

vitiligo. Quelquefois, on observe de vraies dermatoses, telles que l'*eczéma*, le *zona*, l'*herpès*, l'*ichthyose*, la *phthiriose*; d'autres fois, la peau offre les symptômes d'une intoxication générale de l'organisme, par exemple dans l'*alcoolisme* et dans la *pellagre*;

2° La *cicatrisation difficile* des plaies, les *escarres* et les *plaies* du décubitus, le *mal perforant*, la *chute spontanée des ongles* et des *dents*, l'*othématome*, lésions dues, pour la plupart, à des névrites périphériques (paralysie générale);

3° La *fragilité des os*, les *arthropathies trophiques*, surtout dans les articulations chondro-sternales (paralysie générale);

4° L'*atrophie* et la *dégénération musculaires*, qui atteignent un degré élevé dans les *formes paralytiques* de la folie, le marasme de la *démence*, la *cachexie mélancolique*;

5° La *kératite neuro-trophique*, la diminution de la *sécrétion lacrymale*, enfin la *dégénérescence graisseuse* des divers organes.

Parmi les troubles *vaso-moteurs*, on constate chez les aliénés :

Des *paralysies vaso-motrices* des extrémités ou de certaines parties des téguments, amenant la *cyanose*, l'*œdème* (formes stupides et apathiques de la *mélancolie*, de la folie à double forme (RITTI) et de la *démence*); des *asphyxies dites locales*, par contraction spastique des capillaires; des *irrégularités* dans la distribution sanguine; des *sensations subjectives* de chaleur, de froid, de fourmillements, de frissons; des *bouffées*, des phénomènes de *vaso-dilatation* et de *vaso-constriction* localisés et parfois alternants (formes cycliques et périodiques, *mélancolies* avec raptus, *psychasthénies*, *obsessions*.) On peut observer aussi, sous l'influence de légères excitations mécaniques ou électriques, des *rougeurs* partielles persistantes, quelquefois même le phénomène désigné sous le nom de *dermographisme*.

§ 2. — TROUBLES DU SOMMEIL

Le *sommeil*, que l'on considère actuellement, depuis les travaux de MATHIAS DUVAL, comme correspondant à la rétraction des extrémités protoplasmiques ou dendrites des neurones et à la suppression de leurs relations, sous l'influence probable de modifications chimiques, est l'une des fonctions les plus constamment

altérées dans les psychoses. Dans les accès aigus, l'*insomnie* est un des premiers symptômes qui apparaissent; elle se traduit surtout par de l'agitation, des rêves et des cauchemars. Par contre, le *retour du sommeil*, à la fin d'une *manie* ou d'une *mélancolie*, est d'un excellent augure et peut passer pour l'un des indices les plus certains des approches de la guérison, sauf le cas où ce retour, en rapport avec le rétablissement des processus d'assimilation, ne coïncide pas avec une amélioration parallèle de l'état mental. Dans les *psychoses chroniques*, l'*insomnie* est rare, excepté chez les aliénés atteints d'hallucinations ou illusions cénesthésiques.

Le pouvoir de résistance des aliénés à l'*insomnie* atteint quelquefois un degré surprenant; on en voit qui passent des semaines entières sans le moindre repos, quels que soient les moyens employés. Ce manque absolu et complet de sommeil, qui peut dépendre de la perte du sens de la fatigue, est en général un signe pronostique grave, parce qu'il indique une altération profonde des centres nerveux.

On s'est demandé si les aliénés avaient des *rêves* en rapport avec leur délire. Le fait, déjà probable, a été mis hors de doute par plusieurs observateurs.

