

ceptions délirantes tristes, les idées de culpabilité, d'humilité, de ruine, de damnation, de perte, les hallucinations, le refus de parler, de manger, de bouger, les idées de suicide sont le propre de la *mélancolie*; le délire systématisé cohérent, soit de persécution, soit de mysticisme, les hallucinations de l'ouïe et les troubles de la sensibilité générale, la réticence, les impulsions appartiennent aux *folies partielles*, etc., etc.; en un mot, pour distinguer les uns des autres, dans la pratique, les divers genres de psychoses, il faut nécessairement connaître les principaux symptômes de chacun d'eux.

Il nous paraît inutile de rappeler que, quel que soit l'état du malade, il convient de le traiter toujours avec la plus grande politesse et les meilleurs égards, car, pour si profondément atteints qu'ils soient, les aliénés sont toujours sensibles aux procédés d'urbanité et aux marques de déférence qu'on leur prodigue. C'est du reste en grande partie par ce moyen qu'on arrive à capter leur bienveillance et à s'emparer de leur esprit, but principal auquel on doit tendre.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que, dans aucun cas, on ne doit faire consister la partie principale de l'interrogatoire dans ces questions et moyens d'enquête sans portée suffisante auxquels le public et certains magistrats attribuent bien à tort la valeur d'un véritable *criterium*, et qui consistent dans de simples interrogations sur le cours du temps ou la valeur respective de diverses pièces de monnaie. On sait en effet que, pour certaines personnes, dire son âge, le mois de l'année où l'on se trouve, reconnaître les gens et indiquer exactement la valeur monétaire d'une pièce d'argent et de billon, c'est prouver clairement qu'on n'est pas aliéné.

6° Mutisme, réticence, dissimulation. — Il arrive parfois au médecin de rencontrer un malade qui reste *volontairement muet* à toutes les questions, de sorte qu'après avoir épuisé tous les moyens en sa possession, il est forcé de s'avouer vaincu, et de renoncer à l'interrogatoire. Or, ce *mutisme* absolu, en clinique mentale, n'a rien qui doive surprendre ni surtout décourager, car il a, par lui-même, une valeur clinique, et s'il prive

des renseignements précieux fournis par les réponses de l'aliéné, il constitue, en revanche, un véritable symptôme qui, bien que négatif, ne laisse pas d'avoir sa signification.

Le mutisme, en effet, est une particularité spéciale à quelques formes de psychoses, que son existence contribue, par conséquent, à révéler.

Ainsi, si on l'observe chez un individu fortement déprimé, abattu, immobile, les yeux baissés, la tête inclinée sur la poitrine, et que rien ne paraît émouvoir, on a presque sûrement affaire à un aliéné atteint de stupeur, syndrome relevant soit de la mélancolie, soit de la confusion mentale. Et le diagnostic se précisera si, en même temps, on constate chez le malade ces troubles de la circulation périphérique, cette couleur violacée des téguments, ce refroidissement des extrémités qui sont les indices extérieurs de l'état mélancolique, ou bien le négativisme, la suggestibilité, les attitudes cataleptoïdes qui caractérisent la catatonie.

Si, au contraire, le malade resté muet est un individu qui prend à l'approche du médecin une attitude défiante, ombreuse, qui se recule de lui, ou au contraire le regarde arrogamment avec de grands yeux fixement ouverts, on peut être presque certain qu'on a affaire à un halluciné atteint de *folie systématisée* et surtout de *délire de persécution*. Le plus souvent, d'ailleurs, en dépit de sa *réticence* voulue, il lui échappera quelques phrases significatives, injurieuses ou typiques dans le genre des suivantes qui suffisent à éclairer complètement le diagnostic : « Vous le savez mieux que moi. — Je n'ai rien à vous dire. — C'est mon affaire. »

A côté des réticents, il faut aussi songer aux *dissimulés*, c'est-à-dire aux malades qui tout en répondant plus ou moins facilement, cachent soigneusement, dans un but quelconque, par exemple pour obtenir une mise en liberté, leur délire. Ce sont aussi, le plus souvent, des aliénés à délire systématisé et surtout des persécutés.

