

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

arrêt de l'idéation, et qui présentent une tendance à de nouveaux accès. On en observe d'autres, au contraire, qui s'acheminent vers l'*affaiblissement des facultés intellectuelles*. Or, les premiers présentent le phénomène de la *fuite des idées* avec désordre de la pensée; les derniers, au contraire, répètent les mêmes phrases d'une façon stéréotypée; leur langage est incohérent; ils ont la folie d'opposition ou du négativisme et se livrent à de nombreux tics ou grimaces. Il est tout aussi important de distinguer ces deux catégories de malades de la façon la plus précise, qu'il importe, par exemple, dans un cas de pneumonie, d'établir s'il s'agit d'une pneumonie catarrhale, diphtérique, tuberculeuse ou pesteuse. Nous avons déjà parlé des différences qui séparent la stupeur des divers états caractérisés par la faiblesse des réactions psychiques.

Souvent, on établit un diagnostic symptomatique, comme celui de *confusion mentale hallucinatoire*, pour des cas dans lesquels les malades présentent des troubles sensoriels, de l'insomnie et une désorientation apparente. Cependant, le diagnostic des illusions et des hallucinations n'est pas toujours facile à établir. En outre, la confusion mentale est souvent moins grande qu'elle ne paraît au premier coup d'œil. Un certain nombre de malades tombent dans l'affaiblissement intellectuel incurable après que des signes toujours de plus en plus typiques de la démence précoce ont fait leur apparition. Précisément, chez des sujets de cet ordre, il y a souvent moyen, malgré leur très forte agitation, de provoquer, à force d'insistance, des notions exactes d'orientation. D'autres malades, dont la confusion mentale est beaucoup plus accusée, sont sous le coup d'un facteur épuisant, et peuvent pourtant arriver à une guérison complète.

Nous avons déjà parlé du peu d'importance que présente le *délire* au point de vue pathognomonique. Ainsi, une excitation hallucinatoire et des conceptions délirantes variées dominent fréquemment dans le tableau clinique d'une paralysie générale. Or, ce qui permet de différencier cette dernière de tous les autres états morbides dans lesquels on peut observer des troubles délirants analogues, ce sont : le processus progressif de son évolution et la constatation d'un certain nombre de signes physiques.

Le terme *délire* indique un état de trouble dans la perception, avec désorientation accompagnée d'inquiétude

et de légère excitation. Dans les affections les plus variées, cet état peut se produire d'une manière intercurrente : dans la manie, la paralysie générale, la démence sénile, surtout dans les affections fébriles de nature infectieuse, dans l'alcoolisme. Le terme « délire » a, en lui-même, peu de valeur, s'il n'est pas accompagné d'une indication plus précise et, autant que possible, étiologique. [Pour les aliénistes français, le mot *délire* désigne généralement une perversion de l'entendement, qui fait que le malade associe des idées incompatibles, qu'il prend pour des vérités réelles.]

Sous le nom d'*affaiblissement intellectuel* ou de *démence*, on a l'habitude de désigner l'insuffisance dans le domaine de la reproduction des idées. [En France, le mot « démence » peut être entendu au sens juridique et vulgaire et au sens psychiatrique. Au sens vulgaire, « démence » veut dire : folie, aliénation mentale. Pour les aliénistes, ce terme n'a qu'une signification très restreinte : affaiblissement des facultés mentales. Dans ce livre, le terme est employé exclusivement au sens psychiatrique.] L'absence de notions les plus élémentaires, la faiblesse de la mémoire, constituent certainement des signes qui frappent le plus et qui sont le plus faciles à établir. Cependant, on trouve assez souvent des sujets intellectuellement affaiblis qui, à un examen plus attentif, font encore preuve de bonnes connaissances, qu'ils sont cependant incapables d'utiliser. Les malades sont devenus indifférents et dépourvus de toute initiative. Ceux d'entre eux qui présentent un arrêt dans le domaine des associations donnent aussi, souvent, l'impression de la démence. Pourtant, on devrait, en ce cas, éviter ce dernier terme, puisqu'il s'agit ici d'un trouble dont souvent les malades ressentent eux-mêmes le caractère morbide. D'autre part, il s'agit chez ces malades d'une insuffisance mentale passagère qui peut se terminer par la guérison. Au reste, les états d'affaiblissement mental se présentent dans les affections psychiques les plus différentes à titre de symptômes. Bien souvent aussi, cet affaiblissement caractérise la période finale. Ce n'est que par une analyse précise du genre d'affaiblissement intellectuel qu'il est possible de conclure à la nature de l'affection en présence de laquelle on se trouve.

