

et sur les *variations physiologiques* suivantes : le pouls atteint un chiffre minimum à 6 heures du matin, son maximum de 6 à 8 heures du soir, subissant une légère accélération vers 11 heures du matin. La chaleur, les basses pressions, l'altitude, l'exercice, la digestion, l'émotion, la dyspnée l'accélèrent; le froid, les hautes pressions le ralentissent.

Ponctions exploratrices. — Technique générale. — La ponction exploratrice est, en clinique journalière, un procédé précieux et inoffensif, permettant d'affirmer la présence et la nature d'épanchements pathologiques. On la pratique de la façon suivante : 1° l'instrument de choix est la seringue démontable et stérilisable de Debove (de 10 centimètres cubes environ) avec aiguille de platine iridiée; il est bon de l'essayer avant l'usage; on la fait bouillir ensuite dix minutes dans un récipient bien propre, après avoir aspiré l'eau à l'intérieur de la seringue; 2° la région à ponctionner est lavée à l'eau tiède savonneuse, puis avec une solution de bi-iodure ou de sublimé; finalement, à l'alcool ou à l'éther; 3° l'opérateur lui-même aseptise ses mains en les savonnant et les passant au sublimé et à l'alcool; 4° l'aiguille est rougie à la lampe, puis refroidie. On peut au besoin insensibiliser la région au chlorure d'éthyle, puis on enfonce l'aiguille à fond et on aspire; si le liquide ne vient pas, on ponctionne successivement à différentes profondeurs et au besoin en différents points. On retire l'aiguille d'un coup sec et on dépose une trace de collodion à l'endroit ponctionné. Le liquide aspiré peut être ensuite soumis à l'examen microscopique, chimique et histologique, ainsi qu'à l'enquête bactériologique. La ponction exploratrice trouvant son indication dans un grand nombre d'états pathologiques méritait de prendre place dans ce chapitre de sémiologie générale.

PREMIÈRE PARTIE

SÉMIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX

SECTION I

SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE

Quand une première enquête tend à faire admettre l'existence probable d'une affection du système nerveux, il est indiqué d'interroger méthodiquement et successivement : l'état mental, la sensibilité générale et spéciale, les divers réflexes, la motilité et les réactions électriques, en insistant plus ou moins, suivant les cas, sur tel ou tel de ces examens.

CHAPITRE I

ÉTAT MENTAL

Quand existent des troubles psychiques, il convient de les analyser, pour en préciser la nature et la signification.

Technique. — La meilleure conduite à adopter consiste à se poser dès l'abord en médecin, en commençant par examiner l'état physique. On interrogera les parents et l'entourage du malade sur son âge, son état social, sa personnalité; sur le début exact et l'évolution antérieure des accidents, en insistant particulièrement sur certains symptômes typiques et sur les dates.

Il importe de s'enquérir des *ascendants* directs et collatéraux et des *descendants* du malade, au point de vue des affections nerveuses ou diathésiques qu'ils ont pu présenter : *aliénation, épilepsie, hystérie, paralysie générale, tabes, alcoolisme, arthritisme, obésité, cancer, syphilis, criminalité, talent*. L'âge et la santé des parents au moment de la conception (ivresse?), les circonstances de la grossesse de la mère (misère, chagrin, traumatismes?), de la naissance du malade (asphyxie, hémorragie ombilicale, compression et déformation du crâne pendant le travail?), de sa première enfance (allaitement naturel ou artificiel? nourrice alcoolique? convulsions? évolution de la première dentition?) peuvent constituer des renseignements

précieux. On s'informerait également : de l'âge auquel l'enfant a commencé à marcher, à parler, à savoir lire et compter ; de son caractère. On se rappellera, au cours de l'interrogatoire, que l'éveil du sens génital entraîne souvent des troubles mentaux, tels que bizarreries ou écarts de conduite, exaltation ou apathie, tendance à la solitude ou à la rêverie. A l'âge adulte, l'enquête doit porter sur : le caractère définitif, la profession, les aptitudes, les besoins matériels, intellectuels, affectifs, les tendances, les préoccupations (caractère irritable? susceptible? vindicatif? craintif?), les obsessions, les impulsions. Les *antécédents pathologiques personnels* seront ensuite précisés, en insistant sur : les affections du système nerveux, les infections, la syphilis, les intoxications, les traumatismes crâniens, les maladies des yeux, des oreilles, du nez, les dermatoses susceptibles d'influer sur l'état mental. Les lettres écrites par le malade avant et depuis la maladie, ses photographies, avant et depuis, peuvent également éclairer le diagnostic.