7° Durée de l'interrogatoire. — Le médecin qui interroge un aliéné ne doit jamais se décourager des rebuffades qu'il peut subir, ni rompre la conversation au moindre refus de répondre

qu'il éprouve. *En principe, l'interrogatoire des aliénés, celui surtout des raisonnants et des délirants systématisés, doit être prolongé*, car ces malades demandent à être captés peu à peu ; le premier quart d'heure n'apprend pas souvent grand'chose, alors qu'une seule minute du second en apprend à elle seule bien davantage. Une heure n'est pas trop quelquefois. Contrairement à ce qu'en disent la plupart des auteurs, je crois donc qu'il faut *fatiguer l'aliéné* sans le pousser à bout, bien entendu. Quand il est suffisamment pressé, il se rend, parle sans ambages ni restrictions, et appartient vraiment à celui qui l'interroge. Aussi, lorsqu'on est arrivé à grand'peine au moment des confidences, *ne faut-il jamais abandonner la conversation et en remettre la fin à un autre jour*, car avec un aliéné, à moins qu'on ne l'ait confessé à fond, il n'est guère possible de reprendre l'entretien au point précis où on l'a laissé ; le plus souvent il devient nécessaire de recommencer en entier l'interrogatoire et d'obtenir à nouveau les aveux de la veille, avant de pousser plus loin les investigations. Ce n'est que dans des cas exceptionnels et lorsque l'examen de l'aliéné comporte une étude suivie et renouvelée, qu'on peut ainsi abandonner le bénéfice d'un interrogatoire à moitié fait pour le continuer plus tard.

8° Examen des fonctions organiques. — Après l'interrogatoire du malade, il faut passer rapidement en revue ses divers appareils, comme on le fait en clinique ordinaire, particulièrement en clinique nerveuse, en insistant par conséquent sur la recherche des troubles de la *sensibilité*, de la *motricité*, de la *réflectivité*, et surtout du *sommeil*. Il faut procéder, toutes les fois que cela n'est pas absolument impossible, à un *examen rapide de ses grandes fonctions organiques*, en insistant davantage sur cet examen, si l'on soupçonne ou si l'on découvre un trouble viscéral susceptible d'avoir quelque relation avec le trouble mental. C'est surtout dans les formes de confusion mentale et de mélancolie, de même que chez les aliénés présentant des illusions internes ou des sensations génitales, qu'il est nécessaire de se livrer à une étude minutieuse des grands appareils de l'économie.

9° Auto-observation du malade. — Lorsque l'interrogatoire et l'examen du malade sont terminés, le médecin doit prendre congé de lui poliment, aimablement, en l'engageant, s'il paraît y avoir utilité, à écrire lui-même son histoire. Ces *auto-observations* d'aliénés sont le plus souvent, au point de vue du diagnostic, des documents précieux. Il en est de même, comme le montre à nouveau ROGUES DE FURSAC dans son récent ouvrage (1905), de leurs *écrits et dessins*.

§ 3. — TABLEAUX POUR LE DIAGNOSTIC

Ma fréquentation quotidienne des élèves depuis vingt-cinq ans m'a montré leur constant embarras en présence d'un aliéné à examiner et d'un diagnostic psychiatrique à établir. Les auteurs d'ouvrages spéciaux, rompus à ce genre de pratique, ne se préoccupent peut-être pas assez de cet embarras, parfois extrême et, en tout cas, ne se mettent pas toujours suffisamment à la place et à la portée des non initiés.

Aussi, beaucoup de praticiens et d'étudiants m'ont-ils souvent demandé de dresser à leur intention des sortes de *tableaux-guides*, clairs et concis, destinés à leur servir de plan et de fil conducteur dans l'examen ou la prise d'observation d'un malade atteint de psychopathie et dans l'établissement du diagnostic.

C'est pour répondre à ce désir que j'ai cru devoir faire suivre ce chapitre de diagnostic de deux tableaux qui en sont pour ainsi dire le résumé et le complément. L'un est un *plan général* pour l'examen d'un malade en psychiatrie, susceptible d'être utilisé dans tous les cas. L'autre est un *tableau-guide* permettant une fois l'examen fait, d'arriver, d'après les constatations relevées, au *diagnostic* de la classe, du genre, de la forme et de la variété de la psychopathie en cause.

Ces deux tableaux peu compliqués et d'ailleurs perfectibles, s'ils ne permettent pas au praticien et à l'élève d'identifier et de fixer à son rang nosologique un psychopathe aussi facilement qu'ils le feraient pour une plante à l'aide des classifications d'une flore, ou pour un individu à l'aide du Bertillonage, ne les en aideront pas moins dans leur tâche souvent difficile, et c'est là l'essentiel.

J'ai cru devoir indiquer, dans ces tableaux, les pages du *Précis* auxquelles le lecteur pourrait avoir besoin de se reporter pour bien établir son diagnostic.

