

jaunes, il était grondé, enfermé, mis au pain sec, attaché, battu par une femme également en bas noirs et en souliers jaunes.

e. *Uranisme ou inversion sexuelle*. — Nous nous bornerons à signaler ici l'*uranisme*, *inversion génitale* ou *sexuelle*, *homo-sexualité*, perversion caractérisée par la direction exclusive de l'inclination amoureuse vers les personnes du même sexe. Elle offre moins en effet que les perversions précédentes le caractère impulsif. Tous les auteurs qui se sont occupés de l'*uranisme*, et ils sont nombreux, surtout en Allemagne, ont insisté sur les différences très nettes qui le séparaient de la vulgaire pédérastie. L'*uranisme* est une anomalie avant tout psychique, consistant dans une inversion du penchant sexuel, quelque chose, ainsi qu'on l'a dit, comme une âme de femme dans un corps d'homme, et réciproquement. Il peut évidemment conduire à des actes contre nature, à la pédérastie en particulier, mais il s'en faut que cela soit constant. Souvent, l'*uraniste* est chaste à proprement parler et tout son bonheur peut consister, s'il s'agit d'un homme, à se vêtir, à se parer, à travailler, à vivre en femme, ou à aimer idéalement un homme comme une femme pourrait l'aimer; à sentir, à vivre et à aimer en homme, s'il s'agit d'une femme.

Toutes les perversions sexuelles que nous venons de passer en revue et qui se manifestent par des obsessions et des impulsions d'une importance capitale, au point de vue clinique et médico-légal, sont dues, avant tout, à la prédisposition morbide originelle et germent, par conséquent, sur un sol essentiellement dégénéré.

Le terrain ainsi préparé, qu'un incident susceptible de frapper l'imagination du sujet et de créer une association psychogénitale survienne dans sa jeunesse, voire dans son enfance, et voilà désormais sa vie sexuelle orientée exclusivement, impulsivement, vers une perversion en rapport avec l'incident primitif. C'est ce qui explique comment la plupart des perversis sexuels sont devenus fétichistes, sadiques, masochistes, etc., à la suite d'une première émotion sexuelle liée à la vue d'une partie du corps de la femme ou d'un de ses vêtements, au

spectacle ou à la sensation d'une fessée donnée ou reçue, etc.

Mais, ce qui prouve que ce facteur accidentel ne joue qu'un rôle secondaire, c'est que, en présence d'un même fait, les dégénérés peuvent verser dans une perversion différente, devenir, par exemple, les uns masochistes et les autres sadistes, au vu d'une fessée. D'où cette conclusion tant de fois répétée par tous les aliénistes, que la prédisposition congénitale est le facteur absolument prépondérant et que l'incident occasionnel ne détermine que des effets morbides en rapport avec le tempérament et l'idiosyncrasie de l'individu.

DEUXIÈME PARTIE

TROUBLES PHYSIQUES

Les troubles physiques ou somatiques, dans les psychoses, peuvent intéresser :

- 1° Les fonctions du système nerveux;
- 2° La fonction du sommeil;
- 3° Les fonctions organiques.

Nous passerons brièvement en revue chacun de ces ordres de troubles.

§ 1. — TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX.

Les troubles du système nerveux portent, suivant les cas : 1° sur la *sensibilité*; 2° sur la *motilité*; 3° sur les *fonctions trophiques* et *vaso-motrice*.

A) SENSIBILITÉ

Les troubles de la *sensibilité*, par leur importance et leur fréquence, jouent, dans les psychoses, un rôle capital. On peut les diviser, pour la commodité de l'étude, en troubles de la *sensibilité externe, générale et spéciale*, et troubles de la *sensibilité interne* ou *organique*.

1° **Sensibilité externe**. — a. *Sensibilité générale*. — La *sensibilité cutanée* peut présenter, chez les aliénés, de notables alté-

rations. Toutefois, il y a une distinction importante à faire à ce sujet. Ce n'est pas habituellement la sensibilité tactile proprement dite qui est modifiée, celle qui nous donne les notions de forme, de direction, de consistance, de position, de résistance des objets : celle-là est ordinairement intacte. Celle qui est lésée, c'est la sensibilité aux agents physiques, à la chaleur, à la douleur, à l'électricité, etc. Ces diverses sensibilités, qui vraisemblablement ont toutes leurs conducteurs spéciaux et dont l'altération paraît avoir ici son siège dans l'écorce de l'encéphale, peuvent être simultanément ou isolément atteintes.

L'*hyperesthésie cutanée* est plus rare, dans les psychoses, que l'*anesthésie*. On peut la rencontrer cependant dans la *manie*, dans les *délires toxiques*, où elle est souvent limitée à certaines parties du corps, mais surtout dans les *folies systématisées*, où elle devient fréquemment le point de départ des hallucinations tégumentaires dont nous avons parlé plus haut.