La plupart des troubles mentaux *débutent* d'une façon

insidieuse, par une altération du sentiment intime de la sensibilité générale. Quelquefois, ils commencent d'une manière aiguë ou suraiguë.

Un certain nombre de sujets se rétablissent en peu de semaines, même en quelques jours ou en quelques heures. Généralement, cependant, la *guérison* n'arrive qu'au bout d'un temps très long. Chez quelques malades, la forme de l'affection reste longtemps stationnaire; chez d'autres, l'état mental varie et évolue lentement, et, parfois, d'une façon systématique. Un tiers environ de tous les cas qui sont traités dans les asiles se termine par la guérison. Il existe des malades pour lesquels la possibilité de la guérison n'est pas encore exclue, même après six ou sept années de durée de l'affection mentale. Pour la guérison, outre la disparition des symptômes morbides directs, il faut encore qu'il survienne une conscience durable de l'état morbide. Il faut remarquer d'ailleurs que, parfois, il peut se produire de bonne heure une conscience de l'état pathologique. De plus, pour que la guérison soit stable, il faut que le poids du corps ait atteint de nouveau son taux normal. Certes, il reste souvent une *disposition* à de nouvelles rechutes. Il existe des affections psychiques qui surviennent périodiquement, avec une régularité plus ou moins grande, avec des intervalles de santé d'une durée indéterminée. [Rentrent dans ce groupe toutes les variétés de la « folie intermittente » : périodique, à double forme, alterne.] Chez d'autres malades, les accès délirants peuvent se renouveler sous l'influence du retour des mêmes causes morbides, comme dans les intoxications, par exemple. En pareil cas, la rechute est quelquefois favorisée par une disposition acquise à l'intoxication : ainsi, un buveur peut guérir d'un accès de délire alcoolique, mais il reste sous le coup de son penchant à l'ivrognerie. Parfois, le malade redevient capable de retourner dans sa famille, et même de reprendre sa profession ; ses proches le regardent naturellement comme guéri, tandis que le médecin peut encore constater chez lui l'existence des signes mentaux morbides.

Assez souvent, la guérison survient en laissant un affaiblissement plus ou moins profond des facultés intellectuelles. Fréquemment, l'affection mentale se *termine* par la *démence complète, définitive*. On parle parfois de *démence secondaire*, par opposition au processus qui vient d'être

indiqué. Cette distinction n'est pas fondée, puisque, même au cours de la *démence dite « secondaire »*, les accidents mentaux antérieurs peuvent se reproduire et indiquer ainsi la persistance de troubles cérébraux anciens. Même au cours des *démences acquises ou congénitales* qui persistent toute la vie, on peut observer, assez souvent, des oscillations. Les malades tombés dans la *démence* peuvent arriver à un âge avancé, tout aussi bien que les sujets atteints d'affaiblissement intellectuel d'origine congénitale.

Pourtant, la *mort* est une terminaison fréquente dans les affections mentales. La mortalité des aliénés est à peu près cinq fois plus grande que chez les sujets normaux. La paralysie générale et la *démence sénile* sont toujours mortelles; elles le sont fréquemment, il est vrai, sous l'influence des affections *intercurrentes*, telles que l'escarre, la septicémie, la pneumonie, les ictus divers.

