

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES

IMPULSIONS ET LES ACTES  
DES ALIÉNÉS

PAR

LE D<sup>r</sup> MAGNAN

(LEÇON FAITE A L'ASILE SAINTE-ANNE LE 23 JANVIER 1881)

PARIS

IMPRIMERIE V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

—  
1881

*577*  
*Saint-Anne*  
*Janv. 22*

*29*

WM M196e 1881/5

Z-138667

Akc. z l. 2023 nr 514

# ÉTUDE CLINIQUE

SUR

## LES IMPULSIONS ET LES ACTES

### DES ALIÉNÉS

---

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 mon-

tre dans les formes mentales 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 contre-poids 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 *dipsoma-*

*nie*. 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 rouge, 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 chronique 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 venu 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 essaye 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).

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-Élysées à l'entrée d'un urinoir.

(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.

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 malade, 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<sup>s</sup> 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 jeune fille chaste, honnête, d'une bonne éducation, préférera, dans la période délirante, les paroles les plus ordurières qu'elle accompagnera des gestes les plus obscènes, 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 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

(1) P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés* p. 415, *De la non-existence de la monomanie*, 1863.

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 Salpêtrière, 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'acoolisme 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 gaieté 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'avalier; si dans la cour, dans la rue, dehors en un mot, elle parle, elle chante, ou elle 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'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 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 malades, 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 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.

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, hémiplegie faciale), une prédisposition malade 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 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 crémillère, 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 persécutions, 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 remarqué 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 guillo-

tinier; 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 faits 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 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 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 1<sup>er</sup> avril 1880, les trois états morbides distincts dont nous venons de parler : l'épilepsie, le délire mélancolique et le délire alcoolique (1).

(1) B.... Charles, âgé de cinquante ans, peintre en voûres, entre à l'asile Sainte-Anne, le 1<sup>er</sup> 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 des 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,

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

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.*)

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 nonavenus 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 absolument 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.