Le ton de l'interrogatoire varie suivant les sujets. On l'oriente selon que l'habitus du malade révèle la dépression ou l'exaltation, l'incurie ou la coquetterie, la confiance ou la réticence; les malformations du crâne, des oreilles, des dents, la bizarrerie du costume fourniront aussi des indices. Il est bon de débiter par une question d'ordre somatique. Les premières réponses, par leur débit rapide, par leur abondance, peuvent déjà renseigner sur les facultés intellectuelles ou les conceptions délirantes. Si le délire paraît systématisé, on tâtera le terrain en posant une question qui s'y rattache, entretenant, par exemple, les mélancoliques de leur culpabilité; les persécutés, des misères dont ils sont victimes. On se gardera dans tous les cas de blesser ou d'irriter le malade par des railleries; on restera au contraire sérieux, attentif et encourageant. Quand le mutisme demeure absolu, l'expression du visage, les regards, la mimique peuvent fournir quelques éclaircissements que l'on complètera en interrogeant l'entourage sur la conduite du malade, sur la manière dont il boit, dont il mange, etc.

Sémiologie mentale. — I. *Excitation et dépression.* — L'*excitation intellectuelle* se traduit par la succession rapide et désordonnée d'idées multiples, hâtivement associées, et par la perte corrélatrice de l'*attention*; elle est propre aux *états maniaques* (simples, toxiques ou liés à la paralysie générale) et à la *confusion mentale* primitive ou secondaire aux infections.

La *dépression intellectuelle* consiste en une raréfaction réelle (démence, idiotie) ou apparente (mélancolie) des idées; celles-ci sont pâles et incapables de déterminer des sentiments ou des actes. Cet état se retrouve dans la démence, la confusion mentale et la stupeur.

La *succession des idées* est très rapide dans la manie, très lente dans la mélancolie et dans l'extase. L'*incohérence* résulte tantôt de la succession vertigineuse des conceptions (maniaques), tantôt de leur défaut (déments).

II. *Troubles d'association des idées.* — On cherchera d'abord à connaître à quel type appartenait, avant la maladie, la faculté d'association du sujet (faible, forte, vaste?) pour lui comparer l'état actuel. Dans les états maniaques, la paralysie générale, la confusion mentale, on notera particu-

lièrement l'*association d'après la consonance des mots*. Chez les déséquilibrés, on observe les *associations paradoxales* ou *par contraste*, quelquefois obsédantes (délire de négation, idées cyniques et religieuses juxtaposées). La faiblesse ou l'absence d'associations logiques domine chez les idiots, les débiles, les déments, dans la confusion mentale. Dans les états mélancoliques, les associations ne roulent que sur un ordre restreint de conceptions (idées décourageantes, désespérantes).

III. *Troubles de la mémoire.* — On tâtera d'abord la mémoire du malade en lui demandant son âge, son adresse, le quantième du jour présent; on l'interrogera en premier lieu sur les faits récents dont le souvenir s'efface d'abord, puis sur les faits anciens plus longtemps retenus, enfin sur les sentiments affectifs, les derniers à s'effacer. L'entourage du malade fournira des renseignements sur les progrès de l'amnésie. Au cours, ou dans la convalescence des grandes infections, des polynévrites, ou à la suite des traumatismes crâniens, l'*amnésie* porte sur les faits qui viennent de se produire. Celle-ci est soit *simple* (limitée à un seul fait), soit *circonscrite* portant sur les faits ayant précédé ou suivi une crise (*amnésie rétrograde*), par exemple dans l'épilepsie; soit *générale* étendue à tous les faits (paralysie générale); ou *limitée* à certains actes familiers, à une mémoire spéciale (*aphasie*), ce qui indique une *lésion en foyer*. Dans certaines formes d'épilepsie ou d'hystérie, la mémoire, comme la personnalité, est dédoublée; l'une se rapporte à l'*état prime*, l'autre à l'*état second*. Les erreurs de mémoire ou *paramnésies* offrent des formes multiples; soit que les faits nouveaux soient reconnus comme *déjà vus* (chez les surmenés, les neurasthéniques, les hystériques, les déséquilibrés, les persécutés), soit que les souvenirs de rêves prennent la forme de souvenirs d'événements réels (*pseudo-réminiscences* des hystériques, des alcooliques, des convalescents d'infections fébriles, des cachectiques, des sujets atteints de polynévrite, des paralytiques généraux, des déments séniles (rare). Les souvenirs très anciens surgissant chez les sujets en péril grave (noyés) portent le nom d'*hypermnésie*.

