

sous forme de crises incomplètes, irrégulières, rompant la solidité des lois pathologiques, et que nous devons étudier comme une espèce à part dans le genre des affections cérébrales.

Mon but a été, comme on le voit, de serrer de plus en plus le lien qui unit la médecine mentale à la pathologie du cerveau et par elle à la pathologie tout entière.

En suivant cette visée, deux directions se présentent au médecin : rechercher d'abord, puis établir la simultanéité ou plutôt la concordance des symptômes de l'ordre physique avec les perversions intellectuelles. Les types de la paralysie générale, de l'épilepsie, de la démence hémiplegique, etc., répondent à cette première catégorie. Les délires moins prolongés qui accompagnent certaines affections fébriles comme la fièvre typhoïde, la pneumonie, etc., fournissent encore, dans le même ordre d'idées, de précieux enseignements dont on ne tire pas assez profit. Que la folie soit courte ou longue, qu'elle soit fébrile ou exempte de fièvre, le délire est sa caractéristique et il faut apprendre comment il se comporte dans des maladies à lésions et à symptômes extra-psychologiques.

La seconde voie, moins suivie, est celle où je me suis engagé.

Personne ne rend plus que moi justice aux efforts si intelligents, aux analyses si fines, au classement à la fois si pratique et si ingénieux dont la science est redevable aux aliénistes; mais leur sagacité devenue presque excessive n'est pas exempte de dangers. Les variations des conceptions délirantes modifiées par le milieu, par le caractère antécédent du malade, par le degré d'avancement de la maladie, échappent à une codification scientifique. On incline à faire jouer un rôle prépondérant aux dispositions individuelles, aux influences morales, et les affections ainsi envisagées ne trouvent place que dans le cadre toujours trop compréhensif des névroses.

S'il est vrai que la folie emprunte une partie de ses modalités aux aptitudes morales de l'individu qu'elle atteint, cette influence bonne à noter s'exerce seulement à la surface. Au fond le délire du paysan et celui du lettré, l'aliénation du seizième siècle et

celle du dix-neuvième procèdent de la même origine. S'il est curieux de saisir les subtilités, il est autrement important de ne pas se laisser absorber par leur recherche et de superposer l'espèce à la variété observable.

Les investigations psychologiques auxquelles l'école française doit une partie de sa notoriété ne sont pas épuisées, mais il est dans la loi de tout progrès qu'une fois le meilleur de son œuvre accompli, il se repose et change son mouvement. L'heure n'est-elle pas venue où il convient de réviser les tendances de ce passé tout récent et n'est-il pas à propos, sans toucher à l'édifice, de construire, à côté, sur une autre base?

L'aliéné, quel qu'il soit, n'est aliéné qu'à la condition de sortir du cercle des déviations permises aux intelligences singulières ou aux passions surexcitées. Le fonctionnement défectueux de son esprit comme de ses sentiments relève d'une lésion de l'organe préposé à la fonction. Cette altération, pour échapper à notre découverte, n'en est pas moins obligatoire; nous pouvons provisoirement renoncer à la connaître, mais jamais à la supposer.

Quand la lésion cérébrale s'affirme par des signes contemporains du début de la folie, la règle s'impose. Elle devient d'une application moins évidente lorsque les troubles cérébraux accusés par des phénomènes physiques remontent à une date éloignée : du point de départ encéphalique au point d'arrivée mental on a, pour ainsi dire, eu le temps d'oublier les prolégomènes. Dans une série de cas encore plus obscurs la lésion physique éclate après l'invasion de la folie. Elle était restée latente, ignorée jusque-là; mais si tardive que soit son apparition, elle n'en jette pas moins de jour sur le désordre mental qui semble l'avoir devancée. Il en est de ces espèces comme de certaines fièvres typhoïdes où le délire survenant, par exception, au premier stade, ne doit pas être considéré comme moins typhique que celui qui se produit régulièrement au second septénaire.

Toutes les fois qu'un accès de folie se déclare, c'est une faute

moire, intelligence nette et un peu au-dessus de la moyenne.

A la fin d'octobre 1879, il fait la cour à une jeune fille qui, à la suite de quelques difficultés, refuse de l'épouser. Il se promène pendant toute la soirée, rentre chez lui et se porte deux coups de couteau dont l'un traverse le grand pectoral gauche au niveau de l'aisselle, sans lésions significatives. L'autre effleure seulement une côte. La plaie guérit d'elle-même.

Le 16 mars 1880, après avoir passé la soirée avec un ami, il est repris de la pensée du suicide. Il se promène sans but dans les rues et, en passant devant un poste de police, il demande à parler au brigadier de service sans trop savoir ce qu'il pouvait avoir à lui dire. L'entrée lui est refusée, il tire son couteau, s'en frappe dans la poitrine, se jette sur le factionnaire auquel il porte un coup de couteau qui ne traverse pas même ses vêtements.

Le lendemain matin, quand je l'interroge, il est parfaitement lucide, se rappelle la scène de la veille et la raconte conformément aux procès-verbaux ; pas de traces de folie ou de déviation intellectuelle, mais un peu de paresse d'esprit et une défiance manifeste de lui-même.

