

qui crée des *victimes* mais non des *coupables*; 2° des phases dépressives de la *folie intermittente* dont les crises, alternant avec des phases d'excitation, débutent et finissent brusquement; 3° de l'*état mélancolique des neurasthéniques* caractérisé par l'existence de troubles neurasthéniques et la prédominance des obsessions; 4° de l'*état mélancolique des paralytiques généraux* dont l'affaiblissement des facultés et l'absurdité des conceptions trahissent la nature.



FIG. 5. — Manie chronique. (D'après Dagonet.)

La *manie* diffère du *délire hallucinatoire aigu* qui abolit la faculté d'orientation et est dominé par des hallucinations et des idées délirantes; elle se sépare: de la *paralytie générale*, par l'intégrité de la prononciation, des pupilles, de la mémoire; du *délire aigu* par l'absence de fièvre et de troubles généraux graves.

**Confusion mentale.** — Elle est caractérisée par une orientation déficiente des idées, par l'incohérence de leur association, par l'effacement progressif de la notion du moi; cet état peut se compliquer d'idées délirantes et d'hallucinations. La confusion mentale s'accompagne d'humeur triste ou gaie, ce qui la distingue de la *mélancolie avec stupeur* où la douleur morale domine tout; l'absence de troubles de la parole, de signes pupil-



FIG. 6. — Fureur maniaque. (D'après Esquirol.)

lares et d'attaques épileptiformes la différence de la *paralytie générale*.

**Délire de persécution.** — Le malade atteint de ce délire est conscient, et transforme systématiquement tout ce qui l'entoure en idées de persécution. On distingue: 1° le *délire chronique à évolution systématique*, qui évolue en quatre phases: *a*, une *première*, caractérisée par de l'inquiétude, de la méfiance, qu'entretiennent des hallucinations blessantes, surtout auditives;

*b*, une *seconde*, où se développe le délire de persécution proprement dit, constitué par des idées coordonnées de complot, de machinations; *c*, la *troisième*, caractérisée, au bout de quelques années, par l'addition du *délire des grandeurs*, avec léger affaiblissement intellectuel; enfin *d*, la *dernière phase* ou période de *démence*; 2° le délire des *persécutés persécuteurs*, qui évolue rapidement sans hallucinations, sur un fond de caractère méfiant et vindicatif; ces malades, jaloux et processifs, attaquent dès qu'ils se croient lésés.

**Folie périodique.** — Elle est constituée par des accès qui reparissent à intervalles réguliers et par des bizarreries et des anomalies de caractère occupant les phases intercalaires. Les crises, suivant les malades, en excitation ou en dépression, débutent et cessent brusquement, et se reproduisent toujours sous le même type, souvent accompagnées de troubles vaso-moteurs, de vertiges ou de syncopes.

**Folie des dégénérés.** — On la reconnaît à plusieurs traits particuliers: son *polymorphisme*, l'existence de *stigmates psychiques de dégénérescence*, tels que: *débilité intellectuelle* (faiblesse du raisonnement, de la mémoire, de l'imagination), compatible du reste avec une faculté brillante; *obsessions* et *impulsions*, *émotivité* (alternatives de tristesse, d'enthousiasme et de colère), *absence de sens moral* (actes malhonnêtes, cruels, ne laissant pas de remords), *aboulie*, aptitude à délirer dans les moindres occasions; l'existence, en plus ou moins grand nombre, de *stigmates physiques de dégénérescence*. Le *délire des dégénérés héréditaires* peut revêtir plusieurs formes: délire des persécutés persécuteurs; folie à deux (débiles adoptant les idées d'un aliéné qui les domine; suicides collectifs); il éclate d'emblée, sous un prétexte futile, et dure de quelques jours à quelques semaines, tantôt mélancolique, tantôt hypocondriaque ou mixte, susceptible de passer à