L'*anesthésie*, beaucoup plus fréquente, peut être *générale* ou *locale*, *légère* ou *très marquée*. Dans ce cas, il y a insensibilité à peu près complète de toute la surface externe, comme dans certaines formes de *stupeur*. L'anesthésie peut porter sur la *sensibilité au contact*, mais il est difficile de l'apprécier exactement chez les aliénés, tout comme le *retard des sensations*, qui paraît exister fréquemment chez eux. ZIEHEN a signalé, chez les *paralytiques généraux*, une lésion de la mémoire des sensations qui fait qu'au bout de quelques secondes, ils ne peuvent plus localiser exactement une sensation de piqure. Ce trouble qui, pour l'auteur, existe souvent dès le début de la maladie, serait susceptible de devenir, dans certains cas, un bon élément de diagnostic. L'anesthésie la plus ordinaire, chez les aliénés, est l'*insensibilité à la température* et à la *douleur* (analgésie). Rien n'est plus surprenant que la facilité, on pourrait dire l'indifférence avec laquelle la plupart des fous supportent le froid excessif, la chaleur, les brûlures, les blessures, les opérations de tout genre : il en est qui paraissent ne plus rien sentir. C'est ce qui explique, au moins en partie, leur besoin de se dévêtir, la résistance qu'ils opposent aux maladies à frigore, et le stoïcisme dont ils ont parfois fait preuve au milieu des plus affreux supplices. Chez

certaines, la susceptibilité au froid qui disparaît au moment de l'invasion de la folie, reparait le plus souvent au moment de la guérison. C'est surtout dans la *mélancolie torpide*, la *paralysie générale dépressive*, les *psychoses toxiques*, les *dégénérescences* et *infirmités mentales* que l'on rencontre l'anesthésie.

On a peu de données précises sur l'état de la *sensibilité électrique* chez les aliénés. Il est reconnu cependant qu'elle peut être augmentée ou diminuée, et que ses altérations marchent souvent de pair avec celles de la sensibilité tactile. Dans certains cas cependant, on observe de l'*hyperalgésie* ou plutôt de l'*analgésie électrique* sans modification correspondante de la sensibilité locale de la peau. SÉGLAS a signalé comme un symptôme spécial à la *lypémanie*, une augmentation de la *résistance électrique* qui peut atteindre parfois des chiffres considérables (70.000 ohms). Cette résistance serait plus marquée dans les formes *anxieuses*.

La *sensibilité magnétique* (action de l'aimant) a été trouvée exagérée, comme on sait, dans l'*hystérie* et, d'une façon générale, dans les *névropathies*. Chez les aliénés, il semble prouvé qu'elle est aussi le plus souvent augmentée, surtout dans les formes *mélancoliques*. Il en est de même de la *sensibilité métallique* (métalloscopie).

La *sensibilité météorique* (action des variations cosmiques et telluriques) qui a une influence très évidente sur les *névropathes*, a une influence plus évidente encore chez les aliénés, principalement en ce qui concerne le retour des accès dans les *folies périodiques* et dans l'*épilepsie*.

b. *Sensibilité spéciale*. — Les *sens spéciaux*, peuvent être l'objet, dans les psychoses, d'altérations plus ou moins profondes de la sensibilité.

La *sensibilité gustative* peut être augmentée (hypergueusie), diminuée (hypoguesie) ou abolie (agueusie), principalement dans les *délires toxiques*, les *délires névropathiques*, la *mélancolie* accompagnée de sitiophobie, les *démences organique* et *tabétique*. Elle peut être aussi pervertie (paragueusie). C'est ce qui arrive chez certains *mélancoliques* et chez un grand nombre d'*hallucinés* qui professent, par exemple, une grande horreur pour la viande et deviennent ainsi de véritables végétariens.

La *sensibilité olfactive* se trouve également exaltée (hyperosmie) ou abolie (anosmie) dans certains états psychopathiques, notamment dans l'*hystérie*, les *maladies cérébrales en foyer*, la *démence paralytique*, les *folies systématisées*, enfin la *manie*. Il n'est pas rare que la lésion de l'olfaction se localise à une seule narine (hémianosmie), par exemple dans la *paralysie générale* au début (A. VOISIN). On observe enfin dans presque toutes les formes de folie des perversions de l'odorat (paraosmie) qui constituent fréquemment le substratum des *hallucinations* et des *illusions* de ce sens.

En ce qui concerne la *sensibilité auditive*, on constate aussi dans un bon nombre de cas l'exaltation (hyperacousie), la diminution (hypoacousie), la perversion (paracousie). L'*hystérie*, l'*extase*, l'*état hypnotique*, la *manie aiguë* produisent le plus souvent l'hyperesthésie acoustique; les *mélancolies dépressives* et *stupides*, les *encéphalites en foyer* déterminent plutôt l'hypoesthésie. La paracousie est caractéristique des *psychoses hallucinatoires*, *congestives*, de l'*hyppocondrie* et de la *neurasthénie*.

Les anomalies de la *sensibilité visuelle* qui peuvent se présenter chez les aliénés sont, de toutes, les plus variables et les plus fréquentes. On y rencontre : l'*hyperesthésie optique* (photopsie, chromopsie) dans les *encéphalites diffuses*, les états d'*excitation*; l'*hypoesthésie optique* (amblyopie, hémioptie, diplopie) dans les formes compliquées ou secondaires de la folie, la *paralysie générale*, la *démence tabétique*, les *délires toxiques*, l'*hystérie*, l'*épilepsie*, la *neurasthénie*; l'*anesthésie optique* (cécité, amaurose) dans la *manie*, la *paralysie générale*; la *paresthésie optique* (cécité des couleurs, daltonisme, nyctalopie, héméralopie) dans les *délires sensoriels*, *alcooliques*, la folie *systématisée*, l'*épilepsie*, l'*hystérie*.

Le *sens musculaire* et les *réflexes* ne font pas, à proprement parler, partie de la sensibilité spécifique; nous pouvons toutefois mentionner ici leurs altérations dans les psychoses.

Chez les aliénés, le *sens musculaire* est habituellement *exalté* dans les états d'*excitation* et de *manie*, et c'est sans doute en grande partie à cette exaltation qu'est due la possibilité, pour certains malades, de se livrer à une dépense continue et exagérée

de forces, sans en ressentir la moindre fatigue. Par contre, le sens musculaire est toujours plus ou moins *anesthésié* dans les états de *dépression* ou de *mélancolie*, ce qui explique le défaut d'action, les attitudes prolongées, l'immobilité cataleptiforme de quelques-uns d'entre eux qui paraissent changés en véritables statues.