PLAN
POUR L'EXAMEN D'UN MALADE EN PSYCHIATRIE

I. — COMMÉMORATIFS OU ANAMNESTIQUES

1° ANTÉCÉDENTS DE FAMILLE	<p><i>Ascendants directs</i> (père, mère, grands-parents paternels et maternels). <i>Collatéraux</i> (oncles, tantes, grands-oncles, grand'tantes, cousins, cousines, frères, sœurs). <i>Descendants</i> (enfants, avec indications sur le conjoint). Age actuel ou au décès, cause du décès. Degré d'intelligence, équilibre mental. Grossesses, accouchements, fausses couches, mort-naiissances, morts en bas âge, etc. Consanguinité. Maladies antérieures, surtout mentales; cérébrales, nerveuses, toxiques, infectieuses, diathésiques (folie, épilepsie, imbécillité, surd-mutité, suicide, hystérie, tuberculose, cancer, arthritisme, artério-sclérose, alcoolisme, syphilis, etc.).</p>
2° ANTÉCÉDENTS DU MALADE	<p>Age. État civil. Constitution physique, intellectuelle et morale. Degré d'intelligence, d'instruction. Caractère, goûts. Sentiments religieux. Sentiments affectifs, instincts, habitudes, penchants. Enfance. Puberté. Règles. Grossesses. Accouchements. Lactation. Descendance. Maladies antérieures (méningite, convulsions, fièvre typhoïde, maladies organiques et viscérales, accès antérieurs de folie, névroses, traumatismes, surtout craniens). Excès vénériens ou alcooliques; tabac, morphine, etc. Intoxication professionnelle. Shocks moraux, deuils. Chagrins domestiques; revers de fortune. Surmenage. Passage brusque de la vie active à la vie de repos ou inversement. Cause ou causes probables, morales ou matérielles. Date et mode de début. Premières manifestations, intellectuelles et physiques. Marche suivie. Conduite actuelle du malade. Nature de ses idées, de ses propos, de ses actes. État de ses fonctions somatiques, du sommeil. Écrits actuels; comparaison avec écrits antérieurs, de diverses époques.</p>
3° HISTOIRE DE LA MALADIE	

II. — EXAMEN DU MALADE

1° INSPECTION	<p>Aspect général. Costume. Attitude. Expression. Voix. Mimique. Gesticulation. Grimaces. Tics. Visage. Vue, regard. Cicatrices, etc. Appartement.</p>
---------------	--

TRIE		
	I. — MALADIES (Psychoses). nément psychique).	
	AL	B. PSYCHOSE SANS TROUBLE GÉNÉRAL
	1° <i>Inf</i> (1 (Confusion mentale). (p. 285).	3° <i>Torpeur</i> (Confusion mentale). (p. 285).
SYMPTÔMES PHYSIQUES	<p><i>Stigm</i> aspect général d'indifférence, de torpeur, d'hé- atrof <i>bétude</i>. para-éphalée. Tête. somnolence; somnolence. palatigation ou stupidité. géné troubles des viscéres, de la et pi nutrition. fièvre fréquente.</p>	
SYMPTÔMES PSYCHIQUES	<p><i>Stigm</i> <i>torpeur</i>. malibution; désorientation. Lacunconfusion d'esprit. pémammésie de fixation. Insta puls fectin</p>	
DÉLIRES	<p>Polyméélire onirique ou de rêve Des per hallucinatoire, véritable Système état second ou somnam- D'inter Raison tés-p</p>	
FORMES ET VARIÉTÉS	<p>1° <i>Dég</i> <i>Confusion mentale sim- géné</i> <i>ple</i> (a, asthénique; b, dé- 2° <i>Dég</i> <i>lirante</i>) (p. 286, 293). rés p° <i>Confusion mentale aiguë</i> 3° <i>De</i> (a, délire hallucinatoire (mon aigu; b, stupidité; c, dé- lire aigu) (p. 305, 308, 310). ° <i>Démence précoce</i> (a, hé- béphrénique; b, catato- nique; c, paranoïde) (p. 316, 325, 338, 340).</p>	
INDICATIONS SPÉCIALES	<p>culier le grand groupe des 497), d'infections (p. 624), notamment par la <i>Confu</i>- 310, 316).</p>	
	<p>(Psychose systématisée progressive). (p. 373).</p>	
	<p>Pas de troubles physiques.</p>	
	<p><i>Hallucinations</i> sensorielles (ouïe, toucher, odorat, goût, exceptionnellement vue). <i>Hallucinations</i> psycho-mo- trices. Conservation de la lucidité, de la mémoire Idées systématisées.</p>	
	<p>Délire limité, systématisé, logique, progressif, hallu- cinatoire.</p>	
	<p>1° <i>Délire hypocondriaque</i> (p. 380). 2° <i>Délire de persécution, re- ligieux, jaloux, érotique</i> (p. 382, 389, 395). 3° <i>Délire ambitieux</i> (p. 397).</p>	