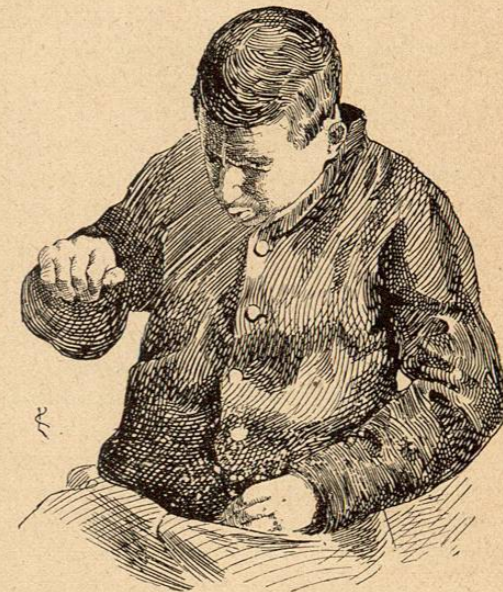


FIG. 7. — Confusion mentale. (D'après Dagonet.)



la chronicité. La *démence* est alors précoce, succédant à une phase d'excitation, qui a remplacé la dépression mélancolique initiale. A la même classe de psychoses appartiennent : la *folie morale*, ou abolition du discernement entre le bien et le mal; les *psychopathies sexuelles* ou perversions du sens génital; les *folies impulsives*, telles que la dipsomanie, la kleptomanie, la pyromanie, etc.

**Folie des neurasthéniques.** — Elle atteint surtout les neurasthéniques dégénérés présentant des stigmates révélateurs, et consiste en une préoccupation constante de la santé qui pousse à faire des récits exagérés des symptômes éprouvés; ces malades présentent souvent de l'entérite muco-membraneuse ou un rein flottant.

**Folie des épileptiques.** — Le caractère des épileptiques doit d'abord être étudié; *moralement*, on y relève : la faiblesse du sens moral, habilement dissimulée; des tendances hypocrites, cruelles ou rapaces; l'irritabilité et l'émotivité; un caractère vindicatif; des impulsions au vol, au viol; *intellectuellement*, on notera chez ces malades : la faiblesse de la mémoire, la difficulté d'assimilation; d'autres fois, au contraire, des facultés longtemps remarquables; dans les cas graves, la démence finale. La répétition des attaques tend à accentuer ces troubles. L'attaque peut être précédée ou remplacée par une crise de confusion mentale (*folie épileptique transitoire*) accompagnée d'hallucinations et d'actes impulsifs violents ou inoffensifs, aboutissant après quelques minutes ou un quart d'heure à une phase d'abattement et de sommeil, suivie d'amnésie complète au réveil; l'épilepsie *procurative*, l'*automatisme ambulatoire épileptique* ne sont que des modalités de cette forme. La *folie épileptique prolongée* est constituée par une série d'accès subintrants de folie épileptique. Le diagnostic se fondera sur les commémoratifs, la morsure de la langue, etc.

**Troubles psychiques liés à l'hystérie et à d'autres névroses.** — L'habitus extérieur des hystériques frappe souvent par divers traits propres : l'aspect théâtral, la coquetterie ou la minauderie. On se rappellera les principaux traits du caractère hystérique : instabilité, parfois même perversion des idées, des sentiments, des désirs; humeur souvent dominée par la sphère génitale; imagination excessive bâtissant des récits fantaisistes affirmés de bonne foi; paramnésie. La constatation des stigmates physiques facilitera le diagnostic. Un *délire hystérique transitoire* peut précéder ou remplacer l'attaque, durer plusieurs heures ou plusieurs jours, caractérisé par l'intensité des hallucinations, surtout visuelles, et par le dédoublement de la personnalité; on observe aussi des *fouques* et un *automatisme ambulatoire hystérique*. La répétition des crises précédentes d'une manière subintrante, constitue le *délire hystérique prolongé* qui peut aboutir à la démence.

La chorée, la maladie de Basedow, la maladie des tics, la paralysie agitante, peuvent aussi se compliquer de troubles profonds.