A côté de cette *hyperesthésie* et de cette *anesthésie* du sens musculaire, on rencontre aussi la *paresthésie* ou perversion qui indique un trouble plus ou moins profond du sentiment de la personnalité. Les malades croient avoir les membres ou le corps extraordinairement grossis ou diminués, se disent transformés en verre, en bois, en métal, et n'osent plus, dès lors, faire un mouvement (états hallucinatoires aigus, catatonie, stupeur hébéphrénique, etc.).

Le *sens d'équilibre*, qu'on peut rapprocher du sens musculaire, bien qu'il soit d'origine encore plus complexe, présente des altérations de deux ordres dans les psychoses. Tantôt ces altérations sont des épiphénomènes passagers et accidentels des processus organiques du système nerveux (traumatismes cérébraux, péri-encéphalite, tabes dorsal, tumeurs et syphilis cérébrales, intoxications chroniques, épilepsie); tantôt elles constituent de véritables symptômes, de nature presque exclusivement psychique, et se traduisent soit par la perte ou l'anesthésie du sens de l'équilibre (mélancolie, stupidité, hébéphrénie, démence organique, folie sensorielle aiguë), soit par la perversion ou la paresthésie du sens d'orientation dans l'espace (folie hallucinatoire, mélancolie avec délire religieux et démoniaque, folie systématisée secondaire, paralysie générale).

Quant aux *réflexes*, on ne les a guère sérieusement étudiés, jusqu'ici, que dans la *paralysie générale*. Nous dirons plus tard ce qu'ils sont dans cette maladie.

Chez les aliénés proprement dits, il semble, d'après les quelques essais qui ont été tentés à cet égard, que dans les *folies chroniques* les réflexes de tout ordre, cutanés, sensoriels, tendineux, restent en général normaux, tandis qu'ils sont *diminués* dans les états de *dépression* et *augmentés* dans les états d'*excitation*, d'*anxiété* et surtout dans les *psychoses toxiques*, *infec-*

tieuses, catatoniques, où l'on peut constater parfois de la *trépidation épileptoïde*.

2° Sensibilité interne ou organique. — La sensibilité interne ou organique comprend toutes les sensations internes qui, partant des nerfs centripètes de chacun de nos organes, transmettent au cerveau les impressions produites par leur activité fonctionnelle, leur besoin, et leur condition de santé ou de maladie.

C'est d'elle, comme dit MORSELLI, que résulte en grande partie le sentiment collectif ou synthétique de l'individualité organique (cénesthésie). A l'état normal, la sensibilité organique se réduit à des sensations rudimentaires qui naissent dans la profondeur de l'inconscience. Mais ces sensations peuvent s'exalter, disparaître ou se pervertir, et c'est principalement chez les aliénés que se rencontre ce genre d'altérations.

Tantôt les malades ne sentent plus fonctionner leurs organes ; il leur semble qu'il manque quelque chose à leur équilibre vital, qu'ils ne sont pas comme tout le monde, et c'est certainement là chez eux le point de départ de ces conceptions délirantes surtout fréquentes dans la *paralysie générale*, la *syphilis cérébrale*, la *psychose tabétique*, la *neurasthénie*, la *mélancolie anxieuse*, qui leur font dire qu'ils n'ont plus d'estomac, plus de cœur, plus de bouche, plus d'anus, que leurs aliments ne passent pas, qu'ils sont bouchés, qu'ils sentent mauvais, qu'ils sont morts. J'ai maintes fois, dans ces cas, trouvé une anesthésie absolue des voies digestives et le catéthérisme œsophagien s'exécutait sans réaction d'aucune sorte.

D'autres fois, au contraire, les sensations issues de l'activité organique s'exaltent. Les malades se sentent alors plus vivants, plus dispos ; ils éprouvent un sentiment de bien-être extraordinaire, d'autant plus frappant quelquefois qu'il succède à un état de souffrance et de dépression. C'est ce qui arrive dans la période d'excitation de la *folie à double forme* et surtout dans la période de dynamie fonctionnelle de la *paralysie générale* où les sujets déclarent « ne s'être jamais mieux portés » juste au moment où la désorganisation s'empare de leur être. Il faut

voir aussi sans doute dans cet état de la sensibilité organique sinon la raison absolue, au moins le point de départ des idées de force, de vigueur, de puissance qui s'observent dans la plupart des formes exaltées de la folie, et dans la paralysie générale à type expansif.

Quant à la *sensation de besoin organique*, elle peut être *exaltée* dans les psychoses, comme chez les *maniaques*, *abolie* comme chez les *mélancoliques* ou *pervertie* comme chez les *délirants systématisés*. Cela se produit surtout pour le besoin de la *faim* et de la *soif*. De là, par suite, ces *anorexies* et ces *boulimies*, ces *polydipsies* et ces *adipsies* si communes chez les aliénés.

Les *perversions de la sensibilité organique* sont encore plus fréquentes et plus variées chez ces malades. Elles peuvent surgir de toutes les parties du corps et de tous les viscères, mais c'est la cavité abdominale qui est leur domaine de prédilection. Il en résulte ces sensations étranges (organes qui remuent, animaux dans l'estomac et dans le ventre, viols nocturnes, grossesses subites, démon dans le cœur, etc., etc.), que nous avons déjà signalées et qui sont dues en général à des affections fonctionnelles ou organiques des viscères.