IV. *Hallucinations.* — *Illusions.* — On appelle : *hallucination* toute perception sensorielle sans objet réel, et *illusion*, toute perception inexacte provoquée par un objet réel. Le sujet peut assister mentalement à certains phénomènes, entendre des voix intérieures et même écrire sous leur dictée, ce sont des *hallucinations psychiques*. D'autres fois, le sujet, malgré la perception correcte d'un objet réel, lui attribue un sens erroné conforme à ses préoccupations, c'est l'*interprétation délirante*. Le médecin doit chercher à savoir si le malade a oui ou non conscience d'être halluciné; il doit préciser la nature et les caractères des hallucinations (visuelles, auditives, tactiles, olfactives, gustatives, sensitivo-musculaires, sensitivo-générales, génitales, psycho-sensitives, psycho-motrices?). Il importe de déterminer si les *hallucinations auditives* sont *verbales* (injures, menaces) ou *impératives* (ordres); si elles motivent les actes (chez les persécutés)?

Les *hallucinations visuelles* sont communes dans les intoxications (fantômes, animaux), les infections, l'hystérie, l'épilepsie (éclaircs de l'aura),

chez les débiles; elles sont parfois unilatérales, souvent associées à des hallucinations psychiques (*hallucinations psycho-sensitives, psycho-motrices*). Les *hallucinations tactiles* sont tantôt *vagues* (picotements, brûlure, froid), tantôt *précises* (morsure de chien enragé, coup de couteau). Enfin les hallucinations intéressent parfois le *sens musculaire* (le sujet se sent soulevé, emporté), la *sensibilité générale* (le malade croit avoir des bêtes dans le corps), le *goût*, l'*olfaction*, le *sens génital*.

Le *diagnostic* est souvent très délicat, car les renseignements fournis par le malade sont souvent incomplets ou nuls, les signes objectifs rares. Des *hallucinations de l'ouïe* sont probables chez un malade qui cause seul, en prêtant l'oreille, tournant la tête de côté et d'autre, rit sans raison, etc.; des *hallucinations psychomotrices*, chez celui qui semble les combattre, en serrant la langue entre les dents, ou leur céder en agitant automatiquement la langue ou les lèvres. Les *hallucinations visuelles* se traduisent objectivement par des signes d'émotion, la fixité du regard, la mobilité des pupilles, le clignement, l'hyperémie conjonctivale; les *hallucinations gustatives* par de la salivation, des mouvements de dégustation et de déglutition, du crachotement, des grimaces. Des mouvements d'expiration nasale, l'acte de se boucher le nez sont en rapport avec des *hallucinations olfactives*. Les *hallucinations du sens musculaire* provoquent des poses bizarres, des soubresauts; les *hallucinations génitales* des poses lascives.

V. *Idées délirantes. — Délire.* — Toute idée délirante naît d'une association pathologique ou d'une sensation morbide qui acquiert vite la force d'une vérité absolue. Sa source est variable: raisonnement insuffisant, hallucination, illusion, sorte d'inspiration, paramnésie, imagination dérégulée. Les idées délirantes varient beaucoup d'intensité, de nature (satisfaction, désespoir, culpabilité, négation, persécution, hypocondrie, mysticisme, érotisme, jalousie, homicide, suicide, etc.); tantôt mobiles, tantôt fixes, tantôt associées ou combinées (délire confus), souvent expliquées par des événements passés (peurs, chagrins). Le *délire* est soit uniforme *monomorphe*, soit *polymorphe*.

VI. *Obsessions. — Impulsions.* — L'*obsession* est une idée inutile ou nuisible qui accapare l'esprit du sujet malgré lui. D'origine habituellement émotive, elle consiste souvent en un problème étrange et insoluble. Elle procède en général par crises précédées parfois d'une aura (anxiété, sensation de tête vide, de serrement dans les tempes). L'idée s'impose irrésistiblement à l'attention et s'accompagne d'angoisse morale, puis physique (angoisse précordiale, céphalée, rougeur ou pâleur, tremblements, palpitations, dyspnée, vertige, syncope même ou sensation de mort imminente). Le sujet, tantôt triomphe de l'obsession, tantôt lui cède par un acte impulsif suivi de calme et de satisfaction, à moins qu'il ne la voie se transformer en hallucination. La crise d'obsession reste unique ou bien se répète par intermittences régulières (menstruation) ou non. Les crises subintrantes constituent l'*état de mal*. L'obsession propre aux neurasthéniques et aux déséquilibrés prend des formes très variées: *phobies, astasie-abasie, staso-baso-phobie, arithmo-*

manie, coprolalie, folie de doute, kleptomanie, dipsomanie, exhibitionnisme, pédérastie, etc.

