l'analyse clinique réclame un peu plus d'attention lorsqu'il s'agit chez le même individu de la présence simultanée de deux maladies nerveuses. La coexistence de l'épilepsie, dont les caractères sont si tranchés avec un délire partiel ou chronique, se prête toutefois assez bien à cette démonstration.

Observation VIII. — L. Célestine, âgée de 32 ans, lingère, entre pour la quatrième fois à Sainte-Anne, le 29 janvier 1880. Elle est atteinte à la fois de délire de persécution avec idées ambitieuses, et d'épilepsie se traduisant par des vertiges et des accès de folie.

L'hérédité, chez cette femme, offre un de ces exemples de fatalité morbide, irrémédiable, qui, déjouant toute hygiène, toute thérapeutique poursuit, sans déviation aucune, la route pathologique tracée par les ascendants. La grand'mère paternelle était mélancolique, le grand-père paternel s'est pendu dans un grenier; le père s'est brûlé la cervelle après avoir, quelques années auparavant, tenté de se tuer d'un coup de couteau; l'oncle paternel s'est pendu, le frère s'est noyé. La mère, de son côté, avait des crises la nuit avec perte de connaissance, et son épilepsie a laissé également sa marque chez cette pauvre fille. Les dispositions maladives du père et des grands-parents semblent s'être prêté un mutuel concours pour produire ce que la mélancolie impulsive peut donner de plus profond. Dès l'âge de 8 ans, en effet, Célestine achète de la « mort aux rats » pour s'empoisonner ; quelques années plus tard, elle avale de l'eau de cuivre et en est quitte pour des vomissements et de la diarrhée ; plus tard encore, croyant se donner la mort, elle s'enfonce des aiguilles dans les seins. A 16 ans, aux idées mélancoliques s'ajoutent des phénomènes d'un autre ordre. L... éprouve des absences, des vertiges ;

par moment elle pâlit, un brouillard passe devant ses yeux, elle ne sait plus ce qu'elle fait, et parfois se livre à des actes bizarres dont elle n'a point conscience ; un jour, à la suite d'un de ces vertiges, elle se traverse de part en part le sein droit avec un couteau, très surprise un instant après, de se voir couverte de sang et entourée de personnes empressées autour d'elle.

Au commencement de 1869, alors âgée de 21 ans, elle devient triste, s'excite et cherche à se faire du mal ; elle entre à Sainte-Anne et passe neuf mois dans les asiles, offrant des alternatives d'agitation et de dépression, et conservant toujours des idées de suicide. Le 10 juillet 1874, elle est amenée à Sainte-Anne pour la seconde fois ; elle est mélancolique, hallucinée ; elle entend des voix qui la menacent, qui la poussent au suicide; elle croit ses aliments empoisonnés, refuse de manger, et l'on est obligé, pour la nourrir, de recourir au cathétérisme œsophagien. De temps à autre, elle est prise de vertiges avec perte complète du sentiment. Elle passe trois ans dans les asiles. Le 3 mars 1878, elle est séquestrée après une nouvelle tentative de suicide : elle a avalé des épingles, elle a voulu se pendre, probablement à la suite d'un vertige; elle ignore, en effet, ce qui s'est passé. Elle entend toujours des voix qui la poussent, dit-elle, à se détruire; elle conserve les mêmes craintes et les mêmes idées de persécution. Elle rentre pour la quatrième fois le 20 janvier 1880. Le délire de persécution a fait un pas de plus vers la chronicité; les menaces, les injures, les empoisonnements continuent, mais elle présente de plus des conceptions ambitieuses ; elle se dit princesse de l'univers, elle règnera sur le monde et c'est à cause de sa grande position qu'on la persécute. Soumise pendant trois mois à une médication bromurée, L. ne présente presque plus de vertiges, mais le délire n'a pas varié, il se systématise de plus en plus et devient immuable.

Ce dernier point est très intéressant à relever, l'épilepsie s'amende sous l'influence du traitement, le délire chronique n'est nullement modifié et poursuit sa marche d'un pas égal, absolument comme chez tout autre aliéné. — Il suffira de résumer le fait suivant, qui offre avec le précédent de grandes analogies.

Observation IX. — A. Eugénie, veuve O, 45 ans, passementière, entre à Sainte-Anne le 5 septembre 1879. Les renseignements que l'on peut obtenir apprennent que son grand-père paternel est mort subitement, que son père a eu un accès de mélancolie d'une durée d'un an ; qu'un de ses frères est mort épileptique ; du côté maternel,

on ne peut savoir rien de précis, si ce n'est, toutefois, que la mère est sourde.

Dès l'âge de 13 ans, elle a eu des vertiges, elle pâlissait, urinait quelquefois sous elle, laissait tomber les objets des mains, se déshabillait, tout à fait inconsciente, ou froissait automatiquement son tablier, sa robe ; quelquefois elle sortait, allant droit devant elle, rentrant plusieurs heures après à la maison, incapable de dire d'où elle venait, ni ce qu'elle avait fait. De temps à autre, elle avait de grandes attaques la nuit.

Depuis 1870, elle est triste, inquiète, scrupuleuse, s'imagine avoir volé, s'accuse de fautes imaginaires ; elle éprouve des craintes, croit qu'on lui en veut, prétend qu'on l'électrise, qu'on la magnétise. Ce délire est continu, mais, par moments, il devient plus actif et s'accompagne d'excitation.

En 1876, elle prétend que tout le monde s'occupe d'elle, puis, changeant de personnalité, elle se dit successivement le Christ, Voltaire, Robespierre, Napoléon ; elle croit aux esprits, ajoute-t-elle, et c'est par eux qu'elle se transforme.

En 1877, le délire chronique continuant, elle est frappée de plusieurs attaques épileptiques suivies d'un violent accès mélancolique, pendant lequel elle exprime des idées mystiques ; elle avale des épingles et cherche à se précipiter par la fenêtre. Cet accès dure trois jours sans laisser aucune trace dans le souvenir de la malade ; le délire de persécution avec les idées ambitieuses continue, offrant des exacerbations par intervalles irréguliers.

C'est à la suite d'une période d'excitation avec prédominance d'idées mélancoliques que la malade s'est fait arrêter, se lamentant dans la rue et déclarant qu'elle avait empoisonné son mari. Depuis cinq mois, le délire n'est pas modifié ; avec les idées de persécution prédominent les idées ambitieuses, et l'état intellectuel n'est pas sensiblement modifié par l'apparition, à intervalles irréguliers, de vertiges épileptiques.

Les deux délires vésanique et épileptique s'offrent dans ces observations avec des caractères d'une telle netteté, que l'analyse en devient des plus simples. Pour compléter le tableau clinique, il eût été nécessaire de déterminer l'antécédent héréditaire, auquel on pourrait légitimement rattacher l'épilepsie ; il y a là une lacune, mais l'existence de l'épilepsie chez le frère de la malade est une preuve de l'influence d'une cause héréditaire, peut-être similaire, qui a échappé, et sur laquelle nous n'avons pas pu obtenir de renseignements précis.

Observation X. — Chez ce malade, dont l'observation a été publiée avec détails par M. Garnier (1), il m'avait été également facile de faire ressortir la nature très différente des deux troubles psychiques : folie épileptique et délire de persécution. Cet individu, en effet, après un vertige, le 16 octobre 1879, était parti de chez lui suivi d'abord par sa fille, puis avait couru dans la rue, échappant à toute surveillance et, pénétrant dans l'église Saint-Roch, s'était mis nu, criant qu'il allait monter au ciel. Déjà en décembre 1875, lorsqu'il entra une première fois à Sainte-Anne, il avait été surpris par un sergent de ville, se déshabillant en pleine rue et arrêté sous la prévention d'attentat à la pudeur.

En 1875, pas plus que l'année dernière, il n'avait conscience de ses actes, commis en public, et sur lesquels on n'obtenait de lui que les dénégations les plus formelles. Son silence sur les accès consécutifs aux vertiges contraste singulièrement avec sa prolixité dès qu'il s'agit de son délire de persécution ; depuis longtemps on le vole, on l'injurie, on le poursuit, etc. Chez ce malade, à la fois épileptique et vésanique, s'exerce, comme l'a fait remarquer M. Garnier, la double influence héréditaire : épilepsie de la mère ; mélancolie, suicide de la tante paternelle.

Cet homme est encore revenu à l'asile le 12 mars dernier, à la suite de coups graves portés à sa maîtresse. C'est sous l'influence du délire de persécution qu'il a frappé cette fille, et il s'empresse, dès son arrivée, de mettre en avant les griefs imaginaires qui l'ont poussé à cet acte de violence; il s'est conduit ici absolument comme un aliéné atteint de délire de persécution, de même que le scandale à Saint-Roch et l'attentat à la pudeur dans la rue avaient le cachet des actes inconscients de l'épileptique.

IV. — Nous arrivons maintenant aux faits les plus complexes dans lesquels l'alcoolisme s'ajoute à deux maladies nerveuses préexistantes chez le même sujet. Ces deux maladies, le patient les tient le plus souvent, l'une du père, l'autre de la mère. Dans des cas exceptionnels, les deux états pathologiques peuvent provenir d'un seul des ascendants possédant lui-même cette double affection. Dans ces circonstances, les états maladifs ont acquis une telle puissance

(1) Garnier. Délire épileptique. Coexistence chez un épileptique d'un double délire : l'un chronique, avec idées de persécution, l'autre de nature mystique, passager et consécutif aux attaques. (*Gaz. hebd.*, n° 9, 27 février 1880.)

chez le père ou la mère qu'ils passent directement sans modification aucune au descendant. Par une de ces bizarreries dont l'hérédité fournit de nombreux exemples, les frères du patient peuvent n'être atteints d'aucune des deux maladies, ils peuvent même ne pas présenter de dispositions névropathiques. Quelquefois encore, les deux états pathologiques bien développés chez les ascendants, grand-père, grand'mère maternels ou paternels, franchissent en silence le père et la mère pour se développer chez le fils avec une intensité d'autant plus grande qu'ils paraissent avoir sommeillé plus longtemps. Mais l'étude de ces faits demanderait des développements dans lesquels nous ne pouvons pas entrer ici et nous éloignerait de notre sujet.

Les observations suivantes fournissent des exemples de coexistence de trois états pathologiques différents chez un même sujet.

Observation XI. — B... Charles, âgé de 50 ans, peintre en voitures, entre à l'asile Sainte-Anne, le 1er avril 1880, avec du délire mélancolique et des accidents alcooliques, après avoir éprouvé il y a quelques jours un accès de folie épileptique.

Sa mère, profondément névropathique, sujette à des migraines, habituellement triste, et portée au suicide, a même fait une tentative d'empoisonnement. Plus tard, au neuvième mois de l'allaitement de son cinquième enfant, elle est arrêtée par les douaniers franchissant la frontière avec du tabac; vivement émue, elle est prise d'un accès de délire aigu et meurt quelques jours après. Son père, adonné à l'ivrognerie, est devenu mélancolique peu de mois après sa femme. Un de ses frères est épileptique, un autre frère alcoolisé a eu plusieurs fois des vertiges; il s'est déshabillé un jour dans l'escalier, absolument inconscient de cet acte extravagant.

Quant à lui, depuis l'âge de trois ans, il a, à de longs intervalles, des attaques convulsives avec perte de connaissance et chute à terre; plus souvent ce sont des vertiges qui se produisent, s'accompagnant parfois d'accès très courts de délire avec actes dont il ne conserve aucun souvenir. C'est ainsi qu'il brûle un jour du linge au milieu de la chambre; qu'une autre fois, il saisit sa fille à la gorge, très surpris bientôt après en apprenant ce qui s'est passé.

En 1862, il a un accès de mélancolie qui dure plusieurs mois; il pleurait, se lamentait, se croyait perdu, voulait se tuer; tous ces accidents s'amendent et disparaissent après un érysipèle.

Au commencement de 1879, B... devient inquiet, préoccupé, ne peut tenir en place; il éprouve des lourdeurs de tête, un sentiment de constriction à l'estomac. Par moments, il se figure qu'il va commettre un crime, qu'il finira sur l'échafaud, il se sent poussé à tuer sa femme et ses enfants; c'est une idée qui l'entraîne, dit-il, qui l'obsède, et dont il ne peut se débarrasser. Parfois, entendant l'un des siens, il saisit malgré lui un couteau, il hésite et le rejette avec horreur. Quelquefois aussi il se sent poussé à frapper un de ses camarades, et à plusieurs reprises il parvient à suspendre un coup violent qu'il est prêt à porter, mais ne peut s'empêcher de laisser retomber la main et de toucher, par un petit choc, l'épaule de la personne la plus rapprochée. Parfois ces obsessions acquièrent une intensité qui le désole, le jettent dans un état d'angoisse extrême, appréhendant un moment de faiblesse, sentant des frémissements par tout le corps, et n'échappant qu'avec la plus grande peine à ces impulsions.

Depuis quelques années, se soumettant à une mauvaise hygiène, il prend du rhum tous les matins et, sous l'influence de ce régime, il devient plus agité, son sommeil se trouble, des cauchemars et des hallucinations l'effrayent la nuit; puis enfin, éclate pendant quelques jours un accès d'alcoolisme aigu qui vient s'ajouter et cacher même passagèrement le délire mélancolique habituel. Il voit alors des hommes sur des murs, ils s'avancent pour le voler et le tuer; des serpents l'enlacent et l'étouffent : « tiens, tiens, dit-il, les voilà, ils me tortillent », il aperçoit des gendarmes, des croque-morts, des figures blafardes; des rats s'échappent de son assiette et sautent sur la table: des fourmis le dévorent; il sent des griffes de lion sur la tête; on veut l'empoisonner, il entend des injures et des menaces. Il éprouve des picotements et des brûlures sur la peau, des crampes dans les bras et les jambes. Ces hallucinations et ce nouveau délire ne tardent pas à disparaître, les idées mélancoliques premières et les impulsions sont toujours là sans avoir rien perdu de leurs caractères pénibles et désagréables.

Les trois états pathologiques, folie épileptique, mélancolie impulsive et alcoolisme aigu réunis chez B..., presque simultanément n'auraient pas manqué, sans une analyse attentive, d'être rapportés à un seul et même fonds névropathique. Cependant, il suffit de rappeler les faits pour reconnaître à chacune de ces individualités morbides une existence indépendante.

L'épilepsie de B..., comme celle de ses deux frères, en l'absence d'une névrose similaire, prend sa source dans

l'alcoolisme du père; elle se traduit chez notre malade par des vertiges et une folie qui deux fois a été suivie d'actes inconscients : la destruction du linge par le feu et la tentative de strangulation de la fille. La mélancolie de B..., née directement de la vésanie de la mère, se dessine sous des traits suffisamment caractéristiques pour ne pas y insister; enfin les habitudes alcooliques contractées dans les dernières années rendent compte, à leur tour, des hallucinations multiples et des idées délirantes qu'elles ont, à plusieurs reprises, fait naître, et qui ont chaque fois disparu au bout de quelques jours, contrastant ainsi avec le délire mélancolique et les impulsions qui se montrent invariables.

L'observation suivante offre le même intérêt au point de vue de la coexistence de trois délires.

Observation XII. — M..., Julienne âgée de 52 ans, couturière, entre pour la huitième fois à Saint-Anne. Sa mère était mélancolique et son oncle maternel s'est probablement suicidé; il a disparu subitement sans que l'on ait jamais pu retrouver sa trace. Son père, très sobre, était épileptique : elle a elle-même un fils atteint d'épilepsie. Dès l'âge de 14 ans, on a remarqué chez M... les premières atteintes du mal caduc; elle avait des attaques la nuit, elle se mordait la langue et urinait au lit. Plus tard, les crises convulsives se sont montrées le jour, irrégulières et très espacées, mais dans leur intervalle se produisaient des vertiges. Ces accidents épileptiques étaient fréquemment suivis d'actes inconscients; un jour entre autres, après une attaque dans la cuisine, elle a continué à préparer le dîner; mais au bout de deux heures, on s'est aperçu qu'elle mettait toute sorte d'objets dans les aliments et que le pot-au-feu avec la viande et les légumes contenait aussi des chiffons, des morceaux de bois et des débris d'assiettes. De temps à autre elle se livrait à des fugues sans fin, à des courses inconscientes à tout heure du jour et de la nuit. Lors d'une de ses entrées à Sainte-Anne, elle était partie au milieu de la nuit de son domicile de la rue de la Santé, et elle avait été arrêtée au boulevard Montmartre à trois heures du matin, ne pouvant fournir aucune explication sur ce qui lui était arrivé, ni sur les motifs de sa présence dans ce quartier à cette heure matinale.

Jusqu'en 1870, M... reste simplement épileptique, travaille régulièrement, prend soin de ses enfants et de son ménage, et ses occupations ne se trouvent que très passagèrement interrompues par les crises comitiales. Mais, à partir de cette époque, elle n'est plus la

même; dans l'intervalle des attaques ou des vertiges, son caractère change, elle devient triste, inquiète, préoccupée; elle se lamente, craint de tomber dans la misère, prétend ne plus avoir de forces, être incapable de tout travail; elle s'attribue des fautes imaginaires, elle se fait des reproches immérités, et, à plusieurs reprises, elle témoigne des idées de suicide; elle ne songe qu'à mourir, dit-elle, et si elle le peut, elle se tuera.

Les attaques et les vertiges continuent à se montrer, s'accompagnant parfois de troubles intellectuels, passagers et inconscients très différents du délire mélancolique persistant. Enfin, depuis cinq à six ans, elle contracte l'habitude de boire pour se donner des forces; elle prend du kirsch, du vin pur, de l'eau-de-vie. Elle ne tarde pas à avoir des rêves pénibles, des cauchemars, puis ses nuits sont agitées par des hallucinations. Plus tard, elle a de véritables accès de délire alcoolique; elle voit des figures grimaçantes, des hommes descendant par les fenêtres; dans sa chambre des têtes s'élèvent du plancher au plafond; elle aperçoit des animaux, des chats, des rats. On l'injurie, on la menace, elle se croit poursuivie; tout brûle dans sa maison, elle se sent entourée par des tringles de fer, etc. Ces troubles sensoriels, l'agitation et le délire qu'ils provoquent durent quelques jours; puis la malade se calme, mais sans cesser d'être épileptique ni mélancolique.

Chez M... Julienne, on peut reconstituer de toutes pièces les trois états pathologiques : l'épilepsie d'origine paternelle se traduisant par des attaques et des vertiges, par du délire et des actes inconscients, se transmettant enfin directement au fils. La mélancolie d'origine maternelle, avec les conceptions tristes et les idées de suicide, conserve ses caractères propres malgré l'intervention du délire alcoolique ou de l'épilepsie. Enfin l'alcoolisme, arrivé en dernier lieu sous l'influence immédiate d'excès de boissons, s'est traduit par des accès délirants, irréguliers, passagers, lesquels se reproduisent toutes les fois que des abus s'exagèrent ou qu'intervient une cause quelconque d'excitation.

Les faits qui précèdent, malgré leur complexité, se prêtent cependant à l'analyse, puisqu'ils ne sont que la juxtaposition de trois états pathologiques indépendants, facilement séparables avec leur pathogénie, leur marche, leurs caractères symptomatiques propres. Mais il n'en est pas toujours

ainsi, et la clinique mentale ne s'offre pas constamment à nous avec cette simplicité méthodique. Parfois l'un des éléments fait défaut, et sous l'influence de conditions héréditaires complexes, des états différents se combinent d'une manière intime pour constituer, ainsi que nous l'avons signalé, des êtres hybrides qui ne sont ni les uns, ni les autres, mais qui présentent des caractères de tous.

C'est la grande classe des dégénérés, déjà séparée par Morel des autres espèces mentales, qui fournit des exemples de ce genre dont la connaissance se rattache à un des côtés les plus intéressants de l'histoire de l'hérédité.

TROISIÈME PARTIE

PARALYSIE GÉNÉRALE

TROISIÈME PARTIE

PARALYSIE GÉNÉRALE

I. Signes essentiels et accessoires de la paralysie générale.

Sommaire : Signes essentiels : troubles de la parole et affaiblissement généralisé des facultés mentales. Signes accessoires : troubles oculaires, délires multiples à fonds de démence.

II. Attaques spinales épileptiformes et apoplectiformes avec élévation de température dans la paralysie générale.

III. De la température à la suite d'une attaque apoplectiforme dans un cas de paralysie générale.

IV. De la température dans le cours de la paralysie générale.

V. Sclérose des nerfs optiques et des nerfs moteurs de l'œil dans la paralysie générale.

VI. Deux cas d'aphasie dans la paralysie générale.

VII. Localisations cérébrales dans la paralysie générale.

VIII. Paralysie générale avec atrophie de la circonvolution pariétale ascendante gauche, consécutive à la compression par une tumeur, sans paralysie du côté droit.

IX. Pachyméningite cérébro-spinale et encéphalo-myélite diffuse avec îlots de sclérose dans un cas de paralysie générale.

I

SIGNES ESSENTIELS ET ACCESSOIRES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

Sommaire : Signes essentiels : troubles de la parole et affaiblissement généralisé des facultés mentales. Signes accessoires : troubles oculaires, délires multiples à fonds de démence.

Messieurs, il ne faut pas remonter bien loin dans l'histoire de la paralysie générale pour trouver cette opinion que la folie se termine souvent par la paralysie ou que le cerveau, ainsi que le disait Georget, affecté d'abord comme agent intellectuel, finit par être attaqué comme agent nerveux. Cette idée, qui fait de la paralysie générale une complication de la folie, accréditée par Esquirol, Georget, Delaye, est une erreur clinique, erreur bien légitimée, du reste, chez les premiers observateurs, par la difficulté de découvrir au début de la maladie les signes caractéristiques, masqués par les accidents protéiformes, si nombreux quelquefois, de la période initiale.

Dans la paralysie générale se montrent deux ordres de phénomènes morbides : les uns intellectuels, mis par quelques médecins au premier rang; les autres physiques, ayant à leur tour la prééminence d'après d'autres médecins. Des faits bien observés plaident en faveur de chacune de ces manières de voir. Comment donc expliquer cette divergence?

(1) Leçons faites à l'asile Saint-Anne, recueillies par M. Langlet, interne des hôpitaux de Paris. (*Gaz. des Hôpit.*, 12, 14, 19 et 23 mai 1868)

uniquement par le développement inégal de ces deux ordres de phénomènes. La vérité, en effet, se trouve dans l'association intime et non dans l'opposition ou la prédominance de l'un ou l'autre groupe de symptômes. Leur importance relative ne peut être l'objet d'une discussion qu'à la période initiale; mais les différences s'effacent à mesure que la maladie progresse, et vers la fin de la première période le dernier venu s'est rattrapé, si j'ose ainsi dire, et les deux ordres de symptômes ont acquis un développement à peu près égal. Il faudra donc s'occuper avec le même soin des troubles physiques et des troubles intellectuels; dans les deux cas et surtout pour les troubles de l'intelligence, nous serons en présence de phénomènes nombreux, multiples, quelques-uns passagers, d'autres permanents.

Ces symptômes qui ne manquent jamais, que l'on retrouve toujours à un degré quelconque, fixeront, tout d'abord, notre attention. Nous les étudierons avec d'autant plus de soin qu'ils se trouvent en rapport, comme nous verrons plus tard, avec les résultats fournis par l'anatomie pathologique. Ces symptômes essentiels, existant chez tous les malades atteints de paralysie générale, sont, dans bien des cas, masqués par les phénomènes accessoires, en général, bruyants et multiples; mais il n'est pas bien rare de les trouver presque à l'état de simplicité chez quelques paralytiques, et c'est alors que l'on se rend bien compte de leur origine, de leur marche, de leur développement complet. Ces malades, à cause de l'absence plus ou moins complète d'idées délirantes proprement dites, sont traités plus habituellement dans les hôpitaux ordinaires ou dans leur familles; toutefois nous allons pouvoir examiner ensemble trois cas de ce genre. Nous les examinerons les premiers, quoique ne représentant pas la forme la plus fréquente de la maladie, parce que vous trouverez chez eux les caractères de la paralysie générale type en quelque sorte, forme qui doit servir de guide et qui, réduite à ses éléments simples, se montrerait sans doute

plus souvent, sans l'influence si active des nombreuses et puissantes conditions pathogénétiques.

Après avoir bien examiné ces trois malades atteints de paralysie générale à l'état de simplicité, c'est-à-dire offrant avec les troubles physiques, un affaiblissement des facultés intellectuelles sans délire tranché, nous verrons successivement :

1° Des malades avec des troubles physiques et de l'affaiblissement intellectuel comme les précédents, et, de plus, du délire ambitieux ; c'est là la forme de paralysie générale la plus fréquente ;

2° Des malades avec des troubles physiques et de l'affaiblissement intellectuel comme les premiers, et, de plus, du délire hypochondriaque ;

3° Des malades chez lesquels nous aurons de la peine à apercevoir quelques signes physiques, mais chez qui nous trouverons de l'affaiblissement intellectuel et du délire ambitieux. C'est ce que M. Baillarger désigne sous le nom de manie congestive ;

4° Une malade chez laquelle vous verrez à peine quelques signes physiques, mais qui vous présentera de l'affaiblissement de l'intelligence et du délire hydochondriaque ;

5° Enfin vous verrez une paralysie générale chez un peintre affecté d'intoxication saturnine.

Permettez-moi, messieurs, avant de passer à l'examen de ces malades, d'analyser avec vous les signes essentiels, physiques et intellectuels. Après cette analyse, nous retrouverons notre synthèse, dans l'examen des trois malades atteints de paralysie générale simple.

Parmi les signes physiques *essentiels*, celui qui se tire des caractères présentés par la parole est le plus important, et c'est celui qui avait plus particulièrement frappé les premiers observateurs. L'embarras de la parole, chez le paralytique, diffère de l'empâtement de l'hémiplégique et du dément sénile, de la blésité de l'imbécile ou de l'idiot,

du bégaiement congénital de certains dégénérés, des saccades particulières du choréique. C'est une sorte d'arrêt, de suspension ou d'effort avant la prononciation de certains mots, en particulier devant les labiales, c'est si vous voulez, la secousse de la roue lancée sur une surface unie, qui rencontre un gravier ; il y a un ressaut, et si plusieurs graviers se succèdent, il y a plusieurs saccades rapprochées, et c'est ainsi, messieurs, qu'après l'hésitation de la parole, intermittente, à peine appréciable au début, vous trouvez successivement un embarras plus marqué, des saccades plus rapprochées, puis encore une parole traînante; chaque syllabe est scandée et suivie d'un moment d'arrêt pendant lequel la voix se prolonge comme en psalmodiant, puis enfin, ces malades font entendre une sorte de bredouillement avec des sons gutturaux, tout à fait inintelligibles.

Cette gêne de la parole s'accompagne de troubles de la motilité. Au début, la langue, en s'étalant, présente sur les bords et à la pointe et plus tard sur toute la surface, de petites ondulations dues à la contraction irrégulière des muscles intrinsèques; ces mouvements vermiculaires, de plus en plus marqués, sont suivis insensiblement d'un tremblotement général de tout l'organe. Les muscles de la face qui convergent vers l'orbiculaire buccal, principalement les zygomatiques et les élévateurs, sont le siège de mouvements fibrillaires, visibles surtout quand le malade tient la bouche ouverte ou qu'il se prépare à parler. Dans quelques cas rares, on aperçoit au fond de la bouche la luette déviée, ainsi que l'a signalé M Linas.

L'embarras de la parole avec le tremblement de la langue et des lèvres deviennent bien apparents quand le malade est ému et qu'il parle avec une certaine animation.

Les mains, quoique peu tremblantes au début, ont déjà perdu leur habileté ordinaire, et les malades dont la profession exige une certaine précision manuelle ne manquent pas

de vous dire que depuis quelque temps ils ne peuvent plus faire leur travail aussi bien.

En dehors de ces cas particuliers on apprécie mal, en général, les troubles fonctionnels des membres supérieurs, et comme d'autre part les modifications les plus légères dans la marche sont plus facilement remarquées, soit par le malade, soit par son entourage, il s'ensuit que les troubles de la motilité ont été regardés par quelques médecins comme plus fréquents et plus précoces aux jambes qu'aux bras, ce qui est plus apparent que réel ; on ne trouve pas, en effet, de différence notable toutes les fois qu'on compare ces deux ordres de faits. Au début, il y a peu de changements dans la marche, les malades peuvent faire d'assez longues courses sans trop de fatigue, mais peu à peu il survient une certaine raideur, une certaine brusquerie dans leurs mouvements ; ils marchent mal, gauchement, trébuchent facilement sur un terrain inégal. Ces troubles moteurs qui se montrent également sur toutes les parties du corps, tiennent plus de la nature convulsive que de la paralysie. Il y a de l'incoordination, de l'incertitude, de l'irrégularité, mais peu de faiblesse, du moins au commencement. Ainsi tel paralytique qui chancelle en marchant, qui laisse tomber les objets de la main, qui peut à peine boutonner ses habits, devient susceptible d'une grande vigueur à un moment donné et peut développer une force presque aussi considérable qu'à l'état normal. Cependant il survient peu à peu une faiblesse véritable, mais qui n'atteint jamais une paralysie complète. Quelquefois on remarque une inclinaison plus marquée d'un côté du corps, et, vers la fin de la maladie, assez souvent de la raideur et de la contracture accompagnées parfois de mouvements des mâchoires et d'un grincement des dents qui peut durer fort longtemps.

Les muscles de la vie organique, à leur tour, sont intéressés ; on peut voir survenir l'émission involontaire des selles et des urines ; ces phénomènes peuvent se reproduire

plusieurs fois en alternant avec la rétention plus ou moins opiniâtre de ces excrétions. L'incontinence d'urine, la rétention avec regorgement se montrent plus généralement à une période avancée ; ce qui est plus fréquent au début, c'est une constipation opiniâtre ou bien, au contraire, l'évacuation involontaire des selles dès qu'il survient un peu de diarrhée. Le pharynx, l'œsophage, perdent aussi leurs forces contractiles, et, vers la fin de la maladie, sont cause d'accès de suffocation terribles en n'agissant pas assez vite sur le bol alimentaire dès qu'il est un peu volumineux et que les paralytiques, dans leur gloutonnerie, cherchent à le déglutir sans se donner le temps de le préparer par la mastication.

Les troubles de la sensibilité seraient très importants aussi à connaître si les malades pouvaient rendre un compte exact des phénomènes qu'ils éprouvent, mais leur intelligence affaiblie ne donne souvent que des appréciations incomplètes.

M. de Crozant (1) a signalé une anesthésie générale, appréciable, parfois, dès le début; mais c'est surtout à une période avancée que l'anesthésie est notable et qu'il peut survenir une analgésie presque complète. Il paraît quelquefois y avoir une lenteur dans la transmission des sensations qui ne sont perçues qu'au bout de quelques secondes. L'hyperesthésie se montre plus rarement; Griesinger (2) a observé parfois un état passager d'hyperesthésie extrême de la surface cutanée.

Pour Michéa (3), l'asnesthésie ou l'hyperesthésie seraient, chez les paralytiques, la principale cause des idées hypochondriaques. Cette interprétation, si elle n'est pas entièrement exacte, est du moins fort ingénieuse.

(1) De Crozant, (*Revue médicale*, 1846.)

(2) Griesinger, *Traité des mal. ment.*, trad. Douncie, 1865, p. 465.

(3) M. Michéa, Du délire hypochondriaque chez les déments paralytiques. (*Ann. méd. psych.* janv. 1864.)

Les sens participent plus ou moins de l'affaiblissement de la sensibilité générale, quelques-uns d'entre eux, le goût et l'odorat en particulier, peuvent devenir le siège des perversions les plus bizarres.

L'appareil de la vision a eu le privilège, dès les premières recherches sur la paralysie générale, d'attirer l'attention des médecins et de devenir, pour chacune de ses parties, l'objet d'études particulières. Les phénomènes observés se rapportent à des troubles de la motilité dépendant des muscles de la vie de relation et aussi des muscles de la vie organique, et quelquefois à des lésions du nerf optique et de la rétine. Ainsi on a noté :

1° L'état des sourcils : abaissement de la partie interne des sourcils (Billod), élévation ou abaissement de la partie moyenne des sourcils (Moreau), phénomènes qui sont en rapport avec le masque du paralytique produit par l'affaissement des traits de la face ;

2° L'état des paupières avec la paralysie plus ou moins complète de la paupière supérieure ;

3° Les déviations du globe de l'œil en dedans, en dehors, en haut, en bas, constituant les diverses variétés de strabisme, autant de troubles de la motilité qui se rattachent aux fonctions des nerfs de la 3e, 4e et 6e paires ;

4° La convexité plus marquée du globe oculaire (Moreau), la saillie ou l'affaissement du globe de l'œil que l'on trouve quelquefois, deux phénomènes connexes que les progrès de l'anatomie et de la physiologie moderne nous ont appris à expliquer d'une façon très nette.

Au mois d'octobre 1867, M. Sappey, dans une note à l'Académie des sciences, décrit plusieurs faisceaux de muscles lisses qu'il a trouvés dans l'orbite. Le 18 novembre suivant, MM. Prévost et Jolyet, dans une note adressée aussi à l'Académie des sciences, signalent que le mouvement de projection du globe de l'œil, sous l'influence de l'excitation du bout supérieur du grand sympathique après sa section au

cou (fait vulgarisé par les expériences de Cl. Bernard), offre les caractères des mouvements produits par les muscles de la vie organique, et dépend de la contraction des fibres lisses qui font partie de l'aponévrose orbitaire. Cette aponévrose en effet, grâce à la couche de fibres lisses dont elle est recouverte, devient une gaine fibro-musculaire, une sorte de manchon contractile de forme conique, à base fixe dirigée en avant, qui, en se contractant, presse sur la partie postérieure du globe de l'œil et le projette en avant. On sait, d'autre part, qu'après la section du nerf sympathique au cou, on observe, entre autres phénomènes, la rétraction du globe oculaire dans le fond de l'orbite ;

5° Les troubles pupillaires, qu'aucun médecin ne manque aujourd'hui de signaler dans ses observations, troubles se rapportant soit à la dilatation, soit au resserrement, soit à l'inégalité des deux pupilles, soit même à l'irrégularité de leur contour. Ces phénomènes, que l'on peut rattacher au grand sympathique et à la 3e paire, peuvent, dans quelques circonstances devenir un signe clinique important ;

6° L'état du fond de l'œil exploré avec l'ophthalmoscope. Des faits isolés ont été signalés par divers auteurs et se rapportent, pour la plupart, à des atrophies de la papille.

M. Galezowski, après des recherches assez nombreuses (1), notamment à la Salpêtrière, avait indiqué l'anémie et l'atrophie progressive de la papille, toutes les fois que la vue était troublée chez les malades atteints de paralysie générale. Puis il a indiqué un œdème péripapillaire que l'on rencontrerait dans quelques cas et qui se présenterait sous la forme d'un cercle brunâtre. Nous avons voulu par nous-même vérifier ces différents faits, et nous avons examiné indistinctement tous les malades atteints de paralysie générale, et

(1) Galezowski. Sur les altérations de la papille et du nerf optique dans les maladies cérébrales. (*Union méd.* août 1866.)

nous avons pu nous assurer ainsi que, dans au moins les deux tiers des cas, on ne trouvait aucune altération du fond de l'œil.

Les modifications que l'on constate sont, par ordre de fréquence : une altération particulière du système vasculaire dans laquelle on aperçoit, le long des vaisseaux qui partent du centre de la papille, un liséré d'un gris pâle, régulier, existant des deux côtés du vaisseau, s'étendant en général d'une façon uniforme dans toute sa longueur. Ce liséré se montre sur les artères, rarement sur les veines où il est aussi moins développé. Il diffère d'un liséré un peu jaunâtre que l'on aperçoit, dans quelques cas de démence sénile, sur les vaisseaux rétiniens, et plus particulièrement sur les artères, liséré qui est irrégulier, avec des inégalités sur les bords et quelquefois même des interruptions dans son parcours. Cet aspect des vaisseaux, dans quelques cas de paralysie générale et de démence sénile, est en rapport avec ce que nous savons des changements anatomiques qui surviennent dans les parois des vaisseaux dans ces deux maladies, sclérose dans la paralysie générale, athérome dans la démence sénile. Ces deux formes de liséré le long des vaisseaux se distinguent de cet aspect un peu louche, diffus, que présentent les contours des vaisseaux, et plus particulièrement des veines du voisinage, dans quelques cas d'œdème de la papille. Quand ce liséré des vaisseaux existe chez les paralytiques, on le trouve en général dans les deux yeux ; toutefois, dans quelques cas, il peut manquer dans l'un des yeux et même ne se montrer que sur un seul vaisseau.

L'œdème péripapillaire a aussi des caractères particuliers, il est brunâtre et présente quelquefois un reflet comme gélatineux. Il n'obscurcit pas en général le contour de la papille; il laisse un petit espace libre entre lui et le bord papillaire ; il n'est pas toujours continu et quelquefois même il ne se montre que dans un tiers ou un quart de la périphérie de la papille. Les vaisseaux au niveau de ce cercle œdémateux

forment un petit crochet et sont à ce niveau quelquefois un peu masqués.

Nous avons trouvé, dans quelques cas, une congestion de la papille avec teinte rosée et aspect un peu trouble, dilatation des artères et surtout des veines, de plus apparition plus nette des petits vaisseaux péripapillaires. Cette hyperémie s'est montrée chez des paralytiques à la première période ; c'est sans doute le premier degré du travail morbide qui aboutit plus tard à l'anémie et à l'atrophie.

Passons maintenant à un autre ordre de phénomènes qui, sans avoir l'importance capitale des troubles moteurs, ont néanmoins dans quelques circonstances, par leur ensemble, une valeur réelle. Ces troubles somatiques n'ont pas, en général, été présenté sd'une façon bien nette par les auteurs, et cela tient à ce que l'on retrouve des phénomènes analogues dans la démence sénile, l'alcoolisme chronique et certaines lésions cérébrales. Mais il existe quelques caractères qui peuvent les faire distinguer.

Dans la paralysie générale il est très rare que les malades n'éprouvent pas, au début, de la lourdeur, de la pesanteur de tête, quelquefois une céphalalgie plus particulièrement frontale. *J'ai comme un bandeau sur le front*, disent souvent les malades; ces symptômes s'accompagnent souvent de bourdonnements d'oreilles, quelquefois de sifflements ou de bruits de torrents et de vagues, rarement de tintements et de bruits de cloche.

Il survient aussi de petits vertiges ou des éblouissements pendant lesquels le malade est obligé de s'arrêter ou de s'appuyer un instant; pendant ce temps, il y a de la pâleur, quelquefois de la rougeur de la face. Ces phénomènes très passagers, ne s'accompagnant d'aucune perte de connaissance, peuvent être suivis d'une gêne un peu plus marquée de la parole; c'est généralement après les repas, après une émotion, une fatigue plus grande, qu'ils apparaissent.

Chez certains malades, ils diminuent et s'arrêtent à mesure que la maladie progresse, mais plus habituellement ils augmentent avec elle et suivent sa marche progressive. Les crises convulsives épileptiformes, que l'on observe dans quelques circonstances à une période plus avancée, me paraissent être des phénomènes de même ordre, mais plus accentués. De même qu'entre l'hésitation passagère de la parole au début et le bredouillement de la fin de la maladie il y a une distance très grande, de même l'étourdissement et le vertige du commencement paraissent être les phénomènes primordiaux des accidents convulsifs ou apoplectiformes habituellement tardifs.

Mais, en même temps, on voit des phénomènes plus caractéristiques; ce sont de l'engourdissement, du fourmillement des mains, quelquefois des pieds, puis des crampes, plus particulièrement dans les mollets, avec des éclairs de douleur, du tiraillement et du tortillement musculaire; quelquefois, dans l'épaisseur des muscles, de petits mouvements dont les malades ont conscience. Rarement des douleurs analogues se montrent dans les membres supérieurs. Ces phénomènes méritent de fixer l'attention; on ne les observe guère que dans la paralysie générale avec les caractères que je viens d'indiquer.

Les fonctions organiques sont en général assez bonnes. La nutrition se fait bien, et il est à remarquer que très souvent, vers la fin de la première période, les malades engraissent, prennent un embonpoint considérable qui se soutient quelquefois jusqu'à la dernière période et ne disparaît complètement que dans certains cas de lientérie ou de diarrhée chronique, dues habituellement à un mauvais régime.

Un mot sur la température chez les paralytiques. M. Meyer (1) avait pensé que la température était augmentée dans la paralysie générale. J'ai fait des recherches dans ce

(1) Meyer. (*Annalen des Charite-Krankenhauses*. Berlin, 1853, Band. VIII. S. 44.)

sens sur un certaiu nombre de paralytiques, et, après avoir pris, plusieurs jours de suite, matin et soir, la température à l'aisselle et au rectum, j'ai trouvé une augmentatien de 1 degré à 1 degré 1/2 (de 37° à 38° 5), seulement dans les cas où les malades présentaient une certaine excitation. Chez une femme paralytique qui avait une légère contracture des membres avec de petits mouvements convulsifs, augmentant à certains moments, et qui accusait aussi des douleurs et de la pesanteur de tête, j'ai trouvé deux fois 39 degrés centigrades dans le rectum. On comptait en outre, par minute, 112 à 116 pulsations et 36 respirations. La température ne me paraît donc pas devoir donner de renseignements bien importants.

Nous venons de voir, Messieurs, les troubles physiques à l'état de simplicité. Parmi eux, les troubles de la parole, sont les plus importants ; à ces symptômes viennent quelquefois se surajouter des phénomènes qui les compliquent et qui peuvent les masquer plus ou moins complètement. Il me suffira de vous énoncer quelques-unes de ces complications ; une description détaillée m'entraînerait trop loin.

On observe quelquefois des tics convulsifs de la face, des yeux, des paupières ; dans d'autres cas plus rares, de véritables convulsions choréiformes étendues à tout le corps et qui cachent complètement les troubles caractéristiques de la motilité ; j'ai eu l'occasion d'observer deux faits de ce genre à Bicêtre et un cas à la Salpêtrière. Quelquefois il survient, même avant la période ultime, une raideur des membres, plus rarement une contracture de presque tous les muscles du corps ; dans quelques cas rares, à la raideur s'ajoutent de petits mouvements convulsifs, tantôt limités à une main, à un bras, à une jambe, d'autres fois étendus à tout le corps. Des attaques épileptiformes surviennent aussi dans le cours de la paralysie générale, mais plus particulièrement à la fin de la maladie.

Enfin, parfois, on voit survenir des hémiplégies, des paraplégies, des paralysies plus ou moins complètes limitées à un membre, des accidents apoplectiformes; en dernier lieu, des troubles ataxiques des membres inférieurs, sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

Permettez-moi de vous indiquer encore quelques complications qui surviennent en général à la fin de la maladie. Ce sont des sphacèles partiels, d'un doigt, d'un orteil; des escharres plus ou moins étendus; des accidents divers du côté du tube digestif, par suite de la paresse des muscles de la vie organique; des pneumonies auxquelles un séjour au lit prolongé n'est pas étranger.

Je ne dois pas oublier de mentionner l'hématome de l'oreille que l'on trouve dans quelques cas rares de paralysie générale, et dont la pathogénie a soulevé tant de discussions.