Le *suicide* peut survenir dans la plupart des affections psychiques. Cependant, toutes les variétés de la mélancolie sont, à cet égard, particulièrement dangereuses, [surtout au début de ce syndrome].

Divers traumatismes peuvent déterminer la mort, surtout quand leur traitement est rendu difficile par l'excitation du malade. Contre le refus de nourriture, on emploie avec succès l'alimentation par la sonde, mais l'effet de cette intervention est, dans certains cas, rendu illusoire, quand les malades revomissent aussitôt les aliments qui leur ont été introduits. Parfois, l'excitation persistante amène une déchéance physique et la mort. Beaucoup d'épileptiques meurent au cours ou à la suite d'un état de mal comitial.

Dans certaines affections mentales (la *démence précoce*, même la paralysie générale), il se produit des améliorations très notables, mais sans stabilité, et qu'on appelle des *rémissions*.

Les aliénés sont enfin exposés à contracter une série de *maladies intercurrentes*, qui surviennent chez eux plus facilement et évoluent plus sévèrement que chez les sujets normaux. Autrefois, la tuberculose sévissait, dans les asiles d'aliénés, avec une fréquence environ cinq fois plus grande que chez les individus sains d'esprit. Aujourd'hui, grâce à une organisation plus hygiénique des asiles d'aliénés, la tuberculose ne s'y produit pas beaucoup plus souvent que chez les sujets normaux. En Prusse, la

tuberculose est pour 16,6 p. 100 dans la mortalité des aliénés.

Les malades en état de stupeur sont menacés de pleurésie et de pneumonie hypostatique. Rappelons aussi les dangers que présentent les escarres et la gangrène pulmonaire, qui apparaît parfois par suite de pénétration des aliments ou d'autres corps étrangers dans les voies respiratoires.

VII. — DIAGNOSTIC DE LA FOLIE

Les commémoratifs sont de la plus haute importance en médecine mentale. Comme le malade ne peut ordinairement pas les fournir lui-même, il faut les recueillir auprès de son entourage. Mais, là encore, des difficultés surgissent, soit parce que les parents eux-mêmes sont des anormaux, soit parce qu'ils cachent certains détails, soit, enfin, parce qu'ils ajoutent à leurs renseignements des appréciations plus ou moins fantaisistes sur la cause du trouble mental.

En ce qui concerne les *antécédents héréditaires*, on doit, autant que possible, obtenir des renseignements sur les parents (directs et collatéraux), d'après le programme suivant :

1° *Père*. — Age; profession; constitution physique, caractère, intelligence; maladies constitutionnelles (syphilis, tuberculose, diabète); troubles mentaux; affections nerveuses (épilepsie); alcoolisme; âge auquel ces accidents sont survenus; leur durée, leur terminaison; tentatives de suicide avec l'indication de l'âge; mort par suicide; délits ou crimes; condamnations; peines.

2° *Mère*. — Mêmes questions que pour le père; en plus: grossesse et accouchement relatifs au malade, particularités de leur évolution.

3° Le degré de parenté entre père et mère.

4° *Enfants de l'aliéné*. — Leur nombre, sexe, âge, état physique et mental.

5° *Collatéraux paternels ou maternels*. — Cas de maladies mentales ou nerveuses, d'alcoolisme, de suicide, de crime ou bien, des caractères, des talents remarquables.

Il est ensuite nécessaire de recueillir des renseignements sur les *antécédents personnels* du malade: sa naissance, son élevage au sein ou au biberon, son enfance, sa dentition, ses maladies: convulsions, rachitisme...; époque de la marche et de la parole; aptitudes scolaires; conduite; sociabilité; accidents de la croissance et, chez les femmes, de l'établissement des règles; habitudes sexuelles; onanisme; conduite au service militaire; particularités de la vie professionnelle. On doit s'enquérir tout particulièrement des maladies infectieuses et toxiques, comme la syphilis, la blennorrhagie, l'alcoolisme, le nicotinisme. [Il importe de rechercher aussi si le sujet a déjà eu antérieurement des accès d'aliénation mentale, car, dans l'histoire des affections psychiques, les récidives sont très fréquentes.]