VII. *Troubles de la conscience.* — Il s'agit de troubles de la faculté qui permet au sujet de contrôler ses pensées, ses sensations, ses actes. Chez un sujet normal, une part du domaine psychique occupe constamment l'attention, c'est le *champ lucide de la conscience*, tandis que le reste sommeille, prêt à répondre à l'appel de l'*attention active*. La plupart des *véanies* rétrécissent le *champ de la conscience*. La conscience est abolie dans le *coma* (voy. ce mot); elle est vague, ne permettant pas de discerner le réel de l'imaginaire, dans l'*état de rêve*, tel que le comportent le délire hallucinatoire ou post-épileptique, et certaines formes de manie transitoire. Une conscience incomplète de l'ambiance, associée à de l'automatisme ambulatoire et au dédoublement de la mémoire, constitue l'*état crépusculaire de la conscience* provoqué surtout par l'hystérie, l'épilepsie, l'alcoolisme et la suggestion hypnotique.

VIII. *Troubles émotifs. — Changements d'humeur et de caractère.* — Le rétrécissement du champ de la conscience est souvent motivé par une *émotion* telle que: hypocondrie, mélancolie ou extase. Une *hyperesthésie psychique* véritable ou une *hyperalgésie* prédispose les déséquilibrés, les neurasthéniques et les hystériques à cette émotion qui, chez les mélancoliques peut entraîner l'angoisse et la douleur morale. Les *phobies* (peur des chauves-souris, des rats, des espaces) sont des *hyperesthésies psychiques partielles*. L'émotivité est mêlée d'irascibilité chez les paralytiques généraux (*faiblesse irritable*), les ramollis. Elle est diminuée ou abolie chez les idiots, les déments, les fous moraux, certains épileptiques ou hystériques. Ces troubles sont indépendants de la personnalité morale antérieure. L'humeur actuelle est triste ou gaie, suivant que les excitations réagissent dans un sens pénible ou expansif. Le médecin doit observer l'influence déprimante ou excitante des émotions sur l'activité psychique. L'*émotion pathologique*, en suspendant complètement l'idéation, peut provoquer des actes impulsifs (incendie, chute par la fenêtre); on la note chez les névropathes, les déséquilibrés, les alcooliques, les paralytiques généraux au début. L'émotion des mélancoliques naît souvent d'un souvenir triste, s'accompagne d'anxiété et peut aboutir au suicide ou à l'homicide (*raptus mélancolique*). La *panthobie* (peur de tout) résulte parfois de la *confusion mentale aiguë* qui éclate au déclin des infections (fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, pneumonie). Les autres *phobies*, la *colère morbide* ont aussi leur source dans une émotion pathologique, habituellement intermittente, mais qui peut durer des semaines et des mois.

IX. *Troubles de la volonté.* — On les mesure en déterminant les divers facteurs de la volonté et d'abord le *motif prédominant d'un acte*. Chez les *déments*, ces motifs sont fortuits, disparates, contradictoires. Chez les *hystériques*, les motifs, comme la personnalité, sont souvent dédoublés.

On interrogera ensuite le malade et son entourage au sujet des *instincts*. Ceux-ci sont *abolis* (stupeur), *diminués* (mélancolie) ou *pervers* [déséqui-

librés, mélancoliques (tendance au suicide), maniaques, déments, idiots (boulimie)]. En ce qui concerne l'*instinct génital*, on engagera le sujet à en exposer les troubles par écrit; il est *affaibli* chez les mélancoliques, les hypochondriaques et les déments; *surexcité* chez les maniaques, les paralytiques généraux au début et chez certains déments, ou *perversi* chez les déséquilibrés, masturbateurs, pédérastes, fétichistes ou sadiques.

La *faculté d'attention* nécessaire à l'exécution des actes n'est pas moins importante à évaluer. On la trouve affaiblie dans les états maniaques, la confusion mentale, vite lassée dans la chorée, la maladie des tics, vite épuisée dans la narcolepsie; exaltée jusqu'à l'obsession dans la mélancolie ou l'hypochondrie, ou jusqu'à l'*extase*. Les cachexies, le surmenage physique, les troubles de l'accommodation affaiblissent aussi la faculté d'attention.