Il est possible que le *sommeil* et les *rêves* aient des caractères plus ou moins spéciaux dans chaque forme de *psychose*. En tout cas, cela existe dans les *névroses*, accompagnées ou non de troubles psychiques. Mon élève DAMELON (1902) a fait ressortir ces différences qui se résument ainsi :

L'*épileptique* dort d'un sommeil lourd et profond. Il a peu de rêves, au moins mnésiques, mais est sujet à des cauchemars, à des *rêves d'accès* (FÉRÉ, DUCOSTÉ), parfois identiques et périodiques et d'où il sort plus ou moins brisé. L'*hystérique* dort, mais d'un sommeil léger, peuplé de rêves de toute sorte, parmi lesquels dominent les rêves zoopsiques, érotiques, mystiques, terrifiants. Ces rêves, mnésiques ou amnésiques, ont souvent une action directrice sur ses sentiments à l'état de veille. Le *psychasthénique* ne dort pas ou plutôt se plaint de ne pas dormir du tout, durant des mois et des années. La préoccupation de son sommeil et la peur de ne pas dormir le tourmentent à tel point

que parfois il ne dort pas par crainte de ne pas dormir ou par crainte de mourir pendant son sommeil. Habituellement, le sommeil du psychasthénique est léger, incomplet, si bien qu'il peut donner au sujet la sensation ou qu'il ne dort pas ou qu'il ne dort que d'une partie de son être, la partie corporelle, par exemple. Ces sensations sont typiques et il semble que la dépersonnalisation du psychasthénique se continue jusque dans son repos de la nuit. Le sommeil du psychasthénique n'est pas seulement, du reste, léger, incomplet, il est aussi intermittent et se compose souvent de la succession régulière et pour ainsi dire chronométrique, de temps de sommeil et de temps d'insomnie.

Qu'il s'agisse de psychoses ou de névroses, il est utile de distinguer l'insomnie simple, par *énervement*, et l'insomnie par *préoccupations*, par *idées fixes* ou *obsédantes*.

A côté de l'insomnie, il faut placer la *somnolence*, symptôme fréquent et encore mal étudié dans les névroses et les psychoses, en particulier dans le *myxœdème*, l'*artério-sclérose*, les *psychoses infectieuses* et *toxiques*. Elle se traduit par une tendance à l'assoupissement, rappelant exactement celui des vieillards ou des moribonds, survenant le jour, après les repas, assis, debout, pendant un travail, une conversation et pouvant coexister avec de l'insomnie nocturne. Cette somnolence est parfois assez marquée pour constituer le symptôme principal de la maladie. C'est le cas pour la *maladie du sommeil*, *hypnosie*, *somnose*, *léthargie d'Afrique*, et pour l'état désigné par GÉLINEAU sous le nom de *narcolepsie* et étudié depuis par BALLET et d'autres auteurs.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de la *maladie du sommeil*; quant à la *narcolepsie*, nous pensons avec BALLET, DÉJERINE, etc., qu'elle n'est qu'un symptôme soit d'une névrose, *hystérie*, *épilepsie*, soit de toute autre maladie susceptible d'altérer la nutrition de la cellule nerveuse. Nous croyons même qu'on l'observe tout particulièrement dans certaines *psychoses d'auto-intoxication* liées à l'*insuffisance hépatique*, où elle a été signalée par BALLET et LÉVI.

Nous ne ferons que rappeler ici la *léthargie* et le *sommeil hystérique*, dont nous n'avons pas à nous occuper.

Les rêves ont, dans certains cas, les relations les plus étroites

avec les psychoses. De tout temps, pour ainsi dire, on a comparé le rêve avec la folie, et BAILLARGER avait résumé l'analogie de ces deux états en disant qu'ils prenaient tous deux leur source dans l'exercice involontaire ou automatique des fonctions cérébrales. D'autre part LASÈGUE avait montré, et il est admis depuis, que le *délire alcoolique* n'est autre chose qu'un rêve dont il forme la continuation à la fois psychologique et chronologique.

Les rapports du rêve et des psychoses en général ont été étudiés par nombre d'auteurs, notamment par CHASLIN et SANCTE DE SANTIS.