Cet épanchement de sang siège, comme l'indique M. Foville (1), entre le cartilage et le périchondre; mais dans les deux autopsies que j'ai eu l'occasion de faire à Bicêtre, dans le service de Marcé, j'ai constaté une rupture du cartilage. J'ai vu en outre, à l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, une véritable épidémie d'hématomes s'arrêter à la suite du renvoi de trois infirmiers violents, de sorte que je suis disposé à rattacher à un traumatisme le développement de ces hématomes.

Signes intellectuels. — De même que les symptômes physiques, les symptômes intellectuels, très apparents dès que la maladie a progressé, sont difficiles à saisir au début; vous le comprendrez, en songeant qu'à ce moment de la maladie vous ne pouvez rechercher que de simples déviations de l'état normal, des modifications qui ne sont encore

(1) Foville. Recherches sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés. (*Ann. médico-psychol.*, 1859.)

que des nuances dans les allures, les habitudes, le caractère, la portée intellectuelle des malades.

Mais quelque difficile que soit cette étude, il faut cependant la faire avec le plus grand soin; c'est surtout au début de la maladie qu'il est bien important d'établir le diagnostic, dans l'intérêt du malade, de la famille et du médecin lui-même.

N'est-ce pas, en effet, à cette période que l'on est en droit d'espérer une rémission? N'est-ce pas à ce moment aussi que le médecin doit développer toutes les ressources de la thérapeutique et surtout écarter les thérapeutiques intempestives? Il nous arrive quelquefois des paralytiques dont la première période a été activée par l'application intempestive de l'hydrothérapie.

Que de désastres, en outre, dans bien des cas, n'aurait-on pas empêchés, si l'intervention suffisamment hâtive des médecins était venue avertir la famille que telles spéculations aventureuses, que telles hardiesses commerciales, que telles entreprises projetées, loin d'être le résultat de combinaisons adroites et ingénieuses, n'étaient que le fruit d'une imagination maladive! Que de ruines n'aurait-on pas évitées! Que de malades, sous le coup de la loi, n'aurait-on pas affranchi des rigueurs de la justice! Vous ne sauriez croire, Messieurs, de combien d'événements fâcheux est cause cette période initiale de la paralysie générale, période qu'on aurait presque le droit de désigner sous le nom de médico-légale. Les malades avec les apparences de la santé et de la raison commettent quelquefois les actes les plus répréhensibles; plus tard, quand la maladie a progressé, on a moins à redouter les accidents de ce genre, parce que le paralytique, en raison même de son état, est soumis à une surveillance plus attentive. Au bureau central d'admission, où nous voyons un nombre considérable de malades, nous sommes à chaque instant appelés à enregistrer des faits de ce genre.

Passons donc à l'étude de ces troubles intellectuels, de cette démence particulière du paralytique, différente comme caractères de la démence des vieillards, de la démence consécutive aux vésanies, de la démence liée à l'épilepsie, en un mot de toutes les autres espèces de démences, et qui présente, comme degrés, toutes les nuances de l'affaiblissement intellectuel, depuis la simple diminution de la mémoire jusqu'à l'abolition complète de toutes les facultés. Eh bien! au début, que trouve-t-on?

Une aptitude moins grande au travail, une fatigue plus facile, des conceptions plus lentes, une sorte de torpeur intellectuelle qui pèse sur toutes les opérations de l'intelligence; d'autres fois, au contraire, une activité très grande, mais une activité irrégulière, désordonnée, vagabonde, sans portée sérieuse, une activité qui enfante des projets nombreux, quelques-uns possibles, mais toujours mal coordonnés.

Nous n'apprécierons bien ces changements que chez les malades dont la position sociale exige certains efforts de l'esprit. Il en est de ces symptômes comme des symptômes physiques; nous ne remarquons de bonne heure les troubles de la motilité des bras et des mains que chez les malades qui ont besoin journellement pour leurs travaux d'une certaine habileté. Aussi, est-ce en vain que nous rechercherions ces modifications intellectuelles dans les antécédents du malade occupé à des travaux faciles, toujours les mêmes, qui exigent peu d'initiative; les malades, par habitude, en quelque sorte, continuent à s'acquitter assez bien de leur tâche; mais, néanmoins, ces malades eux-mêmes, dont les occupations exigent un faible effort intellectuel, s'aperçoivent déjà que leur mémoire est moins précise; ce sont des objets oubliés, des visites projetées que l'on ne pense pas à faire, des dates erronées, des indications inexactes, des affaires importantes laissées de côté par oubli, et une foule de petits incidents qualifiés au début du nom d'étourderies.

Cette diminution de la mémoire est un symptôme très important, et si, au commencement, on peut regarder ces légers changements comme des faits de la vie ordinaire, leur persistance, leur reproduction, leur fréquence de plus en plus grande, malgré tout le soin du malade pour les éviter, indiquent une cause plus profonde, un changement radical et non un accident passager.

En outre de l'atteinte portée aux forces intellectuelles, de la diminution de la mémoire, on trouve encore une perversion des facultés affectives et morales.

Le caractère change quelquefois d'une façon complète et présente les oppositions les plus marquées; ainsi tel individu, prodigue jusque-là, devient parfois d'une avarice sordide. La femme du paralytique avec intoxication saturnine, que vous avez vu, m'a raconté que, depuis quinze mois, son mari mettait tout sous clef, qu'il avait fait placer des serrures nouvelles à toutes les armoires, que, si elle n'était intervenue à plusieurs reprises, il se serait privé lui-même des choses les plus nécessaires à la vie.

Dans d'autres cas, au contraire, à des habitudes parcimonieuses succèdent des goûts de dépense inusités; les malades ont changé, *ils ne sont plus les mêmes*, comme disent les parents. Mais ce qui est encore plus remarquable, ce sont les oppositions, le désaccord entre les différents actes du malade; ainsi, le paralytique fera des dépenses considérables pour des objets futiles, tandis qu'il refusera d'acheter des objets de première nécessité; il deviendra irritable et se mettra en colère pour de simples oppositions, tandis qu'il acceptera les contradictions les plus graves; il se montrera blessé pour une observation bienveillante et ne s'offensera point des reproches les plus amers; il résistera avec une opiniâtreté désespérante aux instances les plus pressantes et se laissera, un moment après, diriger avec une docilité enfantine. A cette période de la maladie, vous le verrez aussi commettre des actes indélicats, des faux en

écriture, des vols, des délits accomplis avec une souveraine imprévoyance. Le paralytique prend, fréquemment, aux étalages, des objets insignifiants qu'il emporte tranquillement sous les yeux de tout le monde, et il paraît profondément étonné quand on vient l'interpeller et lui reprendre ce qu'il a dérobé. D'autres fois, il monte dans une voiture qu'il ne peut pas payer, entre dans un restaurant quand il n'a pas d'argent, et semble fort surpris ensuite, quand on lui réclame la dépense qu'il vient de faire. Ce sont des faits de ce genre qui, pour le dire en passant, provoquent assez souvent leur séquestration.

Vous le voyez, Messieurs, on aperçoit déjà, dans la manière d'être du paralytique, les caractères généraux qui se décèlent plus tard, que l'on retrouve dans leurs diverses formes de délire, et que M. J. Falret a bien indiqués en disant que les idées délirantes des paralytiques sont multiples, mobiles, non motivées, contradictoires entre elles, absurdes.

Voilà, Messieurs, le tableau de la période initiale de la paralysie générale, non seulement de la paralysie générale simple, dans laquelle toutes ces modifications intellectuelles sont à l'état d'ébauche, mais aussi de toutes les autres formes de paralysie qui, suivant la prédominance plus marquée de telle variété de délire, mettront en relief, dès le début, des changements de l'intelligence en rapport avec sa forme délirante.

Mais il ne faut pas perdre de vue, cependant, qu'en raison de la mobilité et de la variété des idées délirantes qui peuvent toutes se succéder, se croiser en quelque sorte irrégulièrement chez le même malade, on peut trouver aussi, réunies à la fois, chez le même sujet, toutes les modifications dont je viens de parler. Ces modifications, qui se trouvent toujours, soit en totalité, soit en partie, chez les paralytiques, doivent être considérées comme constituant des caractères communs fondamentaux, plutôt que

des caractères se rattachant à une forme déterminée.

On a parlé à plusieurs reprises de l'excitation génésique des paralytiques; ne trouvant pas d'une façon prédominante dans leur délire des idées relatives aux fonctions sexuelles, j'ai voulu savoir par des familles ce qui se passait tout à fait au début de la maladie; si, dans quelques cas, j'ai pu noter une salacité plus ou moins vive, quelquefois, au contraire, les renseignements indiquaient une frigidité notable, et le plus souvent rien de particulier n'avait été remarqué. Il en est donc de ces troubles fonctionnels comme des autres; il y a quelquefois perversion, mais non prédominance constante dans un sens déterminé.

Autour de ces troubles intellectuels essentiels qui, avec les troubles physiques essentiels, constituent le fond de la maladie, viennent se grouper diverses variétés de délire, dont quelques-unes, en raison de leur fréquence et surtout des caractères généraux qu'elles empruntent au terrain même sur lequel elles se développent, ont fait admettre des formes différentes de paralysie générale; mais, comme il ne peut y avoir rien de précis dans ces divisions, puisque les variétés de délire peuvent successivement se présenter toutes chez le même malade, se succéder irrégulièrement, disparaître pour se montrer de nouveau, il est arrivé nécessairement que ces divisions arbitraires ont varié avec les auteurs.

Ainsi, M. J. Falret admet quatre formes de paralysie, deux basées sur la prédominance des signes physiques, les formes congestive et paralytique, deux autres basées sur la prédominance des signes intellectuels, les formes mélancolique et expansive. Cette dernière forme, qu'on désigne habituellement du nom de forme ambitieuse, est celle, vous le savez, qui se présente le plus fréquemment à l'observation, celle qui pendant longtemps avait eu seule le privilège de fixer l'attention des médecins.

M. Linas, dans sa thèse, admet également quatre formes

basées sur les caractères du délire, et une cinquième forme mixte dans laquelle on peut trouver, diversement combinées, les formes précédentes.

Mais ces divisions sont loin de répondre aux exigences d'une analyse un peu rigoureuse, et M. Calmeil, dans son traité des maladies inflammatoires du cerveau, divise en dix séries les modes ou les aspects sous lesquels la paralysie générale peut se présenter au début. Cette division, quoique renfermant la majorité des cas, laisse encore échapper un assez bon nombre de faits qui semblent à première vue très différents de tous les autres. Ajoutez encore à ces formes diverses de paralysie générale celles qui sont basées sur l'étiologie, les paralysies générales pellagreuse, saturnine, alcoolique, etc., et vous obtiendrez ainsi des divisions qui n'auront plus d'utilité pratique. Ceci montre une fois de plus, quelle variété d'aspects présente cette maladie au début, et c'est pour nous retrouver au milieu de ce dédale que je me suis efforcé de vous montrer l'ensemble des signes essentiels qui existent dans tous les cas. Si, au commencement de la maladie, vous en voyez manquer quelques-uns, vous ne tardez pas à les apercevoir au bout d'un certain temps,et vers la fin de la première période, il est rare qn'ils ne se montrent pas tous à la fois. C'est, du reste, par leur marche progressive que les symptômes essentiels s'accusent chaque jour davantage, tandis que les symptômes accessoires, d'abord plus saillants et plus bruyants, ne tardent pas, au contraire, à diminuer d'intensité, tout en s'imprégnant de ce cachet de déménce qui finit par envahir toutes les manifestations intellectuelles.

II

NOTE SUR LES ATTAQUES SPINALES ÉPILEPTIFORMES OU CONVULSIVES ET APOPLECTIFORMES, AVEC ÉLÉVATION DE TEMPÉRATURE, DANS CERTAINS CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

On sait que la lésion anatomique de la paralysie générale est une méningo-encéphalite interstitielle diffuse, mais, fréquemment, le cerveau n'est pas seul intéressé et la moelle, participant à l'altération, devient le siège d'une méningo-myélite interstitielle diffuse. L'inflammation du cerveau, l'inflammation de la moelle, quoique étant deux faits connexes et de même nature, ne marchent pas toujours d'une façon parallèle et, si quelquefois elles se développent simultanément, souvent, au contraire, elles ont une évolution différente; tantôt, c'est le cerveau qui est atteint le premier, d'autres fois c'est la moelle; d'autres fois la lésion, restant stationnaire dans l'une des deux parties de l'axe cérébro-spinal, continue son évolution dans l'autre partie, et cette marche différente du processus pathologique dans le cerveau ou dans la moelle se traduit, suivant les cas, par une prédominance marquée, soit des troubles cérébraux, soit des troubles médullaires. Ce qui se passe pour les symptômes habituels de la paralysie générale se produit également pour les

(1) Magnan. (*Compt. rendus de la Société de Biologie.* Janvier 1876, p. 25.)

symptômes accidentels ou accessoires tels que les attaques épileptiformes ou apoplectiformes, c'est-à-dire que ces accidents relèvent, suivant les cas, de la moelle ou du cerveau. Jusqu'ici, dans la paralysie générale, ont s'est occupé uniquement des attaques apoplectiformes ou épileptiformes d'origine cérébrale, et M. Hanot, en particulier, a eu l'occasion de signaler à la Société plusieurs cas de ce genre, qu'il a étudiés surtout au point de vue de la température, rapprochant, d'ailleurs, ses résultats thermométriques de ceux que M. Charcot avait fait connaître sur l'hémorrhagie et le ramollissement du cerveau. Je tiens aujourd'hui à attirer l'attention sur les attaques convulsives ou épileptiformes et apoplectiformes d'origine médullaire. Les attaques spinales convulsives peuvent, dans la paralysie générale, affecter deux formes principales : elles se traduisent par de la contracture ou bien par des secousses cloniques plus ou moins étendues; les attaques apoplectiformes s'accompagnent d'engourdissements, de fourmillements et de faiblesse musculaire; dans tous les cas il y a élévation de température. Il est important de noter que, pendant ces attaques spinales, il ne survient aucune modification cérébrale; l'intelligence, pendant et après les attaques, reste ce qu'elle était avant l'apparition des troubles accidentels.

Paralysie générale, avec contracture des extrémités, s'accompagnant d'une élévation de température d'un degré. — B... (Joséphine), âgée de 32 ans, mécanicienne, entre à Sainte-Anne le 3 juin 1872. Cette malade, à antécédents alcooliques, présente une paralysie générale avec délire ambitieux, hallucinations et idées de persécution.

Le 7 juin, quatre jours après son entrée, B... (Joséphine) ne peut se lever ni se tenir debout; les membres sont contracturés, les mains et les pieds sont dans la flexion forcée, l'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras; les muscles fléchisseurs, fortement contractés, forment une saillie en avant du bras et de l'avant-bras; les muscles du mollet sont durs et saillants; la pression est douloureuse sur toutes ces régions; la flexion s'exagère par moments et s'accompagne de vives douleurs. La température rectale, avant l'attaque tétanique, donne 37° 2/5, le pouls 76 pulsations par minute; pendant l'attaque la température rectale s'élève à peu près à 38° 2/5 et le pouls donne

88 pulsations. La contracture cesse au bout de six jours, laissant après elle quelques secousses irrégulières dans les doigts et les orteils, du tremblement des mains dans l'extension, un peu de faiblesse des jambes et une exagération des mouvements reflexes. La malade, pendant toute la durée de l'attaque, n'accuse aucune douleur à la tête, conserve le même délire et ne présente aucun trouble intellectuel nouveau; l'hésitation de la parole n'augmente pas, la pupille gauche reste, comme avant, plus large.

1er *juillet*. — Il survient une deuxième attaque, moins intense que la première, d'une durée de trois jours, avec élévation de la température à 38°. A partir de ce moment, il se produit, par intervalles, de petites secousses irrégulières dans les doigts, mais pas de contracture.

30 *avril* 1873. — Contracture douloureuse des extrémités comme à la première et, attaque, de plus, diarrhée, avec rougeur et sécheresse de la langue. La température s'élève à 40° 1/5. Au bout de huit jours, la contracture cesse, la température s'abaisse, mais les membres inférieurs restent faibles et la marche chancelante.

L'élévation de température dans cette dernière attaque est plus considérable que dans les deux précédentes, en raison, sans doute, de la complication intestinale.

Pendant les attaques, on a fait le long de la colonne vertébrale des badigeonnages avec de la teinture d'iode; la malade était, en outre, soumise, pendant et en dehors des attaques, à l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Les cas de paralysie générale, avec convulsions cloniques dans les membres, sont plus fréquents, et la température rectale s'élève de 1 degré à un degré et demi. Une femme de 41 ans, atteinte de paralysie générale avec idées hypochondriaques, chez laquelle on notait habituellement 76 pulsations et 20 respirations par minute et une température de 37°,4, a présenté, après trois jours de secousses irrégulières dans les membres avec mouvements spasmodiques des doigts, 39° au rectum, 116 pulsations, 34 respirations.

Les attaques spinales apoplectiformes sont le plus souvent légères; elles s'accompagnent de fourmillements, d'engourdissement des membres, suivis de parésie passagère; la température s'accroît de deux à trois cinquièmes de degré. Les attaques graves sont plus rares, et dans un cas, chez un

homme de 50 ans, atteint de paralysie générale avec délire ambitieux, la température s'est élevée de 37°,6 à 39°, le pouls de 80 à 100 pulsations. Avec l'engourdissement et les fourmillements des membres, il était survenu assez brusquement une paralysie presque complète des jambes et une faiblesse très grande des bras. L'intelligence était restée, pendant et après l'attaque ce qu'elle était avant.

Ces faits sont importants parce qu'ils mettent en saillie le rôle de la moelle, qu'ils sont une preuve de plus du caractère inflammatoire de la paralysie générale et qu'ils peuvent, enfin, devenir la source d'indications thérapeutiques.

III

DE LA TEMPÉRATURE A LA SUITE D'UNE ATTAQUE APOPLECTIFORME DANS UN CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

Excès de boissons pendant plusieurs années ; alcoolisme chronique suivi de paralysie générale ; persistance des hallucinations pénibles et du délire de persécution dans le cours de la paralysie générale ; existence simultanée des délires ambitieux, hypochondriaque et de persécution. Attaque apoplectiforme ne s'accompagnant pas les premières heures d'élévation de température.

C... Constance, âgée de 40 ans, entre à Sainte-Anne le 14 février 1873. Cette malade a eu sept enfants, tous sont morts en bas âge. Depuis plusieurs années, et notamment depuis huit ans, elle avait contracté des habitudes alcooliques ; elle prenait le matin, de l'eau-de-vie, du vin pur, du vulnéraire et de l'anisette.

Pendant longtemps, elle s'est plaint de maux de tête, d'étourdissements, mais sans phénomènes hallucinatoires. Depuis trois ans, elle est indifférente, apathique et néglige son ménage. Les nuits sont de temps en temps troublées par des visions ; elle se croit poursuivie, entend des menaces, s'imagine tomber dans un précipice. Elle parvient à se rassurer en allumant la chandelle. Vers la même époque, la céphalalgie et les étourdissements augmentent, et il survient des nausées et des vomissements pituiteux. Depuis huit à neuf mois, elle n'est plus capable de travailler, elle a des idées de satisfaction, fait des projets de voyage, puis elle devient triste et hypochondriaque.

Depuis trois semaines, elle n'a plus conscience de ses actes ; ses

(1) Magnan. (*Com. à la Soc. de Biol.* Mai 1874, compt. rend., p. 198.)

mouvements sont incertains, les objets lui échappent des mains ; elle est contente, elle aura dit-elle, de l'argent, elle achètera des robes, des chapeaux, etc.; à trois reprises, en février 1871, janvier 1872 et janvier 1873, des attaques épileptiformes se sont produites, sans perte de connaissance; le visage était grimaçant et après chaque attaque, la parole restait embarrassée et le côté droit plus faible. A son arrivée à l'asile, C... présente un affaiblissement notable de l'intelligence; elle a des idées de persécution, on la chasse de la maison, on parle mal d'elle ; la nuit, on lui fait des frayeurs, on frappe à sa porte, on la menace. Elle a été arrêtée sur la voie publique, arrachant des planches pour se chauffer. Elle a des étourdissements fréquents et tombe quelquefois; la mobilité et la sensibilité sont affaiblies du côté gauche; il y a six mois, d'après les renseignements, le côté droit était plus faible.

Le lendemain de l'entrée, C... est hallucinée : elle aperçoit des rats, des souris, des crocodiles qui courent sur son lit; elle voit des fantômes, des flammes, des boules de feu; elle entend frapper. Elle manifeste, en outre, des idées hypochondriaques et des idées de satisfaction : sa langue ne peut plus tourner, son gosier est malade, son pied droit enflé; elle aura une voiture, elle vendra beaucoup, elle gagnera 20 francs par jour, etc.

Mars. — La malade reste excitée, loquace avec des idées ambitieuses ; elle a le diplôme de la médecine, elle donnera de grands dîners, elle possède des diamants qu'elle mettra à la cour, elle est reine, sainte, décorée trois fois, sept fois, son père est colonel. Par moments, elle a des idées hypochondriaques; elle se dit sans forces, n'a pas de sang jusqu'au coude.

La parole est hésitante, la pupille gauche plus large. Il survient, en outre, des douleurs de tête, des étourdissements, des crampes dans les mollets.

Avril-mai. — Les idées ambitieuses et hypochondriaques, les idées de persécution persistent et donnent à la malade une physionomie tantôt gaie, tantôt triste, mais le même délire ne se prolonge pas d'habitude longtemps, et la malade pleure ou rit, sans la moindre transition, à des intervalles très rapprochés. Elle a, dit-elle, des billets de banque grands comme la table, elle possède de belles maisons, des lits en acajou, se dit blindée d'or, sa tête est en or, ses yeux en diamants. Les médecins la travaillent, lui élargissent les boyaux, elle a dix mille enfants dans le ventre.

La parole est hésitante, la pupille gauche plus large, la mobilité et la sensibilité sont amoindries à gauche.

Juin-juillet. — Les facultés intellectuelles, morales et affectives sont très affaiblies; la malade ne peut donner aucune date précise, elle accepte sa séquestration avec la plus grande indifférence ; elle ne prend nul souci de ses parents ni de ses amis. Le délire de persé-

cution se montre à plusieurs reprises, et amène de l'excitation avec cris, menaces, injures contre des voleurs et des assassins. Les idées ambitieuses et hypochondriaques existent en même temps et conservent leurs caractères d'absurdité, de multiplicité et d'incohérence.

L'embarras de la parole augmente, la lèvre supérieure est prise de frémissements dès que la malade veut parler. La pupille gauche reste plus dilatée que la droite.

La sensibilité est obtuse sur tout le corps.

Le tracé sphymographique donne au sommet de la ligne ascendante un plateau qui témoigne de la diminution, de l'élasticité artérielle, et, par suite, de l'envahissement de la paroi par l'athérome.

Août. — Les facultés continuent à baisser, le jugement, la mémoire, la volonté sont très affaiblis; la malade ne peut appliquer son attention sur aucun objet, par moments, elle s'excite, parle, crie, mais toutefois se calme très vite et recommence quelques instants après. Le délire ambitieux est fort étendu, elle veut broder tout en or, elle a des millions, elle se promènera dans des ballons en or, son corps est très long, il va jusqu'en Amérique. C... présente, en outre, des hallucinations avec des idées de persécution; elle entend des Anglais, des voleurs qui veulent lui prendre ses marmites pleines d'or, ses châteaux, ses églises, elle entend des menaces, des gémissements, on tue ses enfants.

Septembre-octobre. — Le niveau intellectuel est le même, la malade s'excite, crie, est effrayée pendant la nuit; des individus assassinent son mari, elle entend sous terre des voix qui la menacent. On lui a mis un paon dans le ventre, il faut, dit-elle, la passer au spéculum pour le lui ôter, il a remonté dans la poitrine, elle a deux filles dans le flanc gauche. A côté des idées hypochondriaques et de persécution, les idées ambitieuses persistent tout aussi nombreuses. La température rectale prise à diverses reprises, et plusieurs jours de suite a varié entre 37°4 et 37°9.

Novembre-décembre. — Le délire ambitieux s'associe aux hallucinations et aux idées de persécution : elle voit sur le mur des individus qui lui tirent des coups de fusil; on veut lui voler ses belles robes; elle a fait la guerre avec Napoléon; elle bêche la terre avec une pelle en or; elle taille les arbres avec une échelle de marbre.

L'hésitation de la parole est très marquée; la pupille gauche est dilatée. Pendant huit jours, il survient un gonflement douloureux de l'épaule gauche; les mains, surtout la gauche, sont tremblantes et présentent par moments, de petites secousses.

Janvier-février 1874. — C... s'excite par intervalles, crie, pleure, menace les voleurs. Elle se barbouille avec les matières fécales; son urine est, dit-elle, de la poudre d'or, tout ce qui sort de son corps sent très bon.

La parole est embarrassée, la pupille gauche plus large. L'excita-

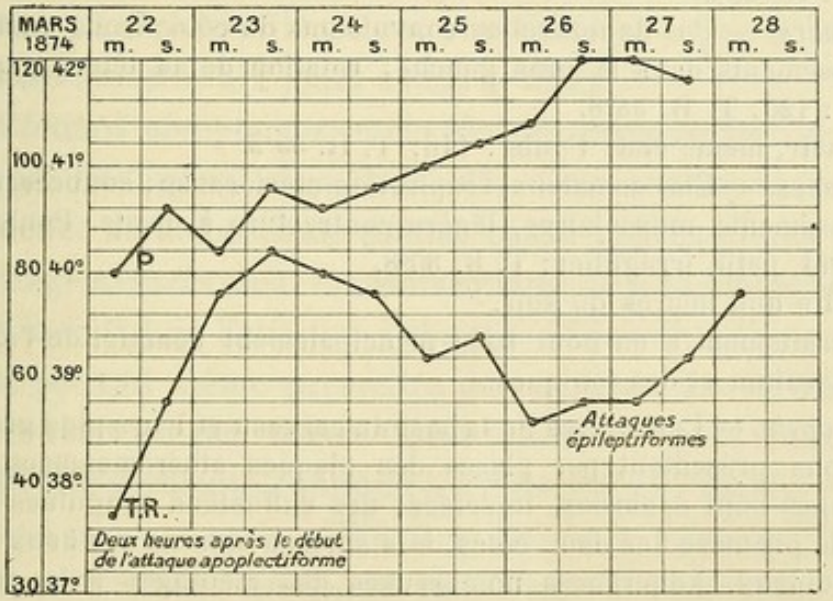
tion se maintient, à plusieurs reprises, une grande partie de la journée, et la température s'élève chaque fois de quelques dixièmes de degré sans dépasser toutefois 38° 3.

Pendant une partie du mois de mars, l'excitation augmente, les hallucinations et les idées de persécution sont plus fréquentes et s'associent d'une manière incohérente avec les idées ambitieuses et hypochondriaques.

22 *mars*, 8 heures du matin. — La malade C... pâlit et s'affaisse, regardant fixement devant elle, ne pouvant prononcer aucune parole; on essaye vainement de l'asseoir sur un fauteuil, elle glisse sur le sol; le côté droit est complètement paralysé.

A 10 heures, C... est dans le coma; elle ne répond à aucune question et paraît étrangère à tout ce qui se passe autour elle; la tête est tournée à gauche, les yeux offrent une déviation conjuguée à gauche, la pupille droite est plus large; le bras droit, soulevé, retombe comme une masse inerte; le pincement, les piqûres d'épingle sont sentis sur le bras et la jambe. Le pouls donne 80 pulsations, la température rectale 37°7.

Vers une heure, C... paraît se réveiller, elle regarde un instant l'infirmière, ne prononce aucune parole et retombe dans le coma.



A six heures, même état; déviation conjuguée des yeux et rotation de la tête à gauche; hémiplégie droite; sensibilité conservée; quelques secousses dans le bras et les doigts de la main gauche. Pouls : 92, T. R. 38°8.

23 *mars*. — Etat comateux; le côté droit est sans mouvements; les yeux et la tête restent déviés à gauche; le bras gauche présente quelques secousses. Pouls : 84°; T. R. 39°8.

Le soir, la malade ne répond à aucune question; elle ouvre les

yeux quand on l'interpelle, mais les paupières s'abaissent aussitôt après. Pouls : 96; T. R. 40°2.

24 *mars*. — L'état comateux persiste; les yeux n'offrent plus de déviation, mais la tête reste tournée à gauche; la pupille droite est plus large; même paralysie à droite; frémissements et secousses dans le côté gauche. Pouls : 92; T. R. 40°.

L'après midi, à plus reprises, la malade regarde et semble reconnaître les personnes qui sont auprès d'elle; la tête reste déviée à gauche. Pouls : 96; T. R. 39°8.

25 *mars*. — C... paraît comprendre quelques questions, elle tend la main quand elle y est invitée; elle avale des potages. La tête est tournée à gauche, les yeux sont également déviés à gauche, la pupille droite reste plus large. Pouls : 100; T. R. 39°2.

Le soir, sueurs profuses; secousses et soubresauts dans le côté gauche, même paralysie à droite. Pouls 100; T. R. 39°4.

26 *mars*. — Trois attaques épileptiformes dans le côté droit, la tête est tournée à droite, les yeux déviés à gauche. Etat comateux. Pouls : 90; T. R. 38°6.

De onze heures du matin à cinq heures du soir, quatre attaques épileptiformes avec convulsions dans le côté droit seulement. Pouls : 120; T. R. 38°8.

27 *mars*. — Pas de nouvelles convulsions du côté droit; quelques frémissements dans le bras gauche; rotation de la tête à gauche. Pouls : 120; T. R, 38°8.

Le soir, même état. Pouls : 116; T. R. 39°2.

28 *mars*. — Etat comateux, respiration stertoreuse; soubresauts et frémissements musculaires, légère contracture à droite. Pouls très fréquent, petit, irrégulier; T. R. 30°8.

Mort à huit heures du soir.

Le traitement a eu pour base principalement l'emploi de l'iodure de potassium et des toniques.

Autopsie. — Les artères de la base du cerveau et leurs plus grosses divisions présentent par places des plaques athéromateuses. Les méninges sont épaissies, injectées; des suffusions sanguines infiltrent la pie-mère des deux côtés, à la surface externe des deux lobes sphénoïdaux. Adhérences nombreuses des méninges à la couche corticale, qui reste ulcérée dans des portions assez étendues. Ependyme épaissi, granuleux sur les ventricules latéraux, mais principalement sur le 4e ventricule. Les coupes, dans l'épaisseur des hémisphères, ne montrent ni foyer hémorrhagique, ni foyer de ramollissement. Les ganglions centraux sont très injectés; la troisième portion (externe) du noyau extra-ventriculaire du corps strié est d'une teinte rouge jambon. La substance blanche montre un léger sablé dans toute l'étendue du cerveau. Les coupes de la protubérance, du cervelet ne font découvrir aucun foyer. La dure-mère rachidienne est

épaissie sans présenter, toutefois, de fausses membranes. La moelle est légèrement injectée.

Le cœur est mou, flasque, surchargé de graisse. Les fibres musculaires elles-mêmes ont subi la dégénérescence graisseuse. L'aorte est jaunâtre, sa surface interne est plus jaune par places, inégale, légèrement saillante, mais sans ulcérations.

Les reins sont jaunâtres dans la couche corticale et dans les prolongements qu'elle envoie entre les pyramides.

Le foie offre une teinte jaunâtre plus accusée en quelques endroits, surtout dans sa moitié droite.

Les poumons sont rouges, légèrement engoués à la base, mais ils crépitent et les portions jetées dans l'eau vont à la surface.

Cette observation est un exemple d'alcoolisme chronique terminé par paralysie générale; elle montre également la persistance du délire toxique, hallucinations pénibles et idées de persécution, pendant le cours de la paralysie générale, à une époque déjà fort éloignée des excès alcooliques (1). Qu'il nous suffise d'indiquer ici ces particularités, désirant insister plus particulièrement sur l'attaque apoplectiforme qui s'est montrée six jours avant la mort.

En tenant compte du mode de développement de cette attaque, des symptômes dont elle s'est accompagnée, de l'influence de l'alcoolisme comme cause prédisposante d'hémorrhagies cérébrales; en remarquant, de plus, deux heures après le début de l'attaque, l'absence d'élévation thermique, ce qui pouvait même permettre de supposer que la température avait un peu baissé immédiatement après l'attaque, puisqu'elle a ensuite continué à s'élever d'une manière progressive pour atteindre 38°8 à la fin de la journée; toutes ces considérations militaient en faveur de l'existence d'un foyer hémorrhagique.

D'autre part, on sait que les attaques apoplectiformes qui se montrent dans le cours de la paralysie générale, s'accom-

(1) La première partie de cette observation a déjà été publiée. *Voir* Lolliot : De l'alcoolisme comme cause de paralysie générale. (*Compte rend. de la Soc. de méd. de Paris*, 1873); et Gambus : De l'alcoolisme chronique terminé par paralysie générale. (*Thèse de Paris*, 1874, p. 48.)

pagnent habituellement d'une élévation de température. Ainsi, dans le travail de M. Westphal, sans compter les cas où s'étaient montrées des complications pulmonaires et ceux dans lesquels la température avait été prise plusieurs heures après l'attaque, nous voyons chez trois malades la température s'élever à 39 et 40 degrés au bout de quinze, de quarante et de soixante minutes. Deux cas communiqués à la Société de biologie par M. Hanot, ont également fait voir une élévation de température, l'un quinze minutes, l'autre une heure après le début de l'attaque apoplectiforme. Nous avons nous-mêmes noté plusieurs fois cette élévation thermique après les attaques apoplectiformes des paralytiques; nous devons dire toutefois que, dans quelques cas, l'accroissement de la température avait fait défaut immédiatement et plusieurs heures après le début des accidents, mais nous n'avions pas eu affaire dans ces cas exceptionnels à des attaques ayant si franchement les allures d'une attaque d'apoplexie. On sait enfin, et M. Charcot l'a démontré, que l'hémorrhagie cérébrale s'accompagne d'un abaissement thermique, quelquefois il est vrai très léger et de peu de durée, mais se produisant immédiatement après l'attaque.

Le fait que nous communiquons est donc une exception à une règle assez générale, et le défaut d'élévation de la température plusieurs heures après une attaque apoplectiforme, chez un paralytique général, ne devra pas faire repousser l'idée d'une attaque apoplectiforme simple, ne dépendant pas d'une lésion en foyer.

J'ajouterai qu'il est bon de remarquer chez cette même malade, cinq jours après l'attaque apoplectiforme, la tendance à l'abaissement de la température, malgré l'apparition de plusieurs attaques épileptiformes. Celles-ci, on le sait, s'accompagnent ordinairement d'élévation de la température dans la paralysie générale.

Le pouls a présenté cette particularité que sa fréquence a continué à s'accroître dès le début de l'attaque apoplecti-

forme jusqu'à la mort, malgré l'amélioration des autres symptômes survenus vers le troisième et le quatrième jour. Enfin, chez la malade C... la dégénérescence graisseuse du foie, des reins, du cœur, du système vasculaire est la preuve anatomique de l'influence de l'alcoolisme, mais ces altérations n'excluent pas, on le voit, les lésions inflammatoires chroniques qui caractérisent la paralysie générale.

IV

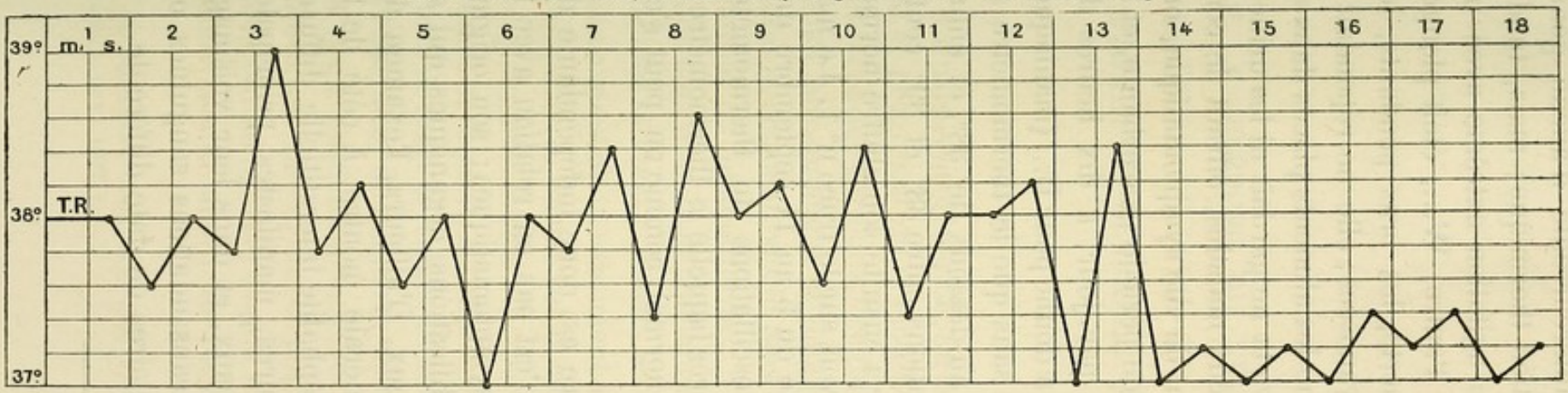
DE LA TEMPÉRATURE DANS LE COURS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, EN DEHORS DES ATTAQUES ÉPILEPTIFORMES OU APOPLECTIFORMES (1)

Lorsque L. Meyer publia, en 1858, ses recherches thermométriques sur la paralysie générale, il insista sur le fait, déjà établi d'ailleurs par Calmeil et Bayle, que la paralysie générale, maladie chronique fébrile, présente des temps de repos et des exacerbations, et que les périodes de manie incidente sont marquées le plus souvent par une élévation notable de la température. Ces résultats ont été depuis confirmés par les observateurs de tous les pays. Mais ce n'est pas seulement dans la forme expansive de la paralysie générale et avec l'excitation maniaque que l'élévation de température se produit; elle se montre également dans les formes dépressives avec le délire hypochondriaque, le délire mélancolique et même la stupeur.

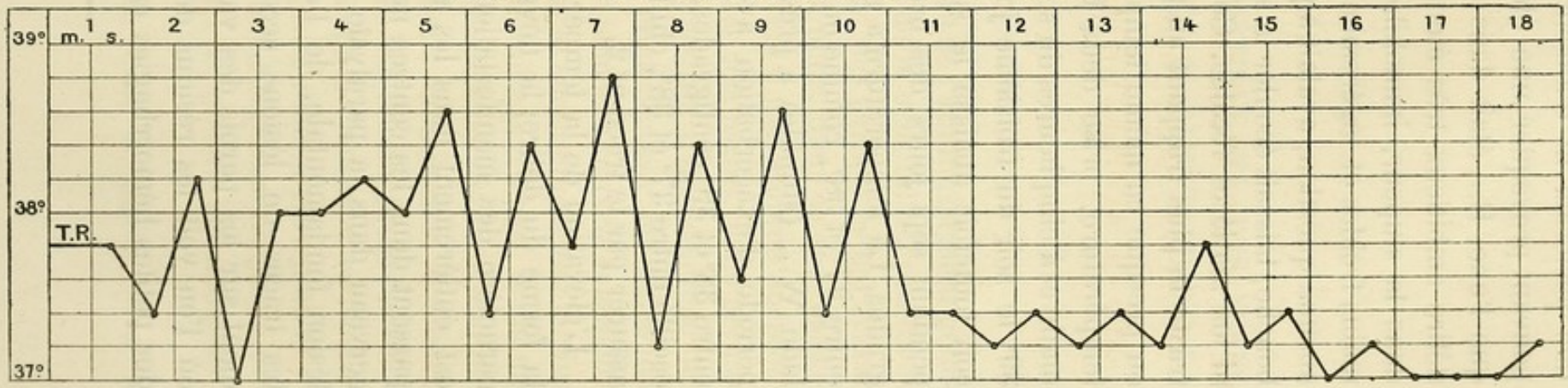
Deux observations choisies parmi plusieurs cas de ce genre feront mieux comprendre ces résultats cliniques. Il s'agit de deux femmes observées parallèlement dans le courant de septembre, toutes deux à la première période de la paralysie générale; aucune d'elles ne présentant de complica-

(1) Magnan. (*Compt. rend. de la Société de biologie*, août 1876, p. 290.)

Tracé n° 1. — Mme B..., 52 ans. Paralysie générale avec excitation maniaque.



Tracé n° 2. — Malade W..., 29 ans. Paralysie générale avec stupeur.



tion pectorale ni d'affection intercurrente d'aucun genre pouvant provoquer une élévation thermique; mais, tandis que l'une, B.., était dans une agitation extrême avec un délire ambitieux très étendu, l'autre, W..., était plongée dans la stupeur, immobile, inerte, les bras pendants, les mains froides et légèrement cyanosées; elle ne répondait à aucune question, avalait à peine les aliments placés dans sa bouche, laissait écouler la salive et ne gardait ni les urines, ni les matières fécales. Ces deux malades, offrant le contraste le plus frappant au point de vue symptomatique, ont eu presque en même temps une période exacerbante, et la température, prise deux fois par jour, à dix heures du matin et à cinq heures du soir, a donné pour B... (maniaque) 39° le soir du troisième jour, sans que le thermomètre se soit toutefois abaissé le soir au-dessous de 38°, et enfin, pendant sept jours, des oscillations entre 38° et 39° centigrades. La température a repris ensuite son chiffre normal entre 37° et 38°, comme on le voit sur le tracé n° 1. La malade W... (stupide) a présenté du 5 au 11 septembre une période d'exacerbation avec oscillations du thermomètre entre 38° et 39° centigrades, après laquelle le thermomètre a oscillé entre 37° et 38°, chiffre normal, comme on peut s'en assurer par le tracé n° 2.

L'élévation de la température est donc indépendante de la forme du délire; la fièvre n'est pas en relation avec le caractère des manifestations symptomatiques; son origine est entièrement dans les modifications organiques qui se passent dans les centres nerveux. D'ailleurs, l'examen du cerveau dans la paralysie générale montre, à côté de la lésion fondamentale, de l'encéphalite interstitielle diffuse, les traces de lésions accessoires, manifestes principalement sur les parois des vaisseaux, et dans leur voisinage où l'on voit les résidus des transsudations sanguines ou des petites hémorrhagies capillaires de date différente.