On recueillera le plus de renseignements possibles sur le début de l'affection actuelle. [Dans cet ordre d'idées, il faudra interroger les personnes de l'entourage immédiat de l'aliéné sur les changements survenus dans les habitudes, les goûts et la conduite du malade au début du trouble cérébral actuel.]

L'examen de l'état actuel doit, avant tout, avoir pour but la constatation des troubles physiques. On procédera ensuite à l'examen des systèmes osseux et musculaire, de la nutrition générale, de la peau. Il y a lieu de tenir compte aussi des signes physiques de dégénérescence (Voy. p. 29 et suiv.).

La mensuration du crâne au moyen du mètre à ruban et du compas d'épaisseur doit indiquer: 1° le *diamètre antéro-postérieur maximum* allant de la racine du nez à la protubérance occipitale externe (en moyenne, 183 millimètres chez l'homme et 178 millimètres chez la femme); 2° la *circonférence horizontale maxima* (en moyenne, de 486 à 569 millimètres chez l'homme et de 474 à 538 millimètres chez la femme; sur le squelette, il faut compter 2 centimètres en moins); 3° le *diamètre transverse maximum*; 4° la courbe transversale postérieure allant d'une oreille à l'autre; 5° la courbe allant de la protubérance occipitale externe au vertex. On nomme « indice céphalique » [étudié par Broca et Topinard] le rapport qui existe entre le diamètre transverse maximum multiplié par 100 et le diamètre antéro-postérieur maximum. [L'indice céphalique, mesuré d'après ces indications, varie entre 64 et 90.

Les têtes dont l'indice céphalique mesure entre 64 et 75 sont longues et portent le nom de *dolichocéphales*; celles qui mesurent entre 75 et 79 sont dites *mésaticéphales*; enfin, les têtes dont l'indice céphalique est entre 80 et 90 s'appellent *brachycéphales*.] La mensuration de la face, qui se fait à l'aide du compas-glissière et du goniomètre (instrument composé d'une lame transversale flexible et d'une tige verticale), permet d'établir l'*angle facial*, c'est-à-dire l'angle formé par la rencontre de deux lignes : auriculo-dentaire et ophryo-dentaire. [Cet angle mesure chez l'Européen entre 80° et 85°.] Plus cet angle est aigu, plus la saillie des mâchoires est grande; cette saillie anormale d'un ou de deux maxillaires constitue ce qu'on appelle le *prognatisme*.

Il est plutôt téméraire de conclure du volume du crâne au développement du cerveau, bien que Moebius ait, depuis quelque temps, repris la défense des idées de Gall, et qu'il admette, par exemple, que la saillie de l'angle inférieur gauche du front est un signe des dispositions heureuses pour les mathématiques.

Tout aliéné doit être *pesé* à des moments déterminés, pour qu'on puisse établir une courbe de son poids. Les malades cachectiques et refusant la nourriture doivent être pesés tous les jours. La température, le pouls, seront journellement notés.

On analysera aussi les urines et le sang. On n'oubliera pas l'examen des vaisseaux (artériosclérose).

L'appareil visuel doit être minutieusement examiné. Pour la recherche du *réflexe lumineux* ou de la *réaction des pupilles à la lumière*, il faut éviter de faire fixer un point rapproché, ce qui provoquera la réaction d'accommodation. Le meilleur procédé consiste à faire fixer au malade un nuage, pendant que, avec un miroir placé de côté, on projette une lumière sur la pupille à examiner.

Il faut, bien entendu, s'assurer au préalable que le sujet n'a pas employé auparavant une substance susceptible de provoquer une dilatation ou un rétrécissement artificiels des pupilles [atropine, ésérine].

Il faut ensuite examiner la sensibilité cutanée, l'excitabilité mécanique et électrique des muscles et des nerfs, le dermatographisme, les réflexes cutanés, musculaires et tendineux.

