

considéré ces tics et ces attitudes bizarres comme la conséquence d'ordres transmis par des troubles sensoriels. Quand on examine les tics analogues du langage, cette explication ne peut se soutenir, car il est impossible *a priori* d'admettre que, dans les décharges verbales motrices qui se produisent avec une grande rapidité, chaque mot et chaque phrase soient dictés par une « voix ».

L'écriture présente les caractères ataxiques chez les paralytiques généraux. Chez ces derniers, l'écriture est en outre tremblante comme dans la démence sénile et le délire alcoolique. De plus, on constate souvent par l'écriture des lacunes de la mémoire, des omissions ou des redoublements de mots ou de lettres, de la paraphasie. Les maniaques écrivent avec une rapidité toujours croissante et avec des lettres qui acquièrent rapidement des dimensions de plus en plus fortes.

Les malades déprimés écrivent avec hésitation, recommencent souvent et avancent péniblement. Chez les catatoniques, nous observons souvent une longue hésitation ; puis ils finissent par écrire couramment. On trouve souvent aussi des ratures, des barbouillages, des mots soulignés ou répétés un grand nombre de fois, des signes bizarres. Dans le dessin, on trouve également une répétition des mêmes lignes. Un malade, par exemple, dessinait des douzaines d'arcs de cercle remplis d'organes génitaux. Les épileptiques écrivent correctement, avec minutie ; leurs dessins sont extrêmement soignés, mais souvent banaux et sans goût.

Parfois la volonté est impuissante à réprimer une tendance violente à un acte. L'émotion dont ce dernier dépend est si puissante que les idées habituelles du sujet, qui pourraient l'entraver, ne peuvent rien contre lui. Déjà chez l'enfant et chez l'homme primitif, il est difficile d'opposer par des raisonnements une résistance à des passions violentes. Chez les aliénés, ce raisonnement est encore plus impuissant, les émotions et les désirs sont chez eux beaucoup plus intenses ; chez eux donc, nous nous trouvons souvent en présence de véritables impulsions, de *tendances morbides irrésistibles*.

Chez les épileptiques, on constate l'impulsion aveugle à courir, à frapper, à détruire. Les hystériques commettent d'une manière instinctive et impulsive des mensonges et des détournements. Les dégénérés manifestent parfois

l'impulsion au meurtre, à l'incendie, à d'autres actes criminels. Pour satisfaire l'instinct de la faim, le malade n'est arrêté ni par le dégoût ni par le raisonnement. On en voit qui avalent parfois des cheveux, des cailloux ou des excréments (*coprophagie*).

C'est sur le *terrain sexuel* que se manifestent particulièrement souvent des troubles de cet ordre. Tandis que les besoins sexuels de l'homme normal peuvent être plus ou moins facilement réprimés par lui, chez certains malades se déclarent des tendances à l'onanisme effréné, à des actes sexuels accomplis sur des enfants, des cadavres, des statues, le premier objet venu. Il s'agit alors d'une altération morbide de l'instinct génital, de véritables *perversions sexuelles*, comme la *pédérastie* ou la *tribadie*, la jouissance voluptueuse à frapper ou à se laisser frapper avant ou pendant l'acte génital, le *sadisme* ou le *masochisme*, la concentration du penchant sexuel sur un objet ou le *fétichisme*. Ces anomalies de l'instinct sexuel se présentent à titre symptomatique dans certaines affections mentales, et plus particulièrement chez les dégénérés (Voy. chap. XIII).

Enfin, signalons encore chez certains sujets la production d'actes qui parviennent à être exécutés en dépit de la conscience que leur auteur a de leur caractère morbide, et malgré les efforts souvent considérables qu'il fait pour y résister. Ce sont des actes forcés ou des *impulsions*. Se rattachent à ce phénomène le besoin de proférer des paroles inconvenantes (la *coprolalie*), de troubler des solennités, de mettre le feu (*pyromanie*), d'inscrire tous les noms, de tout compter (*arithmomanie*), etc., faits analogues aux idées obsédantes, aux phobies. Ces états de contrainte de la volonté constituent des symptômes qui s'observent dans diverses psychoses. Ils se manifestent d'une façon particulièrement remarquable dans le délire obsessionnel et impulsif.