V

DE LA SCLÉROSE DU NERF OPTIQUE ET DES NERFS MOTEURS DE L'ŒIL (3e, 4e ET 6e PAIRES) DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

La paralysie générale, en dehors de l'affaiblissement général et progressif de la motilité et de la sensibilité, peut présenter, à des périodes irrégulières, des paralysies partielles, tantôt brusquement développées, mais, dans ce cas, passagères et consécutives le plus souvent à une attaque apoplectiforme ou épileptiforme, d'autres fois lentes, mais permanentes et sous la dépendance immédiate d'une sclérose des cordons nerveux. Cette lésion peut occuper les nerfs du mouvement et du sentiment aussi bien que ceux de la sensibilité spéciale. Parmi ces derniers, le nerf optique est le plus fréquemment atteint : la vision diminue peu à peu, le champ visuel se rétrécit, et, sauf des cas exceptionnels dans lesquels l'œil devient le siège de sensations lumineuses, d'éclairs, d'étincelles, de mouches volantes, la faiblesse progressive de la vue aboutit à l'amaurose. A l'ophthalmoscope on voit au début une pâleur de la pupille, une netteté plus grande de son contour, puis le disque se rétrécit légèrement, prend une teinte blanc nacré ou bleuâtre ; le calibre des vaisseaux

(1) Magnan. Com. à la Soc. de biol. (*Arch. de physiol. norm. et path.*, nov. 1877.)

diminue et l'atrophie de la papille devient complète. Quelquefois l'amaurose s'accompagne de strabisme ou bien de paralysie de la paupière; d'autres fois, et ces cas sont plus rares, c'est la chute de la paupière, le strabisme externe avec dilatation de la pupille, ou le strabisme interne, ou bien encore la diplopie qui précèdent l'amblyopie et l'amaurose. A côté de la solidarité fonctionnelle qui existe entre les nerfs moteurs de l'œil et le nerf de la sensibilité spéciale, on observe donc une sorte de solidarité pathologique, si bien que la sclérose spontanée de l'un de ces nerfs fait craindre le développement de la même altération sur les autres. On ne peut pas, sans doute, entre ce groupe de nerfs destiné à l'appareil de la vision et les paires rachidiennes, établir une analogie parfaite, puisque d'une part, nous avons un nerf de sensibilité générale et qu'il s'agit ici d'un nerf de sensibilité spéciale, mais on ne peut s'empêcher de reconnaître et de noter cette tendance parfois si marquée à un même mode d'altération. On doit remarquer en outre, le peu de fréquence de la sclérose du trijumeau, affecté à la sensibilité générale, dans les cas même de sclérose des nerfs moteurs de l'œil. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons déjà souvent fait observer, à propos des relations étroites entre les lésions nerveuses, médullaires et cérébrales dans la paralysie générale, ce qui domine dans cette maladie, c'est la disposition générale de tout le système nerveux à un mode particulier d'irritation présidant aux déterminations locales multiples qui se produisent (1).

Les deux observations suivantes donneront une bonne idée de la succession de ces phénomènes pathologiques.

Obs. I. — *Cécité complète en* 1865*; début de la paralysie générale en* 1867; *maladie confirmée en* 1868*; atrophie papillaire constatée à l'ophthalmoscope. — Autopsie: névrite interstitielle très avancée des nerfs du chiasma et des bandelettes optiques; névrite commençante des moteurs oculaires communs; méningo-encéphalite chronique interstitielle diffuse.*

M. Paul, caissier, 37 ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 26 octobre

(1) Magnan. (*Recherches sur les centres nerveux*, Paris 1876, p. 70.)

1868. Ce malade dont le père est mort à la suite d'une affection de la moelle, a joui d'une santé satisfaisante jusqu'en 1864, époque où sa vue s'est progressivement affaiblie, pour arriver l'année suivante à une cécité complète En 1867, les facultés intellectuelles ont commencé à baisser; dans les premiers mois de 1868 il est survenu du délire ambitieux, et dans le courant d'août et de septembre trois attaques épileptiformes se sont produites et ont été suivies pendant quelques jours d'une paralysie notable de la langue. A son entrée, nous trouvons un affaiblissement intellectuel avec une diminution marquée de la mémoire, un délire ambitieux très étendu, du délire hypochondriaque par moments et des idées de suicide. « Il se dit riche, puissant, il est le Saint-Esprit ; il a une voix magnifique ; il veut se faire habiller par les meilleurs tailleurs de Paris.... Il n'a plus de cervelle, son crâne est vidé, on l'a rempli avec du vin de Bordeaux... » La parole est légèrement hésitante, et les lèvres offrent un peu de tremblement fibrillaire. Les pupilles sont dilatées. L'examen à l'ophthalmoscope montre une atrophie papillaire des deux yeux : à droite, papille d'un blanc nacré à contour net avec des vaisseaux grêles ; à gauche papille légèrement ovale présentant sur les bords quelques grains de pigment noirâtre ; les artères sont minces, les veines variqueuses.

Les urines ne présentent ni sucre ni albumine,

Les symptômes paralytiques marchent et s'aggravent peu à peu ; au commencement de 1869, il survient des hémorrhagies intestinales et une cystite purulente avec rétention d'urine, le malade succombe le 16 avril.

Autopsie: méninges épaisses infiltrées, opalines par places, légèrement injectées, adhérentes en plusieurs endroits à la couche corticale.

Les artères de la base présentent des plaques jaunâtres d'athérome. L'épendyme est épaissi, la surface du 4e ventricule est granuleuse. Les nerfs optiques grisâtres ont à peine le tiers de leur volume ordinaire : le chiasma, les bandelettes, d'un gris gélatineux, sont atrophiés ; les corps genouillés semblent normaux ; les tubercules quadrijumeaux paraissent petits, mais ne présentent pas de changements de coloration. Les nerfs moteurs oculaires communs offrent une légère teinte grisâtre, mais peu de changement dans le volume. Au microscope on trouve sur des préparations fraîches des nerfs optiques, colorées par le carmin, de rares tubes complets, des cylindres d'axe dépouillés de la gaine de myéline, quelques-uns hypertrophiés et bosselés, des capillaires et des vaisseaux pourvus d'une paroi épaisse couverte de noyaux ; on voit par places, entre la gaine lymphatique et les parois, des amas irréguliers de granulations graisseuses ; on trouve encore des faisceaux de tissu conjonctif finement striés, ondulés, parsemés de noyaux, et en quelques endroits des corps gra-

nuleux dont les uns sont des cellules infiltrées, granuleuses munies de leurs parois, et d'autres de simples agglomérations irrégulières de granulations, comme on peut s'en assurer par l'acide acétique ou l'éther.

Après le durcissement dans une solution étendue d'acide chromique, des sections minces du nerf optique, colorées par la liqueur ammoniacale de carmin et placées dans le baume de Canada, permettent de se faire une idée exacte de la forme du nerf devenu ovalaire, de la distribution et de l'étendue de la lésion. La figure I, dessinée à la chambre claire à un grossissement de 60 diamètres, montre une sclérose annulaire (*a*), sorte de gaine périphérique, qui, par sa couche profonde donne naissance à de larges cloisons (*b*). Celles-ci pénètrent dans l'épaisseur du nerf, s'unissant à de gros îlots de tissu conjonctif qui forment comme des foyers de renforcement (*c*); de ces foyers s'irradient dans toutes les directions des travées plus ou moins volumineuses, limitant des espaces très irréguliers où se trouvent pressés les uns contre les autres de rares tubes nerveux et des cylindres d'axe dépouillés de leur gaine de myéline. De nombreux vaisseaux (*d*) de petit calibre, mais à parois très épaisses, se voient dans toute la préparation et témoignent de la vascularisation exagérée du nerf.

Examinées à un grossissement de 260 diamètres, les cloisons se montrent composées d'un tissu conjonctif, ondulé par places (*a* fig. 3), offrant de nombreux corps fusiformes (*e*); en quelques endroits, mais surtout à la périphérie du nerf, on voit, au milieu des fibres conjonctives, une multiplication énorme de petites cellules, éléments embryonnaires qui forment en quelques points un véritable semis.

Dans les espaces que les cloisons tendent à réduire de plus en plus par leurs nombreuses irradiations (*f*), se montrent coupés perpendiculairement des cylindres d'axe (*e*) de volume très variable et quelques tubes nerveux (*d*) avec le cylindre d'axe et la gaine de myéline.

Les vaisseaux, très nombreux, sont remarquables par l'épaisseur de leurs parois qui ont doublé et même triplé de volume.

Sur ces pièces durcies par l'acide chromique on ne retrouve plus trace des granulations et des corps granuleux si nombreux dans les préparations fraîches.

Sur des coupes pratiquées suivant l'axe du nerf, on voit les bosselures offertes par les tubes nerveux, l'hypertrophie inégale des cylindres d'axe et surtout la multiplication des éléments embryonnaires à la périphérie du nerf.

Les moteurs oculaires communs sont également frappés de sclérose, mais à un degré beaucoup moindre; les cloisons interstitielles, en effet, sont épaissies, mais les tubes nerveux n'ont pas encore subi d'altération appréciable.

Le cerveau a présenté les altérations habituelles de la paralysie

MAGNAN

Fig. 3

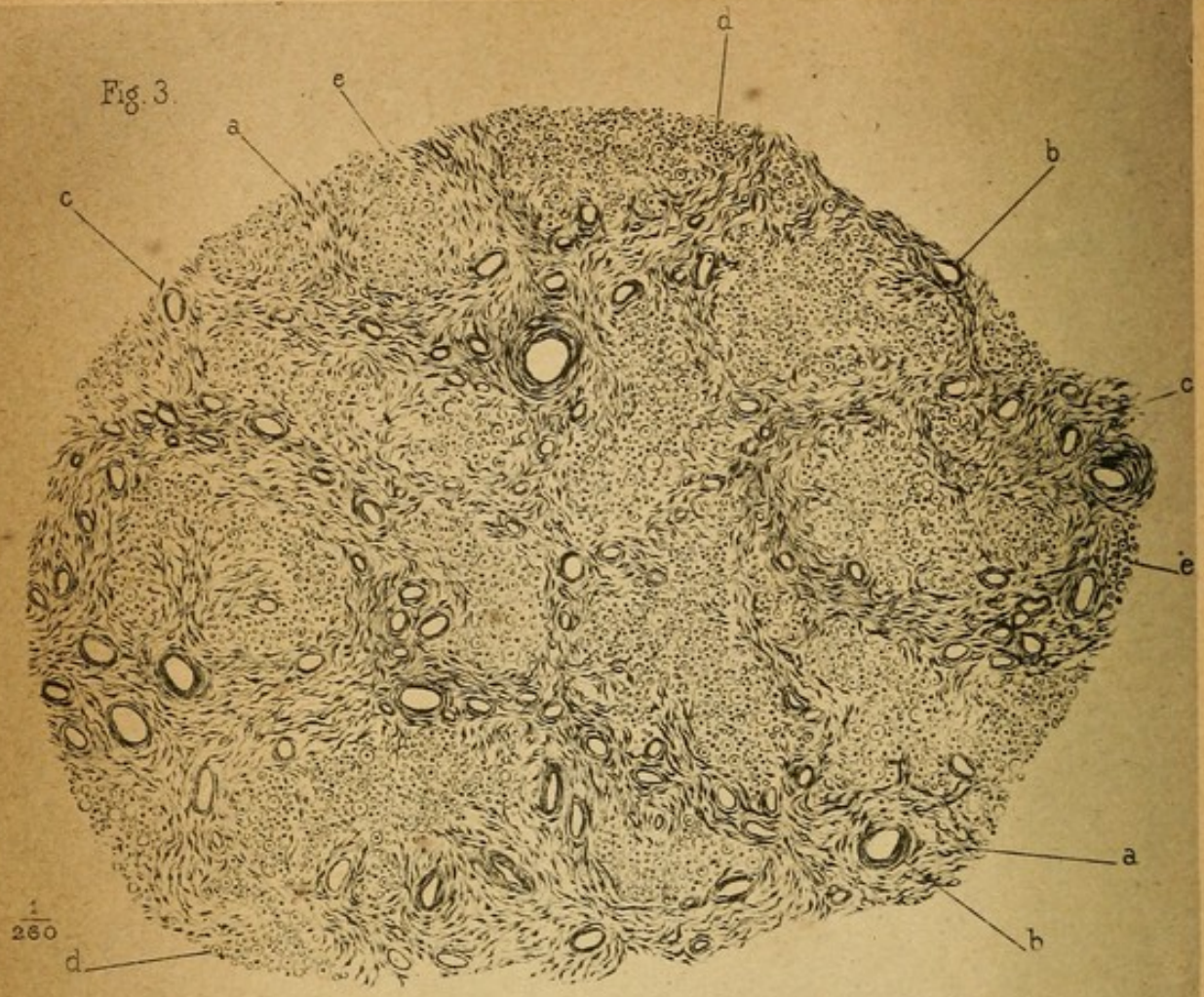


Fig. 4

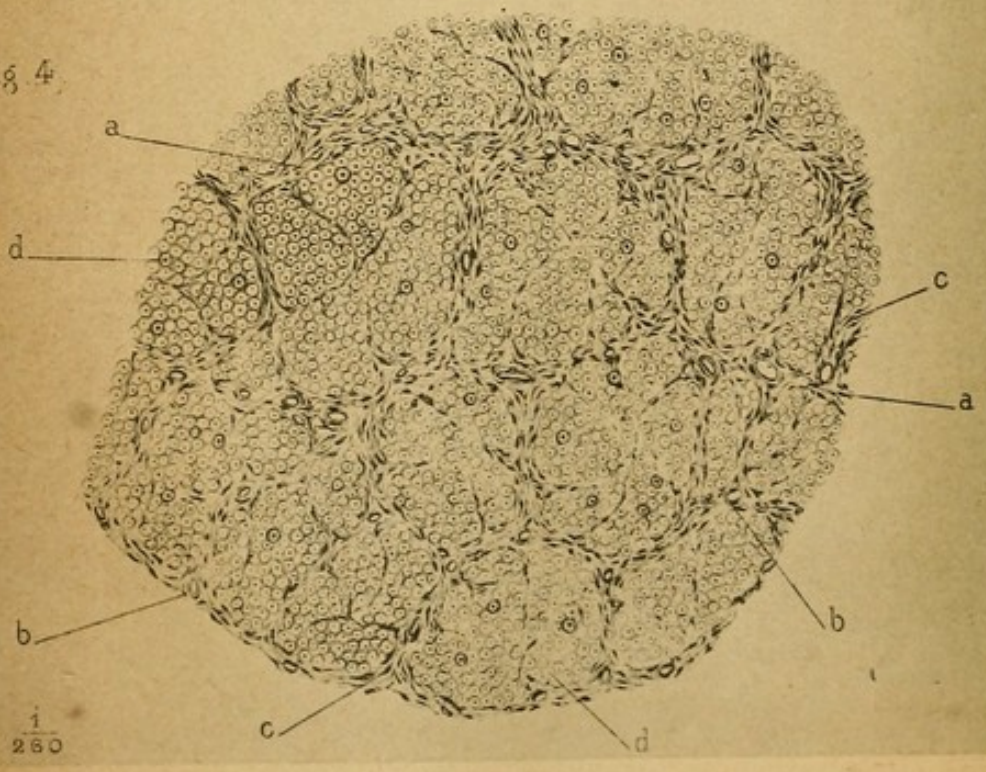
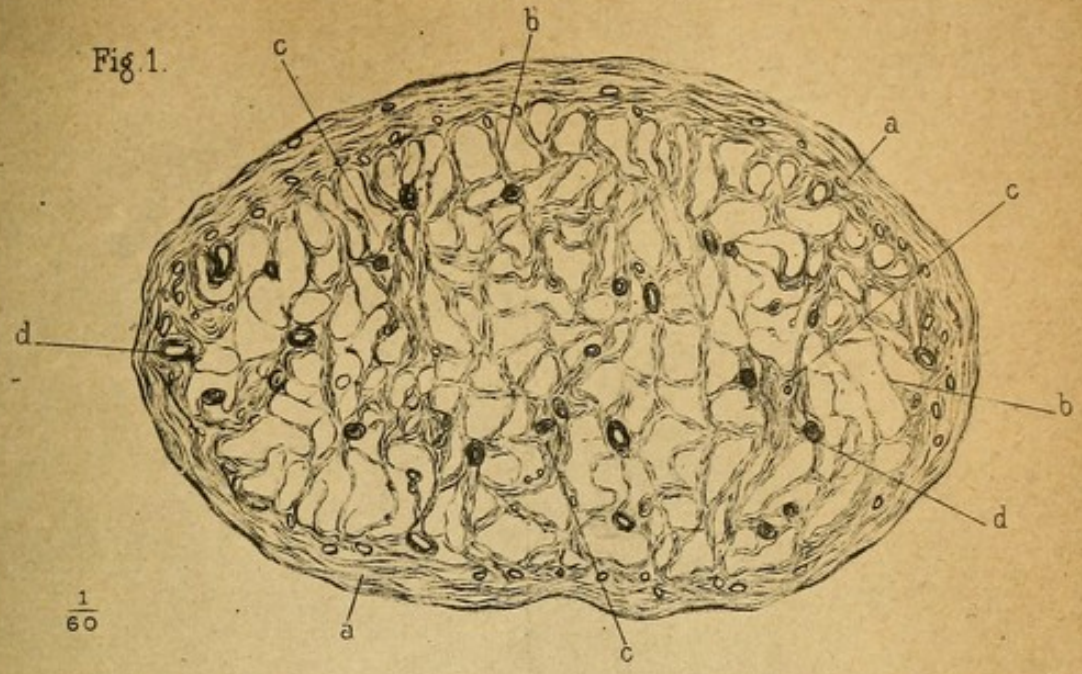
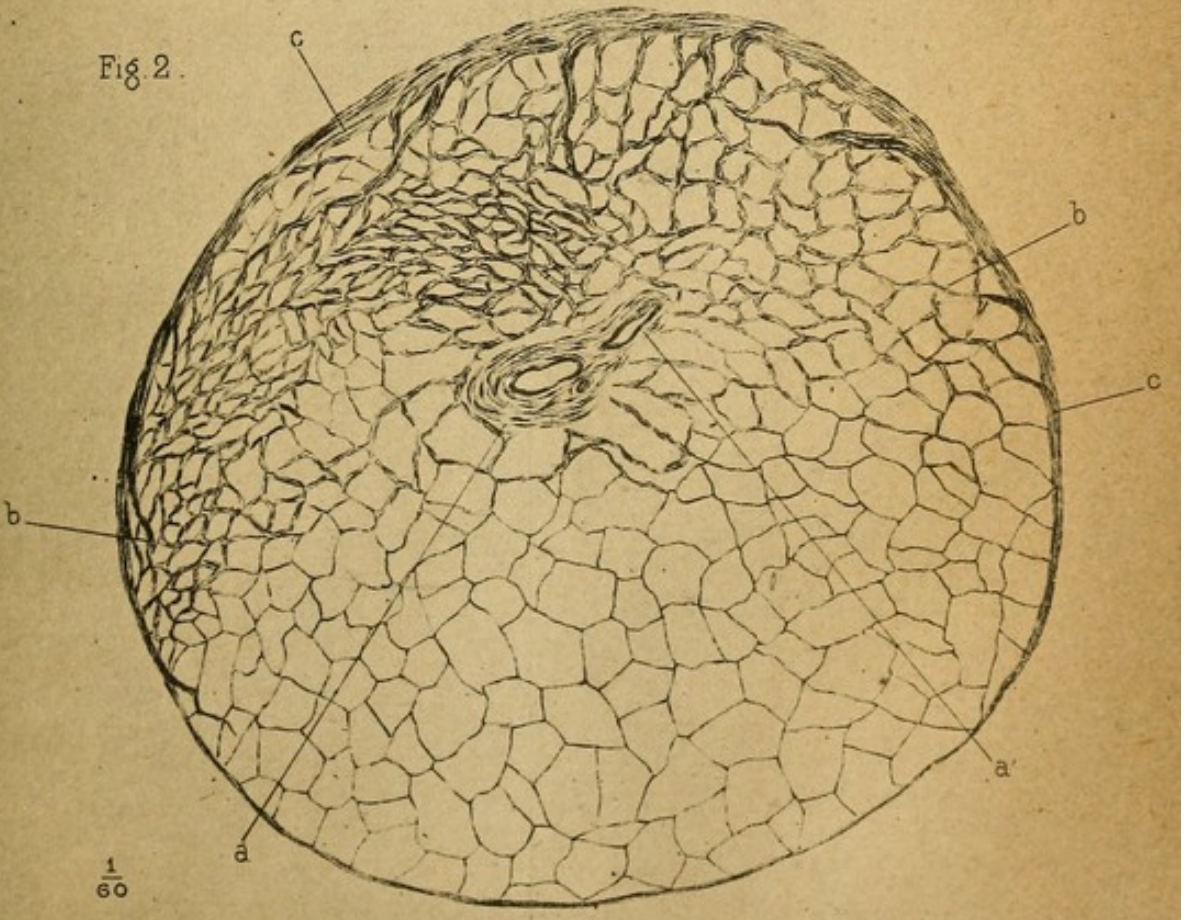


Fig. 1.



$\frac{1}{60}$

Fig. 2.



$\frac{1}{60}$

générale : une hypertrophie des parois des vaisseaux avec multiplication des cellules conjonctives; une prolifération des éléments de la névroglie avec un léger épaississement du tissu interstitiel et production de petites fibrilles; un état granulo-graisseux et pigmentaire des cellules de la couche corticale, plus accusé dans les régions où prédominent les adhérences méningées.

Ce cas est intéressant non seulement par l'existence des mêmes lésions dans les nerfs optiques et moteurs oculaires communs, mais aussi par leur mode d'évolution et leurs rapports avec l'encéphalite chronique interstitielle diffuse. Un temps d'arrêt d'environ deux ans sépare la production de la sclérose des nerfs optiques du début de la paralysie générale, puis cette maladie suit sa marche progressive. Malgré ce long intervalle, on ne peut s'empêcher de reconnaître le lien intime qui unit tous ces faits pathologiques, qui dépendent du même travail morbide à marche lente, mais à tendance toujours envahissante.

Obs. II. — *Amblyopie en* 1863; *début de la paralysie générale en* 1867; *maladie confirmée en* 1868; *chute de la paupière supérieure gauche; faiblesse de jambes. — Autopsie : névrite interstitielle très avancée du moteur oculaire commun et névrite commençante des nerfs optiques: myélite interstitielle diffuse; méningo-encéphalite chronique interstitielle diffuse.*

B... (Remy), 42 ans, cordonnier, fils d'un père alcoolique, s'adonne depuis longtemps aux excès de boissons. La vue commence à s'affaiblir en 1863, puis l'amblyopie poursuit lentement une marche progressive. En 1867, affaiblissement léger des facultés, changement de caractère, céphalalgie, crampes dans les jambes. En 1868, attaque apoplectiforme avec paralysie passagère du côté gauche; faiblesse des jambes, rétention d'urine à plusieurs reprises, hésitation de la parole, idées ambitieuses.

Le 13 août 1867, B... entre au bureau d'examen, venant de l'hôpital de la Pitié où, d'après le certificat, il troublait le repos de la salle. Les symptômes à ce moment sont les suivants : affaiblissement considérable des facultés intellectuelles; délire ambitieux; embarras de la parole; tremblement de la langue, des lèvres et des mains; pupille gauche dilatée, paupière supérieure gauche abaissée; vision notablement affaiblie des deux côtés; parésie des membres inférieurs; petites secousses brusques passagères dans des muscles isolés des bras et

quelquefois des jambes; eschare profonde au sacrum; rétention d'urine; fièvre avec redoublement le soir. Ces phénomènes s'aggravent rapidement et la mort survient le 26 août.

Autopsie : Méninges cérébrales épaissies, infiltrées de sang, adhérentes en plusieurs points aux lobes frontaux et sphénoïdaux, et à la base; autour du chiasma ces membranes ont une teinte verdâtre, en arrière de la face inférieure du cervelet et du bulbe. Les coupes pratiquées sur les différentes parties du cerveau ne montrent de lésions en foyer en aucune région.

Les nerfs optiques, sensiblement diminués de volume, sont légèrement grisâtres dans leur moitié inférieure. Les nerfs moteurs oculaires communs, d'une teinte gris perle, sont très atrophiés. L'épendyme est épaissi; la surface du quatrième ventricule est tapissée de granulations qui gagnent même les ventricules latéraux. La région sacrée et la fin de la région lombaire, profondément ulcérées, sont recouvertes de matières putrilagineuses demi-liquides qui fusent à travers les trous de conjugaison jusque dans le canal rachidien. Les enveloppes médullaires sont verdâtres; la dure-mère présente par places de larges plaques rouges, finement vascularisées; la pie-mère et l'arachnoïde sont épaissies; à cette dernière membrane se trouvent appendues deux lamelles ossiformes.

Les coupes pratiquées à diverses hauteurs de la moelle montrent dans toute leur épaisseur des striations grisâtres rayonnées, mais beaucoup plus accusées de chaque côté du sillon postérieur. Les poumons sont engoués, surtout en arrière et en bas; les plèvres offrent quelques adhérences anciennes. Le cœur est mou, flasque; la paroi ventriculaire droite, amincie, est jaunâtre et surchargée de graisse.

Les reins sont volumineux; la substance corticale et ses prolongements entre les pyramides offrent une teinte jaunâtre. La paroi vésicale est épaissie, la muqueuse est boursouflée et rouge au niveau du bas-fond.

Le foie, d'un volume normal, est un peu jaunâtre.

L'examen microscopique à l'état frais fait voir, sur les préparations provenant des nerfs de la troisième paire, un développement considérable du tissu interstitiel, ondulé par places, et au milieu duquel se trouvent de nombreux éléments embryonnaires, les uns arrondis, d'autres légèrement allongés; quelques éléments ont l'aspect de fibroplastiques. Les parois des vaisseaux épaissies sont couvertes de noyaux; la gaîne lymphatique périvasculaire contient de nombreux corps granuleux. Sur les préparations colorées par la liqueur ammoniacale de carmin, on aperçoit un grand nombre de cylindres d'axe dépouillés de leur gaîne de myéline; on trouve çà et là dans la préparation et sur les vaisseaux de grosses granulations graisseuses isolées et des corps granuleux.

Les préparations des nerfs optiques provenant des portions gri-

sâtres montrent des granulations fines en très grand nombre, quelques-unes forment des corps granuleux irréguliers; les parois des vaisseaux, riches en noyaux, offrent aussi entre elles et la gaîne lymphatique, surtout à l'origine des ramifications, des amas irréguliers de granulations graisseuses. Le tissu interstitiel est épaissi et pourvu de nombreux éléments embryonnaires. La plupart des tubes nerveux paraissent normaux, on aperçoit toutefois quelques cylindres d'axe dépourvus de myéline.

La moelle et le cerveau présentent des altérations analogues, mais à des degrés moins avancés.

Après le durcissement dans une solution étendue d'acide chromique, des sections minces du nerf optique, colorées par le carmin, permettent de se rendre un compte exact de la lésion. La coupe du nerf est légèrement ovalaire, à cause du retrait de la partie sclérosée (*fig.* 2). On aperçoit, en effet, à un faible grossissement, un épaississement notable des cloisons interstitielles (*b*) au pourtour des vaisseaux centraux (*a*), mais plus particulièrement d'un côté, dans lequel existe déjà un commencement de sclérose corticale (*c*); là les espaces qui limitent les faisceaux nerveux se sont rétrécis et les tubes se trouvent pressés, tassés en quelque sorte les uns contre les autres.

Examinées à un grossissement de 260 diamètres (*fig.* 4), les cloisons (*a*) épaissies, finement striées, pourvues de noyaux (*c*), se dessinent de la manière la plus nette; on voit, au milieu de ces cloisons, des vaisseaux coupés perpendiculairement à parois épaissies (*b*). La plupart des tubes paraissent sains mais toutefois on remarque des cylindres d'axe tuméfiés dont quelques-uns (*e*) sont dépourvus de gaine de myéline.

Les coupes des nerfs moteurs communs n'offrent que de larges cloisons du tissu conjonctif interceptant des espaces très limités dans lesquels on ne trouve plus de tubes nerveux, mais simplement des cylindres d'axe de volume et de forme variables.

Ici comme dans le cas précédent, les troubles de la vue ont été les premières manifestations de la maladie; plus tard se sont développés progressivement les symptômes de la paralysie générale avec faiblesse des membres inférieurs. Il est probable que les nerfs de la troisième paire ont été atteints dès l'origine, leur altération très avancée permet de le penser; toutefois, les parents du malade n'ont pas pu nous renseigner sur l'existence, dès le début, soit d'un strabisme, soit d'une paralysie de la paupière, soit d'une diplopie.

Chez ce paralytique, nous avons, en outre, trouvé dans les reins, le cœur, les vaisseaux, une dégénérescence graisseuse à laquelle les excès alcooliques n'ont pas été étrangers.

L'étude comparative des lésions nerveuses dans ces deux cas met en saillie un fait sur lequel nous avons déjà insisté à propos des lésions médullaires et cérébrales dans la paralysie générale; il s'agit du développement plus considérable de la lésion dans les régions où prédominent les vaisseaux et le tissu conjonctif. On voit, en effet, chez le malade B..., le nerf optique intéressé dans sa couche corticale, la sclérose forme là un arc épais à sa partie moyenne et dont les extrémités effilées paraissent tendre à gagner de proche en proche toute la circonférence, comme on le voit chez N... En outre, chez le malade B..., dans les parties profondes, c'est surtout au pourtour des vaisseaux centraux, où la gaîne adventice est considérable, que la lésion s'accuse davantage; de ces deux foyers, la sclérose envahit peu à peu toute l'épaisseur du nerf dont une moitié se trouve déjà atteinte. Sur le nerf optique de N..., l'altération est arrivée à son développement presque complet (*fig.* 1). La lésion est ici d'autant plus intéressante à étudier qu'elle rappelle des états analogues de la moelle dans la paralysie générale. D'ailleurs en dehors de cette maladie dans laquelle la myélite interstitielle diffuse, avec les localisations les plus diverses, s'associe à l'encéphalite interstitielle diffuse, la moelle peut être frappée de sclérose annulaire à l'exclusion de toute lésion cérébrale. Un cas de ce genre, sclérose annulaire de la moelle avec sclérose corticale des nerfs optiques, a été publié dans ce même recueil par M. Vulpian, qui insiste sur les relations intimes entre les lésions optique et médullaire et les rapports entre les symptômes et la sclérose du pourtour de la moelle (1). Dans ce fait, comme dans beau-

(1) VULPIAN. Note sur un cas de méningite spinale et de sclérose corticale annulaire de la moelle épinière. (*Archives de phys. norm. et path.* 1869, p. 279.

coup d'autres cas de sclérose du nerf optique, le processus pathologique qui s'empare à la fois de la moelle et des nerfs n'est pas seulement identique au point de vue de sa nature, mais encore sous le rapport de sa forme et de son mode de distribution. C'est ce que l'on voit encore dans l'ataxie locomotrice et que M. Charcot a fait ressortir dans sa leçon sur l'amaurose tabétique (1).

Chez le malade B..., avec la myélite interstitielle diffuse, plus accusée sur les cordons postérieurs le long du sillon médian, nous trouvons la névrite optique et la névrite du moteur oculaire commun. Nous n'avons pas suivi les lésions de ces nerfs jusqu'à leur origine, mais l'altération des fibres qui unissent l'extrémité centrale du nerf optique avec l'origine de l'oculo-moteur a été signalée par M. Jaccoud, d'après Wernicke, dans la paralysie générale (2). Toutefois, malgré les relations étroites qui unissent ces nerfs, la clinique montre de fréquents exemples, dans la paralysie générale, de sclérose isolée, soit du nerf optique, soit du moteur oculaire commun.

Les pupilles ne se présentent pas sous le même aspect chez tous les paralytiques affectés d'atrophie papillaire. Ainsi chez N... les pupilles offraient une dilatation en rapport avec l'amaurose, tandis que chez B... la pupille gauche était seule dilatée, malgré le même degré d'altération du nerf optique des deux côtés. Ce défaut de rapport entre l'état de la pupille et l'atrophie papillaire se montre assez souvent dans la paralysie générale, et j'ai sous les yeux en ce moment un nouvel exemple de ce genre : c'est un homme de 53 ans, à la fois ataxique et paralytique général; la vue est entièrement abolie du côté gauche et l'examen ophthalmoscopique montre une atrophie complète de la papille ; cependant la pu-

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1er fascicule; *Des anomalies de l'ataxie locomotrice*, 1876, p. 38. Voir aussi Pierret : *Essai sur les symptômes céphaliques du tabes dorsalis*.

(2) Jaccoud. Appendice du traité de path. int. (article *Paralysie générale*, p. 16.) Wernicke. Das Verhalten der Pupillen bei Geisteskranken. (*Virchow's Arc*, LVI, 1872.)

pille n'offre pas de modification appréciable de ce côté ; à droite au contraire, où la vue persiste et l'atrophie est tout à fait au début, la pupille est largement dilatée. M. Billod avait déjà fait des observations analogues dans la paralysie générale (1), et M. Charcot a noté le resserrement pupillaire dans l'amaurose tabétique. La sclérose du moteur oculaire commun peut, nous l'avons vu, être une des causes de ces troubles pupillaires, mais il faut aussi tenir compte de l'intervention du sympathique dont la lésion matérielle, toutefois, ne nous paraît pas encore suffisamment déterminée.

EXPLICATION DES PLANCHES XVI et XVII, FIGURES 1 à 4.

Fig. 1. — Coupe perpendiculaire du nerf optique; sclérose annulaire et interstitielle diffuse très avancée (grossissement de 60 diamètres.)

a. — Sclérose annulaire.
b. — Cloison interstitielle épaissie.
c. — Ilot de sclérose.
d. — Parois épaissies d'un vaisseau.

Fig. 2. — Coupe perpendiculaire du nerf optique; sclérose annulaire et interstitielle commençante (grossissement de 60 diamètres.)

a. — Artère centrale à parois épaissies.
a'. — Veine centrale à parois épaissies.
b. — Cloison interstitielle épaissie.
c. — Sclérose annulaire commençante.

Fig. 3. — Nerf optique affecté de sclérose interstitielle diffuse très avancée (grossissement de 260 diamètres.)

a. — Cloison interstitielle très épaissie.
b. — Parois épaissie d'un vaisseau.
c. — Noyaux.
d. — Tube nerveux avec cylindre d'axe et gaine de myéline.
e. — Cylindre d'axe dépourvu de gaine de myéline.

Fig. 4. — Nerf optique affecté de sclérose interstitielle diffuse commençante (grossissement de 260 diamètres.)

a. — Cloison interstitielle épaissie.
b. — Parois épaissies d'un vaisseau.
c. — Noyaux.
d. — Tube nerveux normal.

(1) Billod. De l'amaurose et de l'inégalité des pupilles dans la paralysie générale progressive. (*Ann. med. psyc.* IV^e^ série, t. II, 1863, p. 317.)

VI

DEUX CAS D'APHASIE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

Si l'embarras de la parole est un symptôme constant de la paralysie générale, les troubles du langage, au contraire, sont assez rares, et l'aphasie, en particulier, est un phénomène exceptionnel. Il en est de l'aphasie comme des paralysies partielles dans le cours de la paralysie générale; elle peut, comme elles, se présenter passagèrement à la suite d'une attaque épileptiforme ou apoplectiforme, elle peut aussi, à titre d'exception, comme dans les deux cas dont je vais parler, persister d'une manière permanente après l'ictus dont s'accompagne l'attaque; plus rarement encore elle peut se développer lentement, progressivement, et, de même qu'on voit un paralytique général faiblir peu à peu d'un côté, s'incliner à droite ou à gauche et devenir hémiplégique, de même l'aphasie peut, chez les paralytiques, se développer d'une façon lente et progressive; c'est ce qui s'est produit chez une femme de mon service atteinte de paralysie générale et dont le vocabulaire, progressivement restreint, en est réduit aux mots : *oui*, *oui*, *za*, *za*, qu'elle emploie avec des signes marqués d'impatience et de désappointement toutes les fois qu'on lui adresse une question ou qu'elle désire elle-même parler. Cette disposition particu-

(1) (*Com. à la Soc. de Biol.*, 8 nov. 1879.

lière du caractère, cette irritabilité se rencontraient chez l'aphasique paralytique dont M. Hanot a communiqué l'observation à la Société (1). Toutefois, chez les paralytiques généraux aphasiques, les facultés étant plus affaiblies que dans l'aphasie simple, on voit beaucoup moins accusés l'état moral des aphasiques, leurs mouvements de dépit, d'impatience devant la difficulté de traduire la pensée par la parole. Chez les deux malades dont nous allons relater l'observation, dans le cas de M. Hanot et dans un quatrième fait rapporté par M. Billod, il n'y avait pas, au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche, de lésion différente de celle de la paralysie générale, mais l'encéphalite interstitielle diffuse offrait, sur la région fronto-pariétale gauche son développement le plus complet.

Obs. I. — *Paralysie générale avec hémiplégie droite et aphasie. Encéphalite chronique interstitielle diffuse prédominant sur l'hémisphère gauche au niveau de la troisième circonvolution frontale et au pourtour de la scissure sylvienne.*

M. Ernest, âgé de 37 ans, gagiste au Mont-de-Piété, est entré à l'asile Sainte-Anne le 2 août 1879. Depuis plus d'un an sa femme avait remarqué un affaiblissement des facultés, et il était survenu, à plusieurs reprises, des attaques apoplectiformes qui ont été, dès le début, suivies de paralysie du côté droit et de difficulté considérable de la parole et du langage; il ne pouvait répondre aux questions qu'on lui adressait et faisait des signes pour expliquer ce qu'il voulait dire. Il était calme habituellement; mais dans les derniers mois, s'étant mis à boire du vin pur, il s'excitait et avait des frayeurs.

A son arrivée, les facultés paraissent affaiblies, il semble comprendre la plupart des questions, mais ne répond que par des signes et parfois ajoute le mot *merci*. Les pupilles sont inégales, le côté droit du corps est paralysé.

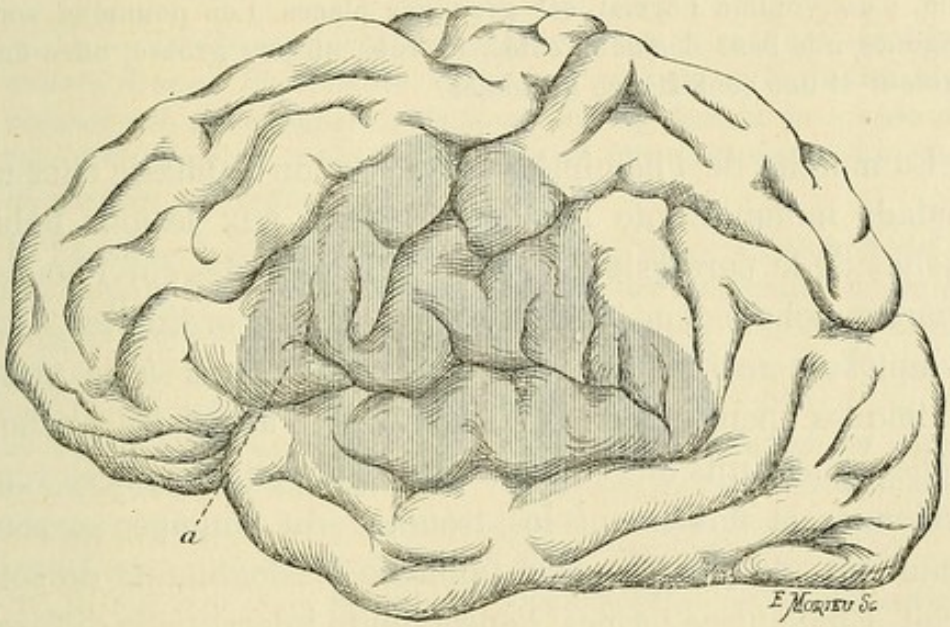
Après une attaque apoplectiforme, il a de la fièvre, reste dans un état demi-comateux, sa respiration s'embarrasse, il s'affaiblit promptement et meurt le 7 août.

Autopsie. — Les méninges sont épaissies, laiteuses par place, et

(1) Hanot. Aphasie chez une paralytique générale. (*Comptes rendus et mémoires de la Soc. de Biol.*, 1872, t. IV, de la 5e série.) Billod. Contribution à l'étude de l'aphasie. (*Ann. médico-psychol.*, 5e série, t. XVII, mai 1877.)

plus particulièrement au niveau de la scissure sylvienne gauche. L'hémisphère droit pèse 570 grammes, le gauche 525 grammes. Sur l'hémisphère gauche, au pourtour de la scissure sylvienne, les méninges sont entièrement soudées à la couche corticale; dans toute cette région l'écorce reste adhérente à la pie-mère, quelles que soient les précautions prises pour les détacher. La surface des circonvolutions, après l'ablation des méninges, est profondément ulcérée dans la moitié postérieure de la troisième frontale, dans les deux tiers inférieurs de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante, dans la moitié inférieure du lobule pariétal inférieur et sur toute l'étendue de la première temporale, en un mot, sur les plis limitant la scissure sylvienne (fig. 7, *a*). Des adhérences moins éten-

FIGURE 7.



dues et plus faibles existent aussi sur la première et la deuxième frontale. Les méninges, moins épaisses au niveau de l'insula, lèchent simplement la couche corticale. Le lobe pariétal supérieur, le pli courbe, la deuxième et la troisième temporales, ne présentent que de rares adhérences irrégulièrement distribuées; il en est de même de la surface interne de l'hémisphère; sur le lobe occipital, les méninges s'enlèvent très facilement. Les coupes, pratiquées perpendiculairement dans toute l'étendue de l'hémisphère, ne laissent découvrir dans les centres aucune lésion en foyer. La couche corticale est mince sur tout l'hémisphère et principalement sur les lobes frontaux. L'hémisphère droit, dans sa moitié antérieure, présente quelques adhérences superficielles peu étendues comme on en trouve au début de la paralysie générale, et contraste ainsi avec l'hémisphère gauche dont les lésions répondent par leur intensité à la troisième

période de la maladie. L'épendyme est épaissi au niveau du quatrième ventricule, montre et quelques saillies papilliformes dans les angles externes; le bec du calamus est au contraire libre; l'épendyme des ventricules latéraux est légèrement épaissi, et quelques granulations se devinent le long de la lame cornée. Le cœur est mou, flasque, chargé de graisse; les parois amincies offrent de petites plaques d'un brun jaunâtre. La surface interne de l'aorte présente dès son origine aux valvules sygmoïdes des marbrures d'un rose foncé qui ne disparaissent pas au lavage, la séreuse est légèrement saillante à ce niveau, l'injection pénètre profondément jusqu'à la tunique moyenne. Cette endartérite va en diminuant à partir de la crosse.

Les reins sont jaunâtres dans toute la couche corticale, et les colonnes de Bertin, les pyramides de Malpighi sont restées rouges. Le foie, d'un volume normal, est gras par places. Les poumons sont engoués à la base des deux côtés. La rate, un peu grosse, offre une couleur et une consistance normales.

La marche de l'hémiplégie droite et de l'aphasie chez ce malade indiquait que l'on avait affaire aux lésions habituelles de la paralysie générale, plus accusées sur l'hémisphère gauche, comme on le voit dans les cas ordinaires. Les symptômes se sont progressivement aggravés à la suite d'attaques apoplectiformes successives; d'abord les phénomènes consécutifs aux attaques duraient peu, puis ils se sont prolongés et finalement les troubles du langage se sont maintenus de même que la faiblesse prédominante du côté droit. En d'autres termes, l'encéphalite interstitielle diffuse, progressivement plus accusée dans la région fronto-pariétale gauche, a provoqué parallèlement l'hémiplégie droite et l'aphasie.