Les *expressions du visage* réclament un examen prudent.

Dans l'analyse d'une physionomie au point de vue de son expression, il faut faire abstraction des particularités physiques purement individuelles, ainsi que de certaines anomalies dépendant des troubles nerveux, comme l'hémi-parésie faciale ou le strabisme.

Il faut se rappeler aussi que l'expression du visage d'un aliéné est souvent en rapport avec l'émotion qu'il éprouve, absolument comme cela se passe chez l'homme normal. Ainsi, le rire ou la colère du maniaque, les traits soucieux du mélancolique ne se distinguent pas de ce qu'un homme normal manifesterait sous le coup d'une émotion correspondante. L'expression du visage devient pathologique, sous l'influence d'un trouble de l'innervation générale ou d'un profond affaiblissement intellectuel, comme chez les paralytiques généraux et les idiots. Ces expressions pathologiques sont très variables : le visage peut être comme *figé*, semblable à un masque, insensible à toute impression; il peut être, au contraire, animé de contorsions, de convulsions des lèvres, de grimaces, de clignements; il peut exprimer encore une profonde anxiété.

Dans l'*examen de l'état mental*, on a à rechercher si le malade réagit à une excitation quelconque et comment il se comporte vis-à-vis du monde extérieur. Ici l'expression du visage doit être prise en considération. Qu'on cherche tout d'abord à s'assurer de la manière dont les excitations extérieures sont perçues, à constater comment le malade se comporte avec son entourage, dans quel ordre il exprime ses pensées, comment il s'oriente dans l'espace et dans le temps.

Un premier examen de la perception visuelle se fait rapidement, en présentant au sujet un certain nombre au moyen des doigts écartés. Dans le cas de diminution des facultés intellectuelles, il faut employer des excitations acoustiques et optiques plus fortes. Un moyen facile à cet égard consiste à menacer le malade avec une pointe d'épingle; cette expérience laisse d'ordinaire indifférents les *malades catatoniques* en état de *stupeur*, tandis que d'autres réagissent de diverses manières, souvent en manifestant une grande inquiétude. Pour un examen plus minutieux, on se sert d'appareils psychométriques; Kraepelin fait lire dans ce but des syllabes et des séries de mots inscrits sur un tambour qui tourne devant les yeux du malade.

Un autre procédé consiste à faire reconnaître des mots,

des lettres, des couleurs et des images adaptés derrière un diaphragme et qu'on expose aux yeux du sujet pendant un temps déterminé.

Dans beaucoup de cas il n'est pas facile de faire le diagnostic des hallucinations et des illusions. Il importe d'interroger le malade directement et longuement. S'il a eu réellement des hallucinations auditives, ou visuelles, il les désigne d'ordinaire sous les noms de « voix » et « visions ».

Il faut rechercher ensuite chez le malade la série de signes psychiques qu'on observe habituellement dans la forme catatonique de la démence précoce et qui sont : la *suggestibilité* [tendance à obéir à toute sollicitation extérieure, quelle qu'en soit la nature] ; le *négalivisme* [tendance opposée à la précédente, sorte de *folie d'opposition* s'étendant sur les actes les plus différents : marche, parole, alimentation] ; la *cataplexie* ; l'*écholalie* [répétition automatique des derniers mots qui frappent les oreilles du malade] ; l'*échopraxie* [reproduction automatique des gestes exécutés devant le sujet].

Pour examiner l'état mental d'un sujet, un simple interrogatoire ne suffit point. Il est souvent utile de sténographier certaines expressions. Le phonographe présente l'avantage de reproduire le rythme et le timbre de la parole du sujet.

Il est indispensable d'examiner la faculté d'association d'idées en s'aidant d'une série de mots préparés d'avance.

[Après avoir établi, s'il est possible, le *type d'association* que le malade avait à l'état normal : *faible, fort, profond* ou *vaste*, on compare cet état antérieur à celui d'aujourd'hui. Certains malades (maniaques, débiles, paralytiques généraux) changent, plusieurs fois au cours d'une conversation de quelques minutes, le but de leurs associations. On assiste alors à un débit en forme de zigzag, que Joffroy qualifie très heureusement de *conversation par embranchement*.]