En dehors de la sensibilité profonde spontanée ou subjective, il existe une sensibilité profonde provoquée ou objective. C'est celle que déterminent les pressions, les chocs au niveau de certaines parties comme le creux épigastrique, la région ovarienne, etc.

Cette *sensibilité profonde* peut être altérée dans les psychoses comme la sensibilité superficielle. Cette anesthésie viscérale, qui se rencontre tout particulièrement dans les psychoses hypochondriaques, névropathiques, toxiques ou organiques, offre les mêmes caractères et s'observe de la même façon que dans l'hystérie et le tabes, où elle a été surtout étudiée par PITRES et ses élèves.

B) MOTILITÉ

On observe, dans les états d'aliénation mentale, toutes les lésions possibles de la *motilité*. Nous examinerons successivement la *condition anatomique* des muscles, les *attitudes passives*

et actives du corps, la *contractilité* aux stimulants mécaniques, l'*excitabilité électro-musculaire*, la *mesuration dynamométrique* et *dynamographique*, enfin les *lésions fonctionnelles* proprement dites.

Les *muscles* sont le plus souvent flasques et relâchés, quelquefois même atrophiés, soit par l'effet de l'inertie (mélancolie, stupeur, démence), soit par trouble de la nutrition générale (marasme des paralytiques, des stupides et des déments), soit enfin directement par lésions des centres trophiques nerveux (démence paralytique).

Les *attitudes spontanées*, dans certaines formes de psychoses, sont véritablement caractéristiques. Tantôt c'est un abandon complet avec résolution de tout le système musculaire, comme si le malade s'affaissait sur lui-même (paralyse générale); tantôt, c'est une concentration de tout l'individu, comme s'il cherchait à occuper le moins d'espace possible (mélancoliques, hallucinés, déments); tantôt enfin c'est une immobilité absolue, un défaut complet de réaction aux stimulants et une indifférence inerte aux modifications ambiantes (stupeur).

Parmi les altérations motrices liées aux *attitudes volontaires*, il faut citer le *vertige*, beaucoup moins fréquent dans les psychoses que dans les névroses et les psycho-névroses telles que la psychasthénie et l'obsession, la perte de l'équilibre dans la station debout les yeux fermés (signe de ROMBERG), qui est habituelle dans la *démence tabétique* et se rencontre aussi dans quelques cas de *démence paralytique*. On peut observer encore, dans certaines *neurasthénies délirantes*, l'*astasia* et l'*abasia*, signalées par CHARCOT et ses élèves chez les névropathes.

La *contractilité musculaire* aux agents mécaniques ou thermiques est augmentée (mélancolie stupide et cataleptiforme, hypocondrie, neurasthénie, manie) ou diminuée (paralyse générale, mélancolie simple et démence). Le plus souvent elle reste normale.

L'*excitabilité électro-musculaire* se trouve habituellement accrue dans la *manie*, la *mélancolie* avec *hallucinations cénesthésiques*, la *typémanie simple*. Dans les formes convulsives de la folie et aussi dans la *paralyse générale*, on constate la réaction dite de

convulsibilité (BENEDIKT). En revanche, l'excitabilité électro-musculaire est diminuée et finalement abolie dans la *démence profonde* et la *paralyse générale* spécialement accompagnée de symptômes spinaux. La réaction d'épuisement (BENEDIKT) est propre à beaucoup de paralytiques.

En dehors de ces altérations quantitatives de l'excitabilité électrique, on note aussi des altérations qualitatives, mais elles sont très variables et encore peu connues. La *mélancolie avec stupeur* peut ainsi s'accompagner d'une réaction dégénérative partielle, consistant en ce que la réaction de fermeture de l'anode se présente avant celle de la fermeture de la cathode. De même, dans la *paralyse progressive*, l'excitabilité galvanique est ordinairement plus diminuée que l'excitabilité faradique. Enfin, chez les *mélancoliques*, il se produit parfois une différence d'excitabilité dans les deux côtés du corps et, lorsque surviennent des phénomènes convulsifs, une contraction trémulante du muscle durant le passage du courant galvanique (hyperexcitabilité interpolaire).

La mesure de la *force de contraction* des différents groupes musculaires est difficile à réaliser chez les aliénés à l'aide du *dynamomètre* et ce procédé d'exploration ne sert guère qu'à apprécier le degré d'énergie volitive qu'ils possèdent (mélancolie passive, stupeur, démence apathique). La *dynamographie* est plus utile. Elle montre que la courbe varie dans les diverses maladies mentales suivant l'état des centres moteurs et des muscles (démence hémiplegique, paralyse générale progressive, pseudo-paralyse générale alcoolique, neurasthénie, etc.).

Parmi les lésions proprement dites de la motilité qui peuvent s'observer chez les aliénés, nous signalerons : la *paralyse* et la *parésie*, générales ou partielles (affections cérébro-spinales diffuses, paralyse générale, démence hémiplegique, folie épileptique, délire aigu fébrile, idiotie); les *spasmes* et *crampes* (hypocondrie, manie aiguë, périodes d'excitation de la folie à double forme, mélancolie spasmodique, hystérie, épilepsie), parmi lesquels une mention spéciale doit être réservée au *spasme pharyngien* du *délire hydrophobique* et au *grincement des dents* des *paralytiques généraux*; les *contractures*, localisées ou étendues