## V. — SYMPTÔMES PHYSIQUES

Les signes dits de *dégénérescence* ont été décrits aux pages 29 et suivantes. Les malformations du crâne seront traitées au chapitre *Diagnostic*.

Planche II. Fig. 2. — *Hématome auriculaire récent* chez un paralytique général.

Planche II. Fig. 1, 3 et 4. — *Hématomes auriculaires anciens*, après résorption de la tumeur sanguine locale.

Les symptômes physiques du côté du *système nerveux* sont particulièrement importants à connaître.

Des *paralysies* surviennent, en partie en raison du trouble psychique, par exemple les paralysies hystériques. D'autres paralysies se produisent à la suite de graves lésions organiques du système nerveux central. Telles sont les paralysies corticales chez les paralytiques généraux, les séniles, les porencéphales; les paralysies consécutives aux lésions bulbaires et protubérantielles; les paralysies déterminées par une lésion de la moelle épinière, comme cela s'observe quelquefois dans la paralysie générale. De plus, il existe des paralysies dues à des lésions des nerfs  *périphériques*, notamment dans les *diverses névrites*.

Des *crises convulsives* s'observent dans l'épilepsie, l'hystérie, la paralysie générale et les affections organiques du cerveau. Dans l'épilepsie, les absences et les vertiges sont communs; mais il s'en produit également dans la démence précoce, la paralysie générale et beaucoup d'autres affections mentales. Des manifestations telles que: crises convulsives, « arc de cercle », mouvements désordonnés, évanouissements, se rencontrent non seulement dans l'hystérie, mais encore isolément dans les états maniaques et au début de la démence précoce.

Des symptômes isolés d'excitation, comme les *soubresauts*, les *spasmes* de certains muscles ou des membres, peuvent s'observer non seulement dans des psychoses liées à des lésions cérébrales localisées, mais aussi dans la paralysie générale et l'idiotie.

Des *contractures* se déclarent soit à la suite d'une lésion organique du faisceau pyramidal, soit sous l'influence de l'hystérie, soit, enfin, par inactivité, comme cela se produit chez certains idiots et chez les malades atteints de stupeur.

On observe une série de *troubles de coordination* motrice de la parole ou de la motilité des membres dans des affections dues à des lésions organiques localisées du cerveau et dans la paralysie générale. On observe fréquem-



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

ment dans la paralysie générale une démarche spasmodique ou tabétique.

Le *tremblement* se constate très nettement à la langue et aux doigts écartés. Il s'en produit souvent chez les hystériques. Les paralytiques généraux et les séniles ont un tremblement à forme plus lente. Les paralytiques généraux tirent souvent la langue par *saccades* et lui impriment des mouvements de balancement. [La langue tirée au dehors tremble en masse et exécute, selon l'expression consacrée (Magnan), des « mouvements de trombone ».]

Les alcooliques ont d'abord un tremblement à oscillations légères, latérales; ce tremblement devient, cependant, dans des cas avancés, d'une extrême violence, comme dans le *delirium tremens*, par exemple. Un tremblement à l'occasion des mouvements *intentionnels* se manifeste parfois à titre isolé dans la paralysie générale et surtout dans la sclérose en plaques. Les épileptiques présentent quelquefois un tremblement violent qui rappelle celui des alcooliques. Les intoxications saturnine, mercurielle, morphinique, tabagique, s'accompagnent également de tremblement. Des symptômes choréïques et athétosiques existent parfois chez des idiots. Le *nystagmus* est fréquent chez les paralytiques généraux.

Quelquefois, l'impulsion pour faire un mouvement *intentionnel* se transmet à d'autres muscles, de sorte qu'il se produit des mouvements associés internes qui s'observent principalement chez les paralytiques généraux et les déments séniles.