Pour l'examen de l'*articulation de la parole*, on fait prononcer au malade plusieurs fois de suite certains mots un peu longs : immatriculisation, architecturalement, anticonstitutionnellement, artilleur de l'artillerie, inamovibilité...

Il est souvent assez difficile de diagnostiquer les troubles du *jugement*, parce qu'on ne connaît pas le degré de culture ou d'activité intellectuelle antérieures du malade.

Certains sujets dissimulent pendant longtemps des *idées délirantes systématisées* jusqu'à ce qu'on finisse par aborder une question qui les amène à dévoiler leurs conceptions morbides.

L'examen de la *mémoire* et des connaissances acquises se fait souvent au moyen de petits problèmes d'arithmétique et de questions se rattachant à la géographie ou à l'histoire. Dans le calcul, la table de multiplication servira comme épreuve de mémoire, tandis que les opérations comme les soustractions, les divisions, le calcul des intérêts permettront d'examiner la faculté du jugement. A côté de cet examen rétrospectif des facultés, il faut déterminer leur état relatif aux impressions nouvelles et analyser tout particulièrement la faculté de l'*attention*.

Pour l'examen de la *volonté*, on fait des expériences de réaction. Le sujet presse un bouton de contact d'une machine électrique. Aussitôt qu'il entend ou voit le signal dont l'apparition coïncide avec la fermeture du courant électrique, la réaction est produite ; le sujet lâche immédiatement le bouton de contact, et le courant se rétablit. On note ensuite de combien de degrés les aiguilles du chronomètre se sont avancées dans le mouvement de rotation pendant le temps où le courant est resté fermé. Le chronomètre de Hipp permet de noter ce temps de réaction, à un millième de seconde près ; mais les unités et les dizaines du résultat sont inexacts, à cause des erreurs inhérentes au mode d'expérimentation. Dans l'épreuve de la réaction, dans laquelle le sujet doit faire un choix entre deux impressions, il appuie sur deux boutons de contact, et, selon que la réaction suit l'impression *a* ou *b*, il lâche l'un ou l'autre bouton.

Pour se faire une idée des *écrits* d'un malade, il faut lui donner à rédiger, chaque fois que cela est possible, l'histoire de sa vie.

Le document ainsi obtenu permet d'apprécier à la fois l'état mental du sujet et les troubles moteurs dont il peut être atteint.

L'examen de l'état du malade se complète, pendant toute la durée de l'affection mentale, par une observation minutieuse sur la *manière d'être* du sujet aussi bien pendant le jour que pendant la nuit, de même que sur les résultats de diverses interventions thérapeutiques.

Il est particulièrement difficile de faire le diagnostic de

la guérison, ou même seulement de se prononcer sur la possibilité de laisser sortir le malade de l'asile.

On peut déclarer qu'un malade est complètement guéri quand non seulement tous les symptômes mentaux et physiques de son affection psychique ont disparu, mais quand le malade a acquis, en outre, conscience de son état morbide et quand sa nutrition générale se trouve ramenée à la normale. Assez souvent il persiste quelques symptômes isolés d'ordre psychique ou nerveux, et néanmoins le malade peut être renvoyé chez lui et reprendre sa place sociale dans des conditions normales. Ce cas peut se présenter dans la démence précoce et la paralysie générale; il s'agit alors de véritables *rémissions*. Naturellement, les malades susceptibles de devenir dangereux ou suspects de suicide doivent être maintenus à l'asile. Il est utile, même après que la sortie définitive a été accordée, de continuer à surveiller l'ancien malade, en l'engageant soit à se présenter de temps en temps à l'asile, soit à fournir régulièrement des renseignements par écrit.