L'*état des zones psychomotrices* mérite un examen méthodique. On constatera soit une *suractivité motrice* incohérente ou automatique, dans la manie, la confusion mentale ou le délire hallucinatoire, soit une *diminution de l'activité* dans le mutisme, l'immobilité et la stupeur des mélancoliques; la *mimique* subit des modifications parallèles.

L'étude des *troubles de la parole* a aussi une grande valeur. La parole peut être: rapide, abondante (manie), colorée, rythmée ou rimée; composée de propos interrompus, d'interpellations, de mots sans lien réciproque ou tronqués; de sons inarticulés, de syllabes décousues (*achoppement*).

On discernera le *mutisme voulu* des mélancoliques (rarement absolu) de l'*aphasie*, du *mutisme hystérique*, souvent compliqué d'*aphonie*, états comportant le plus souvent des tentatives de langage, de mimique ou d'écriture.

L'*écriture*, surtout comparée à l'écriture antérieure, fournit souvent des renseignements précieux. Les lignes sont tremblantes, en zigzags, avec des omissions de lettres et de syllabes chez les *paralytiques généraux*. Chez les *persécutés* qui, souvent, écrivent ce qu'ils ne veulent dire, des mots sont soulignés et resoulignés; ils sont tracés en grosses lettres; d'autres sont inachevés chez les maniaques ou dans le délire hallucinatoire. Chez les déments, les écrits sont incompréhensibles et illisibles.

Troubles somatiques associés aux troubles psychiques. — L'étude des fonctions somatiques doit être aussi détaillée que possible.

Troubles du sommeil. — Ils comprennent les modifications du sommeil normal et le sommeil pathologique.

Sommeil normal. — *Insomnie.* La douleur peut la provoquer dans les méningites, les encéphalites, la syphilis cérébrale, les tumeurs cérébrales. On l'observe au début de la plupart des troubles psychiques, au cours des excitations périphériques (névralgies), des affections cardio-vasculaires (asystolie), des infections (fièvre typhoïde), des intoxications (alcool, café, thé); les émotions la provoquent chez les nerveux. Les *rêves morbides* ont peu de signification; ils sont courts, interrompus par un réveil en sursaut, chez les cardiaques; dans les affections respiratoires, ils s'accompagnent de sensations d'étouffement, de constriction thoracique. Les rêves des dyspeptiques sont

mêlés d'hallucinations gustatives et de pesanteur épigastrique. Les rêves des hystériques sont terrifiants, parfois suivis de paralysies; ceux des alcooliques, très analogues, sont professionnels, souvent mêlés de zoopsie.

Les *sommeils pathologiques* offrent de nombreuses variétés. La *narcolepsie* consiste en un besoin subit et irrésistible de dormir ou en une apathie profonde survenant en plein jour à des intervalles plus ou moins rapprochés; elle est commune chez les nerveux, les diabétiques, les cardiaques, les dyspeptiques. Dans le *sommeil hystérique*, le facies et le pouls sont calmes, la respiration est régulière, la température normale, les zones hystérogènes subsistent; on constate parfois des contractures. Le *sommeil hypnotique*, plus commun chez des hystériques, comporte trois degrés: la *léthargie* reconnaissable à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire (voy. *Hystérie*), la *catalepsie* qui permet au sujet de garder sans fatigue les attitudes qu'on lui donne; le *somnambulisme* caractérisé par la docilité du sujet à la suggestion. Le *somnambulisme physiologique* se distingue de l'autre en ce qu'il est nocturne, et ne s'accompagne d'aucune contracture; l'état est normal entre les crises que suit une amnésie totale. Le *somnambulisme épileptique* ou *petit automatisme*, *automatisme comitial ambulatoire*, procède par accès psychiques ou impulsifs, débutant souvent par un vertige ou une crise convulsive; il est justiciable du bromure. Le *somnambulisme hystérique spontané* se reconnaît aux commémoratifs et aux stigmates de la névrose.