Chez ce malade, comme dans l'observation suivante, existait une légère endartérite de l'aorte, la tunique interne d'un rouge vif conservait sa coloration après le lavage, et à la coupe, on voyait la teinte pénétrer dans toute l'épaisseur de la membrane. L'endartérite n'est pas un fait rare dans les phénomènes ultimes fébriles de la paralysie générale. Dans quelques cas, en effet, la fièvre s'allume avec ou sans attaques convulsives ou apoplectiformes, sans lésions aiguës

d'organes et sans autres altérations, pour l'axe cérébro-spinal, que l'inflammation chronique habituelle, sans production purulente et souvent même sans injection très notable. Est-ce cet état particulier des artères qui est le point de départ de la fièvre, ou bien, au contraire, cette endartérite est-elle la conséquence d'un état particulier du sang encore inconnu ? C'est là un problème clinique d'autant plus important, que des traces manifestes d'endartérite se montrent dans le délire aigu et dans les accidents suraigus qui s'associent soit à l'alcoolisme, soit à la démence sénile, soit à l'état puerpéral et même à des états vésaniques.

Obs. II. — *Paralysie générale avec aphasie incohérente et paralysie faciale droite. Encéphalite chronique interstitielle diffuse plus accusée sur l'hémisphère gauche et principalement au niveau du lobe frontal de la troisième frontale et des circonvolutions commissurales sylviennes.*

D. Léontine, âgée de 37 ans, cuisinière, entre à Sainte-Anne le 16 novembre 1878. Cette malade avait depuis longtemps contracté des habitudes alcooliques et à plusieurs reprises avait été trouvée couchée sur le carreau de la cuisine dans un état complet d'ivresse. Depuis plusieurs mois, ses facultés s'affaiblissaient, elle ne pouvait plus s'occuper de son ménage. A son arrivée, l'intelligence paraît très affaiblie; elle écoute quand on lui parle, paraît comprendre quelques questions, mais ne répond que par des mots incohérents n'ayant entre eux aucune liaison : « *Ce n'est rien, de rien, que rien, je n'ai que ça,* » et répète fréquemment ce dernier membre de phrase : « *Je n'ai que ça.* » Quelquefois elle prononce, avec des intonations variées comme dans une conversation, des séries de mots n'ayant aucun sens : « *Je ferai du chrétien, du son, des saints, c'est une femme, ce sont des salons, c'est rien des personnes, je sais que mariée, deux trois sous, c'est pour ça, plus rien.* » Par moments, elle s'impatiente en parlant, d'autres fois elle sourit et fait des signes, indiquant qu'elle ne peut pas s'expliquer; toutefois, plutôt apathique qu'active, elle est loin de présenter la mimique expressive des aphasiques simples. La parole est hésitante, la pupille gauche est plus large, la commissure droite est légèrement abaissée; toutefois, le bras et la jambe du côté droit ne paraissent pas plus faibles qu'à gauche.

Pendant dix mois l'intelligence baisse légèrement, mais l'état physique n'est pas sensiblement modifié. A plusieurs reprises, la malade s'excite, pousse des cris, paraît hallucinée et devient violente

contre son entourage; toutefois, ces phases aiguës sont de très courte durée et D. reprend bientôt son calme habituel.

Le 2 septembre 1879, elle est frappée d'une attaque apoplectiforme; elle reste dans le coma. Ses membres en résolution retombent comme une masse; elle sent un peu les pincements sur les bras et les jambes.

Le 3 septembre, la T. R. donne 10° centigr.

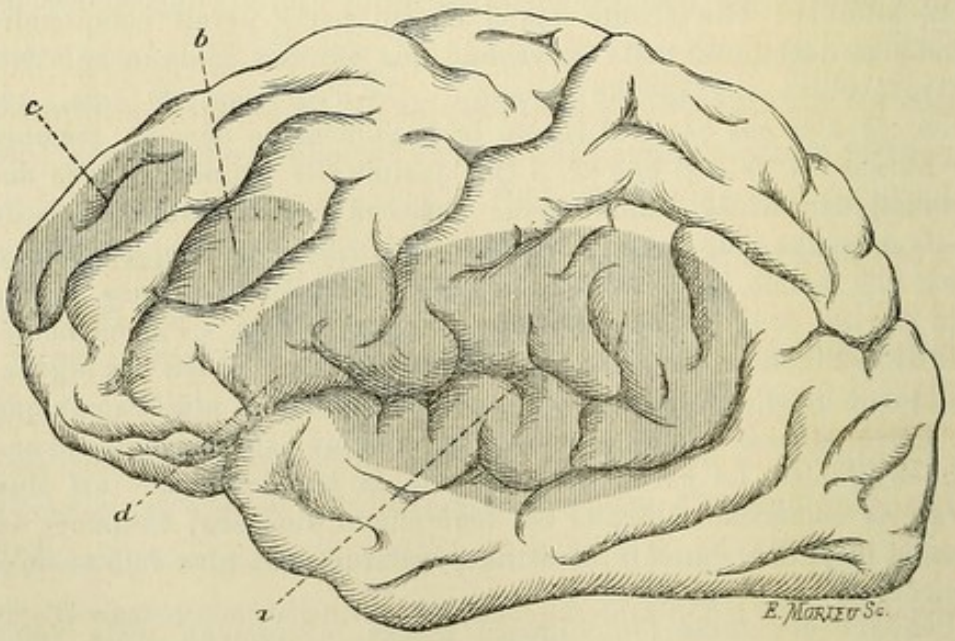
Le 4 septembre, même état comateux; mais il se produit dans la jambe droite des secousses irrégulières qui augmentent par moments, qui s'arrêtent à de rares intervalles. Le bras, la face restent constamment au repos; la sensibilité est conservée; les mouvements réflexes sont exagérés dans la jambe droite, sous l'influence des deux modes d'excitation, tendineux ou cutanés. La T. R. s'élève à 40°5 le matin et à 42 le soir.

La mort survient le lendemain, 5 septembre.

Les préparations iodurées et aloétiques avaient formé la base du traitement.

Autopsie. — L'arachnoïde et la pie-mère injectées ne sont épaissies qu'à la partie moyenne de l'hémisphère gauche, où elles présentent plusieurs plaques opalescentes. L'hémisphère droit pèse 450 gr., le gauche 415, le bulbe, la protubérance et le cervelet, 155 gr. Les méninges adhèrent fortement à la couche corticale dans presque toute l'étendue des circonvolutions marginales de la scissure sylvienne (fig. 8 *a*); après leur ablation, la surface reste profondément ulcérée à l'extrémité postérieure de la troisième circonvolution frontale (*d*), au pied de la frontale ascendante, au tiers inférieur de

FIGURE 8.



la pariétale ascendante sur le lobule pariétal inférieur et sur la partie antérieure du pli courbe, sur les deux tiers postérieurs de la pre-

mière temporale et sur la partie moyenne de la deuxième temporale; des ulcérations profondes se présentent aussi sur le tiers antérieur de la première frontale (*b*) et à la partie moyenne de la seconde (*c*); sur le reste de l'hémisphère, des adhérences très limitées et superficielles se montrent par places. A la face interne, les adhérences sont presque nulles; sur le lobe occipital, les méninges s'enlèvent facilement. Sur l'hémisphère droit, les adhérences moins accusées sont disséminées sans localisation spéciale; le lobe occipital est entièrement libre. Les coupes successives pratiquées sur les deux hémisphères n'offrent aucune lésion en foyer, ni lacunes, ni hémorrhagies, ni ramollissements : elles permettent, en outre, de constater un amincissement considérable de la couche corticale dans la moitié antérieure de l'hémisphère gauche, et plus particulièrement au niveau des circonvolutions où la soudure des méninges était complète. L'épendyme épaissi à la surface de tous les ventricules est parsemé de nombreuses granulations, très confluentes sur le quatrième ventricule au niveau du bec du calamus.

Le cœur mou est surchargé de graisse; ses parois sont minces. L'aorte est pavée de plaques athéromateuses qui font des saillies irrégulières, mais toutefois sans ulcération. Les valvules sigmoïdes et l'aorte à son origine sont injectées.

Le foie, légèrement jaunâtre, présente par places des plaques plus marquées de dégénérescence graisseuse.

Les sommets des deux poumons laissent voir de petits noyaux tuberculeux; la base du poumon droit est très injectée, légèrement hépatisée.

Chez cette femme, adonnée depuis longtemps aux boissons alcooliques, nous trouvons, dans presque tous les organes, les dégénérescences graisseuses propres à l'alcoolisme chronique. Ici encore l'hémisphère gauche atrophié, profondément lésé, présente des adhérences énormes non seulement au niveau de la troisième frontale, mais sur différentes parties du lobe frontal, sur la première et la deuxième circonvolutions frontales. La dissémination des lésions avec toutefois des localisations très accusées en certains points n'est sans doute pas étrangère au caractère incohérent qu'affectait ici l'aphasie, et l'on peut rapprocher cette observation du cas d'aphasie avec incohérence (paraphasie) communiqué à la Société de Biologie le 28 décembre 1878, dans lequel l'autopsie montra, en dehors d'une lésion de la troisième circonvolution frontale gauche, plusieurs foyers de ramollissement disséminés sur ce même hémisphère.

VII

LOCALISATIONS CÉRÉBRALES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

LÉSIONS ACCIDENTELLES (CONGESTION ET HÉMORRHAGIE CORTICALES) SURAJOUTÉES A L'ENCÉPHALITE CHRONIQUE INTERSTITIELLE DIFFUSE (1)

L., Jules, marchand boucher, âgé de 50 ans, entre à Sainte-Anne le 20 octobre 1877. Il présente depuis six mois de l'affaiblissement des facultés mentales ; son caractère change, il devient irritable, s'excite par moments et, dans les derniers jours, développe une activité désordonnée, fait de nombreux projets et manifeste des idées ambitieuses incohérentes. La parole est légèrement hésitante, et la pupille droite est plus dilatée ; les forces musculaires conservées sont égales des deux côtés.

Le 28, dans la soirée, l'agitation augmente, la loquacité est intarissable, les idées ambitieuses, nombreuses et extravagantes, se succèdent avec la plus grande activité. Le malade reste une partie de la nuit debout dans la chambre, allant et venant en tous sens ; il s'étend ensuite sur le lit, et le matin on le trouve dans un état comateux, la face rouge, la respiration bruyante, le côté gauche paralysé ; le bras, la jambe, soulevés, retombent lourdement ; la tête et les yeux sont déviés à gauche, la pupille droite est plus large, les deux paupières sont relevées. Le bras droit est retiré sous l'influence d'un fort pincement, il se meut facilement, de même que la jambe droite ; mais on voit de temps à autre, dans l'épaule et dans les muscles du bras du même côté, des mouvements fibrillaires, tandis que les muscles de la jambe sont au repos. La vessie est pleine et doit être vidée à l'aide de la sonde. Pouls régulier 84, T. R. 38°. A midi se montrent des convulsions épileptiformes dans le côté droit, bras gauche, face et tête ; pendant les convulsions du côté

(1) MAGNAN. Com. à la Soc. de Biol. (*Revue mensuelle*, décem. 1877.)

droit, le gauche reste immobile. La température rectale s'élève à 39°. Le malade ne répond à aucune question et ne peut être tiré de son état comateux. A 7 heures du soir, nouvelle attaque convulsive; mais cette fois, le côté droit est immobile, et, à gauche, le bras, la jambe et la tête sont convulsés; la face est déviée à gauche; T. R., 40°.

Le coma augmente, la respiration devient stertoreuse, et le malade meurt vers deux heures du matin.

Autopsie. — La calotte crânienne est dure, résistante; le diploé est épais et rougeâtre; la dure-mère est tendue; l'arachnoïde et la pie-mère sont œdémateuses, légèrement rosées sur les lobes frontaux, mais très infiltrées de sang au niveau des deux régions pariétales. Les méninges adhèrent sur les lobes frontaux et affectent encore quelques adhérences sur les lobes temporaux et occipitaux.

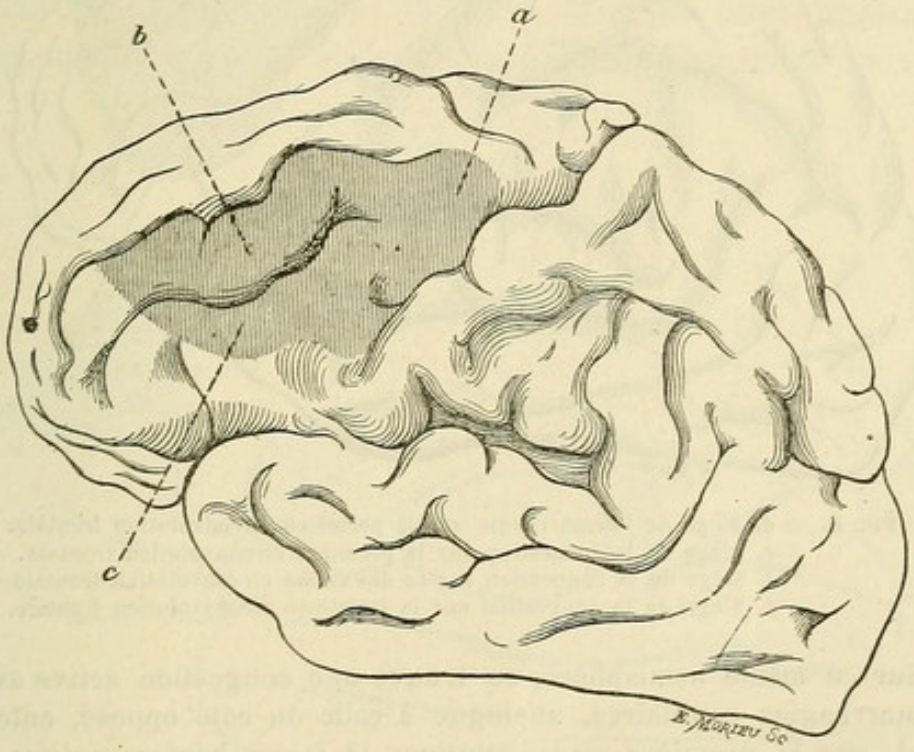


Fig. 5. — *a*. Congestion sur la circonvolution frontale ascendante.
b. Congestion sur la deuxième circonvolution frontale.
c. Congestion sur la troisième circonvolution frontale.

Sur l'hémisphère gauche : congestion active avec hémorrhagies capillaires par place, occupant la partie moyenne (trois cinquièmes environ) de la circonvolution frontale ascendante (fig. 5, *a*), les trois quarts postérieurs de la deuxième circonvolution frontale et la moitié postérieure de la troisième circonvolution frontale (fig. 5, *b*, *c*). La première circonvolution frontale, la pariétale ascendante, le lobule paracentral n'offrent aucune trace de congestion.

Sur l'hémisphère droit : foyer hémorrhagique sur la partie

moyenne de la première circonvolution frontale, à deux centimètres et demi en avant de l'extrémité supérieure de la circonvolution frontale ascendante ; ce foyer occupe une étendue de trois centimètres dans le sens antéro-postérieur, de deux centimètres sur la face interne et de un centimètre sur la face externe (fig. 6, *d*) ; il pénètre profondément dans toute l'épaisseur de la couche corticale pour atteindre la substance blanche dans laquelle il s'enfonce à peine de deux à trois millimètres, dans une très faible étendue (fig. 7, *d'*).

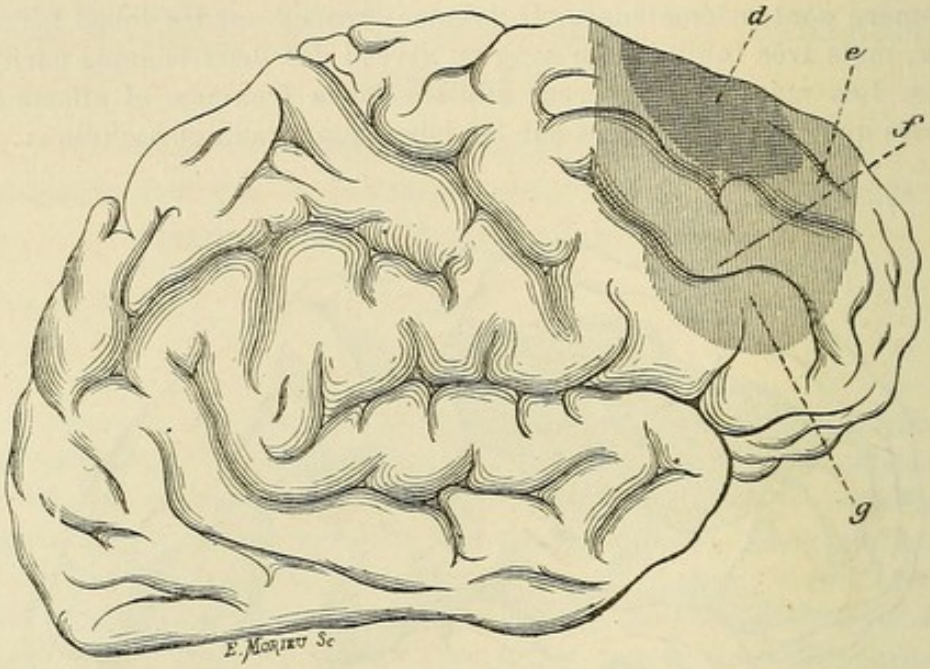


Fig. 6. — *d*. Siège de l'hémorrhagie sur la première circonvolution frontale.
e. Siège de la congestion sur la première circonvolution frontale.
f. Siège de la congestion sur la deuxième circonvolution frontale.
g. Siège de la congestion sur la troisième circonvolution frontale.

Sur ce même hémisphère, on trouve une congestion active avec hémorrhagies capillaires, analogue à celle du côté opposé, entourant, sur la première circonvolution, le foyer hémorrhagique et gagnant en dedans et en arrière le voisinage du lobule parencentral, sans toutefois l'atteindre (fig. 7, *h*) ; s'étendant de plus, en dehors, sur la partie moyenne de la deuxième et de la troisième circonvolution frontale (fig. 6, *f*, *g*). L'épendyme est épaissi, la surface du quatrième ventricule est tapissée de petites saillies papilliformes qui se montrent aussi dans les ventricules latéraux. Les coupes pratiquées au niveau des tubercules mamillaires ne font découvrir aucun foyer dans les parties centrales, couche optique ou corps strié, qui ne présentent même pas d'injection anormale.

Les poumons sont engoués à la base et en arrière. Le cœur est surchargé d'une faible couche de graisse à la pointe et sur les deux

faces le long des vaisseaux coronaires. L'aorte jaunâtre offre des plaques athéromateuses et deux d'entre elles sont légèrement ulcérées au-dessus des valvules sigmoïdes.

Les reins sont légèrement jaunâtres dans leur couche corticale seulement. Le foie est normal.

Cette observation offre de l'intérêt non seulement par ses localisations cérébrales, mais encore par la netteté des phénomènes accidentels qu'elles ont déterminés. Au point de vue des localisations cérébrales, nous trouvons, dans ce fait, une preuve de plus à l'appui de la doctrine généralement acceptée, qui localise dans une zone bien définie de l'écorce, les phénomènes moteurs observés dans la moitié opposée du corps. Par les deux foyers circonscrits de con-

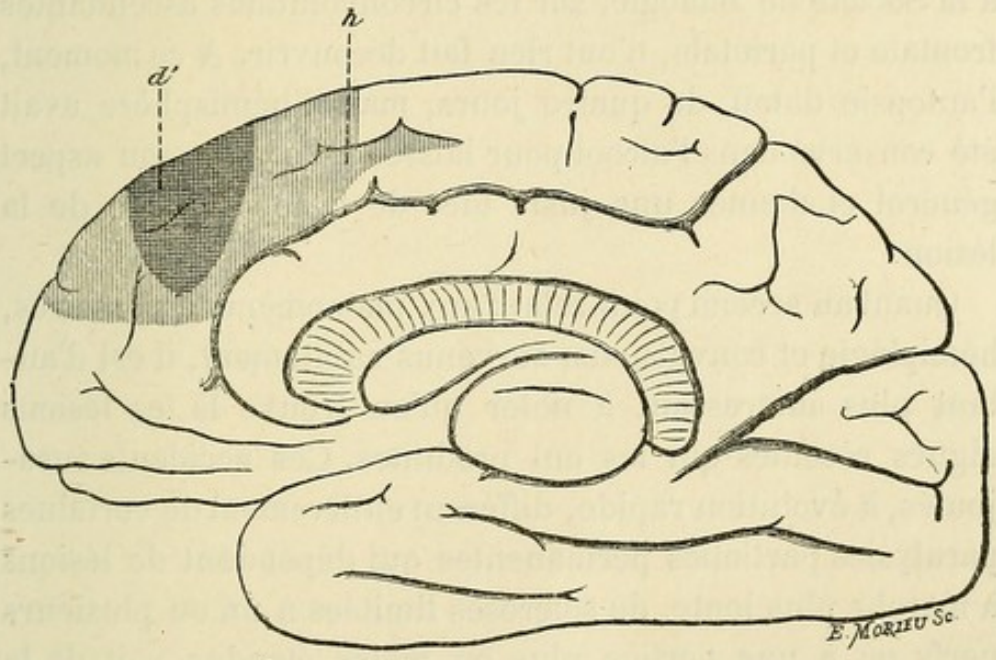


Fig. 7. — *d'*. Siège de l'hémorrhagie sur la face interne de l'hémisphère droit.
h. Siège de la congestion sur la face interne de l'hémisphère droit.

gestion active, se trouvent, en effet, expliquées les mêmes convulsions unilatérales, développées, à plusieurs heures d'intervalle, successivement à droite et à gauche. Mais le foyer hémorrhagique qui nous paraît devoir être seul invoqué comme cause de l'hémiplégie gauche, siège en un point éloigné de la zone motrice. L'hémorrhagie occupe, en effet,

la partie moyenne de la première circonvolution frontale, et, en arrière, elle est séparée de l'extrémité supérieure de la circonvolution frontale ascendante par un espace de deux centimètres et demi ; conséquemment, la portion de la première circonvolution frontale qui confine immédiatement la circonvolution marginale antérieure est restée libre. Une coupe faite perpendiculairement au niveau du foyer dans l'épaisseur de l'hémisphère n'a montré ni hémorrhagie, ni congestion anormale, ni ramollissement dans la substance blanche ; celle-ci, examinée au microscope, à l'état frais, s'est montrée libre de corps granuleux, indice d'un ramollissement qui aurait pu échapper à l'œil nu. D'autre part, deux coupes pratiquées, d'après le conseil de M. Charcot, à la Société de biologie, sur les circonvolutions ascendantes frontale et pariétale, n'ont rien fait découvrir. A ce moment, l'autopsie datait de quatre jours, mais l'hémisphère avait été conservé dans l'alcool pour laisser à l'organe son aspect général et donner une juste idée de la topographie de la lésion.

Quant au second point relatif aux phénomènes accessoires, hémiplégie et convulsions, survenus subitement, il est d'autant plus intéressant à noter qu'on trouve là les lésions aiguës récentes qui les ont produites. Ces accidents surajoutés, à évolution rapide, diffèrent entièrement de certaines paralysies partielles permanentes qui dépendent de lésions à marche plus lente, de scléroses limitées à un ou plusieurs nerfs ou à une portion plus ou moins étendue, soit de la moelle, soit du cerveau. Tous ces phénomènes accessoires viennent troubler le cours de la paralysie générale, masquent et obscurcissent ses signes essentiels et peuvent dans quelques cas rendre le diagnostic fort difficile. On ne saurait donc trop insister sur la détermination précise de tous les symptômes accessoires de la paralysie générale, pour en faire une analyse exacte, les apprécier à leur juste valeur, et les dégager des symptômes essentiels qui seuls peuvent

servir de base au diagnostic. Ces derniers, peu apparents quelquefois au début de la maladie, sont néanmoins constants, dépendent d'une lésion constante, l'encéphalite chronique interstitielle diffuse, sur laquelle viennent se greffer en quelque sorte toutes les autres lésions accessoires. Quelques-unes de ces lésions, les congestions, les hémorrhagies, les ramollissements circonscrits, sont purement accidentelles ; d'autres, les scléroses circonscrites, traduisent plus complètement en un point limité la lésion généralisée ; d'autres enfin, plus rares, les dégénérescences colloïdes, ne sont qu'un des modes de terminaison de la sclérose diffuse.

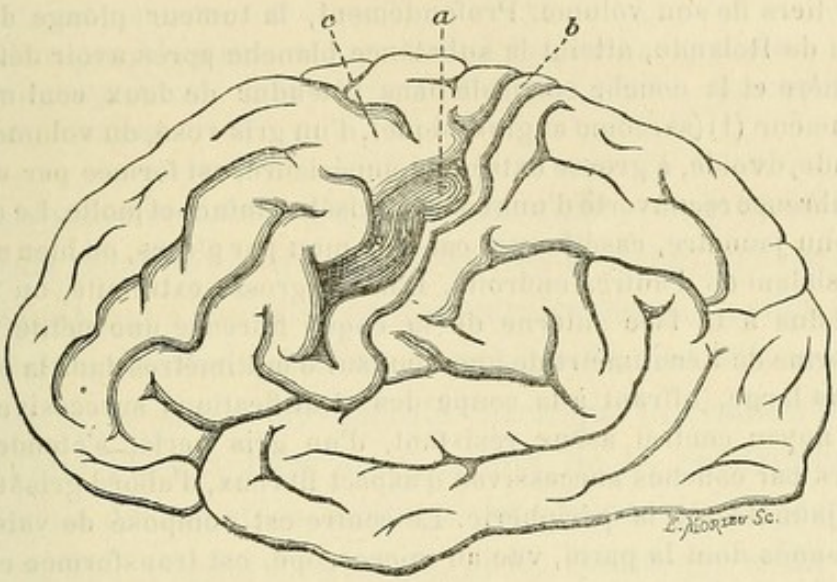
VIII

PARALYSIE GÉNÉRALE AVEC ATROPHIE DE LA CIRCONVOLUTION PARIÉTALE ASCENDANTE GAUCHE, CONSÉCUTIVE A LA COMPRESSION PAR UNE TUMEUR, SANS PARALYSIE DU COTÉ DROIT. CONVULSIONS UNILATÉRALES GAUCHES. MENINGO-ENCÉPHALITE CHRONIQUE INTERSTITIELLE DIFFUSE ET SARCOME ANGIOLITHIQUE (1).

M., femme E.., ménagère, âgée de 48 ans, entre à Sainte-Anne le 30 octobre 1878. Cette femme, dont les antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier, d'une santé habituellement bonne, s'est mariée en secondes noces, au commencement de 1870, après avoir eu, d'un premier mariage, un enfant mort à six mois d'une affection intercurrente. La ménopause semble dater, chez cette malade, d'une époque antérieure à son second mariage, mais, dans tous les cas, le mari n'a jamais constaté de règles. En novembre 1870 se produit, pour la première fois, une attaque épileptiforme qui est bientôt suivie de cinq autres, développées successivement et presque sans interruption. Les convulsions s'étendent à tout le côté gauche du corps, au bras, à la jambe et à la moitié correspondante de la face; elles ne laissent après elles aucune paralysie, ni à droite, ni à gauche. A partir de ce moment, des attaques se sont montrées irrégulièrement, plus fortes par moments, d'autres fois plus faibles, mais en général plus fréquentes, se traduisant toujours par des convulsions unilatérales gauches, sans traces de paralysie. Dès 1870, les facultés paraissent affaiblies, la mémoire diminuée, et quoique la malade va-

(1) Magnan. (*Com. à la soc. Biol.*, t. V, 6e série, nov. 1878, p. 73.)

que aux soins du ménage, elle s'acquitte de sa tâche assez mal pour que le mari soit obligé de tout surveiller, de tout mettre en ordre. Les facultés morales et affectives sont également émoussées, la malade reste apathique, indifférente, et ne paraît nullement touchée ni de son insuffisance, ni des reproches qui, au début, lui sont adressés. Parfois, elle paraît satisfaite, contente, malgré de nombreux motifs de tristesse. En 1876, les convulsions s'accompagnent parfois d'excitation et, en 1877, à la suite d'une série d'attaques, la ma-



lade est prise d'un accès maniaque pour lequel on la fait entrer à Sainte-Anne. Sortie au bout de cinq mois, sur la demande de son mari, elle est incapable de s'occuper de son ménage; et après un nouvel accès d'agitation, elle est replacée à l'asile. A son entrée, le 30 octobre 1878, elle offre un degré avancé de démence; sa mémoire est notablement affaiblie, elle est satisfaite, contente; elle raconte d'une manière enfantine qu'elle gagne beaucoup d'argent, qu'elle fait de belles bottines, qu'elle est très adroite, qu'elle a de jolis yeux, qu'elle est belle. Sa parole est hésitante, la pupille gauche est plus large. Elle reste dans le même état pendant trois semaines, puis elle devient turbulente, s'excite, entend la voix de ses parents, de son mari, et elle est prise d'attaques épileptiformes suivies de coma et de mort, le 26 novembre.

Autopsie. — La calotte crânienne est épaissie, le diploé est rouge, injecté de sang dans toute son étendue. La dure-mère, faiblement injectée, ne présente pas de néo-membranes. L'arachnoïde et la pie-mère épaissies, œdémateuses, opalines, adhèrent dans toute l'étendue de l'hémisphère droit, en arrière aussi bien qu'en avant. L'hémisphère gauche présente également des adhérences sur le lobe frontal, sur le lobe occipital, mais, à la partie moyenne, les méninges

s'enlèvent avec la plus grande facilité sur les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, sur les lobules pariétaux supérieurs et inférieurs et sur les circonvolutions temporales. Sur ce même hémisphère gauche, à la partie moyenne du sillon de Rolando, on voit une tumeur allongée, dirigée de haut en bas et d'arrière en avant dans le sens du sillon, légèrement bosselée, se laissant déprimer par un repli de la circonvolution frontale ascendante, mais appuyant en arrière sur la circonvolution pariétale ascendante qu'elle comprime, et qui, dans ses deux tiers supérieurs, se trouve réduite à peine aux deux tiers de son volume. Profondément, la tumeur plonge dans le sillon de Rolando, atteint la substance blanche après avoir détruit la pie-mère et la couche corticale dans l'étendue de deux centimètres. La tumeur (1) (sarcome angiolithique), d'un gris rosé, du volume d'une amande, ovoïde, à grosse extrémité supérieure, est formée par une coque fibreuse recouverte d'une couche grisâtre, mince et molle. Le double contenu jaunâtre, caséiforme, est très mou par places, ou bien crétacé et résistant en d'autres endroits. Dans la grosse extrémité, on trouve appendue à la face interne de la coque fibreuse une petite masse fusiforme de 1 centimètre de longueur sur 5 millimètres dans la portion la plus large, offrant à la coupe des stratifications successives qui, d'un noyau central assez résistant, d'un gris perlé, s'étendent en dehors par couches successives d'aspect fibreux, d'abord grisâtres, et puis jaunâtres a la périphérie. Le centre est composé de vaisseaux pelotonnés dont la paroi, vue au microscope, est transformée en une gaine homogène, vitreuse, avec de petites fissures transversales de distance en distance comme les brisures de verre. Dans les préparations prises à la périphérie de ce petit corps ovoïde, on aperçoit de nombreux cristaux de cholestérine. Ceux-ci se montrent également très nombreux au milieu de gouttes de graisse, de corps granuleux et de granulations graisseuses dans les préparations provenant de la substance caséiforme.

La couche du tissu cérébral, en contact avec la tumeur, au fond du sillon de Rolando, examinée au microscope, laisse voir de rares cellules nerveuses (corticales) échappées à la destruction, des corps granuleux, des granulations isolées ou réunies en amas irréguliers, dispersés ça et là dans la préparation ou groupés sur les parois vasculaires. A 3 millimètres au-dessous, le ramollissement peu profond s'arrête déjà; au microscope on trouve, en effet, seulement quelques rares corps granuleux; les tubes nerveux, munis du cylindre d'axe et de la gaine de myéline, sont sains.

Le quatrième ventricule est granuleux (fibromes papilliformes), surtout au niveau du bec de calamus; quelques granulations se montrent aussi à la surface de l'épendyme des ventricules latéraux.

(1) Cornil et Ranvier. (*Manuel d'histologie*, t. I, p. 433.)

Le cœur est surchargé de graisse; la paroi ventriculaire gauche est recouverte d'une couche graisseuse qui reste superficielle, mais sur le ventricule droit cette couche pénètre plus profondément. La valvule mitrale souple n'offre pas d'altération; les valvules sigmoïdes sont également saines.

L'aorte est légèrement jaunâtre, mais sans plaques saillantes d'athérome.

Les poumons n'offrent d'autres altérations qu'un peu d'engouement à la base et en arrière sur les parties déclives.

La rate est normale.

Les reins sont légèrement jaunâtres à la couche corticale.

Le foie, légèrement graisseux, n'offre, par places, que quelques plaques jaunâtres.

Les symptômes observés chez cette malade sont ceux de la paralysie générale ordinaire, et si, dès le début, il s'est produit des attaques convulsives unilatérales gauches, elles trouvent une explication suffisante dans la prédominance marquée des lésions (méningo-encéphalite chronique interstitielle diffuse) dans l'hémisphère droit. L'effet de la prédominance unilatérale des troubles moteurs dans la paralysie générale a été signalé depuis longtemps, et M. Baillarger avait déjà noté chez les paralytiques généraux qui se tiennent penchés d'un côté du corps, des lésions plus accusées et particulièrement une diminution du poids de l'hémisphère opposé au côté affaibli. Pour ma part, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater une prédominance marquée de la lésion dans l'hémisphère opposé, non seulement à la parésie, mais aussi aux convulsions unilatérales. Toutefois, dans quelques cas, les désordres de la motilité accusés d'un côté, sont sous la dépendance d'une lésion circonscrite surajoutée à l'encéphalite interstitielle diffuse. Quoi qu'il en soit, les convulsions sont ici la conséquence légitime de la plus grande étendue de l'inflammation chronique sur l'hémisphère droit. Mais pour l'hémisphère gauche, comment donc expliquer le silence de la lésion? Comment expliquer l'absence complète de toute réaction dans le côté droit du corps, avec une lésion aussi étendue et aussi profonde des deux tiers supérieurs de la

circonvolution pariétale ascendante gauche? Pourquoi pas de paralysie, pas même de parésie plus accusée à droite? Est-ce donc là un fait hostile à la théorie des localisations? Je ne le pense pas. Nous avions affaire ici à une tumeur bénigne, indolente, qui s'est développée avec une grande lenteur; l'atrophie de la pariétale ascendante s'est conséquemment produite lentement, et, par suite, ce développement lent a pu rendre possible une suppléance fonctionnelle.

Il est bon encore de remarquer l'absence presque complète d'adhérences méningées dans le voisinage de la tumeur, preuve manifeste de son indépendance et de son action absolument négative dans le développement de la méningo-encéphalite chronique.

IX

NOTE SUR UN CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE AVEC PACHYMÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE; SCLÉROSE INTERSTITIELLE DIFFUSE DE LA MOELLE ET LOCALISATIONS PARTIELLES SOUS FORME D'ILOTS, DE SCLÉROSE OU DE PLAQUES IRRÉGULIÈRES (1)

R... (Ernest), chapelier, âgé de 51 ans, entre le 26 septembre 1868 au bureau d'admission (Sainte-Anne). Depuis plus de dix ans ce malade est bizarre, excentrique, se livre à des excès de tout genre, développe dans tout ce qu'il fait une activité désordonnée qui a abouti à sa ruine et à celle de sa famille. Depuis trois ans il est incapable de tout travail, il présente un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles avec du délire ambitieux et des alternatives d'agitation et de dépression. Depuis quelques jours il ne reste pas en place; il devient loquace, il s'échappe de chez lui, vagabonde, prend des voitures qu'il ne peut payer et se fait arrêter.

A son entrée, il présente un délire ambitieux très incohérent; il distribue les millions, les pierreries à son entourage; il se dit grand seigneur, Dieu, roi, empereur; il va faire le bonheur de tout le monde, il est enchanté de se trouver à l'hôpital; tout est superbe; il a des cheveux de toute beauté, etc.

Les facultés sont notablement affaiblies, sa mémoire est peu précise, la parole est hésitante, les lèvres, la langue et les mains sont tremblantes; les pupilles restent égales.

Pendant les mois d'octobre et de novembre, l'agitation avec le délire ambitieux persiste, l'insomnie est presque constante. La pa-

(1) Magnan. (*Compt. rendus de la Société de Biologie*, t. I, 5e série, p. 113, mars 1869.)

role s'embarrasse de plus en plus; les mains et les bras offrent un tremblement très considérable.

Epuisé par cette excitation continuelle, il meurt le 8 décembre 1868, sans présenter du côté de la motilité des phénomènes différents de ceux qui ont été signalés.

Autopsie. — La dure-mère cérébrale est recouverte à sa face interne par une néo-membrane mince, à la convexité, plus épaisse à la base du crâne, et logeant dans son épaisseur de petits foyers hémorrhagiques. La dure-mère spinale présente, par places seulement, des couches minces de néo-membranes; aucune d'elles n'est le siège d'hémorrhagies.

L'arachnoïde et la pie-mère cérébrale sont opalines, épaissies, et adhèrent dans quelques endroits à la couche corticale. Dans la moelle, les méninges sont épaisses, infiltrées de sérosité, et dans quelques endroits on voit, appendues à l'arachnoïde, de petites écailles ossiformes, minces, dures, d'un blanc nacré de 7 à 8 millimètres de diamètre. La couche corticale est d'un rouge violacé dans toute son étendue, la substance blanche est légèrement injectée, les ventricules latéraux sont dilatés et renferment 40 grammes environ de sérosité. Leur surface est d'un rouge violacé, un peu ramollie et chagrinée. L'épendyme est également épaissi et mou sur le 4e ventricule. En examinant la moelle à l'extérieur, au niveau des racines de la cinquième paire cervicale, on aperçoit du côté droit par transparence à travers la pie-mère, une tache grisâtre de 2 centimètres et demi de hauteur, occupant dans son point maximum tout le cordon latéral et une partie du cordon antérieur. La racine antérieure droite de la cinquième paire est grisâtre, et d'un volume deux fois moindre que celle du côte opposé. Les racines antérieures de la quatrième et de la sixième paire cervicales ne présentent pas de changement notable. Une coupe pratiquée à ce niveau montre une sclérose du cordon antéro-latéral droit ; tout le cordon latéral a pris une teinte grisâtre gélatineuse ; le cordon antérieur, grisâtre dans la partie profonde, n'a plus qu'un reflet blanc grisâtre à sa périphérie. Le cordon postérieur du même côté a une légère teinte grisâtre diffuse, d'autant plus apparente que le cordon postérieur gauche a sa teinte blanche à peu près normale. A 3 centimètres au-dessus de cette dernière coupe, on ne voit plus de coloration grise du cordon latéral, droit, mais les cordons postérieurs offrent une teinte grisâtre assez marquée dans leur moitié antérieure. A la partie moyenne de la région dorsale, les cordons latéraux sont grisâtres dans le voisinage des cornes postérieures et à la partie interne des cordons postérieurs; à la fin de la région dorsale on aperçoit des reflets grisâtres sur les cordons latéraux et postérieurs, mais, à un degré moindre, que dans les régions précédentes, sauf, toutefois, dans le prolongement de la

corne postérieure du côté droit et de la portion avoisinante du cordon latéral, où la teinte grise, gélatineuse est très marquée.

Examinées au microscope, les parcelles du tissu médullaire, prises au niveau des portions à teinte faiblement grisâtre, montrent des granulations et des corps granuleux disséminés dans la préparation; en outre, sur les parois des vaisseaux, les gouttelettes graisseuses forment de petits amas granuleux plus ou moins réguliers; en colorant par la liqueur ammoniacale de carmin, on aperçoit un nombre assez considérable de noyaux, la plupart arrondis, quelques-uns allongés. Une préparation provenant de l'îlot de sclérose de la région cervicale, montre un fond finement grenu, parsemé de noyaux arrondis et allongés, quelques granulations isolées et de rares corps granuleux. Dans une partie de la préparation se montrent des striations fines avec des noyaux allongés qui se dessinent plus nettement sous l'influence de l'acide acétique.

Après le durcissement dans une solution très étendue d'acide chromique, les coupes minces font voir, d'une manière encore plus nette, ces diverses lésions. Une coupe de la région cervicale, au niveau du point le plus altéré, montre à un faible grossissement la sclérose complète du cordon latéral droit, la sclérose incomplète du cordon antérieur qui est atteint surtout dans ses parties profondes, présentant sur les limites une dentelure très irrégulière, avec des prolongements plus ou moins épais qui rampent à travers les groupes de tubes en les écartant les uns des autres. En dedans et au voisinage de la substance grise, la lésion dépasse la fissure antérieure, se propage à la partie interne et postérieure du cordon antérieur gauche, sous la forme d'un croissant dont la concavité, qui regarde en dehors, donne naissance à de petits prolongements rameux qui s'étendent plus ou moins loin dans l'épaisseur de ce cordon. Du reste, le segment gauche de la coupe, en dehors même de cette partie malade, n'est pas libre de toute altération; les cloisons interstitielles qui le sillonnent, notablement épaissies, sont l'indice du travail d'irritation chronique qui s'est emparé de l'organe dans toute son épaisseur. La substance grise elle-même est atteinte, les cornes antérieures et postérieures du côté droit sont atrophiées; les cellules nerveuses sont toutes le siège d'une infiltration granulo-graisseuse et pigmentaire très abondante; quelques-unes, fortement distendues, ont pris une forme globuleuse tout à fait arrondie, et leurs noyaux ne sont plus apparents. En arrière et à droite du canal épendymaire on trouve une lacune de désintégration granuleuse, analogue à celles que Lockhart Clarke a signalées dans les cas de tétanos et de paralysie générale et que nous avons déjà trouvées nous-mêmes dans d'autres cas de ce genre. Les cornes du côté gauche ne paraissent pas avoir subi d'altération. Au-dessous de ce point maximum et dans l'étendue de 7 à 8 millimètres, la plaque de sclérose persiste en conservant

à peu près le même siège et la même intensité, puis elle s'arrête brusquement; au-dessus, au contraire, elle diminue bientôt et à mesure qu'elle disparaît, elle se limite à la partie externe du cordon latéral en affectant la forme d'un arc à convexité dirigée en dehors suivant le bord de la moelle.

Mais sur la coupe où elle se trouve réduite à une simple ligne et que l'on peut regarder comme la limite supérieure, on voit les cordons postérieurs devenir malades sur les parties profondes. Ces différentes localisations se dessinent très nettement sur les préparations colorées par le carmin. Des coupes minces, pratiquées sur la région dorsale, montrent également une sclérose interstitielle diffuse avec des points plus altérés au niveau des cordons postérieurs et latéraux, dans le voisinage de la substance grise, mais sans présenter la moindre régularité et sans que l'examen d'une coupe quelconque, à une distance même très rapprochée, puisse faire prévoir, comme dans les cas de dégénérescence secondaire, par exemple, le siège et le degré d'altération occupant la moelle soit au-dessus, soit au-dessous.

En examinant à un grossissement de 300 diamètres la partie la plus altérée, on ne voit plus, comme à l'état frais, les granulations graisseuses et les corps granuleux qui ont disparu sous l'influence de la macération dans la solution étendue d'acide chromique; mais on retrouve un fond finement granuleux, parsemé de noyaux arrondis et allongés et de cylindres d'axe, dépourvus de myéline. Les coupes de quelques cylindres d'axe dont le volume paraît augmenté pourraient, sans un examen attentif, être pris pour des noyaux arrondis. Partout les parois des vaisseaux sont épaissies et couvertes de noyaux. Dans les parties où l'altération est moins avancée, on aperçoit un développement notable des cloisons interstitielles et par place des noyaux allongés; dans toute l'étendue de la moelle, du reste, le tissu interstitiel est hypertrophié à un degré plus ou moins avancé.