L'état [statique et dynamique] des *pupilles* est assez souvent troublé. La différence entre le diamètre des pupilles [leur inégalité] est fréquente dans la paralysie générale. Quelquefois, les pupilles sont extrêmement dilatées ou, au contraire, trop rétrécies. La réaction des pupilles à la lumière [le réflexe lumineux] est bien des fois lente, paresseuse ou même, chez bien des paralytiques généraux, supprimée. Chez les séniles et dans la syphilis cérébrale, on retrouve la même immobilité des pupilles, qui existe également chez les grands buveurs, chez des sujets à l'état de profonde ivresse, fréquemment chez les épileptiques à l'état de mal et quelquefois même chez des hystériques en attaque (A. Westphal). Les morphinistes ont ordinairement du myosis. Dans certains cas, les pupilles se rétrécissent pour, aussitôt, se redilater

Planche III. — *Escarres graves* dans la région fessière, à l'ischion et au scrotum chez un épileptique moribond avec incontinence des matières fécales.

de nouveau. Parfois, on observe des oscillations durables du diamètre des pupilles. Il est rare que le réflexe de l'accommodation soit altéré.

Une diminution du réflexe cornéen et conjonctival s'observe parfois dans l'hystérie. Fréquemment aussi, on trouve dans cette dernière affection l'absence du réflexe pharyngé. Les réflexes des membres supérieurs ont peu d'importance.

Les réflexes abdominal et crémasterien sont parfois affaiblis ou inégaux.

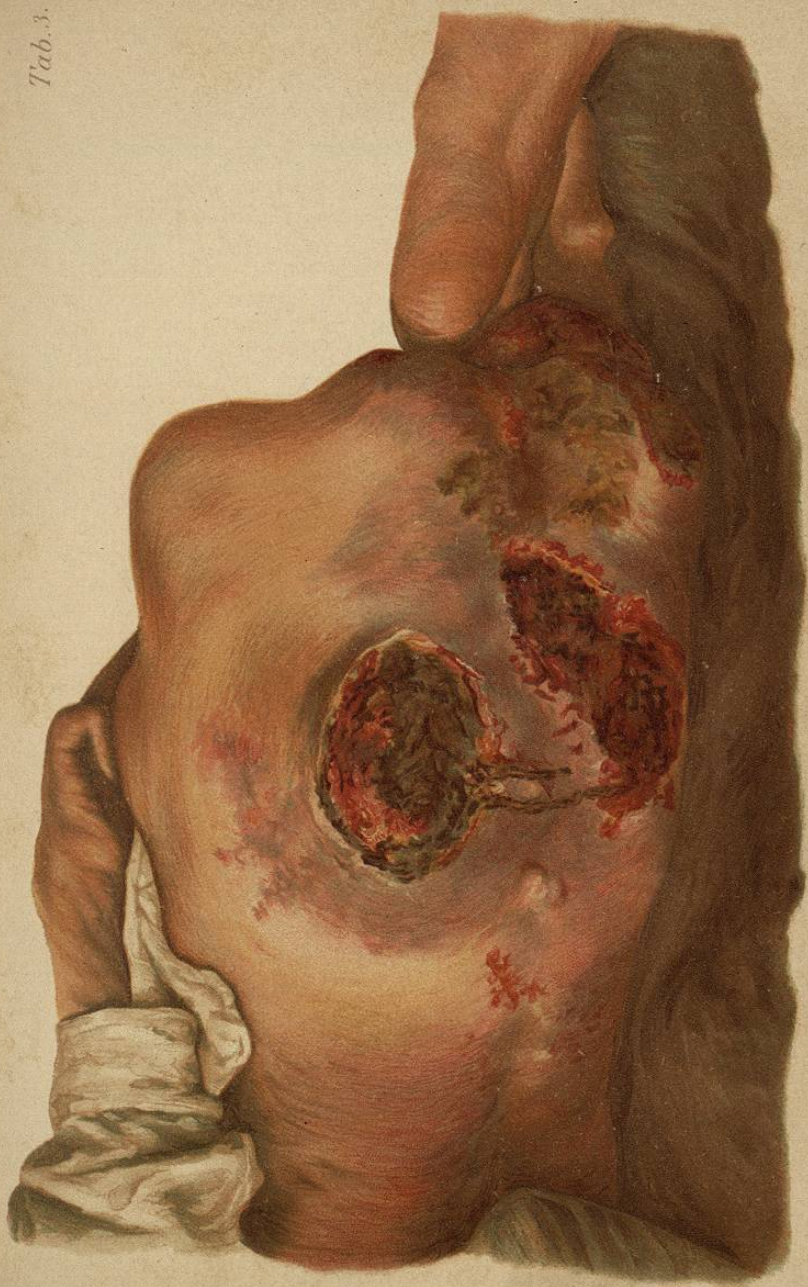
Dans un grand nombre de psychoses, les réflexes rotuliens sont plus ou moins exagérés. Chez les paralytiques généraux, cette exagération est la plupart du temps très prononcée. Cependant, il y a beaucoup de cas de paralysie générale où ces réflexes sont entièrement abolis. Parfois, le réflexe rotulien est supprimé par une affection intercurrente : le *tabes*, une polynévrite, une attaque de colapsus. Ce réflexe est parfois affaibli sous l'influence d'une forte intoxication alcoolique. Il n'est pas rare d'observer le phénomène du *clonus du pied*, en particulier chez les paralytiques généraux, quoiqu'il puisse se rencontrer aussi chez les déments séniles et chez certains épileptiques, hystériques et neurasthéniques. Les réflexes plantaires sont souvent affaiblis.