Quant au délire de rêve ou *délire onirique*, il tend à être considéré de plus en plus, ainsi que je me suis efforcé de le démontrer, comme le délire caractéristique des intoxications et des infections. Nous aurons occasion d'en parler et de le décrire plus loin (voir p. 293).

§ 3. — TROUBLES DES FONCTIONS ORGANIQUES

Ces troubles, extrêmement fréquents dans les psychoses, peuvent porter : 1° sur la *Circulation*; 2° sur la *Respiration*; 3° sur la *Nutrition* et l'*Assimilation*, sur la *Digestion*; 4° sur les *Humeurs*, *Sécrétions* et *Excrétions*; 5° sur la *Température*.

1° Circulation. — Les troubles de la *circulation* sont extrêmement communs dans les psychoses, non seulement les troubles purement fonctionnels, mais aussi les troubles organiques. Les *maladies du cœur* paraissent, du reste, plus fréquentes chez les aliénés que chez les gens sains d'esprit. D'après DUNCAN GREENLESS, le chiffre des décès par affections cardiaques serait de 9,36 p. 100 chez les premiers et de 8,72 p. 100 chez les derniers. Le plus souvent la lésion cardiaque préexiste à l'état psychopathique et joue un rôle plus ou moins important dans sa production; cependant elle peut être, dans une certaine mesure, la conséquence d'une excessive agitation (manie, lypémanie, angoisse, épilepsie).

Les maladies du cœur les plus fréquentes chez les aliénés sont l'*insuffisance mitrale* avec hypertrophie du ventricule gauche et

les lésions aortiques. On a signalé chez les *épileptiques* (LUNIER, CHARON), chez les *vieux vésaniques* et chez les *démontés* (PICHENOT), des ruptures relativement fréquentes du cœur.

Les *altérations vasculaires*, bien que moins étudiées, se rencontrent aussi dans les psychoses, sous forme de *varices*, d'*hémorrhoides*, de *phlébites*, d'*hémorrhagies*, de troubles *vaso-moteurs* (cyanose, œdème, asphyxie locale, érythromélgie, spasmes, ecchymoses spontanées, etc.) à peu près constants dans les formes *mélancoliques* et surtout *anxieuses* des *psycho-névroses* et des *psychoses* et qui paraissent varier avec les états pathologiques émotifs auxquels ils sont liés. On a même cherché à établir, par des expériences récentes, une relation constante entre ces états émotifs et les modifications vaso-motrices en vaso-dilatation et vaso-constriction (KLIPPEL et DUMAS, VASCHIDE et MARCHAND).

Une maladie cardio-vasculaire sur laquelle il est nécessaire d'insister, parce qu'elle nous paraît avoir en psychiatrie une importance plus considérable que celle qu'on lui a accordée jusqu'ici, c'est l'*artério-sclérose*.

A côté des cas très nombreux de démence par ramollissement cérébral qui lui sont imputables, l'*artério-sclérose*, qui doit être considérée avec HUCHARD et les grands pathologistes modernes comme une maladie générale, souvent héréditaire et précoce, commençant par une période préartérielle ou de spasmes et finissant par l'athérome qui n'en est que la phase terminale, nous paraît jouer un rôle essentiel dans d'autres affections nerveuses et mentales, en particulier dans certaines formes de *neurasthénie*, de *psycho-névrose anxieuse*, de *mélancolie avec conscience*, de *confusion mentale chronique*. Nous croyons même que l'*artério-sclérose*, maladie familiale, pourrait expliquer quelques cas de *névroses* et de *psychoses* se présentant avec un caractère *familial*. Ce paraît être aussi l'avis de F. W. LANGDON (1904).