En résumé, commotion cérébrale de date connue ; crise vertigineuse avec tentative de suicide cinq ans après ; deux mois plus tard double tentative enfantine de meurtre et de suicide.

Qu'on supprime par la pensée l'antécédent cérébral, l'observation sera confuse ; qu'on rétablisse la série en lui assignant son origine et la maladie prend place dans une classe à caractères définis.

En descendant de degrés en degrés, on trouvera le même délire par accès réduit aux modestes proportions d'un larcin insignifiant ou même d'une divagation sans portée et, bien que la cause première soit pareille, on passera par des gradations presque insensibles de l'assassin farouche au délirant inoffensif. Plus la lésion cérébrale domine, plus l'intérêt d'une analyse psychologique va décroissant. Les combinaisons d'idées n'ont pas le loisir de se développer ; l'impulsion, comme je l'ai dit,

emprunte à l'épilepsie quelques-uns de ses éléments, sans que le malade ait été ou devienne épileptique, le travail intellectuel n'est pas annulé ou même suspendu ; mais réduit à sa plus simple expression, il tient moins des côtés humains que des côtés animaux. Cette sorte d'inversion qui, au lieu de concentrer l'attention sur le délire, n'en fait qu'un épisode, change le point de vue, et changer le point de vue, c'est transformer l'observation toujours gouvernée par une attraction ou par une hypothèse.

Un second type, moins accentué, a pour caractère de laisser, dans les périodes lucides, une infériorité intellectuelle sur laquelle il convient de s'expliquer. Le malade, homme intellectuellement actif, cultivé, habitué à des efforts d'attention où il se complaît, éprouve après la crise d'invasion une défaillance dont il a le plus souvent conscience. L'assiduité le fatigue, la curiosité et par suite le stimulant de son activité s'amointrit. Il est capable de tout ce qu'il pouvait accomplir auparavant à la condition qu'on n'exige plus de lui une persévérance soutenue ; après une heure, deux au plus, le travail lui devient pénible et il ressent la sensation particulière, inconnue jusque-là, de la lassitude cérébrale.

Aucun phénomène encéphalique de l'ordre matériel ne se manifeste et le tout semble réduit à une impuissance relative. Même dans son infériorité, il reste supérieur à beaucoup d'autres.

C'est sur ce fond que se développent les accès aventureux auxquels il va être sujet. La famille, imparfaitement renseignée, ne voit que les côtés saillants des crises subaiguës. Le devoir du médecin est de ne pas s'en tenir à ces apparences et de pénétrer plus avant. On découvre alors qu'un jour une attaque d'éblouissement avec ou sans perte de connaissance s'est produite, qu'elle a été soudaine, transitoire et cependant assez grave pour troubler profondément le malade. Vingt fois dans sa vie il avait été plus souffrant, jamais il n'avait ressenti un pareil ébranlement, bien qu'il ne puisse dire ni pourquoi ni comment cet incident passager l'a désarçonné à ce point.

Peu à peu les crises subaiguës, réduites d'abord à de l'irritation sans motifs, semblent plus puériles. Les conseils et les remontrances restent sans effet et cette indifférence, doublée d'obstination, est un des signes essentiels de la folie. Si on envisage seulement l'étrangeté des accès, on n'en tire aucune indication utile. C'est à l'état sous-jacent qu'il faut emprunter les informations.

Un jour l'accès bénin se métamorphose en une crise maniaque habituellement courte et le malade déclaré aliéné n'appartient pas à une des classes admises. Pourquoi? Parce que le médecin d'aliénés n'a pas assisté aux commencements, qu'il n'avait jamais été question de pourvoir au placement du malade et que, par une erreur d'observation, on a fait dater la maladie du jour de l'explosion, comme si elle n'avait pas été préparée par une incubation insidieuse. L'existence pathologique du malade se partage ainsi entre deux symptômes délirants qui éveillent la sollicitude et des phénomènes physiques relégués au second plan jusqu'à ce qu'ils prennent le dessus et terminent la maladie.

Les exemples de ce genre ne se comptent plus tant ils sont nombreux, et pour les raconter, il faudrait de longues pages qui ne se liraient pas.

Combien existe-t-il d'autres variétés? je ne saurais le dire, mais je me crois en droit d'affirmer qu'en aliénation mentale, toute étude qui ne remonte pas au-delà du fait actuel et qui n'embrasse pas la biographie cérébrale du malade est à rejeter.

Je n'ai pas entendu, pour le moment, poser une autre conclusion.

(*Archives générales de médecine*, 1880.)

QUESTIONS DE THÉRAPEUTIQUE MENTALE.

C'est un fait reconnu par tous les auteurs que certaines réactions morales, les émotions vives, les douleurs ou les joies soudaines, les sensations imprévues, ne sont pas sans influence sur la marche de la folie. De tout temps, on a cité des exemples de guérisons dues évidemment à de simples révolutions morales; d'autres malades, s'ils n'ont été guéris, ont du moins été soulagés, sans que l'amélioration de leur santé physique ou l'emploi d'aucun médicament pût expliquer ces changements favorables.