Simulation. — Fréquemment, le clinicien est obligé de se demander s'il est en présence d'une affection mentale vraie, ou simulée. Quand un sujet a commis un délit et paraît être ensuite aliéné, le vulgaire est porté à admettre qu'il y a simulation. La plupart du temps les simulateurs

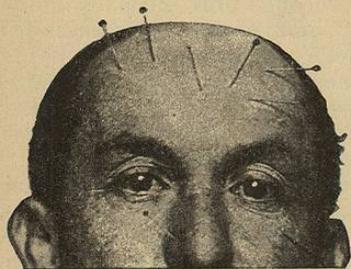


Fig. 16.

font semblant d'être des imbéciles. Ils ne répondent à aucune question ou bien font des réponses absurdes. Quelquefois ils simulent l'excitation maniaque et jouent la « folie furieuse ». Une observation prolongée permet généralement de démasquer de pareilles tendances. Dans le cas représenté par la figure 16, un sujet prétendait ne pas sentir des piqûres d'épingles, fait qui, à la rigueur, pouvait être dû à une analgésie. Mais il affirmait en même temps ne pas reconnaître, dans une glace qui lui était présentée, les aiguilles plantées dans la peau de sa face; cette affirmation n'était évidemment qu'un mensonge,

puisque toute sa conduite prouvait qu'il pouvait voir; il savait notamment lire. Ce qui importe le plus en pareil cas, c'est d'établir un diagnostic exact, car, quoique certains symptômes isolés puissent être simulés, il n'est guère possible de simuler un syndrome clinique. Avant tout, une observation de longue durée finit par décourager les simulateurs qui jouent l'excitation maniaque. Car il n'est aucun être normal qui puisse pendant plusieurs jours consécutifs s'agiter sans interruption et résister pendant plusieurs jours au besoin naturel de dormir. D'autre part, il y a des simulateurs qui, entendant faire en leur présence des remarques relatives à leur état, entendant dire, par exemple, qu'en pareil cas le malade doit présenter des phénomènes paralytiques ou convulsifs, cherchent aussitôt à représenter ces mêmes symptômes. En réalité, la simulation est beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement.

Ce qui est plus fréquent, c'est la *simulation sur une base morbide* par des hystériques, des neurasthéniques, des débilés intellectuels et des paranoïques. Dans ce cas, il devient très difficile d'établir avec précision quel symptôme est vrai et lequel est simulé. Le malade représenté sur la figure 16 était un simulateur atteint d'hystérie.

Dissimulation. — Certains malades dissimulent leur état pathologique; ainsi, des paranoïques peuvent imaginer un délire systématisé pendant des années sans que personne dans leur entourage ne s'en aperçoive. Des malades qui ont des hallucinations dissimulent quelquefois aussi leurs troubles sensoriels pour ne pas être traités comme des aliénés.

Dans les asiles, des délirants systématisés, ou même des maniaques, essaient parfois de dissimuler leur état, afin d'obtenir leur élargissement. Mais la dissimulation est particulièrement grave chez les mélancoliques, qui cachent l'angoisse qui les étirent pour faire croire à leur guérison et à leur calme, jusqu'au jour où, ayant donné le change à leur entourage rassuré, ils saisissent une occasion pour se suicider.

La responsabilité du médecin est souvent énorme quand il est appelé à délivrer un certificat sur l'état mental d'un sujet. A cet égard sont particulièrement embarrassants les individus atteints des formes atténuées de diverses variétés de la folie, et surtout les sujets qui sont sur la

frontière de l'aliénation mentale, comme les hystériques, les neurasthéniques, les épileptiques, les dipsomanes, les dégénérés et les nombreux déséquilibrés. Beaucoup d'entre ces malades ne peuvent nullement être déclarés aliénés dans le sens clinique de ce terme, et cependant il est impossible de les considérer comme étant absolument normaux.

[On ne saurait recommander trop de circonspection au médecin appelé à formuler une conclusion dans un sens ou dans un autre, surtout quand on lui demande de rédiger un certificat de maladie ou un certificat de santé.]