Le *pouls* n'offre pas, dans les états psychopathiques, des altérations caractéristiques de quantité et de qualité. D'une façon générale, cependant, il est fréquent et élevé dans les états d'exaltation, tandis qu'il est lent, faible et concentré dans les états de dépression. Mais ce n'est pas là une règle absolue, car chez beaucoup de *mélancoliques*, même dans la stupeur, il peut

atteindre 100 et 120 pulsations. Dans les formes chroniques, le pouls est habituellement normal, sauf chez les hallucinés et durant les paroxysmes d'agitation. Les variations rapides, le microtisme et le polycrotisme sont très fréquents chez les aliénés.

WOLF, qui a fait de nombreuses recherches sphygmographiques sur le pouls dans les diverses psychoses, a insisté sur ce fait qu'on y rencontre plus souvent qu'ailleurs la perte du parallélisme qui existe à l'état normal entre la courbe des températures et les oscillations du pouls. MORSELLI affirme néanmoins que les recherches de CLAUS ne justifient pas les résultats obtenus par WOLF. La sphygmographie serait surtout utile, d'après SHAFER, pour distinguer les diverses périodes de la *folie circulaire*.

GREENLESS (*Mental science*, 1877) a tiré de ses observations sphygmographiques les conclusions suivantes : Dans la *manie aiguë*, on trouve les centres nerveux congestionnés, les parois artérielles relâchées, d'où une diminution de la tension artérielle et tracé dicrotique du pouls. A l'*état chronique*, le tracé se rapproche de la normale.

Dans la *mélancolie aiguë*, systole cardiaque faible, réplétion incomplète des artères. A l'*état chronique*, le pouls recouvre sa force.

Dans la *paralysie générale*, pouls variable suivant les périodes. Dans le premier stade, systole énergique, tension artérielle faible. Dans le deuxième, systole moins énergique, tension artérielle relevée. Dans le troisième, systole faible, mais l'ensemble du tracé se rapproche de celui du premier stade.

Chez les *démontés*, le tracé montre une circulation torpide, due à une diminution du système vaso-moteur.

Chez les *imbéciles*, il y a toujours augmentation de la tension artérielle et de la systole.

2° Respiration. — On observe assez fréquemment, dans les psychoses et psycho-névroses, les *maladies chroniques* de l'*appareil respiratoire*, les *catarrhes bronchiques*, les *emphysèmes*, surtout la *tuberculose pulmonaire* dont les ravages chez les aliénés sont assez grands pour qu'on réclame de tous côtés, actuellement, des pavillons spéciaux dans les asiles pour les tuberculeux.

La *fonction respiratoire* subit également des modifications notables dans les affections mentales. Chez les *maniaques*, à part sa fréquence, elle n'offre rien de particulier. Chez les *mélancoliques*, ses mouvements sont tantôt superficiels et très fréquents, tantôt lents et profonds ; on peut y constater aussi le type inverse du rythme normal, c'est-à-dire l'expiration plus longue que l'inspiration. MARCÉ et d'autres auteurs à la suite ont signalé chez ces malades l'augmentation notable du rapport entre le nombre des inspirations et celui des battements du cœur (1 à 5 ou 6 au lieu de 1 à 4). En un mot, comme l'ont établi PACHON et ROSSI, l'excitation et la dépression se traduisent par l'hyper et l'hypo-activité de la fonction respiratoire, sans qu'il existe un type particulier de respiration dans la manie et la mélancolie.

Mosso, Rossi, et plus récemment VASCHIDE et MARCHAND, ont étudié les mouvements respiratoires dans les émotions pathologiques et les états morbides émotifs et anxieux à divers degrés. Le rythme respiratoire, accompagné parfois d'une fine trémulation, varie suivant l'intensité et la nature de l'émotion. Ces recherches ont nécessairement besoin d'être confirmées et précisées.

Il existerait dans la *paralysie générale*, d'après KLIPPEL et BOETEAU, trois types respiratoires et, d'après ROSSI, un tremblement saccadé du tracé. ZENKER et MICKLE y ont noté dans les périodes avancées, spécialement au cours des accès apoplectiformes, les respirations intermittentes, rémittentes et arythmiques, comme dans le phénomène de CHEYNE-STOKES. J'ai indiqué moi-même, dans les phases du début, des sortes de pauses respiratoires inconscientes, automatiques, survenant soit au moment du passage au sommeil, soit au cours du sommeil lui-même et déterminant des secousses du corps ou des réveils en sursaut.