La diminution de la sensibilité à la douleur est un symptôme fréquent au début de la paralysie générale ; dans les périodes ultérieures de cette affection, on observe souvent une complète *algésie*. Les *paresthésies* ne sont pas rares dans la neurasthénie, l'hystérie, la paralysie générale et les polynévrites.

La *céphalalgie* est fréquente dans la paralysie générale, la syphilis cérébrale, les états hallucinatoires très accusés, l'hystérie, la neurasthénie et l'épilepsie. La migraine s'observe de temps à autre chez les épileptiques. Les paralytiques généraux présentent parfois la migraine ophtalmique.

Les sécrétions salivaire et lacrymale sont ordinairement sous la dépendance des causes psychiques.

[Un malade de Guislain disait : « Je ne puis plus pleurer, mes yeux sont aussi secs que mon cœur ».]



Les malades qui souffrent d'un arrêt des fonctions mentales se plaignent parfois d'une sécheresse de la bouche.

La *tachycardie* s'observe principalement chez les agités. Dans les états de dépression, on constate, plus souvent, de la *bradycardie*. On trouve une augmentation de la *tension vasculaire* dans la dépression mélancolique et la stupeur et une diminution considérable de cette tension chez les paralytiques généraux avancés. La *pression sanguine* est diminuée dans les états de dépression, et augmentée dans la manie.

L'*artériosclérose* s'observe très fréquemment, particulièrement dans la paralysie générale et dans les affections mentales séniles ou préséniles.

On observe parfois, chez les aliénés, des *troubles de la température*. La fièvre peut être constatée chez des paralytiques généraux à la suite de complications, particulièrement à la suite de troubles vésicaux ou intestinaux, des ictus, des accès de violente agitation. Une température anormalement basse, pouvant descendre à 30° et même au-dessous, s'observe quelquefois dans la stupeur, l'agitation avec collapsus consécutif, la paralysie générale.

[Esquirol disait que la folie est une affection sans fièvre. Sous cette forme, la proposition est aujourd'hui inexacte. Les modifications de la température, en plus ou en moins, sont, au contraire, très fréquentes dans les diverses formes de la folie, surtout dans celles qui sont dues aux intoxications, aux infections et aux auto-intoxications. A côté des modifications de la température centrale, on a étudié en France (Auguste Voisin) les températures *locales* chez les aliénés : chez certains excités maniaques, par exemple, la température de la partie supérieure du corps peut être d'un degré plus élevée que la température de la partie inférieure.]