IV. **Folie par intoxication exogène chronique.** — Alcoolisme. — Le *delirium tremens* est une complication de l'alcoolisme chronique; il éclate sous des influences soit banales (fatigue, froid, émotion, excès anormal), soit

infectieuses (pneumonie). Après une période d'inquiétude, de craintes vagues, qui dure environ vingt-quatre heures, la conscience s'obscurcit, la parole devient empâtée et incohérente, et des *hallucinations* apparaissent, presque uniquement visuelles, consistant en visions, d'animaux surtout, remarquables par leur mobilité; il en résulte une agitation extrême et des actes violents. On constate en outre du tremblement, des sueurs profuses, des signes d'embarras gastrique, de l'oligurie, une température normale ou ne dépassant pas 38 degrés. La guérison survient habituellement au bout de cinq à sept jours. Une *forme fébrile* (40 degrés), avec tremblement intense, peut aboutir à la mort.

**Automatisme ambulatoire alcoolique.** — Ce terme désigne un acte ou un ensemble d'actes inconscients complexe (crime, voyage), débutant brusquement, durant de quelques heures à quelques jours et exécutés par un alcoolique invétéré.

**Psychoses alcooliques prolongées.** — Le *délire alcoolique chronique* peut faire suite à un accès de *delirium tremens* dont il représente un type atténué; il est entretenu par des hallucinations, souvent auditives, persistantes. La *démence alcoolique* sert d'épilogue à une série d'accès de délire ou s'établit brusquement après une hémorragie ou une infection aiguë. L'alcoolisme peut également déterminer, chez les dégénérés héréditaires, des *vésanies* telles que mélancolie, manie ou délire de persécutions. Les *psychoses polynévritiques* sont également communes sur le terrain alcoolique. La *dipsomanie* représente une forme spéciale d'alcoolisme; elle consiste en un besoin irrésistible de boire, reparaisant par accès d'une durée de quelques jours à quelques semaines, dans l'intervalle desquels le malade reste sobre.

**Morphinisme.** — La privation de morphine détermine chez ses habitués, soit du délire et de l'excitation, soit de la lassitude, de l'anxiété, des douleurs névralgiques, troubles que dissipe immédiatement la piqûre. Quand l'usage de la morphine date de quelques années, les malades tombent dans un état cachectique spécial caractérisé par des accès de fièvre, des douleurs diffuses, de l'adynamie, des anesthésies, des abcès multiples au niveau des piqûres, un affaiblissement du sens moral et de l'intellect, avec tendance au mensonge (en ce qui concerne les piqûres).

**Cocaïnisme.** — Cette intoxication est souvent associée au morphinisme; elle peut se traduire par des phénomènes d'excitation allant parfois jusqu'à la manie; par des hallucinations (surtout du tact), des sensations de corps étrangers sous la peau, des idées délirantes et des violences (voyez *Intoxication par la cocaïne*).

**Pellagre.** — Au point de vue psychique, la *pellagre* se manifeste par de la dépression, de la tristesse, des hallucinations, un délire mystique ou hypochondriaque, de la tendance à suicide (surtout par immersion). Les autres signes : érythème, convulsions, douleurs, etc., facilitent le diagnostic.

V. **Troubles psychiques liés aux lésions organiques du système nerveux.** — Paralysie générale. — A la période d'état toutes les facultés



intellectuelles sont affaiblies; les pupilles inégales, ne réagissant plus; le tremblement, l'embarras de la parole, les attaques apoplectiformes et épileptiformes complètent le tableau. Au début, on évitera la confusion avec la *neurasthénie* qui laisse intactes l'intelligence et les pupilles; avec la *syphilis cérébrale* dénoncée par les signes de lésions en foyers et par des stigmates extérieurs; avec la *démence alcoolique* accompagnée de polynévrite, respectant généralement la pupille et le langage.

**Démence par lésions cérébrales en foyers.** — Dans ces cas, l'intelligence sombre peu à peu; la mémoire des faits récents disparaît d'abord, puis celle des faits anciens; on observe du tremblement, des vertiges, de la faiblesse musculaire, quelquefois du délire mélancolique ou maniaque, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes suivies de paralysies durables, de l'aphasie, des troubles bulbaires.

**Psychoses polynévritiques.** — Leurs traits principaux sont: l'amnésie des faits récents ou tout proches, les pseudo-réminiscences, la dépression intellectuelle, les obsessions hypochondriaques, sans parler des troubles sensitifs ou moteurs propres aux névrites.