3° Nutrition et assimilation, digestion. — Le premier élément d'appréciation, pour juger de l'état de *nutrition* d'un individu, consiste à examiner le rapport du *poids* avec la stature.

A la période prodromique de beaucoup de folies, avant même

que les troubles intellectuels éclatent, le *poids du corps* diminue d'une façon notable. Dans les états d'agitation et de manie, il y a en général dénutrition ; au contraire, dans les formes apathiques, les malades peuvent devenir polysarciques. Dans les folies intermittentes et circulaires, on constate souvent des changements réguliers de poids à chaque période d'accès. Dans le marasme de la mélancolie, de la manie, de la paralysie générale, l'amaigrissement est progressif et peut atteindre parfois un degré extrême. Enfin au déclin des accès aigus, l'embonpoint se rétablit, et c'est là un indice favorable, à condition qu'il coïncide avec une amélioration parallèle de l'état mental.

Les *affections des voies digestives* et de leurs annexes sont très fréquentes dans l'aliénation mentale. On y rencontre particulièrement : le *cancer*, l'*ulcère*, la *dilatation de l'estomac*, les *dyspepsies*, les *gastrites* ; la *péritonite chronique*, le *catarrhe duodénal*, le *cancer du rectum*, le *déplacement du colon transverse*, la *dysenterie*, l'*entérite* ; la *congestion*, les *abcès*, les *calculs du foie*, la *néphrite interstitielle et parenchymateuse* ; le *catarrhe de la vessie*, la *cystite*, l'*hypertrophie de la prostate*, etc., etc.

Quant aux *troubles fonctionnels*, ils ne sont pas moins nombreux ni moins importants. Ce sont : l'*état saburral*, la *fétidité de l'haleine*, les *réurgitations avec pyrosis*, les *vomissements* et *vomiturations*, les *gastrorrhagies* et *entérorrhagies*, les *coliques intestinales*, le *météorisme*, la *tympanite*, surtout la *constipation*, la *diarrhée* et l'*incontinence des urines et des matières fécales*. On peut observer ces symptômes dans toutes les formes de folies, aiguës, chroniques, simples ou associées, mais ils sont plus spéciaux aux *états mélancoliques*, dans lesquels ils font rarement défaut. C'est à eux qu'est dû, en grande partie, le refus d'aliments ou *sitiophobie* qu'il ne faut pas confondre avec l'inappétence, bien que celle-ci l'accompagne dans beaucoup de cas, ni avec l'anorexie nerveuse ou mentale proprement dite.

Nous aurons à parler plus loin du rôle que jouent les maladies viscérales, en particulier celles de l'appareil digestif, dans les *psychoses d'auto-intoxication*.

4° Humeurs, sécrétions et excréctions. — a. *Sécrétion*

salivaire. — La sécrétion salivaire est le plus souvent altérée par excès dans les maladies mentales (ptyalisme, sialorrhée). Les aliénés qui présentent cette particularité peuvent se diviser en trois groupes, d'après REINHARDT : 1° les *imbéciles*, les *idiots*, les *déments*, les *paralytiques*, chez qui la salive est fluide et aqueuse (paralysie vaso-motrice) ; 2° les *délirants systématisés* avec *délire d'empoisonnement* et *sitiophobie*, chez lesquels la salive, très abondante et d'abord aqueuse, devient ensuite épaisse et trouble par la chute irritative de l'épithélium glandulaire (réflexion consciente et processus morbide des centres psychiques) ; 3° les *maniaques*, les *circulaires*, les *sexuels*, chez lesquels la salive est vitrée, tenace, blanchâtre et visqueuse (excitation mécanique locale ou irritation du grand sympathique).