TABLEAU-GUIDE POUR LE DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE

	I. — PSYCHOPATHIES-INFIRMITÉS (Infirmités psychiques). (Altérations du fonds psychique).		II. — PSYCHOPATHIES-MALADIES (Psychoses). (Altérations du fonctionnement psychique).			
			A. PSYCHOSES AVEC TROUBLE GÉNÉRAL			B. PSYCHOSE SANS TROUBLE GÉNÉRAL
	1 ^o <i>Infirmités d'évolution</i> (Dégénérescence). (p. 403).	2 ^o <i>Infirmités d'involution</i> (Démence). (p. 451).	1 ^o <i>Excitation</i> (Manie). (p. 216).	2 ^o <i>Dépression</i> (Mélancolie ou lypémanie). (p. 236).	3 ^o <i>Torpeur</i> (Confusion mentale). (p. 285).	(Psychose systématisée progressive). (p. 373).
SYMPTÔMES PHYSIQUES	<i>Stigmata physiques</i> (anomalies; malformations; atrophies; hypertrophies; paralysies, etc.). Tête. Face. Oreilles. Voûte palatine. Dents. Organes génitaux. Membres. Mains et pieds, etc.	<i>Déchéance physique.</i> Artério-sclérose; athérome. Lésions viscérales. Tremblement. Paralysies; aphasies. Gâtisme.	<i>Excitation désordonnée.</i> Agitation. Violence. Insomnie.	<i>Aspect général et attitude tristes avec dépression ou avec excitation inquiète, anxieuse.</i> Troubles viscéraux. Auto-intoxications, surtout abdominales.	<i>Aspect général d'indifférence, de torpeur, d'hébétéude.</i> Céphalée. Insomnie; somnolence. Agitation ou stupidité. Troubles des viscères, de la nutrition. Fièvre fréquente.	<i>Pas de troubles physiques.</i>
SYMPTÔMES PSYCHIQUES	<i>Stigmata psychiques</i> (anomalies; malformations). Lacunes. Arrêt de développement. Déséquilibre. Instabilité. Obsessivité. Impulsivité. Amoralité. Inaffectivité. Insociabilité.	<i>Déchéance psychique.</i> Affaiblissement intellectuel global. Amnésie progressive. Incohérence. Idées enfantines.	<i>Excitation désordonnée.</i> Suractivité des facultés. Hypermnésie. Association automatique des idées, des mots. Fuite des idées. Illusions. Incohérence. Loquacité (Logorrhée).	<i>Tristesse muette ou tristesse agitée, inquiète, anxieuse.</i> Troubles des perceptions sensorielles et cinesthésiques. Concentration pénible de l'esprit. Mutisme ou parole rare. Refus d'aliments. Tendance au suicide.	<i>Torpeur.</i> Obtusion; désorientation. Confusion d'esprit. Amnésie de fixation.	<i>Hallucinations sensorielles</i> (ouïe, toucher, odorat, goût, exceptionnellement vue). Hallucinations psychomotrices. Conservation de la lucidité, de la mémoire Idées systématisées.
DÉLIRES	Polymorphes. Des persécutés-mélancoliques. Systématisés aigus. D'interprétation. Raisonnants ou des persécutés-persécutés.	Diffus. Absurdes. Incohérents. Mobiles.	Pas de délire stable. Idées de persécution; idées ambitieuses, etc.	Délire triste : de culpabilité imaginaire ou d'auto-accusation, de déshonneur, de ruine, d'impuissance, de damnation, d'hypocondrie, de crainte de châtements et de malheur, etc.	Délire onirique ou de rêve hallucinatoire, véritable état second ou somnambulique.	Délire limité, systématisé, logique, progressif, hallucinatoire.
FORMES ET VARIÉTÉS	1 ^o <i>Dégénérés supérieurs</i> (dégénérescents) (p. 404). 2 ^o <i>Dégénérés moyens</i> (dégénérés proprement dits) (p. 407). 3 ^o <i>Dégénérés inférieurs</i> (monstruosités) (p. 440).	1 ^o <i>Démence sénile</i> (p. 453). 2 ^o <i>Démence apoplectique</i> (p. 679). 3 ^o <i>Démence paralytique</i> (paralyse générale) (p. 681). 4 ^o <i>Démence vésanique</i> (p. 452, 232, 266, 273, 301, 377, 400).	1 ^o <i>Manie aiguë</i> (a, typique; b, subaiguë ou excitation maniaque) (p. 216, 226). 2 ^o <i>Manie chronique</i> (p. 229). 3 ^o <i>Manie cyclique</i> (p. 233).	1 ^o <i>Mélancolie aiguë</i> (a, typique, anxieuse, avec stupeur; b, subaiguë ou dépression mélancolique) (p. 236, 261). 2 ^o <i>Mélancolie chronique</i> (p. 264). 3 ^o <i>Mélancolie cyclique</i> (p. 267).	1 ^o <i>Confusion mentale simple</i> (a, asthénique; b, délirante) (p. 286, 293). 2 ^o <i>Confusion mentale aiguë</i> (a, délire hallucinatoire aigu; b, stupidité; c, délire aigu) (p. 305, 308, 310). 3 ^o <i>Démence précoce</i> (a, hébétérenique; b, catalonique; c, paranoïde) (p. 316, 325, 338, 340).	1 ^o <i>Délire hypocondriaque</i> (p. 380). 2 ^o <i>Délire de persécution, religieux, jaloux, érotique</i> (p. 382, 389, 395). 3 ^o <i>Délire ambitieux</i> (p. 397).
INDICATIONS SPÉCIALES			La manie et la mélancolie constituent par leur association les <i>Psychoses mélancolico-maniaques</i> avec leurs deux variétés : a, <i>double forme</i> ou <i>intermittente</i> ; b, <i>circulaire</i> ou <i>continue</i> (p. 268, 271).			
			Les psychoses associées ou symptomatiques (p. 458), en particulier le grand groupe des psychoses d'exo-intoxications (p. 461), d'auto-intoxications (p. 497), d'intoxications (p. 624), sont formées par un des types de psychoses généralisées, notamment par la <i>Confusion mentale</i> et ses diverses variétés (p. 285, 293, 305, 308, 310, 316).			