à tout un membre (idiotie, hystérie, démence paralytique et hémiplégique); l'*ataxie* ou *incoordination motrice*, qui s'observe dans toutes les formes de *paralysie*, l'*intoxication alcoolique*, etc., tantôt diffuse, tantôt localisée; les *convulsions*, générales ou partielles, avec perte plus ou moins complète de la conscience (paralysie générale, syphilis cérébrale, intoxication alcoolique et saturnine, démence sénile grave), à côté desquelles il faut ranger cette excitabilité extraordinaire du système nerveux n'allant pas jusqu'à la convulsion et qu'on désigne sous le nom de *convulsibilité* (manie aiguë, mélancolie anxieuse, délire psychasthénique); la *paralysie psychique* ou imaginaire, consistant en phénomènes d'inhibition motrice (folie hystérique, folie hypocondriaque, obsessions abouliques); l'altération du ton et du timbre de la *voix*, des mouvements de l'*écriture*, etc., qui est caractéristique de certaines folies avec agitation intense (manie aiguë, mélancolie anxieuse, paralysie générale). D'après MORSELLI, le changement de la voix serait parfois un symptôme prodromique de la *péricéphalite chronique*. Il peut en être de même de l'*écriture*.

Nous devons réserver une mention spéciale à trois troubles de la motilité dans les psychoses : le *tremblement*, le *tétanisme* et le *catatonisme*.

Le *tremblement* peut exister dans les vésanies proprement dites, vibratoire et rapide dans les états d'*excitation*, ondulatoire et plus lent dans les états de *dépression*. Mais c'est surtout dans les *psychoses névrosiques*, *toxiques*, *infectieuses* et *paralytiques* qu'on l'observe. Il y est souvent caractéristique. Il faut le rechercher non seulement dans les extrémités digitales, mais aussi du côté de la langue, des lèvres, des paupières, de la tête, du corps entier quelquefois, à l'état de repos, de mouvement, d'effort, etc. La constatation du tremblement et la notation de son caractère comportent du reste toute une technique qu'il faut savoir utiliser.

L'athétose, la chorée, les spasmes, les convulsions peuvent exister dans les psychoses, mais y sont relativement beaucoup plus rares que dans les névroses, ainsi que les tics, dont nous avons déjà parlé.

Le *tétanisme* ou *tétanie* est un état d'hyperexcitabilité réflexe des muscles qui les fait se contracter dans le sens des fléchisseurs au moindre contact ou mouvement, comme dans l'hyperexcitabilité neuro-musculaire décrite par CHARCOT chez les hystériques. Cette hyperexcitabilité se manifeste surtout dans les membres supérieurs, mais elle peut de là, dans certains cas, se généraliser pour ainsi dire à tout le corps.

Le tétanisme s'observe surtout dans les *psychoses toxiques* et *infectieuses*, et particulièrement dans les *psychoses par auto-intoxication gastro-intestinale* et *rénale*.

Le *catatonisme* ou *catatonie* est une disposition à la contraction tonique des muscles de certaines parties du corps, d'où résultent des attitudes singulières parfois très persistantes et qu'on dirait le plus souvent affectées. Cette raideur musculaire s'augmente lorsqu'on veut la faire cesser. Elle s'accompagne dans beaucoup de cas de stéréotypies diverses, de grimaces, de tics, de maniérisme, qui contribuent à donner aux malades des allures étranges et en apparence factices et voulues.

La contraction catatonique des muscles, qui diffère, on le voit, de la contracture, du tétanisme et de la catalepsie, peut s'observer à titre accessoire et épisodique dans nombre de psychoses telles que la *stupeur*, les *délires toxiques* et *infectieux*, la *paralysie générale*, etc. Elle joue parfois un rôle plus important dans la symptomatologie, en particulier dans certaines formes de *psychoses hébéphréniques* et, comme il nous a semblé, d'*auto-intoxication rénale*. C'est ce qui a conduit KALHBAUM à décrire sous le nom de *catatonie* une entité nouvelle, dont KRAEPELIN a fait une variété de sa *démence précoce*. Nous discuterons plus tard cette conception.

C) FONCTIONS TROPHIQUES ET VASO-MOTRICE

Les troubles de ces fonctions sont très importants en psychiatrie. Nous signalerons parmi les troubles trophiques :

1° *Les altérations du système cutané*, soit dans la distribution du pigment ou les pigmentations anormales, soit dans la nutrition des diverses couches tégumentaires, exemple : le

vitiligo. Quelquefois, on observe de vraies dermatoses, telles que l'*eczéma*, le *zona*, l'*herpès*, l'*ichthyose*, la *phthiriose*; d'autres fois, la peau offre les symptômes d'une intoxication générale de l'organisme, par exemple dans l'*alcoolisme* et dans la *pellagre*;

2° La *cicatrisation difficile* des plaies, les *escarres* et les *plaies* du décubitus, le *mal perforant*, la *chute spontanée des ongles* et des *dents*, l'*othématome*, lésions dues, pour la plupart, à des *névrites périphériques* (paralysie générale);

3° La *fragilité des os*, les *arthropathies trophiques*, surtout dans les articulations chondro-sternales (paralysie générale);

4° L'*atrophie* et la *dégénération musculaires*, qui atteignent un degré élevé dans les *formes paralytiques* de la folie, le marasme de la *démence*, la *cachexie mélancolique*;

5° La *kératite neuro-trophique*, la diminution de la *sécrétion lacrymale*, enfin la *dégénérescence graisseuse* des divers organes.