Troubles de la sensibilité. — La *sensibilité générale* est souvent difficile à explorer chez les aliénés, généralement peu attentifs et enclins à des interprétations délirantes. La douleur d'un membre ou d'un viscère peut expliquer certaines idées délirantes (de possession, hypochondrie). L'*hyperesthésie locale* peut dépendre d'une *névrite* infectieuse ou toxique. L'*hyperesthésie cutanée* en plaques s'observe chez les maniaques, les hystériques, les absinthiques. L'*anesthésie générale* ou *locale* est commune dans l'hystérie avec délire mystique, ou idée de métamorphose; elle explique souvent les auto-mutilations et les suicides.

Sensibilités spéciales. — On examinera chaque sens en particulier. Les troubles de l'*ouïe* entrent en jeu dans les hallucinations auditives, surtout unilatérales. La *vue* mérite une enquête méthodique, indispensable au diagnostic de la paralysie générale, du tabes, de l'alcoolisme, de l'hystérie. Le *goût* est *émoussé* chez les débiles; *aiguisé* chez les maniaques, les persécutés; *perversi* chez les dégénérés, les persécutés et les hystériques. L'*odorat* est affaibli au début de la paralysie générale, exalté dans certaines névroses. Le *sens musculaire* est déprimé dans la catalepsie et le délire hypochondriaque avec idée de faiblesse; exalté en d'autres cas (illusion de force, mouvement perpétuel). La *sensibilité viscérale* est souvent troublée dans la mélancolie, l'hystérie, la paralysie générale; certains malades se croient la tête vide ou pleine d'eau, se figurent avoir un animal dans le corps, n'avoir plus de cœur, plus d'estomac, etc. Le *sens génital* est tantôt affaibli (dépression), tantôt exalté (onanisme, grossesse imaginaire; idées de viol, de possession).

Troubles de la motilité. — Ces troubles sont liés aux états de dépres-

sion ou d'excitation. L'*immobilité* est propre aux mélancoliques; la *catalepsie* s'observe dans la mélancolie, l'hystérie, l'épilepsie, les délires toxi-infectieux, la confusion mentale, la folie périodique, la démence, l'idiotie. On note des *parésies* circonscrites (lèvres, langue, oculo-moteurs, pupilles, membres, nuque) chez les paralytiques généraux, les déments, dans les psychoses polynévritiques, l'hystérie. On recherchera les ictus apoplectiformes, l'incoordination motrice, le tremblement, l'aphasie motrice. L'*agitation* sera aisément constatée chez les maniaques; les *convulsions* seront observées dans les *psychoses névropathiques* (chorée, hystérie, épilepsie), les états toxi-infectieux (urémie), la paralysie générale, etc. Les contractures, les tics, ne seront pas méconnus. Le *dynamomètre* à pression pourra servir à distinguer les agités (force) des déprimés (faiblesse).

Troubles des réflexes. — Les troubles des réflexes cutanés et tendineux seront relevés avec soin; les réflexes tendineux sont exagérés dans la neurasthénie, diminués dans les psychoses toxiques et le tabes.

Troubles de la résistance électrique. — La résistance du corps au passage du courant électrique est habituellement accrue dans tous les états dépressifs et, en particulier, après les attaques d'épilepsie.

Troubles de la nutrition. — Les *sécrétions*: salive, larmes, sueurs, sont diminuées dans les états dépressifs, accrues dans les états d'excitation. L'*analyse complète des urines* doit être pratiquée systématiquement. Celle du *sang* permet de constater l'*hypoglobulie* dans les états de dépression.

Les *troubles circulatoires* peuvent fournir quelques renseignements utiles. Tout effort intellectuel, toute excitation nerveuse provoque l'*hypertension artérielle*; suivant qu'il y a dépression ou excitation, le *pouls* est ralenti ou accéléré. Le *pouls capillaire* (apprécié par le *pléthysmographe*) est très sensible dans les états d'excitation, souvent nul dans la mélancolie avec stupeur. De même, le nez, les lèvres, les extrémités sont froids et cyanosés chez les mélancoliques (tr. vaso-moteurs), les extrémités sont œdématisées chez les stupides et les paralytiques, frappées parfois d'asphyxie locale chez les déprimés; les hystériques sont sujets au *dermographisme*.

Les *troubles respiratoires* sont aussi à considérer. La respiration est ralentie et courte dans les états dépressifs; accélérée et ample dans les états d'excitation; elle présente le *type tremblé* chez les anxieux et les stupides.

Les *troubles trophiques* sont variables. La *peau* peut être sèche, squameuse, ridée, pigmentée (vitiligo), eczémateuse, présenter de l'herpès, des ecchymoses, du sphacèle, etc. On recherchera aussi les vices de développement physique.