Les *fonctions digestives* et celles de la *nutrition générale* sont souvent troublées. La glotonnerie, de même que le refus de nourriture, sont souvent des troubles d'origine psychique. Le poids du corps diminue chez beaucoup d'aliénés, surtout chez les agités et les déprimés. Les sujets qui s'acheminent vers la démence, les paralytiques généraux deviennent parfois obèses. Souvent, le poids des malades diminue, malgré l'alimentation la plus abondante, et tombe quelquefois de plus de 1<sup>kg</sup>,500 par jour. La diarrhée se montre quelquefois après une période de

constipation ; parfois, il survient de l'atonie des muscles intestinaux avec un météorisme extrêmement prononcé.

Des *troubles de la vessie* sont fréquents dans la paralysie générale avancée. La rétention d'urine est, quelquefois, déterminée par une modification purement psychique, comme dans les états de stupeur ou d'hystérie.

L'*impuissance* survient chez les paralytiques généraux, certains crétins, les morphinistes, les alcooliques avancés

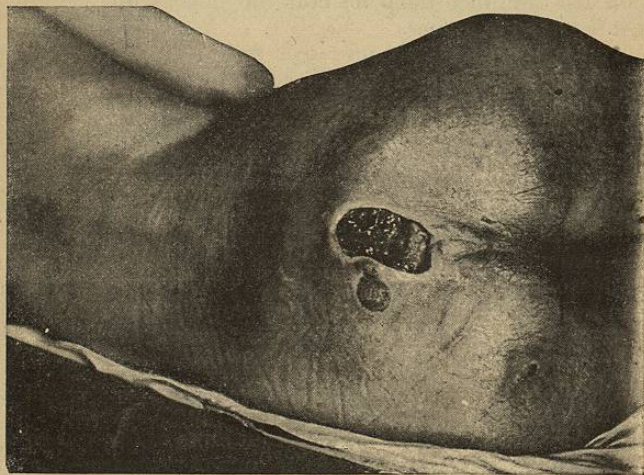


Fig. 14. — Escarre de gravité moyenne. Grâce à un bain quotidien prolongé de cinq heures, la petite ulcération disparut en quatorze jours et la grande se réduisit de moitié.

et les onanistes dégénérés. On trouve une excitation de l'instinct sexuel dans la débilité mentale congénitale et au début de certaines psychoses, comme la démence précoce, la manie, la paralysie générale, la démence sénile.

La *sécrétion urinaire* est souvent, comme toutes les fonctions d'ordre végétatif, plus ou moins diminuée chez les malades atteints de stupeur. On constate une augmentation de la sécrétion urinaire dans les affections dues à des lésions cérébrales localisées. Les recherches sur la composition chimique des urines des aliénés en sont encore à la période de début.

Dans les états d'épuisement et d'agitation, dans le délire

alcoolique, et quelquefois dans la paralysie générale, on trouve parfois dans les urines de l'albumine et des propeptones. On a établi d'une façon isolée la présence de sucre dans l'urine des sujets atteints de lésions cérébrales localisées. Des malades qui refusent la nourriture, et aussi certains paralytiques généraux, ont de l'acétone dans leur haleine et dans l'urine.

Des *troubles de la menstruation* s'observent fréquemment. Nous avons déjà parlé (p. 19 et suiv.) des rapports qui



Fig. 15. — Escarre très grave.

existent entre les affections des organes génitaux de la femme, particulièrement les affections puerpérales, et les troubles mentaux. On trouve de l'aménorrhée chez des femmes atteintes d'alcoolisme, de morphinisme, de crétinisme.

La peau présente souvent des altérations pathologiques profondes. Avant tout, notons l'apparition de l'escarre, qui se produit ordinairement chez des malades très amaigris, à la suite d'un alitement trop prolongé et d'un manque de propreté. L'escarre siège, généralement, aux fesses (Voy. fig. 14 et 15), aux talons, aux coudes, à

l'ischion, au scrotum (Voy. pl. III). Cependant, on peut observer l'apparition d'escarres chez des paralytiques généraux, malgré tous les soins de propreté, et cela sur des régions du corps qui ne sont exposées à aucune compression. En pareil cas, il s'agit avant tout d'une modification profonde de la nutrition de la peau.