Dans le cerveau, on trouve, dans la couche corticale les éléments nucléaires et cellulaires très granuleux, la paroi des vaisseaux épaissie et couverte de noyaux; dans les parties blanches, on voit de nombreux noyaux parsemés entre les tubes; les parois vasculaires sont épaissies comme dans la couche corticale.

Pendant la vie on n'a rien remarqué, du côté du bras droit, pouvant se rattacher à la plaque de sclérose et à l'atrophie de la racine antérieure droite de la sixième paire cervicale qui lui correspondait; mais il est possible qu'en raison de l'agitation du malade, quelque trouble partiel du mouvement (contracture, paralysie ou mouvements convulsifs limités) ait échappé à l'examen; de sorte que nous ne pouvons rien préciser sur ce point de physiologie pathologique.

L'intérêt capital de cette observation, c'est de montrer

de la manière la plus évidente le mode de développement et de propagation de l'inflammation chronique interstitielle diffuse des centres nerveux dans la paralysie générale. Examinée au microscope, la moelle se montre malade dans toute son étendue; le tissu interstitiel hypertrophié forme des cloisons épaissies qui emprisonnent les tubes nerveux dans des mailles de plus en plus étroites, dont le resserrement aboutit à la production d'ilots partiels de sclérose. C'est ainsi que la plaque scléreuse que nous avons trouvée à la région cervicale, plus dense au niveau du cordon latéral droit, envoie de ce point, comme d'un centre, des irradiations qui s'étendent de proche en proche, ne respectant, en quelque sorte, aucune limite. Nous voyons, en effet, du cordon latéral droit, la lésion gagner en avant le cordon antérieur droit, s'étendre vers la fissure antérieure, dépasser celle-ci, atteindre le cordon antérieur gauche; de plus, en arrière, la corne postérieure droite est elle-même comme engainée dans une enveloppe de sclérose, et le cordon postérieur se trouve, lui aussi, modifié dans les parties externes, sur les confins de la substance grise. La lésion, nous l'avons vu, ne se termine pas brusquement sur les bords; elle offre des lignes dentelées d'où partent en tous sens des branches de plus en plus ténues qui s'insinuent à travers les faisceaux de tubes restés libres. Cette disposition rappelle, de tous points, les larges cloisons avec les ilots de sclérose que présente le foie affecté de cirrhose. Dans les deux cas on trouve une lésion s'étendant à tout l'organe avec des localisations plus marquées sur certains points. L'inégale distribution de la lésion sur les différents cordons, son mode irrégulier de propagation, l'absence de toute corrélation entre elle et les lésions situées immédiatement au-dessus ou au-dessous, sont tout autant de preuves qu'il y a là une lésion diffuse avec des noyaux indépendants, distribués sans règle fixe et sans aucune subordination à un système déterminé de fibres. Ce qui se passe ici pour la

moelle arrive également pour le cerveau, dans quelques circonstances où il se surajoute à l'encéphalite interstitielle diffuse des altérations plus prononcées sur quelques points.

Dans le cas actuel, les analogies entre les lésions du cerveau et de la moelle ne se bornent pas aux modifications survenues dans les centres nerveux; les méninges elles-mêmes viennent démontrer que l'irritation chronique se propage des enveloppes cérébrales aux méninges médullaires en conservant les mêmes caractères. Nous trouvons, en effet, la surface interne de la dure-mère spinale tapissée par des plaques de fausses membranes, comme la dure-mère cérébrale.

Quoique le même travail morbide (inflammation chronique) ait présidé au développement des altérations dans l'épaisseur des centres nerveux et dans les enveloppes, néanmoins la distribution des diverses localisations ne permet pas d'établir de relations directes entre elles, d'après le siège qu'elles affectent. Si, dans quelques cas, les méninges semblent pouvoir être mises en cause pour expliquer certaines localisations, le plus souvent les différents noyaux de sclérose, dans les faits de myélite interstitielle diffuse, se produisent indépendamment des membranes. D'ailleurs, dans la plupart des cas, c'est au voisinage de la substance grise et non à la périphérie que prédominent les altérations.

QUATRIÈME PARTIE

FOLIE ET MÉDECINE LÉGALE

QUATRIÈME PARTIE

FOLIE ET MÉDECINE LÉGALE

I. De la folie intermittente.

II. Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté.

III. Les simulateurs. Les aliénés condamnés par les tribunaux.

I

DE LA FOLIE INTERMITTENTE (1)

On est généralement d'accord sur la nature et les symptômes de la paralysie générale de la démence sénile, des démences consécutives aux lésions circonscrites ; il n'y a pas non plus prétexte à des discussions de doctrine à propos de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'alcoolisme et des diverses intoxications, de l'idiotie et du crétinisme ; mais les opinions offrent de nombreuses divergences parmi les psychiâtres, non seulement des différents pays, mais aussi du même pays, quand il s'agit de déterminer les espèces pathologiques contenues dans ce grand complexus désigné sous le nom de folie.

Sans doute, dans l'état actuel de nos connaissances, nous admettons la manie et la mélancolie ; sans doute encore, les belles recherches de Morel sur les dégénérescences ont trouvé de nombreux continuateurs aussi bien en France que dans les autres pays, et l'étude des dégénérés héréditaires fait chaque jour de nouveaux progrès. Nous connaissons beaucoup mieux aujourd'hui, chez ces malades, le fond constant de déséquilibration mentale sur lequel viennent se greffer, d'une façon parfois si pittoresque les syndromes épisodiques créés par des obsessions, des impulsions, et par des phéno-

(1) Com. au Congrès international de médecine de 1890.

mènes inhibitoires ou d'arrêt. Sur ce fonds de déséquilibration apparaissent aussi, à des époques irrégulières, des bouffées délirantes polymorphes, brusques, rapides, passagères, qui ne donnent pas lieu à discussion ; mais les difficultés commençent avec les délires systématisés de longue durée qui, à la façon des idées obsédantes, s'installent dans le cerveau des dégénérés héréditaires pendant des années, parfois même toute la vie. Ces délires ne sont pas encore aujourd'hui nettement déterminés et, pour ma part, je me suis appliqué à les séparer d'un autre groupe de délirants, à longue portée, mais de nature toute différente et que des caractères généraux communs permettent de réunir dans une même espèce pathologique, le délire chronique à évolution systématique. Le délire chronique ne se montre guère avant l'âge de 25 à 30 ans; il frappe habituellement des individus jusque-là sains d'esprit; il a une marche uniforme, régulière, progressive et constamment la même, qui, de la période d'inquiètude, d'interprétations délirantes passe au délire de persécution, de là aux idées ambitieuses ; il est alors incurable et aboutit finalement à l'affaiblissement intellectuel, à la dissociation des idées, à la démence.

Un de mes collègues, le docteur Sérieux, se propose de vous entretenir de cette question; pour ma part, j'ai pensé qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de soumettre à l'appréciation des membres du Congrès quelques réflexions sur les folies intermittentes.

Je dois ajouter que la folie des héréditaires dégénérés, le délire chronique à évolution systématique, la folie intermittente sont des synthèses cliniques à caractères fixes, nettement définies, qui réunissent et groupent le plus grand nombre de faits; sur les limites se montrent les cas exceptionnels, les faits hybrides, en quelque sorte, comme en présente la clinique dans toutes les maladies, mais ces faits exceptionnels ne font que confirmer la réalité de ces espèces pathologiques.

Dans les formes mentales que nous allons examiner, nous sommes en pleine intermittence, on pourrait dire aussi en pleine diathèse, c'est-à-dire que le fou intermittent comme le rhumatisant, après une première manifestation de son état diathésique, revient à la santé, sans que rien ne trahisse au dehors sa disposition maladive qui, à la suite des causes les plus légères, et parfois même sans cause appréciable, se traduira chez l'un par une arthrite, un torticolis ou une sciatique, chez l'autre par un accès maniaque ou mélancolique, accompagnés parfois d'idées délirantes plus ou moins systématisées.

La folie intermittente est une espèce pathologique, se traduisant par la répétition chez un sujet, à prédisposition latente, jusque-là sain d'esprit, d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de diverses manières, mais présentant toujours une évolution, une marche et des caractères généraux communs qui les réunissent et les distinguent de toutes les autres sortes de folie.

Ces accès peuvent offrir, dans leur marche, des variétés d'évolution que certains auteurs ont considérées comme suffisantes pour constituer des espèces pathologiques distinctes; c'est ainsi qu'on admet les folies intermittentes, les folies alternes, les folies circulaires, etc. ; mais on s'assure aisément par l'histoire clinique des malades que ces distinctions reposent sur des caractères assurément très apparents, très saillants, mais néanmoins secondaires et limités à une phase épisodique de la maladie.

Nous avons conservé la dénomination de folies ntermittentes pour ce groupe de malades afin de bien établir les caractères particuliers de la période intercalaire, pendant laquelle l'intelligence reste intacte, du moins au début et durant une longue phase de la maladie.

Voyons d'abord les caractères de l'accès de folie intermittente. L'invasion de l'accès est en général assez rapide, et, dans les cas où l'accès est de courte durée, elle peut être

brusque; le malade s'est couché bien portant et il se lève maniaque ou mélancolique. Cette brusquerie est particulièrement accusée dans les accès combinés, accès cycliques, dans lesquels la manie succède à la mélancolie ou réciproquement; le passage de l'une à l'autre phase peut même, dans certains cas, ne pas dépasser une heure.

Cette amélioration de la marche de l'accès intermittent est d'autant plus remarquable que la manie et la mélancolie ordinaires sont habituellement précédées d'une période prodomique d'une certaine durée, caractérisée surtout par de la dépression des forces, un sentiment général de lassitude, d'impuissance avec de l'abattement, de la lourdeur de tête. Le sommeil fait défaut, ou bien il est léger, fréquemment entrecoupé par des rêves et des cauchemars : souvent aussi se montrent des troubles gastro-intestinaux. Cet ensemble de phénomènes somatiques paraît une sorte de préparation de l'organisme au développement des troubles psychiques.

Dans la folie intermittente, ces prodromes n'existent pas ; l'économie n'a pas besoin d'être préalablement modifiée, l'accès se développe spontanément ou sous l'influence de causes habituellement légères; le sujet possède en lui la prédisposition, c'est-à-dire l'aptitude aux accès dont il paraît faire lui-même les frais.

L'examen des diagrammes qui accompagnent les observations permet de se rendre facilement compte des différents modes d'invasion des accès. Les observations de folie intermittente embrassent toujours un grand nombre d'années, les diagrammes ont dû nécessairement être très étendus pour laisser aux tracés une certaine netteté.

Les lignes verticales indiquent la durée de la maladie ; les grandes lignes plus épaisses servent de démarcation aux années qu'une seconde ligne épaisse, mais moins longue, sépare en deux semestres, les mois sont, à leur tour, séparés par des lignes plus fines.

L'état normal ou santé est représenté par la ligne horizontale médiane. Au-dessus, le tracé représente les formes maniaques ; les hauteurs différentes de la ligne en indiquent l'acuité : exaltation, manie, manie aiguë. Au-dessous, le tracé représente les formes mélancoliques ; l'abaissement plus ou moins prononcé de la ligne est en rapport avec leur intensité ; dépression, mélancolie, stupeur. Par places, on voit émerger au-dessus et au-dessous de la ligne médiane soit des élévations, soit des abaissements, indiquant dans le cours d'un accès mélancolique ou maniaque une bouffée délirante de caractère opposé (V. f° A.). Cet ensemble d'indications donne une idée assez exacte des accès, de leurs combinaisons et de la marche générale de la folie intermittente.

Les premiers accès sont presque toujours des accès isolés maniaques ou mélancoliques; les formes mélancoliques paraissent plus fréquentes, mais ces malades déprimés, faciles à surveiller dans les familles, ne sont pas toujours amenés dans les asiles. Exceptionnellement la folie intermittente débute par un cycle : manie-mélancolie ou mélancolie-manie ; mais dans ces cas on voit même habituellement des accès isolés intercalaires.

Au premier accès peut-on diagnostiquer une folie intermittente? C'est très difficile ; on peut avoir des présomptions, mais non une certitude.

Si l'accès se développe chez un sujet de 25 à 35 ans, jusque-là sain d'esprit (ce qui écarte les héréditaires), s'il se développe spontanément, sans cause déterminante énergique, sans période prémonitoire (ce qui écarte les cas de manie ou de mélancolie simples), on peut supposer un accès intermittent, et, par exclusion, on arrive à un diagnostic assez précis.

Un sujet, en effet, de 25 à 35 ans, jusque-là sain d'esprit, ne peut pas être un héréditaire dégénéré. Sans doute, les héréditaires dégénérés peuvent revêtir toutes les formes mentales et se présenter sous les apparences les plus di-

verses, mais un accès maniaque ou mélancolique chez un héréditaire dégénéré de 25 à 35 ans ne saurait être la première manifestation maladive; en dehors de sa déséquilibration mentale qui devient apparente de très bonne heure, il n'attend pas habituellement sa trentième année, pour témoigner de sa prompte réceptivité morbide et, presque toujours, il a déjà été envahi par l'un ou l'autre des nombreux syndromes épisodiques de la folie héréditaire.

D'autre part, si l'accès s'est développé spontanément ou sous l'influence d'une cause légère, s'il n'y a pas eu de période prémonitoire, on peut presque sûrement écarter encore les mélancoliques ou les maniaques simples, c'est-à-dire les sujets qui, sous l'influence d'une faible prédisposition et, le plus souvent, sous l'influence de causes puissantes et continues (excès, veilles, fatigues, émotions, marches prolongées, etc.), présentent un accès de manie ou de mélancolie qui souvent ne se reproduit plus.

Les délirants chroniques peuvent bien aussi être pris d'excitation ou de dépression, mais ces états ne se produisent que sous l'influence des hallucinations et du délire, et, à ce moment, le délire chronique s'est déjà nettement dessiné. Ces caractères excluent donc les héréditaires, les vésaniques simples, les délirants chroniques, et l'on reste en présence des intermittents.

L'accès est assez uniforme, continu, sans paroxysmes appréciables pour les accès courts, notamment quand ils affectent la forme périodique ou nettement cyclique; mais les accès d'une certaine durée offrent de nombreuses irrégularités. Au début de la maladie, ils sont, en général, plus courts et plus réguliers, ils deviennent plus longs et irréguliers, à mesure que la maladie fait des progrès.

Comme forme, l'accès, surtout au début, affecte d'emblée l'un des degrés de la manie ou de la mélancolie auquel il se maintient; mais à mesure que la maladie progresse, tout

en conservant sa couleur, le délire se modifie; il perd son activité, sa coordination, sa systématisation; à la fin, il n'est pas rare de voir surgir plus particulièrement des idées hypochondriaques et ambitieuses avec un certain degré d'incohérence, comme chez les intelligences qui s'affaiblissent.

Quand il se montre sous la forme cyclique, l'accès peut se présenter encore avec l'un des degrés des états maniaques ou mélancoliques, les deux stades conservant la même intensité, exaltation et dépression, ou manie-mélancolie ou manie aiguë et stupeur, mais plus souvent à l'un des degrés de la manie correspond un degré différent de l'état mélancolique.

Parfois, dans le cours d'un accès, survient une courte exacerbation de même couleur; dans un accès d'exaltation maniaque, par exemple, survient brusquement une bouffée de manie aiguë, d'autres fois, c'est un court épisode de forme et de couleur différentes qui se produit.

Comme l'invasion, le déclin varie avec la durée de l'accès et aussi avec l'âge de la maladie; au début, il est, en général, plus rapide. Il reste encore rapide même après une longue durée de la maladie, quand l'accès conserve la forme cyclique; il est rapide surtout dans le passage de l'un à l'autre état du cycle.

L'intermittence, c'est-à-dire l'intervalle lucide qui sépare les accès, évolue en raison inverse de l'accès : tandis que celui-ci s'accroît, s'allonge avec les progrès de la maladie, l'intermittence, au contraire, diminue, se raccourcit. L'intermittence ne varie pas seulement comme étendue, elle se modifie aussi comme caractère. Au début, l'intermittence, habituellement très longue, s'accompagne de l'intégrité complète de l'intelligence, et le sujet, après son premier accès, reprend ses occupations, sa place dans la famille, son rang dans la société, sans que rien dans ses facultés intellectuelles, ses sentiments et ses penchants, son caractère,

son moral et ses actes, décèle la moindre atteinte morbide; et il en est ainsi pendant un grand nombre d'années pour la plupart des cas.

Dans l'observation de V. van K., nous voyons trois accès mélancoliques de 26 à 46 ans; ces accès sont séparés par de longs intervalles de lucidité, de calme et de raison, sans modifications des sentiments ni des penchants, sans changement de caractère. Dans cet espace de 20 ans, V. se marie et, par son intelligence, son travail, sa prudence et son activité, se crée dans les colonies une position importante, élève convenablement ses enfants et vit en très bonne intelligence avec toute sa famille. Plus tard l'état psychique se modifie complètement.

Dans l'observation de D. f^e A., les deux premiers accès, mélancolique et maniaque, sont séparés par un intervalle de trois ans, pendant lequel rien dans sa conduite, sa tenue, ses actes ne trahit de troubles intellectuels. Le deuxième accès est séparé du troisième par un an de bonne santé; puis encore cinq ans se passent troublés seulement par quatre accès de courte durée.

Chez M. V^ve L. les deux premiers accès sont séparés par un intervalle de six ans de santé excellente. Le troisième accès est séparé du quatrième par une intermittence complète de trois ans, et, ce qui est encore plus remarquable au point de vue de la validité psychique de l'intelligence, c'est un intervalle d'intégrité complète de plus de quatre ans, entre deux longues séries d'accès cycliques.

Nous pourrions faire les mêmes réflexions pour les 28 premières années de la longue observation de L. f^e M.

L'intermittence complète n'est pas admise par tous les auteurs. Toutefois, Falret et M. Baillarger ne manquent pas de signaler, pendant l'intermittence, le retour à la santé, et cependant, il s'agit pour eux de cette période déjà avancée de la folie intermittente dont ils font des formes spéciales, la folie circulaire, la folie à double forme. Cette manière de

voir, en ce qui concerne l'état valide du cerveau, n'est pas partagée par nos distingués confrères MM. Krafft-Ebing et Schüle, qui, dans l'intervalle des accès des folies périodiques, circulaires, alternes, ne trouvent pas d'intermittence complète, mais bien un cerveau invalide avec des troubles intellectuels.

Cette divergence d'opinion nous paraît s'expliquer par ce fait que le cadre des folies périodiques, trop agrandi, laisse pénétrer un grand nombre de cas appartenant aux dégénérés. Du reste, M. Krafft-Ebing considère lui-même comme une manie périodique la dipsomanie qui est un des syndromes épisodiques, un des stigmates psychiques le mieux établi de la folie héréditaire.

M. Schüle également, laissant au second plan l'état des forces intellectuelles, tient compte, avant tout, de l'apparition d'accès maniaques, mélancoliques ou délirants à des époques plus ou moins régulières, et plusieurs des observations résumées de ses psychoses périodiques et circulaires appartiennent à des dégénérés. Une des observations notamment, obs. IV. des formes circulaires, est très démonstrative sous ce rapport : il s'agit d'un sujet qui, dès l'âge de 16 ans, est en proie à un accès mélancolique, chez lequel on voit plus tard intervenir la dipsomanie et qui, après, une série d'accès de manie périodique, tombe vers l'âge de trente ans dans la démence (1).

Quel est pour le clinicien l'élément important dans ce cas? Est-ce l'apparition irrégulière de ces accès maniaques ou mélancoliques, irresponsables assurément de la démence précoce? Ou bien, au contraire, n'est-ce pas ce sol, ce terrain sur lequel se développent ces syndromes passagers? Les mêmes réflexions s'appliquent aux prétendus cas de folie périodique ou circulaire qui guérissent après deux ou trois accès. Le pronostic, à n'en pas douter, repose tout

(1) Schule. *Traité clinique des maladies mentales.* Traduction française 1888, p. 300.

entier sur le substratum psychique, sur l'état mental primordial.

Dans ces conditions, pourquoi ranger ce malade à démence précoce dans les folies périodiques ou circulaires, puisque l'élément essentiel est non la périodicité, mais bien le caractère de dégénérescence qui en fait un héréditaire dégénéré? Si l'on admettait les dégénérés dans le cadre des folies périodiques, aurait-on le droit de repousser les paralytiques généraux par exemple? Eux aussi peuvent, à leurs moments, présenter ces accès périodiques, tout aussi nettement dessinés que ceux des dégénérés.

Et, d'autre part, si l'on décrivait comme une maladie distincte les accès maniaques ou mélancoliques périodiques survenus chez des dégénérés, pourquoi ne décrirait-on pas comme une manie, une mélancolie, les accès maniaques ou mélancoliques isolés que ces malades présentent? Mais ce sont des syndromes et non des maladies.

A notre avis, on ne doit ranger dans le cadre de la folie intermittente que les sujets non dégénérés, qui présentent des accès périodiques, circulaires, alternes, et chez lesquels ces accès à type intermittent font toute la maladie. Cette opinion a été également exprimée par notre regretté collègue Foville dans son article « folie à double forme » du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. « La folie, à double forme, dit-il, atteint presque toujours des personnes qui, considérées en elles-mêmes, en dehors de leurs ascendants et de leurs collatéraux, paraissent bien organisées de corps et d'esprit. »

Au début et pendant une longue période de la maladie l'intelligence est donc intacte, mais avec la répétition et la prolongation des accès quelques modifications interviennent.

La lucidité est entière, la portée intellectuelle ne diminue pas d'abord, mais on constate tantôt une certaine irritabilité, une activité remuante qui n'est pas ordinaire ; d'autres fois, au contraire, c'est de l'apathie et de la nonchalance qui

paraît d'autant plus accusée qu'on la compare à l'état habituel de santé du sujet.

Sur les diagrammes, ces changements dans l'état mental, pendant l'intermittence. sont indiqués par une ligne horizontale élevée ou baissée, plus ou moins rapprochée, suivant le degré du changement, de la ligne horizontale médiane qui représente l'état normal.

Plus tard, encore, il survient une tendance à la démence : un peu d'affaiblissement de la mémoire, de la lenteur dans les conceptions, moins de rectitude du jugement, moins de netteté de précision dans les idées; mais on ne doit pas perdre de vue à ce moment qu'en dehors de l'accumulation des accès, on doit encore tenir compte des progrès de l'âge, car ce n'est qu'après un grand nombre d'années et conséquemment sur des sujets déjà âgés que l'on commence à remarquer la déchéance intellectuelle.

Dans les accès cycliques, les phases mélancoliques et maniaques se continuent habituellement sans interruption; d'autres fois, un intervalle assez long, une véritable intermittence sépare les deux phases de l'accès : Falret père, MM. Jules Falret, Ludwig Meyer, d'autres auteurs ont cité des faits de ce genre que nous retrouvons, du reste, dans nos diagrammes.

D'autres fois enfin, la deuxième phase ne succède pas immédiatement à la première, il se produit un arrêt de courte durée, une fausse intermittence, sur laquelle a beaucoup insisté notre savant maître M. Baillarger. Dans la fausse intermittence le sujet n'est pas revenu à l'état normal et, malgré ses apparences de santé, il n'est pas mentalement ce qu'il était avant l'accès.

Lorsque la folie intermittente a pris la forme cyclique, il faut tenir grand compte de la probabilité de la succession des deux phases, s'attendre conséquemment à l'apparition rapide de l'accès maniaque après l'accès mélancolique, et se montrer très prudent pour la sortie du malade de l'asile

pendant cette période intercalaire. Dans ces cas, la sortie ne fait que hâter l'apparition de l'accès maniaque. Nous trouvons dans nos observations plusieurs exemples de ces rechutes rapides après des sorties prématurées de l'asile.

Les accès de folie intermittente offrent entre eux de grandes ressemblances ; dans les accès isolés surtout, s'ils sont courts, la ressemblance persiste fort longtempts et c'est à la longue, seulement, que se produisent des changements importants.

Pour les accès périodiques, la ressemblance est parfois frappante, surtout au début ; les accès semblent coulés dans le même moule, mais à la longue, ils se modifient. C'est ainsi qu'un malade de M. Dagonet à accès périodiques présentait des accès de trois semaines absolument identiques, suivis de trois semaines de lucidité ; mais au bout de quelques années, les accès se sont rapprochés et le délire a fini par devenir continu pour aboutir finalement à la démence.

Dans les accès cycliques, les phases homologues ont, en général, de grandes ressemblances, et ce n'est pas un des faits les moins curieux que de voir, à chaque cycle, le sujet se présenter constamment de la même manière dans un contraste permanent pour chaque phase, évoquant les mêmes souvenirs, exprimant les mêmes idées, les mêmes sentiments, les mêmes craintes, les mêmes joies, les mêmes sympathies, les mêmes antipathies, et cela dans les mêmes termes. Un malade de Marcé désignait du nom de crise rose et de crise noire les deux phases de ses accès cycliques.

Quant aux accès combinés, en dehors des accès cycliques, ils peuvent présenter les plus grandes variétés ; tantôt deux, trois accès maniaques suivent un ou plusieurs accès mélancoliques; d'autres fois, c'est l'inverse qui se produit, et si l'on voulait donner un nom à toutes ces variétés, on n'aurait plus seulement la double forme, la forme circulaire, les formes alternes, mais on trouverait facilement des triples,

des quadruples formes, des doubles, des triples alternes, etc.

Toutes ces variétés de forme pouvant se présenter chez le même malade, il n'est pas étonnant qu'en suivant l'histoire de nos intermittents, la même affection soit désignée, comme chez D. f^e A., par les mots de mélancolie, manie, folie périodique, folie à double forme, folie circulaire et plus tard même sous le nom de manie chronique.

Pour expliquer tous ces changements, on dit : c'est une transformation du délire, absolument comme on disait pour le délire de persécution, dans le délire chronique, qu'il se transformait en délire ambitieux. Ce n'est pas une transformation; c'est une évolution, ce sont des stades différents d'une seule et même maladie dont on prend à tort un caractère passagèrement prédominant pour en faire une espèce à part.

Parfois le début de l'accès est marqué par une particularité qui se reproduit dans les autres accès, surtout pour les accès isolés et périodiques; dans les accès cycliques, les phases homologues peuvent aussi être annoncées par un signe spécial. Un maniaque intermittent avait l'habitude, au début de l'accès, de prononcer avec la même intonation certains jurons qu'il accompagnait des mêmes gestes, d'une même attitude. Dès que ce malade, habituellement d'un langage fort convenable, prononçait le juron, on était sûr de voir paraître l'accès. Une autre malade, une femme, entrée plusieurs fois à Sainte-Anne, siffle au début de l'accès, si bien que la famille, sur cette simple indication : elle a sifflé, prend ses précautions, fait des démarches nécessaires pour son admission à l'asile, et, en effet, l'état de la malade réclame bientôt impérieusement la séquestration. Un malade de M. Schüle avait une hallucination au début de l'accès, il apercevait un oiseau gris devant sa casquette. La malade, M. f^e L., revêt un vieux peignoir au début de chaque accès cyclique ; ses enfants sont ainsi prévenus du retour de la maladie.

Les accès se montrent quelquefois périodiquement; cette périodicité chez la femme peut, dans quelques cas, se rattacher à la menstruation, parfois elle paraît suivre le cours des saisons. M^me^ M. f^e^ L. a eu plusieurs accès mensuels; M^me^ D. f^e^ A. a, pendant quatre années consécutives, présenté un petit accès vernal, sous forme d'exaltation maniaque.

Il me suffira de donner quelques observations à l'appui de ce qui précède, chacun de nous pouvant facilement, dans la pratique, trouver de nombreux exemples analogues.

Observation I. *Longue intermittence séparant deux séries de l'accès à double forme.*

M... Eugénie J. L..., âgée de 58 ans, entrée à l'admission le 10 juillet 1889, est petite-fille, du côté maternel, d'une femme qui aurait présenté un accès d'aliénation mentale. Une sœur de la malade est nerveuse et très émotive.

M... a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 24 ans. Au point de vue moral et intellectuel elle aurait été, pendant son enfance et son adolescence, tout à fait normale. Elle s'est mariée à 22 ans, et deux ans après, elle est accouchée d'un fils. C'est à ce moment que remonte le début de sa maladie actuelle.

Pendant sa grossesse, elle éprouva une vive émotion, un grand chagrin. Son mari perdit sa place du jour au lendemain et dut quitter sa femme pour aller au loin gagner sa vie.

La malade se retira chez ses parents où l'accouchement eut lieu dans des conditions tout à fait normales. Elle nourrit son enfant pendant 2 mois, au sein, puis lui donna le biberon. Elle vivait chez ses parents, très chagrinée de l'absence de son mari.

Six mois après l'accouchement, elle fut prise pour la première fois, en revenant de l'église, d'une excitation assez grande. — L'agitation augmentant, on dut la placer, le 12 août 1855, à l'asile de la Madeleine à Bourg. Elle avait 24 ans. L'accès maniaque avec délire général dura une quinzaine de jours, puis le calme se rétablit peu à peu, et la malade sortit guérie le 6 septembre, après un séjour de trois semaines environ à l'asile.

Quelque temps après, le mari de la malade, qui exerçait le métier de mécanicien, obtint une place fixe, et put garder auprès de lui sa femme qui le suivit d'abord à Orléans, puis à Limoges. Ils s'établirent dans cette dernière ville en 1858 et y firent un séjour d'à peu près dix ans. Au mois de septembre 1858 elle accoucha d'un deuxième fils et le nourrit au sein sans accident.

Au mois de février 1861, la malade accouche d'un troisième enfant et le nourrit encore elle-même. Au 9e mois de l'allaitement survient un nouvel accès d'excitation, qui dure en tout 16 jours, et pour lequel elle entre à l'asile de Naugeat, d'où elle sort guérie le 14 octobre 1861. De retour chez elle, elle reprend sa vie habituelle et s'occupe de son ménage; mais, au bout de cinq semaines, elle est reprise d'un nouvel accès de manie qui nécessite, le 22 novembre 1861, son entrée à l'asile de Naugeat, où reste jusqu'au elle 31 décembre de la même année.

A cette époque se place une série d'accès plus ou moins longs pour lesquels la malade n'a pas été internée. Les accès ne surviennent pas à époque fixe et n'ont pas tous le même caractère. Ainsi nous trouvons au mois de septembre 1862 un court accès d'exaltation maniaque, au mois d'août 1863 un nouvel accès à peu près semblable. A partir de l'année 1864 et jusqu'en 1878, les accès prennent le caractère de la double forme (manie-mélancolie) et surviennent tous les 5, 6, 7 mois. Tout en se ressemblant dans leur composition, ils se distinguent par la durée et l'intensité de chacune des phases qui est de 3 à 5 jours, pour la phase maniaque, et de 4 à 8 jours pour la phase mélancolique.

Au mois d'août 1879 et au mois de janvier 1880, la malade a eu deux courts accès d'exaltation et, à partir de cette époque, c'est-à-dire depuis 1880 jusqu'au mois de juin 1884, la malade reste bien portante. A cette époque elle présente un nouvel accès de courte durée, composé d'une phase de manie suivie d'une phase mélancolique, et au mois de juin de l'année suivante, un accès semblable. Au mois d'octobre 1885 et au mois de mai 1886 se placent deux accès très courts d'exaltation.

Au mois d'octobre 1886 commence une série d'accès constitués par une période d'exaltation suivie d'une période de dépression. A partir de ce moment, les accès ne sont plus séparés que par des intervalles d'un mois à un mois et demi. La phase maniaque reste la même à peu près et est de courte durée (3 à 5 jours), mais la phase mélancolique devient plus longue, dure de 10 à 18 jours, et la dépression est beaucoup plus profonde.

L'accès qui a motivé l'internement de la malade le 10 juillet 1889 a eu un stade d'excitation de 4 jours et un stade de mélancolie de 15 jours. L'accès a débuté le 4 juillet; le 8, la malade était déjà triste, et, le 23 du même mois, tout est rentré dans l'ordre.

L'exaltation ne débute pas d'emblée; elle est précédée d'une courte période prodomique, caractérisée par des symptômes qui permettent d'annoncer l'accès.

La malade devient un peu plus active; elle possède un vieux peignoir presque hors d'usage qui reste toujours accroché au fond d'un placard. Avant chaque accès ,elle revêt ce peignoir et ne le quitte

plus jusqu'à la fin de l'accès. Elle se sent ainsi, dit-elle, plus à l'aise pour travailler, et ne lave jamais son linge à la maison, mais, avant chaque accès, elle ramasse tout son linge, tous ses chiffons et se met à les blanchir elle-même. La malade est assez casanière; elle ne fait jamais de visite et s'intéresse médiocrement à ses parents. Cependant un ou deux jours avant le début de l'excitation, elle va régulièrement voir sa nièce pour laquelle elle ne manifeste aucune affection en temps ordinaire.

Elle ne dort pas ou dort mal, se promène la nuit.

Cette période prodomique dure un jour ou deux et alors commence l'excitation. La malade devient bizarre, exubérante, parle seule; ses paroles sont incohérentes; ce sont des mots isolés ou des lambeaux de phrases qui n'ont aucune signification. Elle rit par moments et pleure sans motifs. En même temps elle se promène partout, va et vient, se couche n'importe où, par terre, dans un escalier, se lève et se met à marcher très vite, puis tout d'un coup s'arrête, lève les bras en l'air et tourne sur elle-même. Elle s'empare d'un torchon, d'un tablier, frotte les murs, les tables, les chaises qu'elle soulève et dont elle nettoie les quatre pieds, non pas automatiquement, mais avec une certaine intelligence et en paraissant absorbée par son occupation. Dans ces moments elle ne fait aucune attention à ce qu'on lui dit et ne répond pas ou répond par la première phrase qui lui vient à l'esprit. Elle n'est pas violente. C'est une simple suractivité avec une série d'actes insolites qui dure 3 à 6 jours. Elle n'a pas d'hallucinations pendant cette période.

Le passage à la période de dépression se fait pendant la nuit. La malade se couche excitée et se lève le lendemain triste, abattue, les traits tirés, les yeux cernés, la face bouffie. Elle ne fait pas sa toilette, ne se peigne pas et reste la plupart du temps assise, le corps courbé, la tête penchée, le menton contre la poitrine. Elle ne reste pas immobile : par moments elle balance légèrement sa tête de droite à gauche et fait quelques mouvements des bras et des jambes.

Quand on s'approche d'elle et qu'on lui adresse la parole, elle se pelotonne davantage sur elle-même en détournant la tête et laisse entendre tantôt un marmottement inintelligible, tantôt des soupirs.

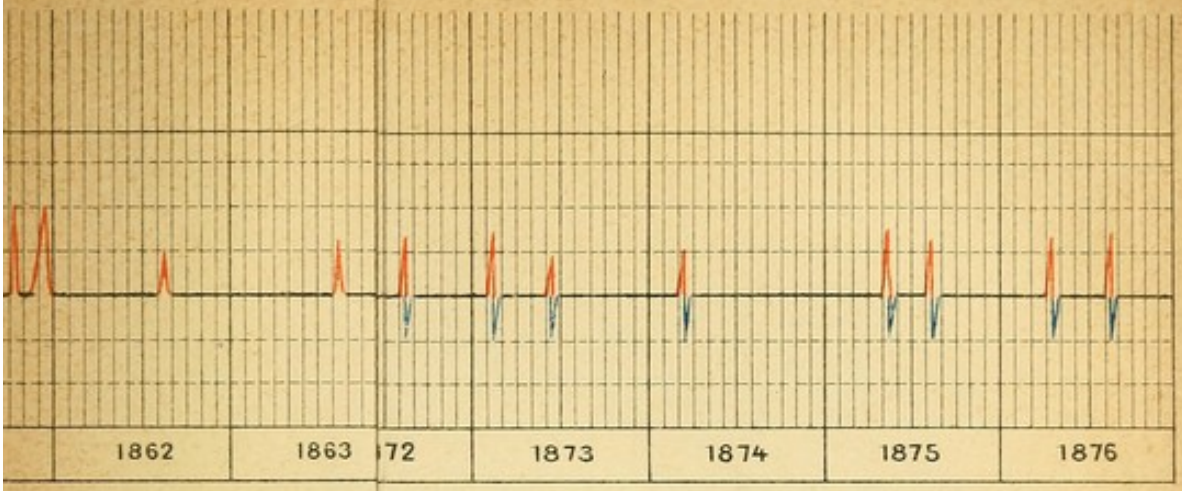
Quelquefois elle se lève et va se blottir dans un coin ou erre dans la pièce en repoussant les chaises qu'elle rencontre ou passant d'une main à l'autre son mouchoir.

Elle ne mange que quand on l'y invite; une fois à table, elle accepte les aliments sans résistance.

La nuit, elle ne dort pas du tout ou dort peu; elle roule et déroule ses draps, remue et retourne son oreiller; quelquefois on la trouve pelotonnée, assise par terre dans un coin de sa cellule. La malade doit avoir peur; elle s'imagine que ses enfants sont perdus.

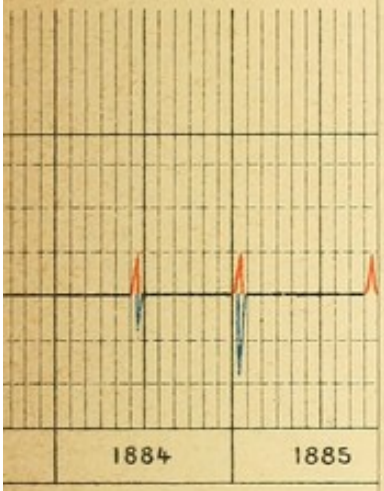
Elle est tentée par le diable et par des esprits invisibles : « Je ne les ai jamais vus, dit-elle, mais j'ai éprouvé les tourments de la

DIAGRAMME



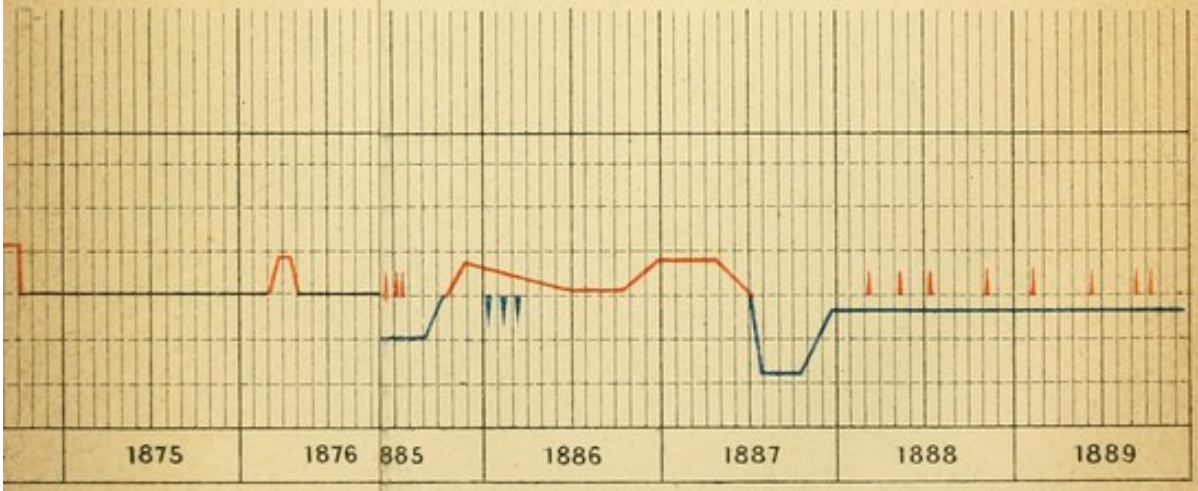
hement et accès maniaques
mois de l'allaitement.

Accès à double forme



.....

A



6. 74.
ob. 74.
ittente).

(Folie

ambitieuses
accès mé-
ue.
re).

Bouffées mélanco
-liques pendant
l'accès maniaque.

Transférée à
Ville-Evrard
le 25. 2. 87.
En Mars
idées de grandeur.

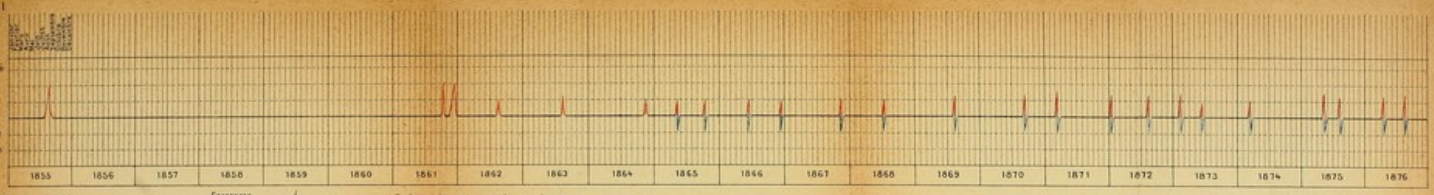
Manifestation des idées de grandeur
quand on l'interroge, mais la teinte
mélancolique dépressive prédo-
mine.
(L'intelligence baisse).

Recl

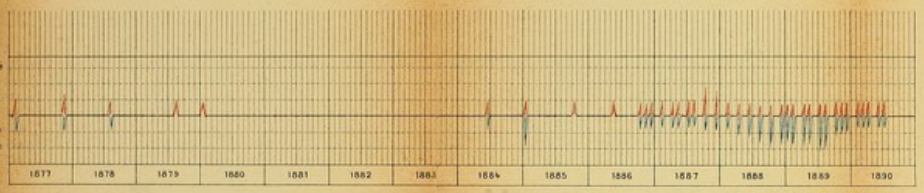
Paris, Lith. Dufrénoy.

DIAGRAMMES DE LA FOLIE INTERMITTENTE (MAGNAN).

OBSERVATION I



1re Entrée le 12. 8. 55. à l'asile Ste Madeleine, à Bourg. — Bonne santé — Grossesse, Accouchement, Allaitement — sans accident — 3. Accouchement et accès maniaques au 9e mois de l'allaitement. — Accès à double forme — Accès à double forme



Accès à double forme — Bonne santé — Accès plus fréquents — Entrée: 10 Juillet 1889. Durée et caractère du cycle (1).

(1) 1re Phase maniaque de 3 à 5 jours.
Se couche excitée, se lève triste, déprimée; Activité, besoin de mouvement, exaltation même vers perpétrer, frotte, cire les meubles, lave son linge, etc.

2e Phase mélancolique de 8 à 10 jours.
Immobilité interrompue de temps à autre par des frayeurs, démonomanie, hallucinations, révolte et lutte contre des excitations génitales.