Stigmates physiques de dégénérescence. — L'*asymétrie crânienne* sera constatée à la vue, au palper et à la mensuration (au ruban métrique et au compas d'épaisseur). Les anomalies de ce genre sont variées: *micro-* ou *macrocéphalie*, *hydrocéphalie*; *tête longue*, en *pain de sucre* ou en *triangle*, saillie frontale exagérée, enfoncements, cicatrices, exostoses. Leurs causes sont diverses: arrêt de développement du cerveau, hydrocéphalie, anomalies d'ossification, suture prématurée, syphilis ou tuberculose (héréditaires ou acquises); traumatismes. L'*asymétrie de la face*, le prognathisme sont apprécia-

bles par le *compas glissière*, par le *goniomètre facial* médian oblique ou *double équerre* qui servira à relever l'*angle facial*.

On notera les *vices de conformation des oreilles* tels que: asymétrie ou implantation irrégulière, poils en trop grande quantité, anthélix trop proéminent, à un seul ou à trois pieds; lobule adhérent, hélix déplié. On remarquera aussi sur les *yeux*: l'*asymétrie des orbites*, la saillie excessive des arcades sourcilières, l'exophtalmie, les opacités congénitales de la cornée, le cercle sénile, l'insuffisance ou l'absence de l'iris, l'inégalité congénitale des paupières, l'albinisme, les cataractes congénitales, le strabisme, le nystagmus, le daltonisme, le rétrécissement du champ visuel, la faible acuité visuelle. La déviation du *nez*, la déviation ou l'absence de la cloison, l'oblitération des fosses nasales sont des anomalies à noter; il en est de même du *bec-de-lièvre*; de l'hypertrophie, de l'atrophie ou de l'ectropion des *lèvres*; du *palais* asymétrique, affaissé, ogival ou fissuré; de l'exostose médio-palatine. Les déviations (ou les divisions) du *voile*, la bifidité de la luvette; la déviation, les cicatrices de morsure (épilepsie), le tremblement de la *langue* attireront aussi l'attention. L'inspection des *mâchoires* relèvera, s'il y a lieu, le prognathisme; celle des *dents*: les anomalies de la dentition (précoce ou tardive; persistance de la première dentition, absence de canines chez les débiles), de l'implantation des dents (antéversion, hétérotopie ou rétroversion), de leur structure (nanisme, gigantisme, cannelures, incisures, dents d'Hutchinson). Les anomalies de la *parole*: mutité, surdi-mutité, blésité, bégayement, voix restée infantile, n'ont pas une valeur moindre. On remarquera encore: les déformations du *thorax*, les déviations du *rachis*, l'hypertrophie du *corps thyroïde*; les *anomalies des doigts* (*poly-* ou *syndactylie*, *brachydactylie*), des *ongles* (fragiles, cannelés ou rongés); le mode d'implantation des cheveux. On recherchera les traces de *rachitisme*, de *syphilis*, de *paralysie infantile*. Sur le tégument, les taches, les tatouages, les automutilations, le myxœdème peuvent constituer des signes révélateurs. L'hypertrophie des glandes mammaires chez l'homme, leur absence chez la femme ou l'existence de mamelles surnuméraires ne doivent pas non plus échapper à l'examen. Celui des *organes génitaux* relèvera: 1° chez l'homme: les anomalies de taille ou de forme du pénis, le phimosis, l'épispadias, l'hypospadias, la monorchidie, la cryptorchidie ou l'anorchidie; 2° chez la femme: l'atresie du vagin, l'absence ou l'atrophie de l'utérus. Une observation complète comporte la description détaillée de l'anomalie, la recherche de son origine (congénitale ou accidentelle? syphilitique? arrêt de développement? signe de race?). Toutes n'ont pas une valeur égale et propre. Leur association en grand nombre compte surtout.

Diagnostic des principales variétés morbides. — L'analyse minutieuse des troubles psychiques rapprochée de celle des troubles somatiques permettra de poser des conclusions sur la nature de l'affection causale.

1. **Troubles psychiques liés aux affections somatiques.** — Le *délire fébrile* complique souvent les infections (fièvre typhoïde, rougeole, pneumonie, rhumatisme aigu, érysipèle), surtout chez les enfants et les

buveurs. Il débute par une défaillance de l'attention, par de l'inquiétude, des cauchemars; puis les idées et les actes deviennent désordonnés; avec les progrès de la fièvre apparaissent les illusions, les hallucinations terrifiantes et multiples (assassinats, incendies, batailles), la confusion mentale aiguë motivant des actes (tentatives de fuite, chute par la fenêtre, coups). Dans les cas graves (hyperthermie, pouls petit et rapide), l'excitation fait place au subdélire et au coma. Autrement, le délire cesse avec la fièvre, laissant quelque temps une certaine fatigue cérébrale; il ne persiste que chez les prédisposés.