Parmi les troubles *vaso-moteurs*, on constate chez les aliénés :

Des *paralysies vaso-motrices* des extrémités ou de certaines parties des téguments, amenant la *cyanose*, l'*œdème* (formes stupides et apathiques de la mélancolie, de la folie à double forme (RITTI) et de la démence); des *asphyxies* dites *locales*, par contraction spastique des capillaires; des *irrégularités* dans la distribution sanguine; des *sensations subjectives* de chaleur, de froid, de fourmillements, de frissons; des *bouffées*, des phénomènes de *vaso-dilatation* et de *vaso-contraction* localisés et parfois alternants (formes cycliques et périodiques, mélancolies avec raptus, psychasthénies, obsessions.) On peut observer aussi, sous l'influence de légères excitations mécaniques ou électriques, des *rougeurs* partielles persistantes, quelquefois même le phénomène désigné sous le nom de *dermographisme*.

§ 2. — TROUBLES DU SOMMEIL

Le *sommeil*, que l'on considère actuellement, depuis les travaux de MATHIAS DUVAL, comme correspondant à la rétraction des extrémités protoplasmiques ou dendrites des neurones et à la suppression de leurs relations, sous l'influence probable de modifications chimiques, est l'une des fonctions les plus constamment

altérées dans les psychoses. Dans les accès aigus, l'*insomnie* est un des premiers symptômes qui apparaissent; elle se traduit surtout par de l'agitation, des rêves et des cauchemars. Par contre, le *retour du sommeil*, à la fin d'une *manie* ou d'une *mélancolie*, est d'un excellent augure et peut passer pour l'un des indices les plus certains des approches de la guérison, sauf le cas où ce retour, en rapport avec le rétablissement des processus d'assimilation, ne coïncide pas avec une amélioration parallèle de l'état mental. Dans les *psychoses chroniques*, l'insomnie est rare, excepté chez les aliénés atteints d'hallucinations ou illusions cénesthésiques.

Le pouvoir de résistance des aliénés à l'insomnie atteint quelquefois un degré surprenant; on en voit qui passent des semaines entières sans le moindre repos, quels que soient les moyens employés. Ce manque absolu et complet de sommeil, qui peut dépendre de la perte du sens de la fatigue, est en général un signe pronostique grave, parce qu'il indique une altération profonde des centres nerveux.

On s'est demandé si les aliénés avaient des *rêves* en rapport avec leur délire. Le fait, déjà probable, a été mis hors de doute par plusieurs observateurs.

Il est possible que le *sommeil* et les *rêves* aient des caractères plus ou moins spéciaux dans chaque forme de *psychose*. En tout cas, cela existe dans les *névroses*, accompagnées ou non de troubles psychiques. Mon élève DAMELON (1902) a fait ressortir ces différences qui se résument ainsi :

L'*épileptique* dort d'un sommeil lourd et profond. Il a peu de rêves, au moins mnésiques, mais est sujet à des cauchemars, à des *rêves d'accès* (FÉRÉ, DUCOSTÉ), parfois identiques et périodiques et d'où il sort plus ou moins brisé. L'*hystérique* dort, mais d'un sommeil léger, peuplé de rêves de toute sorte, parmi lesquels dominent les rêves zoopsiques, érotiques, mystiques, terrifiants. Ces rêves, mnésiques ou amnésiques, ont souvent une action directrice sur ses sentiments à l'état de veille. Le *psychasthénique* ne dort pas ou plutôt se plaint de ne pas dormir du tout, durant des mois et des années. La préoccupation de son sommeil et la peur de ne pas dormir le tourmentent à tel point

que parfois il ne dort pas par crainte de ne pas dormir ou par crainte de mourir pendant son sommeil. Habituellement, le sommeil du psychasthénique est léger, incomplet, si bien qu'il peut donner au sujet la sensation ou qu'il ne dort pas ou qu'il ne dort que d'une partie de son être, la partie corporelle, par exemple. Ces sensations sont typiques et il semble que la dépersonnalisation du psychasthénique se continue jusque dans son repos de la nuit. Le sommeil du psychasthénique n'est pas seulement, du reste, léger, incomplet, il est aussi intermittent et se compose souvent de la succession régulière et pour ainsi dire chronométrique, de temps de sommeil et de temps d'insomnie.

Qu'il s'agisse de psychoses ou de névroses, il est utile de distinguer l'*insomnie simple*, par *énervement*, et l'*insomnie par pré-occupations*, par *idées fixes* ou *obsédantes*.

A côté de l'insomnie, il faut placer la *somnolence*, symptôme fréquent et encore mal étudié dans les névroses et les psychoses, en particulier dans le *myxœdème*, l'*artério-sclérose*, les *psychoses infectieuses* et *toxiques*. Elle se traduit par une tendance à l'assoupissement, rappelant exactement celui des vieillards ou des moribonds, survenant le jour, après les repas, assis, debout, pendant un travail, une conversation et pouvant coexister avec de l'insomnie nocturne. Cette somnolence est parfois assez marquée pour constituer le symptôme principal de la maladie. C'est le cas pour la *maladie du sommeil*, *hypnosie*, *somnose*, *léthargie d'Afrique*, et pour l'état désigné par GÉLINEAU sous le nom de *narcolepsie* et étudié depuis par BALLET et d'autres auteurs.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de la *maladie du sommeil*; quant à la *narcolepsie*, nous pensons avec BALLET, DÉJERINE, etc., qu'elle n'est qu'un symptôme soit d'une névrose, *hystérie*, *épilepsie*, soit de toute autre maladie susceptible d'altérer la nutrition de la cellule nerveuse. Nous croyons même qu'on l'observe tout particulièrement dans certaines *psychoses d'auto-intoxication* liées à l'*insuffisance hépatique*, où elle a été signalée par BALLET et LÉVI.

Nous ne ferons que rappeler ici la *léthargie* et le *sommeil hystérique*, dont nous n'avons pas à nous occuper.