OBSERVATION II



1er accès à 33 ans. — Entrée: 18. 7. 68. Sortie: Fin Mai 69. (Mélancolie) — Bonne santé — Entrée: 23. 3. 72. Sortie Commencement de Sept^bre. Invasion et déclin rapides (Manie). — Bonne santé — Entrée: 2. 6. 74. Sortie: Août 74. (Manie intermittente) — (Folie periodique — Accès vernal) — Entrée: 5. 2. 80. Sortie: Fin Sept. (Manie intermittente). — Bonne santé — Entrée: 23. 6. 83. Sortie: 2. 3. 84. (Folie à double Forme). — Entrée 31. 7. 84. (Folie circulaire). — Bouffées ambitieuses pendant l'accès mélancolique. — Bouffées mélancoliques pendant l'accès maniaque. — Transféré à Ville Evrard le 25. 2. 87. En Mars idées de grandeur. — Manifestation des idées de grandeur quand on l'interroge, mais latente mélancolique dépressive prédominante. (L'intelligence baisse.)

volupté, toutes les sensations de la chose ». Elle s'imagine alors être en enfer et se sent prise d'une angoisse extrême. Elle entend parfois frapper de petits coups sous son lit. « C'est le diable qui vient me tenter », dit-elle. Elle éprouve des désirs voluptueux ; descend de son lit, reste d'abord nu-pieds sur le plancher pour calmer ses sens, et, s'imaginant que le diable ou un esprit invisible s'est glissé sous la couverture, elle défait son lit, tourne et retourne l'oreiller et les couvertures dans tous les sens pour les en chasser.

La terminaison de l'accès est annoncée par une nuit de bon sommeil. Au réveil la malade est encore un peu hébétée, mais elle commence à parler, à s'intéresser à son intérieur, et le lendemain elle revient à son état normal.

L'accès une fois terminé, la malade se retrouve en pleine possession d'elle-même. Elle travaille, s'occupe de son ménage.

Elle garde seulement un souvenir très confus de ce qui s'est passé pendant son accès. Elle garde un souvenir très précis des faits éloignés, et l'intelligence semble normale pendant les intervalles des accès.

La malade a présenté 18 accès cycliques semblables depuis le mois de janvier 1886 au mois de juin 1889.

Depuis son entrée à l'admission (juillet 1889) jusqu'à ce jour, les accès, au nombre de dix, ont continué à se produire avec les mêmes caractères.

La malade a été pesée à deux reprises pendant un même intervalle de santé. Le 19 août 1889 elle pesait 52 kilogrammes, le 5 septembre 1889 son poids était de 50 kilogrammes.

Le 19 novembre 1889, au milieu d'un accès cyclique dont le début remontait au 14 du même mois, dans la période de dépression, la malade a été pesée de nouveau. Elle pesait 49 kilogrammes.

La température, qui a été prise au moment où l'on a pratiqué les injections d'hyoscine, c'est-à-dire à la fois dans la phase maniaque et la phase dépressive, s'est maintenue en moyenne à 37°,5 le pouls était à 76, le nombre des mouvements respiratoires 18 par minute.

La malade a eu cinq accès, du 24 décembre 1889 au 15 juin 1890. Pendant deux de ces accès on a fait à la malade quotidiennement une injection de chlorhydrate d'hyoscine (1 demi et 1 milligramme). Le soir ces injections produisaient une période de calme et de sommeil momentanés, mais elles ne semblent pas avoir eu d'influence sur la marche de l'accès, pas plus que sur la durée de la phase d'excitation qui a été de cinq jours pour le premier accès et de trois jours pour le second.

Ces accès, pendant lesquels la malade a eu tous les soirs une injection d'un 1/2 milligramme pour le premier accès, de 1 milligramme pour le second, ont duré le premier 11 jours, le second 10 jours.

Les trois autres accès, qui ont eu lieu en mars, avril et juin et pendant lesquels on n'a pas eu recours à l'hyoscine ont été beaucoup plus courts, le premier a duré 48 heures, le second 6 jours, le troisième 9 jours.

Le sulfate de quinine au début de l'accès n'a pas donné de résultats appréciables.

Observation II. — *Folie intermittente; accès intermittents périodiques, double forme, circulaire.*

Mme D. fe A., âgée aujourd'hui de 55 ans, est entrée à Sainte-Anne pour la sixième fois le 31 juillet 1884. La mère a fait un séjour momentané à la Salpêtrière pour un accès de folie puerpérale; sa tante maternelle avait également été traitée à l'hospice de l'Antiquaille à Lyon; un de ses frères a été mélancolique pendant six semaines.

Elle a un léger strabisme, mais dans son enfance elle s'est montrée régulière, laborieuse à l'école, elle a appris facilement; plus tard elle était bien pondérée, calme, raisonnable. Elle se marie à 20 ans et l'année suivante elle a, au troisième mois d'une grossesse, une fausse couche qui n'amène aucune modification intellectuelle.

Elle s'occupait régulièrement de son intérieur, le ménage vivait heureux lorsque en juillet 1868, alors âgée de 33 ans, sans cause appréciable, elle devient triste, inquiète, se trouve insuffisante, incapable de travailler, de diriger sa maison, elle craint de tomber dans la misère.

Au bout d'un mois de dépression mélancolique la tristesse augmente, des hallucinations surviennent; elle entend des menaces, on la vole; il n'y a autour d'elle que des diables déguisés; elle se dit damnée, elle ira en enfer; elle ne veut pas rester à charge à sa famille. Sous l'influence de ces idées délirantes, elle forme des projets de suicide et elle tente de se jeter par la fenêtre et dans un puits.

Elle entre à l'asile Saint-Anne le 18 juillet 1868 en plein délire mélancolique avec hallucinations, démonopathie, scrupules, autoculpabilité, idées de suicide et refus d'aliments.

L'acuité délirante persiste pendant près de cinq mois, l'accès dure neuf mois et la malade sort guérie de Ville-Évrard en mai 1869.

Elle reprend sa place dans le ménage, s'occupe régulièrement de son intérieur, et passe trois ans en bonne santé, « sans aucun trouble intellectuel, dit le mari, absolument comme autrefois ».

Tout marchait bien, lorsque le 20 mars 1872, à table, pendant le dîner, en présence d'un invité, elle s'exalte, s'anime, élève la voix, devient loquace, parle de spiritisme, de Dieu, se dit impératrice, elle veut distribuer de l'argent à tout le monde.

Elle est conduite à l'asile le 23 mars et pendant trois mois et demi

elle reste agitée, ambitieuse, incohérente; elle crie, prononce quelquefois des paroles ordurières et injurie son entourage.

Au commencement du mois d'août le calme et la raison reviennent en quelques jours; elle se tient convenablement, désire travailler, demande avec intérêt des nouvelles des parents et des amis. Au bout de trois semaines de convalescence, elle sort de l'asile et reprend avec la plus grande régularité ses occupations du ménage pendant un an et demi.

Au début d'une grossesse, en septembre 1873, elle change de caractère, elle devient irritable, difficile à vivre, injurie son mari, se montre brusque à son égard. Vivement préoccupée de sa grossesse, elle s'imagine avoir une bête dans son sein, être enceinte d'un animal. Au mois de mars 1874, à la suite d'une visite M. Nonat qui lui affirme qu'elle a une grossesse régulière, elle se montre moins triste, mais elle reste irritable.

Elle accouche à terme d'un garçon bien portant. Après les couches elle devient plus agitée et, le cinquième jour, elle s'enfuit de la maison; elle est arrêtée dans la rue, où elle crie, gesticule, allaite son enfant et provoque un rassemblement. Elle entre à l'asile, où au bout de trois mois l'agitation cesse rapidement.

Elle reprend sa vie ordinaire et passe six ans chez elle, assez bien portante, sauf toutefois pendant quatre ans, où elle éprouve, au printemps, un court accès d'excitation maniaque.

Dans le courant de novembre, elle devient encore irritable, ne peut supporter aucune observation, repousse et injurie son mari. Huit jours avant l'entrée, l'excitation prend de grandes proportions il survient du délire ambitieux : elle aura beaucoup d'or, elle puisera à pleines mains dans le tiroir: elle veut donner aux voisins ses effets, son mobilier; elle prend les provisions du buffet et les jette par la fenêtre prétendant qu'elle pouvait en acheter d'autres. Elle se dit reine de France, elle aura des ministres, elle se fera conduire dans son château.

Dès son arrivée, elle s'affuble de rubans rouges, de décorations, se met sur la poitrine des plaques de fer-blanc, des fonds de boîtes de sardines, elle se dit princesse, reine, présidente; elle parle avec arrogance, donne des ordres; « On doit, dit-elle, lui obéir ».

Elle commence à se calmer au mois d'août, et au bout de quelques jours le délire cesse; elle enlève ses décorations, elle devient tranquille, raisonnable, reconnaît l'erreur de toutes ses idées extravagantes.

Pendant près de deux ans, de septembre 1880 à juin 1882, elle reprend sa vie ordinaire, sans aucun trouble mental. Vers le mois de juillet 1882 elle commence à s'exciter, devient remuante, elle s'exalte, bavarde, fait des visites, néglige son ménage, est très irrégulière en toute chose. De novembre 1882 à février 1883 le tableau

change; elle devient triste, déprimée, n'a plus de courage, plus d'énergie, reste au lit une partie de la journée.

En avril 1883, l'excitation recommence avec les mêmes caractères ; en juin il survient une agitation violente avec prédominance d'idées ambitieuses, et la malade entre à l'asile Sainte-Anne le 23 juin. L'état maniaque dure sept mois, et le calme revient dans le courant de mars 1884. Elle sort de l'asile, et jusqu'au mois de juillet sa santé se maintient assez bonne, sans trace de délire. A ce moment, son mari tombe malade, elle devient triste, vivement préoccupée de son avenir, elle craint de manquer de tout, elle néglige le ménage, ne mange pas, se lamente; puis elle aperçoit des hommes la nuit, elle entend des menaces; on la traite de pestiférée.

Elle entre à Sainte-Anne le 31 juillet 1884. L'accès de délire mélancolique continue pendant six mois; mais à deux reprises survient, sans nulle cause appréciable, une bouffée délirante gaie; tout à coup elle s'anime, le regard devient brillant, le visage s'injecte; il lui semble que tout lui appartient, se dit issue d'une grande famille, elle donnera des fêtes dans le château, elle fera le bonheur de tous, elle sauvera le pays; et, pendant une demi-heure, elle manifeste la joie par des chants, des danses, des paroles bienveillantes, puis toutes ces idées brillantes disparaissent, l'activité musculaire diminue et la malade retombe dans son état mélancolique.

En janvier survient un accès de manie qui ne dépasse pas l'exaltation et qui est suivi, en février, d'une longue phase de dépression mélancolique d'une durée de huit mois, traversée de temps à autre par de très courtes et brusques phases d'excitation avec délire ambitieux.

Du mois d'octobre 1885 à juillet 1887 elle reste excitée avec les mêmes idées ambitieuses, mais de temps à autre, brusquement, survient une bouffée mélancolique de quelques heures, pendant laquelle D. f^e^ A. s'attriste, pleure, se préoccupe de sa santé, prétend qu'elle va mourir, qu'on lui en veut, qu'elle est damnée. De juillet à décembre 1887 elle tombe dans un accès mélancolique avec des hallucinations, des idées de ruine, de damnation, la crainte d'être brûlée vive. Le délire reste très actif jusqu'au commencement de 1888, où la malade est triste, déprimée, mais plutôt apathique et sans conceptions délirantes très accusées. De temps à autre, sur ce fonds général de tristesse, survient une bouffée ambitieuse, mais très courte et moins active qu'en 1884 et 1885. Les facultés paraissent en outre légèrement s'affaiblir et l'intelligence baisser.

Observation III. — *Folie intermittente; accès mélancoliques, suivis d'accès à double forme, alternes, circulaires.*

M. V... K... négociant, âgé de 62 ans, fils d'une mère névropathe, a une sœur aliénée, en traitement dans une maison de santé. Quant

à lui, très intelligent, il a fait de brillantes études et, de très bonne heure, il a été envoyé aux colonies où il s'est occupé avec beaucoup de succès d'affaires considérables.

En 1851, à 26 ans, il a été pris rapidement et sans cause appréciable, d'un accès de mélancolie avec idées et tentatives de suicide qui dure quatre mois. De 1851 à 1870 deux autres accès se produisent semblables au premier, mais un peu plus prolongés.

Ces accès sont séparés par de longs iutervalles de lucidité, de calme et de raison, sans modifications des sentiments ni des penchants, sans changement du caractère. Dans cet espace de 20 ans M. V... se marie et, par son intelligence, son travail, sa prudence et son activité, se crée à Java une position importante.

A partir de 1870, la maladie mentale prend des allures plus graves; un accès maniaque de quatre mois est suivi de dépression mélancolique pendant cinq mois.

Deux autres accès à double forme (manie-mélancolie) évoluent de 1871 à 1873; ils sont plus rapprochés, laissant entre eux, des intervalles de lucidité plus courts et moins complets.

Les huit années qui séparent 1873 de 1881, sont marquées par deux périodes délirantes, séparées par un intervalle lucide d'un mois à peine.

La phase d'exaltation maniaque très violente est relativement courte, la période mélancolique est, au contraire, fort longue et dure la première fois deux ans et demi, et plus de quatre ans dans le second accès.

Dans ces derniers accès, le stade dépressif non seulement se prolonge, mais il perd les caractères de la mélancolie simple, il est fréquemment entrecoupé de bouffées d'excitation, pendant lesquelles le malade, d'une irritabilité extrême, se répand contre tout et contre tous, en récriminations aussi méchantes que peu justifiées; on voit en outre survenir des préoccupations hypochondriaques qui donnent lieu à de bruyantes manifestations. Après un mois d'accalmie un nouvel accès maniaque se produit, suivi d'un stade dépressif de près de trois ans. Puis encore, sans intermittence appréciable, se montre l'excitation, qui nécessite la séquestration du malade dans un établissement de Paris.

Dans le cours de ces quinze années, de 1870 à 1885, pendant les périodes d'exaltation, M. V... K..., mettant ses aptitudes intellectuelles au service de son activité maladive, a su accumuler à son actif les incidents les plus variés : écrits multiples à toutes les autorités, enquêtes nombreuses, actes extravagants, dépenses et prodigalités absurdes ayant à la fin provoqué l'interdiction ; violence ou tentative de corruption sur les domestiques, évasion avec leur complicité, etc.

De mars 1885 à octobre 1887, après une période expansive de

quelques mois il n'y a plus de forme délirante nettement définie; c'est un mélange incohérent d'excitation avec idées ambitieuses et de dépression avec préoccupations hypochondriaques, mais derrière ces manifestations multiples commence à se faire sentir un certain degré de déchéance intellectuelle.

Dans deux longues visites que nous avons faites, M. Charcot et moi, à M. V... K..., à huit jours de distance, nous l'avons trouvé dans deux dispositions mentales très différentes. La première fois, il était resté au lit, il se disait accablé, très malade, néanmoins il finit par entrer dans des détails confus sur de nombreux méfaits dont il prétend avoir été l'objet. Il s'interrompait souvent dans sa conversation pour pousser un cri rauque ou exhaler un grand soupir comme s'il eût éprouvé une violente douleur, mais son pouls restait calme, et sa physionomie n'éprouvait aucune souffrance : c'était, en quelque sorte, un tic plutôt que la traduction d'un malaise réel. D'ailleurs, il continuait tout aussitôt son récit sur le même ton.

La seconde fois la scène est toute autre ; M. V... K... est levé, alerte, très actif et s'empresse de commencer un discours qu'il avait longuement préparé, mais qui n'en est pas moins incohérent et plein de contradictions. Il s'étend tout d'abord sur ses habitudes de luxe, sur ses besoins de confort, qu'il met en opposition avec la situation misérable « qui lui est, dit-il, faite » ; mais aussitôt il raconte que, dès qu'il sera libre, il donnera tout ce qu'il possède. Il déshéritera sa famille et ne conservera qu'une petite pension ; « Ça lui suffira », dit-il. Il a des goûts modestes, il vivra simplement, et, en oubliant ce qu'il vient de dire, il trace de ses besoins un tableau tout différent.

On a prétendu, ajoute-t-il, qu'il gérait mal sa fortune, et il fait lui-même le récit de ses prodigalités, ne se rendant pas compte de l'absurdité de la plupart des actes dont il se vante.

En s'animant peu à peu, il parle ensuite de ses grandes relations, de sa haute intelligence, des nombreux procès qu'il a intentés à tous ceux qui lui ont nui, et se complaît dans des récits contradictoires et diffus.

Tel est actuellement son état mental, et nous devons ajouter que l'évolution des accidents dans les dernières années ne laisse plus guère l'espoir d'une intermittence de quelque durée. Le mal a progressé d'une façon lente et méthodique. Après des accès longtemps espacés, les intervalles lucides se sont raccourcis, les périodes délirantes se sont étendues, le contenu du délire a changé de caractère et nous touchons aux périodes ultimes où le niveau intellectuel commence à baisser.

Observation IV. — *Folie intermittente ; succession irrégulière d'accès maniaques et d'accès à double forme.*

G..., Eugène, 46 ans, entré dans le service de l'admission le 30 avril 1889, est né d'une mère qui, après une attaque de paralysie, est morte à l'asile de Vaucluse à l'âge de 63 ans. Elle était très gaie, d'un caractère un peu léger ; la moindre des choses la remuait : « elle s'emportait comme une soupe au lait. » Le père est inconnu.

Une sœur a été internée à la Salpêtrière, il y a une vingtaine d'années, pendant un mois. Elle était mélancolique, ne parlait pas, restait immobile, blottie dans un coin. Elle était très coureuse, on ne pouvait la tenir à l'âge de 18 ans. Mariée aujourd'hui, elle n'a pas d'enfants.

Une tante maternelle n'a pas la tête très forte, elle n'a pas d'énergie. Lorsqu'elle vient à Paris, les voitures lui font perdre la tête.

Les grands-parents maternels, morts âgés, ont toujours été bien portants.

Quatre enfants intelligents et bien portants, un enfant mort à 6 ans de méningite.

Lui-même aurait joui d'une bonne santé jusqu'au moment de son mariage vers 1870. Il n'a jamais fait d'autre service militaire que celui de garde national pendant le siège de Paris. Au moment où il quitta le service, son retour dans ses foyers fut une véritable odyssée. C'était en pleine Commune. Il fut traqué dans les rues de Paris et faillit être fusillé, tant par les communards que par les Versaillais. Enfin il retrouva sa femme, il était sain et sauf, mais très ému. Le quatrième jour qui suivit son retour, il commença à déraisonner ; il disait à sa femme en parlant de sa fille : « Ma petite fille est morte ; cette enfant-là est une poupée à ressort. » Cette idée-là le faisait pleurer. Puis il s'est excité peu à peu. Son accès d'agitation a duré huit jours. On dut le maintenir. Le malade porte à la tempe droite une cicatrice résultant d'un coup qu'il s'est donné, à ce moment, avec un verre qu'il tenait à la main. Il se rétablit peu à peu complètement et il resta sept ans sans rien présenter d'anormal. Il était ébéniste, établi pour son compte, sobre et rangé au dire de sa femme.

2e *accès.* — En 1878, trois mois après la mort de sa mère, il fut pris d'un accès maniaque, pour lequel il entre à Sainte-Anne le 3 novembre. Il était très agité, criait, chantait, se roulait à terre, ne répondait aux questions que par des propos incohérents. Quelque temps avant l'explosion de l'accès, les nuits étaient sans sommeil ; il se levait, était inquiet. Cet accès dura trois semaines seulement.

3e *accès*. — L'année suivante, au mois de novembre 1879, le malade eut un nouvel accès ; celui-ci débuta par une période de mélancolie, qui dura quelques jours. Il était triste, anxieux, craignait de ne pas réussir dans ses affaires. Puis, à la suite d'un repas copieux, où il avait beaucoup bu, survint une crise d'excitation violente qui dura peu de jours. Il voyait des gens armés qui le poursuivaient. C'est à ce moment qu'on fut obligé de le conduire à Sainte-Anne (le 9 novembre). Cette crise d'agitation fut suivie d'une seconde période de dépression mélancolique pendant laquelle le malade se lamentait, pleurait, tenait les yeux fermés ; il présentait des hallucinations de la vue et de l'ouïe, avait des idées vagues de persécution. La guérison survint au bout de trois semaines environ.

4e *accès*. — En août 1883, après une période de quatre ans pendant laquelle il est resté bien portant, le malade a un nouvel accès « à l'occasion, dit sa femme, de la mort d'un enfant ». Il eut encore des hallucinations, des idées de persécution, une période d'excitation avec gesticulations et cris, de l'insomnie persistante.

5e *accès*. — Le 3 novembre de la même année, un accès du même genre survint encore. Il avait présenté, avec de l'insomnie, une excitation génitale très grande. Sur le refus de sa femme de le satisfaire, il l'accusait de vouloir le faire enfermer, d'en avoir assez de lui. Il disait des choses incohérentes, il était très excité, halluciné, inquiet. Il sortit de l'asile de Vaucluse à la fin de décembre 1883.

6e *accès*. La veille du jour de l'an 1885, il eut un nouvel accès précédé d'une période d'insomnie, puis peu à peu l'excitation s'accrut. Il voulait tout casser chez lui. Il disait des injures à sa femme et lui en demandait pardon. « C'est un accès qui va passer », disait-il. Il entra à l'asile le 12 janvier et sortit au bout de 4 semaines.

7e *accès*. Le 7 juin 1886, il entrait de nouveau à Saint-Anne, présentant cette fois des phénomènes très nets de dépression mélancolique. Son attitude était anxieuse, il regardait autour de lui, ne pouvait rester en place, paraissait halluciné, se figurait être ruiné, dans la misère, s'imaginait devoir mourir prochainement. Cet accès avait débuté par de l'insomnie. Il était énervé, inquiet, appelait des gens morts depuis longtemps. Sort de Sainte-Anne le 12 juillet.

8e *accès*. Il rentre à l'asile le 20 juillet, sans avoir fait d'excès de boisson, avec des symptômes d'excitation : cris, gesticulations, propos incohérents. Le soir même de sa dernière sortie il était drôle, agacé, n'avait pas dormi de la nuit. Il causait avec les photographies. Il était furieux contre sa femme ; elle le trahissait, parce qu'elle refusait d'avoir des rapports avec lui. La crise diminua d'intensité après trois semaines. Il fit un séjour de 16 mois à Saint-Anne, et en sortit le 15 septembre 1887.

9e *accès*. Après sa sortie il resta un an chez lui, travaillant tranquillement à son métier d'ébéniste. En août 1888, il a été sombre,

inquiet pendant 8 jours. Sa femme avait peur qu'il ne tombât malade, mais cela n'a rien été. Avait maigri un peu. Céphalalgie.

10e *accès*. Le 3 mars 1889 il entrait encore à Sainte-Anne. Trois semaines auparavant, il avait changé subitement; son attitude, ses manières n'étaient plus les mêmes, il devenait brusque. Depuis ce moment, il ne dort pas la nuit et se plaint de douleurs de tête. Il a de l'excitation sexuelle. Il injurie sa femme; « Tu me trahis », lui dit-il, puis il ajoute : « C'est une bonne femme, je ne voudrais pas lui faire du mal. » Il se livre à l'onanisme, l'excitation augmente : il envoie des baisers, il embrasse son mouchoir, fait des gestes obscènes et désordonnés; il pleure, rit pour un rien, parle bas de toutes sortes de choses, évoque des souvenirs de tout ordre. Il adresse à son entourage des injures grossières et supplie qu'on ne réponde pas. Il crie, chante, est incohérent : « Je suis entré dans les premiers moments que les instruments, par trahison du chef, la police du colonel, l'arrestation. »

Cette période d'agitation est suivie d'une phase de dépression d'environ 8 jours, pendant lesquels il est triste, il pleure, se lamente.

Il garde un souvenir assez net de son délire : « J'étais malade, j'avais des idées comme cela, j'étais agité. » — Il sort le 24 avril 1889.

11e *accès*. — Le jour même de la sortie sa femme remarque un peu d'excitation. Les nuits sont mauvaises, il ne peut pas dormir; il voit des étincelles, des éclairs: « C'est du feu, comme si on l'électrisait. » — Il parle de la guerre, de la Commune. Il a de l'excitation génitale : « Viens vite, tu es ma femme pourtant. »

Il rentre à l'asile le 30 avril et en sort le 3 juillet, mais il ne peut rester que 6 jours chez lui.

12e *accès*. — Il rentre à Saint-Anne le 9 juillet dans un nouvel accès maniaque, il s'améliore au bout d'un mois, mais en septembre nouvelle recrudescence dans le service; au moment où il était question de sa sortie, on a dû pendant quelques jours l'isoler.

Les accès débutent par une période prodromique d'insomnie, d'agitation pendant la nuit; le malade se lève, ne peut dormir.

L'excitation est caractérisée chez lui par de la loquacité, de l'incohérence de langage, une propension très marquée à l'acte génital, une gesticulation désordonnée. Très halluciné, le malade envoie des baisers, rit sans motifs. Son passé relatif à la guerre et à la Commune lui revient à la mémoire, il en évoque les souvenirs. Il dit des injures et supplie souvent de ne pas lui répondre.

La dépression se manifeste par des idées de ruine, de misère; il se figure devoir mourir dans un avenir prochain; il est anxieux, inquiet, se lamente et pleure. Il a des idées vagues de persécution, quelquefois de la céphalalgie. Ordinairement cette période s'accompagne d'amaigrissement.

Il revoit ses parents morts depuis longtemps, se souvient des

maladies qu'ils ont eues, des circonstances de leur mort.

Le 26 novembre, pendant l'examen, il ne peut fournir aucun renseignement, ne se souvient pas de la date de son entrée. — Par moments, contraction brusque du haut du front. — Ne dormait pas, dit-il, depuis deux nuits.

Quelques engourdissements dans les bras.

Le 25, légère excitation. 26, exaltation maniaque. 28, excitation maniaque.

Observation V. *Folie intermittente : accès mélancoliques, maniaques, à double forme circulaire.*

L. Eulalie J. M., née le 13 février 1820.

Antécédents héréditaires : la mère a eu une hémiplégie droite à âge de 68 ans. Morte un an après cette hémiplégie.

Rien à constater chez les collatéraux.

Une fille morte à l'âge de 3 ans et demi en nourrice.

Une fille mariée, âgée de 38 ans, est névropathe, elle est tantôt déprimée, tantôt surexcitée, mais n'a jamais présenté aucun trouble mental.

Un fils bien portant.

Antécédents personnels : La malade a eu une jeunesse indemne de tout accident nerveux, sa santé physique a été toujours bonne et elle se porte encore bien malgré un âge très avancé.

Mme L. est née le 13 février 1820. Jeune fille, elle avait un caractère très heureux, était toujours gaie et, comme elle le dit elle-même, « chantait même en mangeant. »

Ce n'est qu'à l'âge de 24 ans qu'apparaissent les premiers signes d'un trouble mental qui devait passer à l'état chronique et qui maintenant encore poursuit son évolution. A cette époque, c'est-à-dire vers le mois de juin 1844, la malade s'était fiancée avec un homme veuf qui était père d'un enfant. La malade l'épousa de son plein gré, et le mariage se faisait dans des conditions tout à fait normale. Malgré cela, à l'époque des fiançailles, la malade devient tout à coup triste, elle voit tout son avenir en noir, il lui semble qu'elle est vouée au malheur, qu'elle ne pourra jamais faire son devoir, soigner l'enfant de son mari et être utile à ce dernier. Ce découragement subit, non motivé, était si profond, qu'il fit naître en elle des idées de suicide; sa volonté était si faible qu'elle n'a pas eu la force de ne pas laisser paraître son chagrin et elle en parlait à ses parents et disait même à son futur mari : « Il vaudrait peut-être mieux pour nous de nous jeter à l'eau que de nous marier. »

Cet état a duré plusieurs jours au bout desquels la malade a recouvré toutes ses facultés morales et est redevenue elle-même.

Le mariage eut lieu le 25 juillet 1844. Un mois s'est écoulé à

peine quand la malade fut prise tout d'un coup d'un accès de stupeur. Les circonstances dans lesquelles s'est produit cet accès méritent d'être rapportées. Le mari a trouvé un jour (le 21 août 1844) sa femme dans un état de prostration complète, ne parlant pas, ne donnant presque pas signe de vie. Le médecin appelé en toute hâte croyait avoir affaire à une congestion cérébrale grave et lui fit mettre des sangsues derrière les oreilles. Il était tellement persuadé que la malade était sans connaissance qu'il s'est cru autorisé à formuler un pronostic devant la malade.

« Je voyais et j'entendais tout ce qui se passait autour de moi », nous raconte la malade, « et j'ai entendu prononcer ma condamnation ». La prostration morale la rendait tellement anéantie que cet arrêt de mort n'a fait sur elle aucune impression et qu'elle est restée aussi immobile qu'auparavant.

Cet état a duré deux jours, au bout desquels la malade sort de sa stupeur, mais reste déprimée pendant deux mois. Au bout de ce temps elle revient à son état normal; elle s'occupait de son intérieur et secondait d'une façon très active son mari dans son commerce de papiers peints. Elle montrait beaucoup de courage et avait de l'énergie pour elle et son mari qui était un peu bonasse et n'avait pas assez de fermeté.

En 1848 elle est devenue enceinte pour la première fois et accoucha d'une fille au mois de mai 1849. Cette fille fut placée en nourrice, la mère étant trop absorbée par les affaires pour pouvoir la nourrir elle-même. — L'enfant n'a vécu que trois mois et demi. Cette mort a vivement impressionné la mère et lui a occasionné un violent chagrin. Mais cette douleur morale était une douleur physiologique et, comme dit très bien Mme L., ne ressemblait en rien à cet accablement et à ce découragement qu'elle a éprouvé à l'époque de ses fiançailles et après son mariage. — Au bout d'un an environ, nouvelle grossesse et la malade accoucha d'une seconde fille au mois de mars 1851. Elle ne l'a pas non plus nourri, mais cette fille a vécu et a maintenant 38 ans.

Cet accouchement s'est effectué dans des conditions tout à fait normales et n'a pas eu de suites fâcheuses, mais il marque une époque à partir de laquelle la malade commence à avoir une série d'accidents pathologiques.

En effet, à partir de ce moment, la malade a eu plusieurs accès d'excitation et de tristesse. Il est impossible de retrouver les dates exactes pour tous ces accès; cependant pour quelques-uns qui correspondent aux événements saillants de la vie, nous avons pu obtenir des renseignements, et sur leur durée approximative et sur leurs caractères; d'ailleurs la malade a une mémoire encore maintenant de beaucoup supérieure à la moyenne.

OBSERVATION VI. — *Folie intermittente : accès mélancoliques et à double forme.*

Mme veuve L., dont la sœur, atteinte de manie chronique, est depuis dix ans à l'asile Sainte-Anne, a perdu sa mère à la suite d'une attaque apoplectique : son père était ivrogne et exalté.

Elevée chez ses parents, elle apprenait très facilement ; elle a joui d'une bonne santé pendant son enfance et sa jeunesse et s'est mariée à 18 ans. Deux ans après elle a eu un fils qui est mort du croup à l'âge de trois ans. Cette mort a causé un violent chagrin à Mme D., mais sans amener aucun trouble intellectuel.

Elle vivait en bonne harmonie avec son mari, qui était lui-même très laborieux et d'un caractère facile ; il était fabricant d'ornements en bronze et elle l'aidait dans la direction de son atelier. Tout allait bien dans le ménage, lorsque en 1863 — Mme D. avait alors 41 ans — elle a été prise, à la suite de veilles prolongées, de tristesse, de découragement, de sentiment d'impuissance ; elle était sans forces, sans volonté ; elle mangeait mal et parfois même refusait toute nourriture. Elle partit à la campagne auprès de sa mère, et cet accès de dépression mélancolique disparut insensiblement au bout de deux mois.

Rentrée chez elle, elle retrouve son courage et son énergie d'autrefois et reprend dans la maison ses occupations habituelles, dont elle s'acquitte sans la moindre fatigue. Sa santé reste excellente jusqu'en 1867, où elle perd son mari. Cette mort la frappe cruellement, et quelques jours après elle est plongée dans un accès mélancolique avec idées de ruine, craintes incessantes, découragement profond, dégoût de la vie, idées et tentatives de suicide ; elle cherche à s'empoisonner avec du phosphore et du cuivre et veut se jeter par la fenêtre. Cet accès dure environ deux mois.

Une fois guérie, Mme D. se met à la tête de l'industrie de son mari et dirige l'atelier jusqu'en septembre 1870, où elle est prise d'un nouvel accès mélancolique, moins intense que le précédent, mais qui nécessite néanmoins son placement à l'asile Sainte-Anne, du 26 septembre au 19 novembre 1870. Elle sort guérie et avait repris son travail, lorsque, à la suite de la mort de son neveu, elle est prise d'un accès de dépression mélancolique, qui dure deux mois, mais que l'on peut soigner chez elle.

Cet accès est suivi de huit années de santé excellente, pendant lesquelles Mme D. reprend toute son activité première.

Dans le courant d'octobre 1879 elle devient triste, elle a des inquiétudes vagues, des craintes que rien ne justifie, et, au bout de quelques jours, elle manifeste des tendances au suicide. Elle entre à l'asile le 27 octobre, s'améliore assez rapidement et sort à la fin

de novembre. Quelques jours après elle s'excite, devient loquace, est sans cesse en mouvement et doit être ramenée à Sainte-Anne le 30 décembre. Vers la fin de janvier l'agitation s'apaise, mais sans transition la malade tombe dans un accès mélancolique, qui s'améliore assez promptement, et elle sort le 29 février. La convalescence se consolide rapidement et Mme D. reprend son travail, sans que rien dans sa conduite, sa tenue, ses paroles, ses actes, révèle pendant plus de quatre ans, le moindre trouble intellectuel.

En janvier 1885 survient, sans cause appréciable, un accès mélancolique, qui provoque le 15 une nouvelle entrée à l'asile Sainte-Anne d'où la malade est transférée à Ville-Évrard; elle sort le 15 mai, encore triste, mais en voie d'amélioration. Rentrée chez elle, elle ne retrouve pas la santé et le 25 juin elle est prise d'un accès de manie, qui nécessite encore la séquestration. Elle sort à la fin de décembre, mais elle passe, sans phase intercalaire notable, de l'exaltation à l'abattement et à la tristesse. Le 25 février 1886 elle est ramenée à l'asile, d'où elle sort à la fin de juin, après avoir traversé un accès de délire mélancolique assez vif pendant deux mois.

Revenue chez elle, elle reste valétudinaire, elle a moins de courage, moins d'énergie; toutefois, elle peut encore vaquer à ses occupations.

Au mois de mai 1887 intervient encore un accès mélancolique, et la malade entre le 3 mai à l'asile Sainte-Anne. Elle est, peu après, transférée à Villejuif, où, au bout de trois mois, les idées délirantes commencent à disparaître, laissant des tendances morales douloureuses, contre lesquelles la malade, malgré son grand âge, malgré même son léger affaiblissement intellectuel, cherche à réagir par le travail en se rendant assidûment à l'atelier de couture.

Plusieurs des accès mélancoliques de Mme D... n'ont pas dépassé la dépression mélancolique, le sentiment général de tristesse et le découragement; mais l'accès survenu en 1887 et les derniers ont été accompagnés d'hallucinations de l'ouïe, d'idées de persécution, de culpabilité imaginaire : on l'injurie, on lui fait des misères, tout le monde s'entend pour lui nuire, on l'empêche de travailler, on la vole; elle s'imagine qu'elle a commis des crimes, qu'elle ne doit plus vivre; et, sous l'influence de ces conceptions délirantes, elle fait une tentative de suicide.

Des deux accès de manie qu'elle a présentés, l'un n'a pas dépassé l'exaltation; elle était remuante, elle avait un besoin incessant de mouvement, faisait des visites, achetait des objets inutiles et hors de proportion avec ses ressources; l'autre accès s'est accompagné de délire général, de mouvements désordonnés, de loquacité, d'incohérence.

Dans les intermittences, nous voyons la malade rentrer en possession de toutes ses facultés intellectuelles. Jusqu'aux dernières années elle a pu diriger une industrie qui occupait de nombreux ouvriers

et surveiller en même temps son ménage et sa famille. Ce n'est que vers les derniers temps, depuis deux ans seulement, que son intelligence commence à présenter quelques signes d'affaiblissement. En ce moment la malade est parfaitement lucide, elle a des souvenirs précis de toute sa vie passée, sauf pour les événements des dernières années, sur lesquels on constate quelques lacunes de la mémoire.

Toutes ces observations font voir l'influence active de l'hérédité créant une prédisposition qui, latente pendant longtemps, n'en fait pas moins sentir plus tard son intervention énergique par le développement de toute pièce et la reproduction, souvent sans cause déterminante aucune, d'accès parfois d'une intensité et d'une soudaineté étonnantes. Moins accusée, toutefois, ici que chez les dégénérés, l'action héréditaire s'exerce plus fortement que chez les délirants chroniques, et les fous intermittents, au point de vue étiologique, viennent s'intercaler entre les deux groupes.

Nous avons passé en revue les éléments essentiels de la folie intermittente, et tous les faits qui se trouvent groupés dans cette espèce pathologique sont unis par des caractères communs, constants, qui reposent sur l'étiologie; sur l'évolution de l'accès, l'invasion, sa marche, son déclin; sur la forme et le contenu du délire; sur la nature des intermittences qui séparent les accès, que ceux-ci soient simples, isolés ou combinés; sur leurs rapports réciproques et sur les modifications qui se produisent avec les progrès de la maladie.

C'est sur cet ensemble de caractères que repose la folie intermittente qui, tout en étant très compréhensive, repousse, néanmoins, de son cadre, des faits qui appartiennent à d'autres espèces pathologiques, notamment à la folie héréditaire.

II

DES HALLUCINATIONS BILATÉRALES DE CARACTÈRE DIFFÉRENT SUIVANT LE COTÉ AFFECTÉ (1)

Les hallucinations, qui ont déjà été l'objet de tant de travaux, conservent le privilège d'attirer l'attention et de susciter constamment de nouvelles recherches. C'est qu'en effet, ce syndrome, qu'on l'envisage au point de vue de la clinique, de la physiologie pathologique, de l'histoire, de la médecine légale, ne cesse pas de présenter d'intéressants aperçus.

Les hallucinations affectent habituellement les deux moitiés symétriques du même sens ; c'est-à-dire que l'halluciné, comme l'homme normal, entend des deux oreilles, voit des deux yeux, perçoit, en un mot, par les deux côtés, les images subjectives qu'il extériorise.

Dans quelques circonstances, ainsi que Calmeil (2), Moreau (3), Michéa (4) et bien d'autres l'ont signalé, l'hallucination est unilatérale et frappe l'une des deux parties similaires de l'appareil sensoriel. C'est par un œil, par une

(1) Magnan. (*Archiv. de Neurol.* n° 18, novem. 1883, p. 336)

(2) Calmeil. *Dictionnaire en trente volumes :* Hallucinations, t. XIV, p. 517.

(3) Moreau (de Tours). *La Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire*, 1850, p. 331.

(4) Michéa. *Du Délire des sensations,* p. 106.

oreille, par un côté du corps que le patient se trouve influencé.

Enfin, dans quelques cas plus rares, l'hallucination est bien bilatérale, mais elle se montre avec des caractères qui varient suivant le côté ; l'oreille droite, par exemple, entend des choses agréables, tandis que l'oreille gauche ne perçoit que des injures. C'est là un phénomène curieux qui n'a pas encore été étudié, qui mérite de nous arrêter et que l'on rapprochera, avec fruit, des expériences de physiologie pathologique auxquelles se prête l'hystérie.

L'examen des quelques faits que nous allons rapporter donnera une idée nette de cette dualité symptomatique et apportera une preuve de plus à la théorie du dédoublement et de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. Nous verrons aussi que l'hallucination, en tant que manifestation des délires chroniques, suit une marche parallèle aux conceptions délirantes, et comme celles-ci, après avoir présenté à l'origine un caractère pénible, elle affecte plus tard un caractère ambitieux, qui se met en harmonie avec les idées expansives du délire.

L'observation suivante est des plus caractéristiques à ce double point de vue ; elle nous fournira aussi un exemple remarquable de la coexistence d'un délire épileptique et d'un délire vésanique chez le même sujet.

Il s'agit d'un forgeron, âgé de trente-quatre ans, qui puise dans l'hérédité sa double prédisposition morbide. La grand'-mère maternelle et la mère sont épileptiques de même qu'un de ses frères. Le père alcoolique, violent et brutal, est mort infirme à Bicêtre ; un cousin germain maternel est atteint de délire chronique ; d'abord persécuté, il en est arrivé aujourd'hui à la période ambitieuse.

Dès l'âge de quatorze ans, la grande névrose s'affirme chez le malade G..., de la manière la plus manifeste : il pêchait sur le bord de la Seine, lorsque, sous le coup d'un vertige, il tombe à l'eau ; on le retire promptement, on l'étend

sur la berge et, au bout de quelques instants, revenant à lui, il témoigne sa surprise de voir ses vêtements mouillés.

Plus tard, l'attaque s'accompagne de violentes convulsions et G... se voit réformé du service militaire pour cause d'épilepsie. Un phénomène singulier précède l'attaque, c'est une saveur âcre, un *goût de sang* ; cette aura se montrait également chez la grand'mère et chez le frère, désignant ainsi la partie faible, la région cérébrale sur laquelle frappe d'abord la décharge épileptique. Après l'attaque, G... reste habituellement hébété, il se brosse, se frotte les mains, secoue ses habits, répète machinalement les mêmes gestes ; mais, parfois, il entre en scène d'une façon plus active. Un jour, par exemple, il déplie le volet d'une boutique, l'agite et le casse, sans garder le moindre souvenir de cet acte. Une autre fois, il saisit à la gorge une femme qu'il ne connaît pas, la serre avec force, et l'eût étranglée, sans l'arrivée du mari, qui le repousse et lui assène deux coups de balai sur la tête. Conduit au poste, il reste silencieux, hébété ; puis étonné, il regarde autour de lui et s'informe des motifs de son arrestation, tout ce qui s'est passé étant non avenu pour lui.

Il est bon de noter que, sous l'influence des bromures, les attaques sont actuellement plus rares. L'épilepsie ne saurait être mieux caractérisée : hérédité directe, aura, vertiges, attaques, délire inconscient, action favorable de la médication bromurée.

Le délire chronique est tout aussi bien dessiné chez ce malade. G... est d'abord triste, vit à l'écart, se plaignant de son entourage. « J'étais, dit-il, le souffre-douleur de la maison ». L'épilepsie mettant obstacle à son mariage, il devient irritable, impressionnable, se croit en butte à des injustices et traduit sa résignation inquiète par les mots : « Je n'ai jamais de chance ». Peu à peu le délire s'accuse ; les camarades l'injurient, le menacent, et il commence à en-

tendre par l'oreille droite des propos grossiers : « Tête de cochon, hure de cochon, bon à tuer, fainéant... » ; c'est de ce côté aussi que le diable lui parle plus tard et que se trouve le mauvais génie. Au milieu des idées tristes, se font jour peu à peu des préoccupations d'un autre ordre. Il doit faire, dit-il, un héritage de plus d'un million qui s'accumule depuis sept générations. La nuit, il contemple le firmament, il interroge les astres, les étoiles, la lune. Pour se rapprocher de la voûte céleste, il se loge sous les toits, dans les maisons les plus élevées; il fait des découvertes, il cherche le point du centre du soleil et voit à travers, à l'aide d'un instrument de sa composition. De plus en plus orgueilleux, plein de son propre mérite, il en arrive à se demander s'il n'est pas le fils de Dieu. Il émet divers apophtegmes sous forme sentencieuse : le plus petit est le plus grand ; le plus bas le plus haut ; la pauvreté est la richesse, etc., etc. A ce moment les injures perçues par l'oreille droite diminuent, et il commence à entendre des encouragements, des éloges ; mais c'est par l'oreille gauche : « Ne te fais pas de mauvais sang, tu seras heureux ». On lui dit souvent des choses qui le font rire. Dieu lui-même lui conseille de persister dans le bien... C'est à gauche que se tient le bon génie. Parfois, il entend un bruit de *sonnerie ;* quand la *sonnerie* se produit à droite, il lui arrive quelque chose de fâcheux, quand elle est à gauche, c'est l'indice d'une bonne nouvelle.