Des observations entourées de toutes les garanties ne permettent aucun doute; mais, en acceptant ces résultats de l'expérience, il est difficile d'en profiter et de provoquer artificiellement les effets qu'avait produits le hasard des circonstances.

Dans la plupart des cas, la guérison est toute spontanée. Des impressions inattendues, des événements qu'aucune prévision n'eût été capable d'atteindre, ont fait ce que la science n'aurait ni tenté ni même soupçonné. Comment donner des règles à la diversité des dispositions individuelles? Comment choisir parmi ces possibilités incalculables celles qu'il conviendrait d'appliquer à chaque malade? En supposant même qu'on reconnût l'indication, comment se procurer les moyens de la remplir?

Ces difficultés sont grandes et décourageantes; il manque, en effet, à la thérapeutique mentale les éléments indispensables de toute thérapeutique : une matière médicale susceptible d'être

de borner son enquête aux causes dites morales, tout au plus déterminantes, sans remonter aux causes vraiment effectives, et celles-là surtout sont à chercher dans les antécédents cérébraux du malade, quand elles échappent à la constatation du *status præsens*.

Il est de fait acquis qu'un grand nombre de maladies encéphaliques obéissent à une évolution confuse, tantôt avançant par un progrès continu, tantôt, et c'est le cas le plus commun, suspendant leur marche pour la reprendre après une intermission indéfiniment longue. En procédant ainsi, elles se conforment à la loi des états diathésiques comme la goutte, le rhumatisme, la syphilis. Bien que cette permanence, tantôt passive, tantôt active, ne s'explique pas par des hypothèses chimiques, elle n'en est pas moins assurée.

Si le premier accès de goutte a été brutalement caractéristique, les malaises qui lui succéderont, incertains, difficiles à classer, seront jugés par cette crise et le malade étant déclaré goutteux, le cercle des accidents imputés à l'affection constitutionnelle s'élargira, à quelque époque qu'ils se manifestent. Si le choc encéphalique initial a été d'une saisissante évidence, le malade pourra pareillement être déclaré *cérébral* et les troubles intellectuels, les seuls dont je veuille ici parler, s'expliqueront par cette entrée en matière. Il ne s'agira plus d'un hasard, d'une aventure imprévue chez un homme réputé sain, mais d'un paroxysme ou d'un incident au cours d'une maladie qui sommeille.

Cette recherche préalable, toujours utile, devient nécessaire quand on se trouve en présence d'un désordre mental qui ne rentre ni dans la classe des névroses ni dans celle des maladies cérébrales dénommées. Elle sera encore plus productive s'il est possible de discerner la folie développée sous l'influence d'un état cérébral ignoré ou méconnu, de la folie limitée aux simples troubles nerveux et de celle qui dépend d'une lésion actuelle, reconnaissable à ses signes classiques.

Cette étude est quant à présent à peine ébauchée; j'ai eu en

vue d'indiquer le chemin sans avoir la prétention de le tracer, encore moins de le parcourir. Le jour où les faits d'ailleurs faciles à rassembler se classeront, les considérations qui précèdent, forcément vagues comme toutes les aspirations, seront remplacées par des données précises.

En attendant plus et mieux il m'a paru possible de discerner deux types : l'un que j'ai signalé à plusieurs reprises; l'autre dont je me bornerai à indiquer les principaux traits.

Dans la première catégorie se rangent les délires impulsifs instantanés, qui constituent une variété des vertiges épileptoïdes. Tels étaient le cas de Thouviot et celui de Chabot (*Archiv. gén. de méd.*, 1875 et 1878.) Telle est encore la condition, dans l'observation suivante que je résume comme un exemple de la même affection atténuée.

X..., âgé de 26 ans, est un homme robuste, brun de cheveux et de peau, sans déformation du crâne, sans asymétrie ni de la face ni des autres parties du corps.

Il y a cinq ans, pendant qu'il était employé comme homme de peine dans un magasin, un sac de sucre brut détaché d'une pile et du poids de 100 kilogr. lui tomba sur la tête. La pile tout entière s'ébranle et on parvient à le sauver avant qu'il n'ait été écrasé. La commotion n'est pas assez violente pour lui faire perdre connaissance. Il est ramené chez lui en voiture et c'est seulement deux jours après que, manquant de soins dans son garni, il entre dans un hôpital.

A la suite d'un séjour de trois mois X... demande sa sortie, va se reposer chez un parent à la campagne et revient pour reprendre sa profession très pénible, cette fois chez un marchand de fers.

Depuis le choc, il est sujet à des maux de tête assez fréquents revenant par courts accès à des périodes indéterminées. Il boit peu mais ne supporte plus le vin; par intervalles, il éprouve des étourdissements sans perte de connaissance. Son appétit est bon, son sommeil régulier, toutes ses fonctions s'exécutent convenablement, pas de diminution appréciable de la mé-