Les *rêves* ont, dans certains cas, les relations les plus étroites

avec les psychoses. De tout temps, pour ainsi dire, on a comparé le rêve avec la folie, et BAILLARGER avait résumé l'analogie de ces deux états en disant qu'ils prenaient tous deux leur source dans l'exercice involontaire ou automatique des fonctions cérébrales. D'autre part LASÈGUE avait montré, et il est admis depuis, que le *délire alcoolique* n'est autre chose qu'un rêve dont il forme la continuation à la fois psychologique et chronologique.

Les rapports du rêve et des psychoses en général ont été étudiés par nombre d'auteurs, notamment par CHASLIN et SANCTE DE SANTIS.

Quant au délire de rêve ou *délire onirique*, il tend à être considéré de plus en plus, ainsi que je me suis efforcé de le démontrer, comme le délire caractéristique des intoxications et des infections. Nous aurons occasion d'en parler et de le décrire plus loin (voir p. 293).

§ 3. — TROUBLES DES FONCTIONS ORGANIQUES

Ces troubles, extrêmement fréquents dans les psychoses, peuvent porter : 1° sur la *Circulation*; 2° sur la *Respiration*; 3° sur la *Nutrition* et l'*Assimilation*, sur la *Digestion*; 4° sur les *Humeurs*, *Sécrétions* et *Excrétions*; 5° sur la *Température*.

1° Circulation. — Les troubles de la *circulation* sont extrêmement communs dans les psychoses, non seulement les troubles purement fonctionnels, mais aussi les troubles organiques. Les *maladies du cœur* paraissent, du reste, plus fréquentes chez les aliénés que chez les gens sains d'esprit. D'après DUNCAN GREENLESS, le chiffre des décès par affections cardiaques serait de 9,36 p. 100 chez les premiers et de 8,72 p. 100 chez les derniers. Le plus souvent la lésion cardiaque préexiste à l'état psychopathique et joue un rôle plus ou moins important dans sa production; cependant elle peut être, dans une certaine mesure, la conséquence d'une excessive agitation (manie, lypémanie, angoisse, épilepsie).

Les maladies du cœur les plus fréquentes chez les aliénés sont l'*insuffisance mitrale* avec hypertrophie du ventricule gauche et

les lésions aortiques. On a signalé chez les *épileptiques* (LUNIER, CHARON), chez les *vieux vésaniques* et chez les *démonts* (PICHENOT), des ruptures relativement fréquentes du cœur.

Les altérations vasculaires, bien que moins étudiées, se rencontrent aussi dans les psychoses, sous forme de varices, d'hémorrhoides, de phlébites, d'hémorragies, de troubles vaso-moteurs (cyanose, œdème, asphyxie locale, érythromélgie, spasmes, ecchymoses spontanées, etc.) à peu près constants dans les formes mélancoliques et surtout anxieuses des psycho-névroses et des psychoses et qui paraissent varier avec les états pathologiques émotifs auxquels ils sont liés. On a même cherché à établir, par des expériences récentes, une relation constante entre ces états émotifs et les modifications vaso-motrices en vaso-dilatation et vaso-constriction (KLIPPEL et DUMAS, VASCHIDE et MARCHAND).

Une maladie cardio-vasculaire sur laquelle il est nécessaire d'insister, parce qu'elle nous paraît avoir en psychiatrie une importance plus considérable que celle qu'on lui a accordée jusqu'ici, c'est l'artério-sclérose.

À côté des cas très nombreux de démence par ramollissement cérébral qui lui sont imputables, l'artério-sclérose, qui doit être considérée avec HUCHARD et les grands pathologistes modernes comme une maladie générale, souvent héréditaire et précoce, commençant par une période préartérielle ou de spasmes et finissant par l'athérome qui n'en est que la phase terminale, nous paraît jouer un rôle essentiel dans d'autres affections nerveuses et mentales, en particulier dans certaines formes de *neurasthénie*, de *psycho-névrose anxieuse*, de *mélancolie avec conscience*, de *confusion mentale chronique*. Nous croyons même que l'artério-sclérose, maladie familiale, pourrait expliquer quelques cas de *névroses* et de *psychoses* se présentant avec un caractère familial. Ce paraît être aussi l'avis de F. W. LANGDON (1904).

Le pouls n'offre pas, dans les états psychopathiques, des altérations caractéristiques de quantité et de qualité. D'une façon générale, cependant, il est fréquent et élevé dans les états d'exaltation, tandis qu'il est lent, faible et concentré dans les états de dépression. Mais ce n'est pas là une règle absolue, car chez beaucoup de mélancoliques, même dans la stupeur, il peut

atteindre 100 et 120 pulsations. Dans les formes chroniques, le pouls est habituellement normal, sauf chez les hallucinés et durant les paroxysmes d'agitation. Les variations rapides, le dirotisme et le polycrotisme sont très fréquents chez les aliénés.

WOLF, qui a fait de nombreuses recherches sphymographiques sur le pouls dans les diverses psychoses, a insisté sur ce fait qu'on y rencontre plus souvent qu'ailleurs la perte du parallélisme qui existe à l'état normal entre la courbe des températures et les oscillations du pouls. MORSELLI affirme néanmoins que les recherches de CLAU ne justifient pas les résultats obtenus par WOLF. La sphymographie serait surtout utile, d'après SHAFER, pour distinguer les diverses périodes de la *folie circulaire*.

GREENLESS (*Mental science*, 1877) a tiré de ses observations sphymographiques les conclusions suivantes: Dans la *manie aiguë*, on trouve les centres nerveux congestionnés, les parois artérielles relâchées, d'où une diminution de la tension artérielle et tracé dirotique du pouls. À l'état chronique, le tracé se rapproche de la normale.