VIII. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA FOLIE

Dans les autopsies d'aliénés, l'attention doit se porter tout particulièrement sur l'encéphale.

[Pour faire utilement l'examen macroscopique et microscopique de l'encéphale de l'aliéné, il faut être familiarisé avec les localisations topographiques des lésions cérébrales, dont l'exposé se trouve dans tous les traités d'anatomie normale et pathologique.]

Rappelons que Flechsig, se fondant sur le développement chronologique des fibres, d'après sa méthode embryologique, a conçu l'hypothèse de « centres d'association » du cerveau humain, hypothèse combattue par Déjerine, Monakow, Sachs, Siemerling, Nissl.

Pour procéder à un examen histologique précis, il importe de faire l'autopsie aussitôt que possible après la mort. [La loi française n'autorise à faire l'autopsie que vingt-quatre heures après le décès.]

En pratiquant l'ablation du cerveau, on doit faire attention à l'épaississement des parois du crâne, ainsi qu'aux adhérences de la dure-mère. [Quand on a pu constater que la dure-mère adhère aux os du crâne, ce qui est normal chez l'enfant, fréquent chez le vieillard, pathologique chez l'adulte, on incise la dure-mère circulairement, au niveau même du trait de scie; on sectionne en avant les attaches de la faux du cerveau à l'éthmoïde, et l'on poursuit sans brusquerie l'ablation de la calotte osseuse. Il faut ensuite noter l'état de la pie-mère: simple congestion, avec ou sans exsudat séro-fibrineux plus ou moins abondant, répandu dans les espaces sous-arachnoïdiens; épaississement et aspect louche, nacré de la pie-mère

indiquant une leptoméningite inflammatoire chronique, comme dans l'alcoolisme, par exemple.] Les circonvolutions peuvent être atrophiées et les sillons qui les séparent être trop larges.

[Après cet examen de la surface de l'encéphale, il est nécessaire d'explorer, par des coupes méthodiques, les parties profondes des centres nerveux.]

La coupe des hémisphères, d'après la méthode de Virchow, est souvent employée en anatomie normale. Elle consiste à ouvrir les ventricules latéraux et à diviser chaque hémisphère par des coupes longitudinales, allant de la convexité vers la base. Cette méthode n'est pas très pratique pour l'anatomie pathologique. Pour cette dernière, on emploie de préférence la méthode française, qui est infiniment plus commode pour un examen microscopique ultérieur. [Les coupes de Pitres (de Bordeaux), qui sont de beaucoup préférables pour l'examen anatomopathologique, ont pour but principal la localisation topographique précise des lésions. Pour les pratiquer, on commence par séparer les hémisphères par une section antéro-postérieure franche pratiquée au niveau de la partie médiane du corps calleux. Ensuite, on détache la pie-mère de chaque hémisphère. Cette opération délicate étant faite, on couche chaque hémisphère sur sa face interne et l'on recherche le *sillon de Rolando* qui sert de point de repère pour toutes les coupes. Ces dernières, au nombre de six, sont régulières, parallèles entre elles et parallèles au sillon de Rolando; elles portent les noms suivants: coupe préfrontale (à 5 centimètres en avant du sillon de Rolando); coupe pédiculo-frontale (au niveau des pieds des circonvolutions frontales); coupe frontale (au niveau de la circonvolution frontale ascendante); coupe pariétale (au niveau de la circonvolution pariétale ascendante); coupe pédiculo-pariétale (sur le pied des lobules pariétaux); coupe occipitale (à 1 centimètre en avant de la scissure perpendiculaire interne). Ces diverses coupes permettent de constater les lésions de la zone motrice corticale, du corps opto-strié, de la capsule interne, des divers faisceaux du centre ovale. Bien souvent, pour préciser plus rigoureusement les limites d'une lésion, on fait des coupes plus rapprochées qu'on pratique entre les coupes fixes habituelles; ce sont ce qu'on a appelé des coupes intermédiaires, qui peuvent être aussi nombreuses que peuvent le