- 2° SIGNES DES INFIRMITÉS PSYCHIQUES
- A. SIGNES OU STIGMATES DE DÉGÉNÉRESCENCE (p. 188) :
- 1° *Stigmata physiques* (Taille, tête, crâne, face, oreilles, dents, blésité, prognathisme, asymétrie. Peau, cheveux, poils. Membres. Organes génitaux).
 - 2° *Stigmata psychiques*. Sphère intellectuelle. Sphère morale et affective. Sphère sociale (arrêt de développement intellectuel et moral; déséquilibre; instabilité; impulsivité; amoralité; inactivité; insociabilité).
- B. SIGNES OU STIGMATES DE DÉCHÉANCE (p. 205) :
- 1° *Stigmata physiques* (Usure générale. Artério-sclérose. Affaiblissement musculaire. Tremblement. Paralysies).
 - 2° *Stigmata psychiques* (Affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, des sentiments et des affections. Amnésie graduelle. Incohérence. Affaiblissement de la conscience et de la personnalité. Automatismes psychiques. Égoïsme. Oubli des convenances. Entraînements inconscients et instinctifs).
- 3° SIGNES DES MALADIES PSYCHIQUES (PSYCHOSES)
- 1° Troubles de l'idéation (p. 54) :
 - a. Idées délirantes et délires (de satisfaction, grandeur, richesse, invention; d'humilité, désespoir, incapacité, ruine, indignité, auto-accusation; hypocondriaques, de négation, transformation corporelle, énormité; de persécution, jalousie, défense; religieux ou mystiques; érotiques).
 - b. Troubles de la mémoire et de l'attention.
 - 2° Troubles des perceptions (p. 66) :
 - a. Hallucinations (ouïe, vue, odorat, goût, toucher; cénesthésiques; motrices).
 - b. Illusions.
 - 3° Troubles de l'affectivité (p. 84) :
 - a. Troubles des émotions (anxiété).
 - b. Phobies et obsessions.
 - 4° Troubles de la conscience et de la personnalité (p. 104).
 - 5° Troubles de l'activité (p. 112) :
 - a. Troubles de l'activité générale (excitation, dépression, torpeur).
 - b. Mimique.
 - c. Langage (parole, écriture).
 - d. Actes.
 - e. Impulsions (suicide, homicide, viol, incendie, boisson et toxiques, fugue, érotisme).
- 4° EXAMEN PHYSIQUE
- 1° Troubles du système nerveux (p. 157) :
 - Sensibilité générale et spéciale.
 - Motilité.
 - Réflexivité.
 - Troubles trophiques et vaso-moteurs.
 - Troubles du sommeil.
 - 2° Troubles des fonctions organiques (p. 171) :
 - Circulation.
 - Respiration.
 - Nutrition et assimilation. Digestion.
 - Humeurs. Sécrétions. Excrétions. Ponction lombaire. Analyse des liquides de l'organisme.
 - Température. Poids.