**VI. Troubles psychiques liés à un arrêt du développement du cerveau.** — *Idiotie ou démence congénitale.* — Chez ces malades, l'intelligence est nulle; la parole est remplacée par des sons inarticulés; les mouvements tantôt continuels (excitation), tantôt rudimentaires (immobilité) sont tous réflexes. Dans certaines formes atténuées, quelques mots, quelques impressions sont perçus, mais leur association est impossible; les mouvements sont automatiques; l'affectivité est nulle ou ébauchée; on constate souvent une tendance à briser, à frapper, à mordre; les stigmates physiques de dégénérescence sont communs. Dans l'imbécillité, l'attention plus développée permet l'acquisition de quelques idées.

Le *crétinisme* qui est endémique en certaines régions est une forme d'idiotie associée au goitre.

**Simulation et dissimulation.** — Il peut être utile parfois de contrôler la sincérité des symptômes accusés par les malades. S'il y a lieu de soupçonner la simulation, on cherchera à en dépister les motifs: service militaire, punitions, etc. L'éveil sera donné par la marche anormale ou l'exagération de certains syndromes, par l'absence des signes objectifs habituels. On évitera de conclure hâtivement, se rappelant que les hystériques, les déséquilibrés exagèrent naturellement les troubles psychiques. Il faut parfois un examen minutieux pour découvrir les troubles psychiques dissimulés par certains aliénés, particulièrement les persécutés ou les persécutés persécutés, très pressés d'être libres afin de poursuivre leurs revendications. La haute responsabilité du médecin en matière d'aliénation lui commande une extrême réserve dans toute conclusion ou certificat.

## CHAPITRE II

EXAMEN DE LA SENSIBILITÉ  
ET DES RÉFLEXES SUPERFICIELS

**Sensibilité générale.** — **Sensibilité subjective.** — Les fourmillements, les picotements (dysesthésies), survenant sous l'influence de troubles, soit circulatoires, soit nerveux, n'ont pas grande signification clinique.

La *douleur* a plus de valeur; on en fera détailler au malade les divers caractères: chronologie, intensité, localisations, circonstances qui la provoquent.

**Chronologie.** — On relèvera la périodicité de certaines névralgies ou viscéralgies; la lenteur ou la rapidité (éclair) des douleurs observées.

L'*intensité* varie avec les sujets, avec la cause des douleurs. Celles-ci sont gravatives (en casque), lancinantes, térébrantes ou fulgurantes (décharges électriques).

La *topographie* est aussi utile à préciser; il importe de savoir si la douleur siège dans les muscles ou sur le trajet des nerfs? Quelles sont ses irradiations, son retentissement sur la motilité. Möbius a en effet décrit sous le nom d'*akinesia algera* un syndrome caractérisé par une impotence fonctionnelle uniquement dominée par la douleur, avec intégrité des muscles, des nerfs et des articulations.

**Sensibilité objective.** — Elle doit être explorée dans tous ses modes. On examinera séparément les sensibilités *superficielle* et *profonde*.

La *sensibilité superficielle* perçoit le *tact*, la *douleur* et la *température*.

a. *Tact.* — Les sensations de tact sont complexes, procurant des sensations de *contact*, de *localisation* et de *pression*.

La sensibilité au *contact* est explorée en promenant sur la surface cutanée, soit le doigt, soit, mieux, un pinceau de blaireau.

On se rappellera que toute zone anesthésique semble plus large quand l'exploration procède des parties insensibles aux parties sensibles, et plus étroite quand celle-ci procède des parties saines aux parties atteintes; d'où la nécessité de prendre une moyenne entre les deux ordres de résultats. L'aptitude à percevoir les sensations tactiles diffère du reste normalement, suivant les régions. Le *compas de Weber* destiné à apprécier ces différences est, du reste, peu usité en clinique. Il permet de préciser l'écartement minimum de ses pointes perçu dans chaque région.

La *localisation* des sensations tactiles est sujette à des erreurs fréquentes, même à l'état sain. Pour ce genre de recherche, on touche légèrement les régions suspectes avec une pointe mousse (crayon) et on prie le malade qui a les yeux fermés, de les définir à haute voix.

Pour apprécier l'état des sensations de *pression*, on place soit dans la