Le bon et le mauvais génies forment ainsi une sorte de *Manichéisme* qui le gouverne. Depuis deux ans, les hallucinations gaies, ambitieuses prédominent, et c'est toujours par l'oreille gauche qu'il entend, l'oreille droite ne lui transmettant que des choses désagréables, d'ailleurs de plus en plus rares.

De même que pour l'épilepsie, rien ne manque au délire chronique : influence héréditaire, périodes d'inquiétude, de persécution, phase ambitieuse, tendance à la systématisation.

Si l'épilepsie s'est améliorée sous l'influence du traitement, le délire chronique paraît devoir suivre sa marche progressive pour aboutir après sa phase ambitieuse à la période de dissolution des idées, à la démence.

Au point de vue spécial où nous nous plaçons, le cas est des plus démonstratifs. Les hallucinations pénibles se cantonnent, dès le début, à droite ; très fréquentes d'abord, elles marchent d'un pas égal avec le délire. Celui-ci se transforme peu à peu, change de couleur, il s'éclaircit, et simultanément, les hallucinations agréables se produisent, mais c'est à gauche qu'elles se fixent ; elles deviennent de plus en plus fréquentes, tandis que les hallucinations pénibles résidant à droite s'atténuent insensiblement.

D'autre part, un même trouble fonctionnel, une *sonnerie*, se produit dans l'une et l'autre oreille ; le malade lui donne une interprétation différente, suivant qu'elle siège à droite ou à gauche. Comme les hallucinations, elle est de bon augure à gauche, de mauvais présage à droite. C'est bien là un phénomène singulier, l'hémisphère gauche répondant au côté droit, voué à la tristesse et marquant la première période de la maladie ; l'hémisphère droit répondant au côté gauche disposé à la joie et faisant presque entièrement les frais de la seconde période. Je rappellerai, à propos de l'interprétation différente donnée à la *sonnerie* suivant le côté affecté, une observation d'hallucination bilatérale du toucher, rapportée par le fameux publiciste Jean Bodin, d'Angers, dans son ouvrage sur la *démonomanie* (1).

Il s'agit d'un personnage qui, après avoir pendant un an prié Dieu de lui envoyer un bon ange pour le guider dans toutes ses actions, avait fini par entendre la voix de Dieu qui lui disait : « Je sauverai ton âme ». Depuis cette époque, un esprit familier l'accompagnait, « lui donnant un signe

(1) Bodin. Angevin. La démonomanie des sorciers, CIC, IC, XCVIII, p. 72 (livre Ier, chap. II, de l'*Association des esprits avec les hommes.*)

sensible, comme le touchant à l'*oreille dextre*, s'il faisait quelque chose qui ne fut bonne, et à l'*oreille senestre*, s'il faisait bien ; et s'il venait quelqu'un pour le tromper ou le surprendre, il sentait soudain le signal à l'oreille dextre ; si c'était quelque homme de bien et qui vint pour son bien, il sentait aussi le signal à l'*oreille senestre* ». C'est ici une hallucination du toucher, de même nature à droite et à gauche ; ce qui varie, c'est l'interprétation du malade donnée au signal favorable à gauche, défavorable à droite.

Dans les trois observations suivantes les hallucinations ont un caractère pénible à gauche, et agréable à droite.

Un homme de quarante-huit ans, ancien soldat du génie, adonné depuis longtemps aux boissons alcooliques, a présenté, à la suite d'abus plus fréquents, plusieurs accès de délire toxique, s'accompagnant d'hallucinations pénibles, multiples, mobiles : on l'injuriait, il sentait de mauvaises odeurs, il voyait des chats, des rats, des oiseaux, un singe qui lui sautait sur la poitrine et l'étouffait, il éprouvait des démangeaisons et des picotements sur tout le corps.

Au bout de quelques jours, le délire perd de son activité, le malade se calme, mais il conserve longtemps des idées de persécution.

Il a déjà été traité une fois à l'asile de Dijon et deux fois à Sainte-Anne. A sa dernière entrée, le 2 novembre 1882, il raconte qu'il entend des voix, deux individus dont l'un l'injurie et l'autre le console. L'insulteur lui parle à gauche, le traite d'imbécile, d'animal, critique son travail ; le protecteur intervient par l'oreille droite, l'encourage et le console. Parfois, ils ne sont pas seuls et d'autres voix s'ajoutent aux premières. Ils parlent tantôt simultanément, tantôt les uns après les autres, mais chaque groupe conserve son côté, sans se départir de son langage particulier.

Un autre malade, âgé de trente-quatre ans, serrurier, dont le père était alcoolique, avait trois sœurs atteintes d'hystérie, et un frère traité à Bicêtre pour de l'alcoolisme. Lui-

même, après de nombreux abus de boissons, a été pris deux fois de délire alcoolique et conservait, après les accès, des préoccupations hypocondriaques et des craintes d'empoisonnement.

A sa seconde entrée à Sainte-Anne, le 16 février 1881, pendant plus de dix jours, il entendait par l'oreille droite des propos convenables, des paroles édifiantes sur Dieu, la sainte Vierge; par l'oreille gauche, au contraire, arrivaient des discours orduriers et l'on parlait des obscénités du diable.

Ce malade, adonné à l'absinthe, a présenté, en outre, comme certains vertigineux épileptiques, une phase délirante inconsciente.

Le dernier malade est encore un héréditaire abusant des boissons alcooliques, âgé de trente-cinq ans ; il est né d'un père ivrogne qui a voulu se suicider, et d'une mère hystérique qui, à la suite d'une contrariété, eut un jour une attaque convulsive suivie de délire avec paroles extravagantes et grossières. Il a toujours eu une tendance à la tristesse, et son chagrin est augmenté par la crainte d'être un enfant naturel ; il ne sait comment cela finira, dit-il, car son esprit est depuis plusieurs années hanté par des idées de suicide.

Il a commencé de bonne heure à abuser des boissons spiritueuses, et parfois, quand surviennent des idées mélancoliques, il est poussé impulsivement à boire. C'est aussi après avoir bu, dans ces conditions maladives, qu'il est porté au suicide. Il fait, en peu d'années, de nombreuses tentatives : il se jette dans la Saône d'où il est repêché; il se pend, on coupe la corde; il tente de s'asphyxier, mais s'étant levé du lit, il tombe et le bruit de sa chute attire les voisins; il fait sans succès plusieurs tentatives d'empoisonnement. Dans les cinq dernières années, il a plusieurs accès de délire alcoolique, accès très courts d'une durée de deux à trois jours, débutant la nuit et s'accompagnant d'hallucinations caractéristiques : il voyait des rats, des journaux étalés, des affi-

ches qui défilaient sur le mur, des figures grimaçantes qui grossissaient et diminuaient, des personnages costumés, sautant, dansant, riant, se moquant de lui. Pendant ces accès passagers d'alcoolisme, les hallucinations se produisaient avec les mêmes caractères des deux côtés.

En dehors de cette efflorescence délirante, et dans l'intervalle des crises, il conserve des idées de persécution, il se croit poursuivi dans la rue, il craint d'être assassiné. Parfois il entend, dit-il, une conversation dans une oreille et une conversation différente dans l'autre ; par l'oreille gauche, arrivent des injures, des menaces : « Tu n'es qu'un voleur, un propre à rien; viens donc, misérable, que je te « frappe... »

Par l'oreille droite, au contraire, ce sont des choses agréables : on fait son éloge, on l'encourage, il entend des paroles affectueuses : « Mon chéri, nous serons heureux... »

L'oreille gauche, qui reçoit les injures et dans laquelle les voix sont plus fortes, est plus souvent mise en jeu que la droite.

Ces trois derniers malades, adonnés aux boissons spiritueuses, ont présenté à diverses reprises des bouffées de délire alcoolique avec des hallucinations très actives, occupant tous les sens, apparaissant aussi bien à droite qu'à gauche. Ce délire très bruyant se superpose à l'état mental préexistant qu'il masque pour un temps. Puis, avec la disparition de ces accidents passagers, nous voyons persister le délire primordial auquel cette secousse donne plus d'intensité (1).

Le mélancolique impulsif multiplie ses tentatives de suicide et tend à systématiser ses idées de persécution, le délirant chronique est plus vivement persécuté, et, chez tous les trois, nous voyons commencer à paraître quelques idées ambitieuses.

(1) Magnan. *De l'Alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.* Paris, 1874, p. 68 et 255.

Pourquoi, dans l'alcoolisme, cette généralisation du délire? C'est que la cause, le poison, distribué dans tout l'encéphale, agit sur tous les centres sensoriels et provoque, dès que la dose est suffisante, des hallucinations de tous les sens; mais, au début ou à la fin de l'accès de délire alcoolique, à mesure que les phénomènes s'atténuent, il peut y avoir des localisations spéciales qui ont pour siège l'*organe faible* plus vivement impressionné par l'agent toxique; de là des hallucinations limitées à un sens et parfois même à un seul côté.

Chez les quatre malades, l'oreille ne présentait aucune altération, l'acuité de l'œil était la même à droite et à gauche, ils entendaient le tic tac de la montre à des distances à peu près égales des deux côtés, il n'y avait rien localement.

Pourquoi sur quatre cas, trois fois les idées ambitieuses, celles qui marquent une étape plus avancée de la maladie étaient-elles prédominantes à droite? Est-ce que l'hémisphère gauche, en vertu de sa prééminence serait frappé le premier dans l'évolution du délire? En soulevant cette question, nous ne chercherons pas à la résoudre, puisque nous sommes là en présence de faits exceptionnels, et qu'en général, au contraire, les hallucinations dans le délire se montrent également des deux côtés avec leur caractère pénible d'abord et ambitieux plus tard.

Chez ces quatre malades le délire, remontant à une date déjà ancienne, commençait à revêtir les caractères de la chronicité; il affectait, en effet, avec une systématisation plus grande, une forme expansive. Les hallucinations suivent en général, sous ce rapport, la marche du délire, et c'est ainsi que nous avons vu surtout chez le premier malade G... les hallucinations pénibles s'installer les premières dans l'oreille droite, tandis que les hallucinations agréables siégeant à gauche ont été plus tardives.

Les premières, d'abord très nombreuses, ont diminué progressivement d'intensité, suivant en cela une marche

inverse aux secondes, qui, d'abord très rares, sont devenues prédominantes et se montrent parfois seules, mais toujours à gauche.

Les troubles sensoriels unilatéraux ou bilatéraux de caractère différent, qui sont relativement rares dans le délire chronique, se montrent plus fréquemment dans l'hystérie et peuvent, en tous cas, être facilement provoqués. (Voir Charcot, *Progrès médical*, 1878, p. 37.)

Parmi les nombreuses expériences faites sur des hystériques hynoptisées dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière, expériences rapportées avec beaucoup de détails dans le bel ouvrage de M. Paul Richer [1],on agit successivement sur l'un et l'autre hémisphère qui simultanément répondent de façon différente aux diverses incitations, si bien que le sujet peut se trouver cataleptique d'un côté, léthargique de l'autre, ou bien somnambulique. Si, pendant que le patient, sous le coup d'une hallucination provoquée, se livre à une mimique active, on ferme l'un des yeux, le côté correspondant se trouve immobilisé ; le discours continue, l'hallucination se poursuit, si c'est la paupière gauche qui a été abaissée, mais la parole est supprimée immédiatement, l'aphasie intervient si l'occlusion porte sur l'œil droit.

Une hystérique entrée plusieurs fois à Sainte-Anne m'a présenté un exemple très net de transfert d'une hémiplégie droite à gauche et de la cessation immédiate de l'aphasie, sous l'influence d'une vive émotion.

Cette malade, âgée de quarante-six ans, était entrée une première fois le 4 août 1879, avec une aphasie accompagnée d'hémiplégie droite qui, restée stationnaire environ un mois, disparut très rapidement. A une seconde entrée, le 5 décembre 1880, la malade arrive non plus aphasique, mais avec une perte absolue de la mémoire ; elle ne pouvait indiquer ni son nom, ni son adresse, ni sa profession, ni son état

(1) P. Richer. *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*, 1882.

civil : « Je ne me rappelle pas, disait-elle, si je suis mariée, si j'ai des parents; mais si j'avais un mari ou des parents, ils viendraient me chercher. »

Elle était hémianesthésique et hémiparétique du côté droit. Au bout de trois mois d'amnésie persistante, la mémoire revint en quelques jours. Le 30 juillet 1882, elle est encore amenée, avec de l'aphasie et de l'hémiplégie droite. Elle sort au bout de trois mois améliorée, mais non guérie, elle est encore aphasique et faible du côté droit. Le soir même de sa sortie, elle a une violente discussion avec ses parents, et le lendemain, au lever, elle se trouve paralysée du côté gauche; mais la parole est redevenue entièrement libre et il n'y a plus traces d'aphasie.

Tous ces faits se prêtent un mutuel appui pour prouver l'indépendance des hémisphères cérébraux, mais la démonstration est surtout éclatante lorsqu'on provoque des hallucinations différentes de chaque côté, comme M. Dumontpellier l'a fait sur une de ses malades de la Pitié, dans une de mes leçons à l'asile Sainte-Anne. Après avoir placé la malade dans l'état de somnambulisme, il lui dit à l'oreille droite qu'il fait beau et que le soleil brille, pendant qu'une autre personne lui dit à l'oreille gauche qu'il pleut. Du côté droit le sujet sourit, tandis qu'à gauche, l'abaissement de la commissure labiale traduit le désagrément que cause le mauvais temps. Puis, continuant l'expérience, et faisant intervenir la vue et l'ouïe, on décrit à l'oreille droite le tableau d'une fête champêtre à laquelle prennent part des jeunes filles et des jeunes gens. Ce tableau qui est perçu par l'hémisphère cérébral gauche, se traduit par le sourire sur la moitié droite du visage, tandis qu'à gauche le visage exprime l'émotion qu'a causée l'imitation de l'aboiement d'un chien à l'oreille gauche. Cette double expression du visage si opposée est des plus saisissantes. « Il me semble, ajoute M. Dumontpellier, que, quand on peut à volonté mettre en évidence, par certains procédés, l'activité psychique, sensitive et motrice des

centres nerveux et cela isolément d'un seul côté, ou simultanément des deux côtés du corps, on a démontré de la façon la plus absolue et la plus indiscutable l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral. » (*Union médicale*, 15 et 19 mai 1883.)

Dans les hallucinations bilatérales de caractère différent, chaque groupe est sous la dépendance évidente de l'un des hémisphères ; mais dans quelle région de l'hémisphère doit-on les localiser ?

Lorsque M. Baillarger (1) publia son remarquable mémoire, il combattit avec succès la théorie exclusivement périphérique qui place dans l'organe lui-même le siège de l'hallucination ; il repoussa également la théorie psychique ou centrale qui fait de ce syndrome un phénomène purement intellectuel, et il mit en avant la théorie mixte ou psycho-sensorielle qui paraissait répondre à toutes les exigences.

Cette théorie, acceptée par la plupart des auteurs, qui semblait ne plus devoir donner prise à la discussion, se trouve de nouveau mise en question depuis les recherches sur les localisations cérébrales de Fritsch, d'Hitzig (2), de Ferrier (3) de Munck (4), et depuis que la clinique, étayée par l'anatomie pathologique, est venue prouver qu'une lésion d'un centre cortical déterminé, donne lieu, suivant son intensité, à la perturbation ou à l'abolition d'une fonction déterminée.

Tamburini, s'appuyant principalement sur l'anatomie et sur la physiologie expérimentale, démontre avec un rare talent de critique l'insuffisance de la théorie psycho-sensorielle;

(1) Baillarger. *Des Hallucinations; des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caractérisent*, 1845.

(2) Fritsch et Hitzig. (*Reichert's und Du Bois Reymond's Arch.*, 1870, heft, III. Hitzig. *Reichert's und Du Bois Reymond's Arch.*, 1873-1874.)

(3) Ferrier. *Des fonctions du cerveau, Paris*, 1878; *De la localisation des maladies cérébrales*, Paris, 1880; ouvrages traduits par H. de Varigny.

(4) Munck. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1877; *Verhandlung der physiol. Gesellsch. zu Berlin*, 1877-78-79.)

il donne pour siège aux hallucinations les centres corticaux où sont perçues les impressions, et arrive à cette conclusion que les hallucinations ont *comme cause fondamentale un état d'excitation des centres sensoriels de l'écorce* (1).

Aux nombreux arguments fournis par la physiologie expérimentale en faveur de cette théorie, la clinique vient tous les jours ajouter de nouvelles preuves. Jusqu'ici, en effet, toutes les fois que dans les cas de cécité ou de surdité psychiques le résultat anatomo-pathologique a pu être fourni, chaque fois, dis-je, les régions que la physiologie expérimentale avait désignées comme centres sensoriels corticaux, ont été trouvées altérées ; dans quelques cas, il est vrai, la lésion était plus étendue et dépassait les limites assignées à ces centres, mais néanmoins en comparant ces faits, en superposant les divers schémas fournis par les auteurs, on trouve toujours une région commune qui correspond justement au centre sensoriel cortical. On peut s'en assurer en comparant pour la cécité psychique, les cas de Déjerine (2), de Broadbent (3) et le mien (4), d'après lesquels la région du pli courbe est plus particulièrement intéressée ; pour la surdité psychique, les faits de Wernicke (5), de Giraudeau (6), de Fritsch (7), (service de Meynert) et le mien (8), qui dési-

(1) Tamburini. La théorie des hallucinations. (*Revue scientifique*, 29 janvier 1881.)

Luciani et Tamburini. *Recherche sperimentale sull funzioni del cervello : centri psycho-sensori corticali.* Reggio Emilia, 1870.

(2) Déjerine. In thèse. (Skwortzoff, *Cécité et surdité des mots dans l'aphasie*, p. 53.)

(3) Broadbent. Cerebral mechanism of thought and speech. (*Med. chir. Trans.*, t. LV, 1872.)

(4) Magnan. Cécité des mots ou cécité psychique. (*Compte rendu de la Société de Biologie*, 5 mai 1883.)

(5) Vernicke. *Der aphasische Symptomen complex.* Breslau, 1874, p. 39.)

(6) Gireaudeau. Note sur un cas de surdité cérébrale. (*Revue de Médecine*, 1882.)

(7) Fritsch. (*Wiener Medicinische Presse*, 1880.)

(8) Magnan. Aphasie, surdité des mots ou surdité psychique. (*Compte rendu de la Société de Biologie*, 19 mai 1883.)

gnent la partie moyenne de la première temporale ; enfin deux cas mixtes, de cécité et de surdité psychiques de Chauffard (1), et de d'Heilly et Chantemesse (2), dans lesquels les deux régions sont atteintes.

Deux fois, c'est une tumeur qui faisait les frais de la destruction ; la lésion bien circonscrite se trouvait limitée pour la cécité psychique au pli courbe (fait de Déjerine) et pour la surdité psychique à la partie moyenne de la première temporale (fait de M. Giraudeau).

Dans un récent article du *Progrès médical*, M. Bernard rapporte un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets, qui a fait l'objet d'une importante leçon de M. Charcot. Dans les rêves, ce malade n'a plus comme autrefois la représentation visuelle des choses ; seule la représentation des paroles lui reste. « Le sens de la représentation intérieure me manquant absolument, fait observer le malade, mes rêves se sont également modifiés. Aujourd'hui, je rêve seulement paroles, tandis que je possédais auparavant, dans mes rêves, la perception visuelle. »

La destruction du centre cortical, qui recueille et conserve les images visuelles, explique entièrement cette situation mentale nouvelle. Quand, au contraire, ce centre cortical se trouve excité, c'est l'inverse qui se produit, les images visuelles font les principaux frais des rêves. A l'état normal, en effet, si, pendant le sommeil, une lumière est approchée des yeux du dormeur, ou si des substances odorantes sont répandues auprès de lui, les centres corticaux visuels, olfactifs, sollicités par ces impressions donnent naissance à des images qui, suivant leur caractère, produisent un rêve ou un cauchemar. Les centres psychiques supérieurs sont au repos

(1) Chauffard. Sur un cas de cécité et de surdité cérébrales. (*Revue de Médecine*, 10 novembre 1881.)

(2) D'Heilly et Chantemesse. Note sur un cas de cécité et de surdité verbales. (*Bulletins de la Société anatomique*, avril, mai, juin 1882, p. 324.)

et l'automatisme seul concourt à la production de ce phénomène. Dans certains états pathologiques, dans l'épilepsie par exemple, surviennent des phénomènes analogues, seulement la cause excitante, au lieu d'être une impression extérieure, est une décharge centrale qui, du même coup, annihile la conscience (région antérieure) et stimule, au contraire, les centres sensoriels de l'écorce (région postérieure).

Dans ces conditions, le patient se trouve transformé en un véritable automate, agissant d'une façon inconsciente, poussé par les incitations de la région des centres sensoriels à des actes qui échappent au contrôle supérieur momentanément voilé.

Quelques mots encore sur les hallucinations unilatérales qui, par leur évolution et leurs caractères généraux, ne diffèrent pas des hallucinations bilatérales dont nous venons de nous occuper. Si les hallucinations unilatérales se montrent au début d'un délire chronique, elles sont de nature pénible; elles sont expansives, au contraire, si elles interviennent à la période de systématisation et de transformation ambitieuse du délire; en un mot, elles suivent celui-ci dans sa marche progressive. D'autre part, il n'y a nulle différence pour le siège et la genèse, et c'est encore aux centres sensoriels de l'écorce qu'il faut les rattacher.

Dans un travail sur les hallucinations unilatérales (*Encéphale*, 1881), M. le docteur Régis a publié l'observation d'un malade atteint d'hallucinations unilatérales de l'ouïe avec otorrhée purulente, dont la guérison a été obtenue après un traitement efficace contre l'inflammation de l'oreille. Ce fait prouve qu'une otite a pu faire développer des hallucinations chez un individu prédisposé, en état de réceptivité morbide; mais que cette prédisposition, suffisante pour entrer en action dès qu'elle était sollicitée par un stimulant étranger, restait latente dès que l'équilibre physiologique se trouvait rétabli.

Les faits analogues sont nombreux en pathologie mentale, sans qu'une filiation intime puisse être établie entre la cause apparente et le phénomène obtenu.

Si, chez un individu prédisposé, le froissement du nerf cubital devient pour le patient les morsures d'un animal qui ronge le petit doigt, sera-t-on en droit de soutenir qu'une irritation du cubital produit une hallucination du toucher? D'ailleurs, les hallucinations unilatérales ne sont pas rares et sur quatre cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, que j'ai eu l'occasion d'observer récemment, une fois on notait de la dureté de l'ouïe et une hémiplégie faciale du même côté, et trois fois l'oreille était intacte des deux côtés. Voici en quelques mots une de ces observations :

Une femme, âgée de quarante-trois ans, après une phase délirante de persécution, pendant laquelle elle prétendait qu'on la poursuivait, qu'on l'injuriait, qu'on l'empêchait de travailler, qu'on faisait des expériences sur elle, qu'on la forçait à pousser des cris d'animaux, a commencé à présenter des idées ambitieuses. Elle a subi, dit-elle, l'opération du Saint-Esprit, et elle va donner le jour à un fils aussi savant que le Christ. Dieu lui fait des révélations; elle doit renouveler le rôle de Jeanne d'Arc, elle doit sauver la France. Dieu lui parle, mais seulement et exclusivement par l'oreille droite, c'est un talisman qui va jusqu'au ciel. Il lui a ordonné de venir à Paris, et, guidée par le soleil, elle s'est mise en route. Elle doit gouverner, elle sera présidente de la République.

L'ouïe est normale et la malade entend également bien des deux côtés. Au début de la maladie les hallucinations de l'ouïe étaient bilatérales, ses ennemis lui parlaient des deux côtés.

En résumé :

1° Les hallucinations bilatérales de caractère différent, suivant le côté affecté, sont indépendantes d'une altération locale des organes périphériques ;

2° Elles ne diffèrent des autres hallucinations ni par leur mode d'apparition, ni par leur évolution, ni par leurs caractères généraux. Elles marchent parallèlement au délire lui-même;

3° Elles sont une nouvelle preuve du dédoublement et de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux, et elles désignent comme siège organique les centres sensoriels de l'écorce;

4° Les expériences dans les différents états d'hypnotisme de l'hystérie corroborent de tout point les résultats de la clinique.

III

SIMULATION DE LA FOLIE ET FOLIE MÉCONNUE [1]

Le médecin expert est appelé le plus habituellement à constater des troubles intellectuels qui permettent de conclure soit à l'irresponsabilité absolue de l'inculpé, soit à une responsabilité atténuée, notamment chez certains déséquilibrés dont la volonté sans être enchaînée par une idée délirante, une hallucination, une obsession ou une impulsion, n'en est pas moins dans une certaine mesure entravée dans son fonctionnement régulier par l'instabilité du moral et du caractère.

Parfois, au contraire, le rôle du médecin expert est tout autre, et, dans l'intérêt de la vérité et de la justice, il est appelé à démasquer la fraude en aliénation mentale, c'est-à-dire la simulation de la folie.

L'article 64 du Code pénal consacre l'irresponsabilité légale du fou. « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action... » Le mot démence comprend toutes les formes de la folie; c'est cette immunité qui a inspiré à certains criminels l'idée de simuler la folie.

La plupart des simulateurs sont, en effet des inculpés de crimes ou de délits surtout, comme l'a déjà fait remarquer

(1) Leçon faite à l'asile Sainte-Anne; voir *Bulletin méd.* n° 103, 27 décembre 1891.

M. Garnier, depuis la promulgation de la loi sur la relégation des condamnés récidivistes, qui inspire une salutaire terreur aux délinquants d'habitude.

La folie n'est pas facile à simuler.

Chaque psychose est un tout harmonieux dont la marche, l'évolution, est soumise à des lois précises, suivant lesquelles les symptômes doivent s'enchaîner et se combiner; aussi, dès que l'un des symptômes fait défaut, ou qu'au milieu du tableau symptomatique surgit le signe d'une autre maladie, dont l'existence simultanée est impossible, tout l'ensemble détonne et cette discordance frappe l'observateur.

D'autre part, le public s'imagine que la folie consiste dans la production d'actes bizarres, extravagants, désordonnés ou de propos décousus et incohérents, ou bien, au contraire, dans cet état de torpeur où l'individu paraît frappé d'une complète inertie; aussi la folie simulée, pleine d'exagérations, est plus accusée que la folie réelle. Le simulateur se présente d'emblée sous l'une ou l'autre de ces formes; il se montre brusquement excité ou déprimé, ne se doutant pas qu'il fournit ainsi la principale preuve de la simulation, ces états n'étant, en général, que des phénomènes secondaires dont l'apparition marque déjà une étape avancée et est précédée d'autres troubles nettement définis. On pense que l'aliéné ne peut pas répondre deux mots sensés aux questions qu'on lui adresse. Aussi les voit-on se livrer à des actions ridicules, et évidemment affectées et mettre leurs paroles en complet désaccord avec les questions qu'on leur pose; prendre le contre-pied de ce qu'on leur demande. Si on les interroge sur leur âge, leur profession, leur domicile, ils feront des réponses absurdes, composées de mots rassemblés au hasard et indiquant qu'ils ne soupçonnent même pas le sens des phrases qui sont prononcées devant eux, et comme Derozier, un simulateur observé par Morel, ils répondront à la question quel âge? par une mesure métrique, $5^{m},75$; ou par une somme d'argent 245 fr. 35. Si on

demande encore où est la famille? le frère? il répond : J'avais fourni beaucoup de coupons.

Or rien de semblable n'a lieu, même dans la folie aiguë; un aliéné quel que soit son état, répond à quelques-unes des questions qui lui sont adressées, surtout lorsqu'on sait réveiller ou fixer son attention. En interpellant vivement un maniaque on peut suspendre momentanément le cours rapide des idées et obtenir une réponse; et, dans certaines formes, dans les délires systématisés, les prémisses seules étant fausses, l'association des idées, les déductions, le raisonnement sont parfois marqués au coin de la plus saine logique.

C'est ce qu'ignore le simulateur, de même qu'il présentera souvent sans être choqué par le contraste des lacunes de mémoire pour certains faits et la conservation du souvenir pour d'autres faits contemporains d'importance beaucoup moindre. De même presque simultanément il donne des preuves d'une grande activité cérébrale tout en affectant les allures de la stupeur. Parfois aussi, simulant la démence ou l'imbécillité, il interrompra son jeu, nous mettant ainsi en présence d'une démence et d'une imbécillité intermittentes qui n'existent pas.

La folie paralytique est très rarement simulée; il est, en effet, extrêmement difficile de simuler, sans se démentir jamais, cette incohérence sans agitation, cet enfantillage, cet affaiblissement de toutes les facultés et surtout l'hésitation de la parole qui caractérisent le paralytique général. L'hystérie est souvent invoquée mais rarement simulée. L'épilepsie l'est parfois; mais comme pour l'hystérie, la découverte de la fraude est, en général, facile par l'étude clinique des sujets.

La manie et la mélancolie sont les maladies mentales les plus habituellement simulées. La supercherie est facilement découverte dans les cas de manie; les simulateurs, en effet, dorment la nuit, ce que ne fait pas le maniaque véritable.

La simulation de la mélancolie est plus facile, et si le simulateur a la sagesse de s'en tenir à la dépression mélancolique sans stupeur, sans anxiété ni idées délirantes, ce n'est guère que la marche de la maladie qui peut servir à éclairer l'expert.

Ce sont les folies des dégénérés qui sont le plus ordinairement feintes ; la forme préférée par les simulateurs est la monomanie, dont naguère on admettait l'existence à l'état de symptôme isolé. Actuellement l'état mental des dégénérés est mieux connu; on sait qu'à côté d'une impulsion il existe d'autres symptômes qui sont sous la dépendance de la même déséquilibration mentale, et l'absence de ces symptômes permet de confondre les simulateurs.

Mais il peut se faire que la simulation soit si complète qu'un examen prolongé soit nécessaire pour la dévoiler; il peut arriver aussi que le sujet prétendu simulateur soit un aliéné véritable; dans ces conditions, l'examen doit être minutieux et prolongé et le plus souvent il ne peut être bien fait que dans un asile où aura été transféré le délinquant suspect.

J'ai eu récemment à m'occuper avec mes distingués confrères, MM. Masbrenier et Foucault, d'un simulateur inculpé d'assassinat, que quelques-uns d'entre vous ont eu l'occasion de voir dans le service, pendant qu'il était l'objet de l'examen médico-légal.

Notre rapport fournit de nombreux détails, qui permettent de se faire une idée assez complète de ce cas fort intéressant :

Le sieur Loisier, inculpé d'avoir assassiné le marchand ambulant Gabriel dans la voiture qui leur servait de demeure commune, après avoir, dans le cours de l'enquête, répondu avec une parfaite lucidité d'esprit, change brusquement d'attitude à la suite d'un interrogatoire, subi le 30 janvier 1891, où les informations deviennent plus précises. Dès le lendemain, sans transition, Loisier se présente sous les dehors d'un mélancolique halluciné et ne répond que par quelques propos délirants aux questions qu'on lui adresse.

Cette nouvelle attitude nécessite une expertise médico-légale, mais en présence de la soudaineté insolite du début, en présence de contradictions nombreuses et flagrantes entre les symptômes, que nous constatons, dès nos premières visites, et qui révèlent une simulation, nous avons dû réclamer un milieu plus favorable qu'une maison d'arrêt, à une observation méthodique et, sur notre demande, l'inculpé a été provisoirement placé au bureau d'admission près l'asile Sainte-Anne, non point à titre d'aliéné, mais comme sujet à à observer.

Loisier, Charles, ne compte dans ses antécédents ni de vésaniques ni de nerveux ; sa grand'mère, Mme R., arrivée aujourd'hui à sa soixante-quatorzième année, a joui jusqu'ici, d'une bonne santé ; sa mère, C., fe L., qui n'a jamais présenté de troubles intellectuels, est morte le 7 avril 1869, à l'hôpital de la Pitié, à la suite de fréquents vomissements, symptomatiques, dit-on, d'une tumeur du cervelet. Son père, intelligent, bien pondéré, s'est toujours bien porté ; son frère, âgé de 27 ans, a fait régulièrement son service militaire et est, depuis peu, de retour du Tonkin.

Quant à Loisier Charles, il n'a jamais présenté ni d'attaques convulsives, ni de troubles intellectuels, mais il est scrofuleux ; il a été très souffreteux dans son enfance et, d'après les parents, il aurait eu, plus tard, des douleurs de tête qui l'obligeaient, parfois, à garder la chambre ; néanmoins, il est allé à l'école, apprenant aussi bien que les enfants de son âge. A cinq ans, une coxalgie du côté droit, avec abcès autour de la hanche, a nécessité un long séjour dans les hôpitaux et a été suivie d'un raccourcissement de la jambe droite et d'une claudication persistante. Il a passé quelques années en Bourgogne, à L., chez son oncle, mais à partir de 15 ans, il est revenu à Paris chez sa grand'mère, qui a pris soin de lui et lui a fait apprendre l'état de cordonnier. Il travaillait et ne donnait lieu à aucune observation lorsqu'en octobre 1886 il vole à sa grand'mère 2,600 francs, montant des loyers qu'elle avait touchés, en qualité de concierge, pour le compte du propriétaire. Après le vol, il écrit qu'il rembourserait cette somme petit à petit. Il est arrêté et, comme on trouve encore sur lui une grande partie de l'argent volé, il n'est condamné qu'à deux mois de prison.

Sa peine finie, il revient chez sa grand'mère ; le propriétaire lui-même, considérant la leçon suffisante, avait conseillé de le reprendre.

Loisier se conduit bien pendant deux ans environ. Il travaille d'abord de son métier de cordonnier, puis il cesse, ne pouvant plus battre le cuir sur sa jambe malade, et devient commis chez un fabricant d'articles de Paris, où il tient une petite comptabilité ; il fait en outre, le soir, quelques écritures chez un autre marchand.

« Il me remettait régulièrement sa paye, dit la grand'mère ; je lui

laissais seulement ce qu'il gagnait pour ses écritures, ainsi que pour des travaux supplémentaires du dimanche. — Il était, ajoute-t-elle, très estimé dans la maison, où il se montrait très doux et très poli, et s'acquittait honnêtement de toutes les commissions que je lui confiais. Souvent il touchait les termes ainsi que les coupons de mes valeurs et m'en rendait très exactement compte ; mais, le 24 mars 1889, il est parti de chez moi, en me disant qu'il allait voir son frère. Le soir il n'est pas rentré. Des valeurs renfermées dans une petite boîte en bois placée sous mon lit, 2,000 francs serrés dans ma commode et 75 francs contenus dans un porte-monnaie, laissé à l'armoire, avaient disparu. C'était en tout une somme de 5,500 francs environ, non compris un livret de 1,000 francs de la caisse d'épargne. »

L'enquête, fort habile et très complète de M. le juge d'instruction, les dépositions des témoins et les interrogatoires de Loisier lui-même permettent de le suivre, depuis cette époque, jusqu'au décès de Gabriel, le 16 avril 1890, et plus tard, jusqu'à son arrestation.

Après avoir volé sa grand'mère, Loisier vient à Troyes, où il fait connaissance avec Gabriel, marchand ambulant, qui l'emploie auprès de lui et dont il paraît, plus tard, être devenu l'associé.

M. F., adjoint au maire de S., raconte, en effet, que dans le courant du mois de février 1890, Gabriel, se plaignant de son associé, parlait de s'en séparer, parce qu'il était trop dépensier.

Loisier, dans ses interrogatoires des 18 et 20 octobre 1890, devant le juge de paix de Médéah, et plus tard devant M. le juge d'instruction, prétend que vers le 16 avril 1889, à Montbard, Gabriel s'est suicidé dans la voiture, en se tirant deux coups de revolver dans la tête, pendant qu'il était allé lui-même faire le pansage de son cheval, vers cinq heures et demie ou six heures du matin. Il avait déjà, ajoute-t-il, manifesté des idées de suicide : « Un jour, à Dijon, j'arrivais pour déjeuner, et en ouvrant brusquement la porte, il tombe à mes pieds, un grand couteau à saigner; j'interroge Gabriel sur ce qu'il voulait faire de ce couteau et il finit par me dire qu'il voulait se suicider. Plusieurs fois, il avait manifesté le chagrin de n'avoir pu se marier, et, quant à moi, je crois qu'il s'est suicidé à cause du besoin d'argent, car il en manquait toujours. J'ai eu peur d'être accusé de l'assassinat et je suis parti avec la voiture, passant par Tonnerre, Auxerre, Montereau, et je suis arrivé au quatrième jour à Dammarie, près Melun. » (Interrogatoire du 21 novembre 1890.)

Pendant ce trajet, il avait essayé de laisser sa voiture devant l'auberge de la route, à la commune de La Rochette ; mais sur le refus de Mme J., maîtresse de l'auberge, de garder la voiture pendant qu'il irait à Paris chercher des marchandises, il continua sa route.

A Dammarie, redoutant, sans doute, que l'odeur du cadavre n'attire l'attention, Loisier raconte qu'il achète des chiffons, des peaux de lapins, etc. Il s'efforce, au dire des témoins, d'éloigner, sous différents prétextes, les personnes qui approchent de sa voiture et il offre à boire, puis à déjeuner, à des chaudronniers dont la voiture stationnait sur la même place, à côté de la sienne. L'un d'eux, le nommé R., fait observer qu'il y avait des moments où Loisier paraissait réfléchir, et d'autres où il se mettait à chanter; il n'avait pas l'air tranquille.

Il brûle de nombreuses factures, et sur l'observation qui lui est faite, qu'elles pourraient lui être utiles, il répond qu'il n'est pas fou et qu'il sait bien ce qu'il fait.

Le lendemain, il prend une boîte de colporteur et annonce qu'il va à Paris. Aux réflexions qui lui sont faites, sur l'imprudence qu'il y a à laisser sa voiture sans surveillance, il répond : « Il n'y a pas de danger, il n'y a pas de voleurs ici. »

A son arrivée à Paris, il reprend immédiatement le train pour Troyes ; de Troyes il va à Lyon, où il abandonne à la gare ses deux caisses, n'ayant pas le temps, dit-il, de les faire enregistrer; puis il arrive à Marseille, où il s'embarque le même jour pour Alger; de là, il se rend à Médéah où il achète, pour 2,800 francs, le fonds de commerce du café du Nord et s'installe sous le nom de Renard. Il avait, depuis longtemps déjà, recueilli des renseignements sur l'Algérie auprès d'Arabes qu'il avait connus à Paris.

A la date du 8 mai, il envoie 100 francs à Marseille par mandat télégraphique à une fille Julie qu'il avait vue dans une maison de tolérance, à son passage à Marseille, et qu'il avait eu l'intention de faire venir avec lui en Algérie. Il lui avait raconté qu'il avait gagné beaucoup d'argent, qu'il allait fonder un bel établissement et qu'il lui faudrait une femme comme elle pour le faire prospérer, qu'elle en serait la patronne. Il avait ouvert en même temps sa sacoche, renfermant une forte liasse de billets de banque, des pièces d'or et un paquet d'obligations.

Plus tard, il achète une propriété de 1,400 francs à la fille Marie, qu'il avait fait venir d'Alger à Médéah, après son insuccès auprès de la fille Julie.

Arrêté à Médéah, le 18 octobre 1890, pendant l'instruction, de même qu'après la mort de Gabriel, il a fait preuve de beaucoup de présence d'esprit, cherchant à dépister l'enquête et à égarer les recherches.

A la maison d'arrêt de Melun, où il arrive le 20 novembre, il se tient bien et travaille d'une façon régulière jusqu'au 31 janvier. Le 21 novembre, il subit un interrogatoire assez long dans lequel il répond très nettement aux diverses questions qui lui sont adressées et expose les motifs qui font supposer que Gabriel s'est suicidé.

Le 30 janvier, il ne manque pas non plus d'à propos devant M. le juge d'instruction; tantôt il fait des réponses évasives, tantôt, avec assurance, il donne des renseignements qu'il sait ne pas être exacts, mais tout l'interrogatoire dénote une intelligence très ouverte et une entière conscience de sa situation.

Le lendemain, il était complètement changé, et le brigadier de la maison d'arrêt rapporte qu'il ne voulait pas manger, qu'il était profondément triste, qu'il ne répondait pas ou ne prononçait que quelques mots, disant qu'on voulait l'empoisonner. Pendant deux jours, il refuse tous les aliments, puis il avale gloutonnement tous les matins un bifteack qu'on lui sert avec du pain. Il refuse le vin, probablement à cause d'une blennorrhagie subaiguë que nous constatons à notre premier examen.

Il dort bien la nuit; dans la journée, il reste silencieux sur un banc, et, par moments, paraît somnolent; il ne dit rien à personne, ne parle jamais seul; ne parle pas à moins qu'on ne l'interroge et répond très brièvement; il obéit aux ordres des gardiens, sans nulle difficulté, et n'a manifesté aucun sentiment hostile, aucune brusquerie vis-à-vis de l'entourage.

Le 10 février 1891, M. le juge d'instruction met Loisier en présence de sa grand'mère ; il ne répond pas, il roule des yeux hagards, et persiste à ne pas répondre un mot à toutes les questions que lui pose sa grand'mère qui l'implore et le prie de lui dire s'il la reconnaît.

Interrogé ensuite, en présence de son frère, il se décide seulement à dire : « Mon frère, il est mort. » Puis ensuite : « Je veux voir mon fils. — Où est votre fils? » lui demande-t-on. « Il est à Paris. — Êtes-vous malade, souffrez-vous de la tête? » Frappant sa tête de sa main, il répond : « Ça c'est solide. » Et, après un silence : « Mon père ne m'apporte pas assez à manger. » C'est tout ce qu'on a pu obtenir dans cette confrontation.