Dans la *mélancolie aiguë*, systole cardiaque faible, réplétion incomplète des artères. À l'état chronique, le pouls recouvre sa force.

Dans la *paralysie générale*, pouls variable suivant les périodes. Dans le premier stade, systole énergique, tension artérielle faible. Dans le deuxième, systole moins énergique, tension artérielle relevée. Dans le troisième, systole faible, mais l'ensemble du tracé se rapproche de celui du premier stade.

Chez les *démonts*, le tracé montre une circulation torpide, due à une diminution du système vaso-moteur.

Chez les *imbéciles*, il y a toujours augmentation de la tension artérielle et de la systole.

2° Respiration. — On observe assez fréquemment, dans les psychoses et psycho-névroses, les *maladies chroniques* de l'appareil respiratoire, les *catarrhes bronchiques*, les *emphysèmes*, surtout la *tuberculose pulmonaire* dont les ravages chez les aliénés sont assez grands pour qu'on réclame de tous côtés, actuellement, des pavillons spéciaux dans les asiles pour les tuberculeux.

La fonction respiratoire subit également des modifications notables dans les affections mentales. Chez les *maniaques*, à part sa fréquence, elle n'offre rien de particulier. Chez les *mélancoliques*, ses mouvements sont tantôt superficiels et très fréquents, tantôt lents et profonds ; on peut y constater aussi le type inverse du rythme normal, c'est-à-dire l'expiration plus longue que l'inspiration. MARCÉ et d'autres auteurs à la suite ont signalé chez ces malades l'augmentation notable du rapport entre le nombre des inspirations et celui des battements du cœur (1 à 5 ou 6 au lieu de 1 à 4). En un mot, comme l'ont établi PACHON et ROSSI, l'excitation et la dépression se traduisent par l'hyper et l'hypo-activité de la fonction respiratoire, sans qu'il existe un type particulier de respiration dans la manie et la mélancolie.

Mosso, ROSSI, et plus récemment VASCHIDE et MARCHAND, ont étudié les mouvements respiratoires dans les émotions pathologiques et les états morbides émotifs et anxieux à divers degrés. Le rythme respiratoire, accompagné parfois d'une fine trémulation, varie suivant l'intensité et la nature de l'émotion. Ces recherches ont nécessairement besoin d'être confirmées et précisées.

Il existerait dans la *paralysie générale*, d'après KLIPPEL et BOITEAU, trois types respiratoires et, d'après ROSSI, un tremblement saccadé du tracé. ZENKER et MICKLE y ont noté dans les périodes avancées, spécialement au cours des accès apoplectiformes, les respirations intermittentes, rémittentes et arythmiques, comme dans le phénomène de CHEYNE-STOKES. J'ai indiqué moi-même, dans les phases du début, des sortes de pauses respiratoires inconscientes, automatiques, survenant soit au moment du passage au sommeil, soit au cours du sommeil lui-même et déterminant des secousses du corps ou des réveils en sursaut.

3° Nutrition et assimilation, digestion. — Le premier élément d'appréciation, pour juger de l'état de *nutrition* d'un individu, consiste à examiner le rapport du *poids* avec la stature.

A la période prodromique de beaucoup de folies, avant même

que les troubles intellectuels éclatent, le *poids du corps* diminue d'une façon notable. Dans les états d'agitation et de manie, il y a en général dénutrition ; au contraire, dans les formes apathiques, les malades peuvent devenir polysarciques. Dans les folies intermittentes et circulaires, on constate souvent des changements réguliers de poids à chaque période d'accès. Dans le marasme de la mélancolie, de la manie, de la paralysie générale, l'amaigrissement est progressif et peut atteindre parfois un degré extrême. Enfin au déclin des accès aigus, l'embonpoint se rétablit, et c'est là un indice favorable, à condition qu'il coïncide avec une amélioration parallèle de l'état mental.

Les affections des voies digestives et de leurs annexes sont très fréquentes dans l'aliénation mentale. On y rencontre particulièrement : le cancer, l'ulcère, la dilatation de l'estomac, les dyspepsies, les gastrites ; la péritonite chronique, le catarrhe duodénal, le cancer du rectum, le déplacement du côlon transverse, la dysenterie, l'entérite ; la congestion, les abcès, les calculs du foie, la néphrite interstitielle et parenchymateuse ; le catarrhe de la vessie, la cystite, l'hypertrophie de la prostate, etc., etc.

Quant aux troubles fonctionnels, ils ne sont pas moins nombreux ni moins importants. Ce sont : l'état saburral, la fétidité de l'haleine, les régurgitations avec pyrosis, les vomissements et vomituritions, les gastrorrhagies et entérorrhagies, les coliques intestinales, le météorisme, la tympanite, surtout la constipation, la diarrhée et l'incontinence des urines et des matières fécales. On peut observer ces symptômes dans toutes les formes de folies, aiguës, chroniques, simples ou associées, mais ils sont plus spéciaux aux états mélancoliques, dans lesquels ils font rarement défaut. C'est à eux qu'est dû, en grande partie, le refus d'aliments ou *sitiophobie* qu'il ne faut pas confondre avec l'inappétence, bien que celle-ci l'accompagne dans beaucoup de cas, ni avec l'anorexie nerveuse ou mentale proprement dite.

Nous aurons à parler plus loin du rôle que jouent les maladies viscérales, en particulier celles de l'appareil digestif, dans les psychoses d'auto-intoxication.

4° Humeurs, sécrétions et excréments. — a. *Sécrétion*