Délire apyrétique. — Le délire prodromique de la *fièvre typhoïde*, de la *varioloïde*, dure quelques jours; il est surtout triste et dépressif, mais quelquefois violent et hallucinatoire; le délire prodromique de la *fièvre intermittente* est analogue. Le délire de la *rage* est d'abord empreint d'inquiétude, de tristesse, de peur; puis des hallucinations pénibles provoquent de violentes réactions; des phases de lucidité coupent cette période d'excitation qui prend fin avec la paraplégie, signal de la dépression, des convulsions et du coma.

Délire des convalescents. — Durant la convalescence de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de l'infection puerpérale, un délire peut survenir, surtout caractérisé par la perte de la faculté d'orientation; le malade ne sait où il est ni qui l'entoure; son attention se lasse vite; il est tantôt déprimé, tantôt agité ou anxieux; ses nuits sont pénibles, troublées par des terreurs ou même des hallucinations; cet état dure au plus une huitaine.

Délire du collapsus. — On l'observe chez les typhiques, les phthisiques, les cancéreux, en état de collapsus. Il se traduit par de la confusion des idées, des hallucinations, une excitation tantôt modérée, tantôt assez violente pour entraîner des cris et des actes sauvages. Après quelques heures, une grande prostration remplace l'excitation. Une amnésie complète de l'accès suit quelquefois le retour au bon sens.

Délire traumatique. — Il éclate parfois à la suite d'une opération, d'une fracture ou d'une luxation, chez les névropathes; précédé d'insomnie, d'inquiétude, de vertiges, il est caractérisé par de la confusion mentale, hallucinatoire ou non. Sa disparition, après 4 à 8 jours en moyenne, succède à une ou deux nuits de sommeil paisible.

II. Troubles psychiques liés aux intoxications accidentelles. — Dans cette classe on peut ranger l'ivresse avec ses trois phases: 1° *excitation* gaie, expansion avec actes extravagants, parfois violents; rougeur, pouls vil, polyurie; 2° *dépression*, incohérence psychique et motrice; 3° *sommeil* comateux suivi d'un réveil lourd, triste, quelquefois de vomissements. L'ivresse des buveurs de boissons à essences s'accompagne d'une violente excitation et de crises épileptiformes (*ivresse convulsive*). L'apparition rapide de l'excitation, qu'accompagnent quelquefois des mouvements désordonnés, des troubles cardio-pulmonaires et toujours de l'analgésie, caractérise l'ivresse chloroformique. L'atropine provoque une excitation gaie avec idées confuses et hallucinations visuelles; la mydriase et la sécheresse de la bouche sont propres à cette intoxication. Le protoxyde d'azote détermine plus parti-

culièrement des hallucinations génitales. L'ivresse du haschisch se distingue surtout par la perte de la faculté d'évaluer le temps et la distance.

III. Psychoses proprement dites. — **Mélancolie.** — Elle a pour base: la douleur morale, une idée triste unique sur laquelle l'esprit se concentre et qui devient le point de départ de conceptions délirantes, d'illusions et d'hallucinations. Quelquefois fixes, les



FIG. 5. — Mélancolie. (Ballet.)



FIG. 4. — Délire mélancolique au début de la paralysie générale. (Ballet.)

idées délirantes ont toujours un cachet d'humilité ou de culpabilité; le désir de mourir est fréquent. Les *illusions* et les *hallucinations* ont toujours un caractère terrifiant. Le *raptus mélancolique* est un acte impulsif résultant d'une obsession, soit de suicide, soit d'homicide (sur les proches, pour leur épargner les misères de la vie). Le *refus d'aliments* est très fréquent; il entraîne l'anémie et l'épuisement. La crise de mélancolie dure 6 semaines, 5 mois, 1 an et davantage. La *mélancolie*, tantôt passive, tantôt anxieuse et agitée, présente des formes: *mystique*, *hypocondriaque*, *nostalgique*; la *mélancolie avec stupeur* est caractérisée par une immobilité et un mutisme absolu.

La mélancolie doit être différenciée: 1° du *délire de persécution*