On observe souvent des tumeurs sanguines d'origine traumatique se produisant entre le péri-chondre et le cartilage : au niveau de l'oreille (hématome auriculaire), du nez, des côtes. Insuffisamment traitées, ces tumeurs sanguines peuvent donner lieu à des abcès. Habituellement, elles se résorbent lentement, en laissant une cicatrice plus ou moins difforme (Voy. pl. II, fig. 2, hématome auric. récent, et fig. 1, 3 et 4, hématomes auric. anciens).

[On admet généralement aujourd'hui, avec certains auteurs, et en particulier avec M. Magnan, que les hématomes auriculaires sont dus le plus souvent à des violences exercées sur la personne des aliénés. Loin d'être exceptionnelle, comme l'enseignaient encore quelques cliniciens il y a dix ou quinze ans, cette origine traumatique est commune. Actuellement, ces tumeurs sanguines sont très rares, parce que le traitement des aliénés est plus humain.]

Parmi les traumatismes, il faut signaler aussi la morsure de la langue, si fréquente dans les attaques d'épilepsie (Voy. pl. IX).

## VI. — SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE ET MARCHE DE LA FOLIE

Les divers symptômes peuvent se ramener à des tableaux cliniques déterminés. Dans certains cas, un seul symptôme se trouve tellement prédominant qu'un examen superficiel pourrait faire croire à l'existence d'un trouble isolé de nature émotionnelle ou hallucinatoire, et que toutes les autres facultés du sujet sont normales. Cette manière de voir serait erronée. Assez souvent, il est facile d'établir qu'un trouble existait déjà depuis longtemps avant de se manifester comme un symptôme très accusé. Des idées délirantes et même des troubles sensoriels restent souvent cachés pendant des mois. Au lieu de se contenter de la constatation d'un symptôme isolé, il faut s'appliquer à la recherche d'un tableau clinique d'en-

semble, tenant compte de toutes les fonctions psychiques du malade. Ici, comme dans toutes les autres branches de la médecine, se confirme ce fait d'observation que le symptôme le plus apparent n'est pas forcément et toujours le plus essentiel ou le plus décisif pour le diagnostic.

Il faut, en outre, rechercher la cause qui, dans la plupart des maladies infectieuses, est constituée par un agent bactérien.

On sait, d'autre part, que l'évolution d'une maladie est d'ordinaire assez régulière et caractéristique. La nomenclature psychiatrique, en partie déjà surannée, ne permet guère de se prononcer sur l'évolution des variétés morbides qu'on ne peut déterminer qu'après une analyse clinique très approfondie. Ainsi, sous le nom de *mélancolie*, par exemple, on désignait souvent toute affection mentale dans laquelle un état cœnesthétique triste occupe le premier plan. Or, il y a des affections psychiques qui surviennent à l'âge d'involution et qui présentent cet état de tristesse pendant toute leur durée, en même temps que des signes d'un affaiblissement des facultés intellectuelles. D'un autre côté, il existe des états mentaux qui se caractérisent en apparence par une mauvaise disposition d'humeur semblable à celle que nous venons d'indiquer; or, à l'analyse du tableau clinique d'ensemble de ces états, on constate que la tristesse résulte ici d'un arrêt psychomoteur et d'un arrêt de l'idéation. Dans cette dernière forme clinique, l'évolution est absolument différente : les troubles mentaux surviennent ordinairement beaucoup plus tôt; ils alternent avec d'autres troubles, et guérissent parfois en laissant une tendance à de nouveaux accès.

Chez d'autres sujets déprimés atteints de ce qu'on a appelé la *mélancolie avec stupeur*, ce qui frappe dès le début c'est, d'une part, outre une forte stupeur, le désaccord entre l'expression triste du visage et les lamentations, et, d'autre part, le vide, l'insignifiance des propos. A ces troubles s'ajoutent bientôt des illusions et des hallucinations, ainsi que des idées de négation et des tics. Ces malades passent encore par d'autres états, jusqu'à ce qu'ils versent dans la démence définitive.

Les malades excités sont souvent désignés sous le nom de *fous furieux* ou *maniaques*. La plupart du temps, l'état cœnesthétique de ces sujets est gai. Or, on en voit qui guérissent, parfois après un accès de dépression passagère avec