A notre première visite à la maison d'arrêt de Melun, le 26 février dernier, nous le voyons assis sur un banc, silencieux, la face inclinée vers le sol. La tête est d'un volume normal, asymétrique, les cheveux noirs, très abondants, s'implantent un peu bas sur le front, la mâchoire inférieure est développée, sans toutefois déterminer de prognathisme sensible; des poils noirs, plus serrés au bas du visage, recouvrent les lèvres, le menton et la moitié inférieure des joues, ils sont rares dans la moitié supérieure. Le visage, pâle, a une expression farouche; les traits sont contractés, les sourcils froncés forment, en dedans, deux plis verticaux qui donnent de la dureté à la physionomie; les commissures labiales sont alternativement portées en dehors, en arrière et en haut, puis en avant, et les lèvres se rapprochent et s'avancent comme dans la moue; la tête oscille dans un léger mouvement de rotation de haut en bas et de droite à gauche;

les yeux, portés en haut et légèrement à droite, en partie cachés sous la paupière supérieure, ne laissent apercevoir que le bord inférieur de l'iris. C'est vainement que l'on cherche à fixer le regard, les globes oculaires restent relevés en haut et à droite. La poitrine est bien développée, les bras et la jambe gauche sont bien musclés, la jambe droite présente une atrophie consécutive à la coxalgie. Invité à marcher dans la cour, il se lève et avance sans interrompre les mouvements de la tête et de la face.

Interrogé, il donne brusquement et d'une grosse voix quelques réponses : — « Mon frère est mort. » — « Je suis de Paris. » — « On a mis une poudre dans ma soupe. » — « C'est de l'arsenic. On veut m'empoisonner. » — Pressé de questions, il ne prononce pas d'autres paroles.

Nous l'avons encore visité à la maison d'arrêt de Melun, le 5 et le 19 mars, et le 16 avril. Son attitude ne se modifie pas notablement, mais il cesse de répondre dès la deuxième visite, et, à la fin de mars, il adopte un mutisme complet et ne parle à personne. A partir de ce moment, il ne se lève plus, quand on l'y invite, mais, si on le prend par le bras, il obéit et marche avec la personne qui l'accompagne; il ne reste pas debout et se laisse aller tout doucement à terre, dès qu'on l'abandonne.

Dans la journée, il ferme souvent les yeux comme s'il dormait, et cesse tout mouvement de la tête; d'autres fois encore, il se couche sur le banc et reste immobile, les muscles du cou et de la face dans le repos le plus complet. Si, à ce moment, on l'interpelle, il ouvre les yeux, se relève, non point comme un dormeur qui se réveille, mais comme un homme en pleine possession de lui-même, et il reprend immédiatement les mouvements de la tête et du visage.

C'est dans cet état qu'il est transféré de la maison d'arrêt de Melun à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police, et de là, sur un rapport motivé de notre distingué confrère, M. le docteur Garnier, au bureau d'admission, près l'asile Sainte-Anne, pour y être observé.

A son arrivée au bureau d'admission, le 12 mai 1891, il conserve la même attitude, reste dans le mutisme, continuant à remuer la tête et à contracter les muscles de la face. Invité à se lever, à marcher, il se penche en avant et se laisse tomber sur les mains, il marche à quatre pattes; si on lui prête aide, quelque légère qu'elle soit, un doigt placé sous l'aisselle, par exemple, il se tient debout et marche droit. Il prend régulièrement ses repas, tient la cuillère à pleine main, mais mange proprement. Il demande, par signes, à aller au cabinet quand il se trouve dans la salle de réunion, dont la porte est fermée; il s'y traîne spontanément à quatre pattes, quand il est dans la cour. Dans les cabinets, on le voit se redresser facilement, relever seul son pantalon et le boutonner.

Au bout de quelques jours, nous avons pu obtenir la cessation de

ces troubles moteurs simulés : paralysie des jambes d'une part, et spasmes du visage de l'autre. Ces derniers, du reste, devenaient fatigants au bureau d'admission, où Loisier, invité à tenir la tête relevée, ne peut échapper à la surveillance, et se voit dans l'obligation de grimacer toute la journée.

Nous l'avons fait venir dans une salle où des malades suivaient un traitement par l'électricité et nous avons déclaré, en nous adressant aux élèves, que quelques applications électriques suffiraient probablement à guérir ce malade, que les spasmes notamment cesseraient dès le premier jour, une ou deux minutes, le second jour, cinq ou six minutes, et ainsi de suite jusqu'à la disparition complète. En effet, l'application du balai électrique avec l'appareil d'induction de Dubois-Reymond, au dos et surtout sur les parois abdominales, ont redressé Loisier, dès la première séance ; quant aux spasmes des muscles du visage, ils ont cessé le premier jour pendant une minute, le second cinq minutes, le troisième dix minutes, et ont disparu entièrement, selon les prévisions, au bout de huit jours. Le balai avait été appliqué sur la houppe du menton et sur la muqueuse des lèvres et non sur les muscles eux-mêmes.

Loisier fournit tous les jours des preuves manifestes d'attention et de bonne mémoire. Le lendemain de son entrée, il avait fait ses besoins dans le vase de nuit de la chambre; sur l'observation de l'infirmier que les malades valides, qui n'ont pas de fièvre et ne sont pas à l'infirmerie, ne se servent habituellement du vase que pour les petits besoins, on n'a plus trouvé, le matin, que de l'urine dans son vase.

Il en a été de même pour le redressement de la tête qu'il tenait une partie de la journée appuyée sur ses bras au-dessus de la table. On lui avait dit que les malades, pour passer de meilleures nuits, ne dormaient pas le jour ; il ne s'est plus accoudé à la table, il reste assis sur une chaise ou sur un banc.

Il comprend tout ce qu'on lui dit : il ouvre la bouche, tire la langue, sort dans la cour, entre dans la salle de réunion, monte dans sa chambre, s'assied ou se lève dès qu'on le lui demande, mais il refuse systématiquement de répondre aux questions les plus simples, même par signe de tête.

Pour faire cesser ce mutisme, nous avons eu recours un jour (24 juin) aux inhalations d'éther, dans la pensée qu'il pourrait se surprendre parlant, comme cela arrive quelquefois, au sortir du sommeil anesthésique, et qu'il continuerait ensuite à nous répondre, mais le résultat a été incomplet.

Pendant l'éthérisation, toutes les fonctions cardiaque, respiratoire, circulatoire, sont restées absolument normales. Au milieu du sommeil, tout à coup, les paupières se sont plissées comme chez une personne qui va pleurer, puis il s'est écrié, par deux fois, avec

l'accent de la crainte : « Oh ! oh ! ce n'est pas encore l'heure ! ce n'est pas encore l'heure ! Oh ! ma pauvre grand'mère ! oh ! ma pauvre grand'mère ! » Puis, presque aussitôt après : « Laissez-moi les mains libres. Laissez-moi les mains libres. »

A deux reprises, à la suite de ces exclamations, il a relevé la tête, ouvert les yeux et regardé d'une façon naturelle autour de lui, avec une expression de physionomie toute différente de celle que présente d'ordinaire son visage, les deux plis verticaux des sourcils s'étaient effacés, la figure n'avait plus son caractère de dureté et on retrouvait l'expression douce dont parlait la grand'mère. Le sommeil fini, tout est revenu au premier état.

L'apparition subite des troubles intellectuels, à forme mélancolique, le 31 janvier dernier, pouvait faire songer à un accès de folie épileptique, lié à des vertiges passés inaperçus, mais l'absence absolue dans les antécédents, de phénomènes pouvant rappeler la grande névrose, et d'ailleurs, la prolongation de l'accès ne permettaient pas de s'arrêter à ce diagnostic.

Un accès de délire alcoolique eût pu aussi débuter brusquement, à la suite d'une violente émotion morale, chez un individu adonné aux excès de boissons, mais Loisier s'était montré relativement sobre, il était détenu, déjà depuis trois mois, et il ne présentait aucun symptôme physique de l'empoisonnement chronique nécessaire à l'évolution rapide d'un accès de délire alcoolique, en dehors d'un appoint récent de boissons. De plus, le calme de la nuit ne se serait guère expliqué avec le délire alcoolique.

Si l'on eut songé à un accès de folie transitoire, la longue durée des phénomènes ne permettait bientôt plus de s'y arrêter.

Parfois les héréditaires dégénérés présentent des délires d'emblée, des accès qui, sous l'influence de causes diverses, se développent subitement, mais tous les antécédents héréditaires ou personnels de Loisier, protestent contre une prédisposition native et contre une dégénérescence mentale. Du reste, les délires d'emblée sont bien rarement les premières manifestations de la prédisposition maladive, et, lorsqu'ils se développent, ils ont, en général, une activité que nous ne retrouvons point, dans l'état sous lequel s'est montré Loisier.

Au moment de son arrivée à l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, il s'était présenté sous les apparences soit d'un idiot privé du langage articulé, soit d'un lypémaniaque frappé de mutisme et de stupeur, mais, ajoute M. le Dr Garnier : « En réalité, il n'est ni l'un ni l'autre. Les phénomènes bizarres auxquels il nous fait assister sont non seulement insolites, mais ils sont encore contradictoires entre eux. Dans leur ensemble, ils ne répondent à aucun des deux types d'aliénation mentale auxquels il vient d'être fait allusion et qui sont les seuls dont on pourrait, à la rigueur, les rapprocher. »

Puisque les troubles intellectuels présentés par Loisier ne répondent à aucune des formes connues, des formes classiques de l'aliénation mentale, admettons qu'il a été frappé d'un accès de folie insolite, exceptionnel, rappelant plus ou moins la mélancolie ou lypémanie, examinons cet accès en lui-même, dans son contenu, et analysons les différents symptômes qui le constituent.

Cette étude va nous mettre en présence de contradictions incessantes, de phénomènes qui se combattent, se repoussent, s'excluent, si bien qu'une telle folie ne saurait exister.

Le 30 janvier, tout va bien dans la matinée, mais Loisier revient triste et préoccupé du cabinet de M. le juge d'instruction, et dès le lendemain, il se présente sous les dehors d'un mélancolique halluciné, avec l'aspect bizarre dont nous avons parlé, déclarant qu'on empoisonne sa soupe ; mais il n'en demande pas le motif, il n'accuse personne, il ne proteste pas, il obéit comme d'habitude aux ordres des gardiens et, contrairement au persécuté qui se croit empoisonné, il ne réagit nullement, pas même en paroles ni en gestes, contre son entourage ni contre ceux qui lui présentent sa soupe empoisonnée. Il ne prend pas d'aliments pendant deux jours, puis, tout en continuant à dire qu'on l'empoisonne, il mange, sans hésitation, ce qu'on lui sert, sans examiner sa nourriture, sans la faire goûter par celui qui la donne : le soir venu, il se couche et dort d'un profond sommeil. Un tel mélancolique persécuté ne se rencontre jamais dans les asiles.

D'autre part, s'il était dans la stupeur, comme on pourrait le supposer, dans les moments où, cessant tout mouvement de la face, il reste immobile, la tête inclinée sur la poitrine, il ne parlerait pas à haute voix, ne se plaindrait pas d'être empoisonné, ne mangerait pas seul, resterait inerte, indifférent à toute incitation extérieure, n'obéirait pas aux ordres des gardiens et serait incapable de pourvoir à ses besoins les plus élémentaires.

Onze jours après, lorsqu'il est mis en présence de sa grand'mère et de son frère, il ne veut pas les reconnaître contrairement à ce que ferait le mélancolique persécuté, de fraîche date, qu'il cherche à représenter. Un délire aussi limité et aussi récent ne peut pas compromettre l'intelligence, au point de provoquer de telles lacunes de la mémoire. Si, par le fait d'une illusion ou d'une idée délirante, il se trompait sur la personnalité de ses parents, il ne manquerait pas de le dire, il trouverait en tout cas, des ressemblances et les discuterait comme le font ces malades, en pareille circonstance. Un tel sujet ne peut donc pas être en démence, et si le délire était réel, il y aurait d'autres réactions.

Dans la matinée du 26 juillet, on le voit promenant l'indicateur de la main droite sur le dos de la main gauche comme pour manifester le désir d'écrire; on s'empresse de lui donner un crayon et du

papier et commme il commence, en effet, à tracer quelques lignes, on lui apporte des plumes et de l'encre.

Il remplit trois pages d'une écriture bien formée, régulière, sans ratures, avec quelques fautes d'orthographe qui tiennent, non à un affaiblissement intellectuel, mais à une instruction première incomplète.

Cette lettre fait ressortir de nouvelles contradictions et proteste encore contre la réalité de la folie. Loisier s'y représente, à la fois dément et délirant très actif, c'est-à-dire dans des dispositions mentales opposées, qui s'excluent réciproquement et ne s'observent jamais chez le même aliéné.

D'abord, comme calligraphie, comme aspect général de l'écriture, c'est la lettre d'un homme bien portant et non d'un aliéné persécuté; il n'y a pas, en effet, de ponctuation exagérée; pas de mots soulignés, pas de signes particuliers; c'est une écriture absolument correcte.

Cette lettre adressée à Gambetta est datée de Rouen le 15 novembre 1882. Un mélancolique persécuté pourrait à la rigueur par le fait d'une idée délirante, dont il parlerait, se croire à Rouen au lieu de Paris, mais il ne prendrait pas l'été pour l'hiver, et ne daterait pas de novembre la lettre écrite en juillet. Il n'entre pas non plus dans ses habitudes de prendre pour ennemi actuel, un personnage mort depuis plusieurs années.

Voici, du reste, les principaux passages de cette lettre :

« Rouen, le 15 novembre 1882.

« Monsieur Gambetta,

« Depuis 20 ans que je souffre au fond de cette lugubre citadelle, « où je fus jeté par vos ordres, après le terrible échec, où furent « détruites mon armée, ma famille, où ensuite vous faisiez incendié « mon superbe château de Plessis où depuis 50 ans je n'avais cessé « d'y accueillir les chefs-d'œuvre des artistes les plus distingués, tels « que Raphaël, etc. Dans ma lugubre détention qui ne cesse de con- « tinuer où la parole que j'y ai perdue depuis 11 ans, les infirmités « m'y accablent de jour en jour. J'ai à y ajouter celle de la surdité « qui vient m'accabler depuis quelques jours. Enfin, épuisé par tant « de tortures morales et physiques, d'avoir continuellement devant « mes yeux le terrible incendie de mon manoir où toute ma famille « avait vu le jour, et où ils ont trouvé leur tombeau. »

Il continue plus loin : « N'ayant jamais su lire, je pense bien que « ces quelques mots écrits par la main que vous redoutiez tant autre- « fois et qui portait ombrage à votre puissance, vous saurez rendre « faveur à ma prière en me faisant tuer par quelque mort que vous « voudrez, quand ce serait de m'attacher à la queue de votre cheval « de bataille pour orner votre triomphe. Ma famille a toujours été

« renommée dans le monde entier, je supporterai la mort avec bon-
« heur afin d'aller retrouver mon fils que vous fîtes mourir attaché
« au pied du superbe marronnier qui de son ombrage ornait la cour
« de mon manoir, et ensuite jeté dans l'horrible fournaise où il me
« fut refusé d'y être précipité afin de me faire mourir au fond d'un
« cachot, par la faim et le poids écrasant des chaînes dont vous
« m'avez fait charger jusqu'à la fin de mes jours. Je vous prie de
« m'accorder la mort. »

Dans les lignes suivantes il demande encore la mort : « Afin de me
« retirer de devant les yeux la vue terrible pour moi de cet immense
« brasier où toute ma famille est engloutie et avec elle la gloire du cé-
« lèbre château de Plessis qui pendant des siècles n'a cessé de faire
« la France; mais hélas cette prison où des soldats armés me tien-
« nent sous leur garde doit être mon tombeau séparé de bien loin
« de mon pauvre fils. Plongé dans le chagrin qui me consume nuit
« et jour, je vous supplie de me donner la mort tout de suite. J'ai
« toujours été votre ami dévoué, mais contre les fatalités de la guerre
« tout doit succomber. »

Nous n'insisterons pas de nouveau sur les lacunes de la mémoire incompatibles avec le délire actif manifesté dans sa lettre et avec la manière d'être de Loisier, depuis son entrée au bureau d'admission.

Il rappelle qu'il est muet depuis onze ans et il ajoute qu'il est sourd depuis quelques jours, et pour justifier ce dire, il ne se lève plus, depuis cette époque, quand on l'y invite et attend qu'on le touche en faisant signe de se lever, mais parfois il s'oublie et obéit à la voix ; quelquefois aussi le matin, il tressaille à l'appel dans son lit.

Dans une longue lettre écrite très facilement, il dit : « n'ayant jamais su lire » ce sont là des contradictions qu'on ne trouve pas dans les écrits d'un mélancolique persécuté.

En adoptant ce nouveau rôle de sourd-muet ne pouvant pas lire, il espère sans doute échapper à de nouvelles investigations et éviter de se compromettre par des contradictions. Mais si la surdi-mutité était réelle, il s'efforcerait lui-même de suppléer par les gestes, la vision et le tact, à la privation du langage articulé et de l'ouïe, il se conduirait en sourd-muet, mais il n'en fait rien, il fuit au contraire le regard, tenant les pupilles cachées en haut, il reste immobile, sans la moindre mimique, ne se détourne pas lorsque le choc violent d'un corps dur lancé sur le parquet vient éveiller sa sensation tactile. D'ailleurs cette cécité psychique qui empêche de lire après avoir écrit, cette surdité survenues sans troubles préalables, ne sauraient en imposer un seul instant.

D'autre part, un mélancolique qui se croirait au fond d'un cachot pour y mourir de faim, qui se verrait couvert de chaînes, qui aurait devant les yeux l'immense brasier où toute la famille est engloutie,

etc., traduirait son délire d'une façon bien différente. Ou bien, il serait très actif, gémirait, se lamenterait, supplierait qu'on le débarrasse des chaînes et qu'on lui donne des aliments; ou bien, il serait dans un état de prostration profonde et ne se prêterait nullement, comme le fait Loisier, à la vie calme et régulière de l'établissement : il se met, en effet, tranquillement à table, aux heures des repas et mange avec appétit, prend dans la journée les boissons qu'on lui offre, se rend au bain toutes les semaines sans aucune crainte, reste assis ou se promène dans la cour sans la moindre hésitation, avec un gardien ou un malade, se lève spontanément pour satisfaire à ses besoins; le soir, il monte à la chambre qui lui est destinée, se déshabille, se couche; se découvre quand il fait chaud, ramène ses couvertures quand le temps se refroidit, est tranquille, ne sort jamais de son lit la nuit, et dort d'un sommeil calme et profond que jamais ne pourrait goûter le mélancolique en proie aux horribles tourments physiques et moraux qu'il décrit.

Il prétend subir des tortures, être entouré de soldats armés, et cependant il n'a jamais manifesté le moindre mouvement d'effroi à l'approche des infirmiers ni du personnel du service, dont il paraît recevoir les soins, sans la moindre appréhension.

Dans leurs délires, les aliénés, et en particulier les aliénés persécutés, sont plus logiques qu'on ne pourrait le supposer.

S'ils font entrer un personnage dans le cadre de leurs conceptions maladives, ils attribuent, en général, à ce personnage, souvent en les exagérant, suivant leurs tendances morbides, les qualités ou les défauts qu'on lui accorde, en général, dans le public; ils sont l'écho, en quelque sorte, du sentiment populaire. En ce qui concerne Gambetta, jamais aucun aliéné, et encore moins un mélancolique persécuté, ne l'a considéré comme un conquérant dévastateur, brûlant les châteaux, torturant les vaincus et les livrant au supplice, les traînant à la queue de son cheval de bataille, etc. C'est là un délire étrange, qui, à lui seul, ferait naître des soupçons, si l'on n'avait déjà des preuves grossières de la simulation.

Il en est de même pour la personnalité nouvelle que Loisier se donne : il signe la lettre « François de Courtens », et il attribue à ce personnage inconnu, à ce nom qui n'éveille aucun souvenir, une grande puissance, d'immenses richesses, il parle de son armée, du pouvoir considérable qu'il avait exercé en France, etc. Il s'écarte là encore des habitudes des aliénés persécutés ambitieux qui, dans leurs erreurs de personnalité, se substituent habituellement à des personnages connus ou se disent descendants de l'un de ces personnages.

En résumé, pour nous, la lumière est complète; non seulement les phénomènes présentés par Loisier ne répondent à aucune forme d'aliénation mentale, mais encore, envisagés en eux-mêmes, ces phénomènes se contredisent, s'excluent réciproquement et font repousser de la façon la plus absolue, toute idée de folie.

Nous sommes donc amenés à formuler les conclusions suivantes :

1° Loisier, Charles, était sain d'esprit lors de la mort de Gabriel ;

2° Il n'a pas cessé, un seul instant, depuis cette époque, de jouir de la plénitude de ses facultés mentales, et il simule actuellement la folie ;

3° Il est responsable de ses actes.

(*Le jury ayant rendu un verdict affirmatif, mitigé par des circonstances atténuantes, Loisier a été condamné aux travaux forcés à perpétuité.*)

En résumant ce cas nous voyons que Loisier, inculpé d'assassinat et de vol, après avoir fait preuve de beaucoup de présence d'esprit au début de l'instruction, fut pris brusquement, à la suite d'un interrogatoire où sa culpabilité devenait flagrante, d'un accès mélancolique avec hallucinations et idées de persécution. Il ne répondait qu'à quelques questions et prétendait qu'on l'empoisonnait et qu'on mettait de l'arsenic dans sa soupe. On dut recourir à l'expertise médico-légale. Au bout d'un mois, Loisier était tombé dans le mutisme le plus absolu, il paraissait paraplégique et son visage crispé était constamment agité par des convulsions spasmodiques. Sur la demande des experts, il fut transféré au bureau d'admission à l'asile Sainte-Anne, où la surveillance et l'examen purent se continuer d'une façon plus efficace. Prévenu indirectement que la paralysie et les convulsions guérissent promptement par l'électricité, Loisier est tombé dans le piège et s'est laissé guérir très vite par le balai électrique.

Nous avons vainement cherché à rattacher cet accès subit de mélancolie avec idées de persécution à une forme connue de l'aliénation mentale : à la folie épileptique, au délire alcoolique, à la folie instantanée, au délire d'emblée des héréditaires dégénérés, puis encore à la stupeur mélancolique et à l'idiotie.

Examiné en lui-même, dans son contenu, cet accès se traduisait par des symptômes contradictoires qui se combat-

taient, s'excluaient réciproquement, si bien que la folie ne pouvait être admise.

Un écrit de Loisier où il se disait sourd-muet et où il décrivait des scènes profondément émouvantes dont il prétendait être témoin, et les supplices horribles qu'il subissait, est venu donner de nouvelles preuves de la simulation; car, non seulement, rien dans son attitude ne rappelait la surdimutité, mais, à aucun moment, il ne s'est montré sous les dehors de la stupeur ni de la mélancolie anxieuse qu'un tel délire n'eût pas manqué de provoquer.

Je dois encore quelques explications sur l'emploi de l'éther comme moyen de diagnostic chez cet individu.

Certains auteurs, Tardieu, Boisseau, Krafft-Ébing, repoussent d'une façon absolue l'emploi des anesthésiques dans la recherche de la simulation ; d'autres au contraire, Morel, Laurent, le Conseil de santé des armées (instruction du 2 avril 1862), sont d'avis que les anesthésiques maniés avec prudence, peuvent être mis à contribution chez les simulateurs.

Pour ma part, je repousse également, en principe, l'emploi de tout moyen dangereux, et cependant j'ai eu recours chez Loisier aux inhalations éthérées voici pourquoi : Tout d'abord il s'agit d'un adulte bien portant dont les fonctions circulatoires, respiratoires sont intactes et chez lequel conséquemment l'emploi de l'éther ne peut inspirer aucune appréhension.

En second lieu, ce n'est pas pour obtenir des révélations, pour arracher des aveux ; non, ce n'est point là, le rôle du médecin, et pour ma part, je n'admets pas la véracité des discours tenus par un individu en état d'ivresse, ou sous le coup de l'excitation éthilique ou éthérée ; il peut bien dans l'un et l'autre cas faire quelques confidences plus ou moins vraisemblables, mais aussi exprimer des idées absolument fausses et rapporter des faits entièrement inexacts.

Chez Loisier nous avons eu recours aux inhalations





L... Pendant l'Instruction





L... après le Jugement

SIMULATION DE LA FOLIE

Photocollographie Chêne & Longuet

d'éther, dans la pensée qu'il pourrait se surprendre parlant, comme cela arrive quelquefois au sortir du sommeil anesthésique et qu'il continuerait à nous répondre.

Le résultat a été incomplet puisque, après un changement absolu de la physionomie et quelques mots prononcés pendant l'éthérisation, Loisier est retombé dans le mutisme, et, au réveil, a repris son masque avec son expression dure et douloureuse.

Loisier quitte l'admission le 26 septembre 1891 pour être conduit par la gendarmerie à la prison de Melun; il gâte en chemin de fer, et, c'est avec une attitude stupide, et dans un état complet de malpropreté, qu'il traverse Melun entre deux gendarmes, de la gare à la prison. Comme pour souligner son état d'impuissance et de stupeur il continue à gâter à la prison, tandis qu'il avait été très propre à l'admission.

La défense a songé à mettre à profit ces apparences de démence, et lors de ma déposition, on m'a adressé la question suivante : L'expert pense-t-il que la simulation puisse conduire à la folie ?

J'ai répondu que, pour ma part, quoique ayant déjà vu de nombreux simulateurs, je n'avais jamais été témoin de cas de ce genre, mais que les annales de la science avaient enregistré quelques observations de simulateurs devenus fous à la suite d'une simulation trop prolongée.

Derozier, un simulateur cité par Morel, disait : « J'ai cru « devenir réellement fou et j'avais plus de crainte encore de « tomber fou que d'aller au bagne. »

Deux marins français prisonniers sur les pontons anglais simulèrent la folie six mois, au bout desquels on les rendit à la liberté, mais leur raison était perdue. Quant à Loisier, il serait tout prêt à recommencer; du reste, il avait adopté en dernier lieu la forme la plus facile à simuler, il avait été énervé, dit-il, seulement pendant le temps, où grimaçant, il avait été obligé de tenir la tête relevée toute la journée.

Parfois la simulation impose de grandes fatigues corporelles, une tension continuelle de l'esprit ; ce sont là des causes de souffrance, de fatigues physiques et morales dont l'action longtemps prolongée peut entraîner quelques troubles intellectuels, mais pour le développement d'une psychose, en dehors de ces causes, il faut une prédisposition, et la clinique présente, sous ce rapport, de bien rares exceptions.

Le lendemain du jugement comme on peut s'en assurer par les photographies, Loisier, heureux d'échapper à la peine capitale, n'était plus fou ; le paralytique marchait, le muet parlait, le sourd entendait ; le lypémaniaque avait jeté loin toute terreur.

Il a refusé tout pourvoi en cassation, il est satisfait et reprendra, dit-il, en nouvelle Calédonie, son métier de cordonnier. Il raconte que ce qui lui avait donné le plus de mal, c'étaient les convulsions de la face, il en était le soir tout énervé. Il n'a imité, ajoute t-il, aucun malade, il a tout inventé, même le gâtisme à côté des gendarmes, il espérait que ça produirait bon effet.

J'arrive à une seconde question dont nous devons nous occuper, la folie méconnue.

Le rôle ordinaire de l'expert n'est pas de démasquer les simulateurs ; nous sommes bien plus ordinairement appelés, ainsi que je l'ai déjà dit, à établir la folie chez des accusés réellement aliénés ; malheureusement, tous les fous ne sont pas soumis à l'examen du médecin. Trop souvent, le magistrat, livré à ses propres forces, méconnaît la folie, et des condamnations, plus ou moins graves, frappent des irresponsables.

Toutes les fois, en effet, qu'un inculpé simule la folie, il accentue, il force la note, passez-moi l'expression ; il exagère tellement les symptômes que, pour les incompétents, il

paraît très aliéné. Dans ces conditions, le magistrat n'hésite pas à faire appel au médecin pour constater la folie. Quand, au contraire, un aliéné vrai commet un crime ou un délit, fréquemment les actes accomplis ressemblent à ceux des délinquants vulgaires, et comme les magistrats se préoccupent surtout de l'acte, sans assez tenir compte des antécédents, que, d'autre part, les aliénés avouent sans hésitation leur faute, la condamnation paraît toute naturelle. Vous ne sauriez croire combien sont nombreux les cas d'aliénation mentale méconnus. Prenons, par exemple, le département de la Seine. Nous avons reçu, peu de temps après leur condamnation, en 1885, 34 aliénés ; en 1886, 57 ; en 1887, 42 ; en 1888, 48 : en 1889, 35 ; en 1890, 65 ; au total, 281. Sur ce nombre, il y avait 76 paralytiques généraux.

C'est donc une moyenne de près de cinquante détenus qui nous sont envoyés chaque année des prisons où ils purgeaient des condamnations pour des délits ou des crimes commis en pleine aliénation mentale.

Mais ce nombre est bien loin de comprendre tous les aliénés condamnés à tort ; combien plus nombreux sont ceux qui, n'offrant pas de délire actif, restent en prison sans appeler l'attention. C'est là un fait qui a soulevé les protestations des médecins, et nos confrères belges, qui ont obtenu de visiter les prisons, ont fait transporter dans les asiles bien des aliénés. Mais ce n'est pas là le vrai remède ; il faudrait que les prévenus douteux fussent tous préalablement examinés ; c'est le seul moyen d'éviter à des irresponsables la flétrissure d'une condamnation.

Ceci posé, je reviens aux malades que j'ai reçus ici. On pourrait, à la rigueur, discuter sur l'état mental de quelques héréditaires dégénérés qui, avec de profondes perversions morales et instinctives, présentent des apparences de lucidité et de raison capables d'en imposer à un examen superficiel ; on pourrait également soulever des objections au sujet de certains épileptiques qui ont de longs intervalles de

lucidité. Mais pour les paralytiques généraux, toute contestation est impossible.

Qu'un paralytique général, en effet, accomplisse un vol, qu'il profère des menaces, qu'il commette un attentat à la pudeur, qu'il soit arrêté comme vagabond, tout en lui, révèlera son imprévoyance, la défaillance absolue de sa volonté. Non seulement il ne nie pas, mais son attitude, ses réponses naïves montrent qu'il est loin de se rendre compte de la signification des faits qui lui sont imputés.

A ce propos, permettez-moi de vous rappeler à grands traits quelques-uns des caractères de la paralysie générale. Dès le début, le paralytique général a sa physionomie propre ; l'affaiblissement de l'intelligence est total, toutes les facultés sont diminuées. Pourquoi cette dépression générale des fonctions intellectuelles ? Elle tient à la généralisation de l'encéphalite interstitielle diffuse qui est bien la lésion primitive et essentielle de la paralysie générale. Mais alors, comment expliquer que les fonctions intellectuelles soient d'abord atteintes et que les instincts, qui ne sont plus modérés par la raison, entraînent les sujets ? Cela tient à la marche même de la lésion qui chemine d'avant en arrière, lèse d'abord le lobe frontal, altère les fonctions intellectuelles (mémoire, raisonnement, volonté, etc.), et n'atteint qu'ultérieurement les circonvolutions occipitales, siège des instincts. Dès lors, on n'observe à cette première période, que des changements de caractère, que quelques légères modifications dans les habitudes. Si, à ce moment, le paralytique général commet un délit, il en conviendra facilement, et cet aveu même, qui appellerait l'attention du médecin, est la cause des rigueurs des magistrats.

Un paralytique général, encore actuellement dans le service, est un des types les plus nets de ces inculpés, condamnés quoique irresponsables. L'homme dont il s'agit avait falsifié une quittance, mais cet acte avait été commis avec une si grande maladresse, il était avoué avec une naïveté

telle, que l'attention aurait dû être éveillée par les circonstances mêmes de la cause. Or, les aveux furent traités de cynisme, le manque de mémoire taxé de comédie, et l'avocat général sut tirer partie de ces deux points. La condamnation fut très sévère, plus sévère, m'a-t-on dit, qu'elle ne l'aurait été sans ces aveux, sans ces absences de mémoire, c'est-à-dire, si le sujet n'eût pas été aliéné. Quinze jours après sa condamnation, ce malade nous était amené délirant complètement. Aujourd'hui, quoiqu'il divague, quoique sa parole soit troublée, sa langue trémulante, il est moins manifestement aliéné que le jour de sa comparution en cour d'assises.

Ce fait, assurément très regrettable, est un exemple typique, bien capable de démontrer la nécessité absolue de l'intervention du médecin dans le diagnostic de l'aliénation mentale.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

ALCOOLISME

Pages.

I. — Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales. . 3
Action comparative de l'alcool et de l'absinthe 5
Les diverses formes de *delirium tremens*. 7
Terminaison de l'alcoolisme par démence ou paralysie générale. 13
Rôle actif de l'alcool dans l'éclosion et le développement des maladies mentales et combinaisons du délire alcoolique avec la folie 15

II. — Des principaux signes cliniques de l'absinthisme. 23
Action prépondérante de l'essence d'absinthe dans l'intoxication. 24
Action secondaire du groupe dit épileptisant, par MM. Cadéac et Meunier (essence d'hysope et de fenouil) et du groupe stupéfiant (anis, badiane, angélique), etc 25
Attaque épileptique, vertige, délire hallucinatoire : signes caractéristiques de l'absinthisme, dans les conditions expérimentales. 28
Preuves de la valeur clinique de ces signes; trois observations d'attaques épileptiques consécutives à des abus d'absinthe; dans l'une d'elles, les attaques sont suivies de délire inconscient; dans une autre, elles ont été précédées par des vertiges. . . . 30

III. — De l'alcoolisme : sa marche croissante et ses causes . . . 39
Nécessité de nouvelles mesures fiscales sur l'alcool et de la suppression du privilège des bouilleurs de cru 41
Répartition géographique de l'alcoolisme, sa marche croissante depuis 1870 44
Tableau de l'intoxication alcoolique depuis l'ivresse jusqu'à l'alcoolisme chronique; fin par la démence et la paralysie générale. 47

IV. — Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. 51
Opinions diverses sur ce sujet 51
Processus anatomo-pathologique général de l'alcoolisme (stéatose et sclérose) 52
Marche clinique vers la démence (stéatose). 53
Marche vers la paralysie générale (sclérose). 54

Pages.

Hérédité et alcoolisme 55

V. — De la toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels. 59
Falsification des vins, eaux-de-vie, liqueurs. 61
Vins : Démonstration expérimentale de l'action toxique des huiles de vin allemande et française. 62
Eaux-de-vie : Expériences avec les alcools de vin, de betterave et de maïs 65
Propriété toxique du furfurol (alcools de grains, d'avoine, de seigle, d'orge.) 67
Liqueurs : Bouquets artificiels 77
Absinthe. 78
Aldehyde salicylique (essence de reine des près). 79
Salicylate de méthyle 82
Essence de noyau. 84

VI. — Trois cas de cocaïnisme chronique. 91
Cocaïnisme par applications sur des plaies de comprreses imbibées d'une solution de cocaïne. 95

VII. — Anatomie pathologique. (Observations communiquées à la Société de biologie) 97
Dégénérescence graisseuse et cirrhose de la plupart des organes dans un cas d'alcoolisme chronique. 97
Deux cas de pachyméningite à caractères exceptionnels . . . 99

DEUXIÈME PARTIE

DES HÉRÉDITAIRES DÉGÉNÉRÉS

I. — Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire. 109
Stigmates psychiques et physiques 110
État mental considéré depuis l'idiot jusqu'au dégénéré supérieur. 112

II. — Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire (suite) 120
Réfutation des objections adressées à la constitution clinique du groupe des héréditaires dégénérés. 122

III. — Héréditaires dégénérés 138
Déséquilibration mentale, stigmates physiques et psychiques . . 142
Physiologie pathologique 144
Cas de perversion sexuelle; impulsion à mordre et à manger de la peau fine et blanche 146

IV. — Tableau synoptique des dégénérescences mentales. . . 150

V. — Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles. 151
Classification et physiologie pathologique. 152
Des spinaux 153
Des spinaux cérébraux postérieurs 156
Des spinaux cérébraux antérieurs 158
Des cérébraux antérieurs ou psychiques 167
Déductions médico-légales : les psychopathes sont des irresponsables. 172

Pages.

VI. — Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles 173
Cas type d'inversion du sens génital. 174
Considérations médico-légales 181
Observations d'aberrations sexuelles dans lesquelles un tablier blanc, une tête de vieille femme, des clous de souliers deviennent l'occasion d'excitation génitale 186

VII. — Des exhibitionnistes. 203
Historique; Lasègue et Morel. 203
L'exhibitionniste est un syndromique 204
Rapport médico-légal sur le cas de G... dégénéré et exhibitionniste 206
Des frotteurs 213
Exhibition chez le dément et chez le paralytique général 215
Des coupeurs de nattes. 215

VIII. — Trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux 218
1° Atrophie testiculaire chez un débile. 220
2° Atrophie de la verge, cryptorchidie chez un imbécile. 221
3° Pseudo-hermaphrodisme mâle chez un débile. 224

IX. — Accumulation de stigmates physiques chez un débile : Brachycéphalie, plagiocéphalie, acrocéphalie, asymétrie faciale, atrésie buccale, syndactylie des quatre extrémités. 228

X. — De l'enfance des criminels considérée dans ses rapports avec la prédisposition naturelle au crime. 243
Évolution intellectuelle de l'enfant 244
La prédisposition naturelle au crime est l'indice de la dégénérescence héréditaire 247
Observations de jeunes dégénérés à instincts pervers très développés sans stigmates physiques. 252

XI. — Accumulation chez un même sujet de syndromes épisodiques intéressant successivement diverses régions de l'axe cérébro-spinal. Coexistence de folie héréditaire, de délire alcoolique et de délire épileptique 261
Un cas de sitiomanie 267

XII. — De la folie des antivivisectionnistes 269

XIII. — De l'onomatomanie 278
1° Recherche angoissante du nom ou du mot 279
2° Obsession du mot qui s'impose et impulsion irrésistible à le répéter 287
3° Signification particulièrement funeste attribuée à certains mots compromettants. 303
4° Influence préservatrice de certains mots 318
5° Le mot, devenu pour le patient un véritable corps solide indûment avalé, pesant sur l'estomac, et pouvant être rejeté par des efforts d'expulsion et le crachement. 327

XIV. — L'obsession criminelle morbide 334
1° Obsession et impulsions morbides à l'homicide. 337
2° Obsession morbide du vol; kleptomanie; kleptophobie 342
3° Obsession morbide du feu; pyromanie, pyrophobie. 345
4° Obsessions sexuelles morbides 346

Pages.

XV. — Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés 353
Nécessité au point du vue médico-légal de bien définir ce qu'on doit entendre par impulsion 353
Y a-t-il des monomanies homicide, suicide, etc 355
Séméiologie des impulsions au suicide et à l'exhibition 356
Historique de la doctrine des monomanies 359
Caractères de l'acte suivant la forme mentale 362

XVI. — Suicide par blessure du cœur avec une épingle mesurant 3 centimètres 374

XVII. — Sur les aliénés persécuteurs 383
Du persécuté-persécuteur 383
Caractères et marche de son délire 385
Diagnostic différentiel avec le délire chronique. 388
Différentes classes de persécutés-persécuteurs, leurs allures particulières. 391
Discussion des questions médico-légales soulevées par leurs actes. 398

XVIII. — Note sur l'étude comparative de la démence et de l'idiotie. 401

XIX. — De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné 407
Possibilité logique, par influence héréditaire, de la coexistence chez le même sujet d'un délire épileptique et d'un délire vésanique auxquels l'alcool peut ajouter son propre mode de folie. . 408
Folie alcoolique et paralysie générale 409
Folie alcoolique et épilepsie; délire épileptique et de persécution 411
Folie alcoolique combinée avec le délire mélancolique, le délire chronique et la dipsomanie. 413
Epilepsie et délire chronique. 415
Epilepsie et délires d'héréditaire dégénéré. 416
Coexistence de folie épileptique, de mélancolie impulsive et d'alcoolisme aigu chez le même sujet 419

TROISIÈME PARTIE

PARALYSIE GENÉRALE

I. — Signes essentiels et accessoires de la paralysie générale 427
Signes physiques : Embarras de la parole 428
Troubles oculaires 433
Inégalité pupillaire 434
Signes intellectuels : dès le début, affaiblissement généralisé des facultés; première période ou médico-légale. 440
Délires multiples à fonds de démence 443

II. — Note sur les attaques spinales épileptiformes ou convulsives et apoplectiformes, avec élévation de température, dans certains cas de paralysie générale. 446

Pages.

III. — De la température a la suite d'une attaque apoplectiforme dans un cas de paralysie générale. 450

IV. — De la température dans le cours de la paralysie générale, en dehors des attaques épileptiformes ou apoplectiformes (2 tracés). 458

V. — Sclérose du nerf optique et des nerfs moteurs de l'œil, 3e 4e et 6e paires, dans la paralysie générale (une planche) . 461

Observation I. Cécité complète en 1865; début de la paralysie générale en 1867, maladie confirmée en 1868; atrophie papillaire. Autopsie : névrite interstitielle très avancée des nerfs, du chiasma et des bandelettes optiques; névrite commençante des moteurs oculaires communs; méningo-encéphalite chronique interstitielle diffuse 462

Observation II. — Ambliopie en 1863; début de la paralysie générale en 1867; maladie confirmée en 1868; chute de la paupière supérieure gauche; faiblesse des jambes. Autopsie : névrite interstitielle très avancée du moteur oculaire commun et névrite commençante des nerfs optiques; myélite interstitielle diffuse; méningo-encéphalite chronique interstitielle diffuse. . 465

VI. — Deux cas d'aphasie dans la paralysie générale (2 figures). 465

VII. — Localisations cérébrales dans la paralysie générale. Lésions accidentelles; congestion et hémorragie corticales surajoutées a l'encéphalite chronique interstitielle diffuse. (3 figures) 478

VIII. — Paralysie générale avec atrophie de la circonvolution pariétale ascendante gauche consécutive a la compression par une tumeur, sans paralysie de côté droit. Convulsions unilatérales gauches. Méningo-encéphalite chronique interstitielle diffuse et sarcome angiolithique. (1 figure) . . 484

IX. — Note sur un cas de paralysie générale avec pachyméningite cérébro-spinale; sclérose interstitielle diffuse de la moelle et localisations partielles sous forme d'îlots de sclérose ou de plaques irrégulières 489

QUATRIÈME PARTIE

FOLIE ET MÉDECINE LEGALE

I. — De la folie intermittente 497

Définition et caractère de la folie intermittente. 499

Diagnostic. 501

De l'intermittence dans l'accès; seule, est-elle une caractéristique suffisante pour établir le diagnostic de folie intermittente? . . 503

Intelligence intacte dans l'intermittence, du moins au début des accès 506

Marche générale de l'affection. 507

Variétés nombreuses des formes décrites; possibilité de leur exis-

Pages

tence successivement chez le même malade; aspects différents d'une seule et même maladie qu'un caractère épisodique ne peut suffire à classer comme espèce à part 508
Observations avec diagrammes, donnant une idée exacte de la folie intermittente 510

II. — Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté 527

III. — Simulation de la folie et folie méconnue 544
Difficulté de la simulation de la folie 545
Rapport médico-légal sur un cas de simulation d'un accès mélancolique avec hallucinations, idées de persécution, mutisme et stupeur. Photographies de l'inculpé avant et après le jugement. 547
De la folie méconnue 562
Statistique des aliénés condamnés, reçus au Bureau d'admission, de 1885 à 1890. 563
Considérations médico-légales applicables à ces cas 564

Clichy. — Imp. Paul Dupont, 12, rue du Bac-d'Asnières. 188.12.92.

RC346 M272
1893
Magnan