Dans certains cas, comme dans le *délire aigu*, le *delirium tremens*, l'expulsion de la salive peut devenir, pour ainsi dire, incessante.

CRISTIANI, qui a procédé à l'analyse de la salive des aliénés sialorrhéiques, conclut qu'elle a une densité plus grande ; qu'elle est moins fluide, plus visqueuse, à réaction plutôt neutre qu'alcaline ; qu'elle contient moins et quelquefois pas du tout de sulfocyanure de potassium ; qu'elle a un pouvoir amylolytique plus considérable ; que c'est une salive mixte provenant de toutes les glandes salivaires ; qu'elle possède les attributs de la salive sympathique et non ceux de la salive due à l'excitation de la corde du tympan, ce qui explique l'absence d'action, sur le ptyalisme des aliénés, de l'atropine qui paralyse la corde du tympan.

b. *Sécrétion gastrique*. — La sécrétion gastrique est à peu près constamment troublée dans les dyspepsies et la sitiophobie des *mélancoliques* et des *délirants systématisés*, dans la polyphagie des *maniaques*, des *déments*, dans les vertiges stomacaux des *hypocondriaques*, des *épileptiques*, dans l'anorexie des *alcooliques*, dans la *dilatation* stomacale des *neurasthéniques*, etc.

L'analyse chimique du suc gastrique retiré par sondage pendant la digestion, a fait, comme on sait, diviser les dyspepsies en plusieurs catégories : par excès de peptones ; par dilution du suc gastrique ; par hyperchlorhydrie ; par fermentation (ALB. ROBIN). Les mêmes procédés scientifiques d'expérimentation

ont permis à CARL VON NOORDEN (1887) et PACHOUD (1888) de constater que chez les *mélancoliques* il y a le plus souvent accélération de la digestion et hyperacidité du suc gastrique, due presque exclusivement à la présence de l'acide chlorhydrique libre.

BAUMELON (1894), reprenant les recherches de GAETANO RIVA, VON NOORDEN, PACHOUD, PLAEZECK, LEUBUSCHER et ZIEHEN, DEVAY, etc., sur le chimisme gastrique dans la *lypémanie*, a constaté que les troubles de ce chimisme, très fréquents, paraissent varier suivant la forme de la lypémanie : l'hypo-pepsie, qui est le trouble le plus fréquent, coïncidant avec la mélancolie dépressive, et l'hyper-pepsie avec la stupeur. Ces troubles sont plutôt pour lui l'accompagnement que la cause de la maladie. Ils doivent être traités par le lavage de l'estomac préconisé par RÉGIS.

DOTTO, qui a étudié comparativement le chimisme gastrique et la toxicité de l'urine, et qui a conclu à la non-existence d'un rapport direct entre les deux, a trouvé que HCL est normal et parfois diminué dans la manie furieuse, notablement diminué dans la lypémanie avec ou sans agitation, normal dans la démence secondaire ; que le pouvoir digestif est bon dans la démence, bon ou un peu affaibli dans la manie, très affaibli dans la mélancolie ; que le pouvoir excito-moteur est augmenté dans la manie et la mélancolie agitée, moins augmenté dans la mélancolie avec stupeur, normal dans la démence.

RICATO (1894), qui a limité ses recherches à l'examen de la digestion chez les aliénés sitiophobes, a constaté que la digestion était toujours altérée dans la sitiophobie ; que l'acidité totale et l'HCL sont fortement diminués dans la mélancolie avec stupeur, légèrement diminués dans la mélancolie simple, normaux ou supérieurs à la normale dans la mélancolie anxieuse et agitée.

On a également, dans ces dernières années, entrepris des *recherches expérimentales* sur le suc gastrique.

MASETTI (1895) a injecté à des animaux le contenu gastrique d'aliénés et d'individus sains. Ses conclusions sont : que le liquide extrait de l'estomac des aliénés s'est toujours montré